

CÓMO MEJORAR LA VIDA DESPUÉS DEL ICTUS

GUÍA PARA PACIENTES Y FAMILIARES



RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS

AUTORES

Juan Francisco Arenillas Lara

- *Neurólogo. Jefe del Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

María José Aylagas Andrés

- *Médico Rehabilitador. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Teresa Baz Herrero

- *Fisioterapeuta. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

María Begoña Coco Martín

- *Doctora en Ciencias de la Visión. Universidad de Valladolid.*

Mercedes C. De Lera Alfonso

- *Neuróloga. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Laura García Berrón

- *Logopeda. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Sonia Lapresa Ruiz de Gauna

- *Terapeuta Ocupacional. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Luis Leal Vega

- *Enfermero. Universidad de Valladolid*

Laura Alejandra Martín Gutiérrez

- *Fisioterapeuta, supervisora del Servicio de Rehabilitación. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Pedro Luis Muñoz Rubio

- *Enfermero, supervisor del Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Verónica Olmedo Vega

- *Trabajadora Social, responsable del Servicio de Trabajo Social. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Luis Sobrino Conde

- *Psicólogo, residente de Psicología Clínica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

PRÓLOGO

El lector tiene ante sus ojos la *Guía para pacientes y familiares – Cómo mejorar la vida después del ictus*, realizada por el equipo multidisciplinar de ictus del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Como bien refleja la Guía, el ictus es una enfermedad neurológica muy grave, que irrumpe como un cataclismo en la vida de las personas que lo padecen. El ictus compromete al cerebro, un órgano que alberga las funciones que nos definen como seres humanos. Gracias al cerebro sentimos, pensamos, planificamos, vemos, oímos, nos comunicamos, nos movemos, soñamos, recordamos, amamos... Como nos cuentan los pacientes y sus familias, el ictus es temido no sólo por ser potencialmente mortífero, sino, sobre todo, por las secuelas que puede causar en los supervivientes. A partir del día después del ictus, estas secuelas supondrán un deterioro importante de la calidad de vida de la persona y de su entorno, lo que en los casos más graves se traducirá en una pérdida de la autonomía funcional de la persona para realizar sus actividades básicas. En este contexto, el objetivo principal de esta Guía es ayudar a las personas que han sufrido un ictus a mejorar su calidad de vida, una vez reciben el alta del hospital de agudos.

Me gustaría destacar tres aspectos que considero muy relevantes de esta Guía. El primero es su *carácter multidisciplinar*, ya que la Guía ha sido elaborada por los distintos profesionales sanitarios que conforman el equipo responsable de la atención de los pacientes con ictus de nuestro hospital. La Guía es fruto de un trabajo coordinado entre profesionales de distintos perfiles, que se sienten parte de un mismo proceso asistencial, que tiene en su centro al paciente con ictus y a su familia, en el que se comparte el objetivo fundamental de *dar vida con calidad* a nuestros pacientes. La inspiración para diseñar el proceso asistencial del cuidado de los pacientes tras el alta hospitalaria, viene del modelo exitoso del sistema de código ictus. El código ictus es un proceso asistencial multidisciplinar bien definido y altamente coordinado, que permite que

se apliquen los mejores métodos diagnósticos y de tratamiento a los pacientes con ictus en fase aguda, en el menor tiempo posible, con el objetivo de intentar reducir la extensión de la lesión cerebral causada por el ictus. En el sistema código ictus, todos los profesionales intervinientes conocen su cometido y sienten que su acción va a contribuir significativamente a lograr el objetivo común. Partiendo de lo que hemos aprendido con el código ictus, pretendemos mejorar el proceso asistencial de cuidados posteriores al alta hospitalaria, de manera que tenga como principios guía la continuidad de la atención, la coordinación interdisciplinar, y la definición de objetivos comunes de tratamiento para todo el equipo asistencial.

El segundo aspecto que me gustaría resaltar, es que la Guía persigue una *recuperación lo más completa* posible de la *persona* que ha sufrido un ictus, en todas sus dimensiones, lo que está inspirado en una *visión integral u holística de la persona*, compartida por todo el equipo asistencial. En este sentido, la Guía es mucho más que una guía de rehabilitación post-ictus, ya que no sólo incluye información útil para la recuperación de las funciones neurológicas afectadas, sino que está decididamente enfocada hacia la mejora continua de la funcionalidad de los pacientes en su día a día, para conseguir el mayor grado posible de reintegración a la vida personal, familiar, social y laboral que tenían antes del ictus. Para lograr este objetivo, nos parece importante y novedosa la *integración entre lo sanitario y lo social* que propone la Guía, y que responde a la importancia clave que tienen los factores socioeconómicos como determinantes del pronóstico a largo plazo de los pacientes con ictus, como hemos comprobado en estudios propios.

Por último, aunque bien podría ser lo primero, *la Guía está dirigida a los pacientes y a sus familias*, con la intención de empoderarles, de darles información y herramientas útiles para vivir después del ictus, trabajando en equipo con los profesionales sanitarios, caminando juntos hacia su recuperación. Los pacientes con ictus y sus problemas de la vida diaria,

son los auténticos inspiradores de esta obra, y deseamos sinceramente que les resulte de utilidad y ayuda. Para acabar, me gustaría agradecer a todos los autores su enorme esfuerzo y dedicación, y reconocer su generosidad y su capacidad de trabajo en equipo, virtudes que creo han quedado bien reflejadas en esta excelente Guía.

Juan Francisco Arenillas Lara

*Neurólogo, Jefe del Servicio de Neurología del Hospital Clínico
Universitario de Valladolid.*

OBJETIVO DE LA GUÍA

En el momento que se produce un ictus, la vida personal, familiar, las relaciones sociales y laborales se ven bruscamente interrumpidas. Con el paso de los días, el temor inicial sobre el pronóstico vital de nuestro familiar o allegado va dando paso a un sentimiento de incertidumbre conforme se acerca el momento del alta hospitalaria, especialmente si el ictus ha dejado secuelas. El propósito de esta Guía es proporcionar información que permita una mejor comprensión de lo sucedido, dar consejo para facilitar una adecuada atención y cuidado en el domicilio, y favorecer la reintegración a su entorno familiar y social.

NOTAS AL LECTOR

- Los consejos incluidos en esta guía han sido elaborados por los autores con el fin de ayudar al paciente y a los familiares de la persona con ictus.
- Recuerda que el tratamiento rehabilitador en un paciente con sintomatología tan variada y compleja, debe ser realizado por profesionales y de una forma individualizada y personalizada
- En esta guía se ha utilizado el género masculino inclusivo de manera genérica para facilitar la lectura. No obstante, está dirigida personas de cualquier género que desee leerla.
- El contenido de esta guía ha sido elaborado basándonos en la evidencia científica más actual en el ámbito de la neurorrehabilitación del ictus. Sin embargo, este campo está en constante evolución, por lo que es posible que en el futuro se incorporen nuevos enfoques y recomendaciones.
- Todas las imágenes que no están referenciadas son de elaboración propia.

ÍNDICE

PARTE 1. CONCEPTOS GLOBALES	10
Conceptos generales sobre el ictus	11
¿Cómo se maneja el Ictus?: equipo interdisciplinar.....	25
Importancia de la adherencia al tratamiento y del control de factores de riesgo cerebrovascular	31
Cuidar al cuidador	39
Pautas para necesidades generales.....	42
Herramientas de apoyo social.....	43
Actividades de la Vida Diaria: consejos y herramientas.....	46
Productos de apoyo.....	81
Prevención de caídas.....	92
Estimulación multisensorial en el domicilio	92
Ejercicios en el domicilio	106
PARTE 3: PAUTAS PARA NECESIDADES ESPECÍFICAS	116
Problemas en el habla, lenguaje y la comunicación.....	117
Alteraciones en el habla	118
Problemas del lenguaje y la comunicación	123
Alteraciones en la deglución	140
Afectación de la movilidad	147
Cambios posturales	148
Movilizaciones.....	155
Transferencias.....	161
Prevención de úlceras por presión.....	167
Alteraciones psicológicas.....	169
Alteraciones en la visión.....	179
Afectación en la sensibilidad	185
Dificultades en la sexualidad	190
BIBLIOGRAFÍA	196

The background features a large, textured blue watercolor splash in the center, surrounded by smaller, lighter green and blue splashes scattered across the white background. The overall aesthetic is soft and artistic.

CONCEPTOS GENERALES SOBRE EL ICTUS

¿QUÉ ES EL ICTUS?

El ictus es una enfermedad neurológica originada por una **alteración brusca en el flujo sanguíneo cerebral**, bien en forma de la obstrucción de un vaso (**ictus isquémico**), o bien por la ruptura de una estructura vascular que produce extravasación de sangre hacia el tejido cerebral circundante (**ictus hemorrágico**). En el caso del ictus isquémico, el tejido cerebral irrigado por la arteria afectada deja de recibir oxígeno y nutrientes, lo que provoca una lesión en el tejido y una alteración en las funciones cerebrales que controla esa área cerebral. En el caso del ictus hemorrágico, la lesión cerebral es producida por el propio hematoma, fundamentalmente por destrucción mecánica y bioquímica del tejido cerebral afectado.

Aunque cada área del cerebro controla funciones diferentes, todo nuestro cerebro está conectado para funcionar de manera **coordinada**. Por esta razón, el fallo en una zona puede repercutir en mayor o menor medida en el funcionamiento de otra área.

De la **localización y extensión** del área lesionada dependerá qué funciones cerebrales se verán afectadas y, en consecuencia, las secuelas presentes en el paciente.

De acuerdo con la Sociedad Española de Neurología (SEN), en España se registran entre **110.000 y 120.000 nuevos casos de ictus cada año**. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2022 más de 24.000 personas perdieron la vida a causa de esta enfermedad y más de 34.000 desarrollaron alguna discapacidad. Esto convierte al ictus en la principal causa de discapacidad en el país, con más de 360.000 personas con discapacidad reconocida debido a esta condición. Además, tras las muertes por COVID, el ictus es la segunda causa de fallecimiento en

mujeres y la tercera en la población general. Según datos de la SEN, en España, solo un 50% de la población sabría reconocer los síntomas de esta enfermedad

Si no se implementan medidas, se estima que en los próximos 10 años las muertes por ictus en Europa aumentarán un 45% y el número de supervivientes con discapacidad crecerá un 25%. Además, en el 40% de los casos, el ictus causa secuelas significativas que dificultan a los pacientes llevar a cabo sus actividades diarias. Esto ya genera un coste no sanitario superior a los 6.000 millones de euros anuales en Europa.

SIGNOS DE ALARMA DEL ICTUS - AVISAR AL 112

Si la persona presenta uno o varios de estos síntomas:

- Pérdida brusca de **FUERZA Y/O SENSIBILIDAD** en un hemicuerpo (brazo, pierna o ambos).
- **DESVIACIÓN** brusca de la **COMISURA LABIAL** por debilidad de la mitad de la cara.
- Aparición brusca de dificultad para **HABLAR** o **ENTENDER** el **LENGUAJE** oral o escrito.
- Afectación brusca de la **VISIÓN** en uno o en los dos ojos.
- **OTROS SIGNOS**: dolor de cabeza de inicio brusco y de intensidad y características distintas al habitual. Pérdida brusca de equilibrio o estabilidad (sobre todo si aparecen en combinación con los signos anteriores).

El ictus es la principal causa de daño cerebral adquirido (DCA) y de discapacidad en personas adultas. Las posibles alteraciones presentes tras un ictus son muy variables. Hay ictus que se resuelven sin secuelas o con alguna secuela poco limitante, mientras que otros generan déficits más graves y duraderos. Hagamos un repaso de las posibles consecuencias:



A NIVEL MOTOR (MOVILIDAD)



Los trastornos motores son los más evidentes en el daño cerebral. Durante los primeros meses tras la lesión tienen un mayor margen para la recuperación. Los trastornos motores más frecuentes son:

- **Hemiplejía:** existe una parálisis completa, por debilidad o rigidez, del brazo y/o la pierna del lado contrario a la lesión.
- **Hemiparesia:** no existe parálisis, pero sí debilidad y/o alteraciones de la sensibilidad en el brazo y/o la pierna del lado contrario a la lesión.
- **Alteración en la coordinación de movimientos y del equilibrio,** especialmente si el ictus produce lesión en el cerebelo.

A nivel motor, el hemisferio derecho se encarga de la parte izquierda del cuerpo; y, al contrario, el hemisferio izquierdo se encarga del movimiento de la parte derecha.

Esto da lugar a **alteraciones funcionales** como:

- **Trastornos de la motricidad voluntaria:** se producen movimientos en el cuerpo que no se quieren realizar o bien el cuerpo no responde a las órdenes que se mandan desde el cerebro.
- **Trastornos del control postural:** puede haber dificultad para mantener el tronco erguido, por lo que el cuerpo tiende a irse hacia un lado o hacia adelante, lo que influye tanto para caminar como para sentarse.
- **Pérdida de motricidad fina:** se presentan problemas a la hora de realizar tareas más precisas como coger cubiertos o abrir el tapón de una botella.

- **Alteración de la deglución:** puede haber dificultades para tragar alimentos sólidos y/o líquidos, lo que conlleva numerosos riesgos.
- **Alteración en el habla:** puede afectar al control y coordinación de los sistemas motores básicos del habla.

A NIVEL DE COMUNICACIÓN Y LENGUAJE



Después de un ictus, la afectación a nivel de comunicación y lenguaje es frecuente. Las alteraciones se pueden producir:

- **A nivel oral:** con problemas para comprender lo que se escucha o para expresarse: afasia. Dentro de las afasias, hay diversos cuadros clínicos según las manifestaciones que presente a nivel de expresión y comprensión oral, repetición y denominación.
- **A nivel escrito con afectación de la lectura y/o de la escritura:** alexia y/o agrafía respectivamente. Supone para la persona que la padece una limitación significativa con un fuerte impacto personal y social que conlleva desajustes emocionales y cognitivos.

A NIVEL SENSORIAL



Los trastornos sensitivos también son habituales tras una lesión cerebral.

1. **Vista:** pérdida parcial o total de la visión o visión doble o borrosa.
2. **Audición:** pérdida auditiva parcial o total, y también es posible la aparición de un desagradable zumbido continuo.
3. **Gusto y olfato** también pueden verse afectados, no percibiendo correctamente los sabores y olores.
4. **Tacto:** puede verse alterada la percepción del dolor, la presión, la temperatura y otros estímulos en la piel, incluso se puede afectar el reconocimiento de objetos con la mano. La sensibilidad de la piel

suele estar disminuida, pero en algunos casos puede estar aumentada de manera que estímulos normales pueden percibirse como lesivos o dolorosos.

A NIVEL PSICOLÓGICO



- **A nivel cognitivo:** a la hora de realizar cualquier tarea o actividad, las personas ponemos en marcha una serie de procesos psicológicos básicos. Cuando la atención, la memoria, la comprensión, el razonamiento o la elaboración del se ven alterados, la persona comienza a manifestar dificultades en su desempeño diario, dificultando la realización de tareas, la interacción con otras personas y el aprendizaje de nuevos conocimientos.
 1. **Problemas de atención:** déficits en la capacidad para mantener la atención en un estímulo o para atender a varios a la vez.
 2. **Problemas de memoria:** dificultades para recordar información de hace tiempo (memoria a largo plazo) o de situaciones que acaban de ocurrir (memoria a corto plazo), así como para almacenar temporalmente una información y trabajar con ella (memoria de trabajo).
- **A nivel emocional:** La esfera emocional normalmente se ve afectada con cualquier enfermedad crónica. Por un lado, la persona sufre un impacto en su vida que requiere de un proceso de adaptación en el que pueden aparecer alteraciones del estado de ánimo. Por otro lado, el ictus puede provocar lesiones en algunas zonas del cerebro implicadas en la gestión de las emociones. Con frecuencia, estas personas pueden mostrar cambios de humor repentinos, inestabilidad emocional, apatía o

desinterés por realizar actividades placenteras (entre ellas, las sexuales), así como reacciones inesperadas de rabia, agresividad o de falta de empatía y sensibilidad ante un hecho, las cuales no encajan con su carácter previo al ictus.

- **A nivel de respuestas motoras:** de manera acorde a las alteraciones cognitivas y emocionales, las respuestas motoras de la persona también pueden verse alteradas. La conducta humana se produce en la interacción entre el entorno y el organismo, jugando ambas variables un papel importante en su desarrollo. En este sentido, las lesiones cerebrales producidas por el ictus pueden afectar al comportamiento de la persona, siendo una de las variables implicadas en el desarrollo de respuestas de agresividad (verbal o física), falta de iniciativa, comportamiento desorganizado o inapropiado, etc.

Estas alteraciones cognitivas, emocionales y motoras suelen ser **poco comprendidas** entre los familiares y el entorno más cercano. Es complicado entender que sea necesario repetir algo varias veces por los problemas atencionales, que se ría o llore sin un motivo aparente, que no se muestre interés por nada ni nadie, que se pase de la tristeza a la euforia casi de un momento a otro o que aparezcan determinados comportamientos que se consideran inapropiados y que nunca antes había llevado a cabo.

A NIVEL SOCIO-FAMILIAR



El ictus no afecta sólo a quién lo experimenta en primera persona sino a todo el núcleo familiar y social más próximo. El **apoyo y la ayuda de todos es esencial** en el proceso de recuperación y de reintegración al entorno cotidiano. Este núcleo de personas cercanas se convierte en el trampolín a una vida normalizada donde la paciencia, el amor, la calma y, sobre todo, el trabajo constante y organizado, juegan un papel indispensable.

La familia y personas más cercanas también pasan por una serie de fases en su afrontamiento y aceptación de lo sucedido, por lo que hay que ser consciente del momento que se está viviendo.

A NIVEL LABORAL Y/O ACADÉMICO



Con frecuencia, el ictus supone una ruptura con la actividad laboral o con los estudios. La vuelta al trabajo se tiene que planificar, conjuntamente con la empresa, para hacer una **reincorporación progresiva**, tanto a nivel de exigencia como de tiempo dedicado. Después de incorporarse al puesto de trabajo, se debe ir reevaluando la situación por si es necesario hacer cambios o adaptaciones para mejorar el rendimiento y la competencia del paciente.

CAPACIDAD DE CONDUCIR



- Esta habilidad requiere multitud de recursos atencionales, motores, sensoriales... no de forma aislada, sino que han de estar totalmente coordinados. Tras la lesión es muy probable que las secuelas motoras y cognitivas no recomienden la conducción de vehículos y será necesario evaluar cada caso de manera individual.
- Según la legislación de tráfico vigente existe **prohibición para conducción de vehículos hasta haber transcurridos 6 meses desde el ictus e incluso del ataque isquémico transitorio**. En parte debido a que el paciente puede minimizar las secuelas del ictus, sobre todo problemas visuales y cognitivos.
- Transcurrido dicho plazo será el **médico responsable** quién deberá **valorar** si el paciente cumple o no las capacidades psicofísicas necesarias para la conducción.

¿QUÉ ES LA PLASTICIDAD CEREBRAL?

Está demostrado que el cerebro es plástico, es decir, tiene la capacidad y el potencial para **reorganizarse** y mantener su integridad funcional después de haber sufrido daños (crear nuevas conexiones sinápticas, buscar nuevos caminos para la conducción del impulso nervioso para llegar a su destino, incluso la capacidad de que ciertas áreas puedan adoptar funciones que realizaban las áreas dañadas).

Los seres humanos mantenemos la capacidad de aprender durante toda la vida y a todas horas. Continuamente recibimos información, la interpretamos y asimilamos. Aprendemos cosas nuevas, conocemos otras personas, nuevos olores, sabores, sensaciones, cambiamos nuestros hábitos, etc., tenemos capacidad de aprender y adaptarnos a nuevos entornos y situaciones.

Esta plasticidad cerebral y la capacidad para **aprender** y **reaprender**, son el punto de partida y debe ser la **motivación** para poner en marcha las intervenciones dirigidas a potenciar, controlar y modular la recuperación y la reorganización de funciones.

ESTIMULACIÓN PRECOZ, GLOBAL E INTENSIVA

Al igual que el diagnóstico y el tratamiento precoces contribuyen a minimizar las secuelas del ictus, el **inicio precoz** de las terapias de estimulación cerebral **incrementa la probabilidad de recuperación**.

El Sistema Nervioso Central (SNC) controla todo en nuestro cuerpo, por tanto, hay que intervenir de manera global, en todos los ámbitos

(movimiento, sensibilidad, cognición, conducta, lenguaje y comunicación, entre otros.). Volver a experimentar la normalidad en cuanto a cómo moverse, expresarse, organizar sus pensamientos, la conducta, comer con seguridad, etc., debe ser la referencia para reaprender lo olvidado y progresar.

Por último, esta **estimulación debe ser intensiva, 24 horas al día**. Para ello, la clave es **aprovechar las actividades de la vida diaria** para que sean fuente de estímulo y aprendizaje. Todos los días comemos, nos aseptamos, nos vestimos y desvestimos, nos movemos y cambiamos de postura, etc., pues aprovechemos la oportunidad y hagamos que todas esas actividades sean parte del proceso de recuperación.

El propósito final es sencillo, **mejorar la calidad de vida** de nuestro familiar o allegado. Sin plazos ni crear expectativas muy ambiciosas que puedan conducir a estados de frustración o desánimo si no se alcanzan. Hay que trabajar día a día, ser **constantes, pacientes** y veremos hasta dónde se puede llegar a mejorar.



“No existe daño cerebral demasiado leve para ser ignorado ni demasiado grave para perder la esperanza”

Hipócrates (460 – 370 A.C.)

Hipócrates (460 – 370 A.C.)

ni demasiado grave para perder la esperanza

PAUTAS GENERALES PARA LA ATENCIÓN Y CUIDADO EN EL DOMICILIO

Crear un entorno adecuado

Para que la interacción sea lo más provechosa posible debemos tener su atención, que esté orientado e informado de las tareas o actividades en las que queremos que colabore. De este modo conseguiremos que esté más receptivo y participativo. Una persona desorientada o que no comprende lo que sucede a su alrededor estará tensa y a la defensiva.

Captar su atención

Llevarle por su nombre para que centre la mirada y su atención en nosotros cuando le pedimos que haga algo o le preguntamos. Si está cansado o con sueño va a ser muy difícil que se concentre en las tareas y colabore, y quizás cambiar de actividad, o realizar una pausa y reanudarla más tarde, sea más provechoso.

Minimizar las distracciones

Ayudarle a centrar su atención en la tarea que nos ocupa, si está distraído o hay frecuentes interrupciones no podremos trabajar con él de una manera adecuada (apagar la TV, no mantener conversación con terceros, evitar sobrecargas de personas en la habitación, etc.).



Ofrecer información que le permita orientarse

Fecha, día de la semana, domicilio, población, el tiempo que hace en el exterior de la casa, etc.

Transmitir la información de forma precisa y concisa

La capacidad de reaccionar a lo que se escucha, de responder a una petición o de planificar el desarrollo de cualquier actividad, puede ser más lenta de lo que era antes del ictus. Hay que pedir que realice acciones o hacer preguntas de una en una, dando tiempo y oportunidad para que las haga o responda.

Establecer rutinas y anticipar acciones

Para que sepa lo que va a suceder a continuación: horario del aseo, comidas, paseos, juegos y ejercicios, etc. Con ello conseguiremos que esté más relajado y dispuesto a colaborar. Cuando se vaya a aplicar algún estímulo sobre la piel del lado afectado, deberemos antes hacerlo en el lado sano para anticipar y que tenga la referencia de estímulo normal (EXPERIMENTAR LA NORMALIDAD). Ejemplo: aplicar crema, temperatura del agua en el aseo, actividades para reconocimiento de texturas, etc.



Colocarnos siempre por el lado afecto

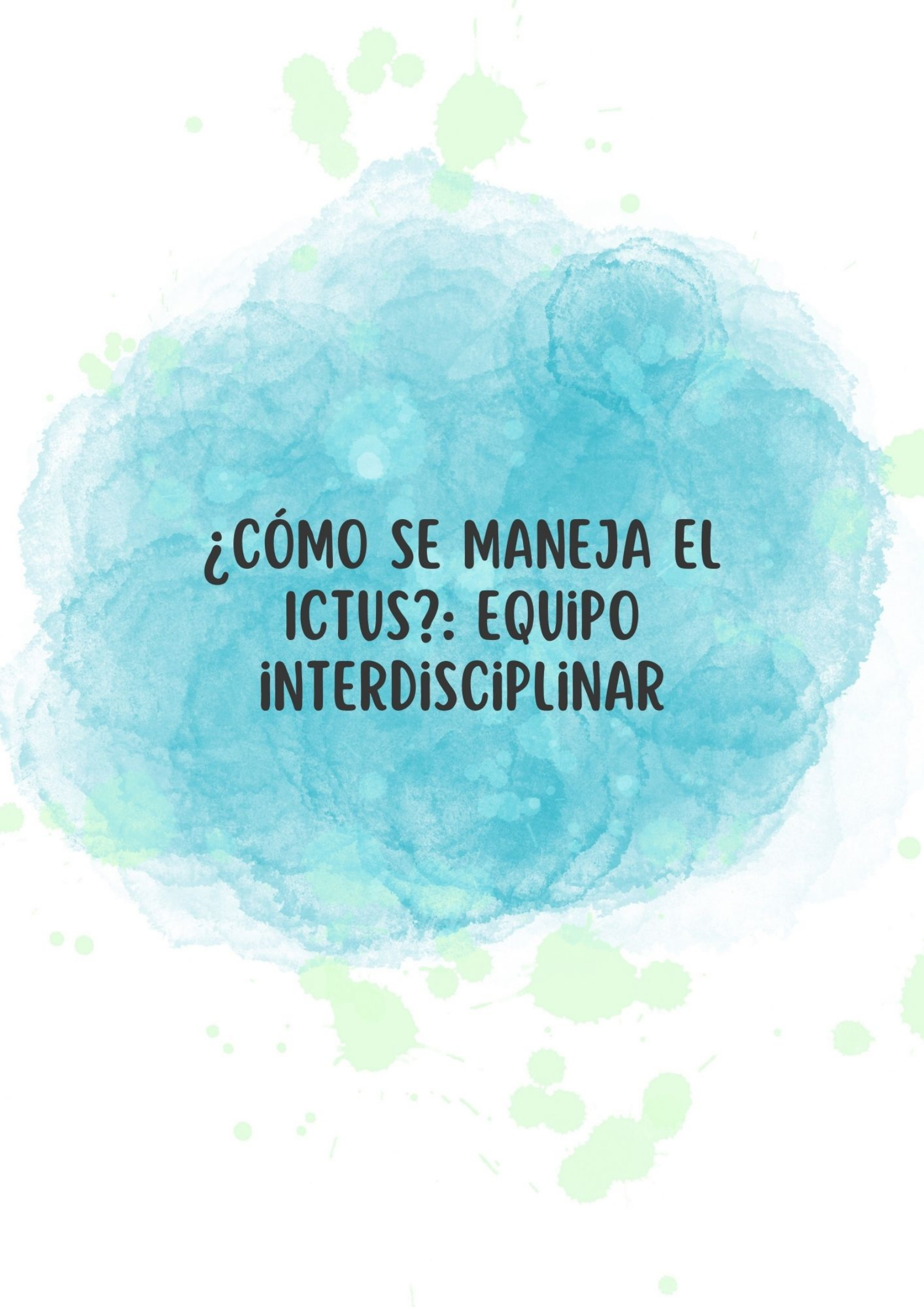
Tanto si tiene afectada el área motora como sensitiva, para que el cerebro no se olvide el lado afectado. Hablarle por ese lado y que nos mire a la cara, mantener el brazo afecto dentro de su campo visual y animarle a utilizar y ejercitar los movimientos residuales que conserve, aunque sean leves.

Hacer partícipe y fomentar su autonomía

El papel del cuidador se debe enfocar en la AYUDA, no en hacer las cosas por él. Debemos darle la oportunidad de realizar las actividades o tareas por sí mismo. Aunque no lo consiga todas las veces o solo parcialmente, estará ejercitado los movimientos y la coordinación necesarias por poder lograrlo en el futuro.

Ofrecer apoyo emocional y promover la autoconfianza

Mostrar confianza en las capacidades, reconocer y alabar los logros (por pequeños que sean) y recompensar el esfuerzo (aunque no se consiga el objetivo final). Animarle a manifestar sus sentimientos percepciones y miedos, observando las frases que usa sobre su propia valía para detectar estados de bajo ánimo.

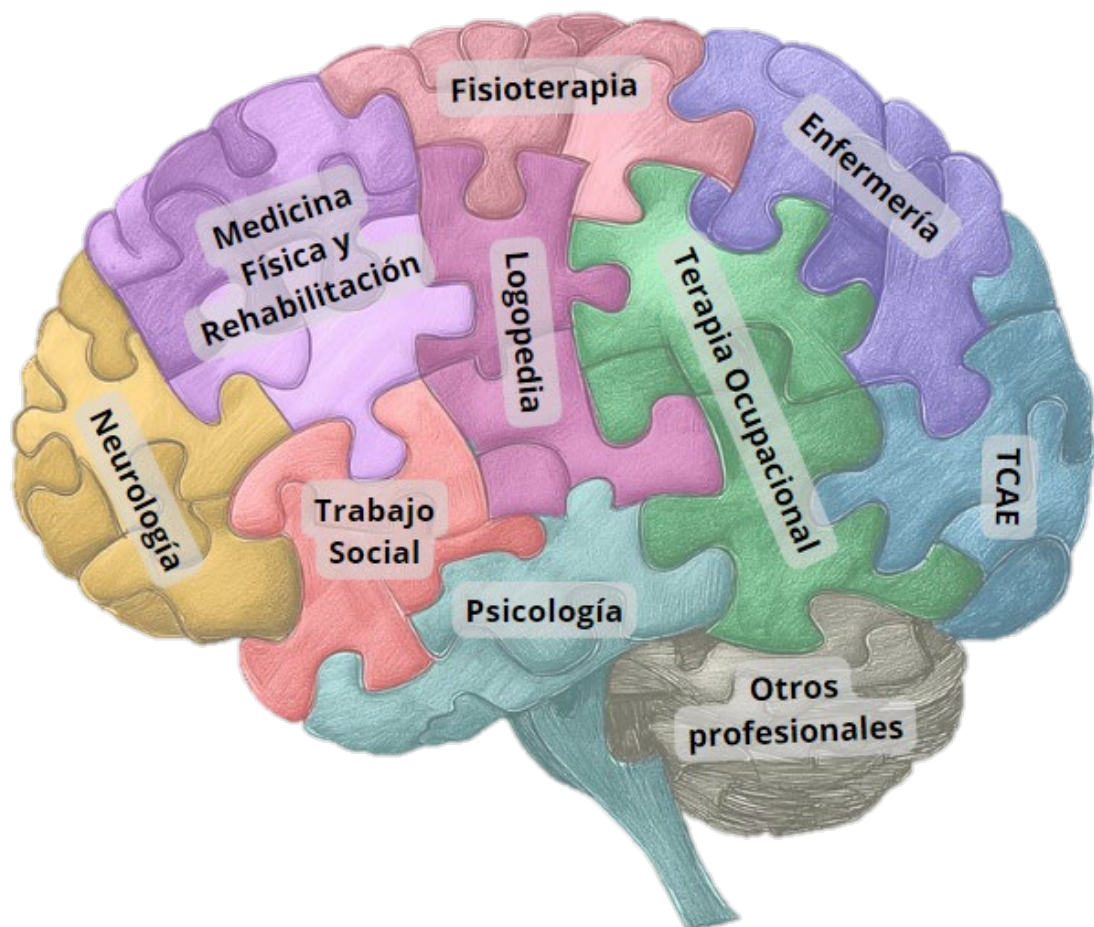
The background features a large, textured blue watercolor splash in the center, surrounded by smaller, scattered green watercolor splashes on a white background. The text is centered within the blue splash.

**¿CÓMO SE MANEJA EL
ICTUS?: EQUIPO
INTERDISCIPLINAR**

IMPORTANCIA DEL EQUIPO INTERDISCIPLINAR

La atención y el cuidado después de un ictus es un proceso complejo que requiere la participación de varios profesionales de la salud. Cada miembro del equipo aporta conocimientos **especializados para abordar problemas físicos, cognitivos, emocionales y sociales**. El trabajo en equipo interdisciplinario es fundamental para ofrecer una atención integral y personalizada que permita lograr los mejores resultados en salud y calidad de vida.

A continuación, se describe el rol de cada profesional en el equipo interdisciplinario que interviene en el proceso de rehabilitación tras un ictus:



1. Neurólogo:



- El neurólogo es el médico especializado en el **diagnóstico y tratamiento** de trastornos del sistema nervioso. Tras el ictus, evalúa la condición del paciente, prescribe tratamientos y realiza un seguimiento para prevenir futuros eventos.

2. Enfermería:



- La enfermera se encarga del **cuidado y la atención integral del paciente**, en su bienestar físico, mental, emocional y social. Realiza una valoración y un seguimiento continuo de las necesidades del paciente dirigido a promover la salud, prevenir la enfermedad, restablecer la salud y aliviar el sufrimiento. La enfermera es el profesional sanitario más accesible para los pacientes y sus familiares, un punto de contacto constante que proporciona apoyo, consejo y educación sanitaria.

3. Médico rehabilitador:



- El médico rehabilitador lleva a cabo la **coordinación del proceso rehabilitador** del paciente con ictus en la fase hospitalaria, tras el alta hospitalaria y durante las diferentes fases asistenciales posteriores.

4. Fisioterapeuta

El fisioterapeuta se encarga de realizar un tratamiento fisioterápico que tiene como objetivo la recuperación de las capacidades motoras del paciente tras el ictus. Su intervención incluye:



- **Rehabilitación motora**, mediante ejercicio terapéutico encaminado a mejorar el control motor, fuerza, equilibrio y coordinación.
- Técnicas de reeducación del **control postural y movimiento** adaptado a la tarea.
- Tratamiento de la **espasticidad**, mediante técnicas, estiramientos, masajes, vendaje neuromuscular, reduciendo

la tensión muscular y mejorando la movilidad y funcionalidad.

- Fisioterapia **respiratoria**, enfocada en fortalecer los músculos respiratorios, mejorar la capacidad pulmonar y prevenir las infecciones respiratorias.
- **Prevención de complicaciones**, a través de ejercicios específicos para evita la aparición de contracturas o problemas articulares debido a la inactividad.

5. Terapeuta Ocupacional

El terapeuta ocupacional ayuda al paciente a recuperar la independencia en las actividades de la vida diaria que se han visto afectadas por el ictus.

- Trabaja con el paciente para mejorar la **motricidad fina y la coordinación**.
- Trabaja en el reentrenamiento de habilidades necesarias para las **actividades de la vida diaria**, como vestirse, comer..., adaptándolas a las nuevas capacidades del paciente si fuera necesario.
- Entrena en el uso de **adaptaciones o productos de apoyo** para facilitar la autonomía.
- Fomenta la reanudación de **rutinas cotidianas y laborales**, y ayuda al paciente a volver a **integrarse** en su entorno social y profesional.
- Intervención en problemas de **percepción sensorial** (visual o táctil, entre otras) y **funciones ejecutivas** (como, por ejemplo, dificultades en la memoria y/o planificación).



6. Logopeda

El logopeda trata las dificultades de comunicación, lenguaje, habla y deglución que suelen aparecer tras un ictus. Su intervención se centra en:



- Trabajar en la rehabilitación del **habla y el lenguaje**, ayudando al paciente a recuperar su capacidad de comunicación, ya sea expresiva (hablar) o receptiva (comprender).
- Tratar los **trastornos de la deglución** (disfagia) que dificultan la alimentación, trabajando para que el paciente pueda volver a comer y beber con seguridad (evitando complicaciones como la aspiración de alimentos) y con eficacia (que permita mantener un adecuado estado nutricional).

7. Psicólogo Clínico o Neuropsicólogo



- Este profesional se centra en la afectación cognitiva, emocional y comportamental que el ictus tiene en la persona. Ayuda a los pacientes durante su proceso de adaptación a la enfermedad, abordando la prevención y tratamiento de problemas psicológicos como la ansiedad y la depresión, así como la rehabilitación de funciones cognitivas afectadas como la memoria y la atención.

8. Trabajador Social

El trabajador social ayuda al paciente y su familia a adaptarse a los cambios sociales, económicos y familiares que pueden surgir tras un ictus. Este profesional:



- Proporciona información y orientación sobre **recursos disponibles**, como ayudas económicas, trámites de incapacidad o adaptación de la vivienda.
- Facilita el **acceso a servicios de apoyo social** y a organizaciones comunitarias, y colabora en la planificación

del alta hospitalaria, coordinando los cuidados necesarios en el hogar o en centros especializados.

- Ofrece **apoyo emocional y social**, ayudando a la familia a gestionar el impacto del ictus en su vida diaria.

9. Técnico Auxiliar en Cuidados de Enfermería (TCAE):

La TCAE colabora con la enfermera en la prestación de los cuidados básicos para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes, ofrece apoyo en la preparación del material/instrumental necesario durante la atención sanitaria y asegura las condiciones sanitarias del entorno del paciente

10. Otros profesionales

Existen equipos interdisciplinarios en los que hay profesionales especializados en otras áreas, como la rehabilitación visual o la musicoterapia.

The background features a large, textured blue watercolor splash in the center, surrounded by smaller, lighter green and blue splashes scattered across the white background. The overall aesthetic is soft and artistic.

IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y DEL CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CEREBROVASCULAR

FACTORES DE RIESGO CEREBROVASCULAR

La probabilidad de padecer un ictus es mayor en aquellas personas que ya han tenido un episodio previo. Los pilares esenciales en la prevención de un nuevo ictus son el control de factores de riesgo cerebrovasculares, seguir las indicaciones de tratamiento y las recomendaciones de cuidados. Los factores de riesgo en los que más fácilmente vamos a poder intervenir son:

- **Hipertensión arterial (HTA).** La HTA es el principal factor de riesgo para el ictus, después de la edad. Por tanto, es necesario medir con frecuencia y mantener un correcto control de las cifras de presión arterial.
- **Diabetes mellitus.** Mantener unos niveles de glucosa en sangre adecuados permite reducir complicaciones asociadas: alteraciones microvasculares (retinopatías, nefropatías, neuropatías) y macrovasculares (cardiopatía isquémica, ictus, mala cicatrización de heridas, etc.).
- **Obesidad.** Mantener el peso corporal dentro de los límites recomendados para nuestra edad. Esto favorece a su vez el control de otros factores de riesgo como la diabetes o el colesterol.
- **Colesterol alto.** Niveles altos de triglicéridos van a dificultar el correcto uso de la glucosa por los tejidos y favorecer la diabetes mellitus. El mal control del colesterol produce la formación de placas de ateroma y daños en las paredes de las arterias, favoreciendo la formación de trombos.
- **Consumo de tóxicos.** Reducir al mínimo o suprimir el consumo de tabaco y alcohol. La nicotina del tabaco altera y daña la pared de las arterias, incrementa el efecto de la hipertensión y favorece la formación de placas de colesterol que obstaculizan u obstruyen el paso de la sangre. Por otra parte, el consumo de alcohol

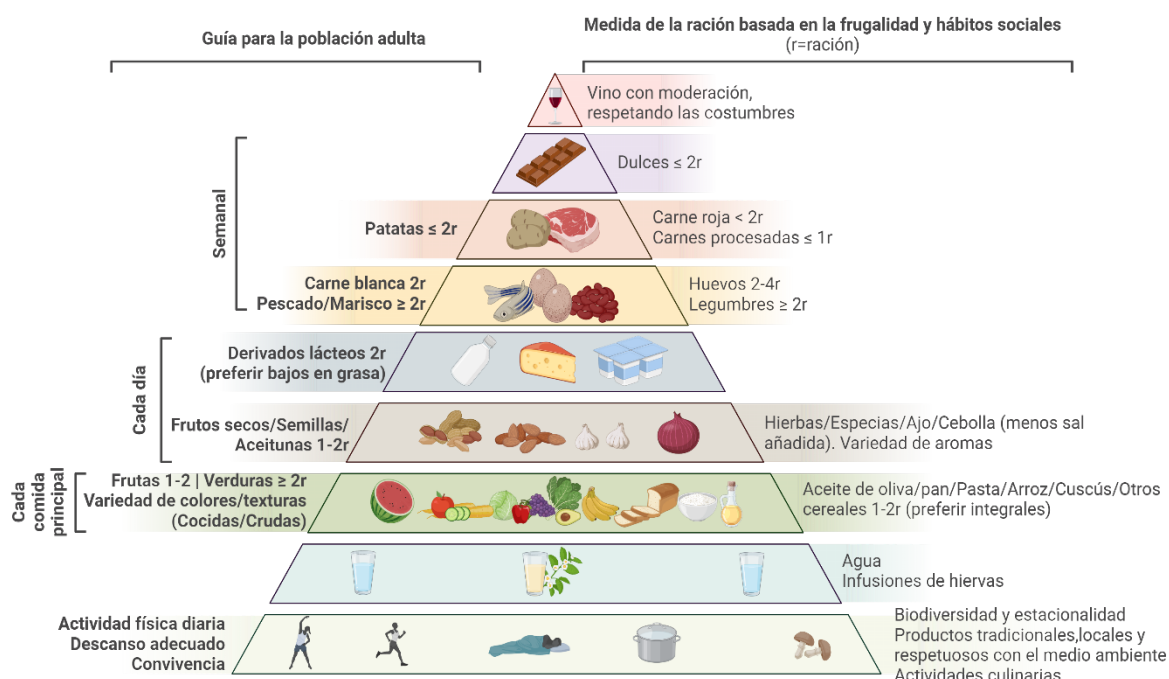
interfiere en adecuado control de la hipertensión, la diabetes mellitus y altera la coagulación de la sangre.

- **Arritmias cardiacas.** Toma el pulso con frecuencia. Si el pulso es irregular (cambios en la velocidad de las pulsaciones) o se sienten palpitaciones fuertes y rápidas sin haber realizado ninguna actividad física previa, es recomendable ir al médico.
- **Sedentarismo.** Realizar actividad física a diario, adaptada a las capacidades del paciente. En general, se recomienda realizar ejercicio físico moderado (andar deprisa) entre 30 y 60 minutos durante cinco días a la semana. Aunque la deambulación no sea posible, hay que mantenerse activos y realizar ejercicios que nos permitan potenciar y mantener un buen tono muscular en general y una adecuada movilidad en las articulaciones. El consejo de los profesionales de fisioterapia y de rehabilitación será fundamental en estos casos.

Llevar una dieta variada y saludable, rica en nutrientes y fibra, nos ayudará a controlar estos factores de riesgo: limitar la ingesta de sal, de embutidos y alimentos procesados. La **dieta mediterránea** es una buena opción, ya que además de ser equilibrada y aportar los nutrientes necesarios, tiene un bajo contenido en ácidos grasos saturados y es rica en antioxidantes y fibra alimentaria. Algunos consejos:

- Aumente el consumo de frutas y verduras frescas (al menos 5 raciones diarias).
- Use aceite de oliva como fuente de grasas principal (monoinsaturada).
- Consumo de vegetales, legumbres, cereales y frutos secos, al menos 2 veces por semana.
- Utilice lácteos desnatados.
- Priorice el pescado sobre la carne. Elija carne de ave, mejor sin piel, que carnes rojas.

PIRÁMIDE DE LA DIETA MEDITERRÁNEA

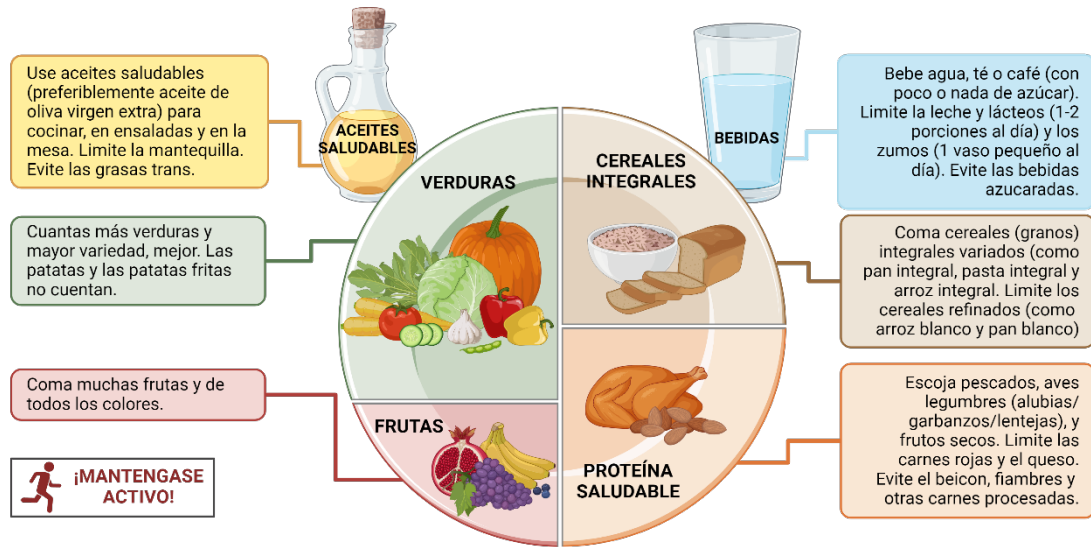


(Imagen propia basada en la Sociedad Española Nutrición Comunitaria, SENC)

Será necesario **adaptar la ingesta calórica a los requerimientos** de cada persona, en función de sus necesidades basales, nivel de actividad física y otros condicionantes ocasionales (procesos infecciosos, heridas en proceso de cicatrización, etc.). Los profesionales de salud pueden ayudarnos a planificar y adaptar las opciones de dieta más adecuadas.

Asegurar un **adecuado aporte de agua y líquidos** es fundamental para el funcionamiento general de nuestro cuerpo. En general, se recomienda una ingesta entre de 1,5 a 2 litros diarios. Si existe dificultad en la deglución de líquidos (disfagia a líquidos) será necesario adaptar la textura mediante uso de espesantes para garantizar la seguridad y prevenir complicaciones.

EL PLATO PARA COMER SALUDABLE



(Imagen de elaboración propia basada en Harvard Medical School)

LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

¿QUÉ ES LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA?

La **adherencia terapéutica** se refiere al grado en que una persona sigue correctamente el tratamiento y las indicaciones médicas que le han sido prescritas. Esto incluye:

1. **Tomar los medicamentos según la dosis, horarios y duración indicados.**
2. **Seguir recomendaciones sobre cambios en el estilo de vida**, como la alimentación, la actividad física y la reducción de factores de riesgo como el consumo de tabaco o alcohol.
3. **Asistir a citas médicas de seguimiento y participar en terapias rehabilitadoras**, si han sido prescritas.

Para los pacientes que han sufrido un ictus, la adherencia terapéutica es fundamental para **asegurar una recuperación adecuada**, prevenir complicaciones y reducir el riesgo de sufrir un nuevo ictus.

CÓMO MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Para que el paciente mantenga una adherencia adecuada, es importante el apoyo de la familia y de los cuidadores. Aquí algunos consejos:

- **Crear una rutina:** establecer horarios fijos para tomar los medicamentos o realizar los ejercicios de rehabilitación ayuda a integrarlos en la vida diaria.

- **Usar recordatorios:** alarmas en el teléfono o aplicaciones de salud pueden ser útiles para no olvidar los momentos clave del tratamiento.
- **Fomentar la comunicación con el equipo médico:** mantener un diálogo abierto con los médicos y terapeutas permite aclarar dudas y ajustar el tratamiento si es necesario, lo que facilita que el paciente lo siga sin problemas.
- **Involucrar a la familia:** los familiares y cuidadores pueden ayudar a supervisar la toma de medicamentos o acompañar al paciente a sus sesiones de terapia.
- **Establecer metas realistas:** celebrar pequeños logros puede mantener la motivación del paciente, lo que es crucial para que siga comprometido con su recuperación.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA?



En resumen, la adherencia terapéutica no es solo tomar los medicamentos, sino cumplir con todas las recomendaciones que ayuden al paciente a **recuperarse mejor, evitar complicaciones y vivir una vida lo más plena posible después del ictus**. Tanto el paciente como su familia deben estar comprometidos para garantizar que cada paso en el tratamiento se siga de manera adecuada.

MANEJO DE LA MEDICACIÓN

Consejos para asegurar el cumplimiento de las indicaciones de tratamientos farmacológicos:

1. Disponer de un **listado** actualizado y visible de medicaciones.
2. **Anticipar** y tener **previsión** de medicamentos para no quedar desabastecidos durante fines de semana o festivos, viajes o salidas vacacionales, etc.
3. Utilizar **organizadores** por comidas u horas.
4. Usar alarmas **recordatorias**.
5. **No modificar** ni **tomar** otros medicamentos **sin consultar**.

The background features a large, textured blue watercolor splash in the center, surrounded by smaller, vibrant green watercolor splashes scattered across the white background. The overall aesthetic is soft and artistic.

CUIDAR AL CUIDADOR

LA IMPORTANCIA DE CUIDAR AL CUIDADOR

Se han observado **mayores** prevalencias de **problemas psicológicos** en los **encargados** del **cuidado** de personas que han sufrido un ictus que en la población general, lo cual indica que el impacto de la enfermedad va más allá de la propia persona afectada.

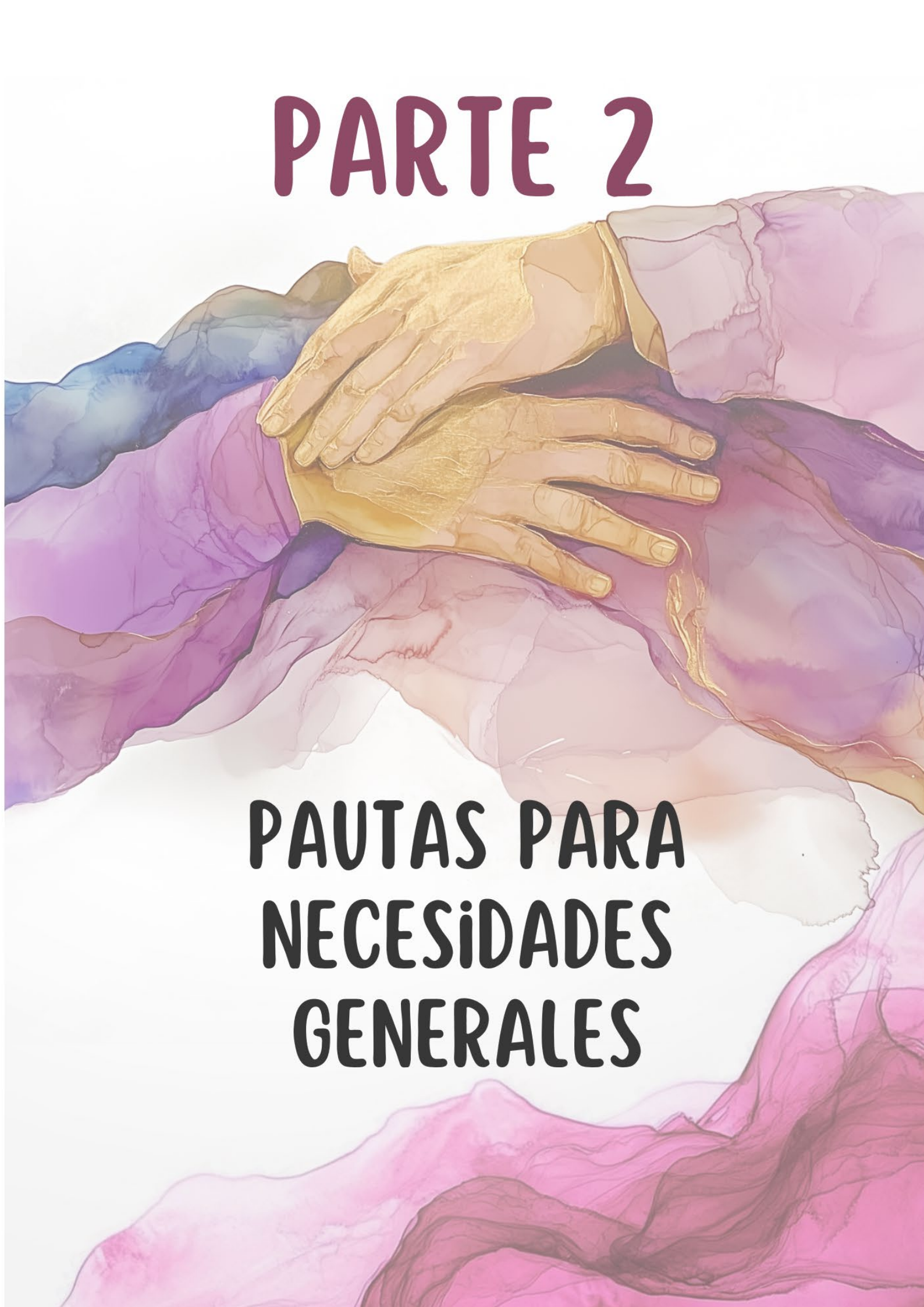
Cuando una persona sufre un ictus, es probable que aquellos que la rodean experimenten un impacto en sus vidas debido a la modificación de hábitos, actividades y rutinas que en muchos casos es necesaria para atender sus necesidades. En este sentido, es importante que esa **atención**, si es posible, **se distribuya** entre **varias personas**, limitando la aparición de fatiga y favoreciendo que cada una de ellas pueda mantener en la mayor medida posible su actividad diaria previa. El mantenimiento de dicha actividad, especialmente aquella asociada al autocuidado (descanso, alimentación, etc.) y a las sensaciones de bienestar y relajación, es fundamental para que el estado de ánimo y los niveles de estrés sufran la menor alteración posible.

Los pacientes con ictus van a precisar cuidados de larga duración. Aceptar el papel del cuidador puede reportar tanto satisfacción como convertirse en una situación de soledad y cansancio. Cuidar supone ayudar a la otra persona, pero no haciendo todo por ella, sino tratando de estimular, de guiar, de acompañar y de orientar los cuidados. El bienestar de la persona a la que cuidamos depende de nuestro propio bienestar, y cuanto mayor es el estrés peor es el cuidado. Por lo tanto, **para cuidar es necesario cuidarse.**

CONSEJOS:

- **Solicitar ayuda** para asegurar el correcto cuidado del paciente. Pedir ayuda no es signo de debilidad. Lo ideal es compartir la responsabilidad del cuidado del paciente con otros familiares y/o allegados. Puede ser útil ponerse en contacto con asociaciones para compartir sentimientos, experiencias...
- **No** ser demasiado **exigentes** con uno mismo.
- **Piensa en ti**, dispón de tiempo para ti mismo. Escucha y atiende tus necesidades.
- **Evitar el aislamiento**, mantener tanto relaciones sociales como aficiones e intereses.
- **Atención** ante estos **cambios físicos** y **psíquicos** que pueden aparecer como: problemas de sueño, cansancio, falta o aumento del apetito, ansiedad, sentimientos de culpa, tristeza...
- **Aprende a decir NO**. Poner límites, evitando dar más ayuda de la necesaria.
- No dude en **consultar** y aclarar dudas con **profesionales** como trabajadores sociales, logopedas, médicos, enfermeros, dietistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales... Anota tus dudas y preguntas en un listado antes de ir a consulta para no olvidar nada.

PARTE 2

An artistic illustration of several hands of different colors (blue, purple, gold, pink) holding hands in a circle, symbolizing unity and support. The hands are rendered with a soft, painterly style, and the background is a light, textured wash of colors.

PAUTAS PARA NECESIDADES GENERALES

The background features a large, soft pink watercolor wash in the center, surrounded by various yellow and light green splatters and dots of varying sizes scattered across the white background.

HERRAMIENTAS DE APOYO SOCIAL

DÓNDE ACUDIR DEPENDIENDO DE DÓNDE SE ENCUENTRE



HOSPITAL

Trabajador Social
del Hospital

- **NO** puedo permanecer en mi **vivienda habitual**, por las **barreras arquitectónicas** que tiene.
- La **pérdida de autonomía funcional** impide que pueda permanecer en el domicilio, preciso **acceso a centro de recuperación o centro residencial**.



CENTRO RESIDENCIAL

Trabajador Social
del Centro
Residencial

- Necesito apoyos para realizar las actividades de la vida diaria (más información en el punto 2 de la parte 2), necesito acceder al Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la **dependencia**.
- Necesito acceder **al reconocimiento de persona con discapacidad**.
- Preciso de **material ortoprotésico**.
- Tengo a mi familiar ingresado en el Hospital, necesito orientación sobre ayudas por **desplazamiento, manutención, alojamiento...**
- Por mi movilidad reducida, necesito **tarjeta de estacionamiento** y poder aparcar en lugares expresamente reservados a personas con discapacidad.



TRABAJADOR SOCIAL DE ACCIÓN SOCIAL

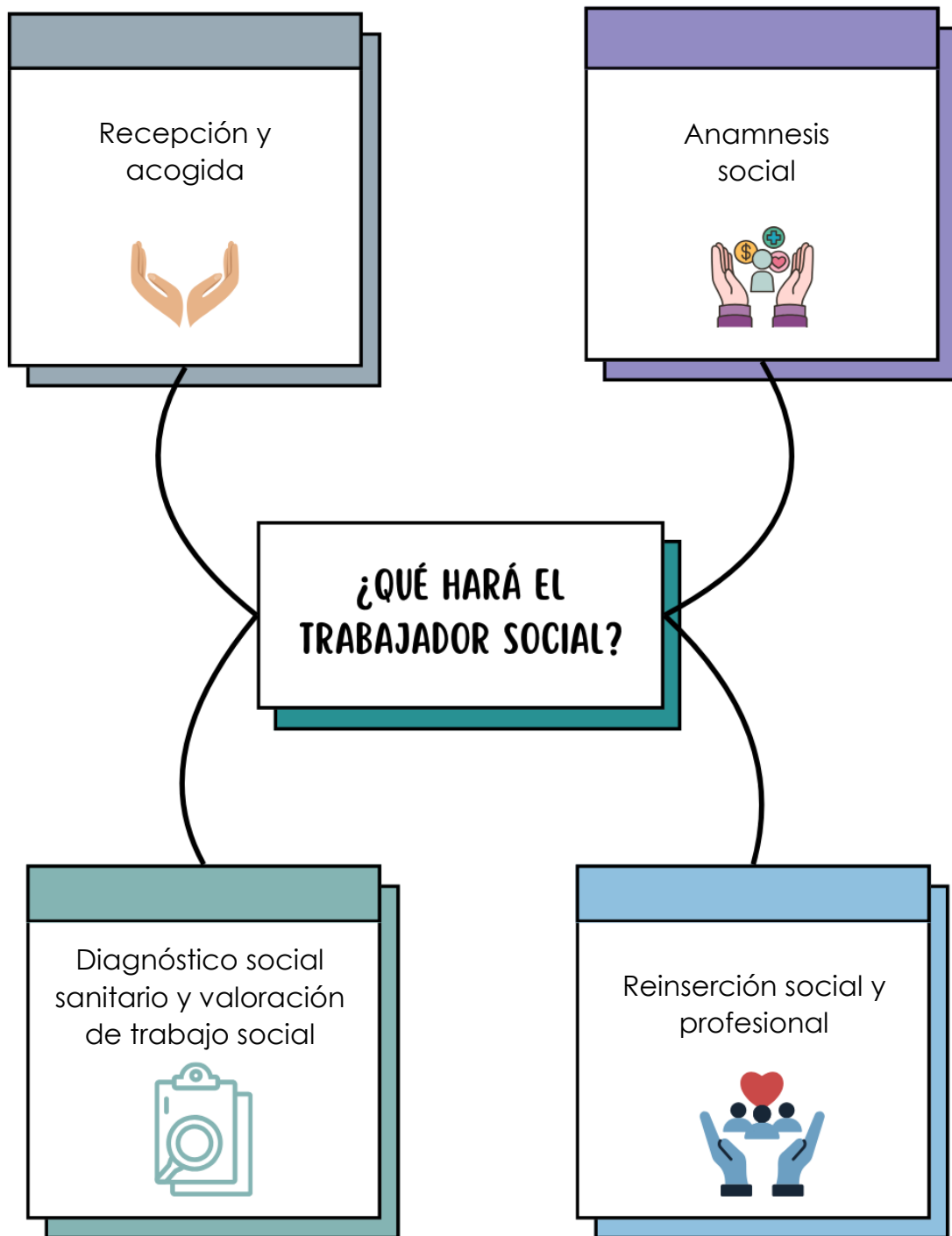
- Necesito apoyos para realizar las ABVD, necesito acceder al Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la **dependencia**.
- Necesito acceder **al reconocimiento de persona con discapacidad**.
- Por mi movilidad reducida, necesito **tarjeta de estacionamiento** y poder aparcar en lugares expresamente reservados a personas con discapacidad.
- La **pérdida de autonomía funcional** impide que pueda permanecer en el domicilio, preciso acceso a **centro residencial**.

Para acceder a un trabajador social de Acción Social:

- Si vive en una ciudad, solicítelo a través de su **ayuntamiento**.
- Si vive en un pueblo, a través de la **diputación**.

TRABAJADOR SOCIAL DE CENTRO DE SALUD

- Preciso de **material ortoprotésico**.
- Tengo a mi familiar ingresado en el Hospital, necesito orientación sobre ayudas por **desplazamiento, manutención, alojamiento...**
- **NO puedo permanecer en mi vivienda habitual**, por las barreras arquitectónicas que tiene.
- Necesito orientación y asesoramiento sobre **reorganización familiar y distribución de roles** por la situación sobrevenida por el ictus
- Necesito orientación y asesoramiento sobre **Discapacidad, Dependencia e Incapacidad**.



The background features a large, soft pink watercolor splash in the center, surrounded by smaller, scattered yellow and light pink splashes on a white background. The overall aesthetic is artistic and gentle.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: CONSEJOS Y HERRAMIENTAS

¿QUÉ SON?

Las **actividades de la vida diaria (AVD)** son aquellas tareas esenciales que las personas realizan cotidianamente para mantener su independencia y bienestar.

BÁSICAS (ABVD)



Son esenciales para la supervivencia y se relacionan con las necesidades fundamentales del ser humano. Están dirigidas a uno mismo, como el aseo, el baño, la alimentación, vestido, movilidad personal, sueño y descanso.

INSTRUMENTALES (AIVD)



Estas actividades requieren mayor complejidad tanto cognitiva como motora e implican la interacción con el entorno. Entre ellas, encontramos: escribir, hablar por teléfono, movilidad en la comunidad, mantenimiento de la salud, manejo del dinero, compras, cuidado del hogar, cuidado de otras personas, seguridad y respuesta ante emergencias.

AVANZADAS (AAVD)






Son un conjunto de actividades sociales, productivas y de ocio relacionadas con la participación y el compromiso social, y que van más allá del autocuidado y momentos cotidianos. Requieren mayor grado de autonomía e independencia, como el trabajo o la participación social.








RECOMENDACIONES EN EL VESTIDO


RECOMENDACIONES GENERALES

- **Ambiente seguro y cómodo:** confirma que el entorno sea seguro y cómodo, con suficiente espacio y sin objetos que puedan causar tropiezos.

- **Ropa adecuada:** escoge ropa que sea fácil de poner y quitar. Preferir prendas con cierres de velcro, elásticos y botones grandes.

- **Organización:** ten la ropa lista y ordenada en el orden en que se debe poner. Coloca la ropa en una silla o cama de manera secuencial.


PREPARACIÓN Y POSICIONAMIENTO

- **Postura adecuada:** sentar al paciente en una silla con respaldo firme o en el borde de la cama. Asegúrate de que los pies estén bien apoyados.

- **Estabilidad:** si el paciente tiene problemas de equilibrio, proporciona apoyo adicional, como una barra de seguridad o ayuda del cuidador.

- **Protección del lado afectado:** Siempre maneja el lado afectado con cuidado, evitando tirones o movimientos bruscos.


SELECCIÓN DE ROPA

- **Evitar ropa ajustada:** la ropa holgada es más fácil de poner y quitar y proporciona mayor comodidad.




- **Ropa fácil de manejar:** optar por ropa sin botones o con cierres de velcro. Los pantalones con elásticos y las camisetas sin botones son ideales. Se pueden usar sujetadores con cierre delantero.



- **Calzado cerrado:** de este modo, favorecemos una mayor sujeción del pie. Es recomendable elegir calzado con velcros o cordones elásticos para facilitar la colocación de estos por parte del paciente. A poder ser que tenga suela antideslizante.



- **Orientación de la prenda:** en caso de que el paciente presente dificultad para identificar la parte delantera y trasera de la camiseta, podemos emplear unas que tengan algún tipo de marca o dibujo únicamente en la parte delantera.



- **Estilo:** es importante que mantengamos el estilo de ropa que usaba previamente al ictus.

ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS



- **Dividir las tareas:** divide el proceso de vestirse en pasos más pequeños y maneja cada uno de manera secuencial.



- **Entrenamiento y práctica:** practicar regularmente el vestido para mejorar la habilidad y la confianza del paciente.



- **Uso de espejos:** utilizar espejos para ayudar al paciente a ver lo que está haciendo y corregir errores.

SEGURIDAD Y COMODIDAD



- **Supervisión:** supervisa el proceso, especialmente al principio, hasta que el paciente gane confianza y habilidad.



- **Proporcionar tiempo suficiente:** no apresures al paciente. Permite tiempo suficiente para completar cada paso.

VESTIDO DE LA PARTE SUPERIOR POR PARTE DEL CUIDADOR



PRIMERO MANGA LADO MÁS AFECTO

Empieza colocando la manga sobre el brazo afectado.



LEVANTAR BRAZOS

Levanta suavemente el brazo afectado y desliza la manga sobre él.

MANGA LADO MENOS AFECTO

Desliza la otra manga sobre el brazo no afectado.



AJUSTAR CAMISETA

Ayuda al paciente a levantar los brazos y desliza la camiseta sobre la cabeza, ajustándola suavemente sobre el torso.

OTRO POSIBLE ORDEN

Brazo más afecto, cabeza y el otro brazo.



DESVESTIDO DE LA PARTE SUPERIOR POR EL CUIDADOR

El **desvestido** de la parte superior podemos realizarlo de dos modos:

- Sacar la cabeza en primer lugar tirando de la posterior de la camiseta (zona de la etiqueta), seguido del brazo menos afectado y, por último, el más afectado.
- Sacar el brazo menos afecto, seguido de la cabeza y, por último, el brazo más afectado.

VESTIDO DE LA PARTE SUPERIOR POR PARTE DEL PACIENTE



POSICIÓN ADECUADA

Sentarse con la espalda recta y las piernas apoyadas en el suelo con un ángulo de 90°.



ORIENTACIÓN DE LA PRENDA

Apoyar la prenda sobre los muslos. La etiqueta debe mirar al suelo y la parte de la cabeza a la altura de las rodillas.



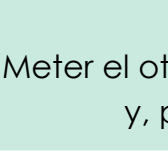
MANGA LADO MÁS AFECTO

Introducimos la prenda en el brazo afectado hasta el hombro.



OPCIÓN 1

Meter la cabeza y, seguido, el otro miembro superior.



OPCIÓN 2

Meter el otro miembro superior por la manga y, posteriormente, la cabeza.



DESVESTIDO DE LA PARTE SUPERIOR POR EL PACIENTE

El **desvestido** de la parte superior podemos realizarlo de dos modos:

- Sacar la cabeza en primer lugar tirando de la posterior de la camiseta (zona de la etiqueta), seguido del brazo menos afectado y, por último, el más afectado.
- Sacar el brazo menos afectado, seguido de la cabeza y, por último, el brazo más afectado.

VESTIDO DE LA PARTE INFERIOR POR PARTE DEL CUIDADOR



PIERNA MÁS AFECTADA

Coloca los pantalones en sus piernas con la cintura hacia arriba. Comienza colocando la pierna más afectada en el pantalón.



PIERNA MENOS AFECTADA

Introduce la otra pierna en el pantalón.

SUBIR PANTALONES

Ayuda al paciente a subir los pantalones hasta las rodillas mientras están sentados.



PASO FINAL

Si el paciente puede ponerse de pie de manera segura, ayúdale a levantarse y sube los pantalones hasta la cintura. Si no pueden ponerse de pie, ayúdale a elevar las caderas y deslízalos hacia arriba.

DESVESTIDO DE LA PARTE INFERIOR POR EL CUIDADOR

El **desvestido** podemos realizarlo de dos modos:

- Ponerse de pie, bajar el pantalón hasta antes de las rodillas. Después, sentarse y sacar el pie del lado menos afecto. Una vez lo hemos hecho, cruzamos la pierna más afectada sobre la otra y quitamos el pantalón.
- Tumbarse en la cama y realizar los mismos pasos elevando la cadera para poder bajar el pantalón.

VESTIDO DE LA PARTE INFERIOR POR PARTE DEL PACIENTE



PIERNA MÁS AFECTADA

Coloca los pantalones en sus piernas con la cintura hacia arriba. Comienza colocando la pierna más afecta en el pantalón.



PIERNA MENOS AFECTADA

Introduce la otra pierna en el pantalón.

SUBIR PANTALONES

Sube los pantalones hasta las rodillas mientras está sentado.



PASO FINAL

Si puede ponerse de pie de manera segura, hágalo y suba los pantalones hasta la cintura. Si no puede ponerse de pie, eleve las caderas y deslice los pantalones hacia arriba.

DESVESTIDO DE LA PARTE INFERIOR POR EL PACIENTE

El **desvestido** podemos realizarlo de dos modos:

- Ponerse de pie, bajar el pantalón hasta antes de las rodillas. Después, sentarse y sacar el pie del lado menos afecto. Una vez lo hemos hecho, cruzamos la pierna más afecta sobre la otra y quitamos el pantalón.
- Tumbarse en la cama y realizar los mismos pasos elevando la cadera para poder bajar el pantalón.

RECUERDE...

- Colocar la ropa **en orden** de uso para facilitar su manipulación.
- **Situar** la ropa en el lado sano.
- Uso de **ropa ancha**.
- **Calzado cerrado** para mejor sujeción del pie.
- **Empezar a vestir por la parte afecta y a desvestir por la parte sana**.
- Poner **arandelas** en las **cremalleras** para facilitar su uso.
- Tratar de que el **paciente realice todas las partes posibles** de la tarea, aunque necesite ayuda de otra persona.



RECOMENDACIONES EN ALIMENTACIÓN

RECOMENDACIONES GENERALES



- **Mantener la postura adecuada:** sentar a la persona en una posición erguida (mínimo 45°, ideal 90°) durante las comidas y al menos 30 minutos después para facilitar la deglución y reducir el riesgo de aspiración. Debe estar con las piernas a 90° y los pies apoyados sobre el suelo.



- **Comidas en un ambiente tranquilo:** evitar distracciones y proporcionar un entorno relajado para mejorar la concentración durante las comidas.



- **Higiene bucal:** realizar una buena higiene bucal **antes** y después de las comidas para reducir el riesgo de infecciones.



- Tratar de **evitar que hable mientras mantenga el alimento** en la boca.

DIFICULTAD PARA TRAGAR (DISFAGIA)



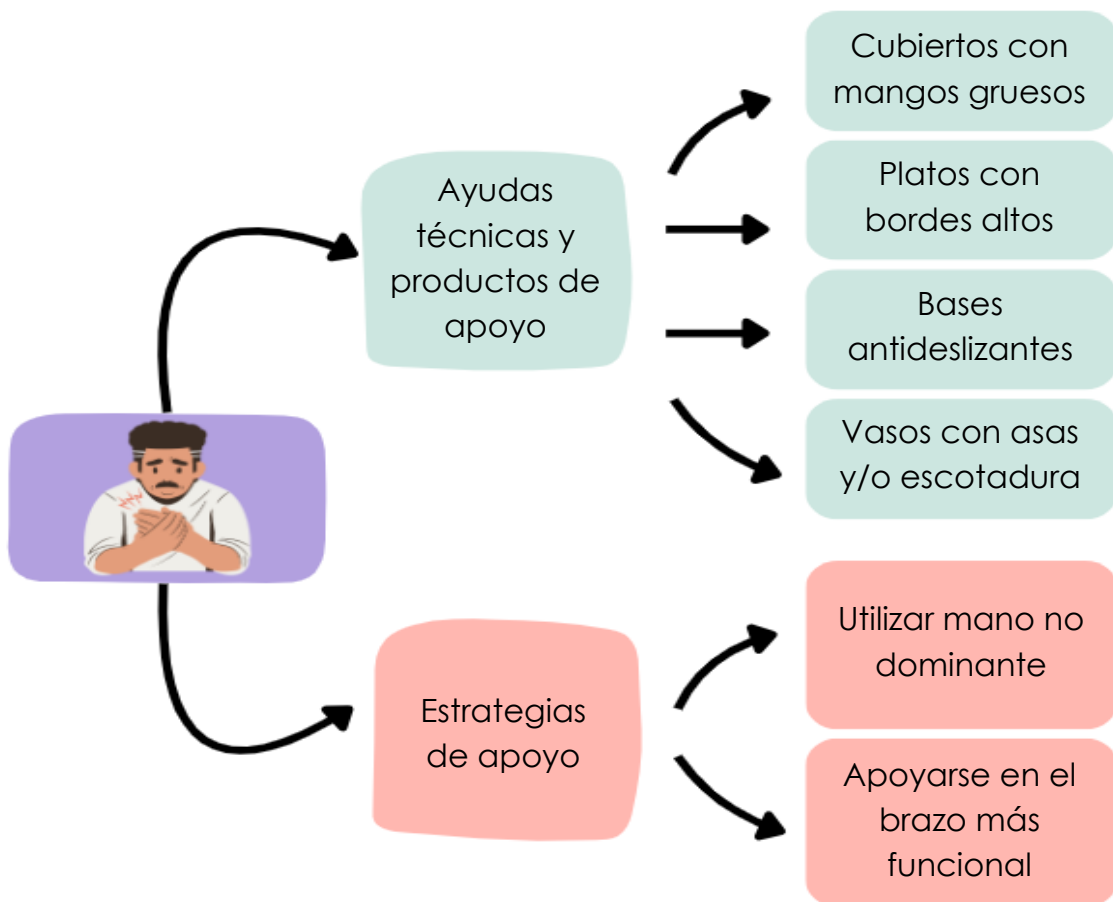
La disfagia orofaríngea (alteración o dificultad en la deglución por problemas en el manejo del alimento sólido, líquido o ambos, en boca y faringe) es muy frecuente en personas que han tenido un ictus. Interfiere en el proceso de alimentación afectando tanto a la seguridad (el alimento puede ir a la vía respiratoria produciendo infección y neumonía) como a la eficacia (impide que el paciente ingiera las cantidades adecuadas de nutrientes y líquidos). Por tanto, será necesario realizar adaptaciones personalizadas en cuanto a la textura o consistencia de los alimentos y a la cantidad o volumen que es capaz de manejar de forma segura.

- **Adaptar la consistencia de los alimentos:** alimentos cohesionados, triturados o en puré y los líquidos espesados para evitar aspiraciones.
- **Pequeñas porciones:** ofrecer alimentos en pequeñas cantidades y permitir tiempo suficiente para tragar antes de la siguiente porción.
- **Supervisión constante:** vigilar durante la ingesta para intervenir rápidamente en caso de necesidad.
- **Entrenamiento de deglución:** realizar ejercicios recomendados por el logopeda para fortalecer los músculos de la deglución.
- **Comprobar el nivel atencional.** Si se muestra somnoliento, no empezar la alimentación.
- Tener en cuenta los **gustos y preferencias** de alimentos del paciente a la hora de elaborar las comidas. Estará más receptivo y predispuesto para alimentarse.
- Si utiliza **prótesis dental**, esta debe estar bien ajustada. Si hay dudas es mejor retirarla y que coma sin ella.
- Utilizar los utensilios más adecuados como **cucharas tamaño cadete** (10 mililitros) o **vasos con escotadura** (permite beber sin echar la cabeza hacia atrás).
- Situarse **frente al paciente** en caso de que necesite asistencia en la alimentación.
- **Introducir el alimento por el centro de la boca desde abajo.** Hacer una ligera presión con la cuchara en la lengua. Procurar que mantenga la barbilla hacia abajo al tragar (NO dejar que eche la cabeza hacia atrás).
- Esperar a introducir un nuevo bocado hasta que no haya tragado completamente el anterior. **EVITAR LAS PRISAS** y hacer pequeñas pausas para evitar la fatiga muscular.
- Una vez terminada la comida, mantener **incorporado entre 30 y 45 minutos** para prevenir reflujos.
- Realizar una **adecuada higiene oral** tras cada ingesta.

- Consultar en caso de presentar tos intensa, carraspeo o cambios en la voz durante la ingesta de alimentos sólidos o líquidos.
- TODO SEGÚN LA **RECOMENDACIÓN DE UN/A ESPECIALISTA.**

Consultar en caso de presentar **tos intensa, carraspeo o cambios en la voz** durante la ingesta de alimentos sólidos o líquidos.

DEBILIDAD EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES



PÉRDIDA DE COORDINACIÓN Y DESTREZA MANUAL (ATAXIA)

- **Utensilios con peso:** cubiertos y vasos con peso añadido para proporcionar estabilidad.
- **Comidas fáciles de manejar:** preferiblemente alimentos que no requieran de cortes y sean fáciles de llevar a la boca, como, por ejemplo, acompañamientos con salsa y carnes jugosas tipo guiso que ayudan a la cohesión del alimento.
- **Platos antideslizantes y tazas con asas:** facilitan el manejo de los utensilios.

ALTERACIONES COGNITIVAS Y PERCEPTIVAS



- **Rutinas estructuradas:** mantener horarios y rutinas alimentarias consistentes.
- **Ambiente tranquilo:** minimizar distracciones durante las comidas.
- **Recordatorios visuales:** utilizar notas o etiquetas para ayudar a recordar los pasos en la preparación de alimentos.
- **Recordatorios auditivos:** emplear órdenes sencillas tipo “traga”.
- **Supervisión y asistencia:** brindar apoyo durante la preparación y consumo de alimentos.

DIFICULTAD EN LA PERCEPCIÓN SENSORIAL (HEMINEGLIGENCIA)

- **Colocación de alimentos:** colocar los alimentos en el lado que el paciente percibe mejor.
- **Estimulación visual y táctil:** utilizar contrastes de color y texturas diferentes para facilitar la localización y manipulación de los alimentos.

- **Entrenamiento perceptual:** realizar ejercicios recomendados por el terapeuta para mejorar la percepción sensorial.

PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN (AFASIA)



- **Comunicación alternativa y aumentativa:** hacer uso de sistemas de comunicación alternativos y aumentativos para expresar necesidades, rutinas o preferencias alimentarias con uso de pictogramas o imágenes.
- **Gestos naturales:** utilizar gestos naturales para reforzar la comunicación.
- **Paciencia y apoyo:** Brindar tiempo suficiente para que la persona se exprese y asegurarse de entender sus deseos.

ALIMENTACIÓN POR SONDA NASOGÁSTRICA



Cuando la alimentación por vía oral no es posible o no es segura, se debe buscar una vía alternativa que permita conseguir y mantener un estado nutricional adecuado. La primera opción será la colocación de una sonda nasogástrica (SNG) desde la nariz hasta el estómago y administra nutrición por vía enteral.

Cuidados a tener en cuenta en la nutrición enteral por sonda:

- Lavado de manos con agua y jabón **antes** y **después** de su administración.
- Se debe mantener al **paciente incorporado** (45 a 60°) mientras se le está administrando la alimentación o el agua, hasta una hora y media después de finalizado.
- La temperatura del alimento tiene que ser **templada**, evitar pasar los alimentos muy fríos o muy calientes.
- Lavar la sonda **antes** y **después** de cada administración introduciendo 30 ml de agua.

- Después de cada alimentación, administrar **agua** al paciente en la cantidad indicada para asegurar una buena hidratación.
- Si la sonda se obstruye, hay que intentar **desobstruirla** con **agua templada**. Si no se consigue, contactar con el **Centro de Salud**.
- La cantidad de alimento a administrar, así como la frecuencia y el tiempo en el que se dará, será indicación del personal sanitario. **No** debe administrarse **más de 300 mililitros en cada toma**.
- **No mezclar la medicación con la alimentación**. Administrar cada fármaco por separado con pequeñas cantidades de agua. Lavar la sonda al finalizar.
- Mantener el **tapón de la sonda conectado** cuando no se utilice para evitar la salida de contenido gástrico al exterior.
- Es importante que se mantenga la **higiene diaria** tanto de la sonda como de la boca y nariz del paciente.
- Vigilar la aparición de **lesiones en la fosa nasal** donde está colocada y la correcta fijación de la sonda.
- En pacientes con **alteraciones conductuales o agitación** existe un mayor riesgo retirada accidental y se debe tener una mayor supervisión y vigilancia.
- Una adecuada **comunicación con el Equipo de Salud** permitirá garantizar los cuidados necesarios al paciente y evitar posibles complicaciones.

ALIMENTACIÓN POR SONDA DE GASTROSTOMÍA (PEG)



Este tipo de sonda se coloca cuando la necesidad de utilizar la vía enteral para la alimentación del paciente deja de ser temporal y adquiere un carácter permanente. La sonda se inserta a través de la pared abdominal hasta el estómago. Los cuidados generales para la alimentación enteral por PEG van a ser los mismos que en la SNG, añadiendo los cuidados específicos del estoma (punto de inserción abdominal):

- **Lavarse las manos y limpiar la piel** que rodea el estoma y la parte externa de la sonda PEG con agua tibia y jabón.
- **Secar** cuidadosamente y aplicar **solución antiséptica**. Cubrir con **gasa** estéril.
- La **parte externa** de la sonda debe **girarse 360° diariamente** para evitar la formación de adherencias.
- **Comprobar** la **longitud externa** de la sonda para detectar migraciones.
- El **estabilizador externo** debe apoyarse sobre la piel sin presionar. Debe levantarse ligeramente para permitir la limpieza del estoma.
- **Fijar** la **parte externa** de la sonda con cinta hipoalérgica
- Mantener los **tapones cerrados** cuando no se usan.
- **No pinzar** la **sonda** con objetos **metálicos**.
- En caso de **retirada accidental** contactar con el **Centro de Salud** para su recolocación.

RECUERDE...

Incluirle en las comidas y tratar de que haga todo lo posible.

- Intentar que **coma** en el espacio **donde habitualmente solía comer** (comedor/cocina).
- En caso de que la persona requiera **mucha asistencia** para administrar la alimentación, se intentará **incluir en el espacio**. Aunque haya comido previamente, por ejemplo, se le mantendrá sentado en su sitio para que pueda participar en las conversaciones.
- Implicarle en su **autoalimentación** fomentando su **independencia**.



RECOMENDACIONES EN LA DUCHA

CONSIDERACIONES GENERALES



- **Supervisión adecuada:** si es necesario, supervisa al paciente durante la ducha, pero permite que haga todo lo que pueda por sí mismo.



- **Ambiente seguro:** confirma que el baño esté libre de obstáculos y tenga superficies antideslizantes.

EQUIPAMIENTO NECESARIO

- **Silla o banco de ducha:** ofrece un asiento seguro y estable para el paciente.
- **Barras de agarre:** instala barras de agarre en la ducha y cerca del inodoro para apoyo adicional.
- **Alfombrillas antideslizantes:** utiliza alfombrillas antideslizantes dentro y fuera de la ducha.
- **Ducha de mano:** una ducha de mano facilita el lavado y enjuague.
- **Esponjas de mango largo:** ayudan a alcanzar áreas difíciles sin necesidad de estirarse demasiado.
- **Productos de higiene:** ten a mano champú, jabón y otros productos necesarios.

PREPARACIÓN



- **Ropa adecuada:** asegúrate de que el paciente use ropa fácil de quitar antes de la ducha y que esté preparada ropa limpia a su alcance.



- **Temperatura del agua:** verificar la temperatura del agua para asegurar que sea adecuada. Si el paciente tiene afectaciones en la sensibilidad, puede comprobar la temperatura en el hemicuerpo sin afectación. También se puede incorporar un sensor de temperatura.



- **Artículos personales:** comprobar que los artículos de higiene están al alcance del paciente.

ENTRADA A LA DUCHA

- **Asistencia mínima:** ayuda al paciente a entrar en la ducha utilizando las barras de agarre y, si es necesario, una silla de ruedas o andador.
- **Sentarse en la silla de ducha:** si el paciente tiene problemas de equilibrio, asegúrate de que se siente en la silla de ducha antes de comenzar.

USO DE LA DUCHA

Recomendaciones al paciente:

- **Dispensadores de pulsación:** en caso de hemiplejia/hemiparesia, se recomienda el uso de dispensadores de jabón de pulsación.
- **Aplicación del jabón:** puede aplicar el jabón en la pierna afectada con ayuda de la mano menos afectada, coger el jabón de la pierna con la mano sana y aplicarlo por el cuerpo.

Cabeza y cuello:

- Pide al paciente que incline la cabeza hacia atrás.
- Si puede, deja que el paciente maneje la ducha de mano para mojar su cabello.
- Anima al paciente a aplicar champú y masajear su cuero cabelludo.
- Asiste en el enjuague si es necesario.

Parte superior del cuerpo:

- Proporciona una esponja o toallita y guía al paciente para aplicar jabón en el cuello, los hombros y los brazos.
- Anima al paciente a enjuagar con la ducha de mano.

Parte inferior del cuerpo:

- Proporciona jabón y una esponja para que el paciente lave su torso, abdomen, piernas y pies.
- Asiste en áreas de difícil acceso si es necesario.

Zona íntima:

- **Privacidad y asistencia:** trate de que el paciente lave estas áreas en privado si es posible.



ENJUAGUE Y SECADO

- **Auto enjuague:** anima al paciente a usar la ducha de mano para enjuagarse completamente.
- **Asistencia en el secado:** proporciona una toalla y guía al paciente en el secado, comenzando con la cabeza y siguiendo hacia abajo. Asiste en áreas difíciles de alcanzar.

SALIDA DE LA DUCHA

- **Asistencia mínima:** ayuda al paciente a levantarse de la silla de ducha y salir con seguridad utilizando las barras de agarre.
- **Alfombrilla antideslizante:** Asegúrate de que el paciente pise sobre una superficie antideslizante al salir de la ducha.

RECUERDE...

- **Comunicación:** mantén una comunicación clara y constante con el paciente durante todo el proceso para asegurarte de que esté cómodo y entienda cada paso.
- **Paciencia y tiempo:** no apresures al paciente. Permite tiempo suficiente para que complete cada paso por sí mismo.
- **Revisión de seguridad:** regularmente revisa el equipamiento de seguridad (barras de agarre, silla de ducha, alfombrillas antideslizantes) para asegurarte de que están en buenas condiciones.

HIGIENE EN LA CAMA DEL PACIENTE ENCAMADO



- **Con el paciente en decúbito supino (boca arriba).** Se inicia el aseo por la cara, el cuello y las orejas. En la cara no se utiliza jabón para evitar irritación en mucosas y en ojos.
- **Continuar con las manos, brazos y axilas.** Una vez completado el aseo, es el momento idóneo para revisar y cortar las uñas.
- Posteriormente, se asea el **torso** y el **abdomen**.
- Después, las **piernas** completas y los **pies**.
- Ahora será el momento de **girar** al **paciente** y colocarlo en posición **decúbito lateral**, es decir, de lado. La movilización del paciente se realizará de diferente modo dependiendo de si se tiene apoyo de un segundo cuidador o no:

Con ayuda de un segundo cuidador:

La persona que ayuda se posicionará del lado hacia el que se va a girar al paciente, a la altura del abdomen. Para realizar el giro, colocará una mano detrás el hombro más alejado y la otra detrás de la cadera más alejada. Antes de girar al paciente, debe comprobar que el brazo del paciente no quedará aprisionado bajo el cuerpo. A continuación, realizará una tracción del paciente controlada y lenta hasta colocarle de lado. Utilizará su propio cuerpo para frenar al paciente y evitar que gire en exceso y pueda caer de la cama. Una vez posicionado, se procede a lavar espalda, los glúteos y la zona perianal. Se aprovechará este momento para revisar si existen indicios de escaras en la piel y realizar las curas necesarias.

Giro hacia el lado afectado, con un solo cuidador:

La persona que realiza el aseo se colocará del lado hacia el que debe girarse el paciente y le ayudará a realizar el movimiento según se describe en el anterior párrafo. Si la cama dispone de barandillas, se subirán y el paciente se mantendrá agarrado a ella mientras se termina el aseo. Si no es el caso, se puede colocar el respaldo de una silla pesada.

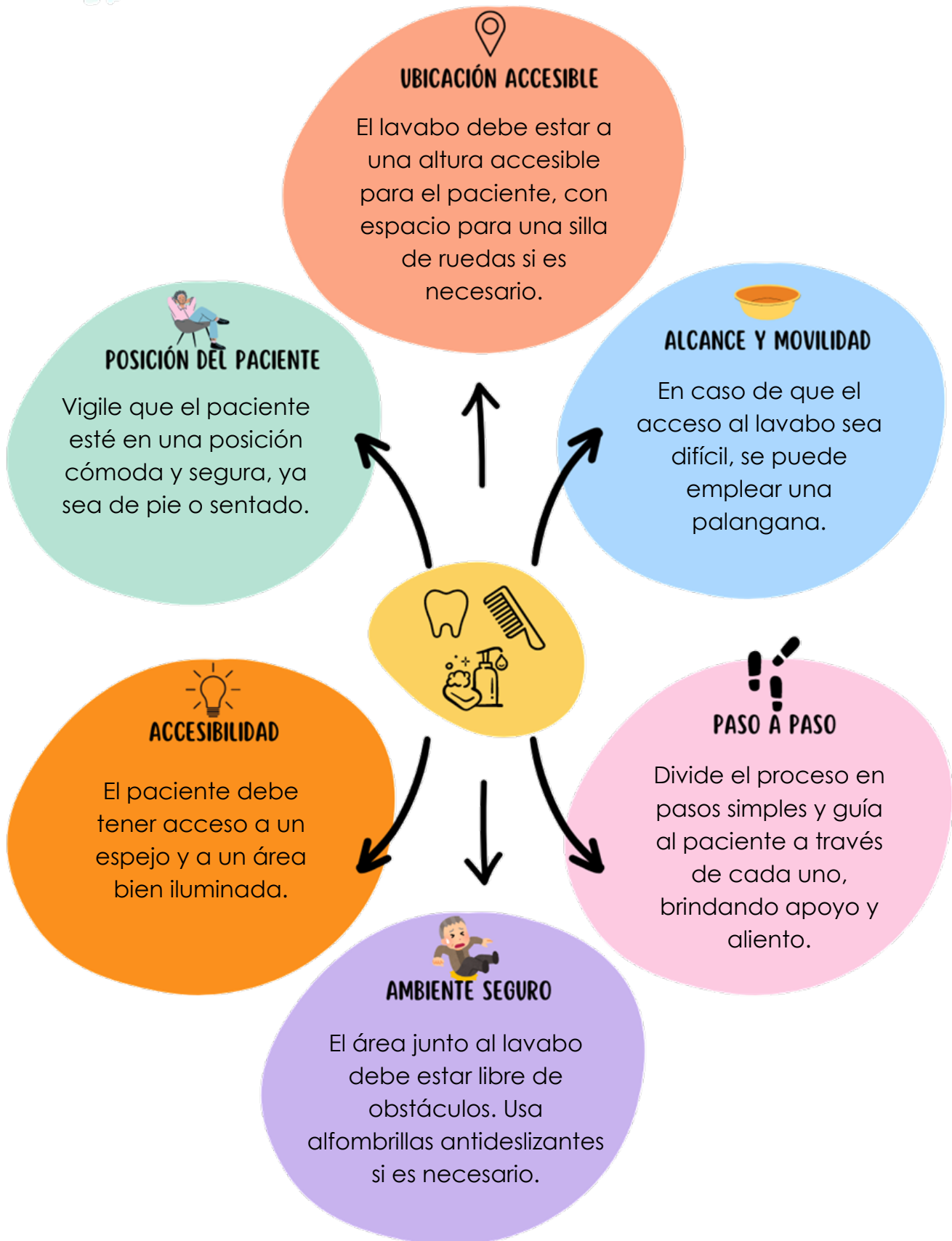
Giro hacia el lado sano, con un solo cuidador:

La persona que realiza el aseo procederá del mismo modo que en el caso 2. Una vez girado, utilizará su propio cuerpo para sostener al paciente, liberando sus manos para poder completar el aseo.

- Por último, asearemos los **genitales** en esta posición o, de nuevo, en decúbito supino.
- El **secado** se hará por **zonas** y siempre por **presión**, nunca por arrastre (evitar la fricción).
- El **aseo** del **cabello** puede realizarse de manera **independiente** para no cansar en exceso. Usar un secador de pelo para evitar la humedad. Existen distintos productos en el mercado para el lavado del cabello en seco.
- Una vez concluido el aseo, procederemos a limpiar y ordenar el entorno.



RECOMENDACIONES EN EL ASEO





RECOMENDACIONES EN EL LAVADO DE MANOS

EQUIPAMIENTO NECESARIO



- **Grifos de palanca o automáticos:** considera instalar grifos y dispensadores de jabón automáticos o con sensores. Si no, son recomendables los jabones de fácil presión.



- **Dispensadores de jabón automáticos o de fácil presión:** permiten el acceso al jabón sin esfuerzo excesivo.



- **Toallas accesibles:** toallas fáciles de manejar y que estén accesibles.

PREPARACIÓN



- **Temperatura del agua:** asegúrate de que el agua no esté ni demasiado caliente ni fría.



- **Accesibilidad de los productos:** colocar el jabón y las toallas al alcance del paciente.

LAVADO DE MANOS

- **Activación del grifo:** si el paciente puede, anímalo a abrir el grifo por sí mismo.
- **Mojar las manos:** indica al paciente que moje sus manos completamente bajo el agua corriente.
- **Aplicar jabón:** si el paciente puede, anímalo a presionar el dispensador de jabón. Si es necesario, ayuda a dispensar el jabón en sus manos.

- **Frotar las manos:** ayúdele a frotar sus manos juntas, cubriendo todas las superficies: palmas, dorso de las manos, entre los dedos, alrededor de los pulgares, las puntas de los dedos y debajo de las uñas. Si la mano afectada no tiene movimiento, una mano lava a la otra. Introducimos la mano sana dentro de la mano afectada realizando movimientos para lavarse.
- **Duración:** el paciente debe frotar sus manos durante al menos 20 segundos.

ENJUAGUE Y SECADO

- **Enjuagar las manos:** indica al paciente que enjuague bien todas las áreas enjabonadas bajo el agua corriente.
- **Cerrar el grifo:** si el paciente puede, animalo a cerrar el grifo por sí mismo. Si el grifo es automático, esto no será necesario.
- **Secar las manos:** proporciona una toalla de papel o una toalla limpia. Indica al paciente que seque bien todas las partes de sus manos. Si la mano afectada no tiene movimiento, una mano seca a la otra. Introducimos la mano sana dentro de la mano afectada realizando movimientos para secarse.

RECUERDE...

- **Incluir el lado más afecto** en todo el proceso.
- **Práctica regular:** practicar el lavado de manos regularmente para mejorar la habilidad y la confianza del paciente.
- **Refuerzos positivos:** elogia al paciente por su esfuerzo y progreso para mantener la motivación.
- **Higiene adicional:** recuerda la importancia de la higiene de manos antes de comer, después de usar el baño y después de toser o estornudar.



RECOMENDACIONES EN EL PEINADO DEL CABELLO

EQUIPAMIENTO NECESARIO



- **Cepillo o peine adaptado:** Un cepillo de mango largo o un peine con agarre ergonómico puede ser más fácil de manejar.



- **Espejo accesible:** un espejo a la altura adecuada para que el paciente pueda verse mientras se peina.

PREPARACIÓN



- **Materiales accesibles:** el cepillo, peine y cualquier producto de peinado debe estar al alcance del paciente.



- **Posición del paciente:** el paciente debe estar en una posición cómoda y segura, ya sea de pie o sentado.

PEINADO DEL CABELLO

- **Sujeción del cepillo o peine:** si el paciente tiene dificultad para sostener el cepillo o peine, considera usar uno con un mango engrosado o ergonómico.
- **Desenredado:**
 - **Comenzar por las puntas:** indica al paciente que comience desenredando el cabello por las puntas y luego siga hacia las raíces para evitar tirones.
 - **Dividir el cabello en secciones:** puede ser útil dividir el cabello en secciones más pequeñas para facilitar el peinado.

- **Peinado general:**
 - **Movimiento suave:** guía al paciente para que use movimientos suaves y controlados al peinarse.
 - **Ayuda en áreas difíciles:** si es necesario, asiste al paciente en las áreas más difíciles de alcanzar.




RECUERDE...

- **Práctica regular:** practicar el peinado del cabello regularmente para mejorar la habilidad y la confianza del paciente.
- **Refuerzos positivos:** elogia al paciente por su esfuerzo y progreso para mantener la motivación.
- **Variedad de estilos:** introduce diferentes estilos de peinado sencillos acordes al gusto del paciente para mantener el interés y su motivación.






RECOMENDACIONES EN EL LAVADO DE DIENTES

ADAPTACIONES Y ESTRATEGIAS

- **Cepillo de dientes eléctrico:** un cepillo de dientes eléctrico puede hacer gran parte del trabajo, facilitando el proceso para el paciente. Por otro lado, un cepillo de dientes con un mango engrosado puede ser más fácil de manejar que un cepillo de dientes convencional.

- **Mango engrosado:** un mango engrosado o una empuñadura de espuma puede facilitar el agarre del cepillo.

- **Pasta de dientes de fácil uso:** pasta de dientes con un dispensador fácil de apretar. Se recomienda que no sean de rosca. Existen adaptaciones para que sea más sencillo extraer la pasta de dientes.


PREPARACIÓN

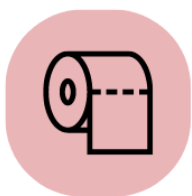
- **Materiales accesibles** el cepillo de dientes, la pasta dental y el vaso deben estar al alcance del paciente.

- **Cantidad de pasta:** aplicar una pequeña cantidad de pasta dental en el cepillo (del tamaño de un guisante). Si el paciente tiene dificultades en la movilidad en uno de los miembros superiores, puede colocar con su lado menos afecto el cepillo de dientes en el lado más afecto. Una vez esté colocado el cepillo de dientes firme en esa mano, aplicará la pasta sobre este.

- **Cepillo de dientes:** si es necesario, se puede marcar su cepillo de dientes para facilitar su reconocimiento.


LAVADO DE DIENTES

- **Cepillado de dientes:**
 - **Parte frontal:** cepillar las superficies frontales de los dientes superiores e inferiores con un movimiento circular o de barrido.
 - **Parte posterior:** cepillar las superficies internas y masticatorias de los dientes.
 - **Encías y lengua:** cepillar suavemente las encías y la lengua para una limpieza completa.
 - **Enjuague con agua y, posteriormente, con enjuague bucal:** se realiza con ayuda de un vaso. **Cuidado** con personas con dificultad de manejo de líquidos en la cavidad oral.
 - **Limpieza del cepillo de dientes:** enjuagar bien el cepillo y colocarlo en un lugar limpio y seco.
- **Duración:** el paciente debe cepillar sus dientes durante al menos 2 minutos. Se puede emplear un temporizador para medir el tiempo.

RECUERDE...

- **Práctica regular:** practicar el lavado de dientes regularmente para mejorar la habilidad y la confianza del paciente.
- **Refuerzos positivos:** elogia al paciente por su esfuerzo y progreso para mantener la motivación.
- **Higiene bucal adicional:** recuerda la importancia de una higiene bucal regular, incluyendo el uso de hilo dental si es posible y visitas regulares al dentista.



RECOMENDACIONES EN LA ELIMINACIÓN

ELIMINACIÓN INTESTINAL

Observe la frecuencia y las características de las deposiciones.

- **Prevención del estreñimiento:** la ingesta de fibra alimentaria, junto con un adecuado aporte de líquidos y la realización de actividad física, son las bases para evitar el estreñimiento. Si el paciente tiene un patrón de deposiciones dificultosas, con heces duras y una frecuencia superior a 24 horas, consulte con su médico la necesidad de usar laxantes u otro de tipo de ayudas. NUNCA espere más de 72 horas.
- En caso de diarrea, más de 3 deposiciones de heces líquidas o semilíquidas en un día, tome dieta astringente (arroz blanco, puré de zanahorias) y aumente la ingesta de líquidos para prevenir la deshidratación. Consulte con su médico si persiste la diarrea más de 48 horas.

ELIMINACIÓN URINARIA

Observe la cantidad, la frecuencia y las características de las emisiones de orina para detectar posibles complicaciones.

- **Manejo de la incontinencia:** la expulsión de orina y/o heces de forma involuntaria supone un problema añadido tanto para la autoestima del paciente como para las relaciones sociales y familiares. Será necesario el uso de absorbentes y prestar un especial cuidado a la piel de la zona genital y perianal.

Si el paciente es **portador de sonda vesical**, se deben mantener las siguientes precauciones:

- La bolsa colectora de orina no debe dejarse en el suelo ni colocarse más elevada que la vejiga del paciente.
- Insista en la higiene de la zona de inserción de la sonda: labios menores en la mujer, meato urinario y glande en el hombre. Además de piel y mucosas, se debe limpiar la propia sonda, eliminando cualquier resto de secreciones o heces.
- Programe con la enfermera de su Centro de Salud los recambios de sonda en la fecha que corresponda (frecuencia variable según del tipo de sonda).

MANEJO DEL WC

En el caso de que pueda desplazarse hasta el WC, se debe valorar la necesidad de realizar adaptaciones para mejorar la seguridad, facilitar el acceso y el uso del inodoro: instalación de asideros, suelo antideslizante, elevadores, etc. También sería recomendable disponer de una cuña y/o botella cerca del paciente para situaciones de urgencia.

ACUDIR AL CENTRO DE SALUD si detecta...

- **Cambio en el olor:** más intenso, penetrante y desagradable.
- **Cambio en el color:** un color amarillo intenso o pardo puede indicar deshidratación.
- **Cambio en la frecuencia y volumen (cantidad):** las emisiones de orina muy frecuentes y en poca cantidad pueden indicar infección o incluso una retención urinaria.
- **Dolor** con la emisión de orina o en la zona lumbar.
- **Temperatura superior a 37,5°C** junto con alguna o varias de las alteraciones anteriores.



RECOMENDACIONES EN EL DESCANSO Y SUEÑO

El sueño es esencial en los procesos de recuperación y organización funcional del cerebro. Para favorecer estos procesos, es recomendable:

- Dormir unas **siete u ocho horas** diarias.
- **Controlar los factores ambientales** que puedan interferir en el descanso (iluminación, ruidos, temperatura, etc.). Procurar un ambiente tranquilo y confortable. Proporcionar un punto de luz permite orientarse durante la noche.
- Crear un **ambiente diurno** (más activo y luminoso) y uno **diferente** por la **noche** (más tranquilo y oscuro). De esta manera se facilita la comprensión del ciclo de vigilia y sueño.
- Establecer **rutinas** para acostarse y procurar que se cumplan.
- **Evitar dormir** en exceso durante el **día**, excepto en el momento de la siesta. Preferiblemente las siestas deben ser de corta duración, entre 30 y 40 minutos.
- Después de un ictus, el paciente puede encontrarse más cansado durante un tiempo. Espaciar las actividades a lo largo del día, intercalando **períodos cortos de reposo**, puede ser de ayudar en esta fase.
- En ocasiones, se producen episodios de **desorientación** y/o **agitación nocturna**, en los que pueden ser necesarias medidas de control farmacológico bajo prescripción. Consultar con su médico.



OTRAS RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES GENERALES

- Sustituir cuchilla por maquinilla de afeitar eléctrica.
- Instalar luz con sensores de movimiento.
- Si no tiene acceso al interruptor, poner luz auxiliar,
- Valorar la posibilidad de quemaduras por contacto con el radiador encendido. Se puede hacer uso de cubrerradiadores o estimar el cambio de estos.
- Valorar la necesidad de cambiar la cocina por una de inducción si existe riesgo de quemaduras.
- Instalar un pestillo mixto, de forma que pueda abrirse también desde fuera de la habitación si fuera necesario.
- Dejar únicamente la ropa correspondiente a la temporada.
- Tener precaución con las ventanas.
- Quitar alfombras y cables, si fuera necesario reorganizar el mobiliario para ofrecer más espacio en las zonas de paso. Uso de regletas si existe dificultad para acceder a interruptores.

RECUERDE...

Establecer **nuevos roles y aficiones** si no se consigue la forma de que **mantenga los anteriores** o si se han visto modificados.

The background features a large, soft pink watercolor splash in the center, surrounded by smaller, scattered yellow and light pink splashes on a white background. The overall aesthetic is artistic and gentle.

PRODUCTOS DE APOYO

La norma **UNE EN ISO 9999:20117** sobre clasificación y terminología de Productos de Apoyo para personas con discapacidad, los define como: cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado, utilizado por o para personas con discapacidad destinado a facilitar la participación; proteger, apoyar, entrenar, medir o sustituir funciones/estructuras corporales y actividades; o prevenir deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación. Esta norma se revisa periódicamente, y se actualiza por los miembros de la Organización Internacional de Estandarización "ISO".

Estos productos pueden abarcar desde elementos sencillos, como utensilios adaptados para la alimentación, hasta dispositivos más complejos, como sillas de ruedas o tecnologías para la comunicación. De este modo, pretenden **facilitar la realización de tareas diarias**, promover la **independencia** y contribuir a una **rehabilitación más efectiva**, adaptándose a las necesidades individuales de cada paciente.

En este apartado, exploraremos algunos de los diferentes tipos de productos de apoyo disponibles y cómo pueden beneficiar a las personas que han sufrido un ictus.

PRODUCTOS DE APOYO PARA EL VESTIDO

- **Ayuda para abrochar el sujetador:**

producto ideado para abrochar el sujetador cuando existe dificultad para unir los dos extremos. Se apoya en el cuello y en el extremo inferior se introduce uno de los extremos del sujetador. A continuación, se gira el resto del sostén alrededor del cuerpo y se unen los dos extremos.



- **Abrochabotones:** permite atarse los botones con una sola mano.



- **Cremalleras:** este producto de apoyo consiste en anillas que se enganchan al tirador de la cremallera para que sea más sencillo tirar de ella.



- **Quitarse los zapatos:** calzador para disminuir la dificultad de ponerse los zapatos. Existen modelos con un muelle en la base que permite bascularlo en la posición adecuada.



- **Ponerse los zapatos:** calzador para disminuir la dificultad de ponerse los zapatos. Existen modelos con un muelle en la base que permite bascularlo en la posición adecuada.



- **Colocación de prendas:** gancho para ayudar en el vestido a personas con dificultades de movilidad para poder alcanzar la ropa y colocarla correctamente.



- **Ponerse medias y/o calcetines:** es un producto de apoyo pensado para ponerse las medias o calcetines sin necesidad de agacharse. Existen muchos modelos distintos y muchos de ellos permiten también la colocación de medias de compresión. A continuación, se muestran unos ejemplos. Si lo necesita consulte en la ortopedia qué tipo de modelo es más adecuado para usted.



PRODUCTOS DE APOYO PARA LA ALIMENTACIÓN

- **Tenedor/cuchara con sujeción palmar:** cubierto que se adapta a la palma de la mano con o sin velcros, dependiendo del modelo. Permite que no se caiga el cubierto si tenemos problemas para sujetarlo.



- **Cinta para mangos de cubiertos:** cinta que se coloca en el mango del cubierto para facilitar la sujeción de este.



- **Cubiertos con mango grueso:** en caso de tener dificultad para usar un cubierto convencional, los de mango engrosado aportan mayor estabilidad.



- **Cubiertos con giro:** cubiertos con mango ligeramente engrosado con giro a la izquierda o a la derecha (según sea zurdo o diestro). Favorece la acción de llevar el alimento a la boca cuando hay alteraciones en la movilidad que dificultan la orientación del cubierto a la boca.



- **Cuchillo basculante:** es una opción para tratar de cortar alimentos de consistencia no muy dura si no se puede emplear un cuchillo convencional.



- **Reborde de plato:** para que sea más sencillo cargar la cuchara o el tenedor de alimentos pudiendo arrastrarlos sobre este.



- **Plato con fondo inclinado:** plato ligeramente inclinado para facilitar la recogida de alimentos.



- **Plato con ventosa:** plato con ventosa en la base para evitar su vuelco al comer. En este caso, tiene dos zonas de agarre en los laterales.



- **Antideslizante:** poner material antideslizante bajo los platos para evitar que se desplace por la mesa.



- **Vaso con recorte nasal o escotadura:** para evitar la extensión del cuello al beber.



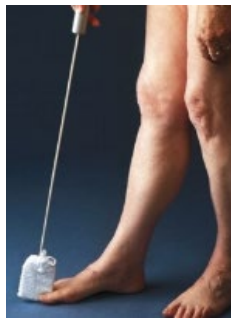
- **Vaso con una o dos asas:** para problemas a la hora de coger o mantener sujeto el vaso.

PRODUCTOS DE APOYO PARA EL ASEO PERSONAL

- **Aplicador de crema:** es un aplicador de crema o loción rellenable con mango alargado para favorecer que se pueda llegar a zonas de difícil acceso.



- **Lavado de dedos de los pies:** esponja con mango prolongado para facilitar el lavado de los dedos de los pies y las zonas interdigitales. Se puede emplear tanto en sedestación como en bipedestación si tenemos un apoyo firme.



- **Alfombrilla para lavarse los pies:** alfombrilla para poder lavarse los pies sin tener que agacharse. Se puede emplear tanto en sedestación como en bipedestación si tenemos un apoyo firme.



- **Cepillo de uñas con ventosa:** cepillo de uñas que se ancla en el lavabo con unas ventosas para que podamos limpiarnos las uñas empleando sólo una mano.



- **Cortaúñas:** montado sobre una base antideslizante. La palanca donde se aprieta tiene una pieza grande de plástico para que sea más sencillo ejercer fuerza sobre ella.



- **Esponja/cepillo de ducha:** con mango prolongado para llegar a zonas menos accesibles.



- **Cepillo con mango largo y curvado:** para facilitar el peinado del cabello.



El contenido junto con las imágenes que se muestran como ejemplo, se han obtenido del Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT). En caso de considerar que necesita alguno de ellos, puede consultarlo con el personal sanitario y obtenerlo en una ortopedia.

The background features a large, soft pink watercolor splash in the center, surrounded by smaller yellow and pink splatters on a white background. The text is centered within the pink area.

ESTIMULACIÓN MULTISENSORIAL EN EL DOMICILIO

ESTIMULACIÓN MULTISENSORIAL



El sentido del olfato se estimula especialmente con el uso de aromas, fragancias y olores distintivos.

OLFATIVA

TÁCTIL

Se estimula empleando diferentes texturas, temperaturas, presiones y movimientos táctiles sobre la piel.



Es un enfoque terapéutico que involucra la estimulación de los sentidos con el objetivo de **promover** una **recuperación funcional**.

Se basa en la idea de que esta estimulación puede facilitar la **plasticidad cerebral** y promover la **reorganización neuronal**, mejorando la función sensoriomotora, la cognición y la percepción.

Incluye diversas técnicas y modos de proceder, pudiendo estimularse cada sentido de forma individual o varios sentidos a la vez.

GUSTATIVA

El sentido del olfato se puede estimular proporcionando experiencias de sabor mediante alimentos, bebidas



Se realiza la estimulación mediante la reproducción de sonidos, música, voces y efectos auditivos.

AUDITIVA

VISUAL

Se puede estimular a través de la presentación de estímulos visuales como colores, formas, patrones y movimiento.





ESTIMULACIÓN OLFATIVA

ORGANIZACIÓN DE LA SESIÓN



- **Duración:** 5 a 10 minutos por sesión.
- **Frecuencia:** 3-4 veces por semana.
- **Consideraciones:** comenzar con sesiones de corta duración para evitar la fatiga olfativa y observar la respuesta de la persona. Si muestra buena tolerancia, la duración puede aumentar gradualmente.

OBJETIVOS



- Estimular las vías olfativas para fomentar la recuperación neurológica.
- Asociar olores con recuerdos positivos para mejorar el estado emocional.

ACTIVIDADES SUGERIDAS



- **Exposición a olores relajantes:** utilizar aceites esenciales suaves, como lavanda, eucalipto, menta o cítricos. Puede inhalar los aromas a través de un difusor, un pañuelo o un bote con un papel impregnado del olor.
- **Reconocimiento y diferenciación de olores:** presentar diferentes objetos con olores distintivos (por ejemplo, flores, frutas, especias, café, colonias). Pedir a la persona que identifique y nombre los olores, asociándolos con recuerdos o emociones cuando sea posible.

FACTORES A TENER EN CUENTA



- **Individualización:** seleccionar aromas según las preferencias de la persona y evitar aquellos que le resulten desagradables o que estén asociados a recuerdos negativos.
- **Precaución en alergias:** verificar que la persona no tenga alergias o sensibilidades a ciertos olores o aceites esenciales.
- **Descansos:** realizar descansos de unos minutos entre ejercicios.

NO se debe hacer...

- **Forzar la exposición:** si la persona muestra incomodidad o rechazo hacia un olor, no insistir en su uso.
- **Utilizar olores fuertes:** evitar olores intensos que puedan causar náuseas, dolor de cabeza o aversión.
- **Sobrecarga sensorial:** no usar aromas intensos o durante períodos prolongados, ya que pueden causar fatiga sensorial o malestar.

ORGANIZACIÓN DE LA SESIÓN



- **Duración:** 10 a 20 minutos por sesión.
- **Frecuencia:** 1-2 veces al día.
- **Consideraciones:** iniciar con sesiones cortas si es sensible al ruido o si se está introduciendo música nueva. Es posible alargar las sesiones progresivamente según la respuesta del paciente y su disfrute.

OBJETIVOS



- Mejorar la percepción auditiva y la discriminación de sonidos.
- Promover la relajación y el bienestar emocional a través de la música.

ACTIVIDADES SUGERIDAS



- **Música personalizada:** utilizar música que disfrute o que le resulte familiar. Incluir canciones relajantes o aquellas que puedan evocar emociones positivas.
- **Sonidos de la naturaleza:** reproducir sonidos como el canto de los pájaros, el sonido del agua, o el viento.
- **Ejercicios de discriminación auditiva:** presentar diferentes sonidos (por ejemplo, campanas, aplausos, golpes en la mesa) y pedirle que identifique o diferencie los sonidos. Este ejercicio mejora la atención auditiva y la percepción.

- **Asociación a imágenes:** se pueden presentar los estímulos auditivos mencionados anteriormente acompañados de una imagen cuando le resulte muy difícil identificarlos.

FACTORES A TENER EN CUENTA



- **Volumen adecuado:** asegurarse de que el volumen de la música o los sonidos no sea demasiado alto para evitar la sobrecarga auditiva.
- **Preferencias personales:** respetar sus gustos musicales y evitar géneros o sonidos que le resulten incómodos.
- **Contexto apropiado:** utilizar la música y los sonidos en un entorno tranquilo y libre de distracciones para maximizar la eficacia de la estimulación.
- **Descansos:** realizar descansos de unos minutos entre ejercicios.

NO se debe hacer...

- **Usar sonidos estridentes o repentinos:** evitar ruidos fuertes, agudos o inesperados que puedan causar estrés o ansiedad.
- **Sobreestimar:** limitar las sesiones para evitar la fatiga auditiva o la irritación, especialmente en personas con hipersensibilidad auditiva.

ORGANIZACIÓN DE LA SESIÓN



- **Duración:** 10 a 20 minutos por sesión.
- **Frecuencia:** 1-2 veces al día.
- **Consideraciones:** asegurarse de que esté cómodo durante la sesión y ajustar la duración según su tolerancia. En actividades como masajes, la duración puede variar dependiendo de la respuesta del paciente.

OBJETIVOS



- Mejorar la percepción táctil y la sensibilidad en las extremidades.
- Estimular la motricidad fina y la capacidad de manipulación de objetos.

ACTIVIDADES SUGERIDAS



- **Exploración de texturas:** proporcionar una variedad de objetos con diferentes texturas, como telas suaves, superficies rugosas, o esponjas. Podemos pedirle que los toque, describa la textura y comente cómo se siente.
- **Materiales manipulables:** utilizar materiales como arcilla o plastilina para que el paciente los manipule, moldeando formas sencillas. Estas actividades fortalecen la motricidad fina y promueven la coordinación. También se pueden poner objetos en un recipiente con arena, arroz u otras legumbres y que el

paciente tenga que introducir la mano y buscar dichos objetos (sin emplear la vista).

- **Masajes suaves:** realizar masajes en las manos, brazos, o pies del paciente utilizando aceites o lociones. Los masajes deben ser suaves y relajantes, ayudando a mejorar la circulación y la percepción táctil.

FACTORES A TENER EN CUENTA



- **Temperatura agradable:** asegurarse de que los objetos y materiales utilizados no estén ni demasiado fríos ni demasiado calientes para evitar malestar.
- **Progresión en la sensibilidad:** si tiene áreas con afectación de la sensibilidad, ver apartado 6 de la parte 3.
- **Comunicación constante:** preguntar cómo se siente durante la actividad para asegurarse de que no está experimentando dolor o incomodidad.
- **Descansos:** realizar descansos de unos minutos entre ejercicios.

NO se debe hacer...

- **Utilizar objetos potencialmente peligrosos:** evitar objetos con bordes afilados, superficies ásperas o materiales que puedan causar irritación o daño en la piel.
- **Sobreestimar zonas sensibles:** en caso de hipersensibilidad, no insistir en la estimulación de las áreas afectadas sin el consentimiento y la comodidad de la persona



Estimulación gustativa

ORGANIZACIÓN DE LA SESIÓN



- **Duración:** entre 15 y 20 minutos por sesión.
- **Frecuencia:** entre 2 y 3 sesiones por semana.
- **Consideraciones:** si tenía alimentos favoritos antes del ictus, incorporarlos lentamente a la terapia puede ser motivador y estimulante.

OBJETIVOS



- Mejorar la percepción gustativa y la capacidad de disfrute de los alimentos, ayudando a recuperar una alimentación funcional y placentera.

ACTIVIDADES SUGERIDAS



- **Calentamiento y activación sensorial** (3 minutos).
 - Estímulo olfativo: presentar aromas conocidos o placenteros para preparar las vías sensoriales, por ejemplo: extracto de vainilla o canela.
- **Estimulación gustativa directa** (10 minutos). Consiste en la introducción progresiva de los sabores primarios:
 - Dulce: ofrecer una pequeña cantidad de miel, puré de frutas, o jugo de manzana en una cuchara. Pedir que identifique el sabor.
 - Salado: usar una pequeña cantidad de sal diluida en agua o alimentos suaves como galletas saladas.
 - Ácido: ofrecer jugo de limón diluido o vinagre suave.

- Amargo: introducir una pequeña cantidad de café o té sin azúcar, o alimentos naturalmente amargos.
- Umami: probar con trocitos de tomate, queso parmesano o salsa de soja diluida en agua.

Procedimiento: dar el estímulo gustativo y pedir al paciente que lo identifique verbalmente o a través de un gesto. Si es incapaz de identificar el sabor, se le puede guiar mencionándolo para asociar el estímulo con la percepción.

- **Variación de texturas:** presentar los sabores en diferentes formas: líquidos, sólidos suaves (puré), alimentos crujientes o gelatinosos. La variedad de texturas ayuda a estimular las papilas gustativas y a mejorar la percepción global.
- **Feedback sensorial:** después de cada sabor o conjunto de sabores, preguntar al paciente cómo percibió cada uno (fuerte, débil, agradable, desagradable). Registrar estas respuestas para monitorear el progreso.
- **Estimulación oral motora** (5 minutos)
 - Cepillado lingual: utilizar un cepillo suave para estimular la lengua, frotando de adelante hacia atrás y en movimientos circulares. Esto promueve la sensibilidad oral y mejora la percepción gustativa.
 - Movimientos de la lengua: ejercicios como mover la lengua hacia arriba y hacia abajo, tocar el paladar con la lengua y empujar las mejillas desde dentro con la lengua.
 - Gárgaras: hacer gárgaras con una bebida ligeramente ácida (como té con limón) para estimular la musculatura de la garganta.

FACTORES A TENER EN CUENTA



- **Estado emocional y cognitivo:** asegúrate de que esté relajado y preparado emocionalmente para la sesión. Si hay fatiga o ansiedad, esto puede afectar la capacidad de percepción gustativa.
- **Historial médico:** conocer si tiene DISFAGIA o cualquier otra condición que pudiera poner en riesgo la seguridad durante la alimentación. En estos casos, no realizar ningún ejercicio sin consultar con un profesional.
- **Hidratación:** mantener una buena hidratación durante las sesiones, ya que la sequedad bucal puede reducir la percepción gustativa. Es útil proporcionar pequeñas cantidades de agua entre los ejercicios.
- **Frecuencia y progresión:** la estimulación debe ser gradual. Aumentar la intensidad y la concentración de los sabores progresivamente, evitando sobrecargar el sistema sensorial.

NO se debe hacer...

- **Forzar la ingestión** de alimentos o líquidos si muestra signos de dificultad o incomodidad. Si presenta tos, atragantamiento o signos de fatiga, interrumpir de inmediato.
- **Introducir sabores intensos o picantes** al principio: aunque pueden estimular las papilas gustativas, los alimentos muy picantes o irritantes pueden ser dolorosos y causar aversión.
- **Ignorar** los signos de **disfagia**: si el paciente tiene dificultades para tragar, ACUDIR A UN PROFESIONAL.

NO se debe hacer...

- **Fatiga sensorial:** no prolongar la sesión más de lo recomendado, y asegurarse de que no se sienta abrumado por los estímulos.
- **Sobreestimar demasiado rápido:** la progresión debe ser gradual. Saltar a alimentos con sabores fuertes o texturas complejas demasiado rápido puede generar frustración o incluso empeorar la capacidad gustativa.



Estimulación visual

ORGANIZACIÓN DE LA SESIÓN



- **Duración:** 10 a 20 minutos por sesión.
- **Frecuencia:** 3-4 veces por semana.
- **Consideraciones:** en casos de ejercicios de seguimiento ocular o de reconocimiento, dividir la sesión en intervalos cortos.

OBJETIVOS



- Mejorar la coordinación ojo-mano y la atención visual.
- Facilitar la recuperación de la percepción visual y el reconocimiento de objetos.

ACTIVIDADES SUGERIDAS



- **Uso de colores y formas:** exponer a la persona a colores brillantes y contrastables utilizando tarjetas, objetos, o juegos de clasificación. Los ejercicios pueden incluir la identificación y comparación de colores o formas.
- **Movimientos oculares guiados:** realizar ejercicios donde la persona siga con la vista un objeto en movimiento, a poder ser de su interés. Se le presenta el objeto dentro de su campo de visión desde diferentes ángulos. Adecuaremos la velocidad de movimiento del objeto en función de la respuesta de la persona. Estos ejercicios ayudan a mejorar la coordinación y la movilidad ocular.

- **Visualización de imágenes conocidas:** mostrar fotografías familiares, imágenes de lugares conocidos, o ilustraciones de objetos cotidianos. Podemos solicitarle que describa lo que ve o que intente recordar detalles específicos.

FACTORES A TENER EN CUENTA



- **Entorno bien iluminado:** realizar las actividades en un ambiente con buena iluminación para facilitar la percepción visual.
- **Evitar distracciones:** minimizar las distracciones visuales (como fondos complejos o luces parpadeantes) durante las sesiones de estimulación para mantener el enfoque de la persona.
- **Progresión gradual:** comenzar con estímulos visuales simples y aumentar la complejidad de manera gradual, según la respuesta de la persona.
- **Duración:** entre diez y quince minutos.
- **Descansos:** realizar descansos de unos minutos entre ejercicios.

NO se debe hacer...

- **Forzar la vista:** evitar ejercicios que requieran un esfuerzo visual excesivo o que puedan causar fatiga ocular.
- **Utilizar estímulos visuales abrumadores:** evitar la exposición a luces parpadeantes o patrones visuales complejos que puedan causar mareo, confusión o incomodidad.

The background features a large, soft pink watercolor wash in the center, surrounded by numerous yellow and light green splatters of varying sizes scattered across the white background.

EJERCICIOS EN EL DOMICILIO

EJERCICIOS EN EL DOMICILIO

Es importante señalar que una evolución favorable del paciente no dependerá de forma exclusiva de las sesiones de tratamiento rehabilitador que pueda recibir (fisioterapia, terapia ocupacional...), sino también de la actividad y cuidados que se lleven a cabo el resto del día y de las diversas secuelas que pueda presentar cada paciente.

Son indispensables sobre todo en las **primeras fases** para **evitar** la aparición de las **úlceras por presión**, pero también las **rigideces** y el **aumento del tono muscular**. Además, favorecen su recuperación y previenen posibles complicaciones como úlceras por presión, flebitis, infecciones respiratorias, rigideces articulares, ...

Con ellos se pretende **mejorar** las alteraciones del **movimiento**, del **equilibrio**, del **tono** muscular, del **control postural** y del patrón de la **marcha**. Además, supone una gran ayuda a nivel **psicológico**.

A continuación, se describirán una serie de ejercicios básicos y sencillos de uso común en un paciente con ictus en fase subaguda a nivel domiciliario.

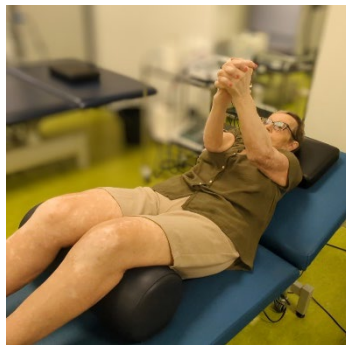
EJERCICIOS EN DECÚBITO SUPINO



Elevación de brazos:

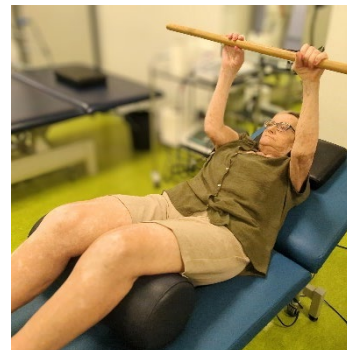
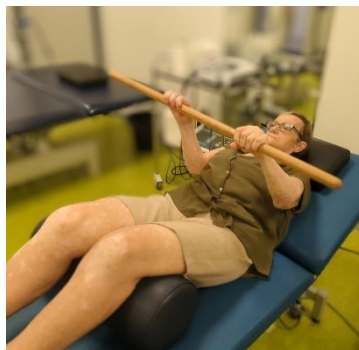
- El paciente entrelaza ambas manos y estira los codos con los brazos apoyados sobre su cuerpo.
- Eleva los brazos, ayudándose con el sano, hasta llegar a una posición vertical intentando mantenerlos en la línea media hasta la altura del hombro o por encima de la cabeza.

- Los vuelve a bajar controlando que no caigan de forma brusca.



Variante:

- Si el paciente presenta mayor control del brazo afecto, se puede usar un palo como ayuda.
- El paciente agarra el palo con las dos manos separadas a la misma distancia que los hombros.
- Realizará el mismo movimiento de ascenso y descenso controlando que no se produzca más avance del brazo sano que del afecto.



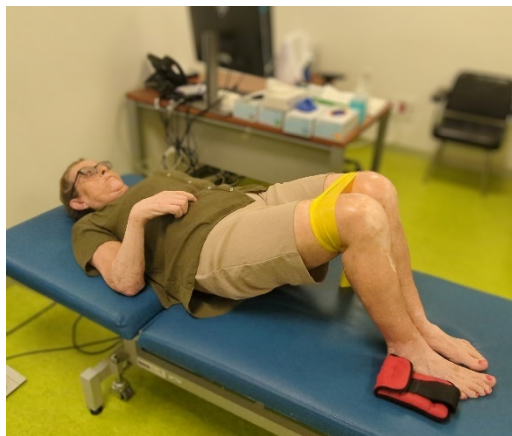
Elevación de glúteos:

- Se doblan las rodillas apoyando los pies sobre la cama.
- Los brazos se mantienen estirados al lado del cuerpo.

- El paciente levanta los glúteos intentando contraerlos y manteniendo las rodillas juntas.



- Se puede ayudar de una banda elástica y un saquito en el pie para evitar que la pierna afectada se separe.



Rotación del tronco:

- Los brazos se elevan como en el primer ejercicio.
- Se doblan las rodillas sobre la cama como en el ejercicio anterior.
- El paciente deja caer de forma suave los brazos a un lado y las rodillas al lado contrario.
- Vuelve a la posición inicial y repite el ejercicio cambiando de lado, tanto los brazos como las rodillas.

- Se puede necesitar la ayuda de la banda elástica para las rodillas o del cuidador para volver a la posición inicial.



EJERCICIOS EN SEDESTACIÓN



Lateralizaciones de tronco (transferencias de peso):

- El paciente sentado en el borde de la cama con los pies apoyados en el suelo, las manos sobre la cama con los brazos separados.
- Realizando una inclinación lateral del tronco, carga el peso sobre el brazo afecto manteniendo el codo extendido.
- Tras volver a la posición inicial, realiza el mismo movimiento sobre el brazo sano.
- El paciente puede necesitar ayuda del cuidador para mantener el brazo afecto extendido y para evitar la inclinación del tronco hacia delante.



Variante:

- Si el paciente ya presenta mayor control de tronco, se realiza sentado en una silla con los pies bien apoyados en el suelo, espalda recta y separada del respaldo.
- La inclinación lateral se realiza dejando caer el brazo como si quisiera tocar el suelo con la punta de los dedos, repitiendo de forma alternativa hacia ambos lados.
- El paciente puede necesitar ayuda del cuidador para volver a la posición inicial.



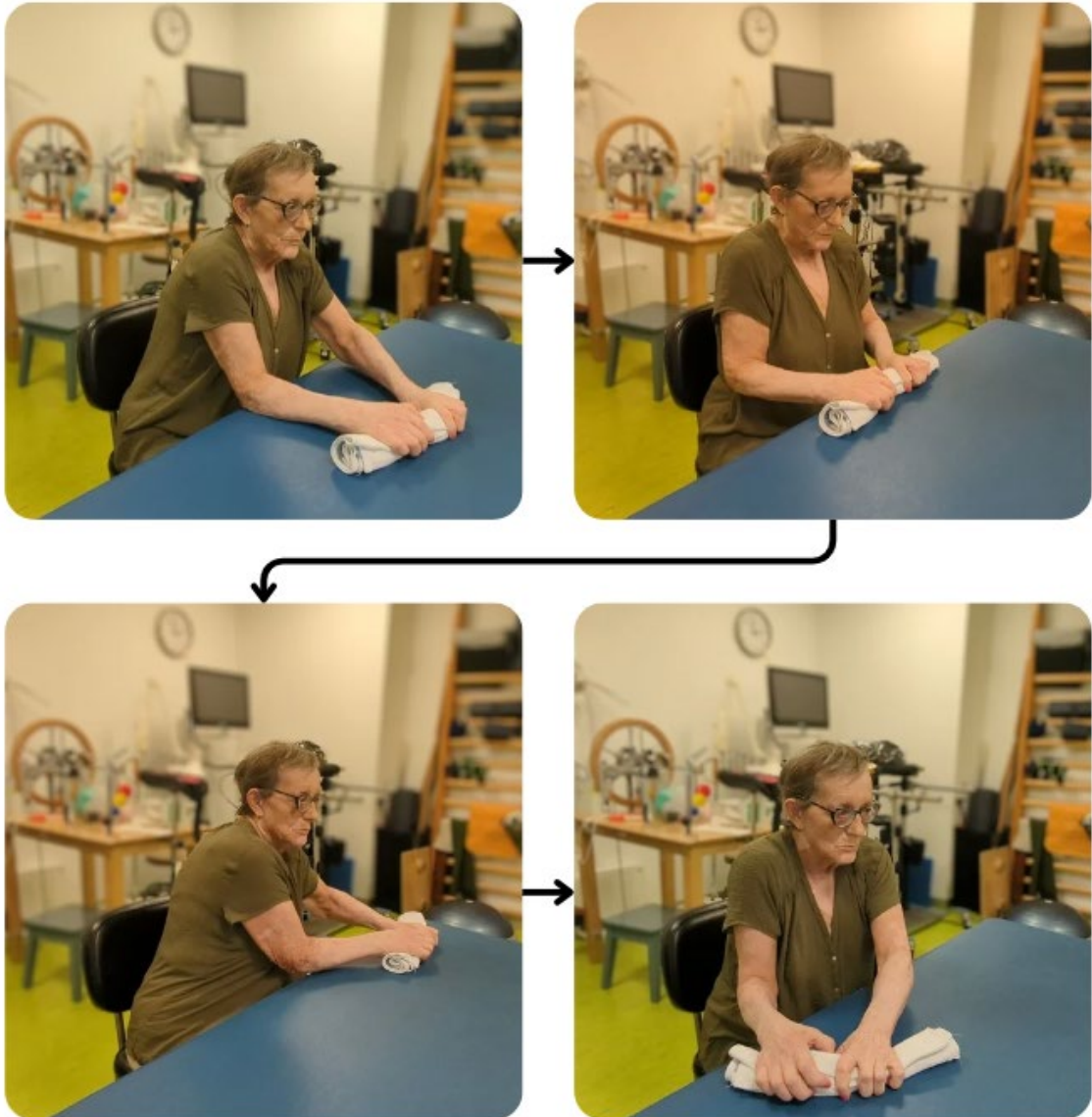
Flexión de tronco:

- El paciente se sienta al borde de la cama o en una silla con la espalda recta y los pies bien apoyados en el suelo.
- Entrelaza las manos y con los brazos extendidos, inclina el tronco hacia delante y dirigiendo los dedos hacia el suelo.
- Vuelve a la posición inicial extendiendo el tronco y elevando los brazos.

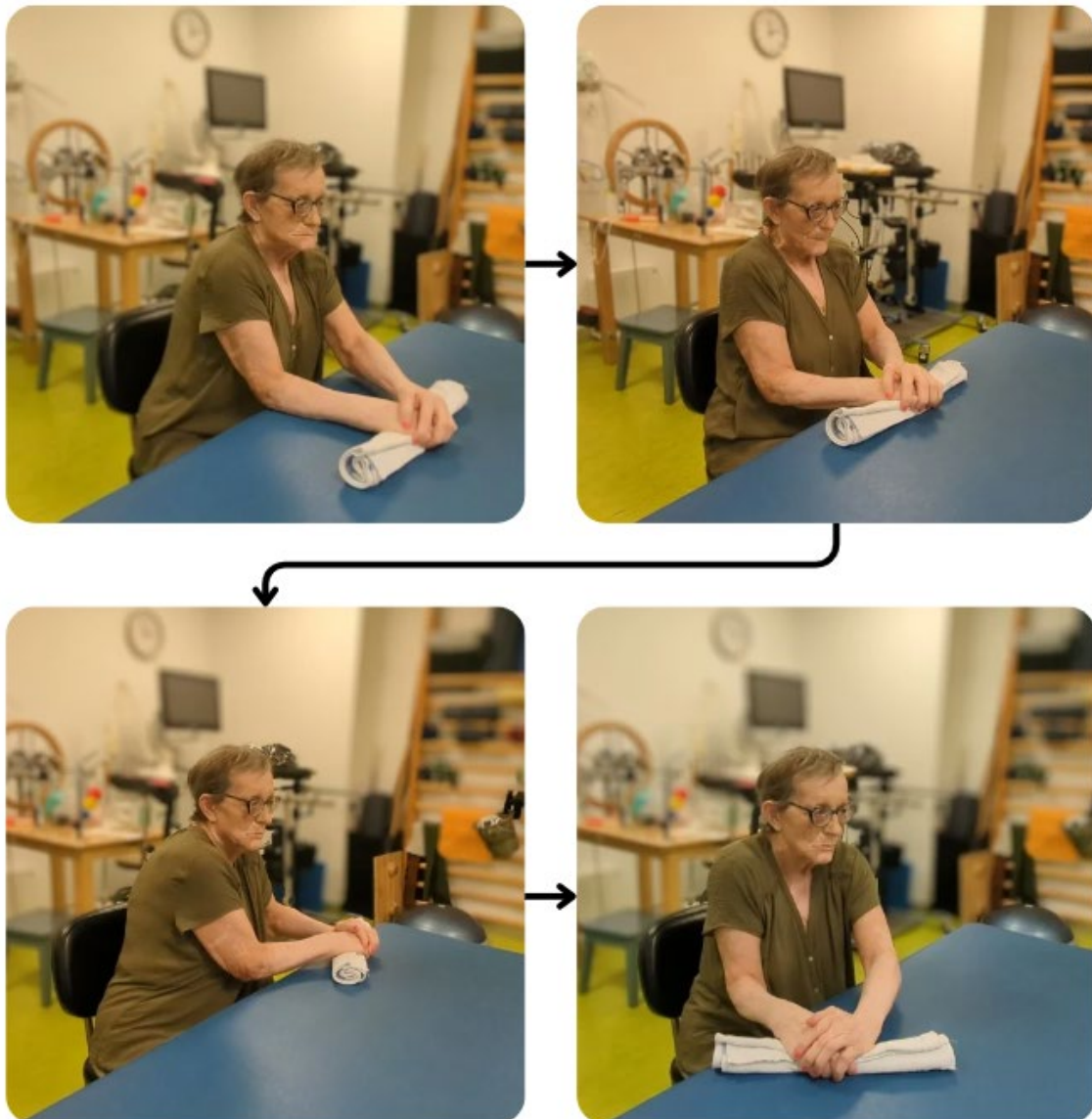


Ejercicios de brazo con toalla:

- El paciente se coloca sentado frente a una mesa sobre la que se coloca una toalla enrollada.
- Coloca ambas manos sobre ella y realizando una leve presión se desliza la toalla hacia delante y hacia atrás y después, hacia derecha e izquierda despegando el tronco de la silla.

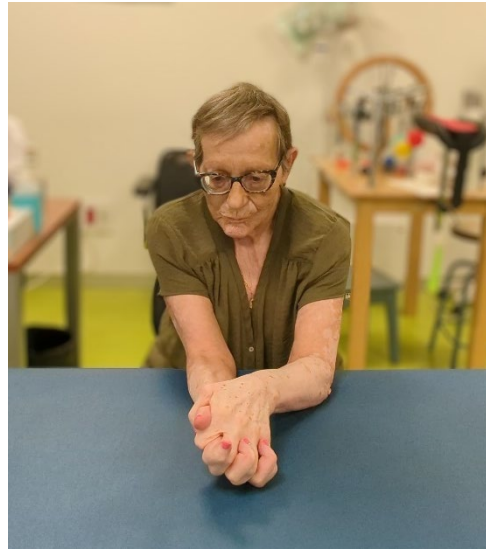
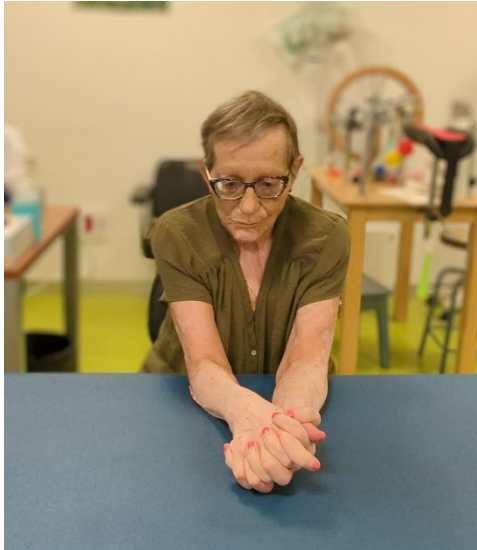


- Si el paciente presenta poca movilidad en el brazo afecto, se autoayuda con la mano sana colocándola encima de la afectada.



Rotaciones de antebrazo:

- El paciente se coloca sentado frente a una mesa y los brazos apoyados en ella con los codos flexionados a 90°.
- Con las manos entrelazadas realiza giros de antebrazo sobre la mesa a un lado y a otro.

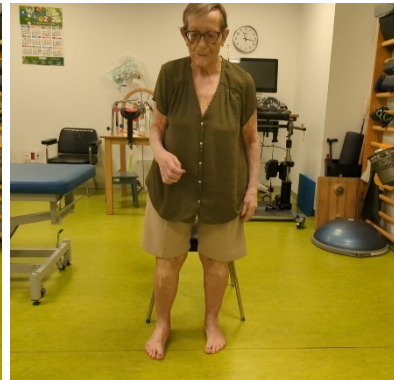


EJERCICIOS EN BIPEDESTACIÓN



Sentarse y levantarse:

- Partirá de lo aprendido para realizar las transferencias disminuyendo paulatinamente la ayuda y aumentando la dificultad.



Transferencia de peso en miembros inferiores:

- El paciente se agarra al respaldo de una silla y carga el peso del cuerpo sobre la pierna afectada unos segundos.
- Tras volver a la posición inicial, cambia de lado cargando su peso sobre la pierna sana.



PARTE 3



PAUTAS PARA NECESIDADES ESPECÍFICAS

The background features a large, soft-edged watercolor splash in shades of light green and teal, centered on a white background. Scattered around and below this splash are numerous smaller, irregular splashes and dots in a warm orange or terracotta color. The overall aesthetic is artistic and organic.

PROBLEMAS EN EL HABLA, LENGUAJE Y LA COMUNICACIÓN

¿QUÉ ES LA DISARTRIA?

La **disartria** es una dificultad en la programación o ejecución motora por una afectación neurológica que provoca alteración en la fuerza, en el recorrido muscular, el tono, la velocidad y la precisión de los movimientos realizados por la musculatura.

Debido a que las lesiones cerebrales y sus manifestaciones pueden ser muy variadas, la disartria es un término que engloba diferentes subtipos con distintas características que afectarán a la articulación, prosodia, tono de la voz, intensidad, respiración, cualidad vocal y resonancia.

Si éste es su caso, le animamos a que colabore activamente en su rehabilitación. A continuación, se expondrán una serie de ejercicios que puede realizar en su domicilio.

DIFICULTADES LEVES

ACTIVIDADES DE ARTICULACIÓN: PALABRAS POLISILÁBICAS

- Por su longitud mayor, las palabras compuestas por cuatro sílabas o más son más difíciles de producir.
- Para mejorar, las diremos enlenteciendo la velocidad del habla y con buena movilidad de lengua y boca (aunque sin llegar a mueca exagerada).

EXPRIMIDOR	NO SE DONDE HE PUESTO EL EXPRIMIDOR
CANTIMPLORA	LA CANTIMPLORA ESTÁ LLENA DE AGUA FRÍA
DROMEDARIO	EL VIAJE EN DROMEDARIO FUR AGOTADOR
LAVADORA	¿HAS PUESTO LA LAVADORA?
CAZADORA	ME VOY A COMPRAR UNA CAZADORA NUEVA
LAVAVAJILLAS	¡SE HA ESTROPEADO EL LAVAVAJILLAS!
MANTEQUILLA	APUNTA EN LA LISTA DE LA COMPRA LA MANTEQUILLA
LAPICERO	¿ME DEJAS EL LAPICERO?
MURCIÉLAGO	¡SE HA METIDO UN MURCIÉLAGO EN EL DESVÁN!
SACAPUNTAS	A RODRIGO SE LE OLVIDÓ EL SACAPUNTAS EN CASA
REGADERA	¿HAS COGIDO TÚ LA REGADERA DEL JARDÍN?
CHOCOLATE	¡QUÉ RICO ESTÁ ESTE CHOCOLATE!
BERENJENA	COMPRÉ TRES BERENJENAS ENORMES
COMO POCO COCO COMO, POCO COCO COMPRO	

ACTIVIDAD DE RESONANCIA

Si en su caso se nota la voz al hablar que suena nasal, repita haciendo hincapié en el sonido /k/: aká-aká-aká-aká-aká. Y con el resto de vocales: eké.eké...

ACTIVIDAD DE PROSODIA

- Mejorar en la expresividad de la voz, ayuda a ganar inteligibilidad.
- Ensaye leyendo en alto obras de teatro o poemas. También nos sirve decir una frase y cambiarla a pregunta o a exclamación como en el ejemplo.

ACTIVIDAD DE TONO E INTENSIDAD DE VOZ

Experimente con su voz. Podemos hacer un sonido bajo e ir subiéndolo poco a poco, luego volver a bajarlo. También, cambiaremos el tono imitando el sonido de las sirenas de las ambulancias o un tono grave como el producido por un barco.

ACTIVIDAD DE AGILIDAD ARTICULATORIA: TRABALENGUAS

Los trabalenguas nos sirven para ganar agilidad articulatoria.

EL CIELO ESTÁ ENLADRILLADO
QUIÉN LO DESENADRILLARÁ
EL DESENADRILLADOR QUE LO DESENADRILLE
BUEN DESENADRILLADOR SERÁ

EL FRAILE AL FREGAR
SUFRIÓ UNA DESFAVORABLE FRACTURA FEMORAL

JUAN TUVO UN TUBO
Y EL TUBO QUE TUVO SE LE ROMPIÓ
PARA RECUPERAR EL TUBO QUE TUVO,
TUVO QUE COMPRAR UN TUBO
IGUAL AL TUBO QUE TUVO

EUGENIO
ES MUY INGENUO
PERO...
¡QUÉ MAL GENIO TIENE
EL INGENUO DE EUGENIO!

YO COMPRÉ POCAS COPAS
POCAS COPAS YO COMPRÉ.
COMO YO COMPRÉ POCAS COPAS
POCAS COPAS YO PAGUÉ

ACTIVIDAD DE COORDINACIÓN CON LA RESPIRACIÓN

- Sentir cómoda la voz al hablar. No apurar el aire. Así evitaremos que el final de las frases quede poco inteligible y, además, nos agotemos al hablar.
- Para trabajarlo, recurrimos a la lectura. Haremos marcas en lugares adecuados para no perder el sentido a lo que decimos. Lo leeremos notando si llegamos cómodos y sin bajar la intensidad.

ACTIVIDAD DE ARTICULACIÓN: CON SÍLABAS COMPUESTAS

- Las sílabas que tienen vocal + consonante (ejemplo: "as") o consonante + consonante + vocal (tipo "pla", "gri") o consonante + vocal + consonante ("par", "pul") requieren más destreza, por eso cuestan más articularlas.
- Para mejorar, podemos repetir las más lentamente para poder hacer de forma más precisa los movimientos necesarios.

DIFICULTADES MODERADAS

ACTIVIDAD DE ARTICULACIÓN: REALIZAR SONIDOS CON DIFERENTES POSICIONES

- Los sonidos que se producen elevando la lengua suelen costarnos más como /l/, /t/, /r/. Decir palabras cortas que empiecen con estos sonidos y otras que los contengan. Es preferible que sean palabras muy usuales.

LECHE	CASA	CENA	FOTO	BESO
LOMO	CAMA	CINCO	FAMILIA	BANCO
PELO	SECO	RIZO	CAFÉ	PAVO
MELÓN	LACA	ROZA	SOFÁ	SABES
TELE	GATO	SALÓN	CHICO	PISO
TOSE	GOMA	SAL	CHOLLO	POLO
SETO	PAGA	VASO	PECHO	SOPA
METE	MIGA	MESA	MANCHA	TAPA
ROPA		JESÚS		MANO
CARA		JAMÓN		MANTA
MIRA		SOJA		TOMA
TARRO		TIJERA		COMIDA
PEZ-VEZ:	Pescó un pez		Perdió la vez	

- Sonidos producidos en la parte posterior como /k/, /g/
- Sonidos que se producen con roce de aire /z/, /s/, /j/, /f/, /ch/
- Sonidos que hacemos con los labios /b/, /p/, /m/

ACTIVIDAD DE PROSODIA: MEJORAR LA EXPRESIVIDAD PARA GANAR INTELIGIBILIDAD

- Ensaye diciendo refranes o cambiando el sentido de palabras o frases cortas:
- Hace frío/ ¿Hace frío? / ¡Qué frío hace!
- Mañana/ ¿Mañana? / ¡Mañana!

ACTIVIDAD DE TONO E INTENSIDAD DE VOZ

Experimente con su voz. Podemos hacer un sonido bajo e ir subiéndolo poco a poco, luego volver a bajarlo. También, cambiaremos el tono imitando el sonido de las sirenas de las ambulancias o un tono grave como el producido por un barco.

ACTIVIDAD DE ARTICULACIÓN: PALABRAS PARECIDAS

Notar la diferencia entre ambas palabras al articular. Podemos después, decir una frase que contenga cada palabra.

DOS-TOS:	Me dieron las dos	Me entró la tos
PARO-PALO:	No cobra el paro	¡Menudo palo !
POSO-POZO:	Se hundió el pozo	El café tiene posos
CAMA-CANA:	Tiene una cama grande	Tiene muchas canas
PESO-PECHO:	Ha perdido peso	Me duele el pecho
CORO-CODO:	Canta en un coro	Se pegó en el codo
MAJA-MAGA:	Es muy maja	Quiere ser maga
NATA-BATA:	Me gusta la nata	Ponme la bata
SALTA-MALTA:	No veas cómo salta	Se van a Malta
TOCA-LOCA:	Toca la guitarra	Está un poco loca
SUECA-MUECA:	Se hizo la sueca	No hagas muecas
MUELE-DUELE:	Este molinillo no muele	Me duele la mano
VASO-PASO:	Se ha roto el vaso	Estoy a un paso de ti
BESO-PESO	CARA-CALA	MESA-PESA

ACTIVIDAD DE COORDINACIÓN CON LA RESPIRACIÓN

- Sentir cómoda la voz al hablar. No apurar el aire. Así evitaremos que el final de las frases quede poco inteligible y, además, nos agotemos al hablar.

- Para trabajarlo, podemos ir alargando poco a poco las palabras o frases manteniendo la comodidad al hablar y la intensidad: que se escuche igual de bien el inicio que el final.





ACTIVIDAD DE RESONANCIA

Si su voz suena nasal al hablar, repita haciendo hincapié en el sonido /k/: aká-aká-aká-aká-aká. Y con el resto de vocales: eké.eké...

NO se debe hacer...

- **Obligarle a repetir.**
 - *Lo correcto: tener en cuenta sus dificultades y animarle a mejorar su expresión según sus capacidades.*
- **Hacer que le hemos entendido.**
 - *Lo correcto: si no hemos comprendido lo que nos quería decir, ser honestos y comunicárselo para que pueda repetirlo o decirlo de otra manera.*
- **No imitar su habla.**
 - *Lo correcto: dar el modelo adecuado.*

IMPORTANTE

-  **Hablamos para comunicarnos.** No esté pendiente de cómo lo dice sino de lo que dice.
-  Es importante que **escuche de forma activa** a su interlocutor.
-  **No evite palabras** por miedo a no pronunciarlas correctamente.
-  Si su interlocutor no le entiende, **repita el mensaje enlenteciendo la velocidad** y apoyándose en **gestos** que puedan ayudarle.

¿QUÉ ES LA AFASIA?

La **afasia** es una alteración del lenguaje que aparece como consecuencia de una lesión cerebral. Provoca dificultad en la comunicación de la persona que la padece afectando a su capacidad para expresar sentimientos, ideas, intenciones o necesidades.

Hay distintas formas de verse afectada la capacidad para comunicar (se puede ver dañada la comprensión o la expresión o ambas a la vez tanto en su forma oral como escrita) y en diferentes grados de severidad (desde leves dificultades apenas perceptibles a graves afectaciones donde haya necesidad de implantar sistemas alternativos/aumentativos de comunicación). Con el fin de facilitar la realización de los ejercicios para la mejora de la comunicación y del lenguaje en domicilio, se presentan clasificados en los siguientes apartados.



DIFICULTAD **LEVE** EN LA COMPRENSIÓN

Puede ocurrir que, cuando hay ruido en el entorno (calle, bares, televisión de fondo...), varias personas estén hablando a la vez o éstas hablan de forma rápida, le cueste entenderlas. También puede que nos sintamos desorientados en la conversación cuando hay un cambio de tema. Mantener una conversación telefónica nos puede incomodar porque sentimos inseguridad y tendemos a evitarla. Estamos ante un **problema leve de comprensión**.

Si es éste su caso, le animamos a que colabore activamente en su rehabilitación.

Para ello le proponemos una serie de actividades que podrá realizar desde su domicilio siguiendo las indicaciones proporcionadas:

AUTODICTADOS



Podemos hacer uso de aplicaciones para dictado. Es conveniente que podamos regular la velocidad en que aparece el habla para ir aumentando la rapidez según vayamos progresando.

Otra alternativa consiste en un dictado tradicional. Puede ser de libros, revistas o titulares. Intentar que la temática sea de nuestro agrado para favorecer nuestra atención y concentración.

PELÍCULAS U OCIO AUDIOVISUAL

Podemos iniciar con pequeñas series o trozos de película subtitulada (como apoyo).

Cuando veamos que conseguimos una comprensión buena, eliminamos los subtítulos.



Al principio, es normal que sólo consigamos mantener la concentración y comprensión durante un breve espacio de tiempo. Tenga paciencia.

AUDIOLIBROS

Comenzar escuchando unos pocos minutos. Podemos parar y poder escuchar las veces que lo necesitemos. Poco a poco iremos incrementando el tiempo de escucha.



CONVERSACIONES AUMENTANDO COMPLEJIDAD

Empezamos con una persona con la que tengamos confianza y sea buena interlocutora para hablar en ambiente “hostil” (calle con ruidos, cafetería...) o en ambiente silencioso en conversación con dos o tres personas. Según vayamos cogiendo destreza, animarnos a hablar con varias personas en ambientes ruidosos.

USO DEL TELÉFONO

Al inicio podemos ensayar conversaciones. Para hacerlo, tanto nuestro interlocutor como nosotros, tendremos una lista de palabras muy usuales en las conversaciones. De forma aleatoria, nos irá diciendo una de ellas. Nosotros la repetiremos para comprobar que sea la correcta. Posteriormente, podemos tener un guion ambos de conversación. Por último, realizaremos pequeñas conversaciones espontáneas.

- HOLA, ¿QUE TAL ESTÁS?
- BIEN, ¿VOSOTROS?
- TAMBIÉN BIEN. OYE, ESTABA PENSANDO SI OS APETECE QUEDAR A TOMAR ALGO ESTA TARDE.
- VALE, NO TENIAMOS NADA PENSADO, ¿DONDE QUEDAMOS?
- ¿OS PARECE BIEN EN LA PLAZA MAYOR? AHÍ TENEMOS VARIAS TERRAZAS Y CON LLO BUENO QUE HACE...
- PUES SI QUE APETECE, PERO MEJOR QUEDAR PRONTO, QUE LUEGO SE LLENAN.
- ¿A LAS CINCO... ¿O ES MUY PRONTO?
- NO, YO CREO QUE BIEN.
- NOS VEMOS ENTONCES ALLÍ.
- VENGA, HASTA LUEGO.
- ADIÓS.



DIFICULTAD MODERADA EN LA COMPRENSIÓN

Puede ocurrir que no entendamos todo lo que nos están diciendo sobre todo cuando hablan rápido y con frases muy largas, sin pausas. O nos parece haber escuchado una palabra que no conseguimos recordar qué quiere decir. Si además tenemos otros sonidos alrededor como la tele o el ruido de la calle, no conseguimos atender a lo que nos dicen. Estamos ante un **problema moderado de comprensión**.

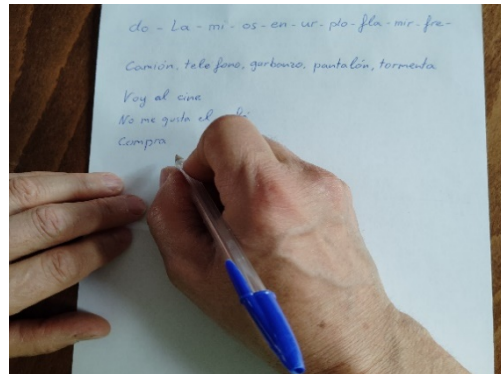
Si es éste su caso, le animamos a que colabore activamente en su rehabilitación.

Para ello le proponemos una serie de actividades que podrá realizar desde su domicilio siguiendo las indicaciones proporcionadas:

DICTADOS

Nos pueden dictar sílabas sin que les veamos la cara para evitar hacer lectura labial. Primero sílabas sencillas tipo “la”, “bo” ... luego inversas o compuestas “is”, “plo”, “gar” ...

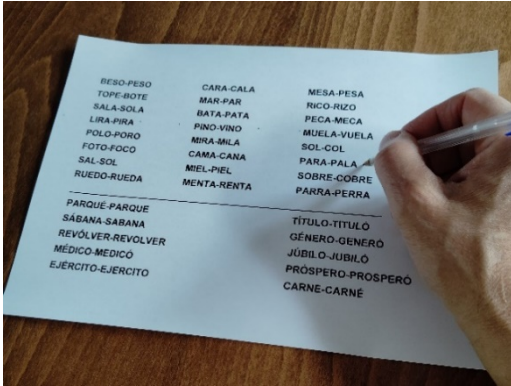
También podemos avanzar a palabras y, por último, frases.



ESCUCHA DE LIBROS DE LECTURA FÁCIL

Libros con palabras usuales y frases de longitud media que nos ayudan a poder entender mejor el contenido. Hay varias editoriales que disponen de estos formatos. Se pueden encontrar en bibliotecas públicas o adquirir en librerías. También podemos escuchar noticias breves y conversar sobre ellas.

LISTA CON PALABRAS PARECIDAS



Con lista de palabras muy parecidas donde cambie un sonido, nos dirán una palabra de cada par para que seleccionemos.

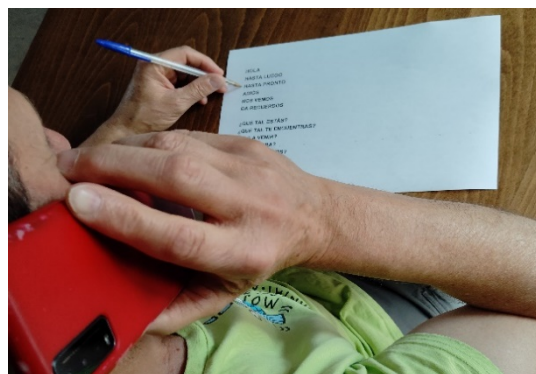
Se puede realizar también con palabras en que cambie el acento como sábana (ropa de cama) /sabana (tipo de ecosistema).

CONVERSACIONES





- Para sentirnos más competentes, podemos tener pequeños ratos de conversación con un interlocutor que hable con ritmo adecuado y sea buen oyente. Que podamos solicitarle la repetición o que nos lo pueda decir de otra forma.
- Poco a poco animarnos a participar en conversaciones con otras personas y en diferentes ambientes.

TELÉFONO

Animarnos a practicar la escucha por teléfono. Podemos hacer uso de palabras usuales en listas que podamos seguir. Más adelante, frases y, por último, hacer uso espontáneo del teléfono (al principio, pocos minutos e ir incrementando paulatinamente evitando fatiga).



IMPORTANTE

-  - Anímese a **participar** activamente en las **conversaciones**.
-  - **No** sienta **malestar** por **no** haber **comprendido**. Resuma a su interlocutor lo que ha entendido y pida aclaración donde se perdió.
-  - Es normal que el **esfuerzo** por comprender haga que se sienta **cansado**. No se sienta culpable por necesitar momentos de descanso en silencio.
-  - Habrá **días** que le **cueste más**. No se rinda, sea constante.

NO se debe hacer...

- **Al principio, los ambientes ruidosos y con distractores.**
 - Lo correcto: facilitar la conversación en ambientes silenciosos.
- **Hablar varias personas a la vez.**
 - Lo correcto: respetar los turnos.
- **Las prisas.**
 - Lo correcto: dar tiempo. No exigir de forma verbal o gestual una respuesta rápida.
- **Habla rápida.**
 - Lo correcto: hablar con ritmo adecuado, bien articulado sin exagerar. También podemos acompañar el habla con gestos.

NO se debe hacer...

- **Cambiar de temas sin contextualizar.**
 - Lo correcto: cuando haya un cambio de temas, advertirlo.
- **Obligarle a hablar.**
 - Lo correcto: animarle a participar.

¿QUÉ SON LOS AGRAMATISMOS?

En ocasiones, puede aparecer un habla con errores en concordancia y número como “la niños” o faltan los componentes que unen las frases, utilizando frases sencillas “hoy llueve” “voy a verte” en lugar de “aunque hoy llueve, voy a acercarme a verte”.

Estas dificultades las conocemos como **agramatismos** si hay errores de concordancias o **habla simplificada**, si no relacionamos entre sí las frases.

Si es éste su caso, le animamos a que colabore activamente en su rehabilitación.

Para ello le proponemos una serie de actividades que podrá realizar desde su domicilio siguiendo las indicaciones proporcionadas:

DIFICULTAD LEVE EN LA SINTAXIS

DESCRIPCIÓN DE UNA IMAGEN DE MANERA DETALLADA

Descripción de una imagen de manera detallada. Pueden ser fotos nuestras, de libros y revistas... o descripción de lo que sucede a nuestro alrededor. Hay que intentar ser minucioso con los detalles.



NARRACIÓN DE IMÁGENES

No sólo describimos, también debemos dar un significado a lo que vemos.



La vida en la ciudad. Imagen tomada Sagnier, Ch. et al; La Edad Media. Ed.: Fleurus Panini 2010

EXPLICACIÓN DE UNA ANÉCDOTA PROPIA DIVERTIDA

Intentaremos incluir “pero”, “si...”. Al principio, centrarnos en uno solo, el que queramos, pueden ser preposiciones: a, con, para... o adverbios: rápido, aquí, antes, enseguida... o conjunciones: que, y, aunque, pero... ir aumentando complejidad, según mejoramos en su uso.

CHARLA COTIDIANA

Formas lingüísticas más usuales. Buscamos la naturalidad en el habla. Es sin duda, la actividad más difícil pero muy necesaria de realizar desde el inicio.

DIFICULTAD MODERADA EN LA SINTAXIS

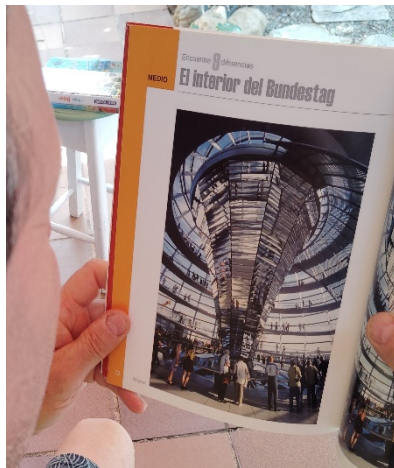
DESCRIPCIÓN DE OBJETOS Y/O PERSONAS

Descripción de un **objeto**: qué forma tiene, tamaño, color, material, para qué sirve, dónde lo podemos encontrar... **Descripción** de **persona**: sexo, edad, describir su cara (ojos, nariz, pelo...) y su expresión, su cuerpo (estatura, complexión física...), ropa que lleva, ...



DESCRIPCIÓN DE IMÁGENES

Es un paso más que la actividad anterior porque damos significado a una escena: quién está, qué hace, dónde está, cuándo transcurre la escena... nos podemos ayudar de una guía con preguntas.



El interior del Bundesta. Imagen tomada de Naumann & Göbel; Busque las diferencias. Ed.: NGV

NARRACIÓN SOBRE UNA IMAGEN

Pensamos qué ha podido pasar antes o lo que puede ocurrir después. Usamos frases completas (quién, qué hace, cuándo...) y las unimos (ejemplo: primero..., después..., por último...)



Las pirámides. Imagen tomada de Valiente F. El Antiguo Egipto. Ed.: Susaneta

CHARLA COTIDIANA

Formas lingüísticas más usuales. Buscamos la naturalidad en el habla. Es sin duda, la actividad más difícil pero muy necesaria de realizar desde el inicio.

IMPORTANTE



- **Mantente activo** en las **conversaciones**. No importa que no siempre te salga bien, lo principal es comunicar y relacionarte.



- Cuantas **más** veces **participes**, **más oportunidades** tendrás de ir mejorando.

NO se debe hacer...

- **Interrumpir para corregirle.**
 - Lo correcto: esperar a que termine de hablar para “recoger” lo que nos ha dicho y devolverlo de forma adecuada, bien coordinado y con el uso de artículos, preposiciones y otros conectores.
- **Comunicarnos imitando su forma de expresarse.**
 - Lo correcto: ser modelo. Implica que enriquezcamos las conversaciones adecuándonos a su nivel de comprensión.
- **Obligarle a hablar.**
 - Lo correcto: animarle a participar.

¿QUÉ ES LA ANOMIA?

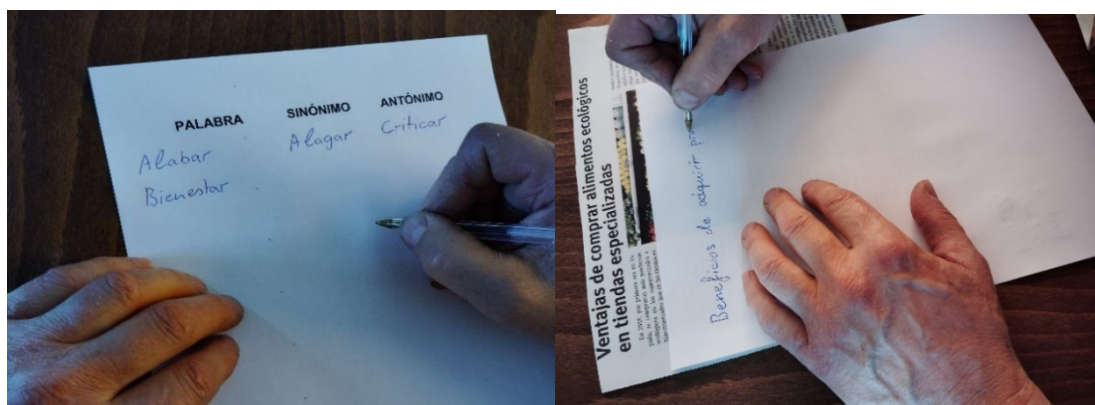
Una de las secuelas más frecuentes son los problemas de evocación (**anomia**) dificultades para encontrar las palabras cuando hablamos. A veces, genera que demos “vueltas” en el intento de recuperarlas. Estas “vueltas” las conocemos como circunloquios. Otras veces, nos quedamos “bloqueados” lo que nos produce tensión o frustración.

Si es éste su caso, le animamos a que colabore activamente en su rehabilitación. Para ello le proponemos una serie de actividades que podrá realizar desde su domicilio siguiendo las indicaciones proporcionadas:

DIFICULTAD LEVE EN LA EVOCACIÓN

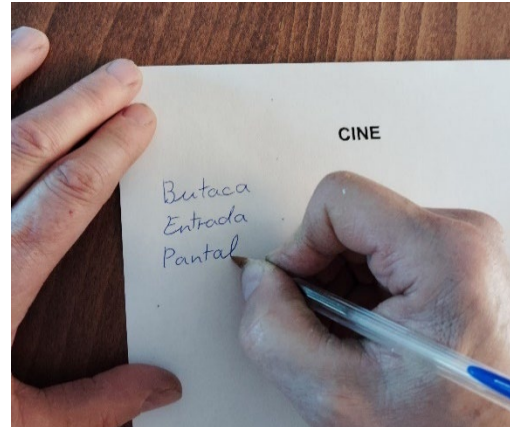
BÚSQUEDA DE SINÓNIMOS/ANTÓNIMOS DE UNA PALABRA

Podemos hacer uso de un libro o de un periódico. Tenemos que intentar cambiar el máximo número de palabras de la frase que estemos leyendo. Ejemplo: “Descubre una de las rutas más bonitas de Portugal” podemos escribir en sinónimos “Encuentra una de los caminos más bellos del país luso” o buscar antónimos como “descubrir”- “ocultar”.

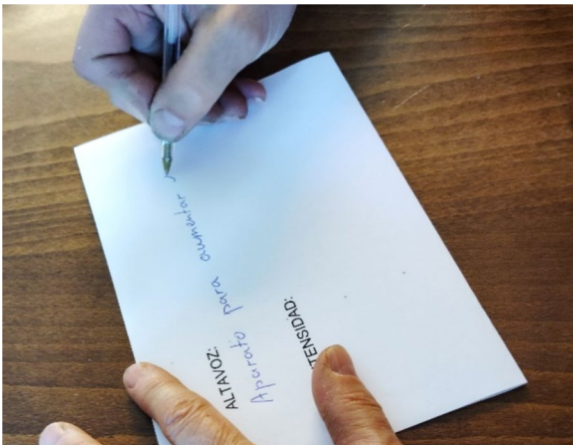


BÚSQUEDA DE PALABRAS RELACIONADAS

Podemos elegir la temática que prefiramos, por ejemplo "cine" y escribir una lista con cualquier palabra que se relacione desde "palomitas y butacas" hasta nombres de películas clásicas "Lo que el viento se llevó".



DEFINICIONES



Coger cualquier palabra al azar e intentar definirla de la forma más precisa: describir cómo es, su utilidad, dónde podemos encontrarla... también pueden ser palabras más difíciles, que no sean objetos o animales, como por ejemplo definir "cultura"

LEER Y ESCUCHAR

Son dos actividades que nos proporcionan estímulos constantes. **Sopas de letras, autodefinidos...**

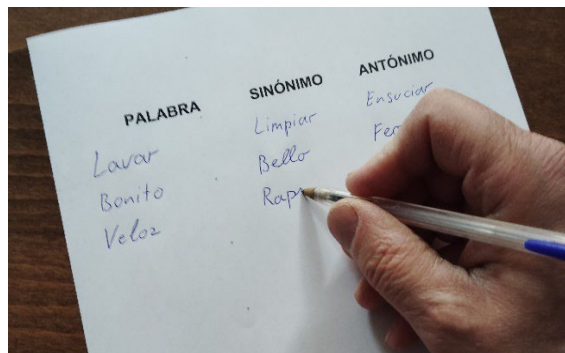


App Words of Wonders

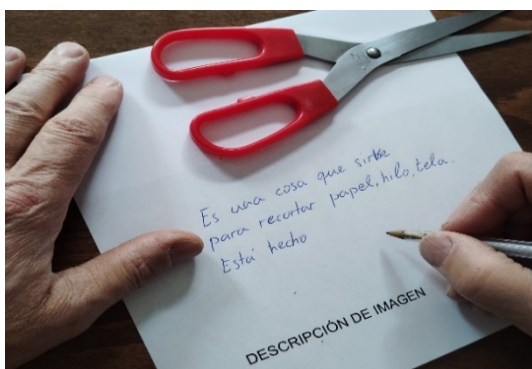
DIFICULTAD MODERADA EN LA EVOCACIÓN

BÚSQUEDA DE SINÓNIMOS/ANTÓNIMOS DE UNA PALABRA

Con adjetivos o verbos cotidianos intentamos buscar un sinónimo y un antónimo como “rápido”- “veloz” y “lento”. Nos podemos apoyar en diccionarios o libros con esta temática.



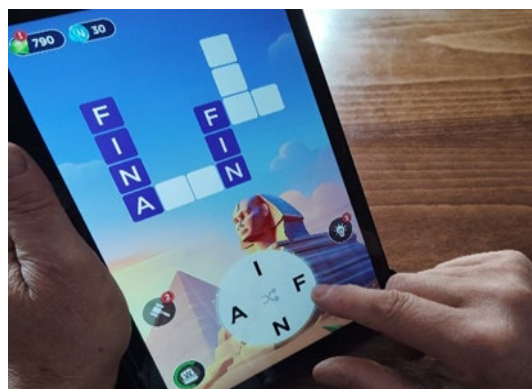
DEFINICIONES Y DESCRIPCIONES



Intentamos definir objetos que veamos o describir imágenes. Podemos apoyarnos en gestos para que nuestro oyente sepa qué palabra queremos decir y pueda ayudarnos.

LEER Y ESCUCHAR

Son dos actividades que nos proporcionan estímulos constantes. Existen libros de lectura fácil en bibliotecas y librerías que nos pueden ser de gran utilidad. Son sencillos y de temáticas muy variadas. **Sopas de letras, autodefinidos adaptados.**



(Imagen: App Words of Wonders).

IMPORTANTE



- **Tómese su tiempo.** Son actividades que requieren mucho esfuerzo. Si se nota cansado, haga una pausa.



- Es mejor dedicar **todos los días un tiempo**, sin llegar a la fatiga, que sobrecargar un solo día con muchos ejercicios.



- Es normal que haya **días que le cueste más**. No se rinda, sea constante.



- Mantener una **vida social activa**.

NO se debe hacer...

- **Decir las palabras por él/ella.**
 - Lo correcto: ayudarle si nos lo solicita.
- **Insistir en que hable en el momento de bloqueo.**
 - Lo correcto: dejarle tiempo para evocar y expresarse.
- **Obligarle a repetir la palabra.**
 - Lo correcto: Lo correcto: podemos volverla a decir durante la conversación de forma espontánea y natural.
- **Realizarle preguntas constantes.**
 - Lo correcto: esperar a que nos conteste a la pregunta antes de volver a solicitarle una nueva respuesta.
- **Presionar para que converse.**
 - Lo correcto: animarle a participar.

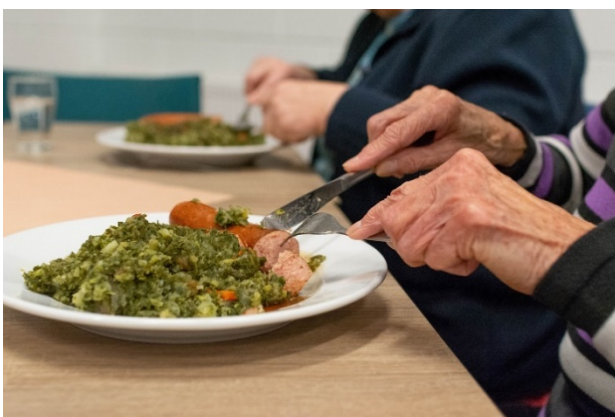
The background features a large, soft-edged watercolor splash in shades of light green and teal. Scattered around and overlapping this splash are numerous smaller, circular splashes in a warm orange or terracotta color. The overall effect is artistic and textured.

ALTERACIONES EN LA DEGLUCIÓN

¿QUÉ ES LA DISFAGIA?

La **disfagia orofaríngea** es la dificultad para alimentarse de forma segura y/o eficaz por problemas en el manejo del alimento o líquido en boca y faringe. Puede afectar a la deglución de alimentos sólidos, de líquidos o de ambos.

La disfagia es posible que aparezca tras sufrir un ictus. Si es éste su caso, conviene que conozca una serie de **consejos**:



Propiciar un ambiente **sin distractores** (televisión, radio o conversaciones) para que pueda estar atento a la masticación y deglución.

Imagen obtenida de www.pixabay.com

Muy importante que realice una **buena limpieza** de boca (dientes, lengua, encías) **antes de comer** así evitaremos que bacterias que están en nuestra boca pasen al pulmón en caso de atragantamiento. Cuidado si tiene dificultad de manejo de líquido o reflejo de mordida, pida consejo si es éste su caso. *(Imagen obtenida de www.pixabay.com)*



Si es **autónomo**:

- Si utiliza prótesis dental, ésta debe estar bien ajustada.
- Debe estar bien sentado o en caso de estar encamado, que pueda incorporarse al menos 45°.
- Mientras tenga comida en la boca, conviene que no hable para evitar atragantamientos.
- Comer relajado, sin prisas.

Si es **dependiente**:

- Si utiliza prótesis dental, ésta debe estar bien ajustada.
- Comprobar el nivel atencional. Si se muestra somnoliento, no empezar la alimentación.
- Mantener una postura adecuada durante la comida: en silla, la espalda debe estar en contacto con el respaldo y pies apoyados en el suelo, mantener control de cuello. Si está en cama, semincorporado al menos 45°, con control de cuello para evitar que vaya la cabeza hacia atrás.
- Situarse frente del paciente.
- Introducir el alimento por el centro de la boca desde abajo. Hacer una ligera presión con la cuchara en la lengua. Procurar que el paciente no eche la cabeza hacia atrás al comer, es mejor que pueda mantener la barbilla hacia abajo.
- Esperar a introducir nuevo bocado hasta que no haya tragado el anterior. Evitar prisas.



Volver a realizar la limpieza de boca después de la comida.

Imagen obtenida de www.pixabay.com

Una vez terminada la comida, manténgase incorporado al menos media hora.

EJERCICIO PARA CONTROL/FUERZA LINGUAL

Indicado cuando existen dificultades de control o fuerza lingual disminuida. Mejora la deglución al incluir tragar con esfuerzo.



1. Poner la punta de la lengua plana detrás de los dientes superiores.
2. Ir llevándola hacia dentro lentamente, como si limpiáramos el paladar.
3. Una vez lleguemos lo más atrás que podamos, apretar la lengua contra el paladar y mantener durante 3 segundos.
4. Seguidamente, dejar libre la lengua y tragar con fuerza.
5. Repita el ejercicio completo 20 veces. Puede descansar hasta completar las repeticiones las veces que precise.
6. Vuelva a realizar el ejercicio completo, dos veces más durante el día.

IMPORTANTE

- Si tiene indicado el **uso de espesante** en líquido, es fundamental que siga dicha indicación.
- Si **tose o carraspea** en la comida, o si aprecia **cambio en su voz** inmediatamente después de comer, debe comunicarlo y anotar qué estaba tomando en ese momento.



EJERCICIO DE MEJORA DE CIERRE DE LABIO

Indicado cuando el labio no es competente y presenta salida de saliva o de líquido al beber.



1. Necesitamos una pantalla oral (como se muestra en la foto).
2. Colocamos la pantalla oral entre los dientes y los labios.
3. Cerramos boca sin ejercer fuerza.
4. Tiramos suavemente de la anilla de la pantalla oral intentando que no se nos escape de la boca. Repetir 20 veces seguidas.
5. A continuación, tirar de la anilla de forma continua durante 20 segundos.
6. Repetimos los pasos 4 y 5, dos veces más.

SUGERENCIA

Si en nuestro caso debemos de realizar los dos ejercicios anteriores, les podemos distribuir del siguiente modo: un día ejercicio de mejora de deglución y al día siguiente, ejercicio de mejora de cierre de labios

IMPORTANTE

- Saber la consistencia líquida y sólida que puede beber o comer sin riesgo para poder realizar los **preparados de forma segura y correcta**.
- Usar los utensilios más adecuados según necesidades como cucharas tipo cadete y vasos de escotadura.
- Estar atentos a la presencia de **tos y carraspeo** durante la comida. Es importante que lo comunique y anote qué estaba tomando en el momento en que se produjo la tos/carraspeo.

Si percibimos **cambio en la voz** inmediatamente después de haber comido o bebido, también deberá ser comunicado



Cuchara cadete: equivale a 10 ml



Vaso con escotadura: permite beber
sin echar la cabeza hacia atrás.

The background features a large, soft-edged watercolor splash in shades of green and teal, centered on a white background. Scattered around and below this splash are numerous smaller, vibrant orange and yellow splashes of varying sizes, creating a dynamic and artistic composition.

AFECTACIÓN DE LA MOVILIDAD

CAMBIOS POSTURALES

Tras un ictus donde como consecuencia el paciente presente una hemiplejía, es primordial la realización precoz de cambios posturales y movilizaciones.

Son indispensables sobre todo en las primeras fases para **evitar** la aparición de **las úlceras por presión**, pero también las **rigideces** y el **aumento del tono muscular**.

El paciente debe encontrarse en una situación de **estabilidad clínica**, sin cambios en las últimas 24-72 horas, dependiendo del territorio afectado.

TUMBADO EN DECÚBITO SUPINO (BOCA ARRIBA)

- MANTENER ESTA POSTURA **EL MENOR TIEMPO POSIBLE**.
- Colocar los **hombros** y la **cabeza** más elevados que el tronco y bien alineados.
- El **brazo afecto** sobre una almohada con el hombro ligeramente separado, codo extendido y mano elevada, abierta y con la palma hacia arriba (si no puede hacia abajo)
- La **pierna afecta** sobre una almohada desde la hemipelvis, rodilla ligeramente flexionada y pie en ángulo recto apoyado contra almohada sin presión.



- Evitar pesos sobre los pies con arcos de cama o un par de toallas enrolladas a los lados de los mismos.



TUMBADO EN DECÚBITO LATERAL (DE LADO)

Es la **MEJOR POSICIÓN** para mantenerse en cama.

Sobre el lado afecto:

- Colocar una almohada detrás de la **espalda** para que el paciente **no** se gire.
- El **brazo afecto** se coloca extendido con el hombro separado y ligeramente adelantado evitando que el peso del cuerpo esté sobre él.
- La **pierna afecta** se coloca con cadera en ligera extensión y rodilla en ligera flexión.
- La **pierna sana** adelantada sobre una almohada en ligera flexión.





Sobre el lado sano:

- **Tronco** ligeramente adelantado y con la almohada de la **cabeza** algo más baja.
- El **brazo afecto** sobre almohadas para estar a la misma altura del tronco con el hombro en flexión, codo extendido y mano abierta con palma hacia abajo.



- La **pierna afecta** apoyada sobre una almohada y adelantada con ligera flexión de cadera y rodilla. La **pierna sana** en posición neutra.



SEDESTACIÓN

En cama:

- Colocar el **tronco** recto estando la cama lo más vertical posible.
- El **brazo afecto** estirado apoyando el codo sobre una almohada con la palma hacia arriba.
- La **pierna afecta** en la misma posición que en decúbito supino.



En silla/sillón:

- La silla debe permitir mantener el **tronco** recto, sin hundirse, y caderas, rodillas y pies colocados en ángulo recto, quedando estos últimos, bien apoyados en el suelo.
- Colocar una almohada detrás del **costado** del **lado afecto** para colocarlo recto y la cabeza bien apoyada.

- El **brazo afecto** se coloca elevado, extendido y con la palma hacia abajo sobre una almohada situada en una mesa anterior o situada sobre el brazo del sillón (más inestable)
- Las piernas estarán bien alineadas y manteniendo la misma separación que los hombros.
- Colocar una almohadilla bajo la **cadera del lado afecto** para evitar que el pie se gire hacia afuera.



En silla de ruedas:

- Colocar almohadas delante de la silla para que coloque sus manos hacia delante y mantenga el tronco al igual que en el punto anterior.
- En ausencia de ellas, se entrelazan las manos y se coloca encima de la rodilla del lado afecto presionando sobre ella.



A TENER EN CUENTA:

- Al principio, **intensificar las precauciones** para evitar caídas de la cama, con topes en los bordes, colocación de la cama (lado sano pegado a la pared), ...
- Proporcionar al paciente la mayor cantidad de estímulos posibles, tanto sonoros como visuales, desde el lado afecto.
- Buscar siempre **posturas cómodas dentro de las correctas** usando almohadas y cojines, no flotadores.
- Realizar cambios posturales **cada 3 horas**, siempre que sea posible, y mantenerlo limpio y seco, atentos a posibles zonas enrojecidas para prevenir lesiones cutáneas y rigideces articulares.
- **El brazo afecto** debe estar siempre en el **campo de visión** del paciente.
- Comenzar las transferencias **lo antes posible** (sedestación, bipedestación)
- Fomentar siempre la participación del paciente atendiendo a sus posibilidades.
- **Avisar al personal** sanitario si aparecen signos de ulceración, dolor, o infección de herida (pus, fiebre, mal olor, ...)

NO se debe hacer...

- **Realizar tracciones** tanto del brazo como de la pierna afectada.
- **Usar cabestrillo**, salvo prescripción médica, ni pelota para la mano afectada.
- Dejar **el brazo afecto colgando** o pillado bajo el cuerpo.



- **Sobrepasar los 30°** de inclinación del cabecero de la cama.
- En decúbito supino, tener las **2 manos sobre el pecho** (postura del difunto).
- En decúbito lateral, dejar **el brazo afecto en triple flexión**.
- En sedestación, colocar el **pie en el suelo sobre su borde lateral**.



MOVILIZACIONES

Con ellas se cambiará la posición del paciente dentro de la misma superficie.

DECÚBITO SUPINO A DECÚBITO LATERAL (BOCA ARRIBA A DE LADO)

Con ayuda total:

- La persona de apoyo (cuidador) se situará en el lado hacia el que se va a girar al paciente.
- El brazo próximo al cuidador se coloca flexionado al lado de la cabeza del paciente y el contrario sobre él.
- La pierna próxima al cuidador se coloca extendida y la contraria con la rodilla flexionada.
- El cuidador realiza el movimiento de giro sujetando, con una mano, la rodilla flexionada y, con la otra, la espalda del paciente a la altura del hombro.
- Si no se puede flexionar la rodilla de la pierna contraria se cruza extendida sobre la otra y el agarre de la rodilla pasaría a realizarse sobre la cadera.



Con mínima ayuda:

- El cuidador indica al paciente que doble la rodilla contraria a la dirección hacia la que quiere girar y que se coja de las manos con los brazos extendidos al frente.
- Le pide que gire la cabeza a la vez que deja caer los brazos y la rodilla flexionada hacia el lado que quiere girar.
- El paciente puede necesitar ayuda en la flexión de rodilla o en el giro con un mínimo agarre sobre el hombro

DECÚBITO LATERAL A SEDESTACIÓN (DE LADO A SENTADO)

Con ayuda total:

- El cuidador se coloca en el lateral hacia el que se va a sentar el paciente, el cual debe estar cerca del borde de la cama.
- Coloca un brazo por debajo de la nuca del paciente sujetándole del tronco a la altura de la escápula, nunca por el cuello, apoyando la cabeza del paciente sobre su antebrazo.
- Coloca el otro brazo rodeando sus piernas por detrás de las rodillas sacando sus piernas fuera de la cama.
- El paciente puede apoyar su brazo no afecto sobre el hombro del cuidador.
- El cuidador eleva el tronco y baja las piernas en un solo movimiento coordinado.



Con mínima ayuda:

- El cuidador indica al paciente que saque las piernas fuera de la cama y las deje caer y que suba el tronco empujándose con los brazos y flexionando la cabeza.
- El paciente puede necesitar ayuda para sacar completamente las piernas y para iniciar la elevación del tronco

SEDESTACIÓN CORRECTA

Colocarle hacia el respaldo:

- El cuidador coloca los pies del paciente paralelos y las rodillas flexionadas.

- Se coloca detrás del paciente y, tras cruzarle los brazos, pasa los brazos por debajo de sus axilas para agarrarle por los codos.
- Inclina al paciente hacia delante y tira de él hacia atrás.
- En pacientes de gran volumen, tras cruzarle los brazos e inclinarle hacia delante se le lleva hacia atrás agarrándole del borde posterior del pantalón.



Colocarle en el borde de la silla (útil para transferencias):

- El cuidador coloca lo más alineado posible el cuerpo del paciente.
- Se coloca delante del paciente y agarra por la espalda con un brazo y por debajo de la rodilla contraria con el otro.
- Inclina al paciente hacia el lado del hombro sujeto y adelanta la pierna agarrada.
- Cambiando los agarres, el lado de inclinación y la pierna que se adelanta sucesivamente.



TRANSFERENCIAS

Con ellas se desplazará al paciente de una superficie o lugar a otro.

DE SEDESTACIÓN A BIPEDESTACIÓN (LEVANTARSE)

Con ayuda total:

- El paciente se coloca al borde del asiento y los pies bien apoyados en el suelo.
- El cuidador se coloca frente al paciente y bloquea con sus rodillas las de él para evitar que los pies se vayan hacia delante.
- El paciente apoya sus brazos sobre los hombros del cuidador rodeando su espalda con las manos entrelazadas.
- El cuidador rodea con sus manos la espalda del paciente a la altura de la cintura o, en caso de que tenga mucho volumen, lo sujeta por la parte posterior del pantalón.
- Se inclina al paciente hacia adelante y se le levanta hacia arriba manteniendo bloqueadas las rodillas.



Con mínima ayuda:

- El cuidador le indica, estando colocado en la misma posición que en el primer punto del caso anterior, que entrelace las manos con los brazos extendidos y los suba hasta la altura de los hombros.
- Le pide que se levante realizando un movimiento hacia adelante y hacia arriba impulsándose con ellos.
- El paciente puede necesitar ayuda para bloquearle la rodilla del lado afecto y apoyo sobre las manos entrelazadas que le sirva de punto de apoyo para la elevación del tronco.



DE BIPEDESTACIÓN A SEDESTACIÓN (SENTARSE)

En este caso estamos ante el movimiento contrario al anterior por lo tanto las posiciones, los agarres y el movimiento de paciente y cuidador serán los mismos teniendo en cuenta dos consideraciones importantes:

- El paciente se sienta realizando un movimiento hacia adelante, pero hacia abajo.
- El paciente debe colocarse de espaldas a la silla hasta que la parte trasera de las rodillas contacte con ella aportándole así seguridad en la bajada.

DE SEDESTACIÓN A SEDESTACIÓN (CAMA-SILLA, SILLA-SILLA...)

Esta transferencia se usa cuando el paciente no es capaz de mantenerse en bipedestación.

Si es entre dos sillas se colocan formando un ángulo de 90°. Si es entre silla y cama o coche se colocan paralelas y siempre bien frenadas.

Las dos superficies deberían tener la misma altura o ser de mayor altura donde está sentado el paciente que a la que va a acceder.

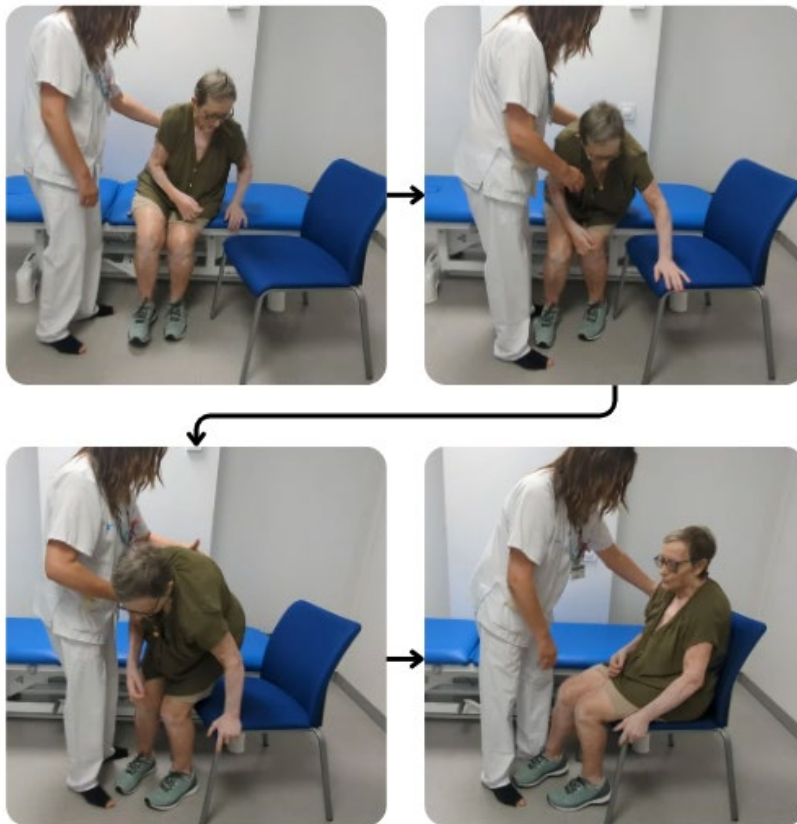
Con ayuda total:

- El paciente se coloca con la pierna sana cerca de la superficie a la que se va a sentar.
- La colocación y los agarres son los mismos que en las transferencias anteriores.
- El movimiento combina un impulso, que despegue al paciente del asiento, con un giro del cuerpo hacia el asiento al que se transfiere.



Con mínima ayuda:

- El cuidador le indica que coloque el brazo afecto en la cama y el sano en la silla a la que se va a transferir.
- Le indica que de un pequeño impulso y deslice el glúteo de una superficie a la otra.
- El paciente puede necesitar ayuda para bloquear la rodilla afectada y un pequeño agarre del pantalón durante el impulso.



A TENER EN CUENTA:

- Ayudarse con **medios mecánicos** en las transferencias siempre que sea necesario: grúas, sábana transversal, tablas de transferencias, discos giratorios, ...
- **Explicarle al paciente las maniobras** que va a realizar el cuidador, captará su atención y facilitará su posible colaboración.
- Las **indicaciones** deben ser **claras** y **sencillas** con un contacto visual constante con el paciente para lograr la mayor coordinación entre ambos.
- Proporcionar al paciente **solamente** la ayuda **necesaria** para incentivar su participación activa y promover su autonomía.
- El **cuidador** debe **vigilar su postura** en la realización de cada movimiento para preservar su salud además de la del paciente.
- Mantener **recta** su **espalda** y las **rodillas** ligeramente **flexionadas** y separadas, ayudándose del peso de su cuerpo para realizar los movimientos.
- El cuerpo del paciente se mantendrá lo **más próximo** posible al del cuidador
- Los **agarres** deben ser **firmes, seguros** y usando toda la palma de la mano.
- El paciente debe llevar **calzado cerrado y cómodo**.
- Mantener **frenadas** en todo momento la **silla** y la **cama**.

NO se debe hacer...

- Cualquier movilización o transferencia que esté **contraindicada**.
- La realización de movimientos rápidos y bruscos que puedan provocar lesiones en el paciente.
- **Arrastrar** al paciente sobre la cama para **disminuir el roce** de la piel con la sábana.
- Usar el cuello, tanto del paciente como del cuidador, como punto de sujeción o de tracción.
- El agarre exclusivamente con los **dedos** y excesiva **presión**.
- La **cama muy baja** en la realización de las movilizaciones debe estar a la altura de la cadera del cuidador.
- La **cama o silla muy alta** en la realización de transferencias (el paciente debe apoyar completamente los pies en el suelo).
- Fomentar una **actitud pasiva** del paciente para ahorrar tiempo.

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

La falta de movilidad, mantener mucho tiempo la misma postura, el roce o arruga de las sábanas... pueden producir heridas o úlceras en la piel. Si observa alguna lesión o inicio de lesión, consulte con la enfermera de su Centro de Salud.

VIGILAR...

- **Zonas de apoyo enrojecidas**, que no se vuelven blancas al presionar con el dedo (talones, tobillos, caderas, codos, sacro, occipital, escápulas, etc..).
- Presencia de **grietas** en la piel, **sequedad** o **humedad** excesiva, **ampollas**, etc.
- **Zonas de contacto continuado** de sondas, catéteres u otros dispositivos.
- Estado general de **nutrición** e **hidratación** de la persona cuidada.

Recomendaciones para evitar la aparición de úlceras por presión:

1. Cambiar de postura frecuentemente, máximo cada 3 horas.
2. Mantener la piel limpia y seca. Evitar y eliminar la humedad de la piel por transpiración, por incontinencia y tras el aseo. NO APLIQUE sobre la piel alcohol, colonia o talco porque resecan la piel y aumenta el riesgo de lesiones.
3. Cambiar el pañal siempre que esté mojado y tras una deposición.
4. Aplicar cremas hidratantes tras el aseo. En zonas corporales de mayor riesgo, pueden ser necesarias otro tipo de cremas

protectoras más específicas o incluso apósitos. Consultar con la enfermera de su Centro de Salud.

5. Usar ropa de cama de algodón o hilo. Procurar que no haya arrugas bajo el paciente.
6. Evitar arrastrar a la hora de realizar las movilizaciones.
7. En personas con un mayor riesgo o con úlceras por presión, utilizar dispositivos ortopédicos como colchones o cojines anti-escaras será de gran ayuda.

The background features a large, soft-edged watercolor splash in shades of green and teal, centered on a white background. Scattered around and below this splash are numerous smaller, irregular splashes in warm tones of orange, yellow, and light green. The overall effect is artistic and textured.

ALTERACIONES PSICOLÓGICAS

ALTERACIONES PSICOLÓGICAS

Todas las personas son únicas. Sus diferentes características biológicas y psicológicas hacen que el impacto tras un ictus sea diferente en cada caso. Por ello, la afectación psicológica de las personas que sufren una patología y la de sus familiares debe ser valorada de manera individual, de tal forma que sea posible desarrollar intervenciones basadas en la evidencia adaptadas a las necesidades de cada persona.

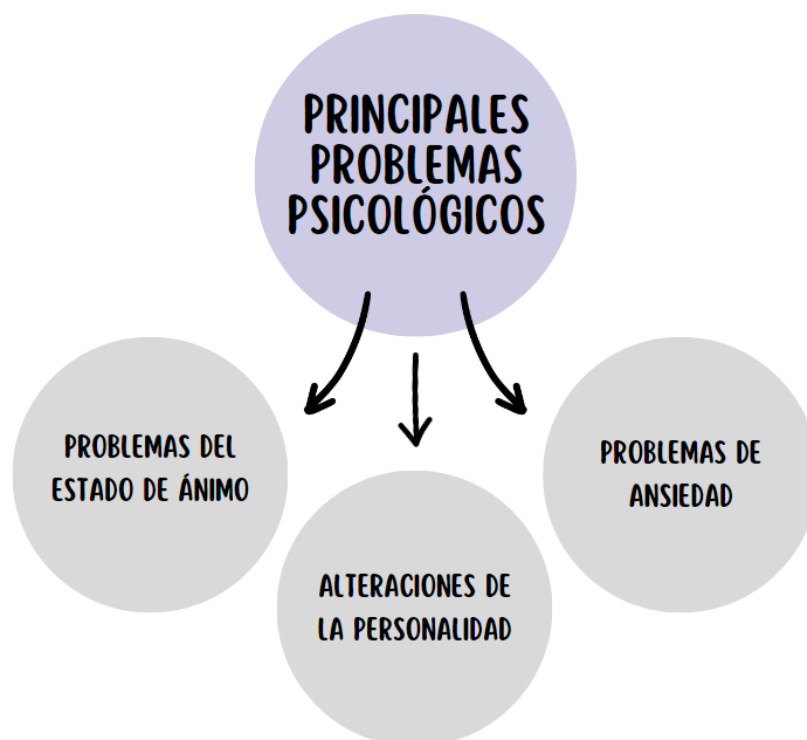
Los estudios muestran que hasta el **75%** de las personas que han sufrido un **ictus** presentan un **deterioro cognitivo significativo**, incluyendo problemas de memoria, atención, lenguaje y percepción, así como de organización del movimiento y del pensamiento. Del mismo modo, en estas personas es más común el desarrollo de problemas psicológicos que en la población general, siendo los más frecuentes la **depresión**, con una incidencia de en torno al 33%, y los trastornos de **ansiedad**, con una incidencia del 18%.

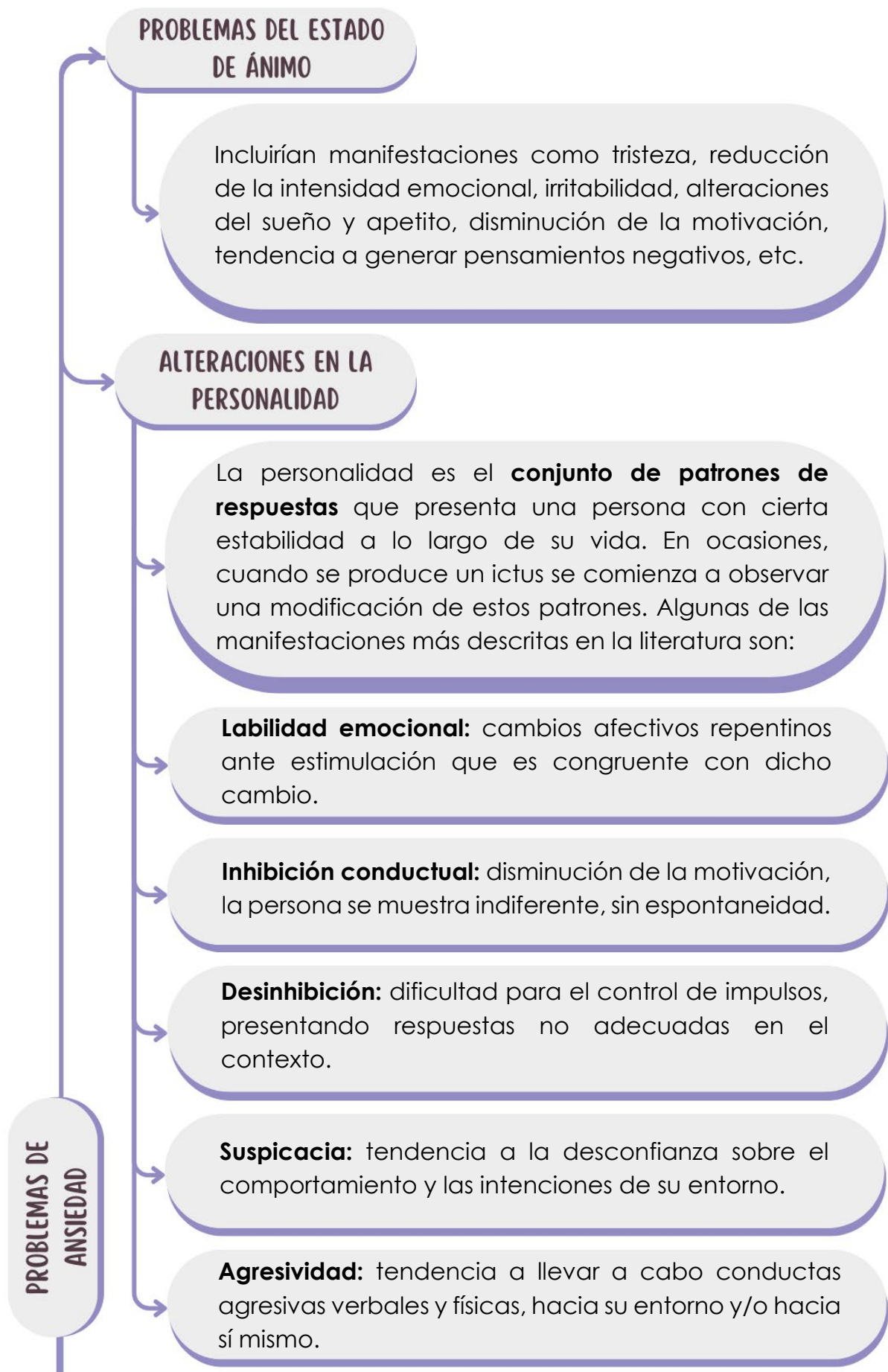
Estos hallazgos señalan la necesidad de que el bienestar psicológico sea parte integral de la atención del ictus, desde la **prevención** hasta el **tratamiento** de las personas que puedan necesitarlo, tanto durante la estancia en el hospital como tras el alta.

PRINCIPALES PROBLEMAS PSICOLÓGICOS

La aparición de un ictus supone un impacto en la vida de la persona que requiere de un proceso de adaptación durante el cual es posible que se desarrollen alteraciones en el estado de ánimo, así como elevados niveles de ansiedad ante la pérdida de control y la incertidumbre respecto al futuro.

Estos problemas de adaptación no son exclusivos de la persona que ha sufrido un ictus, sino que también pueden desarrollarse en todo su entorno cercano, requiriendo la modificación de conductas asociadas a los roles, hábitos, expectativas y objetivos de cada una de las personas implicadas.





PROBLEMAS DE ANSIEDAD

La ansiedad es una **respuesta de activación** con componentes fisiológicos, cognitivos y motores que está presente en la vida de todas las personas en mayor o menor medida, la cual juega un papel relevante a la hora de adaptarnos ante situaciones novedosas o amenazantes. Sin embargo, en determinados casos, esta respuesta aparece con una frecuencia y/o intensidad tales que genera un **gran malestar** en la persona y **afecta a su funcionalidad diaria**. Algunas de las manifestaciones más comunes de la ansiedad son:

A nivel fisiológico: síntomas cardiovasculares (taquicardia, tensión arterial, etc.), respiratorios (sofoco, ahogo, etc.), gastrointestinales (náuseas, etc.), genitourinarios (micciones frecuentes, enuresis, etc.), neuromusculares (tensión y rigidez muscular, temblor, etc.) y neurovegetativos (sequedad de boca, sudoración, etc.).

A nivel cognitivo: mayor tendencia a la anticipación de peligros o amenazas, preocupación y rumia excesivas, dificultades de concentración, atención y memoria, etc.

A nivel motor: hiperactividad, impulsividad, paralización motora, tartamudeo y dificultades de expresión verbal, movimientos torpes y desorganizados, y un conjunto de conductas de escape y evitación.

La guía NICE de cuidados psicológicos después de un ictus (*NHS Improvement Programme*) establece que la **evaluación mediante entrevistas y medidas estandarizadas** debe realizarse de forma rutinaria en al menos **tres ocasiones**:

- Un mes después del ictus o justo antes del alta, o a las seis semanas de seguimiento.
- Tres meses después del ictus, normalmente después del alta, para juzgar la persistencia de los problemas de aparición temprana y el desarrollo de nuevos problemas.
- Seis meses después del ictus, cuando gran parte de la recuperación física y social se ha estabilizado y se pueden evaluar los posibles problemas a largo plazo.
- En el caso de que durante el proceso de evaluación se determine la presencia de un déficit cognitivo o de un problema psicológico que deban ser tratados, será importante iniciar cuanto antes el tratamiento mediante programas de rehabilitación cognitiva y/o terapias psicológicas basadas en la evidencia llevados a cabo por profesionales especializados.

ORIENTACIONES PARA ABORDAR PROBLEMAS COMUNES

Una correcta intervención psicológica requiere de una adecuada evaluación a distintos niveles que permita conocer las variables implicadas en el problema de cada persona. Es importante remarcar que no existen “pautas psicológicas” generalizadas a la totalidad de las personas, por lo que será necesario adaptar las intervenciones a las circunstancias concretas de cada uno.

ESCALA CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y NEGACIÓN DEL PROBLEMA



Es labor de los profesionales encargados proporcionar a la persona toda la información necesaria sobre su situación, los déficits esperados y las posibles intervenciones para tratarlos. El entorno tiene un papel relevante a la hora de ayudar a identificar las dificultades, intentando hacerlo siempre de un modo amable, aprovechando las ocasiones en las que la persona haga mención a las mismas para mostrarle apoyo y colaboración en la búsqueda de soluciones.

TRISTEZA



Es una de las respuestas emocionales más comunes, asociada a la toma de conciencia sobre la afectación que la enfermedad podría tener y al posible impacto sobre su proyecto de vida. La persona puede verse favorecida por un entorno que la apoye en sus diferentes necesidades, proporcionando soportes materiales e intentando facilitar la expresión emocional frente a la crítica o el cuestionamiento. El apoyo social percibido es una de las variables más importantes relacionadas con los problemas del estado de ánimo.

FALTA DE MOTIVACIÓN Y ACTIVIDAD REDUCIDA



Pueden aparecer asociadas a la tristeza, formando parte del mismo problema. De cara a abordar la recuperación de la actividad, debe plantearse un incremento paulatino, comenzando por aquellas actividades que previamente resultaban gratificantes para la persona y que aún pueda desempeñar con éxito, incorporando progresivamente aquellas "obligaciones" del día a día que puedan resultar más tediosas. La simplificación de las tareas, dividiéndolas en partes sucesivas, y la planificación de las mismas, agendándolas en horarios estructurados,

pueden facilitar el inicio y mantenimiento de la actividad al reducir la sensación de esfuerzo. El entorno tiene un papel facilitador, brindándole oportunidades para iniciar actividades e intentando que sea ella quien tome las decisiones. Culpabilizar a la persona que se encuentra inactiva podría resultar ineficaz e incluso contraproducente.

AGITACIÓN, IRRITABILIDAD E IMPULSIVIDAD



Puede resultar beneficioso el establecimiento de un ambiente tranquilo en el que se intenten evitar los ruidos y la luz sea suave. La estructuración de rutinas diarias, con horarios y actividades conocidos previamente, puede reducir la sensación de incertidumbre y favorecer la sensación de control. Es importante la evitación de conflictos y aprender a identificar las situaciones de riesgo (cuándo, dónde y qué ocurre), así como emplear un estilo de comunicación asertivo que permita frenar el incremento de la tensión. Algunas técnicas tales como la respiración diafragmática o la relajación muscular progresiva favorecen la reducción del estado de activación del organismo.

PROBLEMAS DE ATENCIÓN



Estructurar la actividad en una serie de tareas encadenadas, fácilmente realizables y con una duración breve, facilita el desempeño. Puede resultar útil eliminar o reducir la estimulación del entorno que suponga una distracción (p.ej. teléfono móvil). En determinados casos será necesario llevar a cabo programas estructurados de estimulación o rehabilitación cognitiva.

PROBLEMAS DE MEMORIA



Junto a las orientaciones expuestas para los problemas atencionales, la persona puede beneficiarse de la utilización de una agenda diaria, el uso de listas (p.ej. para hacer la compra), la creación de un documento de historia de vida en el que se recoja información relevante en el día a día de la persona (p.ej. nombre completo, fecha y lugar de nacimiento, residencia actual, teléfonos de interés, etc.), así como información biográfica que ayude a recordar y le permita conservar su identidad (p.ej. lugar y personas de su infancia, puestos de trabajo que ha desempeñado, actividades de interés que ha realizado, etc.).

PROBLEMAS DE ORIENTACIÓN



Pueden aparecer problemas de orientación a nivel personal, espacial y temporal.

- Atendiendo a la **esfera personal**, puede beneficiarse del empleo de una pizarra en la que representar con fotos y descripciones las distintas relaciones personales relevantes en su vida, así como de la revisión del documento de historia de vida propuesto en el apartado anterior.
- Disponer de relojes y calendarios accesibles en el entorno, así como el empleo de la agenda personal, favorecen la orientación en la **esfera temporal**.
- Respecto a la **esfera espacial**, es recomendable el establecimiento de un entorno estático con elementos que le resulten fácilmente reconocibles. Conversar sobre los lugares distintos al domicilio y recrearlos mediante imágenes puede favorecer la orientación en los mismos una vez se encuentre en ellos.

LA IMPORTANCIA DEL ENTORNO

El apoyo social se relaciona con menores tasas de mortalidad ajustadas a la edad, desempeñando un papel protector de enfermedades cardiovasculares y favoreciendo la recuperación y el tiempo de supervivencia. En lo que respecta a la salud mental, una red de apoyo adecuada se relaciona con menores problemas de ansiedad y depresión, así como con una mayor sensación de bienestar. De manera general, el apoyo social resulta eficaz cuando se dirige a:

- **Favorecer la expresión emocional**, tomando una posición de escucha.
- **Evitar juicios y críticas**, señalando los avances y tomando una posición de cooperación en la construcción de soluciones frente a los problemas.

The background features a large, soft-edged watercolor splash in shades of light green and teal. Scattered around and overlapping this splash are numerous smaller, vibrant orange and yellow splashes of varying sizes, creating a dynamic and artistic composition.

ALTERACIONES EN LA VISIÓN

ALTERACIONES EN LA VISIÓN

Un ictus puede afectar a diferentes partes del cerebro, incluyendo las áreas responsables de procesar la información visual. Esto puede resultar en una variedad de problemas de visión, que pueden dificultar actividades cotidianas como leer, escribir, reconocer caras o moverse con seguridad en el entorno.

Esta guía proporciona ejemplos de ejercicios para abordar los déficits visuales más comunes después de un ictus. Estos ejercicios están diseñados para estimular el sistema visual y ayudar al cerebro a reaprender a procesar la información visual de manera eficiente.

Es importante recordar que **cada persona es diferente y la recuperación visual varía de un individuo a otro**. El tipo y la gravedad de los problemas de visión, así como la respuesta a la rehabilitación, dependerán de la zona del cerebro afectada y de la extensión del daño.

Esta guía no sustituye la evaluación y el tratamiento individualizado por parte de un profesional de la rehabilitación visual. Un rehabilitador visual cualificado debe realizar una evaluación clínica para determinar las necesidades específicas de cada paciente y diseñar un programa de ejercicios personalizado.

PROPUESTA DE EJERCICIOS

Los ejercicios que se presentan a continuación se clasifican en cuatro categorías:

1. **Alteraciones de la visión central:** dificultad para ver con claridad los objetos que se encuentran directamente en frente.
2. **Alteraciones de la visión periférica (hemianopsia):** pérdida de visión en una parte del campo visual.
3. **Alteraciones de la percepción visual:** dificultad para interpretar la información visual, como la forma, el color, la profundidad o el movimiento.
4. **Alteraciones de la alineación y motilidad ocular:** problemas con el movimiento y la coordinación de los ojos.

A continuación, le presentamos algunas recomendaciones generales para que pueda comenzar con su proceso de rehabilitación.

ALTERACIÓN EN LA VISIÓN CENTRAL



- **Ejercicios de fijación:**
 - o Fije la mirada en un punto central (puede ser una letra en un texto, un objeto pequeño, etc.) durante unos segundos.
 - o Luego, desplace la mirada a otro punto cercano y repita el proceso.
 - o Aumente gradualmente la distancia entre los puntos de fijación.

- **Ejercicios de seguimiento:**
 - o Siga con la mirada un objeto en movimiento lento (un péndulo, un dedo que se mueve de lado a lado, etc.).
 - o Varíe la velocidad y la trayectoria del objeto.
- **Ejercicios de discriminación visual:**
 - o Identifique letras, números o figuras de diferentes tamaños en una tabla de Snellen o en tarjetas.
 - o Busque las diferencias entre dos imágenes casi idénticas.

ALTERACIÓN EN LA VISIÓN PERIFÉRICA (HEMIANOPSIA)



- **Ejercicios de exploración visual:**
 - o Mueva la cabeza y los ojos hacia el lado afectado de su campo visual, explorando el entorno de forma activa.
 - o Practique la lectura, buscando las palabras al inicio de la línea y realizando movimientos amplios de cabeza para compensar la pérdida de visión periférica.
- **Ejercicios de estimulación visual:**
 - o Utilice programas informáticos o aplicaciones que presenten estímulos visuales en el campo visual afectado.

ALTERACIONES DE LA PERCEPCIÓN VISUAL



- **Ejercicios de discriminación de colores:**
 - o Clasifique objetos de diferentes colores.
 - o Identifique colores en imágenes o en la vida real.
- **Ejercicios de percepción de formas:**
 - o Reconozca y nombre diferentes formas geométricas.
 - o Arme rompecabezas o construya con bloques.

- **Ejercicios de percepción de profundidad:**
 - o Estime la distancia entre objetos.
 - o Practique actividades que requieran coordinación ojo-mano, como enhebrar una aguja o lanzar una pelota.

ALTERACIONES EN LA ALINEACIÓN Y MOTILIDAD OCULAR



- **Ejercicios de movimientos oculares:**
 - o Mueva los ojos en diferentes direcciones (arriba, abajo, izquierda, derecha, en círculos).
 - o Siga un objeto con la mirada mientras mueve la cabeza en la dirección opuesta.
- **Ejercicios de convergencia ocular:**
 - o Fije la mirada en un objeto cercano y luego aléjelo lentamente, manteniendo la mirada fija en el objeto.

RECOMENDACIONES GENERALES:

- **Realice los ejercicios con regularidad:** dedique al menos 30 minutos al día a la rehabilitación visual, divididos en sesiones más cortas.
- **Adapte su entorno:** ajuste la iluminación, reduzca el desorden visual y utilice ayudas visuales (lupas, filtros, etc.) según sea necesario.
- **Sea paciente y constante:** la recuperación visual lleva tiempo y esfuerzo.
- **Mantenga una actitud positiva:** la motivación es fundamental para el éxito de la rehabilitación.

RECURSOS ADICIONALES:

- Su rehabilitador visual puede proporcionarle más información y ejercicios específicos para su caso.
- Existen organizaciones y asociaciones que ofrecen apoyo y recursos para personas con problemas de visión.

RECUERDE...

- Esta guía es solo un punto de partida. Consulte con su equipo clínico para obtener un plan de rehabilitación individualizado y adaptado a sus necesidades.

The background features a large, soft-edged watercolor splash in shades of green and teal, centered on a white background. Scattered around and below this splash are numerous smaller, vibrant orange and yellow splashes of varying sizes, creating a dynamic and artistic composition.

AFECTACIÓN EN LA SENSIBILIDAD

ALTERACIONES EN LA SENSIBILIDAD

Dependiendo de la localización y extensión de la lesión cerebral, un ictus puede desencadenar una amplia gama de déficits neurológicos, incluidas las alteraciones en la sensibilidad. Pueden afectar a la calidad de vida del paciente, interfiriendo en su capacidad para interactuar con el entorno, realizar actividades diarias y mantener su seguridad.



PAUTAS DE ESTIMULACIÓN SENSORIAL

La estimulación táctil es una intervención clave para la rehabilitación de la sensibilidad tras un ictus. A continuación, se detallan algunas pautas que pueden ser útiles:

ESTIMULACIÓN CON DIFERENTES TEXTURAS

Es recomendable que el paciente **explore y manipule** objetos con diversas texturas (suaves, rugosas, lisas, ásperas). Esta práctica ayuda a reentrenar la capacidad de discriminar entre diferentes estímulos táctiles. Se pueden utilizar materiales como telas, esponjas, papel de lija y otros objetos cotidianos. Durante este ejercicio, se puede pedir al paciente que describa verbalmente las **sensaciones percibidas**, lo cual facilita la reeducación sensorial.

RECONOCIMIENTO TÁCTIL

Se puede practicar el reconocimiento de objetos con los **ojos cerrados**, lo que obliga al paciente a depender únicamente de su percepción táctil. Este ejercicio es útil para la recuperación de la **función discriminativa**. Es ideal comenzar con objetos simples y progresar a formas más complejas a medida que el paciente mejora. La actividad puede graduarse del siguiente modo:

1. El paciente puede escuchar y manipular el objeto, posteriormente eliminamos la posibilidad de sonido.
2. Comenzar con objetos cotidianos.
3. Presentar objetos muy diferentes entre sí, por ejemplo, uno grande y otro pequeño.
4. Presentar objetos pequeños con formas diferentes, como figuras geométricas o letras de plástico.

USO DE VIBRACIÓN

El uso de dispositivos vibratorios en las áreas afectadas puede ayudar a estimular los **receptores** sensoriales en la piel y mejorar la **percepción** táctil. Las vibraciones también pueden ser útiles para reducir las **parestesias** y mejorar la **conciencia** del cuerpo en el espacio. La estimulación debemos hacerla de la zona **más distal a la más proximal**. Por ello, pondremos el objeto vibrador sobre los salientes óseos como se muestra a continuación **durante no más de 20 segundos**:



MASAJE SUAVE

Los masajes suaves y las fricciones en las áreas afectadas pueden ser beneficiosos para mejorar la percepción. Se recomienda el uso de cremas o aceites para facilitar el masaje. En caso de que el paciente presente **hipertonía o espasticidad**, los masajes deben ser **muy lentos** y suaves. Si el paciente presenta hipotonía, podemos realizar los masajes con más rapidez. También puede realizarse con un cepillo de dientes, haciendo hincapié en las zonas de menor sensibilidad.

ESTIMULACIÓN TÉRMICA

Exponer al paciente a variaciones de temperatura de manera controlada, como contacto con bolsas de agua tibia o fría, puede ser efectivo para mejorar la percepción térmica. Es esencial que los estímulos térmicos se apliquen dentro de un **rango seguro** para evitar daños en la piel, especialmente en áreas con hipoestesia o anestesia.

INTERVENCIÓN EN LA VIDA DIARIA

Incorporar la estimulación táctil en actividades cotidianas, como vestirse, asearse y manipular objetos del hogar, puede hacer que la rehabilitación sea más efectiva y relevante para el paciente. Es importante que estas actividades sean **supervisadas** para evitar accidentes o lesiones.

IMPORTANTE:

- Las actividades propuestas son una sugerencia para realizar en el domicilio. Antes de hacerlo, **consulte con el terapeuta ocupacional**.
- **NUNCA** se debe causar **dolor**. En dicho caso, parar y consultar con el terapeuta ocupacional.

The background features a large, soft watercolor splash in shades of green and teal, centered on a white background. Scattered around and below this splash are numerous smaller, vibrant orange and yellow splashes of varying sizes, creating a dynamic and artistic feel.

DiFiCULTADES EN LA SEXUALiDAD

IMPACTO DEL ICTUS EN LA SEXUALIDAD

El ictus puede impactar de manera importante la vida sexual, tanto de la persona que lo ha sufrido como de su pareja. Este impacto puede ser físico, emocional y psicológico, lo que genera una serie de desafíos en la intimidad. Sin embargo, con la información y el apoyo adecuado, es posible superar estas dificultades y seguir disfrutando de una vida sexual satisfactoria. La paciencia, la empatía y la disposición a explorar nuevas formas de intimidad son claves para mantener una vida sexual plena después de un ictus.

NO EVITAR LAS RELACIONES SEXUALES

La presión arterial puede ascender durante el orgasmo, pero eso no supone un mayor riesgo de sufrir un ictus respecto a cualquier otra situación cotidiana

A continuación, desglosamos algunos de los problemas más comunes que pueden surgir después de un ictus y las soluciones que pueden ayudar a abordarlos.

PROBLEMAS FÍSICOS

Después de un ictus, es común que se presenten limitaciones físicas que afecten la movilidad y el funcionamiento general del cuerpo. Algunas de las dificultades más frecuentes incluyen:

- **Disfunción eréctil:** requiere una atención médica especializada para poder determinar su origen e indicar posibles tratamientos.

- **Parálisis o debilidad muscular:** la hemiplejía o la hemiparesia pueden dificultar la realización de actividades físicas, incluidas las relacionadas con la sexualidad. Algunas posiciones pueden resultar incómodas o imposibles debido a la falta de fuerza o coordinación.

Recomendaciones:

- Adaptar las posiciones sexuales para que sean más cómodas. Por ejemplo, la persona que ha sufrido el ictus puede asumir una posición más pasiva. Buscar y encontrar la posición adecuada en la cama es parte del proceso de ensayo y error.
 - Usar lubricación durante el sexo o hacer coincidir las relaciones con el efecto de la medicación analgésica para el dolor, puede ser de ayuda.
 - Utilizar cojines o apoyos para mejorar la comodidad y facilitar el movimiento.
- **Espasticidad y dolor:** la rigidez muscular o el dolor pueden ser un obstáculo para disfrutar de la intimidad.

Recomendaciones:

- Realizar ejercicios de estiramiento antes de la actividad sexual para reducir la rigidez muscular.
 - Tomar baños de agua caliente o recibir masajes relajantes para disminuir la tensión muscular.
 - Consultar con un fisioterapeuta para trabajar en la flexibilidad y control muscular.
- **Problemas de sensibilidad:** la alteración de la sensibilidad en ciertas partes del cuerpo puede hacer que el contacto físico sea incómodo o incluso doloroso.

Recomendaciones:

- Comunicarse abiertamente con la pareja para evitar tocar áreas que resulten incómodas o dolorosas.
- Explorar nuevas zonas del cuerpo que puedan proporcionar placer y experimentar con distintos tipos de contacto.

FATIGA Y CANSANCIO

El cansancio y la fatiga son síntomas comunes después de un ictus y pueden afectar significativamente la vida diaria, incluida la vida sexual.

Recomendaciones:

- o Intenta tener relaciones por la mañana o en el momento del día que te sientas con **más energía**.
- **Acortar el tiempo de la actividad sexual** si es necesario. En lugar de intentar mantener la misma duración o intensidad que antes del ictus, es útil adaptar las expectativas y centrarse en actividades más breves y satisfactorias. No es necesario que el acto sexual sea prolongado para ser placentero; pueden explorarse otras formas de intimidad más breves, pero igualmente gratificantes.
- Si la fatiga post-ictus es persistente y afecta significativamente la calidad de vida, incluido el bienestar sexual, es recomendable hablar con un médico para identificar si existen otros factores que puedan estar contribuyendo a la fatiga, como problemas de sueño, depresión o medicamentos que podrían ajustarse.

FACTORES EMOCIONALES Y PSICOLÓGICOS

El impacto emocional del ictus puede ser profundo y afectar gravemente la vida sexual. Las preocupaciones sobre el cuerpo, la autoimagen y el rendimiento sexual son comunes.

- **Baja autoestima e inseguridad:** después de un ictus, las personas pueden sentirse menos atractivas o preocuparse por no poder satisfacer a su pareja como antes.

Recomendaciones:

- Fomentar una comunicación abierta con la pareja sobre los sentimientos de inseguridad y las expectativas sexuales.
 - Centrarse en la conexión emocional y en el apoyo mutuo, más allá del aspecto físico o el rendimiento sexual.
 - Considerar la ayuda de un psicólogo o terapeuta para trabajar la autoestima y la aceptación de los cambios corporales.
- **Problemas del estado de ánimo y de ansiedad:** estos problemas son comunes tras un ictus y puede afectar negativamente el deseo sexual y la capacidad para disfrutar de la intimidad.

Recomendaciones:

- Acudir a un psicólogo clínico para evaluar el problema y valorar la necesidad de llevar a cabo un tratamiento.
- Incluir a la pareja en el proceso de tratamiento para que ambos puedan comprender mejor los desafíos emocionales.
- Realizar actividades que promuevan la relajación y reduzcan el estrés, como el yoga o la meditación, las cuales pueden tener un efecto beneficioso sobre la vida sexual.

FALTA DE COMUNICACIÓN EN LA PAREJA

El impacto de un ictus en la sexualidad puede crear una barrera de comunicación en la pareja. A menudo, las personas evitan hablar sobre sus preocupaciones sexuales por miedo, vergüenza o por no querer preocupar a la otra persona.

- El primer paso para abordar el problema es hablar de ello. Poder hablar abiertamente con tu pareja sobre tus sentimientos y cuestiones como la carencia de deseo o problemas de erección, además de exponer el problema, contribuye a reducir la angustia personal, mejora autoestima y la propia relación de pareja.
- Es importante **pedir información y consejo a los profesionales de salud.**

SALUD SEXUAL Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Es importante hablar con el médico de cabecera y/o ginecólogo para que te informe sobre los anticonceptivos disponibles y cuál es el adecuado en tu caso.

BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. (2022). *Recomendaciones dietéticas saludables y sostenibles*. Disponible en:
https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/RECOMENDACIONES_DIETETICAS.pdf
- Amigo Vázquez, I. (2017). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: ANAYA.
- Andrade González, J. A., y Coronados Valladares, Y. (2019). Importancia de la rehabilitación de las secuelas de ictus en el síndrome de heminegligencia. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 11(2), 1-5.
- Bobath, B. (1993). *Hemiplejía del adulto: Evaluación y tratamiento*. Madrid: Médica Panamericana.
- Chun, H. Y., Whiteley, W. N., Carson, A., Dennis, M., y Mead, G. E. (2015). Anxiety after stroke: time for an intervention. *International Journal of Stroke*, 10(5), 655–656. <https://doi.org/10.1111/ijis.12493>
- Curto Prada, M^a I. (2013). *Manual Básico de Neurología para Enfermería* (vol. 1). Madrid: Enfoque.
- Das, J., y Rajanikant, G. K. (2018). Post stroke depression: The sequelae of cerebral stroke. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 90, 104–114. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.04.005>
- Davies, P. M. *Pasos a seguir: Tratamiento integrado de pacientes con hemiplejía* (2^a ed.). Madrid: Editorial Panamericana.
- Espárrago Llorca, G., Castilla-Guerra, L., Fernández Moreno, M. C., Ruiz Doblado, S., Jiménez Hernández, M. D., y Doblado, S. R. (2015). Depresión post ictus: Una actualización. *Neurología*, 30(1), 23–31. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2012.06.008>

- González Lázaro, P. y González Ortuño, B. (2014). *Afasia de la teoría a la práctica* (2ª ed.). Madrid: Panamericana.
- Hakon, J., Quattromani, M. J., Sjölund, C., Tomasevic, G., Carey, L., Lee, J. M., Ruscher, K., Wieloch, T., y Bauer, A. Q. (2018). Multisensory stimulation improves functional recovery and resting-state functional connectivity in the mouse brain after stroke. *NeuroImage: Clinical*, 17, 717-730.
- Lendínez Mesa, A. (ed.). (2016). *Enfermería en neurorrehabilitación: empoderando el autocuidado*. Barcelona: Elsevier.
- Melle, N. (2008). *Guía de intervención logopédica en la disartria*. Madrid: Síntesis.
- Dotte, P. (2014). *Método de movilización de los pacientes: Ergomotricidad en el ámbito asistencial* (8ª ed.). Barcelona: Elsevier-Masson.
- Murphy, R. P., Reddin, C., Rosengren, A., Judge, C., Hankey, G. J., Ferguson, J., Alvarez-Iglesias, A., Oveisgharan, S., Wasay, M., McDermott, C., Iversen, H. K., Lanas, F., Al-Hussain, F., Czlonkowska, A., Oguz, A., Ogunniyi, A., Damasceno, A., Xavier, D., Avezum, A., Wang, X., ... (2023). Depressive Symptoms and Risk of Acute Stroke: INTERSTROKE Case-Control Study. *Neurology*, 100(17), e1787–e1798. <https://doi.org/10.1212/WNL.000000000000207093>
- Gillham, S., y Clark, L. (2011). *Psychological care after stroke: Improving stroke services for people with cognitive and mood disorders*. Leicester: NHS Improvement.
- Olmedo, V. y Arranz, M. (2017). Trabajo Social Sanitario: Intervención con pacientes con ictus desde el Servicio Médico de Neurología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. *Trabajo Social y Salud*, 88, 39-48.

- Olmedo, V. y Fernández, S. (2019). Las cuatro 'q' del Trabajo Social en la atención a personas con enfermedades neurológicas: qué, quién, para qué y por qué. *Documentos de Trabajo Social*, 63, 7-28.
- Olmedo, V., Aguilar, M^a J. y Arenillas, J.F. (2019). Análisis de factores asociados a la recuperación integral de pacientes de ictus al alta de hospital de agudos. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e1-13.
- Olmedo, V., Aguilar, M^a J. y Arenillas, J.F. (2021). Rehabilitación integral postictus: efectos a largo plazo y factores socioambientales condicionantes del acceso. *Revista de Neurología*, 73, 1-9. <https://doi.org/10.33588/rn.7301.2021037>
- Romero Ayuso, D. M. (2007). Actividades de la vida diaria. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 23(2), 264–271. Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/22291>
- Sebastián Herranz, M., Valle Gallego, I., y Vígara Cerrato, Á. (2012). *Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia: Productos de Apoyo para la Autonomía Personal*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Sepúlveda, J. D. (2018). Definiciones y clasificaciones del dolor. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 23(3).
- Sociedad Española de Neurología. (2023). 29 de octubre: Día Mundial del Ictus. El 25% de la población española sufrirá un ictus a lo largo de su vida [Nota de prensa]. <https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link419.pdf>
- Souto, J. F., Ribeiro, P. C. C., y de Souza, L. F (2017). Atividades avançadas de vida diária: revisão de uma medida da capacidade funcional do idoso. *Revista Kairós-Gerontologia*, 20(3), 407–425. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i3p407-425>

- Terradillos, E. y López-Higes, R. (2016). *Guía de intervención logopédica en las afasias*. Madrid: Síntesis.
- Tisaire de Dios, A. y Ordoñez Miyar, B. (2021). *Guía de intervención logopédica en las disfagias*. Madrid: Síntesis.
- Trillo Calvo, E. (2019). Dolor neuropático: definición, epidemiología y fisiopatología. En Alcántara-Montero, A., e Ibor Vidal, P. J. (eds.), *Guías Clínicas Dolor Neuropático*, 3-9. Barcelona y Madrid: Euromedice.
- Zhang, J. P., Xiang-Xing, X., Zheng, M. X., Wu, J. J., Xue, X., Li, Y. L., Hua, X. Y., Ma, S. J., y Xu, J. G. (2023). Effects of cortico-cortical paired associative stimulation based on multisensory integration to brain network connectivity in stroke patients: study protocol for a randomized doubled blind clinical trial. *BMC Neurology*, 23(1).