

CONSEJOS PARA LA VUELTA A CASA TRAS UN ICTUS



Asociación Ictus de Asturias y otras Lesiones
Cerebrales Adquiridas (ASICAS)

Tlfno: 623041219

Web: www.asicas.org

Email: info@asicas.org

 Covadonga nº 40 Infiesto CP 33530 Asturias.



Consejos para la vuelta a casa tras un ictus

Guía de ayuda para personas afectadas por un ictus y sus familias

Asociación Ictus de Asturias y otras Lesiones Cerebrales Adquiridas (ASICAS)

ASICAS es una asociación sin ánimo de lucro, independiente, formada por personas afectadas de ictus y otras lesiones cerebrales adquiridas, sus familias y quienes se sienten comprometidos con su situación.

Primera edición: 2020

Elaborada por ASICAS

1. INTRODUCCIÓN

2. CONSEJOS Y CUIDADOS DESPUÉS DEL ICTUS

2.1 Movilidad y desplazamientos

2.2 Alimentación e hidratación

2.2.1. Recomendaciones alimentarias si toma anticoagulantes orales (Sintrom, Aldocumar)

2.2.2 Clasificación de alimentos según el contenido en vitamina k

2.2.3 Ejemplo de menú

2.3 Aseo personal

2.4 El vestido y como vestirse

2.5 Conducción

2.6 Trabajo

2.7 Sexualidad

3. ALTERACIONES MÁS FRECUENTES

3.1 Hemiparesia y hemiplejía

3.2 Disfagia

3.2.1. Intervenciones en la disfagia

3.2.1.1 Hidratación

3.2.1.2 Manejo de la boca seca

3.2.1.3 Rehabilitación neuromuscular

3.2.1.4 Medidas posturales

3.2.1.5 Técnicas de incremento sensorial

3.2.3.6 Modificación de la consistencia del alimento

3.2.3.7 Control del entorno

3.2.2. Tipo de texturas de los alimentos

3.2.3. Alimentos desaconsejables y difíciles de cocinar

3.2.4. Recetario de cocina

3.3 Del lenguaje: afasia y disartria

3.4 Cognitivas

3.5 Conductuales y emocionales

4. PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN LA RECUPERACIÓN NEUROLÓGICA

5. OCIO Y DEPORTE

6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

*«Algunos hombres se ven obligados
a aferrar el relámpago con las manos desnudas».*

Hölderlin

Esta guía nace para dar a conocer a las familias y personas afectadas por un ictus consejos, pautas e información sobre cómo proceder ante determinadas actividades, situaciones y problemas que pueden presentarse tras la hospitalización.

Con el regreso a casa después del alta hospitalaria, tanto la persona afectada como su familia se enfrentan a un camino lleno de dificultades, con escasos conocimientos, información y medios para afrontar la nueva situación. En numerosas ocasiones la familia es el único soporte teniendo que asumir el papel de cuidadora. Las tareas y actividades que tiene que desarrollar son múltiples, exigen tiempo, conocimientos y energía y como no se han previsto, no siempre está preparada para el cuidado ni para afrontar la diversidad de situaciones que los cuidados conllevan, por eso es esencial entender su papel y darle apoyo continuado a lo largo de todo el proceso.

Los consejos y orientaciones que aquí pueden encontrar pretenden contribuir a mejorar la calidad de vida y la salud de las personas que han visto interrumpido su proyecto vital por el ictus, facilitando información sobre como realizar en sus casas los cuidados personales de forma segura y fomentando la autonomía y la independencia en cada situación. En este documento, les proponemos algunas ideas y recomendaciones para mejorar, en el día a día, la calidad de esos cuidados.

Deseamos que les resulte útil, les sirva de ayuda y responda a sus dudas e inquietudes.

Para preparar este documento, se han tomado como referencia otras guías y manuales a cuyos autores expresamos nuestro agradecimiento.

ASICAS QUIERE ACOMPAÑARLES EN ESTE CAMINO. NO ESTÁN SOLOS.

2. CONSEJOS Y CUIDADOS DESPUÉS DEL ICTUS

La persona afectada debe tratar de ser independiente en las actividades que realice, dentro de sus capacidades y asegurando a la vez su seguridad. Si necesita ayuda, hay que darla tiempo y no hacer por ella más allá de lo necesario.

2.1 Movilidad y desplazamientos

Antes del alta hospitalaria es deseable el asesoramiento del terapeuta sobre como proceder ante las dificultades concretas que existan, qué medidas de seguridad adoptar y como utilizar las ayudas técnicas si se necesitan.

Si su familiar precisa de ayuda para moverse, siga estas recomendaciones.

- Recuerde que una correcta alineación de la cabeza y el tronco es indispensable para la funcionalidad de las extremidades.
- Para prevenir las complicaciones más frecuentes asociadas a la inmovilización (dolor en el miembro afectado, posturas anormales, rigideces, úlceras por presión, hinchazón en los tobillos) se aconseja:
 - a) No permanecer tiempos prolongados en la cama. Realizar cambios posturales cada 3 o 4 horas, manteniendo la alineación corporal.
 - b) Mantener cuidada la piel y proteger las zonas de apoyo con el uso de colchones antiescaras, protectores de codo, talón, etc.
 - c) Se debe evitar la flexión prolongada de codos y rodillas.
 - d) Ayudarlo a levantarse o caminar por el lado afectado, evitando siempre cogerlo y estirarle del brazo ya que la posible flaccidez de la musculatura del hombro podría comportar problemas articulares.
 - e) Evite la postura del brazo paralizado pegado al cuerpo, en flexión y sujetado con la mano sana.



Por regla general:

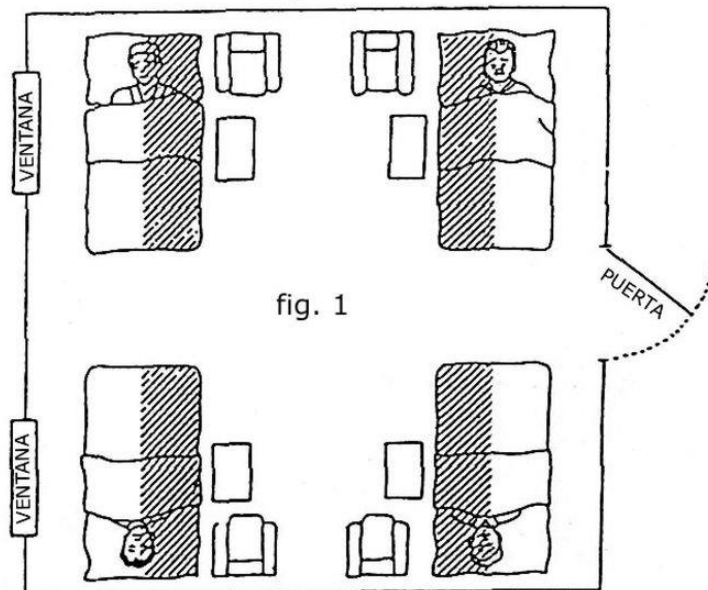
- Estabilice y frene todas las superficies (silla de ruedas, camas, etc.).
- Procure igualar la altura de ambas superficies.
- Evite tirar del miembro paralizado.
- No haga esfuerzos innecesarios.
- Mantenga las piernas ligeramente flexionadas y la espalda recta.

A continuación, puede ver como actuar si tiene que desplazar a su familiar desde una posición a otra, o desde un sitio a otro, por ejemplo sentarle, girarle en la cama, pasarle de la cama al sillón, de silla a silla, caminar, etc.

PREPARACIÓN DE LA HABITACIÓN (fig.1)

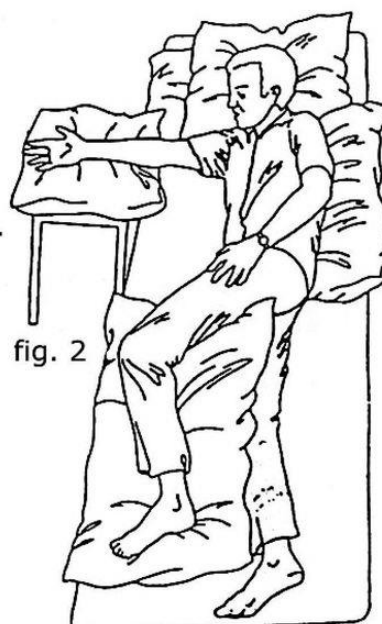
Con el fin de evitar pérdidas sensoriales, el (la) paciente debe recibir la máxima estimulación sensorial posible por el lado afectado.

Para ello será necesario preparar la habitación de forma que todas las actividades se desarrollen por ese lado.



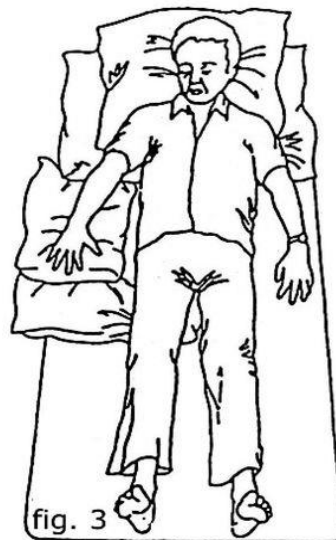
POSICIÓN ACOSTADA SOBRE EL LADO HEMIPLÉJICO (fig. 2)

- Cama:** horizontal.
- Cabeza:** apoyada confortablemente.
- Tronco:** ligeramente inclinado hacia atrás, sostenido por un cojín colocado detrás de la espalda y las nalgas.
- Hombro hemipléjico:** hacia abajo y dirigido hacia delante.
- Brazo hemipléjico:**
 - > hacia adelante formando un ángulo de $\pm 90^\circ$ con el cuerpo.
 - > totalmente sostenido sobre una mesilla situada cerca de la cama del (la) paciente.
 - > el codo extendido lo máximo posible, con la palma de la mano puesta hacia arriba.
- Pierna hemipléjica:**
 - > cadera extendida.
 - > rodilla ligeramente flexionada.
- Brazo válido:** Colocado sobre el cuerpo o sobre un cojín.
- Pierna y pié válidos:**
 - > sobre un cojín en posición de marcha.
 - > rodilla y cadera ligeramente flexionada.



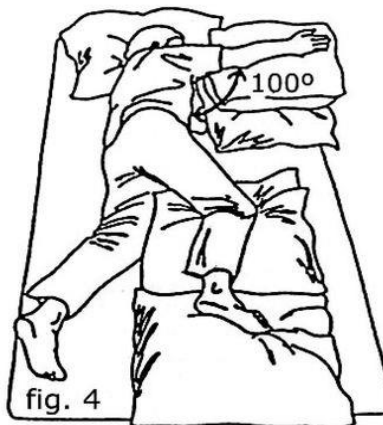
POSICIÓN ACOSTADA SOBRE LA ESPALDA (fig. 3)

- Cama:** horizontal.
- Cabeza:** sobre una almohada, sin inclinación hacia delante.
- Tronco:** ligeramente inclinado hacia delante.
- Hombro hemipléjico y el válido:** reposando por igual sobre la almohada.
- Brazo hemipléjico:**
 - > colocado sobre un cojín al lado del cuerpo.
 - > en ligera abducción (separación).
 - > el codo extendido.
 - > mano con la palma hacia abajo.
 - > dedos extendidos.
- Cadera hemipléjica:**
 - > extendida y colocada sobre el cojín que sostiene el brazo hemipléjico.



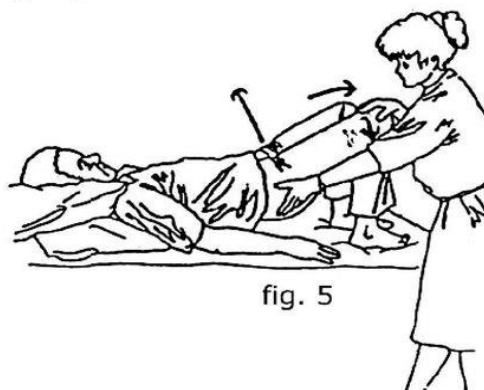
POSICIÓN ACOSTADA SOBRE EL LADO VÁLIDO (fig. 4)

- Cama:** horizontal.
- Cabeza:** apoyada confortablemente, en el eje corporal.
- Tronco:** ligeramente inclinado hacia delante.
- Hombro hemipléjico:** hacia abajo y dirigido hacia delante.
- Brazo y mano hemipléjicos:**
 - > colocados sobre un cojín.
 - > formando un ángulo de $\pm 100^\circ$ con el cuerpo con palma de la mano hacia abajo y dedos extendidos.
- Pierna hemipléjica:**
 - > cadera y rodilla ligeramente flexionadas.
 - > pierna y pié totalmente colocados sobre un cojín.
- Brazo válido:** en posición confortable a elección del (la) paciente.
- Pierna válida:** cadera y rodilla extendidas.



DESPLAZAMIENTO LATERAL EN LA CAMA (fig. 5)

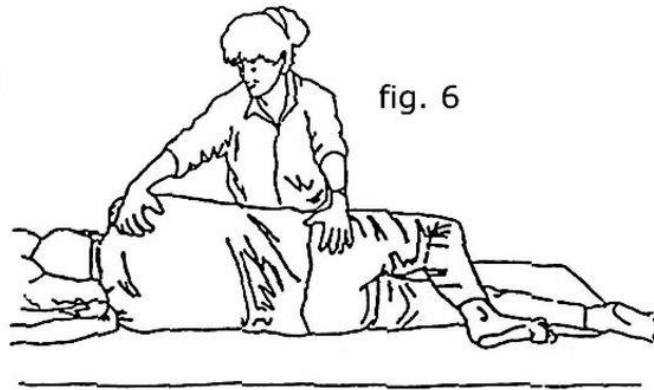
- Cama:** plana totalmente.
- Paciente:** acostado boca arriba con las rodillas flexionadas y con los talones lo más cerca posible de las nalgas.
- Facilitación:** la rodilla se presiona hacia abajo y hacia los talones del lado hemipléjico. La otra mano acompaña la cadera en su movimiento lateral hacia arriba.
- A continuación, desplazar conjunta y lateralmente los hombros y el cojín, con el fin de volver a alinear el cuerpo.



ROTACIÓN SOBRE EL LADO VÁLIDO

Pasiva (fig. 6)

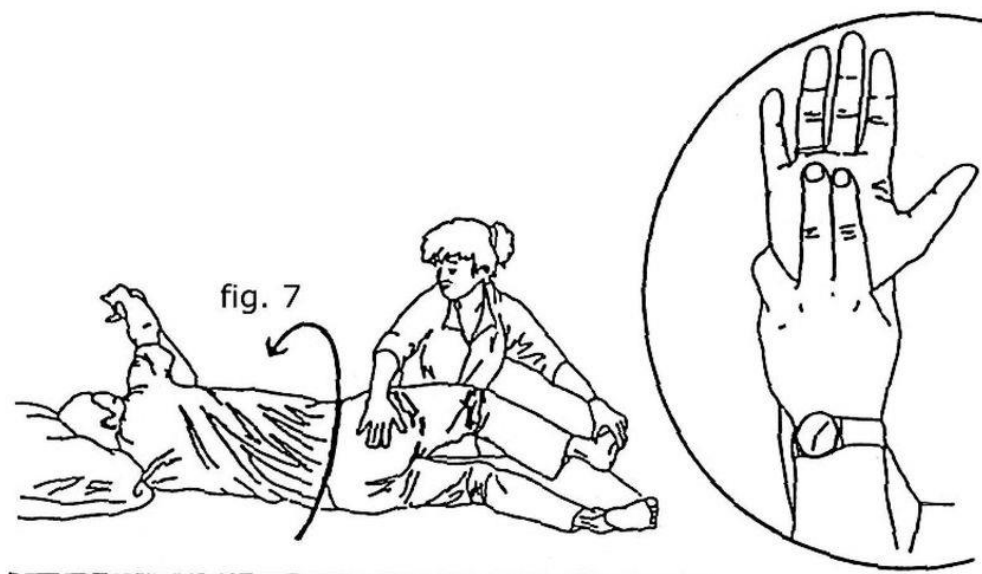
- La rodilla hemipléjica estará flexionada.
- Las manos del (la) paciente estarán juntas.
- Se girará al (la) paciente acompañando el movimiento a nivel del hombro y de la cadera.
- Acomodar con rapidez la postura del (la) paciente.



ROTACIÓN SOBRE EL LADO VÁLIDO

activa (fig. 7)

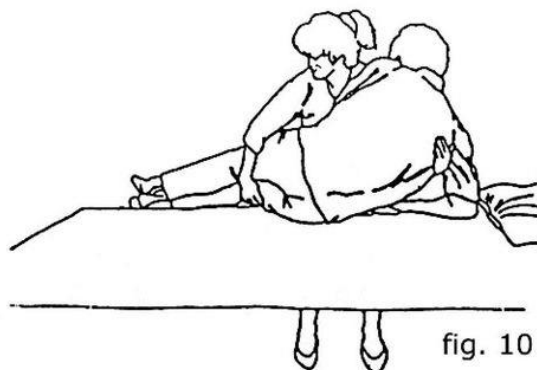
- El (la) paciente tendrá las manos juntas.
- La rotación se efectúa acompañando la pierna hemipléjica sujetando a nivel de la cadera y la parte lateral del pie con la rodilla flexionada.



PASO DE LA POSICIÓN SENTADA A LA POSICIÓN SENTADA

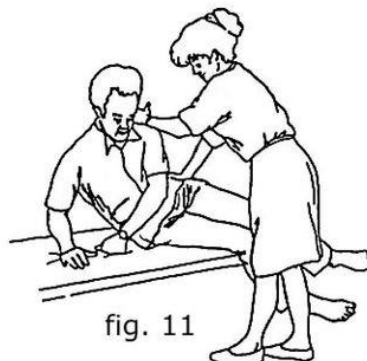
Pasivo (fig. 10)

- El (la) ayudante hará pivotar al paciente, con las rodillas flexionadas, sobre el lado hemipléjico.
- Con la mano válida, el (la) paciente se apoyará sobre el borde de la cama.



Activo (fig. 11)

- Paciente acostado(a) sobre el lado hemipléjico.
- Apoyándose en su mano válida, se incorporará sobre el borde de la cama.
- El (la) ayudante acompañará el movimiento sosteniendo la cadera válida y ejerciendo una presión hacia abajo sobre el hombro válido.



DESPLAZAMIENTO POR MOVIMIENTOS DE LA PELVIS

Pasivo (fig. 12)

- El (la) paciente llevará alternativamente el peso de su cuerpo de un lado a otro, y por la repetición sucesiva de estos movimientos, conseguirá avanzar "caminando sobre la nalgas".
- El (la) paciente se mantendrá la mano hemipléjica firmemente hacia delante.
- Existirá una coordinación cruzada entre hombros y pelvis.



Activo (fig. 13)

- Aquí de igual forma el (la) paciente mantiene la mano hemipléjica sujeta firmemente hacia adelante.

PASO DE LA SILLA A LA CAMA Y VICEVERSA

A - Pasivo (fig. 14 -15)

- El (la) ayudante se coloca frente a la cara del paciente.
- Sostiene el brazo hemipléjico, manteniéndolo tendido entre su brazo y su cuerpo, y ejercerá presión a nivel de los omóplatos.
- La rodilla hemipléjica del (la) paciente estará firmemente sostenida entre las rodillas del (la) ayudante.
- El peso del (la) paciente se llevará adelante apoyándolo en sus pies.
- Ejerciendo un pequeño empuje hacia delante y abajo, sobre los omóplatos del (la) paciente, conseguirá levantarlo(a) del trasero. El (la) ayudante facilitará la rotación hacia la silla, controlando el movimiento de la pierna hemipléjica, sostenida firmemente entre sus rodillas y pies.

fig. 14

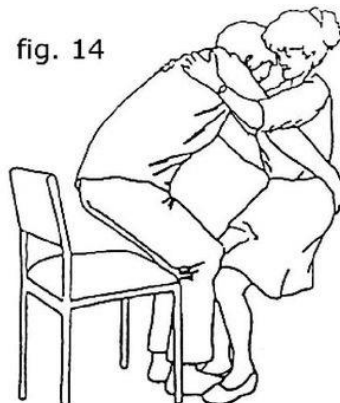
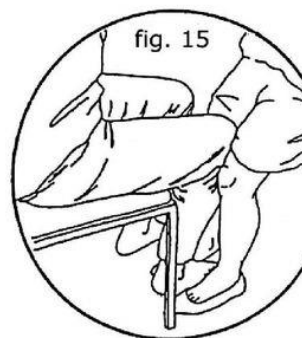


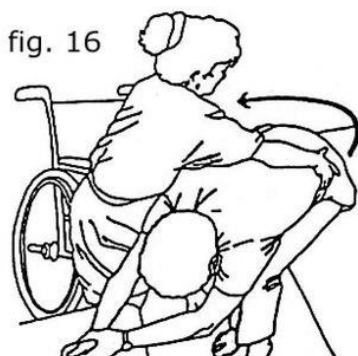
fig. 15



B – Más activo (fig. 16)

- Con el fin de facilitar la posición inclinada hacia delante, se colocará un taburete frente al (la) paciente, para que pueda apoyarse, con las manos juntas, en su movimiento de incorporación.
- Deberá vigilarse que mantenga un buen contacto talón-suelo, con el pie hemipléjico en la vertical de la rodilla.
- las manos deberán estar juntas hacia delante y apoyarse sobre el taburete.
- Se levantará el trasero y se llevará el peso del cuerpo hacia delante, con la cabeza sobrepasando el nivel de los pies.
- Se desplazará al (la) paciente hacia la silla o hacia la cama.
- El (la) ayudante facilitará el movimiento acompañando la pelvis, sosteniéndola a la altura de los trocánteres (bajo las caderas).

fig. 16



C – Activo (fig. 17)

- No se apoyará sobre un taburete.
- Se vigilará que mantenga una buena posición de apoyo en los pies.
- Unirá sus manos hacia delante.
- Se inclinará hacia delante.
- Se levantará llevando el peso del cuerpo a delante.
- Efectuará un movimiento de rotación hacia la silla.
- Ayuda: a nivel de los omóplatos.



fig. 17

fig 18

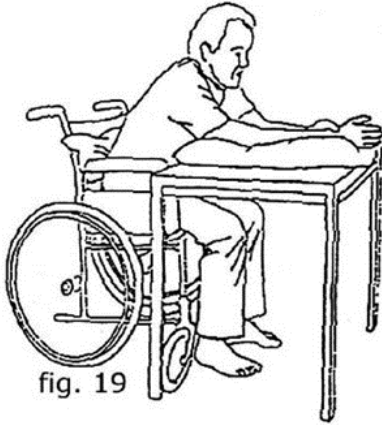


D – Sin Ayuda (fig. 18)

- Unirá las manos llevándolas lejos hacia adelante al tiempo que la parte superior del tronco.
- Se levantará de atrás y si fuera posible llegará a la posición de pie.
- Pivotará sobre el lado hemipléjico hasta la silla o la cama.

POSICIÓN SENTADA FRENTE A UNA MESA, EN UNA SILLA DE RUEDAS (fig. 19 y 20)

- Se pondrá un cojín en la parte baja de la espalda .
- Los brazos extendidos hacia delante con los codos apoyados sobre la mesa. Se vigilará la correcta posición de la mano hemipléjica.
- Los pies estarán planos sobre el suelo o en una pequeña banqueta o reposa pies.



PASO DE LA POSICIÓN SENTADA A LA POSICIÓN ERECTA (fig. 21)

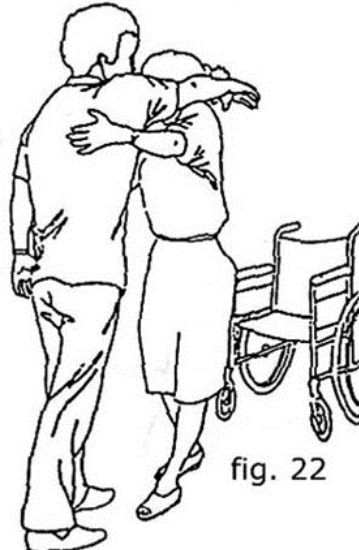
- Se colocará un taburete delante del (la) paciente.
- El (la) paciente mantendrá la mano hemipléjica firmemente sostenida hacia delante. Se inclinará hacia delante con la cabeza sobrepasando el plano de los pies y deberá levantar el trasero.
- Facilitación por un(a) ayudante:**
 - > Se colocará en el lado hemipléjico.
 - > Con una mano sujetará la cadera sana.
 - > Con la otra sujetará la pierna Hemipléjica por la rodilla.



CAMINAR (fig. 22 Y 23)

Ayuda frontal.

- El (la) ayudante se colocará frente a la cara del (la) paciente.
- El (la) paciente pondrá el brazo hemipléjico sobre el hombro del (la) ayudante.
- El (la) ayudante pondrá una mano bajo el hombro hemipléjico sosteniendo así ese brazo del paciente.
- La otra mano estará colocada a la altura de la pelvis guiando la traslación del peso.



Ayuda lateral.

- El (la) ayudante se colocará del lado hemipléjico y sostendrá el hombro y el brazo del (la) paciente.

2.2 Alimentación, hidratación y sequedad bucal

El ictus supone una serie de cambios en la vida cotidiana de la persona afectada, entre ellos cabe destacar los relacionados con la alimentación. Una dieta adecuada tiene un papel importante en el mantenimiento o mejora del estado nutricional y en la prevención de futuros accidentes cerebrovasculares.

La alimentación equilibrada y variada donde predominen las verduras, hortalizas, frutas, cereales integrales y pescado, ajustada al gasto calórico es fundamental para mantener un buen estado general. Si tiene que preparar los menús de su familiar, debe tener en cuenta sus gustos y preferencias para que disfrute de la comida y evite el abandono de una alimentación sana.



Estar bien hidratado es necesario para el buen funcionamiento de nuestro cuerpo. El líquido que se recomienda tomar es el agua. Es aconsejable beber pequeñas cantidades a lo largo del día. Evite las bebidas alcohólicas.

Si usted o su familiar presenta alteraciones en la deglución consulte el apartado 3.2.1.1 donde puede encontrar pautas sobre como promover la hidratación.

2.2.1 Recomendaciones alimentarias si toma anticoagulantes orales (sintrom, aldocumar).

Los anticoagulantes orales son fármacos que retardan el tiempo de coagulación de la sangre dificultando la formación de un coágulo dentro de un vaso sanguíneo y con ello la aparición de una trombosis o una embolia.

Hay varios tipos de fármacos anticoagulantes orales: Acenocumarol (Sintrom), Warfarina (Aldocumar), Dabigatrán (Pradaxa), Rivaroxabán (Xarelto), Apixabán (Eliquis), Edoxabán (Lixiana).

La vitamina K interviene en los procesos de coagulación de la sangre. El efecto contrario se encuentra en el alcohol y en algunos alimentos con vitamina E como el zumo de arándanos o el ajo en grandes cantidades.

El contenido en vitamina K de la dieta puede interferir en la eficacia del tratamiento con Sintrom o Aldocumar. Por eso se deben evitar modificaciones drásticas en la alimentación habitual, así como dietas de adelgazamiento con pocos vegetales o aumentar bruscamente la ingesta diaria de alimentos con alto contenido en vitamina K entre los que se encuentran col rizada, col lombarda, coles de Bruselas, lechuga, espinacas, brócoli, repollo, remolacha, espárragos, kiwi y ciruelas pasas.

Los únicos alimentos restringidos lo serán por otras causas como pueden ser las dietas por hipertensión o diabetes.

- No se deben suprimir estos alimentos sino tomarlos de forma regular.
- Deberá mantener una dieta sana, variada y equilibrada.
- Evite también los preparados de herboristería y suplementos vitamínicos ya que algunos interfieren de forma importante con la medicación anticoagulante.



2.2.2 Clasificación de alimentos según el contenido en vitamina k


Tan inadecuado como consumir una excesiva cantidad de este tipo de alimentos es el dejar de tomarlos por completo ya que su dieta sería deficitaria en vitamina K. Es importante que vaya 'rotando' los alimentos y evite basar la dieta durante días seguidos en un mismo tipo de alimento rico en vitamina K. El objetivo es mantener un nivel constante moderado de ingesta en lugar de eliminar la vitamina K de la dieta.

Tabla 1. Alimentos según el contenido en vitamina k

| ALIMENTOS | BAJO | MEDIO | ALTO |
|------------------------------|--|--|---|
| Verduras y hortalizas | Champiñones, Cebolla, Lenteja, Calabaza, Berenjena, Calabacín, judía blanca, Pimiento rojo, Rábano, Maíz, Patata, Garbanzo | Pimiento verde, Lechuga iceberg, judía verde, Alcachofa, Puerro, Apio, Guisante, Pepino, Zanahoria, Coliflor | Remolacha, Repollo, Brócoli, Espárrago, Endibia, Cebollino, Espinaca, Col rizada, Col lombarda, Coles de bruselas |
| Grasa y aceites | Aceite de maíz, Aceite de cacahuete, Aceite de girasol | Aceite de soja, Aceite de sésamo | Aceite de oliva, Margarina |
| Huevo y lácteos | Queso, Yogurt, Huevo, Cuajada, Leche | Mantequilla | |
| Pasta y cereales | Arroz, Espaguetis, Pan, Cereales, Macarrones | Bollería industrial, Galletas, Pasteles | |
| Bebidas variadas | Café, Colas diversas, Zumo de frutas, Agua mineral | | |
| Condimentos | Miel, Ajo, Sal, Vinagre, Mostaza, Especias (chile, pimentón), Azúcar | Orégano | Perejil |
| Frutos secos | Pasas, Albaricoques, piñones, Cacahuetes, Almendras, Nueces | Anacardo, Higos, Avellanas, Pistachos | Ciruelas pasas, Orejones, Piñones |
| Frutas | Pera, Mango, Papaya, Melocotón, Manzana, Nectarina, Cerezas, Piña cruda, Albaricoque, Plátano, Naranja, Melón, Fresa, Sandía, Pomelo | Uva, Ciruela | Kiwi, Higos |
| Carnes y pescados | Jamón, Ternera, Pollo, Cerdo, Moluscos, Crustáceos, Pescado | Atún en aceite | |

Fuente: Adaptación de Tabla de alimentos y su contenido en Vitamina K del Hospital Carlos Haya, Málaga.


2.2.3 Ejemplo de menú

 **DESAYUNO:** café o infusión con leche desnatada, pan integral con aceite de oliva y una pieza de fruta.

COMIDA: judías verdes rehogadas con vegetales, pollo a la plancha y una pieza de fruta.

MERIENDA: macedonia de frutas con queso fresco batido y un puñado de frutos secos.

CENA: crema de verduras, tortilla de patata y fruta.

 DESAYUNO: café o infusión con leche desnatada, pan integral con aceite de oliva y una pieza de fruta.

COMIDA: Lentejas estofadas con zanahoria, puerros, pimientos, patatas), pan integral, fruta.

MERIENDA: Un puñado de frutos secos (nueces, almendras, pistachos).

CENA: Sopa castellana, pescadilla en salsa verde y una pieza de fruta.

2.3 Aseo personal

- Siempre que sea posible, la persona afectada realizará su propia higiene.
- Es preferible la ducha a la bañera donde se pueden colocar sillas de plástico o asideros para evitar caídas.
- Si su familiar está encamado realice la higiene con esponjas y jabón neutro, prestando especial cuidado en lavar y secar bien pliegues de la piel para evitar la aparición de bacterias y hongos. Tenga especial cuidado con las zonas paralizadas.
- Aplique después una crema hidratante.
No utilice alcoholes (romero, colonias, etc.) directamente sobre la piel porque la resecan.
- Coloque barras o asideros para el uso del inodoro o el acceso al plato de ducha para que su familiar pueda agarrarse y evitar caídas.
- Mantenga una adecuada higiene bucal y dental después de cada comida.



2.4 El vestido y como vestirse

- Anime a su familiar a que se ponga por sí mismo el mayor nº de prendas posible.
- Se aconsejan prendas prácticas, cómodas, amplias para ponerlas con facilidad, y lo suficientemente ajustadas para no tropezarse con ellas.
- Como norma general, para vestirse se empieza por la extremidad afectada y desvestirse al revés.
- Se pueden buscar ayudas técnicas como abotonador, tirador de cremallera, calzador de calcetines, etc.

- Los zapatos mejor de suela antideslizante, con cierre de velcro y cerrados para que el pie esté bien sujeto.
- Utilice calzadores de mango largo.
- Si la persona no es autosuficiente o está encamada, siga los consejos de un profesional. Él le puede indicar cómo actuar.

2.5 Conducción

Las secuelas del ictus pueden interferir con las capacidades que se necesitan para conducir con seguridad. Además, es posible que su familiar consuma algún fármaco con efectos secundarios incompatibles con la conducción. Si desea conducir comuníquenselo a su médico y el les informará sobre cómo proceder.

2.6 Trabajo

La posibilidad o no de reincorporarse a la actividad laboral previa va a depender del tipo de trabajo y de las secuelas que presente.

A partir del alta médica se valorará la capacidad de incorporarse al puesto de trabajo.

Si se ha agotado la incapacidad laboral temporal y persisten las secuelas, se valorará la incapacidad laboral permanente.

2.7 Sexualidad

- ◆ Haber padecido un ictus no es un impedimento para mantener relaciones sexuales.
- ◆ Es recomendable esta actividad una vez la persona afectada está estable y en proceso de recuperación.
- ◆ A veces pueden presentarse dificultades relacionadas con: la medicación, las alteraciones de la movilidad, de la sensibilidad, del lenguaje, el miedo al rechazo, pérdida de la confianza y la autoestima etc.
- ◆ En el caso de presentar problemas se debe comprobar si existe una causa subyacente tratable (miedos, falta de libido o efectos secundarios de fármacos).
- ◆ La comunicación entre la pareja es clave para conocer los temores y preocupaciones y buscar los medios para superarlos.

3. ALTERACIONES MÁS FRECUENTES

3.1 Hemiparesia y hemiplejía

La hemiplejía es la pérdida total de fuerza muscular que afecta a la mitad del cuerpo. A veces el daño tiene lugar en una parte del cuerpo, cara, brazo o pierna. En los primeros días se produce una pérdida de tono muscular, pero después puede aumentar y dar lugar a la espasticidad de los miembros paréticos.

En la hemiparesia la pérdida de fuerza no es total lo que permite tener cierta movilidad. Gracias a la plasticidad del cerebro somos capaces de modificar hábitos y aprender cosas nuevas.

Es muy importante que potencie la autonomía de su familiar y le proporcione estímulos que mejoren su capacidad funcional, facilitándole así su inclusión en la vida diaria. La plasticidad nos permite aprender hasta el final de nuestra vida.



3.2 Disfagia

Es la dificultad para deglutir o tragar sólidos y/o líquidos, incluso la propia saliva.

Algunos de los signos que pueden aparecer en la disfagia:

- Tos y atragantamientos frecuentes.
- Babeo, dificultad para tragar la saliva.
- Restos de comida en la boca después de comer
- Carraspeo.
- Aumento del tiempo empleado para comer.
- Signos de desnutrición y deshidratación
- Infecciones respiratorias de repetición

3.2.1. Intervenciones en la disfagia

3.2.1.1. Hidratación

- ✓ Una persona con disfagia debe ingerir suficiente cantidad de líquidos para conseguir un buen estado de hidratación.

- ✓ La adaptación de la viscosidad de los líquidos es una intervención sencilla y muy eficaz ya que mejora la seguridad y minimiza las aspiraciones.
- ✓ La forma de administrar los líquidos de forma segura es mezclándolos con espesantes comerciales. Se dispone en el mercado de dos tipos: derivados del almidón y basados en gomas.
- ✓ El agua gelificada es una buena opción para mantenerse hidratado. Conserva su textura a temperatura ambiente y se disuelve en el estómago facilitando así su deglución. Está disponible con diversos sabores.
- ✓ Es aconsejable tener a mano alguna bebida espesada e ir tomándola en pequeñas cantidades a lo largo de todo el día.
- ✓ Puede probar bebidas a distintas temperaturas sin que sean extremas.



3.2.1.2. Manejo de la boca seca

Una de las causas que provoca la sequedad en la boca es la deshidratación. La boca seca puede resultar incómoda para muchas personas con disfagia.

Consejos para manejar una boca seca:

- ☆ Tome líquidos o bebidas no alcohólicas con las comidas (espesadas a la consistencia correcta).
- ☆ Evite beber alcohol y bebidas con cafeína, fumar cigarrillos y respirar por la boca.
- ☆ Beba líquidos durante todo el día.
- ☆ Puede usar productos especiales que funcionan como sustitutos salivales (consulte con su médico).
- ☆ Evite los alimentos crujientes picantes, secos, salados o duros como galletas.
- ☆ Ingiera alimentos suaves y cremosos como guisos y sopas.
- ☆ Humedezca los alimentos secos con caldo, aceite, o yogur.
- ☆ Cepíllese los dientes y las encías después de cada comida. Utilice pasta de dientes con flúor.
- ☆ Evite los alimentos pegajosos y azucarados.
- ☆ Use un humidificador, especialmente por la noche.

3.2.1.3 Rehabilitación neuromuscular

Dirigida a mejorar la fuerza, precisión y movilidad de los órganos comprometidos en la deglución como son los labios y la lengua.

3.2.1.4 Medidas posturales

- 🔥 Se adoptará una posición tanto del cuerpo como de la cabeza que facilite el acto de tragar.
- 🔥 Si está sentado en una silla, intentará mantener el tronco recto, las caderas y rodillas formando un ángulo de 90 grados y los pies en el suelo. La cabeza hacia delante con la barbilla ligeramente hacia abajo.
- 🔥 Si la persona está encamada, se la incorporará para comer entre 60 y 90º con la cabeza ligeramente inclinada hacia adelante. Después de cada comida, antes de tumbarse, es recomendable que permanezca incorporada durante 15 minutos para evitar posibles aspiraciones.

En el caso de tener que dar de comer a una persona con disfagia, se recomiendan estas pautas:

- Intente que se mantenga sentada con la espalda recta y la cabeza ligeramente inclinada hacia el pecho. Ayúdese con almohadas si no pudiera sostenerse por sí misma.
- Colóquese al mismo nivel o ligeramente por debajo de su nivel de los ojos. Si tiene un lado de la cara paralizado, coloque los alimentos en la parte no afectada de la boca.
- Tenga en cuenta cualquier déficit de su campo visual.



3.2.1.5 Técnicas de incremento sensorial

Proporcionan un estímulo previo al acto de la deglución. Algunas de estas son: utilizar sabores fuertes para estimular el reflejo deglutorio, modificar la temperatura con alimentos fríos o calientes, realizar presión con la cuchara sobre la lengua al introducir la comida, promover que su familiar se alimente por sí mismo para que el movimiento mano-boca proporcione un estímulo sensorial adicional, etc.

3.2.1.6 Modificación de la consistencia del alimento

- La textura y el volumen de los alimentos líquidos y/o sólidos deben adecuarse a la capacidad de deglución que presenta la persona de una manera segura y eficaz.
- El miedo a atragantarse puede hacer que disminuya la ingesta de alimentos y bebidas afectando negativamente en su estado de salud.
- El uso de espesante será de mucha utilidad para la adaptación de múltiples recetas a las texturas recomendadas pudiendo así seguir una dieta lo más atractiva y variada posible.
- Se evitarán mezclar consistencias en un solo bocado, por ejemplo: pera (sólido+líquido), sopa de fideos, yogures con frutas, etc.
- Los alimentos triturados tendrán una textura homogénea evitando grumos, pieles o semilla.

3.2.1.7 Control del entorno

- El lugar para comer debe ser tranquilo, bien iluminado, sin ruidos ni distracciones.
- Su familiar no debe hablar mientras come.
- Si necesita ayudarlo con indicaciones verbales, irán dirigidas a facilitarle el proceso de la ingesta.
- Modifique los utensilios de comida, si fuera necesario. Compensan o mitigan las limitaciones en el desarrollo del acto de comer (platos con fondo inclinado, vasos con dos asas, cubiertos angulados y con correa ajustable, etc.).

3.2.2. Tipo de texturas de los alimentos

- ◆ Líquidos finos: el agua, caldos, infusiones, café.
- ◆ Tipo néctar: similar al zumo de melocotón. La consistencia del alimento permite que pueda tomarse en taza.
- ◆ Tipo miel: muy parecida a un yogur líquido. Puede tomarse con cuchara o beber.
- ◆ Tipo puding: se asemeja a una crema, yogur o gelatina. Debe tomarse con cuchara.

Para conseguir modificaciones en la textura se utilizan espesantes comerciales.

Otras recomendaciones

- ✦ Evite usar pajitas y jeringas para ingerir bebidas.
- ✦ Asegúrese de que la boca esté vacía antes de administrar una nueva cucharada de alimento.
- ✦ Mantenga una correcta higiene e hidratación de la cavidad bucal.
- ✦ En el caso de utilizar prótesis dentales, que estén bien ajustadas.



3.2.3. Alimentos desaconsejables y difíciles de cocinar

Existen determinados alimentos que suponen un alto riesgo de atragantamiento en las personas con disfagia, por lo que deben evitarse, o en caso de utilizarse hacer uso de utensilios como coladores, mallas o picadoras para garantizar un alimento homogéneo libre de hebras, pepitas, pieles, semillas...

Tabla 2. Alimentos a evitar en la disfagia

| | |
|---|--|
| Dobles texturas | Mezclas de líquido y sólido: leche con galletas, sopas con pasta/arroz, purés con carne o pescado, cereales con leche o muesli, yogures con trozos |
| Pastosos | Bollería, Chocolate, Miel, Caramelos masticables, Plátano, Pan de molde |
| Resbaladizos (se dispersan en la boca) | Guisantes, Habas, Arroz, Lentejas, Garbanzos, Pasta |
| Que desprenden líquido al morderse | Sandía, Melón, Mandarina, Naranja, Pera de agua |
| Crujientes, secos o duros | Pan de cereales, Tostadas, Biscotes, Frutos secos |
| Alimentos que pueden fundirse en la boca | Helados o gelatinas de baja estabilidad |
| Con pieles o semillas | Mandarinas, Uvas, Fresas, Tomates |
| Se desmenuzan al masticarlos | Carne picada, Galletas, Biscotes, Patatas chips |
| Fibrosos | Piña, Lechuga, Espárragos, Apio |

Fuente: Alimentos con texturas de riesgo en pacientes con disfagia. Adaptado de González Alted C. (2017)

Cuando se cocinan los alimentos, se mezclan grasas, proteínas, carbohidratos, etc., los nutrientes interactúan produciéndose texturas diferentes, que en muchos casos ponen en riesgo la seguridad de una alimentación por vía oral segura.

Recomendaciones para cocinar los alimentos evitando la diferencia de texturas.

Arroz y pasta

Problema: Se queda con textura pegajosa incluso cociéndolo mucho.

¿Qué podemos hacer?

- ♦ Lavar bien el arroz antes de cocerlo.
- ♦ Añadir suficiente cantidad de agua durante la cocción.
- ♦ Cocer hasta que esté en su punto y deja reposar.
- ♦ Lavar bien una vez cocido.
- ♦ Evitar mezclar en el mismo líquido donde fue cocido.
- ♦ Añadir aceite de oliva ayuda a conseguir una mejor textura y evitar que sea muy pegajoso.

Carne y pescado

Problema: La mezcla no es suficientemente homogénea y suelen quedar fibras musculares.

¿Qué podemos hacer?

- ♦ Escoger siempre las partes más blandas y tiernas.
- ♦ No prolongar demasiado tiempo de cocción para evitar que se seque.
- ♦ Cortar en trozos pequeños antes de mezclar.
- ♦ Usar el mismo líquido de cocción para hacer la mezcla.
- ♦ Añadir patata cocida.
- ♦ Si la mezcla queda muy seca, añadir aceite de oliva y volver a mezclar.
- ♦ Usar una máquina potente para la mezcla.

Frutos secos

Problema: No se puede mezclar con el resto de los ingredientes de la preparación.

¿Qué podemos hacer?

- ♦ Triturar antes de añadir a la mezcla con una máquina potente
- ♦ Una vez mezclado, filtrarlo.
- ♦ Usar una máquina potente para triturar.

Garbanzos

Problema: Se quedan trozos de piel del garbanzo suelto.

¿Qué podemos hacer?

- ♦ Cocer más tiempo los garbanzos.
- ♦ Hacer la mezcla cuando sigan estando calientes.
- ♦ Usar una máquina potente de mezcla.
- ♦ Añadir aceite de oliva para ayudar a emulsionar.

Huevos

Problema: Si el huevo coagula o pierde su efecto emulsionante.

¿Qué podemos hacer?

- ♦ Cocer el huevo directamente con el resto de los ingredientes de la elaboración.
- ♦ Cocinarlo suficientemente para evitar el sabor a huevo crudo en la mezcla.
- ♦ Añadir patata cocida o aceite a la elaboración a base de huevo.

Patata

Problema: La mezcla resultante no es lo suficientemente suave.

¿Qué podemos hacer?

- ♦ Asegurarse que la patata está completamente cocida.
- ♦ Mezclar en el mismo líquido donde fue cocida.
- ♦ Añadir un poco de leche y aceite de oliva.

Pan, cereales

Problema: La mezcla no es suficientemente homogénea y se perciben grumos.

¿Qué podemos hacer?

- ♦ Cortar en trozos pequeños antes de mezclar.
- ♦ Evitar ingredientes muy secos. En este caso humedecer en algún líquido durante 15 minutos antes de mezclar.
- ♦ Añadir un poco de leche.

Verduras y frutas

Problema: Se separan en dos fases (agua y fibras).

¿Qué podemos hacer?

- ♦ Para asegurar una mezcla homogénea, combinar diferentes tipos de vegetales (carnosos y con hojas).
- ♦ Si van a ser consumidos crudos, colarlos y añadir espesante para evitar la separación en fases y conseguir una mezcla segura.
- ♦ Mezclarlo con aceite de oliva (verdura).
- ♦ Mezclarlo con leche o yogurt (fruta).

3.2.4. Recetario de cocina

Esta sección pretende servir de orientación y apoyo a la hora de planificar la alimentación de una persona con disfagia. Es una ayuda a la hora de preparar las 5 o 6 comidas del día. Se pretende que las personas con disfagia sigan disfrutando del placer de comer y lo hagan de un modo saludable y seguro.

En nuestra cultura, la alimentación va más allá de la necesidad fisiológica de nutrirse, de sumar calorías, grasas, proteínas, etc. Es un ritual cargado de sentido, crea vínculos, nos mantiene socialmente activos, por eso, no hay que renunciar a que satisfacer esta necesidad sea agradable.

Estas recetas no sustituyen las recomendaciones del médico o del dietista-nutricionista a la hora de elaborar los menús semanales.

Puré de patatas

Ingredientes

- 200 gramos de patata.
- 250 ml leche.
- Aceite.
- Pimienta, sal, nuez moscada.



Preparación

Hervir las patatas, machacarlas o pasarlas por pasapuré y añadir el resto de los ingredientes (ir añadiendo leche hasta la textura deseada puré o crema).

Puré rápido de verduras

Ingredientes

- ◆ 200 g de calabacín.
- ◆ 120 g de zanahoria.
- ◆ 50 g de nabo.
- ◆ 220 g de agua.
- ◆ 2 c/s de aceite de oliva virgen.
- ◆ Una pizca de curri en polvo.
- ◆ Sal y pimienta.



Preparación

1. Lavar el calabacín. Pelar el nabo y la zanahoria.
2. Cortarlos en daditos.
3. Poner la verdura en un recipiente apto para cocer al microondas y añadir cuatro cucharadas de agua y una de aceite.
4. Tapar y cocer a máxima potencia durante ocho o nueve minutos hasta que la verdura esté tierna.
5. Sacar el recipiente del microondas, poner las verduras en un recipiente alto con el jugo que habrán soltado y una cucharada de aceite. Triturarlo todo hasta obtener un puré.
6. Poner al punto de sal, pimienta y curri.
7. Servir caliente con el resto de aceite por encima.
9. Podemos pasarlo por el chino para tener una crema suave y limpia.

Crema de aguacate

Ingredientes:

- ✦ 1 aguacate mediano.
- ✦ 1/4 de cebolla.
- ✦ 3 cucharadas soperas de nata baja en grasa.
- ✦ 1 cucharada soperas de aceite de oliva virgen extra.



Preparación

1. Pelar y cortar la cebolla en tiras pequeñas.
2. Pochar la cebolla cortada con una cucharada de aceite.
3. Pelar el aguacate y quitarle la semilla.
4. Añadir todos los ingredientes en un vaso de batidora y triturar.

Crema de verduras

Ingredientes

- ♦ 2 calabacines pequeños.
- ♦ 1 cebolla.
- ♦ 5 tomates maduros medianos.
- ♦ 2 pimientos verdes.
- ♦ 1 rama de apio.
- ♦ Caldo de verduras.
- ♦ Aceite de oliva virgen extra.



Preparación

1. Rehogar en una sartén la cebolla, el apio y el pimiento con el aceite.
2. Se pasan a la olla con los demás ingredientes y se dejan cocinar hasta que las verduras estén tiernas.
3. Triturar todas las verduras que hay en la olla (si le gusta puede añadirle queso en polvo o rayado).

Pollo con tomate y pimientos

Ingredientes

- ✓ 100 g de pechuga
- ✓ de pollo sin hueso.
- ✓ 200 g de tomate triturado.
- ✓ 30 g de cebolla.
- ✓ 30 g de pimiento
- ✓ verde.
- ✓ 2 patatas pequeñas para asar en microondas.
- ✓ Aceite de oliva virgen extra.



Preparación

1. Trocear el pollo y los pimientos, sazonar y freír; una vez fritos, sacarlos de la sartén y poner en una fuente con papel absorbente.
2. Picar la cebolla y pocharla con 2 cucharadas soperas de aceite de la fritura anterior.
3. Una vez pochada, añadir el tomate y freír.
4. A media fritura del tomate, añadir el pollo con pimientos y terminar la cocción.
5. Triturar junto con las 2 patatas pequeñas.

Batido de mandarina

Ingredientes

- ♦ 1 yogur.
- ♦ 150 ml. de leche semidesnatada.
- ♦ 2 mandarinas.



Preparación

Pelar las mandarinas, añadir el resto de los ingredientes y triturar.

Batido de yogur y galletas

Ingredientes

- 1 yogur.
- 150 ml. de leche semidesnatada.
- 3 galletas.
- 2 albaricoques secos (u otras frutas secas).



Preparación

Añadir todos los ingredientes en un vaso de batidora y triturar.

Batido de frutas

Ingredientes

- 1 kiwi pequeño pelado.
- 1 manzana pequeña sin la piel.
- zumo de una naranja.
- 3 galletas.
- 2 nueces (u otros frutos secos).



Preparación

Añadir todos los ingredientes en un vaso de batidora y triturar.

Batido de yogur y pera

Ingredientes

- 200 g de pera (1 pera media-grande)
- 1 yogur natural
- 20 g de nueces (4-5 nueces)
- 75 ml de leche (7-8 cucharadas soperas).



Preparación

Añadir en un recipiente todos los ingredientes, triturar. Puede añadirse edulcorante.

3.3 Del lenguaje: afasia y disartria

Afasia

Es un trastorno en zonas del cerebro que controlan el lenguaje, afectando a la comprensión y/o expresión oral o escrito y que suele acompañarse de la pérdida de la capacidad de leer (alexia) o escribir (agrafia).

¿Cómo se manifiesta?

- ☆ Empleo de frases cortas sin orden gramatical.
- ☆ Hablar con palabras irreconocibles.
- ☆ Incomprensión de una conversación.
- ☆ Escribir frases sin sentido.

La afasia puede ser transitoria o temporal que dura unas horas o días o definitiva.

Consejos para comunicarse con una persona con afasia

- Limite las distracciones y el ruido de fondo, como la televisión, la radio u otras personas hablando a la vez.
- Hable con ella en lenguaje de adultos. No como si fueran niños.
- No finja entenderla si no la comprende.
- Hable en un volumen de voz normal, no grite
- Establezca contacto visual cuando le hable.
- Utilice frases cortas y sencillas que puede acompañar de gestos y ayudas visuales (dibujos, mapas).
- Formule las preguntas de forma que pueda contestar con un "sí" o "no".
- Dele tiempo para que la persona entienda y responda.
- Cuando de instrucciones emplee mensajes cortos y simples.
- Puede estimular a la persona con afasia a usar otras maneras de comunicación, como:
 - señalar, gestos con las manos, dibujos.
- Antes de intentar comunicarse, asegúrese que le está prestando atención.
- Trate siempre de que se involucre en las conversaciones.
- Confirme que le ha entendido.
- No la presione demasiado a entender, ya que esto puede causar más frustración.
- No se anticipe a sus frases ni hable en su lugar, a menos que se lo pida.
- Evite señalar todos los errores y no le corrija constantemente.

- Al dejar a una persona con problemas del lenguaje sola, asegúrese de que porte una tarjeta de identificación que tenga información sobre cómo contactar con miembros de la familia o cuidadores.
- Trate de que sea lo más independiente posible.

Disartria

Alteración motora que se caracteriza por la debilidad, lentitud de movimientos y/o falta de coordinación de los músculos que intervienen en el habla. Existe una dificultad para expresar ciertos sonidos o palabras. A diferencia de la afasia, que es un trastorno del lenguaje, la disartria es un problema de articulación del habla. Puede ir asociada a trastornos de masticación y/o deglución.

Consejos para mejorar la comunicación con una persona con disartria

- La disartria no tiene por qué afectar también a las capacidades cognitivas (atención, memoria, comprensión, etc.). A veces aparece conjuntamente.
- Asignar más tiempo en la conversación.
- Darle tiempo para expresarse, puede exigirle un gran esfuerzo.
- Animarle a que descanse entre frases
- Repetir lo que está diciendo para asegurarse que se ha comprendido el mensaje.
- Revisar si son adecuadas para ella las formas de ayuda, por ejemplo, tender a terminar sus frases.
- Colocarse cara a cara, mirando sus labios, para que sea más fácil entenderla.
- Evitar levantar el tono de voz a no ser que tenga un problema de audición.
- Prestar atención a los gestos y expresiones faciales
- Hacer las preguntas de una en una.
- Evitar ruidos ambientales.
- Tener una alternativa de comunicación disponible como lápiz, papel o pizarras.

3.4 Cognitivas

Entre las alteraciones cognitivas más frecuentes tras un ictus, podemos encontrar:

3.4.1 Desorientación

La persona puede presentar dificultades de orientación tanto a nivel personal, espacial y/o temporal.

Algunas recomendaciones para ayudar a lograr y afianzar la orientación son:

- 🔥 Despertarle diciendo el día de la semana, el mes, el día del mes, la estación y el año actual.

- 🔥 Decirle sus datos personales, así como el nombre de las personas que están junto a ella.
- 🔥 Redactar una breve biografía de su historia personal, sus gustos, aficiones...
- 🔥 Recordarle dónde se encuentra.
- 🔥 Colocar calendarios y relojes visibles en las habitaciones de la casa.
- 🔥 Realizar las actividades de la vida diaria de forma estructurada, organizada y con horarios fijos.
- 🔥 Conversar sobre aspectos relacionados con el tiempo y los acontecimientos anuales tradicionales.

3.4.2 Pérdida de la atención

Las dificultades de atención más frecuentes son:

- a) Variaciones en la concentración según el momento del día.
- b) Incapacidad para prestar atención a una tarea y solo a esa, obviando lo que sucede a su alrededor y no es relevante para esta.
- c) Dificultad para pasar de una tarea a otra
- d) Dificultad para prestar atención a dos tareas simultáneamente por no poder compartir el foco de atención entre varios estímulos.

Consejos que pueden ayudar a las personas con problemas de atención

- ✦ Eliminar distractores (radio, TV, etc.)
- ✦ Programar descansos regulares durante la realización de una actividad y al finalizar esta.
- ✦ Simplificar las instrucciones. Dar mensajes breves, claros y sencillos.
- ✦ Realizar actividades sencillas de tipo manipulativo (puzles)
- ✦ Graduar el tipo de actividad según el momento del día en el que la persona está menos fatigada.
- ✦ Dar el tiempo suficiente para la realización de las tareas.

3.4.3 Problemas de memoria

La memoria es la capacidad para almacenar información y recuperarla cuando la necesitamos. Hay muchos 'almacenes' de memoria diferentes, localizados en estructuras cerebrales distintas, de ahí que puedan verse afectados de modo desigual.

Las dificultades de memoria más frecuentes son: guardar información adquirida hace poco tiempo, problemas para aprender cosas nuevas, recordar nombres de personas conocidas, hechos o actividades recientes u ocurridos días antes, recordar el orden de cómo han pasado algunos hechos, etc.

Consejos que pueden ayudar a las personas con problemas de memoria

- Darle un carácter lúdico, de juego, en la medida de lo posible, a nuestro apoyo.
- Acompañar con imágenes visuales la información verbal.
- Explicar lo que se va a hacer, sin dar por supuesto que la persona recuerda cosas que se han dicho o hecho antes.
- Repita las cosas las veces que sea necesario.
- Presentar la información nueva en etapas o fases.
- Usar ayudas de memoria como cuadernos de notas, notas escritas y listas.
- Repasar con nuestro familiar las cosas que ha hecho durante el día.
- Utilizar los juegos de mesa y naipes.
- Jugar a recordar, en lapsos de uno o dos minutos, clases de palabras (por ejemplo, animales, películas, ciudades, que comiencen con “a”, “j”, etc.), y contarlas.
- Describir objetos o escenas que mejoren la capacidad de observación.

3.5 Conductuales y emocionales

Tras una lesión cerebral es frecuente que la persona afectada muestre cambios de personalidad en mayor o menor medida y/o alteraciones en su conducta tales como: irritabilidad, agresividad, euforia, desinhibición, infantilismo, apatía, falta de iniciativa y de espontaneidad. En ocasiones, hay una disminución de las habilidades sociales, esto es, dificultad para comprender qué piensan y sienten los demás, muestra escasa empatía, falta de capacidad crítica, etc.

Además, se suelen presentar alteraciones emocionales como la ansiedad, depresión, frustración, tristeza, labilidad emocional (llanto o risa desmesurados sin relación con el estado anímico), etc., debido tanto a la propia enfermedad como a la reacción por la pérdida de capacidades.

Consejos que pueden ayudar a las personas con problemas conductuales y emocionales

- Puede ser útil el entrenamiento en técnicas de relajación.
- Potencie su autoestima y muestre confianza en sus capacidades.
- Intente que tome conciencia de sus limitaciones con sensibilidad.
- Evite la sobre-estimulación.
- Ofrezca a su familiar un ambiente organizado y estructurado.
- Intente mantener unas rutinas horarias y secuenciales.
- Ante episodios de agresividad, protéjase y proteja a su familiar. No intente razonar. Disminuya su tono de voz y la velocidad de sus movimientos.
- Ante episodios de desinhibición, no le ridiculice. Muestre desaprobación de forma no verbal. Refuerce positivamente a su familiar cuando sea capaz de controlar su conducta. Dele alternativas de comportamiento más adecuadas.

4. PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN LA RECUPERACIÓN NEUROLÓGICA

La diversidad de los profesionales que se necesitan para la adecuada rehabilitación de las personas con Daño Cerebral Adquirido (DCA) a causa de un ictus se debe a la variedad de problemas que suelen acompañar a este tipo de lesiones.

Lo más pronto posible ha de comenzar la rehabilitación funcional y cognitiva, cuyo objetivo es desarrollar el máximo nivel de autonomía física, recuperación cognitiva y emocional, favoreciendo en la medida de lo posible la independencia para las actividades de la vida diaria. De ello se ocupan los médicos rehabilitadores, neuropsicólogos, fisioterapeutas, logopedas y terapeutas ocupacionales.

Además, es necesaria la inclusión y el regreso a las actividades educativas, laborales u ocupacionales, de ocio, a la consecución de diferentes prestaciones sociales, etc. y para esto se precisan trabajadores sociales, pedagogos, maestros, técnicos de inserción laboral, monitores de tiempo libre...

El objetivo de la actuación del **médico rehabilitador** es facilitar, mantener o devolver la máxima capacidad funcional a la persona con discapacidad tras el ictus. Después de realizar la valoración, llegará a un diagnóstico tanto médico como funcional, estableciendo un plan de tratamiento integral que conllevará la actuación de múltiples profesionales: fisioterapeutas, psicólogos clínicos, neuropsicólogos, terapeutas ocupacionales, logopedas, etc.).

La actuación del **fisioterapeuta** va encaminada a la restauración de las funciones que se han visto alteradas (por ejemplo, la marcha, ponerse de pie), prevención de las posibles complicaciones y las incapacidades secundarias (por ejemplo, atrofia muscular, infecciones respiratorias por un mal patrón respiratorio) y mantenimiento de niveles óptimos de función.

La meta principal del **terapeuta ocupacional** es ayudar a la persona con DCA a alcanzar su máximo nivel de independencia durante las actividades de la vida diaria (básicas, instrumentales y avanzadas). Interviene facilitando el funcionamiento motor aumentando la fuerza muscular y el nivel de energía física, desarrollando las capacidades mentales que han podido verse afectadas (memoria, atención, concentración...) y proporcionando métodos que las compensen. Recomiendan instrumentos de asistencia (ganchos para vestirse, lazos elásticos para los zapatos, et.), o modificaciones en la forma en que las actividades se realizan.

El neuropsicólogo valora la capacidad de funcionamiento intelectual y cognitivo de la persona con DCA, e identifica cambios en la personalidad y el comportamiento emocional. Evalúa también la capacidad para la reincorporación laboral.

El logopeda es el profesional responsable de la prevención, asesoramiento, evaluación, tratamiento y manejo de la comunicación humana y los trastornos asociados.

Para ello, se centra en la rehabilitación de la función perdida, en la adaptación de nuevos sistemas alternativos de comunicación o en ambas a la vez. También trabaja las alteraciones deglutorias, como las parálisis faciales y la disfagia neurológica.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Preguntas y respuestas sobre el ictus. Escuela de cuidados Dirección General de Planificación Sanitaria. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. 2018.

https://www.astursalud.es/documents/31867/0/GUIA_Preguntas+y+respuestas+sobre+el+ICTUS.pdf/ea0f6d3d-2ce8-0a3d-b0e0-2533b3536af4

2. Guía de familias. FEDACE 2019. file:///C:/Users/E09261~1/AppData/Local/Temp/14-13-20-36.admin.FEDACE_GuiadeFamilias_2019.pdf

3. Cuidados del paciente tras el ictus. Servicio de Neurología Hospital Universitario de Cabueñes, 2018.

4. Guía de cuidados para pacientes con ICTUS y personas cuidadoras. Servicio de Neurología de la OSI Araba, 2018.

<http://www.osiaraba.eus/infopacientes/documentos/servicios/neurologia/hojasinfo/cas/Gu%C3%ADa%20de%20cuidados%20para%20pacientes%20con%20ICTUS%20y%20personas%20cuidadoras.pdf>

5. Rehabilitación tras un ictus. Una guía para pacientes, cuidadores y familias. Gobierno de Cantabria, 2014.

6. Rehabilitación del/ la paciente hemipléjico/a. Servicio de Rehabilitación del Hospital Dr. Peset. Valencia. Mod. por Manuel Francisco Matamala García. Semergen Grupo Ictus, 2007.

<https://www.almediam.es/PDF/hemiplejia%20rehabilitacion.pdf>

7. Gutiérrez Fonseca R., Blázquez Peccis C. Recomendaciones para personas con problemas de deglución. Fundación Jiménez Díaz. 2019.

https://www.fjd.es/es/carteraservicios/otorrinolaringologia/unidades.ficheros/30643-MANUAL_DISFAGIA.pdf

8. González Alted C., Casado Romo M P. Guía de nutrición de personas con disfagia. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2017.

9. Álvarez Hernández J. Disfagia orofaríngea: soluciones multidisciplinarias. Con 36 recetas elaboradas en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Grupo Aula Médica, S. L.,2018.

10. Guía de alimentación para afectados de ELA y recetas para personas con dificultades en la deglución. Fundación Francisco Luzón Madrid 2017.

DIRECCIONES WEB DE INTERÉS

1. Asociación Ictus de Asturias y Otras Lesiones Cerebrales Adquiridas
www.asicas.org

2. Federación Española de Ictus
<https://ictusfederacion.es/>

3. Freno al ictus
<https://www.frenoalictus.org/>

4. Federación Española de daño Cerebral
<https://fedace.org/>

5. Federación de asociaciones de anticoagulados
<https://anticoagulados.info>

6. Colección de vídeos educativos sobre el cuidado de los pacientes con ictus de Osakidetza.

<https://www.youtube.com/watch?v=2BNyOCKV6d0>

7. El rincón del cuidador
<https://www.elrincondelcuidador.es/>

