

Universidad de Zaragoza

Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2016 / 2017

TRABAJO FIN DE GRADO

"Programa de educación para la salud para la prevención secundaria y cuidados de un paciente que ha sufrido un ictus"

"Health education program for the secondary prevention and care of a patient who has suffered a stroke"

Autor: Antonio Guerrero Alonso

Tutora: María Teresa Fernández Rodrigo

ÍNDICE

1. RESUMEN	2 - 3
2. INTRODUCCIÓN	4 - 6
3. OBJETIVOS	7
4. METODOLOGÍA	8 - 9
5. DESARROLLO	10 - 21
6. CONCLUSIÓN	22
7. BIBLIOGRAFÍA	23 - 26
8. ANEXOS	27 - 40

RESUMEN

Introducción:

El ictus representa una de las primeras causas de muerte en los países desarrollados, siendo a su vez principal causa de discapacidad física en adultos.

Dado a que la población es cada vez más envejecida, se tiene un desconocimiento de la enfermedad y no se lleva un control de los factores de riesgo que pueden ocasionar un ictus, la incidencia y el número de casos que se dan a nivel mundial cada vez es mayor. Por ello, es necesario concienciar a esta población para modificar sus estilos de vida por otros más saludables.

Objetivos:

Elaborar un programa de educación para la salud para la prevención secundaria y cuidados a pacientes que han sufrido un ictus. Llevando a cabo medidas preventivas para el cambio de los estilos de vida mediante el régimen alimenticio y el ejercicio físico, e instruyendo sobre los factores de riesgo más relevantes.

Metodología:

- Realización de una revisión bibliográfica.
- Diseño de un programa de educación sobre la prevención secundaria y cuidados dirigido a pacientes que han sufrido un ictus y sus cuidadores principales, con la finalidad de modificar los factores de riesgo y estilos de vida.

Conclusión:

La creación de programas de educación para la salud dirigidos a aquellos pacientes que han sufrido un ictus, les ayudará a concienciarse sobre la enfermedad, identificar los factores de riesgos más relevantes y síntomas de alarma y con ello mejorar sus estilos de vida y prevenir la aparición de un nuevo episodio.

Palabras clave:

“Ictus”, “stroke”, “prevención secundaria”, “factores de riesgo cardiovascular”, “accidente cerebrovascular”, “epidemiología”.

ABSTRACT

Introduction:

Stroke is one of the leading causes of death in developed countries, being the main cause of physical disability in adults.

As the population is becoming more and more old, there is a lack of awareness of the disease and there is no control of the risk factors that can cause a stroke, incidence and number of cases occurring worldwide is older. Therefore, it is necessary to raise awareness to modify their lifestyles for healthier ones.

Objectives:

To present a health education program for secondary prevention and care for patients who have suffered a stroke. Carrying out preventive measures for the change of the lifestyles through the diet and the physical exercise, and instructing on the most relevant risk factors.

Methodology:

- Performing a literature review.
- Design of an educational program on secondary prevention and care for patients who have suffered a stroke and their main caregivers, in order to modify risk factors and lifestyles.

Conclusions:

The creation of health education programs aimed at those patients who have suffered a stroke, will help them to become aware of the disease, identify the most relevant risk factors and alarm symptoms and there by improve their lifestyles and prevent the onset of a new episode.

Keywords:

"Stroke", "secondary prevention", "cardiovascular risk factors", "epidemiology".

INTRODUCCIÓN

Denominamos "ictus" o "accidente cerebrovascular" al trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que puede alterar, ya sea de manera permanente o transitoria, la función de una determinada región del encéfalo, debido a que un vaso sanguíneo ha sufrido una rotura o se ha bloqueado por un coágulo (1,2). Según la naturaleza de la lesión encefálica podemos diferenciar los dos tipos de ictus que existen. Por un lado, el ictus isquémico, dándose en un 85% de los casos, que se manifiesta por el insuficiente aporte de sangre y oxígeno a una determinada zona del parénquima encefálico siendo el infarto cerebral su consecuencia final. Y por otro lado, el ictus hemorrágico, el cual es menos frecuente pero su mortalidad es considerablemente mayor (15% restante), presentado a su vez secuelas menos graves (ANEXO I) (3,4).

Aunque por su forma de presentación (súbita e inesperada) pueda parecer que el ictus es una enfermedad imprevisible, en realidad no es así. Esta enfermedad se presenta como resultado de una serie de diferentes estilos de vida y circunstancias poco saludables, los llamados factores de riesgo.

Dependiendo de si alguna intervención médica o modificación del estilo de vida puede llegar a rectificar estos factores de riesgo y, por tanto, disminuirlos, podemos clasificarlos en modificables y no modificables.

Tabla 1. Factores de riesgo modificables y no modificables.

Factores de riesgo no modificables	Factores de riesgo modificables
<ul style="list-style-type: none">- Edad (mayor riesgo a partir de los 60 años)- Sexo (mayor mortalidad en mujeres, pero más frecuente en hombres)- Raza/Etnia- Factores genéticos y hereditarios- Geografía- Estación y clima	<ul style="list-style-type: none">- Hipertensión arterial- Tabaquismo y alcoholismo- Fibrilación auricular y otras cardiopatías- Diabetes Mellitus- Dislipemia- Dieta pobre e inadecuada- Inactividad física- Obesidad y distribución de la grasa corporal

A día de hoy, es primordial la modificación de los principales factores de riesgo “tratables”, para conseguir una adecuada prevención y evitar un episodio de ictus.

El paciente hipertenso, tendrá 4 veces más posibilidades de sufrir esta enfermedad que otra persona, por lo que es aconsejable mantener unas cifras de presión arterial de 135/85 mm de Hg.

Las cardiopatías, en concreto, la fibrilación auricular (FA) representa otro de los factores de riesgo importantes dentro de este grupo, la cual constituye como mínimo la causa del 15% de todos los ictus y un factor que aumenta el riesgo de sufrirlo de un 4 a 12%.

El tabaco, el alcohol, la diabetes, la vida sedentaria y la dislipemia, entre otros, también entrarían en el grupo de los factores de riesgo modificables (ANEXO II) (4,5,17).

En España, el ictus es una enfermedad heterogénea tanto por su clínica como por su etiopatogenia, por tanto, esto dificulta la obtención de datos epidemiológicos fiables. Según datos proporcionados por la OMS, el ictus es responsable de 1 de cada 10 muertes, dándose cada año alrededor de 15 millones de casos a nivel mundial, representando la tercera causa de muerte en el mundo occidental, la primera causa de discapacidad física, donde un tercio de los pacientes dependerán de un cuidador, alterando los hábitos de vida de ambos, y la segunda causa de demencia tras el Alzheimer, pudiendo causar a su vez una fuerte depresión.

La incidencia global en la población española no es precisa, pero se estima que se dan 120-350 casos por 100.000 habitantes/año, de las cuales el 60% fallece o quedan con alguna discapacidad. Por otro lado, en la población urbana mayor de 65 años se calcula una prevalencia en torno al 7%, y multiplicando por 10 las tasas en las personas mayores de 75 años. El envejecimiento de la población, la mayor esperanza de vida y otros cambios sociodemográficos son la causa de que esta enfermedad vaya aumentando progresivamente en España. (ANEXO III) (5-9).

Por otro lado, el ictus supone una situación de urgencia que requiere una atención y diagnóstico neurológico precoz, por lo que el tiempo es un factor esencial para el tratamiento de sus causas siendo posible aminorar las secuelas dentro de un intervalo temporal, llamado ventana terapéutica. Teniendo en cuenta este factor, se estima que por cada hora que pasa tras haber sufrido un ictus, sería equivalente a un envejecimiento de cerebral de cuatro años.

Esta situación requiere de atención preferente en unidades de ictus, aunque solo un 48% de las provincias españolas disponen de Unidades de Ictus. Cantabria, Asturias y Navarra son las únicas Comunidades Autónomas que cumplen con el objetivo de tener una cama de Unidad de Ictus por cada 100.000 habitantes (10-13).

El “Código Ictus” es un procedimiento de actuación basado en el reconocimiento precoz de los síntomas y signos de un accidente cerebrovascular (ACV), con la priorización de cuidados y el traslado urgente a un hospital dotado de una Unidad de Ictus (UI). Para una activación precoz de este código es necesario el conocimiento de sus principales síntomas: pérdida de fuerza y sensibilidad en la mitad del cuerpo (cara, brazo y/o pierna), dificultad para hablar o comprender, repentina alteración del habla, confusión o desorientación de comienzo agudo, pérdida brusca de visión en uno o ambos ojos (14).

A la hora de decidir si aplicar o no una intervención preventiva los profesionales del ámbito sanitario utilizan una serie de tablas para valorar el riesgo cardiovascular tales como Framingham, Registre Gironi del Cor (REGICOR) y Systematics Coronary Risk Evaluation (SCORE).

El mantenimiento de unos hábitos de vida adecuados harán que se evite o se reduzca la posibilidad de aparición de esta enfermedad, por ello la prevención de ictus se muestra como una estrategia fundamental para reducir su incidencia. La creación de programas de salud donde se imparten conocimientos sobre el ictus, la actuación frente a un episodio y reconocimiento de síntomas, así como el inicio de intervenciones que reduzcan sus factores de riesgo podrán llegar a salvar más vidas que cualquier otro fármaco disponible (15,16).

OBJETIVOS

Objetivo principal:

- ✚ Realizar un programa de educación sanitaria desde atención primaria, para la prevención secundaria y cuidados de un paciente que ha sufrido un ictus.

Objetivos específicos:

- ✚ Instruir sobre los factores de riesgo y los signos o síntomas de alarma para una rápida intervención ante un nuevo episodio de ictus.
- ✚ Proporcionar medidas preventivas de complicaciones secundarias al ictus relacionadas con el régimen dietético y el ejercicio físico.

METODOLOGÍA

Para la actualización del tema se revisó la evidencia científica mediante la revisión bibliográfica utilizando bases de datos como Google Académico, ScienceDirect, Dialnet y Pubmed, que se refleja en la siguiente tabla:

BASE DE DATOS	PALABRAS CLAVE	LIMITACIONES	NÚMERO DE ARTÍCULOS ENCONTRADOS	NÚMERO DE ARTÍCULOS LEIDOS	NÚMERO DE ARTÍCULOS UTILIZADOS
Pubmed	Ventana terapéutica ictus	Después 2014	3	1	1
ScienceDirect	Calidad de vida, ictus, stroke	Después 2013	132	6	2
Google Académico	Iberictus, prevención	Después 2008	197	5	2
Pubmed	Enfermedad vascular Zaragoza	Después 2014	5	1	1
Dialnet	Ictus	Después 2016	124	3	1
Google Académico	Plan de cuidados ictus, stroke, ACV	2012 – 2017	229	5	1
ScienceDirect	Factores de riesgo cardiovascular, ictus	2011 y 2016	210	8	2

También se consultan varias páginas web: www.who.int (Derrame cerebral, accidente cerebro vascular); www.ictussen.org ("El ictus: ¿Qué es, por qué ocurre y cómo se trata?" Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN (GEECV)); www.msc.es (Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud, 2008); www.sen.es (nota de prensa del 27 de Octubre de 2011).

A su vez, se utilizaron guías de práctica clínica. La primera para el manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria, y la segunda sobre la prevención primaria y secundaria del Ictus.

Para completar la búsqueda bibliográfica obtuve información de varios libros proporcionados por la facultad de Ciencias de la Salud y facultad de Medicina.

Finalmente con los documentos obtenidos para este trabajo he realizado una lectura, una revisión exhaustiva y un análisis para la organizar la información según los objetivos planteados en nuestro programa de educación para la salud y registrar aquellas intervenciones que según la evidencia científica son de mayor efectividad.

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Diagnóstico de la situación

Inicialmente el programa de educación para la salud se desarrollará en un centro de salud para ver los resultados y modificaciones que puede tener el mismo. Una vez valorado correctamente para poder llevarse a cabo, se implantará en los 24 Centros de Atención Primaria que dispone la ciudad de Zaragoza. Contaremos con la colaboración de la Asociación AIDA (Asociación de Ictus en Aragón), siendo un lugar de encuentro para aquellas personas que han sufrido un ictus así como sus familiares, cuidadores y profesionales sanitarios que tengan relación con las mismas. La principal función de esta asociación es la de prevenir y rehabilitar a los pacientes con ictus en la Comunidad de Aragón. Esta asociación colaborará con los centros de salud aportando información y recursos para poder llevarse a cabo el programa.

Se estima que en Aragón se producen más de 8 ictus diarios, siendo una cifra muy elevada y por lo tanto teniendo la posibilidad de abarcar una gran población para el programa (18).

Población diana

La población diana a la que se va a dirigir el programa de Educación para la Salud será a pacientes hombres y mujeres mayores de 45 años, los cuales han sufrido un ictus. También se dirigirá a familiares o cuidadores principales de estos pacientes, ya que participarán en las sesiones junto con el paciente. Hay que tener en cuenta que cada paciente tendrá unas características distintas en cuanto a las secuelas de la enfermedad, por lo tanto, la figura del cuidador principal en el programa de salud será muy importante a la hora de llevar a cabo las diferentes sesiones que se van impartir, pero sin olvidar de reforzar el “cuidarse de sí mismo”, dirigido a cada cuidador para afrontar la nueva situación (20).

Captación

La captación de estos pacientes se realizará por parte de los médicos y enfermeras de cada centro de salud. Se utilizará el programa informativo OMI-AP para observar a los pacientes de ese rango de edad los cuales han sufrido algún accidente cerebrovascular, se resaltará a ese paciente y se le informará sobre el programa en el momento que acuda a la consulta. Del mismo modo se le incentivará para que acuda al mismo junto con su cuidador principal.

- Se colocará un cartel informativo del programa de educación sobre la prevención secundaria y cuidados de un paciente con ictus. Las puertas principales del centro de salud y la sala de espera del mismo, serán los lugares para colocarlos y llamar la atención de los pacientes. Más tarde en la consulta serán informados por el personal sanitario, entregando un folleto del programa y responderán cualquier pregunta.
- Se le repartirá una ficha a cada uno de los pacientes para saber algunos datos sanitarios y personales, al igual que se explicará brevemente el desarrollo del programa de salud, el por qué han sido seleccionados esos pacientes, el lugar, fechas, horas, numero de sesiones, etc.
- El número estimado de participantes por sesión será de 20 personas, es decir, 10 pacientes y 10 cuidadores principales. En caso de que el paciente con ictus no dependa de un cuidador, podrá venir sin acompañante y no repercutirá en el aforo de la sala.

Lugar:

Solicitaremos el aula docente o formación del centro de salud para su disponibilidad a la hora de realizar las sesiones.

Material:

Para realizar el programa contaremos con material de bajo coste económico, ya que el proyector y ordenador nos lo proporcionará, si es posible, cada centro de salud al que acudamos. A su vez, contaremos con bolígrafos, rotuladores, folios, pizarra, cartel y videos informativos y esterillas para la sesión de ejercicio y relajación.

Costes:

MATERIAL	COSTE
Folios A4 (500 hojas)	3 euros
50 Bolígrafos	35 euros
20 Esterillas	50 euros
Cartel a color A3 (100 carteles)	20 euros
Folletos a color A4 (600 folletos)	48 euros

El coste de los recursos materiales y humanos para este programa será de 200 euros. Del mismo modo, se pedirá colaboración a instituciones aragonesas como el Ministerio de Salud y el Ayuntamiento de Zaragoza.

Sesiones:

El programa va a consistir de tres sesiones principales donde darán cabida a la información necesaria para que los pacientes puedan establecer nuevas actitudes de salud y con ello mejorar el estilo de vida y evitar que se produzca un nuevo episodio de ictus. Los cuidadores colaborarán en lo máximo posible para que los pacientes mejoren estas conductas y la rehabilitación sea de gran efectividad. Cada sesión o charla tendrá una duración de hora y media, con un pequeño descanso de 10 min. Se comenzará a las 19 horas para que los pacientes y los cuidadores principales puedan asistir sin problemas.

Equipo docente:

Este equipo estará formado por el enfermero que impartirá las sesiones, también contaremos con la ayuda de un fisioterapeuta para la sesión de ejercicio físico y rehabilitación y por último contaremos con la colaboración de un voluntario de "Parques con Corazón" para que nos cuente su experiencia y el trabajo que ellos realizan.

La evaluación de las sesiones se realizará al final de las mismas y se hará un control de asistencia. Consistirá en una pequeña encuesta de satisfacción y conocimientos para ver si se ha adquirido todo lo expuesto en las mismas. También se valorarán las opiniones sobre el contenido de las sesiones, pudiendo dejar observaciones positivas y negativas y con ello mejorar y adaptar el programa.

La planificación y elección de los contenidos de las sesiones se basa en la metodología del proceso enfermero y la taxonomía NANDA, NIC y NOC para valorar los diagnósticos enfermeros de forma individualizada sobre estos pacientes con ictus. Se refleja en la siguiente tabla los diagnósticos más relevantes (22-24):

DIAGNÓSTICO NANDA	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS
Disposición para mejorar los conocimientos (00161)	<ul style="list-style-type: none">• Manifiesta interés en el aprendizaje.• Describe experiencias previas relacionadas con el tema.
Disposición para mejorar la nutrición (00163)	<ul style="list-style-type: none">• Expresa el deseo de mejorar la nutrición.• Seguimiento de un estándar apropiado para los aportes.
Disposición para mejorar el autocuidado (00182)	<ul style="list-style-type: none">• Expresa deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento de la salud.• Expresa deseos de aumentar el autocuidado.

A continuación, se muestran en la siguiente tabla los objetivos a realizar por parte de los pacientes y cuidadores, planteándose en base a la taxonomía NIC y NOC.

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS (00161)

NOC	NIC
<p>1824 – Conocimiento: cuidados en la enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 182402 Proceso específico de la enfermedad. - 182409 Recursos sanitarios. 	<p>5604 – Enseñanza: grupo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar un entorno que favorezca el aprendizaje. - Incluir a la familia/cuidador, si resulta oportuno. - Escribir los objetivos del aprendizaje. <p>5520 – Facilitar el aprendizaje.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente. - Presentar la información de manera estimulante. - Responder preguntas de una forma clara y concisa.

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA NUTRICIÓN (00163)

NOC	NIC
<p>1004 – Estado nutricional.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingestión de nutrientes. - Ingestión alimentaria. - Energía. 	<p>5614 – Enseñanza: dieta prescrita.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar el propósito de la dieta. - Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas. - Enseñar al paciente a planificar las comidas adecuadas.

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO (00182)

NOC	NIC
<p>0208 – Movilidad.</p> <ul style="list-style-type: none">- 020804 Movilidad articular.- 020803 Movilidad muscular. <p>2204 – Relación entre el cuidador principal y el paciente.</p> <ul style="list-style-type: none">- 220401 Comunicación efectiva.- 220411 Solución de problemas en colaboración.- 220407 Preocupación.	<p>0224 – Terapia de ejercicios: movilidad articular.</p> <ul style="list-style-type: none">- Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función.- Explicar al paciente/cuidador el objeto y el plan de ejercicios de las articulaciones. <p>1800 – Ayuda al autocuidado.</p> <ul style="list-style-type: none">- Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.- Establecer una rutina de actividades de autocuidados.- Enseñar al cuidador principal a fomentar la independencia para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada.

PRIMERA SESIÓN: "Conoce tu enfermedad, conoce el ictus"

Al comenzar esta sesión se agradecerá el esfuerzo por la asistencia y por la disposición de querer aprender sobre la enfermedad que los pacientes han sufrido, por ello se hará entrega de una hoja de registro de asistencia al comienzo de cada una de las charlas que se imparten. Seguidamente nos presentaremos uno a uno para entablar una relación de empatía y confianza entre todos los pacientes y cuidadores.

El contenido temático que se impartirá en esta sesión será la de conocer que es un ictus o ACV, que factores de riesgo conlleva y qué plan de actuación hay que llevar a cabo ante un nuevo episodio.

- Se hará entrega de la hoja de asistencia y de una ficha para rellenar algunos datos sanitarios y personales. También se repartirán los folletos informativos con información sobre la enfermedad, teléfonos de emergencia y el programa (ANEXO IV).
- Se proyectarán los videos:
 - "DIA MUNDIAL DEL ICTUS; Actúa contra el ictus" Federación Española del Ictus (FEI).
 - Reconocer los síntomas del Ictus. Asociación del Ictus en Aragón (AIDA).
- Explicaremos que es un ictus o ACV, dejando hablar a pacientes y cuidadores sobre el conocimiento de esta enfermedad y realizando una tormenta de ideas. Seguidamente enumeraremos brevemente los principales factores de riesgo que tienen los mismos pacientes e incentivando el cambio de estos para evitar un nuevo episodio.
- Gracias al video que nos proporciona la Asociación AIDA sobre los síntomas de un ictus aprenderemos a identificarlos y cantaremos la canción de manera dinámica y divertida.
- Al finalizar la sesión se evaluará el contenido mediante una pequeña encuesta, pudiendo escribir cualquier tipo de observación sobre la sesión.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN	✓ Explicar brevemente la enfermedad.	20 min
	✓ Saber reconocer los signos y síntomas de un ictus.	20 min
	10 min descanso	
	✓ Identificar las causas y factores de riesgo más frecuentes.	20 min
MATERIAL DIDÁCTICO	✓ Conocer las medidas a realizar ante un nuevo episodio de ictus	20 min
	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de asistencia. • Ficha personal y sanitaria. • Ordenador con conexión a internet. • Proyector. • Bolígrafos y folios. • Folletos informativos del programa. • Cuestionario final. 	

SEGUNDA SESIÓN: "Alimenta a tu cerebro"

En esta segunda sesión el contenido temático será la dieta adecuada para evitar los principales factores de riesgo como la Hipertensión arterial, la Hipercolesterolemia, obesidad y la Diabetes Mellitus, sin dejar de lado el tratamiento farmacológico. Por ello, es importante educar al paciente, a la familia y cuidador principal sobre dietas económicas que prevengan problemas de salud (19).

- ➡ Se entregará una hoja de registro de las comidas que se realizará a lo largo de la semana.

- Se proporcionará información sobre la Pirámide de Naos realizando un pequeño juego, también sobre los alimentos de temporada recalmando aquellos que están permitidos y aquellos que no dentro de la dieta, y por último se debatirá sobre recetas de cocina aptas para estos pacientes y sus beneficios.
- Por último, se evaluarán las dietas y el contenido de esta charla pudiendo aportar nuevas ideas y cambios a las mismas.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN	✓ Explicar brevemente la necesidad de mejorar la alimentación tras haber sufrido un ictus. ✓ Describir la importancia de la Pirámide de Naos y los beneficios que tiene.	20 min 20 min
	10 min descanso	
	✓ Enumerar los alimentos de temporada y clasificarlos en permitidos y prohibidos. ✓ Proporcionar recetas de cocina para favorecer el cambio alimenticio.	20 min 20 min
MATERIAL DIDÁCTICO	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de asistencia y de registro de comidas. • Ordenador con conexión a internet. • Proyector. • Bolígrafos y folios. • Hojas sobre la Pirámide de Naos. • Hojas sobre alimentos de temporada, alimentos permitidos y alimentos prohibidos. • Varias recetas de cocina. • Cuestionario final. 	

TERCERA SESIÓN: "Ejercita cuerpo y mente"

Para concluir las sesiones, nos centraremos en la actividad física siendo el punto en común entre la dieta y la prevención de los factores de riesgo. Dada la importancia del ejercicio físico para nuestros pacientes, el contenido temático se centrará en el tipo de ejercicio, como realizarlo y cuanto tiempo dedicarle a ellos. Para ello contaremos con la ayuda de un fisioterapeuta que nos proporcionará los ejercicios básicos.

- ⊕ Los pacientes acudirán con ropa cómoda y deportiva para realizar las actividades físicas y de rehabilitación.
- ⊕ Información sobre los tipos de ejercicio, como realizarlos y cuanto tiempo dedicarle a ellos, proporcionando una lista básica por parte del fisioterapeuta. Lo más conveniente sería realizarlos durante tres días a la semana con una duración de 30 minutos e ir progresando con el paso del tiempo (ANEXO V) (21).
- ⊕ Contaremos con la ayuda de la asociación “Parques con Corazón” y “AIDA” para promover el ejercicio y necesidad de llevar una vida saludable.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN	✓ Explicar la importancia de realizar ejercicio físico junto con una dieta saludable. ✓ Detallar el tipo de ejercicios físicos, como realizarlos y la finalidad de los mismos.	10 min 50 min
	15 min descanso	
	✓ Relacionar una lista de ejercicios básicos junto con el tiempo recomendado.	15 min
MATERIAL DIDÁCTICO	<ul style="list-style-type: none">• Hoja de asistencia.• Ordenador con conexión a internet.• Proyector.• Bolígrafos y folios.• Hojas sobre ejercicios físicos.• Ropa deportiva.• Folletos informativos sobre “Parques con Corazón” y “AIDA”.• Cuestionario final.	

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	MES 1				MES 2				MES 3				MES 4			
	S1	S2	S3	S4												
OBTENCION DE RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS																
CAPTACION DE PACIENTES																
SESIONES DEL PROGRAMA																
EVALUACIÓN																

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Se evaluará en tres momentos. El primero al final de cada sesión, de manera que se vaya viendo los contenidos que se adquieren y las dudas que surgen en las mismas. El segundo, al final del programa de salud, entregando un cuestionario de satisfacción general del programa y del equipo docente a pacientes y cuidadores (ANEXO VI).

Por último, se citarán a los pacientes y cuidadores principales en el centro de salud un mes después de haber finalizado el programa, para valorar los conocimientos adquiridos sobre su enfermedad, el régimen dietético y la actividad física. Así mismo se realizará un seguimiento de los pacientes para valorar la efectividad del programa de salud a largo plazo (con frecuencia trimestral), siguiendo los indicadores de los resultados (NOC), que se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 2. Seguimiento trimestral de los indicadores NOC.

DIAGNOSTICOS ESPERADOS	INDICADORES	EVALUACION														
		1º TRIMESTRE					2º TRIMESTRE					3º TRIMESTRE				
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS	Manifiesta interés en el aprendizaje.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Describe experiencias previas relacionadas con el tema.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA NUTRICIÓN	Expresa el deseo de mejorar la nutrición.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Seguimiento de un estándar apropiado para los aportes.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO	Expresa deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento de la salud.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Expresa deseos de aumentar el autocuidado.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

CONCLUSIÓN

El ictus es la primera causa de discapacidad física y la segunda causa de demencia, produciéndose en Aragón más de 8 ictus diarios.

El diseño y ejecución de un programa de educación para la salud dirigido a estos pacientes y sus cuidadores, por parte del personal de enfermería, es un medio para mejorar la calidad de vida y disminuir las complicaciones de esta enfermedad, así como reconocer los signos y síntomas de otro episodio.

El programa sería una gran motivación para ellos al verse participes de sus propios cuidados junto con su cuidador principal, acudir a la consulta y ver a largo plazo las mejorías en sus estilos de vida.

Debido a que es un programa de educación poco común, se aconsejaría implantarlo en las bases informáticas de Atención Primaria para identificar a estos pacientes y poderse llevar a cabo en más de una ocasión.

Se propone este programa como experiencia piloto en un centro de salud para valorar y evaluar su eficacia y posteriormente, implantarse a nivel de toda la Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno JM. Programa de Atención Pacientes Con Ictus en el Sistema de Salud de Aragón. Zaragoza, diciembre de 2009. Actualización diciembre 2012:1-159.
2. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS. Enero 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
3. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria [Internet]. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Lain Entralgo de la Comunidad de Madrid.2009.223 p.
4. GEECV Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN. [Internet]. (Consultado el 5 Marzo 2017) Disponible en: <http://www.ictussen.org/?q=node/1>
5. Álvarez Sabín J, Masjuan Vallejo J. Comprender el ictus (infarto y hemorragia cerebral). Barcelona:Amat;2013.
6. Díaz-guzmán J, Egido Herrero JA, Fuentes B, Fernández Pérez C, Gabriel Sánchez R, Barberà G, et al. Incidencia de ictus en España : Estudio Iberictus. Datos del estudio piloto.Vol.48.2009.61-65 p.
7. Matías-Guiu J. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. In: Ministerio de Sanidad y Política Social Depósito Legal: M- 51324 [Internet].2009.p.1-163. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf>

8. Soriano Guillén AP, Coarasa Lirón De Robles A, Reigada Pérez De Santa Cruz P, Solano Bernad V. Empleo de la escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38) para cuantificar y medir las consecuencias de un ictus. Relación con variables demográficas y clínicas. *Rehabilitación*. 2013;47(4):213-22.
9. Leno Díaz C, Holguín Mohedas M, Hidalgo Jiménez N, Rodríguez Ramos M, Lavado García JM. Calidad de vida relacionada con la salud en personas supervivientes a un ictus a largo plazo. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*. 2016;44(C):9-15.
10. Rivas Jiménez M. Manual de Urgencias. 3^a edición. Madrid: Médica Panamericana, D.L. 2013.
11. Masjuán J, Álvarez-Sabín J, Blanco M, de Felipe A, Gil Núñez A, Gállego Culleré J, et al. Manejo actual del tratamiento antitrombótico en pacientes con fibrilación auricular no valvular y antecedente de ictus o ataque isquémico transitorio. In: *Revista de Neurología*. 2014.p.25-36.
12. Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología. Neurólogos y pacientes se unen en un objetivo común de sensibilización, lucha y reivindicación de vida tras sufrir un ictus [nota de prensa]. De próxima aparición 2011.
<http://www.observatoriodelictus.com/index.php/notas-de-prensa/87-notas-de-prensa/109>
13. Ictus. Panorama actual del medicamento. Dialnet. Vol40,Nº.398,2016,p.976-991. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5761285>
14. Fernández Benito RE, López Rojo N, Martín Toral S, Zubillaga Cué E. Plan de cuidados de enfermería estandarizado del paciente con Ictus. *Numeros Científica*. 2012;1:60-9.

15. Lobos J, Brotons C. Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. Atención Primaria. 2011;43(12):668-77.
16. Rigau Comas D, Álvarez Sabin J, Gil Núñez A, Abilleira Castells S, Borras Pérez FX, Armario García P, et al. Guía de práctica clínica sobre prevención primaria y secundaria del ictus [Internet]. Vol. 133, Medicina Clínica. 2009.754-762.
17. Urioste LMR, Hernández ML, García PA, López GT, Claros NM. Control de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con ictus atendidos en Atención Primaria en España. Estudio ICTUSCARE. Medicina Clínica [Internet]. 2011;136(8):329-35.
18. Colegio Oficial de farmacéuticos de Zaragoza.[Internet].Zaragoza: Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zaragoza; [30 Marzo 2017]. Una de cada seis personas sufrirá un ictus a lo largo de su vida;1.
<http://cofzaragoza.org/una-de-cada-seis-personas-sufrira-un-ictus-a-lo-largo-de-su-vida/>
19. Castillo Sánchez J, Jiménez Martín Isabel. Reeducación funcional tras un ictus. Barcelona: Elsevier España;2015.
20. Arronte Sánchez M, Bouzas Pérez D, Fernández Iglesias S, López de Munaín Marqués L. Rehabilitación tras un ictus. Guia para pacientes, cuidadores y familias. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Cantabria;2014.
21. Colominas Aragonés S. Rehabilitación de una paciente con dos ictus cerebrales, con terapias naturales. Barcelona: Morales i Torres;2010.
22. Herdman, T.H. (2012). NANDA International Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. Barcelona: Elsevier;2012 – 2014.

23. Bulechek G.M, Butcher H.K, Dochterman J.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5^a Edición. Barcelona: Elsevier;2009.
24. Moorhead S, Johnson M, Maas M.L, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4^a Edición. Barcelona: Elsevier;2009.

ANEXOS

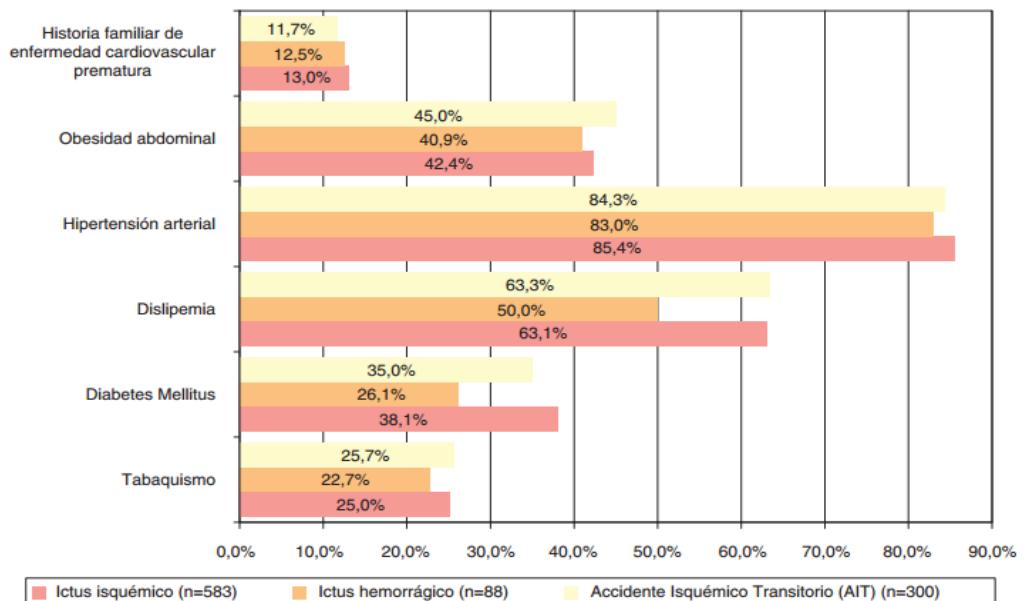
ANEXO 1



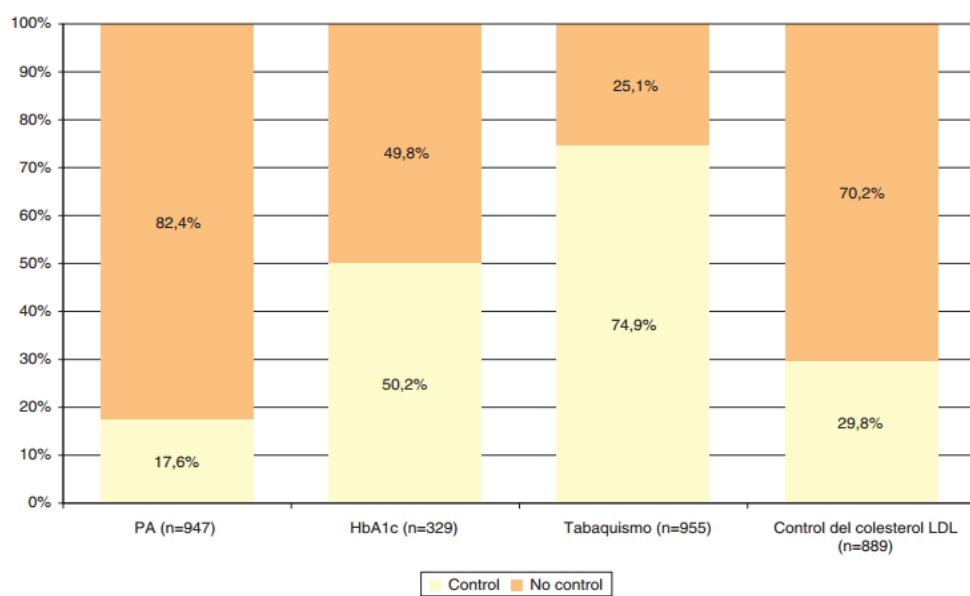
Fernández RE, López N, Martín S y Zubillaga E. Plan de cuidados de enfermería estandarizado del paciente con ictus. Nuber Científ. 2012;1(7):60-69.

ANEXO 2

a) Factores de riesgo cardiovascular según tipo de ictus.



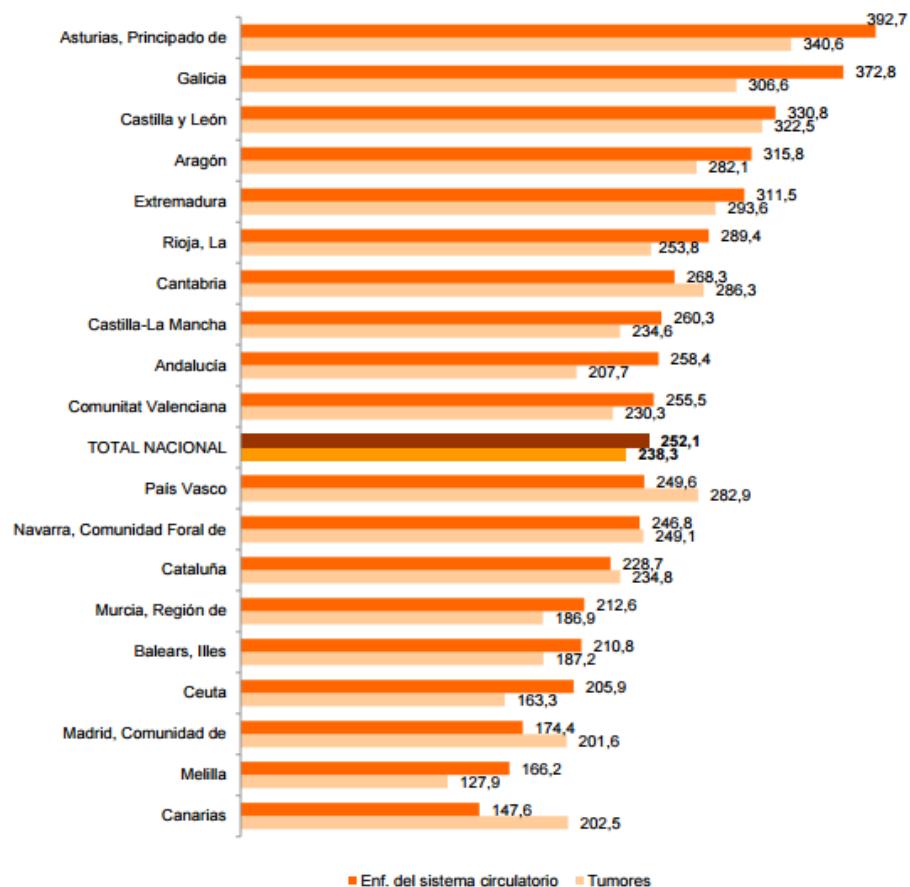
b) Control de los factores de riesgo modificables.



Abellán Alemán J, Ruilope Urioste LM, Leal Hernández M, Armario García P, Tiberio López G, Martell Claros N. Control de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con ictus atendidos en Atención Primaria en España. Estudio ICTUSCARE. Med Clin (Barc) [Internet]. 2011;136(8):329–35.

ANEXO III

- a) Tasas brutas de mortalidad por 100.000 habitantes de las dos principales causas de muerte.



INE. Defunciones según la causa de muerte. 2013.[Internet]. Ine.2015.p.1-8.

ANEXO IV

**PROGRAMA DE SALUD:
PREVENCIÓN SECUNDARIA
Y CUIDADOS TRAS UN ICTUS**



CUIDÍCTUS

CONSULTE CON TU ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA
LLAMA AL 061

 Facultad de
Ciencias de la Salud
Universidad Zaragoza

 Universidad
Zaragoza

FACTORES DE RIESGO

- HTA
- Hiperoxolesterolemia
- Diabetes
- Tabaco y alcohol
- Obesidad

UN ICTUS ES:

Una urgencia neurológica
con riesgo vital



SÍGNOS:

- Parálisis de una parte del cuerpo
- Dificultad de habla y visión
- Manifestar confusión y desorientación

CUIDÍCTUS

¿QUÉ HACER ANTE UN ICTUS?



061 - 112



MÁS INFO:
guerreroalonso10@gmail.com

ANEXO V

CONSEJOS PARA EVITAR LAS COMPLICACIONES:

Las complicaciones más frecuentes relacionadas con la inmovilidad son:

- 1.- Posturas anormales en las extremidades.
- 2.- Dolor en el hombro paralizado.
- 3.- Heridas o úlceras de presión, por apoyos prolongados.
- 4.- Problemas venosos.

Para **evitarlas desde el primer momento y tras el alta**, debemos:

- a.- Mantener una **Postura correcta en el hogar** (Fig.1 y 2):

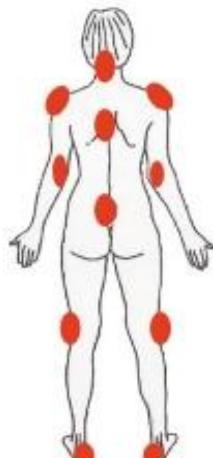


Figura 3



Figura 1



Figura 2

FIGURAS 1 y 2: Corresponden a una paciente con hemiparesia izquierda. Las extremidades más descubiertas corresponden al hemicuerpo afecto. En la **Fig.1** se muestra la postura correcta del paciente en cama acostado boca arriba, que debe alternarse (cada 3-4 horas) con la **Fig.2** que es la posición correcta acostado de lado.

b.- **Para evitar las heridas o úlceras por presión en las zonas de apoyo** (que se muestran en la Figura 3) **debemos realizar cambios posturales cada 3-4 horas**, como se observa en las figuras 1 y 2. En algunos casos se recomiendan colchones o cojines antiescaras.

c.- **Realizar masaje de la planta del pie**, sobre todo si el paciente es incapaz de realizar bipedestación y marcha. En caso contrario, estimularemos la bipedestación y la deambulación.

***Si observase dolor,
calor o enrojecimiento en alguna zona de la pierna,
comunicarlo lo antes posible a su médico***

- d.- **Utilizar los aparatos u ortesis** pautadas por su médico rehabilitador. Como las ortesis de hombro durante la marcha, antiequinos y ortesis para mantener posturas de mano y muñeca.



A



B.1



B.2



B.3

Figura 4

FIGURA 4. A. Apoyabrazos para silla de ruedas: que permite mantener una postura correcta del hombro y miembro superior afecto en pacientes con silla de ruedas. **B.1,2 y 3. Aparatos de tobillo y pie:** para mantener la postura correcta del pie que ha perdido fuerza.

e.- **Movilizar todas las articulaciones de los miembros afectados** del paciente, mediante **auto movilizaciones o con la ayuda de un familiar**. Al menos dos veces al día. Insistiendo en las movilizaciones del hombro y el tobillo. Como veremos en el siguiente apartado.

EL EJERCICIO FÍSICO:

El ejercicio moderado y regular forma parte de una vida sana. Mejora el funcionamiento del aparato cardiovascular y de los pulmones, baja los niveles de glucosa y colesterol y proporciona una sensación de bienestar. Además nos permite luchar contra la inmovilidad y la aparición de contracturas, logrando:

- **evitar debilidades musculares**, manteniendo o mejorando la fuerza muscular conseguida durante la rehabilitación.
- **prevenir que las articulaciones se vuelvan rígidas y dolorosas**.

La familia debe dejar **que el paciente trabaje por sí mismo, ¡todo lo que pueda!**. Dándole la mínima ayuda necesaria, de este modo se logrará que sea más independiente.

En los movimientos que requieren ayuda, deben hacerse de forma **suave**, no forzando ninguna parte del cuerpo. Evitando los estiramientos bruscos del hombro paralizado y no olvidarnos de **ejercitarse también el lado sano**. Si el paciente no es capaz de controlar el tronco, no debemos pretender que camine.

Los ejercicios que recomendamos a cada paciente según su grado de afectación, se señalan en las casillas colocadas al objeto; junto a las imágenes. Por ejemplo: Si queremos que realicen solo ejercicios del hombro en la cama, marcaríamos solo la casilla:

1.- Movilización pasiva del hombro

Que encontraríamos dentro del apartado **A.- EJERCICIOS DE MIEMBROS SUPERIORES: A.1.-En la cama.**

Debiendo realizarse **10-15 repeticiones de cada ejercicio, sin agotar al enfermo, dos veces al día:**

A.- EJERCICIOS DE MIEMBROS SUPERIORES:

- A. 1. - En la cama.
- A. 2. - Sentados, que ayudarán también a ejercitarse el tronco.
- A. 3. - De pie.

A. 1. - En la cama:

MOVILIZACIONES PASIVAS REALIZADAS POR EL FAMILIAR O ACOMPAÑANTE:

1.- Movilización pasiva del hombro



Abrazando firmemente la axila con una mano, y con la otra levantar el brazo del paciente.

2.- Movilización pasiva del codo



Con el codo descansando sobre la cama, flexionarlo y extenderlo, llevándolo primero hacia el hombro y luego hacia la cama.

3.- Movilización global de muñeca y dedos



Agarrando la mano de esta forma, movilizamos la muñeca arriba y abajo. Luego se abren y cierran todos los dedos a la vez.

4.- Movilización pasiva de cada dedo



Movilizamos dedo por dedo, estirándolos y flexionándolos lentamente.

A. 1. - En la cama:

AUTOPASIVOS Y MOVILIZACIONES HECHAS POR EL PROPIO PACIENTE:



5.- Auto pasivos para flexión del hombro

Entrecruzar los dedos y subir los brazos hasta sobrepasar la cabeza. Luego volver a bajar.

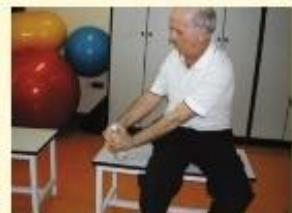
A. 2. - Sentados:

AUTOPASIVOS Y MOVILIZACIONES HECHAS POR EL PROPIO PACIENTE:



6.- Ejercicios de prensión

Coger un objeto, como se muestra en la figura, colocado a un lado del cuerpo, y a una altura determinada.



7.- Ejercicios de miembro superior y flexión del tronco



Con las manos entrecruzadas, bajar lentamente hasta tocar el suelo con los nudillos.

8.- Ejercicios de miembro superior y rotación del tronco



Con la mano afectada en el borde de la mesa, girar el cuerpo hacia el lado contrario estirando el brazo sano, como para alcanzar un objeto situado detrás.

A. 3. - De pie:

AUTOPASIVOS Y MOVILIZACIONES HECHAS POR EL PROPIO PACIENTE:

9.- Ejercicios de flex.- ext. del codo con palo



Agarrando un palo de cepillo, doblar y extender el codo, acercando y alejando el palo del cuerpo.

10.- Ejercicios de Abd.-add del hombro con palo



Con el brazo extendido y el codo estirado llevará el palo hacia la derecha y hacia la izquierda.

B. - EJERCICIOS DE MIEMBROS INFERIORES:

B. 1. - En la cama.

B. 1. - En la cama:

MOVILIZACIONES PASIVAS REALIZADAS POR EL FAMILIAR O ACOMPAÑANTE:

11.- Movilización pasiva de cadera - rodilla



Doblar y estirar la pierna lentamente.

12.- Movilización pasiva de tobillo



Con una mano abrazando el tobillo y con la otra el talón, moveremos el pie hacia arriba y volveremos a la posición inicial.

AUTOPASIVOS Y MOVILIZACIONES HECHAS POR EL PROPIO PACIENTE:

13.- Movilización activa de rodilla y cadera



Con los brazos elevados, doblar y estirar la pierna afecta, rozando la sábana con el talón

14.- Movilización activa de cadera



Con los brazos elevados y las rodillas dobladas, aproximarlas y separarlas.

15.- Movilización activa de la rodilla



Acostado, sacar la pierna afecta por fuera de la cama y doblar y estirar la pierna

16.- Movilización activa de cadera



Acostado, sacar la pierna afecta por fuera de la cama y elevarla hasta colocarla descansando sobre la planta del pie

C. - EJERCICIOS DE TRONCO:

- C. 1. - En la cama.
- C. 2. - Sentados.
- C. 3. - De pie.

C. 1. - En la cama:

MOVILIZACIONES PASIVAS REALIZADAS POR EL FAMILIAR O ACOMPAÑANTE, AYUDADOS POR EL PACIENTE:

17.- Rotaciones del cuello



Sujetando con una mano el hombro, girar con la otra suavemente la cara, hacia la derecha y luego a la izquierda.

18.- Elevar la cadera



Con las piernas flexionadas, separaremos los glúteos y la espalda de la cama.

19.- Ejercicios de rotación del tronco y de dissociación de cinturas



Sujetar con una mano los pies del paciente con las rodillas flexionadas y con la otra coger las rodillas y llevarlas a la derecha y a la izquierda.

Con los dedos entrecruzados y los brazos en alto, además de las rodillas flexionadas, llevar los brazos hacia un lado y las rodillas al lado contrario.

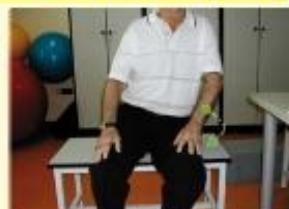
C. 2. - Sentados:

MOVILIZACIONES HECHAS POR EL PROPIO PACIENTE:

20.- Ejercicios de enderezamiento lateral derecho



21.- Ejercicios de enderezamiento lateral izquierdo



Apoyaremos las plantas de los pies en el suelo sobre una superficie dura. A continuación inclinarse sobre el glúteo derecho, manteniendo los hombros horizontales y posteriormente sobre el izquierdo.

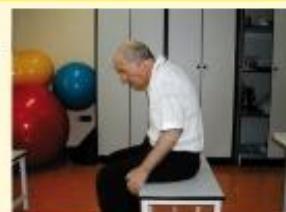
C. 2. - Sentados:

MOVILIZACIONES HECHAS POR EL PROPIO PACIENTE:

22.- Ejercicios de enderezamiento hacia atrás



23.- Ejercicios de enderezamiento hacia adelante



C. 3. - De pie:

MOVILIZACIONES HECHAS POR EL PROPIO PACIENTE:

24.- Ejercicios de equilibrio con apoyo bipodal



25.- Ejercicios de equilibrio apoyando una pierna



Con la pierna no afecta, dará un paso hacia delante y luego hacia atrás (cerca de algún sitio donde pueda agarrarse).

Levantar la pierna sana, flexionando la cadera y mantener el equilibrio apoyándose en la afecta (Cerca de algún sitio donde pueda agarrarse).

MOVILIZACIONES HECHAS POR EL PROPIO PACIENTE AYUDADOS POR EL ACOMPAÑANTE:

26.- Ejercicios de equilibrio de pie con empujes en hombro y cadera



El paciente se coloca en una esquina, sin tocar las paredes con el cuerpo y se le empuja suavemente un hombro y luego el otro. Oponiéndose el paciente al movimiento.



El paciente se coloca en una esquina, sin tocar las paredes con el cuerpo y se le empuja suavemente una cadera y luego la otra. Oponiéndose el paciente al movimiento.

DEAMBULACIÓN SIN AYUDA O CON AYUDA DEL ACOMPAÑANTE :



27.- Sin ayudas técnicas

28.- Con bastón inglés

29.- Con bastón tetrapodal

30.- Con andador

31.- En paralelas o pasillo

Arce D RC. Guía para pacientes y cuidadores. Ejercicios para realizar en casa después de un accidente cerebrovascular. 2007;1-12.

ANEXO VI

Satisfacción del paciente

Querido Paciente,

Gracias por su atención. Rellenar esta encuesta le llevará 5-10 minutos y nos ayudará a proveer mejor cuidado para el futuro.

1. ¿Su género?

- Masculino
- Femenino

2. ¿Su edad?

- 46-60
- 61-75
- 75+

3. Raza/Etnicidad

- Asiático
- Afroamericano
- Caucásico
- Hispano o Latino
- Otro _____

4. ¿Cómo evaluaría la facilidad de recepción de atendimiento?

	Excelente	Buena	Razonable	Baja
Facilidad de ser acogido/a y concertar una cita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Horario del programa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conveniencia de la ubicación central	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. ¿Cómo evaluaría a su Enfermero/a y al resto del personal?

	Excelente	Buena	Satisfactorio	Insatisfactorio
Escucha y dedica suficiente tiempo a su problema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Explica bien lo que hace falta transmitir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Da buenos consejos y tratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es amable y útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Responde a tus preguntas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. ¿Cuál es su opinión sobre el lugar donde se imparte el programa de salud?

	Excelente	Buena	Satisfactorio	Insatisfactorio
Arreglado y limpio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ofrece una fácil orientación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cómodo y seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Privacidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. ¿Recomendaría nuestro programa a pacientes con su misma situación?

Si

No

8. ¿Hay algo en particular que le gustó o que no le gustó de nuestro programa

9. ¿Qué es lo que podemos mejorar?

10. Evaluación final del programa de salud?

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆ / 10