

¿ PREGUNTAS Y RESPUESTAS ! SOBRE EL **ICTUS**

Escuela de cuidados



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS
CONSEJERÍA DE SANIDAD

¿ PREGUNTAS Y RESPUESTAS ! SOBRE EL **ICTUS**

Escuela de cuidados



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS
CONSEJERIA DE SANIDAD

Primera edición: 2018

Diseño e impresión: Asturgraf, S.L.

DL: AS 02575-2018

ISBN: 978-84-09-06031-3

Edita: Dirección General de Planificación Sanitaria. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.

Guía elaborada a partir de la experiencia de la Escuela de Ictus del Servicio de Neurología del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA)

AUTORES:

Beatriz del Amor Villa. DUE. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias.

Sergio Calleja Puerta. Neurólogo. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias.

Bernabé Fernández González. Médico. Dirección General de Planificación Sanitaria. Consejería de Sanidad de Asturias.

Margarita Fernanz Rodrigo. Coordinadora de Trabajo Social. Área Sanitaria IV.

María del Carmen Gómez Martínez. DUE. Gestora de Casos de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias.

María Jesús González Mateos. Médica. Dirección General de Planificación Sanitaria. Consejería de Sanidad de Asturias.

María Neri Iglesias Fernández. Trabajadora Social Sanitaria. Dirección General de Planificación Sanitaria. Consejería de Sanidad.

María Isabel Prieto Méndez. DUE. Subdirectora de Enfermería. Hospital Universitario Central de Asturias.

Roberto Riaño Suárez. Fisioterapeuta. Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Central de Asturias.

REVISORES:

Begoña Álvarez Coto. DUE. Supervisora del Servicio de Nutrición. Hospital Universitario Central de Asturias.

Bernardo Álvarez Feal. Médico Rehabilitador. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario Central de Asturias.

Jorge Areán García. Médico Rehabilitador. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario Central de Asturias.

María Concepción Argüelles Fernández. DUE. Supervisora de la Unidad de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias.

José M^a Barroso Rodilla. Presidente-Coordinador de la Unidad de Disfagia. Hospital Universitario Central de Asturias.

Manuel Bea Muñoz. Jefe de Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario Central de Asturias.

Lorena Benavente Fernández. Neuróloga. Servicio Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias.

Equipo de Enfermeras y Auxiliares de Enfermería (TCAES) de la Unidad de Neurología que participan en la "Escuela de Cuidadores de Ictus". Hospital Universitario Central de Asturias.

Amparo Fernández Rodríguez. Fisioterapeuta. Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Central de Asturias.

Isabel García García. DUE. Supervisora de la Unidad de Ictus. Servicio Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias.-

María González Pisano. Fisioterapeuta. Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Central de Asturias.

Blanca Nieves Gutiérrez González. DUE. Servicio de Nutrición. Hospital Universitario Central de Asturias.

Ramón Inclán Suárez. Fisioterapeuta. Supervisor de la Unidad de Fisioterapia y Terapia Ocupacional. Hospital Universitario Central de Asturias.

Luis Miguel Jiménez Díaz. Master Trainer programa Paciente Activo Asturias y colaborador Freno al Ictus.

Elvira Menéndez Suárez. Enfermera. Centro de Salud de Natahoyo. Gijón.

Marta Pisano González. Coordinadora Programa Paciente Activo Asturias. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de Asturias.

Marta Isabel Villamil Díaz. Presidenta de la Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Asturias (SEAPA).

ILUSTRACIONES:

Beatriz del Amor Villa. DUE. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias.

PRÓLOGO

Esta guía está concebida sobre todo para las personas que han sufrido un ictus y con ella queremos aportaros la información necesaria que os facilite la incorporación a vuestro domicilio y a vuestro entorno familiar, social y laboral, en la medida que la enfermedad os lo permita.

A vuestras familias, a las personas que os ayudan en el día a día y que conviven con vosotros queremos facilitarles los conocimientos necesarios respecto a los cuidados que necesitáis y sobre la forma más adecuada de ofrecéroslos, así como, la información sobre el apoyo y los recursos que pueden disponer para este fin.

A todos, pretendemos facilitaros herramientas para conocer la enfermedad, los factores de riesgo y sus consecuencias, con especial énfasis en la identificación de los síntomas de inicio del ictus y la actuación inmediata que debe realizar cualquier persona en esta situación.

Queremos que esta guía os ayude a enfrentaros a los problemas que surgen en la vida diaria y conseguir la mejor adaptación a la nueva situación con el mayor grado de autonomía e independencia posible, en la realización de las actividades del día a día.

Sin olvidar que en todo momento tendréis a vuestro lado a profesionales del servicio de salud que os pueden orientar y facilitar vuestro día a día.

Este trabajo se ha elaborado con esmero por un nutrido grupo de profesionales de la sanidad pública asturiana, bien reconocidos y prestigiados todos ellos en su ámbito de conocimiento. Se ha buscado la calidad, el rigor y la facilidad de comprensión.

La guía es una pieza del complejo engranaje que constituye la atención al ictus, un ambicioso programa constituido por un equipo multidisciplinar de profesionales de atención primaria, hospitalaria, emergencias, servicios sociales... Les garantizo el rigor en su confección, pero para su adecuado funcionamiento, es imprescindible, la implicación activa de todos así como la participación del conjunto de la sociedad y, muy especialmente, el apoyo de la familia y de las personas cuidadoras. En este sentido, este trabajo pretende aportar la información necesaria que propicie funcionalidad a todo este engranaje y facilite la tarea de todos los implicados.

Estoy seguro de que será así.

Ya solo me queda despedirme con un caluroso abrazo y desearles un rápido restablecimiento de sus condiciones de salud y la mejor recuperación funcional posible.

Atentamente



Francisco del Busto
Consejero de Sanidad
Principado de Asturias

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN.....	13
CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE EL ICTUS	15
¿Qué es un ictus?	16
¿Qué tipos de ictus existen?	17
¿Qué es un AIT?	17
¿Podemos disminuir el riesgo de padecer ictus?	18
En resumen... ¿qué puedo hacer para evitarlo?	24
Y si se produce un ictus... ¿cómo lo reconoceré?.....	25
El/la paciente está sufriendo un ictus... ¿cuál es la forma correcta de proceder?.....	26
¿En qué consiste el Código Ictus?	26
¿Y qué ocurre una vez que la persona llega a Urgencias?	27
¿Es necesario el ingreso hospitalario? ¿Dónde?.....	28
¿Cuáles son los principales síntomas y secuelas que puede acarrear el ictus?	30
¿Es difícil la vuelta a casa?	32
CUIDADOS EN EL ICTUS	33
ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN	34
¿Cuándo se puede volver a comer?.....	34
¿Qué nos debe hacer sospechar que el/la paciente tiene disfagia?	35
¿Cómo actuar si el/la paciente tiene disfagia?	36
Recomendaciones generales para alimentar a una persona con disfagia	37
¿Qué hacer si el/la paciente se atraganta?	39

Consejos dietéticos para el/la paciente con disfagia	39
¿Qué opciones existen si el/la paciente no puede alimentarse por la boca?.....	40
¿Qué tipo de alimentación es la más adecuada si el/la paciente puede tragar sin problemas?.....	42
¿Qué es la dieta mediterránea?	43
¿Hay alimentos que se deberían evitar?.....	44
MOVILIDAD	46
¿Qué problemas de movilidad puede tener el/la paciente tras el ictus?	46
¿Cuáles son las principales complicaciones relacionadas con la inmovilidad? ¿Cómo se pueden evitar?	47
¿Cual es la postura correcta del/la paciente tras el ictus?	49
¿Cual es la forma adecuada de realizar las transferencias?	52
¿Cómo empezar a caminar?	54
¿Cómo subir y bajar escaleras?	55
¿Cómo alcanzar objetos bajos?	55
¿Cómo prevenir las caídas?	55
¿Qué hacer en caso de caída?	57
ASEO	58
¿Cómo se realiza el aseo en la cama?.....	58
¿Cómo llevar a cabo el aseo en el baño de forma segura?.....	59
¿Qué hay que tener en cuenta a la hora de cepillarse los dientes?	61
¿Qué hay que tener en cuenta a la hora de usar el inodoro?.....	62
ELIMINACIÓN	63
¿Qué es la retención urinaria y cómo se puede solventar?	63
¿Qué hacer en caso de incontinencia urinaria?	63
¿Cómo prevenir el estreñimiento?	65
VESTIDO	66
¿Cómo debe proceder el/la paciente para vestirse y desvestirse sola?	66
¿Qué prendas de vestir son más adecuadas?	68

SEXUALIDAD	69
¿El hecho de haber tenido un ictus es un obstáculo para mantener relaciones sexuales posteriormente?	69
¿El acto sexual aumenta el riesgo de sufrir un ictus?	69
¿Hay alguna recomendación que pueda ayudar a retomar la actividad sexual?	70
COMUNICACIÓN	71
¿Qué problemas de lenguaje puede acarrear un ictus?	71
¿Cómo podemos mejorar la comunicación con la persona que sufre un trastorno del lenguaje?	71
VIAJES. CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS	74
¿Se puede volver a conducir tras sufrir un ictus?	74
¿Se puede volar en avión después del ictus?	75
VOLVER AL TRABAJO	76
¿Qué momento es apropiado para reincorporarse al trabajo?.....	76
¿Cómo se debe planificar la vuelta al trabajo?	76
EL PAPEL DE LA FAMILIA	77
¿Qué papel debe jugar la familia del/la paciente con ictus?.....	77
Decálogo para el cuidador o la cuidadora	78
RECURSOS SOCIALES. MÁS ALLÁ DEL HOSPITAL	79
¿Dónde buscar ayuda en este momento?.....	79
¿Qué ayudas le pueden prestar?.....	79
¿Qué es la red de cuidados formales?.....	79
BIBLIOGRAFÍA Y PÁGINAS WEB	91
ENLACES DE INTERÉS	94

INTRODUCCIÓN

La elaboración de esta guía surge como respuesta a la necesidad expresada por las personas afectadas por ictus y sus cuidadores/as que, durante su estancia en nuestros centros sanitarios, recibieron atención, tratamiento y educación sanitaria.

Las enfermedades del aparato circulatorio (corazón y vasos sanguíneos) constituyen el problema de salud más importante de la población asturiana y representan la principal causa de muerte en nuestra región, generando una enorme carga de discapacidad y dependencia.

Pese a los indudables avances conseguidos durante los últimos años, tanto en la prevención como en el tratamiento del ictus, este sigue siendo la segunda causa de muerte en el mundo. Se estima que, aproximadamente, 3500 asturianos sufren un ictus cada año y unos 950 mueren por esta causa.

Asimismo, el ictus constituye la causa individual más importante de discapacidad a largo plazo en la población adulta de Asturias, y representa la segunda causa de demencia en la población occidental (tras la enfermedad de Alzheimer).

Se dice que la forma más eficaz de luchar contra el ictus es prevenirlo, pero para ello es necesario concienciarse de la existencia de una serie de factores de riesgo que, a su vez, son responsables de que la enfermedad vuelva a manifestarse en las personas que ya lo han padecido.

El desconocimiento existente en nuestra población de las manifestaciones iniciales del ictus y de su potencial gravedad, conduce con frecuencia a un retraso en el acceso a los recursos sanitarios, restando a la persona posibilidades de recuperación.

Por su parte, una vez que ha terminado la fase aguda de la enfermedad, los/las pacientes y sus familiares deben enfrentarse a una realidad nueva que, con frecuencia, resulta difícil asumir.

”

Las enfermedades cerebrovasculares representan la primera causa de mortalidad en Asturias.

Nuestro objetivo con la elaboración de esta guía es triple: por un lado, pretendemos revisar y dar a conocer los factores de riesgo que conducen al padecimiento de las enfermedades vasculares, por otro, aportar claves para la identificación de los síntomas del ictus cuando aparecen y, en tercer lugar, proporcionar conocimientos que faciliten el cuidado de la persona que ha sufrido la enfermedad.

Se trata, al fin y al cabo, de un saber de ida y vuelta. De las personas que atendemos lo hemos aprendido todo, y a ellas y a sus familiares pretendemos devolverles parte de ese conocimiento, sistematizado y expresado de la manera más comprensible posible, para que sea útil para la comunidad.

Sergio Calleja Puerta

Coordinador del Programa Clave de Atención Interdisciplinar Ictus

CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE EL **ICTUS**



¿Qué es un ictus?

Seguramente habrán oído referirse al ictus de muchas maneras. Los términos “accidente cerebrovascular”, “apoplejía”, “trombosis”, “derrame cerebral” o “embolia” son sólo algunos de los muchos nombres de esta enfermedad que, en su esencia, no es más que un trastorno brusco de la circulación cerebral que altera la función de una determinada región del cerebro de forma transitoria o permanente.

El cerebro es el órgano más complejo de nuestro organismo, y el gran controlador de la mayor parte de las funciones que en él se desarrollan. Con el cerebro pensamos, sentimos, hablamos, planificamos y coordinamos el movimiento, percibimos el entorno y decidimos qué hacer a continuación. Para que todo eso funcione se precisa un suministro constante de oxígeno y alimento, que llega por la sangre, a través de las arterias, impulsada por el corazón.

La enorme complejidad del cerebro condiciona que los síntomas a través de los cuáles se manifiesta esta enfermedad sean extraordinariamente variados. Así, la persona que sufre un ictus, puede experimentar una repentina dificultad para mover o sentir una parte de su cuerpo, o para percibir un trozo del campo visual, o para hablar o entender el lenguaje, o un sinfín de síntomas que dependerán de qué parte de su cerebro se vea afectada (figura 1).



“Los síntomas pueden ser tan diversos que los libros clásicos de la especialidad afirmaban: ‘La Neurología se aprende ictus a ictus’”.

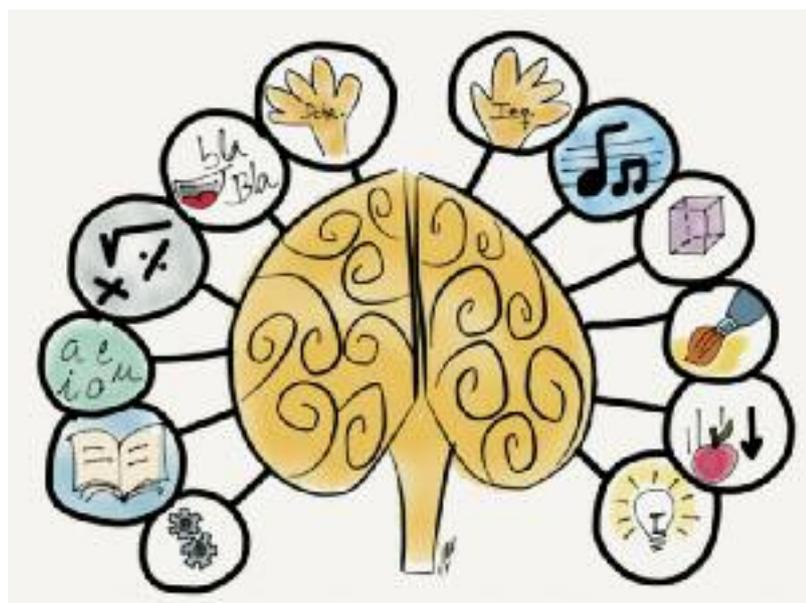


Figura 1. Funciones que pueden verse afectadas por el ictus. Los síntomas pueden ser extraordinariamente variados en función de la localización del daño.

¿Qué tipos de ictus existen?

A grandes rasgos existen dos tipos principales de ictus:

- **Ictus isquémico.** Es el más frecuente de todos. En este caso, se produce una disminución importante del flujo sanguíneo que recibe una parte del cerebro debido a la obstrucción de una arteria, ocasionada por un trombo o un coágulo. Ese trombo puede haberse formado en la pared de la arteria (por ejemplo, en la arteria carótida, dañada por la **arteriosclerosis**) o avanzar a través del torrente sanguíneo desde otra parte del sistema cardiovascular (frecuentemente desde el propio corazón) hasta enclavarse en una arteria cerebral y obstruirla. En este último caso se habla de “**embolia**”.
- **Ictus hemorrágico (hemorragia cerebral).** Siendo más infrecuente, suele producir ictus de mayor gravedad. Se origina por la rotura de una arteria cerebral que encharca una zona del cerebro, anulando su función.

Curiosamente, los síntomas que se producen en uno u otro tipo de ictus pueden ser muy similares (dependen de la zona del cerebro afectada, más que del proceso que ocasiona el daño), y sólo las pruebas radiológicas (particularmente el escáner o TAC craneal) nos permiten distinguir uno de otro para poder aplicarles los tratamientos adecuados. La consecuencia de ello es clara: no se deben administrar tratamientos específicos hasta no haber realizado los estudios radiológicos comentados.

¿Qué es un AIT?

En ocasiones, el/la paciente tiene suerte y el trombo o coágulo que obstruye la arteria se disuelve rápidamente sin necesidad de tratamiento, permitiendo que la sangre vuelva a fluir y evitando que el cerebro se dañe. En función de cuánto tiempo permanezca privado de circulación sanguínea el tejido cerebral, las consecuencias serán distintas, conduciendo a un **ataque isquémico transitorio (AIT)** o a un **infarto cerebral**.

El **AIT** se define como un episodio de disminución local de la circulación sanguínea de carácter transitorio, que da lugar a síntomas que se resuelven **antes de 24 horas**, mientras que, en el **infarto cerebral**, la disminución de la circulación sanguí-



“La arteriosclerosis consiste en un endurecimiento de las arterias de tamaño grande y mediano, que se acompaña de un estrechamiento de las mismas (estenosis) que puede avanzar hasta la completa obstrucción del vaso, impidiendo el flujo de sangre. Los factores de riesgo más comunes para sufrir esta afección son la edad, el tabaquismo, la hipertensión, la hiperglucemia y la dislipemia”.

“La causa más frecuente del ictus hemorrágico es la hipertensión arterial no controlada, pero hay otras muchas, como la existencia de malformaciones vasculares o tumores, el uso de fármacos anticoagulantes o el propio envejecimiento de las arterias asociado a la edad o a la degeneración amiloide de la pared arterial”.

¡EL AIT es una
URGENCIA
MÉDICA!
¡Pida ayuda
de inmediato!

nea se prolonga en el tiempo, produciendo daños permanentes en una parte del cerebro y síntomas que persisten más allá de las primeras 24 horas (produciendo en algunos casos una **discapacidad permanente**).

El AIT es un aviso de que la persona está en alto riesgo de sufrir un ictus, pues la causa que ha producido el fallo circulatorio puede seguir presente y desencadenar, en segunda instancia, un infarto cerebral. Si no se localiza y ataja la causa que ha producido el AIT, las probabilidades subsiguientes de sufrir un ictus son elevadas. Por ello, **el AIT debe ser considerado una urgencia médica**: porque es una oportunidad única de salvar el cerebro del/la paciente (figura 2).

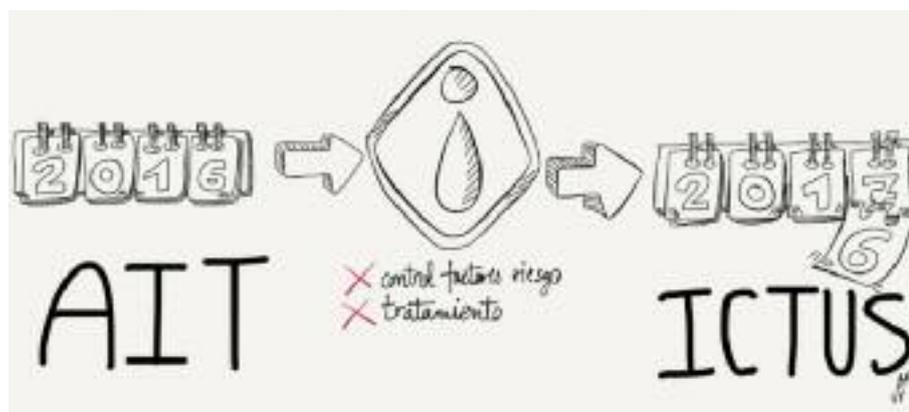


Figura 2. Riesgo de tener un ictus tras un AIT

¡Se puede disminuir
el riesgo de sufrir
un ictus!

¿Podemos disminuir el riesgo de padecer ictus?

Por supuesto. La probabilidad de sufrir un ictus se asocia con frecuencia a la acumulación de una serie de circunstancias personales que reciben el nombre de **factores de riesgo**, y que revisaremos a continuación. Los factores de riesgo aumentan la probabilidad de contraer una enfermedad, mientras que el control de los mismos la reduce.

Con mucha frecuencia, determinados sujetos tienden a acumular varios factores de riesgo, pues muchos de ellos se asocian con el estilo de vida y, en última instancia, con las condiciones de vida.

A fin de organizar su estudio, los factores de riesgo se suelen agrupar en dos grandes conjuntos: los **modificables** y los **no modificables**.

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Edad

El riesgo de ictus aumenta con la edad. Se sabe que, aproximadamente, tres cuartas partes de los ictus se producen en personas de más de 65 años y se ha calculado que, a partir de los 65 años, el riesgo de sufrir un ictus se duplica cada década.

El riesgo asociado a la edad probablemente se asocia a la acción a largo plazo de otros factores de riesgo como el tabaquismo o la hipertensión. Por ejemplo, la arteriosclerosis, la enfermedad que termina obstruyendo nuestros vasos sanguíneos, ya está presente en muchas personas en la cuarentena, pero suele tardar muchos años en adquirir la gravedad necesaria para obstruir las arterias.

Sexo

El ictus es más frecuente en los varones en todas las edades de la vida. Sin embargo, la mortalidad derivada de la enfermedad es mayor en las mujeres. Probablemente esto es debido a que las mujeres viven más años, y por tanto hay muchas más mujeres que hombres en las edades avanzadas de la vida, en las que el ictus incide con mayor severidad.

Ictus recurrente

El riesgo de sufrir un ictus aumenta si la persona ya ha sufrido uno previamente. A este respecto conviene destacar que las causas del ictus son muy variopintas, y que no todas comportan la misma posibilidad de tratamiento, ni el mismo riesgo de repetirse. Una de las principales misiones de los profesionales que atienden a la persona afectada es intentar encontrar la causa concreta del ictus en cada caso, para intentar neutralizarla y evitar que vuelva a actuar.

Etnia

Los estudios realizados en Estados Unidos muestran indudablemente un riesgo de ictus mucho mayor en las personas afroamericanas y, aunque parte de las diferencias pueden deberse a factores socioeconómicos, la genética también parece jugar su papel.

Historia familiar de ictus

El riesgo de ictus es claramente mayor en las personas que tienen antecedentes familiares (sobre todo si se trata de progenitores o hermanos que ya han sufrido un ictus u otras en-



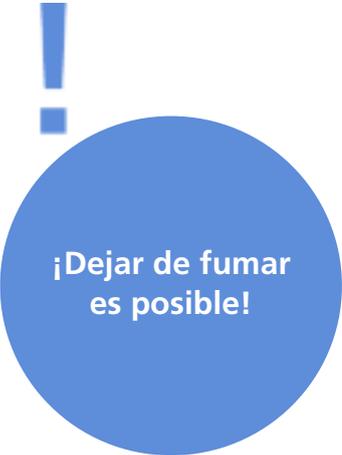
"El cambio epidemiológico más llamativo de los últimos años está siendo el aumento de la incidencia de ictus en edades juveniles, probablemente relacionado con el aumento de factores de riesgo modificables en esas edades".



"La leyenda urbana que afirma que el ictus se repite al cabo de un año no es cierta. El riesgo de repetición no es alto, varía en función de la causa, y es mayor durante los meses que siguen al primer episodio".



¡Muévete
contra el ictus!



¡Dejar de fumar
es posible!

fermedades vasculares en edades tempranas). En ello parece influir también la susceptibilidad genética a desarrollar hipertensión, diabetes o arteriosclerosis, que son potentes factores de riesgo de ictus.

El hecho de padecer alguno de estos factores de riesgo (no modificables) no implica que, necesariamente, la persona vaya a sufrir un ictus, **pero sí hace mucho más necesario, si cabe, el control de los factores de riesgo modificables.**

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Sedentarismo

Las personas físicamente activas, independientemente de su edad, tienen hasta un 30% menos de riesgo de morir por un ictus, y este es sólo uno de los múltiples beneficios que proporciona la actividad física. El mantenimiento de una actividad física moderada y regular redonda en un menor riesgo vascular, mejor humor, mejor memoria, menos desmineralización ósea, menos fragilidad física y más años de vida.

No es necesario apuntarse al gimnasio ni realizar ejercicios extenuantes: de treinta a sesenta minutos de paseo al día a buen ritmo son suficientes para obtener los beneficios enumerados.

Alimentación inadecuada

La relación entre el tipo de alimentación y el riesgo de ictus es indudable. Aunque habitualmente **las grasas** eran los sospechosos habituales en este terreno, hoy está claro que el consumo excesivo de **azúcares refinados** deteriora directamente la pared de las arterias, además de promover la obesidad. Por su parte, el consumo de alimentos excesivamente **salados** contribuye a la hipertensión arterial.

Es, por tanto, recomendable, una alimentación equilibrada, pobre en grasas y azúcares y rica en vegetales y fruta (hay más información sobre la dieta saludable en la página 43).

Consumo de tabaco

El tabaquismo es la principal causa de muerte evitable en el mundo. Su asociación con diversos tipos de cáncer es bien conocida. A nivel del sistema cardiovascular, los componentes del humo del tabaco favorecen todos los pasos de la arteriosclerosis, la enfermedad que provoca la pérdida de la elasticidad de las arterias y su progresiva obstrucción, a la vez que

contribuye a aumentar las cifras de la tensión arterial. No hay ninguna cantidad de tabaco que pueda ser considerada segura, por lo que la recomendación sólo puede ser la **total abstinencia del hábito**.

El abandono del hábito tabáquico es difícil, pues los componentes del humo tienen alto poder adictivo. No obstante, **en los centros de salud existen programas específicos para apoyar a las personas decididas a abandonar el hábito**. Si aún lo hace, deje de fumar. Se sentirá mucho mejor y su riesgo vascular disminuirá de modo muy importante.

Consumo de alcohol y drogas

Si bien en el pasado se pensaba que pequeñas cantidades de alcohol podían reducir el riesgo vascular, estudios más recientes han confirmado que el alcohol es nocivo en cualquier cantidad, aumentando el riesgo de sufrir ictus tanto del sub-tipo isquémico como del hemorrágico. De acuerdo con estos datos, sólo cabe recomendar el **completo abandono del consumo de alcohol** para minimizar el riesgo de sufrir un ictus.

Y si esto es cierto para el alcohol, lo es mucho más para las **drogas ilegales** que, de acuerdo con algunos estudios, constituyen una de las principales causas de ictus en personas jóvenes.

Estrés emocional

La relación entre el estrés emocional, la ansiedad y el riesgo vascular es un lugar común (“Tranquilízate, que te va a dar algo”) que ha sido confirmado por numerosos estudios a lo largo de los últimos años. Tanto el estrés agudo como el crónico incrementan el riesgo de sufrir un ictus y es, por tanto, importante reconocer esta situación cuando existe y solicitar ayuda: existen herramientas para afrontarla.

La imagen del ejecutivo agresivo echándose la mano al pecho es tan conocida como tópica: tan estresado está el ejecutivo sobrecargado como la persona en paro que no consigue llegar a fin de mes.

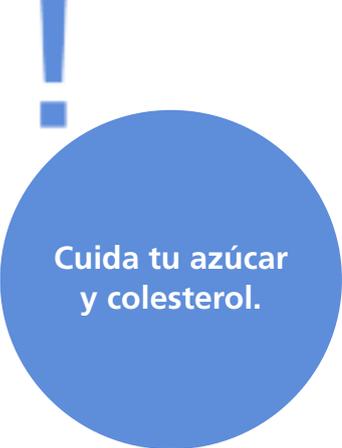
Hipertensión arterial

Es el factor de riesgo más potente de cuantos contribuyen al ictus. Dado que la hipertensión no suele producir síntomas, se puede padecer hipertensión durante años sin saberlo, mientras las arterias se van erosionando y la arteriosclerosis avanza (la han llamado, precisamente por este motivo, “**el asesino silencioso**”). De ahí la importancia de las campañas

Para vivir bien,
NO necesitas
DROGAS
y
ALCOHOL.

Vigila tu estrés:
come sano, haz
ejercicio, duerme
lo suficiente.
Reconócelo y pide
ayuda cuando lo
necesites.

Controla
tu tensión.



Cuida tu azúcar
y colesterol.

de detección realizadas desde los centros de salud. Toda tensión sistólica (*la máxima*) por encima de 140 y toda tensión diastólica (*la mínima*) por encima de 90 deben ser consideradas elevadas y requieren medidas para su control, bien sean estas farmacológicas (su médico/a le dirá cuáles) o no farmacológicas (dieta sin sal, ejercicio regular, abandono del alcohol y tabaco, control de la obesidad).

Diabetes mellitus

Es la incapacidad de nuestro cuerpo de utilizar adecuadamente la glucosa. Los niveles elevados en sangre de esta sustancia son muy lesivos para los vasos sanguíneos y producen problemas en muchos órganos. Enfermedad renal, problemas en la retina, lesiones en los nervios de las piernas, son sólo algunos de los problemas derivados de un control inadecuado de la glucosa, como lo es también el ictus. Una dieta adecuada, una cantidad correcta de ejercicio físico y la toma de los medicamentos que le recomiende su médico/a pueden mantener los niveles de azúcar en sangre dentro de los límites normales y reducir el riesgo de sufrir todas las consecuencias enumeradas.

Niveles en sangre de colesterol y triglicéridos

El problema principal derivado de unos niveles elevados en sangre de estas dos grasas, es el desarrollo acelerado de la arteriosclerosis. Al igual que en la diabetes y en la hipertensión, la combinación de una dieta adecuada, ejercicio físico y la abstinencia de tóxicos repercutirá en un descenso de los niveles de colesterol LDL (el colesterol "malo") y en un incremento de los niveles de HDL (el colesterol "bueno"). En ocasiones, su médico/a puede recetarle fármacos que ayuden a normalizar sus cifras de colesterol y triglicéridos.

Enfermedades del corazón

Ya sabemos que, con frecuencia, el trombo que llega a obstruir una arteria cerebral no se forma en dicha arteria, sino a distancia, y habitualmente es el corazón el lugar donde la sangre forma los coágulos que acabarán impactando en las arterias cerebrales y obstruyéndolas. Hay muchos trastornos cardiacos que contribuyen a la formación de trombos, pero conviene mencionar al más frecuente de todos: **la fibrilación auricular**. Se trata de una forma de arritmia muy habitual en la población, si bien la probabilidad de padecerla se va incrementando a medida que aumenta la edad. Se calcula que hay más de seis millones de

personas en Europa que la padecen. A veces, la persona no nota ningún síntoma, aunque con frecuencia puede quejarse de palpitaciones. Un simple electrocardiograma permite su diagnóstico, y es importante diagnosticarla para poder instaurar un tratamiento que disminuya la probabilidad de sufrir un ictus.

Obesidad

Las personas con sobrepeso tienen mucho más riesgo de convertirse en hipertensas, diabéticas o de desarrollar enfermedades cardíacas, por lo que los factores de riesgo se superpone y potencian. No obstante, incluso en ausencia de estos tres factores, las personas obesas tienen mayor riesgo de ictus que las que presentan un peso normal.

Aunque hay formas de obesidad muy difíciles de corregir, para la mayoría de nosotros es útil la fórmula popular de "menos plato y más zapato", es decir, un adecuado equilibrio entre reducir el aporte energético y potenciar su gasto.

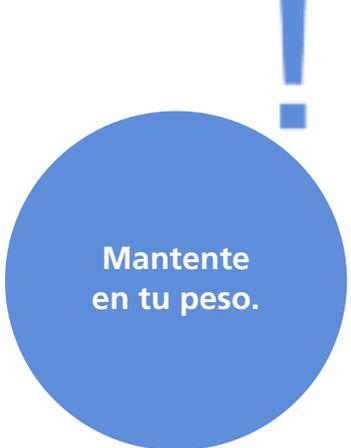
Tratamiento con estrógenos

Los anticonceptivos orales parecen aumentar discretamente el riesgo de ictus, siendo ese riesgo menor para las fórmulas modernas, que contienen bajas concentraciones de estrógenos. Sin embargo, el riesgo aumenta si la mujer que los consume aún otros factores, como una edad superior a 35 años, migraña con aura, consumo de tabaco... De ahí que su indicación deba ser individualizada y discutida con el/la médico/a.

Apnea del sueño

Cada vez hay menos dudas con respecto a la relación existente entre los trastornos respiratorios durante el sueño y las enfermedades vasculares. En las personas con apnea del sueño, la respiración se detiene mientras la persona duerme, debido al bloqueo de la vía respiratoria. El/la compañero/a de cama percibe la dificultad respiratoria en forma de ronquidos y de pausas más o menos largas en la respiración, que deterioran la oxigenación de la sangre. Los efectos sobre la salud son muy diversos, y van desde el incremento de la presión arterial hasta la aparición de arritmias, cambios de la circulación cerebral y una mayor tendencia a formar trombos.

La apnea del sueño puede ser corregida mediante dispositivos que ayudan a la respiración nocturna, y es importante que se le dé la transcendencia que tiene para evitar los efectos que, en caso de no tratarse, produce.



Mantente en tu peso.



Calidad ambiental:
determinante
de salud.

Desigualdad →
Conductas de
salud
inadecuadas.



Contaminación ambiental

Se trata de uno de los factores de riesgo emergentes, ignorados en el pasado, pero con efectos perjudiciales cada vez más evidentes, hasta tal punto que algunos informes recientes han llegado a atribuir el **30% de los ictus** a la contaminación del aire, sobre todo la que procede de los gases emanados por los vehículos de motor.

El control de la calidad del aire debe ser, por tanto, una prioridad si queremos reducir la carga de enfermedad vascular en nuestra población.

Condiciones de vida

La incidencia del ictus y, en general, de las enfermedades vasculares, es mucho mayor en poblaciones económicamente menos pudientes o socialmente marginadas, pero en realidad puede atisbarse la existencia de un gradiente de riesgo a lo largo de toda la escala socioeconómica (a menos ingresos económicos o peor estatus educativo, mayor incidencia de enfermedad vascular). Las personas con peores condiciones sociales y ambientales tienden a acumular gran parte de los factores de riesgo mencionados y, por ende, a sufrir más ictus e infartos de miocardio.

Las políticas públicas deben tener en cuenta estos hechos para establecer medidas correctoras que limen los desequilibrios y neutralicen este efecto.

En resumen... ¿qué puede hacer para evitarlo?

- 1. Coma bien.** La alimentación debe ser equilibrada, con poca sal, pocas grasas y pocos azúcares refinados.
- 2. Muévase.** La vida sedentaria quiebra su salud. Haga ejercicio moderado, adecuado a su forma física y a sus gustos.
- 3. Controle su peso.** Las dos medidas anteriores suelen ayudar.
- 4. Evite el tabaco, el alcohol y otras drogas.** No hay cantidades seguras de ninguna de ellas.
- 5. Intente controlar el estrés.** Si no se puede corregir la causa, busque formas de dar salida a la tensión emocional.
- 6. Mírese de vez en cuando la tensión** y discuta con su médico/a qué hacer si está alta. Si tiene **alteraciones del ritmo cardiaco** también habrá que valorar la instauración de tratamientos preventivos.
- 7. Si padece hipertensión, diabetes o tiene el colesterol alto,** haga todo lo anterior y siga las indicaciones de su equipo médico para controlarse apropiadamente.
- 8. Cuénteles todo esto a sus nietos:** es importante que lo incorporen como una rutina a sus vidas. Vivirán más y mejor.

No olvide que su Equipo de Atención Primaria le ayudará a llevar a efecto estas recomendaciones. Disponen de programas para la deshabituación tabáquica y para el control de sus factores de riesgo vascular.

No olvide tampoco que **es esencial tomar de forma adecuada la medicación** indicada por su médico/a para el control de sus factores de riesgo. No haga cambios sin consultarle.

Y si se produce un ictus... ¿cómo lo reconoceré?

El reconocimiento de los síntomas del ictus tiene una importancia extraordinaria, pues su **rápida** identificación va a permitir abordar el tratamiento de modo **urgente** y aumentar las probabilidades de la persona afectada de recuperarse. En los Estados Unidos, donde comenzaron a aplicarse los tratamientos agudos del ictus, hoy generalizados en nuestro país, acuñaron la frase **"TIEMPO ES CEREBRO"**, y no hay mayor verdad que la encerrada en esas tres palabras. **Cuanto antes** lleve la persona a un hospital dotado de medios para su tratamiento, mejor será su evolución.

Para que esto ocurra se necesitan dos cosas: que la persona reconozca los síntomas del ictus y que el sistema sanitario esté bien organizado para responder con la **premura** adecuada.

Vamos con la primera: si usted recuerda los cinco síntomas que vienen a continuación podrá reconocer la inmensa mayoría de los ictus que se producen. Es cierto que hay formas atípicas de presentación, algunas de las cuales pueden engañar incluso a profesionales avezados, pero son minoría. Los cinco síntomas clave son los siguientes:

1. **Súbita** pérdida de fuerza o debilidad, adormecimiento, hormigueo o entumecimiento en un lado del cuerpo (cara, brazo y pierna, no siempre de forma completa).
2. **Brusca** confusión, dificultades para hablar o entender el lenguaje.
3. **Repentina** dificultad para la visión con uno o ambos ojos.
4. **Súbita** pérdida del equilibrio, dificultad para caminar o mareo asociadas a alguno de los síntomas anteriores.
5. **Brusco** e intenso dolor de cabeza de causa desconocida.

¡Gana tiempo,
gana vida!

"Los expertos manejan el concepto 'ventana terapéutica', que es el tiempo desde el inicio del ictus en que es posible intentar disolver o retirar el trombo, proporcionando a la zona de cerebro afecto flujo sanguíneo y, con él, posibilidades de recuperación. La ventana terapéutica no es la misma para las distintas técnicas existentes, pero oscila en general entre las 4.5 y 6 horas. No obstante, cuanto antes se aplique el tratamiento, aún dentro de ese periodo, mejor será la evolución del paciente".

!

Si crees que tienes algún síntoma de ictus, ¡LLAMA INMEDIATAMENTE AL 112!



“En los últimos años ha aumentado la complejidad del abordaje del ictus, tanto en lo relativo a las posibilidades de diagnóstico como de tratamiento, y es importante dirigir al paciente a un centro con posibilidades de abordar su caso, pero también lo es hacerlo con rapidez. Un tratamiento óptimo aplicado en un tiempo inadecuado no conseguirá beneficio alguno, mientras que un tratamiento no óptimo aplicado con la debida premura puede beneficiar al paciente”.

Ante cualquiera de estos síntomas, **actúe, llame inmediatamente al 112**. No importa que los síntomas se resuelvan espontáneamente y el/la paciente vuelva a estar bien: **nunca subestime a un AIT**.

Respecto a la segunda condición, con el fin de reducir al mínimo el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la administración del tratamiento, se ha creado el concepto de “**Cadena de Supervivencia del Ictus**”, que define las acciones a llevar a cabo por las personas afectas, sus familiares y los profesionales sanitarios.

El/la paciente está sufriendo un ictus... ¿cuál es la forma correcta de proceder?

Ante cualquiera de los cinco síntomas de alarma, la persona afectada o su acompañante, o quien la está socorriendo en la calle, **debe llamar al 112**. El personal le dará las indicaciones a seguir en ese momento y recabará toda la información necesaria para determinar si aparenta ser un ictus y el momento exacto de inicio de los síntomas. Si se mantiene la sospecha diagnóstica, se procederá a activar el **Código Ictus**.

¿En qué consiste el Código Ictus?

En la cadena asistencial del ictus es fundamental establecer sistemas que favorezcan una actuación coordinada, precisa y rápida de Atención Primaria, los servicios de emergencia de fuera del hospital y de los propios hospitales.



Figura 3. El Código Ictus permite el traslado de la persona afectada al hospital idóneo en el menor tiempo posible.



En ese sentido, el **Código Ictus es un sistema de alerta** que permite la rápida identificación, notificación y traslado de la persona afectada al hospital más adecuado en cada caso para su tratamiento. Para ello, se debe tener en cuenta la ubicación geográfica de la persona afectada y la gravedad de su caso. Es prioritario acortar el tiempo de traslado, pero también lo es que el hospital receptor cuente con los recursos necesarios para la atención del caso.

Al activar el Código Ictus, **mediante la llamada al 112**, el servicio hospitalario receptor es alertado y se pone en marcha el proceso intrahospitalario de diagnóstico y cuidados, mientras se traslada a la persona afectada hasta el Servicio de Urgencias.

¿Y qué ocurre una vez que la persona llega a Urgencias?

En el Servicio de Urgencias la persona afectada será valorada por **el equipo de guardia**, confirmando el diagnóstico de ictus y proporcionando los cuidados adecuados en cada caso para intentar minimizar la extensión del daño cerebral. En ese equipo colaboran médicos/as de urgencias, neurólogos/as, enfermeros/as y auxiliares de enfermería, técnicos/as de radiología y radiólogos/as, coordinados para buscar el mejor resultado clínico. La persona afectada será acompañada por las distintas instalaciones del hospital por un celador/a, que tiene también un papel esencial en la aplicación de la necesaria premura debida en esta enfermedad.

Si la persona afectada cumple una serie de requisitos, en cuanto a tiempo de evolución de los síntomas y extensión del daño cerebral ya consumado en el momento de su evaluación, en algunos casos puede valorarse la aplicación de los denominados **tratamientos de reperfusión** que, mediante fármacos o dispositivos extractores que se introducen en el sistema circulatorio a través de la ingle, intentarán frenar el proceso, disolviendo o retirando el trombo que impide el paso de la sangre y favoreciendo que esta vuelva a irrigar el tejido cerebral.

En otros casos no es posible aplicar dichos tratamientos, pero aun así es posible minimizar el daño mediante el adecuado control de las constantes vitales y las complicaciones que puedan ir surgiendo.

“El primer tratamiento de reperfusión disponible (en Asturias desde 2012) fue el rtPA, un fármaco que, administrado por vía intravenosa en las primeras 4.5 horas de evolución del ictus, mejora las probabilidades de recuperación del paciente. Desde hace poco se dispone de los denominados **tratamientos endovasculares**, que permiten acceder con un catéter al punto de la circulación donde se encuentra el trombo, entrando en general por una arteria que pasa por la ingle, y sacar el trombo del punto donde está obstruyendo el flujo sanguíneo. En este caso la ventana terapéutica se prolonga hasta las seis horas. Algunos pacientes con hora de inicio desconocida también pueden ser tratados, si las pruebas de imagen muestran la existencia de tejido cerebral salvable”.



"Sea cual sea la unidad en la que ingrese la persona afectada, el equipo de enfermería le acompañará las 24 horas del día y será clave para optimizar la evolución de la enfermedad mediante la aplicación de cuidados que le procurarán confort, le facilitarán la adaptación a su nueva situación, tratarán de prevenir las complicaciones y le enseñarán a mejorar su autonomía".



"Las pruebas a aplicar varían en cada caso. El equipo médico determinará el plan diagnóstico en función de las características del ictus. En general, en las personas jóvenes, es necesario realizar estudios más amplios, ya que pueden existir causas atípicas implicadas en el desencadenamiento del ictus".

¿Es necesario el ingreso hospitalario? ¿Dónde?

Casi siempre lo es. La ubicación de la persona afectada varía en función de su estado y del tipo de cuidados que precise, pudiendo ser tributaria de ingreso en una Unidad de Neurología, en una Unidad de Medicina Interna, en una Unidad de Ictus o en una Unidad de Cuidados Intensivos.

La **Unidad de Ictus** es una unidad especial dentro del Servicio de Neurología, donde se realiza una vigilancia neurológica estricta durante las primeras 24-72 horas del ingreso, instaurando las medidas terapéuticas oportunas para disminuir el riesgo de que la persona se deteriore y solventar las posibles complicaciones.



Figura 4. En la Unidad de Ictus se aplican protocolos de vigilancia semiintensivos para optimizar la evolución de cada caso.

Durante el ingreso hospitalario hay varios objetivos que cumplir:

1. **Establecer un diagnóstico**, no sólo confirmando que se trata de un ictus, sino también determinando cuál ha sido su causa. Para ello será necesario realizar diversas pruebas:
 - Análisis de sangre y orina.
 - Pruebas para evaluar el funcionamiento del corazón (como ecografías o Holter).
 - Pruebas radiológicas para determinar si las arterias están sanas y para valorar la evolución de la lesión cerebral.
 - Consultas a otros servicios hospitalarios cuando concurren otras patologías o determinadas complicaciones.



2. **Aplicar el tratamiento adecuado**, que establezca al/la paciente y reduzca al mínimo las secuelas. A este respecto, debe tenerse en cuenta que **los primeros días son los más complicados**. En algunos casos, puede repetirse el ictus; en otros, pueden presentarse complicaciones cerebrales o generales (como las infecciones, sobre todo respiratorias o urinarias).

En este proceso intervendrán diversos profesionales y servicios. Si bien el responsable principal del cuidado de la persona afectada al comienzo de su ingreso hospitalario será un/una neurólogo/a, es imprescindible el trabajo coordinado del personal de enfermería, personal subalterno, profesionales de los servicios de Rehabilitación, Salud mental, y un largo etcétera de profesionales sanitarios.

En algunos casos, puede llegar a plantearse la necesidad de una intervención quirúrgica, bien a nivel cerebral (intervendrá en ese caso el Servicio de Neurocirugía) o bien sobre arterias muy enfermas (en cuyo caso se encargarán los Servicios de Cirugía Vascul ar o Neurorradiología Intervencionista).

3. **Cuidar del/la paciente**. En todos los casos, el/la enfermero/a valorará las necesidades de cuidados de cada paciente y pondrá en marcha un plan de cuidados dirigido a lograr su mayor nivel de autonomía (física, emocional), ayudarle en la satisfacción de sus necesidades básicas (nutrición, eliminación) y procurar su seguridad y confort.

El plan de cuidados incluye intervenciones para que el/la paciente y cuidador/a principal:

- Adquieran los conocimientos necesarios para la modificación de los factores de riesgo y prevenir recurrencias futuras.
- Sigam las medidas que refuercen o adopten estilos de vida saludables.
- Reconozcan los síntomas de las complicaciones de la enfermedad, cómo se manifiestan y qué hacer si se presenta alguno de ellos.
- Adquieran las habilidades necesarias para lograr el mayor grado de independencia cuando vuelva a casa.

Este plan se inicia en el hospital y se continúa en el centro de salud, hasta adquirir las destrezas necesarias.

"En ictus de gran tamaño puede producirse un edema en los primeros días de evolución que llegue a comprometer la supervivencia del paciente. En esos casos, puede plantearse la necesidad de una intervención neuroquirúrgica que alivie la presión dentro del cráneo y evite una evolución fatal".



Participa activamente en tu recuperación.

¿Cuáles son los principales síntomas y secuelas que puede acarrear el ictus?

Como se mencionó anteriormente, las manifestaciones del ictus pueden ser muy variables de persona a persona en función de la zona del cerebro afectada. Aunque el propósito de esta guía no es realizar una revisión sistemática de estos aspectos, sí vamos a intentar un mínimo recuento de los más frecuentes. Debe tenerse en cuenta que, en general, los síntomas que la persona percibe son consecuencia de una lesión en el lado contrario del cerebro. Cada mitad del cerebro, o hemisferio, controla la parte contraria de nuestro cuerpo.

PARESIA. Es el término médico que define a la pérdida de fuerza muscular. Cuando la pérdida de fuerza es completa, se denomina "plejía". Puede afectarse un solo segmento corporal (brazo, pierna o cara), o toda la mitad del cuerpo, en cuyo caso se habla de hemiparesia (o en su caso, de hemiplejía).

Durante los primeros días, los miembros afectados permanecen flácidos, sin tono muscular. Después, si no se recupera la fuerza, el tono de los miembros se va incrementando y, al cabo de unas semanas o meses, los encontraremos con un tono muscular muy aumentado que tiende a fijar el brazo en flexión (como si fuera en cabestrillo) y la pierna en extensión.

HIPOESTESIA. Así se denomina a la pérdida de sensibilidad derivada del ictus y que, al igual que la paresia, puede afectar a un segmento o a todo el hemicuerpo. Algunas personas experimentan sensaciones anormales en la zona afectada (hormigueos, acorchamiento, incluso dolor o sensaciones desagradables al tacto normal).

TRASTORNOS VISUALES. El más frecuente tras el ictus es la **hemianopsia**, o pérdida de la capacidad de ver medio campo visual. La persona afectada sólo percibe los objetos situados en la mitad derecha o izquierda del campo, y este hecho afecta por igual a ambos ojos, dificultando tareas como la lectura o la simple deambulación, pues tiende a chocar con objetos situados en la mitad del campo visual que no percibe. Otra alteración visual frecuente tras el ictus es la **diplopía** o visión doble, debida a la descoordinación del movimiento de ambos ojos. Esta alteración se corrige al cerrar cualquiera de los dos ojos y tiende a mejorar con el tiempo.



"Este hecho justifica la peculiar forma de andar de los pacientes hemipléjicos, que se conoce como "marcha del segador".

HEMINEGLIGENCIA. Se trata de una profunda alteración de la sensibilidad, ya sea corporal o visual, que impide a la persona afectada prestar atención a todo lo que ocurre o la estimula por el lado afecto. En casos extremos, no reconoce su enfermedad (niega tener problema alguno, aunque para los demás sea evidente su parálisis) o incluso puede llegar a no reconocer sus miembros como propios (contempla su brazo y afirma que no es suyo).

Evidentemente, este trastorno interfiere severamente en las posibilidades de recuperación del/la paciente, que difícilmente va a colaborar en la resolución de un problema que no reconoce padecer.

AFASIA O DISFASIA. Son la expresión del daño en los centros de lenguaje. En algunos casos el/la paciente no entiende lo que se le dice (afasia sensitiva) y en otros es incapaz de construir y combinar correctamente las palabras y frases, emitiendo un lenguaje poco comprensible (afasia motora).

Un problema distinto es la **DISARTRIA**, que conlleva una dificultad para la pronunciación. No se trata, por tanto, de un problema conceptual, sino motor: lo que falla es la movilidad de los músculos que intervienen en la articulación de las palabras.

Tanto la disartria como la disfasia pueden tener distinta gravedad, desde trastornos sutiles, apenas perceptibles, hasta impedir totalmente la comunicación (**mutismo**).

ATAXIA. La persona afectada conserva la fuerza muscular, pero no es capaz de coordinar los movimientos adecuadamente. La ataxia puede afectar a cualquier miembro (la mano no será capaz de llevar la cuchara a la boca) o manifestarse a la hora de caminar, en forma de dificultades para mantener el equilibrio o coordinar el movimiento de las piernas en la marcha.

Las que hemos mencionado son las alteraciones más frecuentes y evidentes del ictus, pero hay muchas otras. En el apartado de cuidados de esta guía trataremos de modo más extenso la **disfagia** (dificultad para tragar) y las **dificultades esfinterianas o sexuales**, pero no debemos olvidar los **trastornos emocionales** (la depresión es especialmente frecuente en los meses que siguen al ictus) y **cognitivos** (la persona afectada puede tener dificultades de memoria, concentración, atención o velocidad de procesamiento de la información), que pueden tener una profunda repercusión sobre su capacidad de reintegrarse a su vida cotidiana.



Desde el ingreso
trabajaremos
para facilitar
la vuelta al hogar.

¿Es difícil la vuelta a casa?

Es distinta en cada caso. Algunas personas consiguen una recuperación completa, mientras que otras quedan con secuelas más o menos graves, que pueden obstaculizar su reincorporación a una vida normal, o incluso la vuelta a su domicilio habitual.

La **planificación del alta hospitalaria** se abordará desde las fases iniciales del ingreso y en ella deben participar los profesionales, la persona afectada y sus familiares o cuidadores/as. No se extrañe si, en el hospital, se presenta un profesional de Trabajo Social para interesarse por las condiciones de su vivienda o por cuántas personas conviven en casa. Es necesario iniciar lo antes posible una evaluación de todos estos aspectos para ayudarles en la vuelta al hogar.

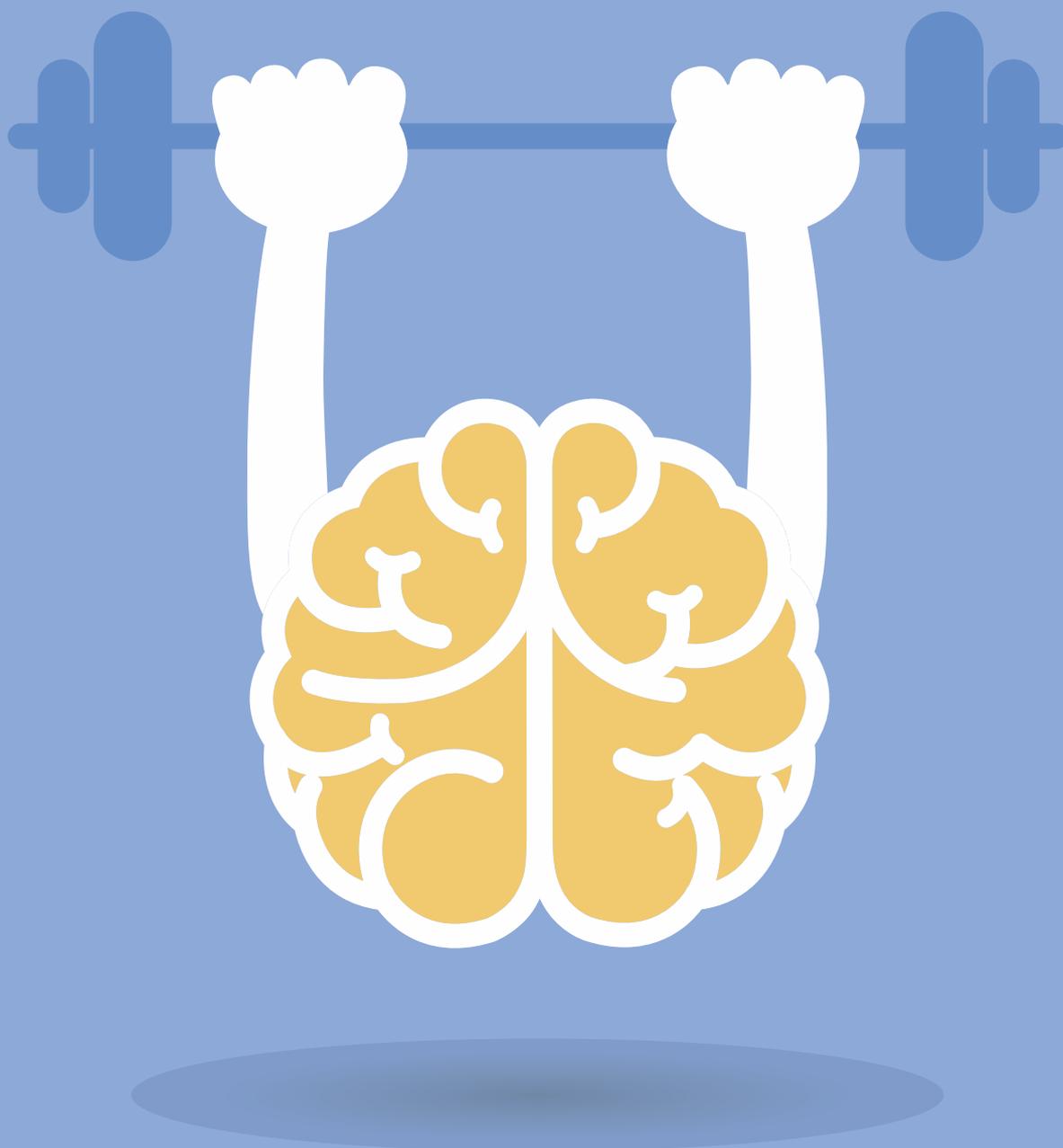
Al ser dado de alta del hospital recibirá un **INFORME MÉDICO** con los aspectos más relevantes relacionados con su enfermedad: las causas que la provocaron, las pruebas que se le realizaron y los tratamientos que fueron necesarios durante su ingreso. Igualmente, se detallará el tratamiento médico que se aconseja seguir en su domicilio y las medidas que se recomienda adoptar para evitar recaídas y acelerar su reincorporación social, familiar y laboral hasta donde sea posible.

Del mismo modo, recibirá un **INFORME DE ENFERMERÍA**, donde se detallan los cuidados que ha recibido en el hospital hasta el momento del alta y los que debe continuar recibiendo en su domicilio, según el criterio del equipo de enfermería que lo atiende.

Se llevará una copia de cada uno de estos informes y desde el hospital enviarán otra copia a su centro de salud.

Una vez que ha abandonado el hospital, el equipo médico y de enfermería de su **centro de salud** serán los responsables de su seguimiento integral. También podrá necesitar la ayuda de otros profesionales (trabajadores/as sociales del centro de salud o ayuntamiento, fisioterapeutas, etc.). Si en los primeros días en su domicilio no recibe la llamada de su Equipo de Atención Primaria, póngase en contacto con ellos.

CUIDADOS EN EL **ICTUS**





“La disfagia puede ser consecuencia de:

- Un reflejo de deglución atenuado.
- La disminución de los movimientos de la faringe.
- Una alteración en la movilidad de la lengua”.



“Las complicaciones más importantes de la disfagia son:

- Neumonía por aspiración.
- Malnutrición o deshidratación por una reducción del aporte de alimentos y líquidos”.



“En gran parte de los casos, el problema de la disfagia es temporal, y mejora en los primeros días o semanas, pero en algunos pacientes puede ser permanente”.

ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN

El ictus produce con frecuencia parálisis de los músculos. Como hemos mencionado, la hemiparesia o dificultad para movilizar la mitad del cuerpo es un síntoma muy común que, con frecuencia, lleva aparejada la parálisis de los músculos de la garganta o la lengua y, con ella, una dificultad más o menos grave para tragar, que recibe el nombre de **disfagia**. A veces es tan importante que el/la paciente tiene incluso problemas para tragar su propia saliva.

Por otro lado, tras el ictus, hay otros factores que pueden hacer que la persona afectada tenga dificultades para alimentarse por sí misma, tales como alteraciones en la movilidad, dificultades de visión, falta de atención y desorientación, etc. Todos estos factores, junto con la disfagia, pueden conducir a complicaciones graves, como la **broncoaspiración**, que es el paso de alimentos sólidos o líquidos a las vías respiratorias, con riesgo de infección de las mismas. De hecho, la infección respiratoria es la causa más importante de muerte una vez transcurridos los primeros días tras el ictus.

Nuestro objetivo, a este respecto, debe ser conseguir una alimentación e hidratación segura y eficaz, que será fundamental para la recuperación del/la paciente.

¿Cuándo se puede volver a comer?

El problema de la disfagia es tan frecuente en los primeros días tras el ictus que, como medida de seguridad, es posible que la persona afectada deba permanecer **sin comer**, administrándosele sueros para aportar hidratación, energía y sales minerales.

En función de la evolución de sus síntomas, se intentará reintroducir la alimentación oral, pero previamente será necesario **valorar su capacidad de tragar**. Para ello se utiliza un método sencillo, seguro y fácil de realizar, que consiste en administrar al/la paciente distintos volúmenes y viscosidades de agua con espesante, a fin de determinar qué tipo de alimento es más seguro y elegir así la dieta más adecuada en cada caso.

Generalmente, se presentan a la persona afectada tres viscosidades distintas: **néctar, miel y pudding** (figura 5), observando si tiene dificultades con cualquiera de ellas en volúmenes crecientes.

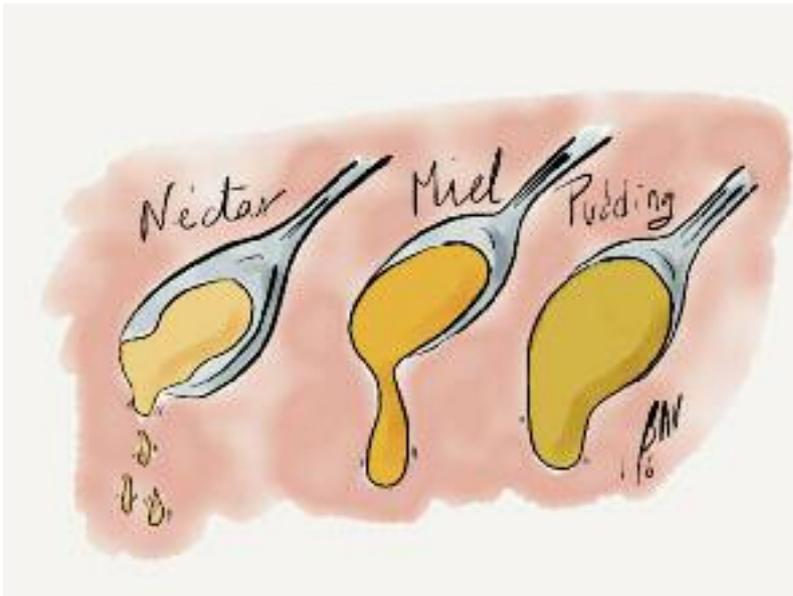


Figura 5. Viscosidades néctar, miel y pudding.

Generalmente, la disfagia secundaria al ictus se manifiesta de manera más acusada con los alimentos de menor viscosidad o líquidos, siendo más sencillo tragar alimentos más espesos.

¿Qué nos debe hacer sospechar que el/la paciente tiene disfagia?

Hay un montón de datos que la anuncian y es necesario conocerlos para evitar complicaciones. Debemos sospechar un trastorno de la deglución en caso de que el/la paciente:

- **Carraspee** frecuentemente y tenga dificultades para tragar su propia saliva.
- **Se atragante** con determinados alimentos, sobre todo con los líquidos.
- Tenga **tos o estornudos** durante y después de las comidas.
- Tenga **movimientos disminuidos de la boca y de la lengua**.
- Presente dificultad evidente para **controlar la saliva**.
- No pueda **cerrar totalmente los labios**.
- Tenga **residuos de alimento** en la lengua o en la boca.
- **Regurgite** alimentos o líquidos hacia la boca o la nariz.
- Mastique o degluta **descoordinadamente**.



"La disfagia es un problema muy frecuente en personas de edad avanzada, no sólo tras un ictus sino en el contexto de otras patologías neurológicas, o asociada al envejecimiento. La mayoría de las observaciones y recomendaciones que aquí se mencionan son aplicables también en estos casos".

- Necesite **mucho tiempo** para comer y beber, prolongándose la comida más de 30 minutos.
- Necesite tragar una cucharada **en varias veces**.
- Cambie el timbre de su voz durante el tiempo de la comida (**voz húmeda**).
- **Se fatigue** durante el acto de alimentarse.
- **Pierda peso**.
- Tenga **picos de fiebre** de origen desconocido.
- Tenga **infecciones respiratorias** repetidamente.

¿Cómo actuar si el/la paciente tiene disfagia?

Si el/la paciente tiene dificultades para alimentarse por la boca (vía oral) porque no traga correctamente, es conveniente seguir algunas recomendaciones para conseguir una alimentación segura y efectiva, que desglosaremos a continuación, a fin de evitar complicaciones.

Lógicamente, si las pruebas realizadas indican una imposibilidad completa para la alimentación oral, será necesario buscar alternativas, como la colocación de una sonda nasogástrica, de la que hablaremos más adelante.

En caso contrario, el/la paciente debe comer siempre bajo la **supervisión** del personal de enfermería o de su familia o cuidador/a y, si puede, es preferible que se alimente **por sí mismo** (que coja la cuchara), aunque tenga que usar la mano no dominante. La autoalimentación ayuda a prevenir la aspiración y favorece la autoestima.



“La mano dominante es la mano que solemos utilizar habitualmente para las maniobras de precisión (los diestros la derecha, los zurdos la izquierda). Si la mano dominante está paralizada, no queda más remedio que utilizar la no dominante”.



Figura 6. Utensilios adaptados para facilitar la independencia en la alimentación.



Para facilitar la alimentación, puede ser de ayuda el uso de platos con reborde, cubiertos con mangos especiales, vasos y platos antideslizantes, vasos escotados y tazas de succión o con asa especial, que se pueden adquirir en tiendas especializadas. (Figura 6).

Recomendaciones generales para alimentar a una persona con disfagia

Antes de comenzar, deben tenerse en cuenta una serie de cuestiones previas:

1. El/la paciente no debe comer si está adormilado/a o muy nervioso/a, pues esas circunstancias favorecen la broncoaspiración. Debe estar **despierto/a y tranquilo/a**.
2. Se programará la comida cuando la persona se encuentre más descansada, dando **tiempo suficiente** para comer, evitando la fatiga y la frustración.
3. **Las prótesis dentales** deben estar bien colocadas y ajustadas. Si no lo están, es preferible que coma sin ellas, adaptando la alimentación.
4. Se recomienda un ambiente tranquilo, **evitando distracciones** como la televisión, radio, conversaciones o cualquier estímulo que produzca risa, llanto, etc. El/la paciente debe estar concentrado/a en el acto de tragar para minimizar el riesgo (figura 7).

“El vaso escotado es un vaso ancho que presenta un largo escote o recorte, que permite introducir la nariz, lo que posibilita beber sin necesidad de inclinar la cabeza”.

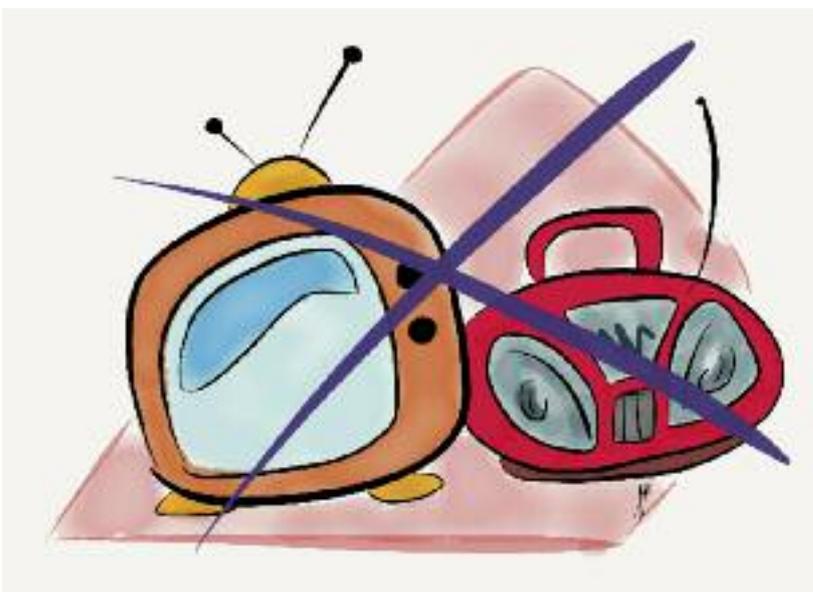


Figura 7. Evitar distracciones durante la comida.



“La elevación de la cabecera favorece el descenso del alimento por el esófago hacia el estómago y dificulta su regurgitación.

La inclinación de la cabeza hacia adelante cierra la vía aérea, mientras que, si la cabeza se queda hacia atrás, la vía aérea se abre más, favoreciendo que el alimento se vaya por ahí”.

Es muy importante que la **colocación de la persona** sea correcta:

1. **En la cama:** Se elevará la *cabecera de la cama en un ángulo de 45°*. Si no se dispone de una cama articulada, se incorporará al/la paciente, manteniendo la espalda recta (no se incorporará sólo la cabeza) ayudándose de almohadas. Las rodillas estarán ligeramente flexionadas (a 15°, para que la posición sea más cómoda). La *cabeza se inclinará ligeramente hacia adelante* en el acto de tragar (el/la paciente debe mirar a su ombligo).
2. **En una silla:** La persona debe permanecer erguida en ángulo recto, con la cabeza un poco inclinada hacia adelante en el momento de tragar. Los pies deben estar apoyados en el suelo y los brazos sobre la mesa.

Si el/la paciente no puede alimentarse por sí mismo/a, la persona que lo ayuda a comer debe **colocarse a su misma altura o un poco más baja**. De esa manera, se evita que el/la paciente tenga que extender la cabeza, posición más peligrosa. No es conveniente que el/la paciente se quede sólo/a durante las comidas y tampoco es conveniente hablar durante la alimentación.

Antes de dar la siguiente cucharada se comprobará que la boca no tiene alimentos y, si el tiempo que tarda en comer es mayor de 30-45 minutos, se programarán raciones más pequeñas y frecuentes.

El alimento se administrará con cubiertos, evitando el uso de pajitas y jeringas, que no ayudan al acto de tragar.



Figura 8. Evitar pajitas y jeringuillas para beber líquidos.



Después de comer, se debe comprobar que no quedan restos de comida en la boca (en tal caso, se retirarán para evitar atragantamientos). Se debe realizar una **buena higiene de la boca**, incluyendo el paladar, y limpiar la dentadura postiza tras cada comida.

Al finalizar la comida, el/la paciente no debe acostarse. Se mantendrá **incorporado/a durante al menos 30-60 minutos**, con el fin de evitar el reflujo del alimento desde el estómago.

¿Qué hacer si el/la paciente se atraganta?

1. **No darle de beber** agua ni ningún líquido.
2. **No darle palmadas** en la espalda (el alimento podría desplazarse más hacia adentro).
3. Inclinar a la persona **hacia adelante e invitarla a toser con fuerza**. Una vez que haya cedido la tos, manteniendo la inclinación, debe tragar con fuerza repetidamente para eliminar los restos de alimento que puedan estar retenidos en la garganta.
4. Una vez que pase el episodio puede tomar agua, espesada o no en función de las posibilidades del/la paciente.

“La higiene oral es de la máxima importancia. Si no se realiza correctamente se favorece el crecimiento de bacterias que podrían colarse en la vía aérea produciendo una infección”.

Consejos dietéticos para el/la paciente con disfagia

Los alimentos triturados deben tener una **textura fina y homogénea**. Los grumos, pieles, pepitas, espinas, cartílagos, tendones o esquirolas de hueso favorecen los atragantamientos.

Deben incluirse en la dieta alimentos **variados** y de buena calidad, cuidando la elaboración para que resulten lo más **apetitosos** posible.

Dado que en muchas personas con disfagia los líquidos producen invariablemente atragantamiento, la forma correcta de administrarlos es mezclándoles un **espesante**, en la cantidad necesaria para conseguir la viscosidad que sea segura para cada paciente.

Otra forma interesante de hidratación la proporciona el **agua gelificada**. Se trata de una bebida en textura gel que se puede conseguir con diversos sabores. Otras formas de hidratación empleadas, como las **gelatinas industriales o los hela-**

dos, deben usarse con precaución o evitarse, pues al mezclarse con la saliva se hacen líquidas.

Teniendo en cuenta los dos principios apuntados (viscosidades homogéneas y adaptadas al/la paciente), se presenta a continuación una **lista de alimentos a evitar**:

1. Alimentos o bebidas muy calientes.
2. Alimentos que contengan tropezones: sopa con tropezones, yogures con trozos, fruta o verdura con semillas. Todos ellos favorecen el atragantamiento.
3. Alimentos secos que se dispersan en la boca al morderlos, como pan, patatas fritas, galletas, etc.
4. Alimentos duros, como los frutos secos.
5. Pescados a los que sea complicado retirarles las espinas.
6. Carnes con tendones o cartílagos que no se puedan retirar antes de meterlos en la boca.
7. Alimentos pastosos que se pegan en la boca o "hacen bola" como el pan de molde, leche condensada o plátano.



"La decisión de colocar una sonda nasogástrica o incluso una gastrostomía no implica que el paciente no pueda volver a comer por vía natural. Con el tiempo y, en algunos casos, con ejercicios específicos, algunos de los pacientes que precisan de estas medidas pueden recuperar la capacidad de tragar, y pueden retirarse las sondas. En otros casos (los más graves) la gastrostomía será una solución permanente".

¿Qué opciones existen si el/la paciente no puede alimentarse por la boca?

Si la disfagia es tan importante que ni siquiera los alimentos adaptados son una opción, puede ser necesaria (la mayoría de las veces de modo temporal) una sonda. Se trata de tubos especiales que se introducen por la nariz hasta el estómago (**sonda nasogástrica**), o directamente en el estómago a través de la pared del abdomen (**gastrostomía endoscópica percutánea**), para evitar las complicaciones del atragantamiento.

A medida que el/la paciente va mejorando, es muy probable que pueda recobrar la capacidad de tragar y la sonda deje de ser necesaria.

A continuación, veremos algunos detalles de ambas técnicas.

SONDA NASOGÁSTRICA (SNG)

Se opta por esta modalidad cuando se prevé que su necesidad se prolongue durante un **período inferior a 2 meses**.

Si se necesita sonda nasogástrica es recomendable seguir una serie de normas para evitar complicaciones:

1. Mantener **una posición correcta** cuando está pasando la alimentación. La persona debe estar sentada o semisentada.
2. Mantener el tapón de la sonda cerrado cuando no se use.
3. La sujeción de la sonda a la nariz debe cambiarse con frecuencia. Se debe **marcar la sonda** a nivel de la nariz para controlar si se sale.
4. No se olvide que la **higiene bucal** también es importante cuando la persona se alimenta por sonda. Con la sonda controlamos la entrada de los líquidos y alimentos, pero la saliva sigue siendo un peligro potencial.
5. Se recomienda **limpiar los orificios nasales a diario** y apoyar la sonda cada día en un lugar distinto de la nariz para evitar llagas (figura 9).



Figura 9. Fijación de la sonda nasogástrica (SNG).

GASTROSTOMÍA (PEG)

Si el período previsto de alimentación por sonda es **mayor de dos meses**, se recomienda ubicar la sonda directamente en el estómago a través de la pared abdominal (gastrostomía) (figura 10). Así evitaremos las erosiones que puede producir la sonda nasogástrica a su paso. Al igual que la sonda nasogástrica, no constituye una medida irreversible: si el/la paciente consigue alimentarse por la boca, podría retirarse.



“Uno de los problemas de la sonda es que se desplace hacia afuera, con lo que su extremo distal ya no estará en el estómago, sino más arriba, y puede dar problemas. Por eso es conveniente medir qué longitud del tubo queda fuera de la nariz”.



“El procedimiento de colocación de la sonda es sencillo y con pocas complicaciones. Para ello se introduce un endoscopio en el estómago, se oscurece la estancia y se identifica la zona de la pared del abdomen en la que se ve más la luz del endoscopio. Se elige ese punto, se practica una incisión en la pared del abdomen y por ahí se introduce y fija la sonda”.

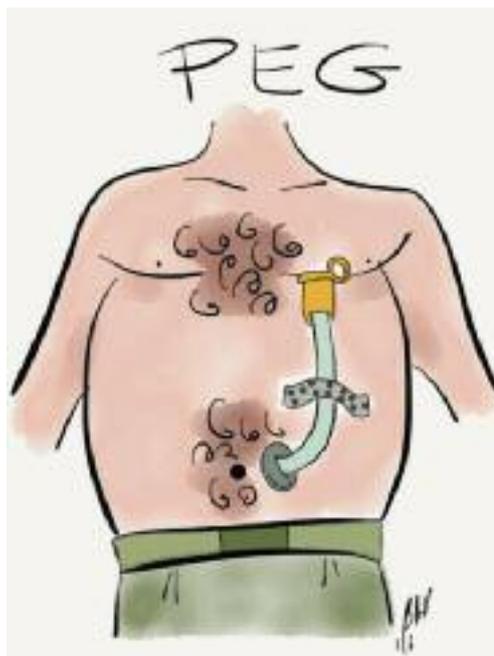


Figura 10. Fijación de la sonda PEG.

Una vez colocada la sonda PEG es recomendable:

1. **Limpiar a diario** la piel alrededor de la sonda y las conexiones con agua y jabón.
2. Poner unas gasas y tapar con un esparadrapo suave, y **cambiar diariamente el esparadrapo** y el lugar de sujeción de la sonda.
3. Su manejo es sencillo y los cuidados necesarios serán explicados por el personal de enfermería antes del alta y en su centro de salud.



"Una alimentación adecuada constituye una de las bases de la salud vascular. Busque siempre una alimentación equilibrada y huya de las "dietas milagro".

¿Qué tipo de alimentación es la más adecuada si el/la paciente puede tragar sin problemas?

Una **alimentación equilibrada**, con aporte calórico y proteico suficiente, que se ajuste a su gasto energético, y una adecuada hidratación son fundamentales para mantener un buen estado general. La mala nutrición predispone a la formación de úlceras cutáneas, a la acumulación de líquidos y merma las defensas, lo que facilita las infecciones.

En general, las **verduras, las hortalizas y los cereales** son la base de una alimentación sana. En nuestro menú diario, las verduras, las hortalizas y la fruta deben ocupar la mitad del mismo, los diversos cereales una cuarta parte y las proteínas la cuarta parte restante.

En la figura 11 se representa la composición de un plato saludable.



Figura 11. Composición del plato saludable.

Es muy conveniente distribuir los alimentos **en cinco tomas diarias**, con la siguiente proporción aproximada de las calorías a ingerir:

Desayuno y media mañana	35 %	de la ingesta del día
Comida	30 %	"
Merienda	10 %	"
Cena.....	25 %	"

¿Qué es la dieta mediterránea?

La denominada **dieta mediterránea** ha ido ganando popularidad a lo largo de las últimas décadas, a la par que demostraba, en múltiples estudios científicos, su capacidad para reducir el riesgo de desarrollar una enfermedad vascular. Para llevarla a cabo debemos ajustarnos a los siguientes principios generales:

1. Consuma alimentos **vegetales en abundancia**: frutas, verduras, hortalizas, legumbres y frutos secos al natural (por ejemplo: 30 gr de nueces / día).
2. Utilice el **aceite de oliva** (mejor si es aceite de oliva virgen extra) como grasa de elección para cocinar y aliñar las comidas.
3. Consuma **cereales no refinados**: pan integral, pasta integral, arroz integral,...

4. Consuma **pescado** regularmente (pescado azul 2 veces por semana) y huevos con moderación (3 – 4 por semana).
5. Consuma diariamente una cantidad moderada de **productos lácteos** (mejor si son desnatados, salvo en mayores de 75 años, en quienes sería más aconsejable la toma de lácteos semidesnatados).
6. Consuma ocasionalmente **carnes rojas** y, a ser posible, formando parte de platos a base de verduras y cereales.
7. Evite los alimentos procesados. Utilice **alimentos frescos**.
8. Utilice fruta fresca como postre habitual.
9. El agua es la bebida de elección de una dieta saludable. **Evite las bebidas alcohólicas.**

¿Hay alimentos que se deberían evitar?

Ya hemos mencionado las bebidas alcohólicas que, tajantemente, deberían evitarse. Hay otros que, si no se evitan, **al menos deberían consumirse de modo muy ocasional**. Es conveniente tener presentes los siguientes:

- Leche entera, yogur no desnatado, nata, cremas y flanes, batidos, leche condensada y quesos curados.
- Embutidos, hamburguesas, beicon, vísceras y patés.
- Manteca de cerdo, tocino, aceites de coco o palma.
- Frutos secos salados, fritos o tostados (los frutos secos son saludables, pero siempre al natural).
- Refrescos.
- Salsas hechas con mantequilla, margarina, leche entera y grasas animales.
- Bollería y repostería en general. Chocolate con menos del 75% de cacao.
- Galletas, aperitivos tipo ganchitos, cortezas, etc.
- Alimentos procesados industrialmente como sopas de sobre, empanadillas, croquetas, fritos de pescado, empanados de pollo, pizzas, etc.

Por otra parte, debería evitarse consumir **sal en exceso**. No es conveniente añadir demasiada sal en la condimentación de los alimentos, pero es preciso tener en cuenta que el 80 % de la sal que ingerimos procede de alimentos procesados, como los platos precocinados.

Con respecto a las grasas, no todas ellas son igualmente nocivas. Con frecuencia se habla de grasas saturadas, grasas *trans* y grasas mono o poliinsaturadas. Son las dos primeras las que deberíamos evitar, pero ¿en qué alimentos están contenidas?

- Son grasas saturadas (**a evitar**) las grasas de origen animal, las contenidas en la leche entera y derivados no desnatados, o en el aceite de palma y coco.
- Son grasas *trans* (**también a evitar**) las que contienen las margarinas hidrogenadas, la bollería industrial, o los alimentos fritos como aperitivos, etc.
- Y son grasas poli o monoinsaturadas (**no perjudiciales**) las contenidas en los frutos secos al natural, en el pescado, en el aceite de oliva, o en las semillas (maíz, girasol, soja).

Una última cuestión a considerar es la **técnica culinaria**. A la hora de preparar los alimentos, es fundamental evitar las frituras. Cocine los alimentos al vapor, hervidos, asados, guisados, a la plancha, al horno o en el microondas. No olvide, además, que a la hora de cocinar la carne es fundamental retirar toda la grasa visible, al igual que la piel en el caso de las aves.

Si usted está acostumbrado a una dieta asturiana clásica, todas estas normas le parecerán imposibles de cumplir. Sin embargo, todo es ponerse, buscar variedad en los alimentos y experimentar. Si lo hace, le aseguramos que disfrutará de una dieta sana y enteramente satisfactoria desde el punto de vista culinario.

Puede encontrar algunas ideas en la página web <https://dietamediterranea.com/> donde nos proponen recetas y menús saludables, mediterráneos y económicos para todos los días del año.

¡Elija más salud,
aprende a cocinar
de manera
saludable!



"Es importante limitar lo más posible el tiempo de inmovilización del paciente, a fin de evitar el desacondicionamiento y la atrofia muscular".

MOVILIDAD

¿Qué problemas de movilidad puede tener el/la paciente tras el ictus?

La pérdida de fuerza o **parálisis** en una parte del cuerpo es una de las manifestaciones más conocidas del ictus, pero no la única, que puede alterar la capacidad de moverse del/la paciente. En función de la zona del cerebro afectada, también puede producirse **falta de coordinación** o **pérdida de control** del movimiento, incluso manteniendo una fuerza normal.

En el hospital, como medida general tras el ictus, la persona afectada deberá guardar **reposo en cama** hasta que su estado neurológico se estabilice.

En cuanto sea posible, y siempre bajo prescripción médica, comenzará a levantarse al sillón y, posteriormente, comenzará a caminar (figura 12).



Figura 12. Ayuda y acompañamiento al empezar a caminar.

Durante los primeros días de la evolución de la enfermedad, la persona afectada será incluida en un **programa de rehabilitación** y serán los rehabilitadores y fisioterapeutas quienes le enseñarán los ejercicios más adecuados para su recuperación.

No obstante, desde el primer momento del ingreso, el personal de enfermería iniciará un **plan de cuidados individualizado**, tras identificar los problemas que presente el/la paciente, con el fin marcar unos objetivos específicos, y este plan se irá modificando de acuerdo con su evolución.

Uno de los principales objetivos es conseguir la **máxima colaboración de la persona afectada** en su cuidado, fomentando así su autonomía y su autoestima, sin olvidar que el apoyo de su entorno familiar constituye un pilar fundamental para su recuperación.

Tras el alta hospitalaria, deberá seguir llevando a la práctica todos los consejos recibidos en el hospital y consultar en su centro de salud cualquier nueva duda que le pueda surgir.

¿Cuáles son las principales complicaciones relacionadas con la inmovilidad? ¿Cómo se pueden evitar?

La inmovilización en cama, si bien es indispensable en los primeros momentos tras el ictus, debe ser limitada en el tiempo, pues genera una serie de problemas secundarios, que se agravan a medida que la inmovilización se alarga.

Por otro lado, muchas de las personas afectadas experimentan una parálisis de uno o varios miembros como consecuencia del ictus e, independientemente del efecto de la parálisis en sí, los miembros inmóviles o con poca movilidad pueden presentar complicaciones específicas.

A ello contribuye la frecuente **pérdida del esquema corporal**. Es decir, dependiendo de la zona del cerebro que se dañe, muchas personas afectadas no son capaces de percibir la localización y relación de determinadas partes de su cuerpo, lo que dificulta notablemente la ejecución de los movimientos voluntarios y el desempeño de tareas.

A continuación, se comentan algunas de las complicaciones más frecuentes:

1. **Posturas anormales de las extremidades. Rigideces articulares:** cualquier articulación del lado paralizado corre el riesgo de quedarse rígida y adoptar posturas forzadas debido a la inmovilidad. Además, puede aparecer la **espasticidad (aumento del tono muscular y resistencia a la movilización)** como consecuencia del daño cerebral. La espasticidad puede originar dolor y dificultar algunos movimientos. Suele aparecer días o semanas después del inicio del ictus.



“Usted es el principal protagonista de su recuperación y su familia la primera colaboradora”.



“La espasticidad es una contracción involuntaria y permanente de algunos músculos paralizados que deforma la articulación e impide su movimiento”.



"La malnutrición proteica también contribuye a la aparición de lesiones cutáneas, por lo que es un aspecto fundamental a cuidar".

2. **Dolor en el hombro paralizado:** el dolor característica-mente aumenta con la movilización. Puede ser consecuencia de contracturas musculares locales, pero también contribuye a él **la inestabilidad de la articulación**, debida a la pérdida de fuerza de la musculatura, de tal manera que el mismo peso del brazo produce un "descolgamiento" en la articulación, traccionando tendones y ligamentos y lesionándolos.
3. **Heridas o úlceras de presión, por apoyos prolongados:** las úlceras son lesiones en la piel que aparecen, generalmente, en las zonas del cuerpo sometidas a una presión continua. Lo más frecuente es que aparezcan en las zonas de **relieve óseo** sobre las que se apoya el peso corporal, como las caderas, los talones, la espalda y el sacro (la parte inferior de la espalda) (figura 13).

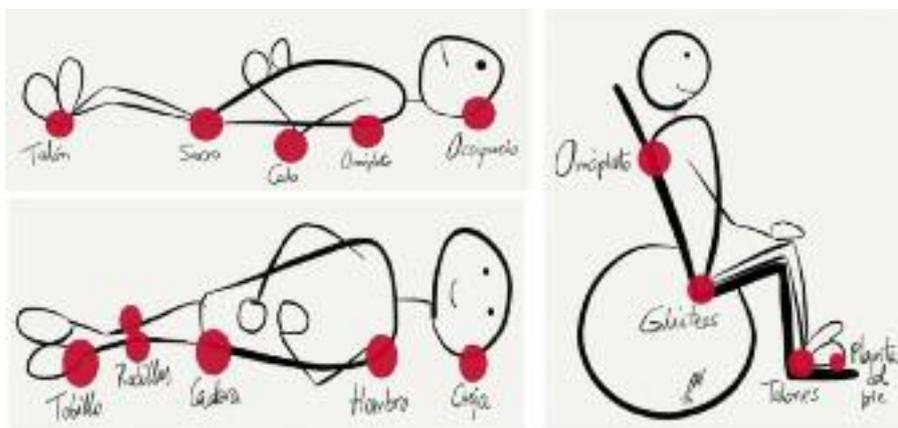


Figura 13. Zonas de presión con riesgo para la aparición de úlceras (heridas) por presión.

4. **Problemas venosos:** la falta de movimiento enlentece el retorno de la sangre por las venas, por lo que es frecuente que se produzca hinchazón (edemas), sobre todo en los tobillos. Una complicación más grave y menos frecuente relacionada con el sistema venoso sería la tromboflebitis, que consiste en la formación de coágulos en las venas de las piernas.
5. **Dificultades respiratorias:** la inmovilidad y la falta del reflejo de la tos pueden producir un acúmulo de secreciones (moco, saliva) en las vías respiratorias, dificultado la respiración y la entrada de oxígeno. El cerebro necesita un aporte constante de **oxígeno** para vivir y, al mismo tiempo, es el órgano que controla la respiración, por lo que la interacción es bidireccional. A fin de mantener una

oxigenación adecuada, es posible que sea necesario administrar oxígeno durante el ingreso. También se enseñará al/la paciente a realizar respiraciones profundas y a estimular la tos para evitar el acumulo de secreciones.

Con el fin de prevenir todas estas complicaciones, es conveniente seguir las siguientes **recomendaciones**:

1. Evitar pasar demasiado tiempo en la cama. Siempre por indicación médica (en el hospital) se puede **levantar a un sillón de respaldo alto** mañana y tarde.
2. Si es posible, se utilizarán **colchones y cojines antiescaras**.
3. Si el/la paciente no se puede levantar, deberían realizarse **cambios de postura** cada dos horas, y aliviar la posición incorporando al/la paciente en la cama (adoptando la posición de sentado) durante breves periodos de tiempo.
4. Las movilizaciones deben realizarse **siempre despacio**. Se le explicará primero al/la paciente qué se va a hacer, para que le sea más sencillo colaborar en los movimientos. No deben realizarse movilizaciones incontroladas.
5. En general, siempre que tengamos que hacer algún tipo de movilización, conviene hacerlo **por el lado paralizado**. El/La paciente tiende a ignorar ese lado. Muchas veces no sólo falta el movimiento, sino también la sensibilidad, la visión, la percepción de su propio cuerpo y cuanto más le estimulemos más favoreceremos su recuperación.
6. **El miembro paralizado es extremadamente frágil**, así que debemos tratarlo con mucho cuidado. Por ello:
 - a) Nunca debemos tirar del brazo paralizado para levantar o movilizar a la persona afectada, porque se podría producir una lesión.
 - b) Cuando la persona esté sentada, **el brazo debe quedar apoyado** sobre un reposabrazos o un cojín, evitando la postura "colgante" o caída.



“Los colchones antiescaras suelen estar hechos de cloruro de polivinilo, un material flexible, con conducto que se inflan alternativamente mediante un compresor de aire. De esa manera evitan que se ejerza presión constantemente en las mismas zonas del cuerpo y mejoran el flujo sanguíneo”.

¿Cuál es la postura correcta del/la paciente tras el ictus?

Es muy importante colocar correctamente a la persona tras sufrir un ictus, no sólo para evitar lesiones, sino porque estamos proporcionando información al cerebro de la correcta alineación de las articulaciones y favorecemos la recuperación

de los patrones normales de movimiento, buscando así la mejor recuperación funcional posible.

Acostada sobre la espalda

- El brazo afectado debe estar **estirado a lo largo del cuerpo** sobre una almohada, con la palma de la mano hacia abajo y los dedos extendidos.
- Hay que **evitar que el pie afectado rote hacia afuera**. Para ello colocaremos una almohada bajo la cadera y la cara externa del muslo.
- Es conveniente que los dedos del pie queden hacia arriba, con un **ángulo en el tobillo de 90 grados**. Para ello puede colocarse una almohada bajo la planta del pie o dispositivos ortopédicos con medidas de protección para el talón (figura 14).



Figura 14. Acostado sobre la espalda.

Acostada de lado, sobre la parte sana

- La cabeza descansará inclinada ligeramente hacia delante sobre la almohada.
- El tronco debe quedar bien alineado, formando un ángulo recto sobre la superficie de la cama.
- El brazo afectado debe colocarse **extendido hacia adelante** sobre una almohada, con el codo mínimamente flexionado y la palma de la mano hacia abajo con los dedos extendidos.

- El brazo sano descansará donde resulte más cómodo. Por su parte, la pierna sana descansará plana sobre la cama con la cadera un poco extendida y con una ligera flexión de rodilla.
- La pierna afectada debe apoyarse sobre una almohada. El pie debe estar **completamente apoyado sobre ella y no colgar**. La cadera y la rodilla permanecen con algunos grados de flexión (figura 15).



Figura 15. Colocación de lado, sobre el lado sano.

Acostada de lado, sobre el lado paralizado

Es una de las posiciones más importantes, porque el peso del cuerpo descansa sobre el lado afectado y esto ayudará a la persona afectada a tomar conciencia de él.

- Cabeza alineada con el tronco.
- Colocaremos una almohada en la espalda, encajada entre la cama y la persona, para evitar que gire.
- El brazo afectado estará **extendido, con la palma hacia arriba**.
- Es muy importante la colocación del hombro afectado. Para posicionarlo correctamente pondremos una de nuestras manos debajo del hombro y de la escápula y tiraremos de ellos hacia adelante.
- Pierna afectada extendida a nivel de la cadera y ligeramente flexionada en la rodilla.
- Pierna sana adelantada sobre una almohada, con flexión de cadera y rodilla (figura 16).



Figura 16. Colocación de lado, sobre el lado afectado.

Colocación correcta en la silla

- Caderas, rodillas y tobillos deben estar **en ángulo recto**, con el/la paciente bien apoyado/a en el respaldo.
- Cabeza y tronco estarán bien alineados, con el peso repartido equitativamente sobre ambas nalgas.
- El brazo afectado debe colocarse sobre un reposabrazos para evitar que se descuelgue, o bien el/la paciente puede tener las manos entrelazadas y apoyadas en una mesa frente él.



“Llamamos transferencias a los desplazamientos desde una posición o ubicación a otra. Por ejemplo, desde la cama a la silla”.

¿Cuál es la forma adecuada de realizar las transferencias?

Antes de nada, es preciso explicar al/la paciente el movimiento que se va a llevar a cabo, para que pueda colaborar al máximo en su realización.

Paso de la posición acostada sobre la espalda a sentada en la cama

- **Lo primero es colocar a la persona de lado**, mirando hacia el lado de la cama por el que se va a levantar. Para girarla, se dobla la rodilla y cadera del lado contrario y se voltea el cuerpo. Ojo con el brazo afectado: si giramos sobre él hay que separarlo del cuerpo para que no quede aprisionado; en caso contrario lo situamos sobre el cuerpo.

- **Para realizar el giro**, tiramos del cuerpo colocando una mano sobre la cadera y otra en la escápula. Ya lo tenemos de lado.
- Nos situamos en el lateral de la cama, frente al/la paciente. **Sacamos sus piernas de la cama**, situando nuestra mano debajo de ellas. La otra mano la colocamos **en la espalda** (no en el cuello), pasándola bajo su cuerpo, por encima del hombro o por debajo de las axilas.
- Por fin, **tiramos e incorporamos al/la paciente**. Se recomienda que quien haya realizado o ayudado en la maniobra mantenga el apoyo con sus manos para evitar posibles caídas por mareo.

Paso de la posición de pie a sentada

Para sentarse, el/la paciente tiene que caminar hacia atrás, hacia el asiento, lo que plantea una dificultad añadida: el/la paciente no ve la silla, pues la tiene a su espalda.

- Tenemos que empezar ayudándole a **caminar hacia atrás**, trasladando el peso de su cuerpo de un lado a otro, hasta que sus piernas contacten con el asiento.
- Con sus piernas contactando con el asiento y sus manos agarrándonos por los costados, debemos **dejar caer cuidadosamente** a la persona en la silla, flexionando sus piernas.
- Para ello, colocaremos una mano en su espalda y la otra en su cadera. **Nuestras rodillas frenarán las suyas** como protección. La acompañaremos en el movimiento de dejarse caer cuidadosamente en la silla. La enderezaremos si queda mal colocada (figura 17).



“Es importante que el paciente utilice zapatillas cerradas. Las zapatillas abiertas se salen con facilidad del pie, sobre todo del afectado, convirtiéndose en un obstáculo más para el movimiento”.



Figura 17. Posición adecuada para ayudar a sentarse

■ Paso de la posición de sentada a la posición de pie

- La persona estará situada lo más cerca posible del borde del asiento. Para que levantarse resulte más fácil, debe tener sus pies separados (uno delante, el otro un poco por detrás), como si quisiera dar un paso, sus rodillas entre las nuestras, inclinada hacia delante, sus manos agarrándonos de los costados. **Nunca del cuello.**
- Colocaremos una mano a la altura del costado (debajo de las axilas) y la otra en la pierna. Dependiendo del grado de afectación del/la paciente y de nuestra capacidad física, puede ser necesario colocar una de las manos a nivel de la parte posterior de su cadera, para poder tirar más eficazmente.
- Indicaremos al/la paciente que debe ir primero **hacia adelante**, hasta sentir el peso en la zona anterior de los pies, y **después incorporarla** a la vez que nos echamos hacia atrás, acompañándola posteriormente en el enderezamiento. Nuestros pies servirán de freno.

■ ¿Cómo empezar a caminar?

En el hospital la persona afectada contará con el apoyo de profesionales que le enseñarán a dar los primeros pasos. Se trata de un proceso a veces duro, que requiere paciencia y dedicación.

En ocasiones, será preciso utilizar ayudas para caminar (muleta, bastón, andador), reguladas a una altura correcta, que le será aconsejada por el fisioterapeuta y que, normalmente, es la altura de la cadera.

Al principio suele ser necesario el **apoyo de otra persona**, que se situará en el lado débil. La ayuda puede realizarse de dos formas:

- a. El acompañante **abraza al/la paciente por detrás**, situando su mano bajo la axila del/la paciente, y sujetando con la otra mano el peso del brazo paralizado.
- b. El acompañante sitúa sus **manos a ambos lados de la cadera** y le acompaña en el cambio de peso cuando camina (debe llevar el peso al lado contrario antes de adelantar la pierna).

Si el/la paciente puede **deambular con bastón**, primero avanzará este, después la pierna débil, y finalmente la pierna sana, con pasos cortos.

Si utiliza **andador**, se debe introducir dentro del marco del andador, que siempre debe ir adelantado.

Sea como sea, el/la paciente debe caminar erguido, atento a su entorno y a su propio ritmo.

¿Cómo subir y bajar escaleras?

Dada la peligrosidad que entraña esta maniobra, el/la paciente la realizará siempre acompañado y siguiendo las siguientes instrucciones:

- **Subirá los escalones** uno a uno, cogiendo el pasamanos con la mano sana adelantada respecto al cuerpo, ascendiendo primero la pierna más fuerte y después la más débil.
- **Para bajar será al revés**, descendiendo primero la pierna afectada y después la sana, mientras se sujeta en el asidero.
- Si no hubiera pasamanos, usará la muleta y podrá apoyarse en la pared (si existe).

¿Cómo alcanzar objetos bajos?

Es una maniobra difícil, que puede hacer que la persona pierda el equilibrio y se caiga, por lo que debe prestar atención a cada movimiento para evitar la caída.

Es recomendable **apoyar siempre el brazo sano** en un lugar firme para ayudarse a la hora de agacharse y de incorporarse.

¿Cómo prevenir las caídas?

El/la paciente que ha sufrido un ictus presenta un alto riesgo de caídas durante el periodo agudo y, en función de las secuelas, puede persistir un alto riesgo durante los primeros meses tras la vuelta a casa o incluso de modo permanente (figura 18).



Figura 18. Las alfombras aumentan el riesgo de caídas.

Por su parte, el miedo a una caída puede reducir su actividad y propiciar un estilo de vida sedentario, que altere su estado funcional y de salud.

Para evitar las caídas es conveniente seguir las siguientes **recomendaciones:**

Recomendaciones para evitar las caídas

1. **Los ejercicios** recomendados por el fisioterapeuta serán esenciales para fortalecer la musculatura y entrenar el equilibrio.
2. Es conveniente retirar las alfombras, evitar los suelos encerados o húmedos (cocina y baño) y **quitar todo tipo de obstáculos** en el suelo (objetos pequeños, muebles, adornos, cables).
3. **En el baño:** poner asientos o sillas de plástico adaptados en la bañera o ducha, para evitar el cansancio, además de asideros.
4. **En la cocina:** situar los objetos de uso diario a una altura fácil de alcanzar, evitando los estantes muy altos o bajos.
5. **Poner barandillas** a ambos lados de las escaleras.
6. **Iluminar correctamente** toda la casa (pilotos nocturnos o luz encendida por la noche).
7. **Vestir ropa y calzado adecuados:**
 - a. Los pantalones no deben ser demasiado largos: que no arrastren por el suelo y se puedan pisar.
 - b. Utilizar zapatos con suela antideslizante, planos y cerrados.
 - c. Evitar chanclas, calzado blando y/o abierto.
 - d. Evitar caminar en calcetines.
8. Colocar **un taco de goma** en el bastón, las muletas o el andador.
9. **Mucha precaución con las mascotas:** es conveniente ponerles un cascabel para percatarse de su presencia.
10. **No apresurarse** a responder a una llamada telefónica (si es importante ya volverán a llamar), o abrir la puerta cuando suena el timbre. Con prisas, puede tropezar y caerse.
11. Tener especial cuidado **si se toma medicación para dormir.** Es conveniente levantarse despacio y primero sentarse en la cama.

¿Qué hacer en caso de caída?

1. No se asuste y siga las siguientes recomendaciones.
2. Compruebe si nota dolor importante y si puede mover los brazos y las piernas. Si nota **mucho dolor o algún miembro paralizado**, solicite ayuda a su entorno, a través de un dispositivo de alerta a distancia si dispone de él o llamando al 112 si es posible.
3. Si se encuentra bien se podrá tratar de levantar, solo/a o con ayuda, pero solo si cree que es posible realizarlo de forma segura. En caso contrario, solicite ayuda.
4. **Para levantarse**, debe colocarse **boca arriba** y flexionar las rodillas y las caderas. A continuación rodará hacia un lado, mejor el sano (evite dejar el brazo afectado detrás), y adelantará la pierna que queda arriba, para pasar a la posición a **cuatro patas**. Gateará hasta un apoyo (cama o silla) donde se agarrará, para primero flexionar la pierna sana y pasar a la **posición de caballero** y finalmente **incorporarse**. Después se girará lentamente y se sentará.



“La posición de caballero o de petición de mano, es la que adoptaban los caballeros en las películas de la Edad Media, en presencia del rey, con una rodilla hincada en el suelo y la otra pierna adelantada, con el pie apoyado en el suelo y la rodilla en ángulo recto”.

ASEO

La higiene diaria es fundamental para evitar que la piel se lesione, disminuir el riesgo de infecciones (especialmente si existe incontinencia urinaria o fecal), y para **que la persona afectada se sienta y se vea mejor**.

Tras sufrir el ictus, es posible que necesite ayuda para su aseo y cuidado personal. Si no se puede desplazarse, la higiene se realizará **en la cama**. Si puede desplazarse, la realizará **en el baño**, bajo la supervisión del personal de enfermería en el hospital o de un familiar en su domicilio. Como en todos los ámbitos, también en este es importante fomentar la independencia.

Otro aspecto a considerar es **la higiene bucal**, que debe realizarse tras cada comida, y el **afeitado**, que se realizará preferiblemente con maquinilla eléctrica.

¿Cómo se realiza el aseo en la cama?

Si la capacidad de movimiento está muy limitada y no es capaz de desplazarse, ni siquiera con ayuda, es mejor hacer el aseo en la cama. Es importante, no obstante, que el/la paciente participe en el aseo con la mano no afectada (lavarse la cara y otras zonas del cuerpo).

Se lavará con una **esponja y jabón neutro**, prestando especial atención al secado de **los pliegues** de la piel, ya que la humedad favorece, especialmente en esas zonas, el crecimiento de bacterias y hongos.

Es importante no interrumpir el aseo y no dejar sólo al/la paciente. El aseo debe realizarse con **agua templada** y, prefe-



Figura 19. Afeitado más seguro con maquina.

riblemente, con la persona acostada sobre la espalda, avanzando desde la cabeza hacia los pies y **revisando las zonas de apoyo**, por si estuviesen enrojecidas. Para ello, y para asear la espalda del/la paciente, se girará sobre el lado no afecto, procurando siempre secar muy bien.

Se puede aprovechar el momento del aseo para cambiar las sábanas.

Es conveniente una adecuada **hidratación de la piel** con cremas protectoras.

¿Cómo llevar a cabo el aseo en el baño de forma segura?

Siempre que sea posible, el aseo se realizará dentro del cuarto de baño.

Las primeras semanas se aconseja que el/la paciente esté **acompañado**, de modo que se le pueda ayudar o suplir en el aseo personal. A medida que recupere fuerzas y equilibrio, y hayamos realizado las adaptaciones necesarias en la casa y el baño, **fomentaremos su autonomía**, con una supervisión directa para aumentar la seguridad.

Una silla cerca, a su altura, facilita que pueda lavarse la cara, peinarse o afeitarse de forma autónoma.

Es **preferible la ducha** a la bañera (figura 20), y es conveniente colocar una silla o taburete en el plato de ducha y un asidero en la pared de la ducha o bañera que le permita agarrarse y evitar caídas. En ambos casos ayuda la colocación en el suelo de alfombras antideslizantes.



Figura 20. Ducha adaptada y segura para el baño.

Si utilizamos la bañera, podemos usar **una tabla o un asiento** (que deberá quedar firmemente sujeta) para que el/la paciente se sienta en caso de que tenga problemas para mantenerse de pie.

Para realizar el paso a la tabla o al asiento, siempre se recomienda **empezar por el lado afectado**, desplazando la pierna afectada dentro de la bañera con las manos entrelazadas. A continuación, elevará y desplazará activamente la pierna sana dentro de la bañera (figura 21).



Figura 21. Cómo pasar a la tabla de la bañera.

Podrá lavarse y secarse sentada sobre la tabla y, posteriormente, volver al exterior realizando la maniobra inversa (sacando en primer lugar la pierna sana).

Es muy importante **comprobar la temperatura del agua** para evitar quemaduras, sobre todo si tiene algún trastorno sensitivo, que le puede impedir notar la temperatura del agua.

Otros detalles a tener en cuenta en el aseo son los siguientes:

- La **iluminación** debe ser adecuada.
- Son útiles los **grifos monomando** para no tener que utilizar las dos manos al regular la temperatura del agua, y disminuir el riesgo de quemaduras.

- Es conveniente utilizar manoplas o esponjas de **mango largo** para facilitar el alcance de todas las partes del cuerpo.
- Es útil colocar **dispensadores** de gel o champú fijos en la pared.
- Procure tener peines o cepillos de **mango largo**.
- Existen **espejos reclinables**, que pueden facilitar la visión cuando se está en una silla de ruedas.

Tras el baño es muy importante **secar bien la piel** e hidratarla con cremas protectoras, especialmente en las zonas de prominencias óseas: hombros, codos, espalda, talones, etc.

¿Qué hay que tener en cuenta a la hora de cepillarse los dientes?

Es muy importante mantener una buena higiene bucal. Al principio, el paladar y la encía se pueden **limpiar con una gasa**, con cuidado de no provocar náuseas.

Los dientes (o las prótesis) se cepillarán después de cada comida, al igual que la lengua (figura 22). El cepillado de dientes es más fácil con un cepillo de dientes eléctrico.



Figura 22. Mantener una buena higiene dental a diario.

Sentada en un principio, el/la paciente dejará el miembro superior afecto sobre el borde del lavabo. Incluso si la mano afectada tiene muy poco movimiento, podrá utilizarla para sujetar el cepillo de dientes mientras pone el dentífrico.

Tan pronto como sea posible, **se pondrá de pie** para lavarse los dientes.

¿Qué hay que tener en cuenta a la hora de usar el inodoro?

Al principio, y dependiendo de su estado, la persona afectada puede necesitar **usar pañal**. Ir al baño implica retirar la ropa y volverla a poner después, mantener la posición en el inodoro y limpiarse.

Cuando esté preparada para usar el inodoro, pueden serle útiles los siguientes consejos:

- Existen unas **adaptaciones para los WC** (elevadores con doble hendidura, delantera y trasera) que hacen que la altura del asiento sea mayor, de modo que le resulte más fácil sentarse, levantarse y realizar la higiene a la hora de ir al baño.
- Pueden instalarse **asideros de apoyo** en el WC, para que el/la paciente pueda agarrarse y mantener la postura sentado. También le ayudarán a levantarse y sentarse de forma segura (figura 23).
- El papel higiénico ha de estar **accesible**.



Figura 23. Asideros de apoyo al lado del inodoro.

ELIMINACIÓN

En la fase aguda del ictus es muy frecuente que el/la paciente pierda la capacidad para controlar la orina. Se producen, a este respecto, dos tipos de problemas frecuentes: la **retención** y la **incontinencia** urinarias. Afortunadamente, los trastornos de la micción suelen ser transitorios, si bien en algunas personas puede prolongarse en el tiempo.

¿Qué es la retención urinaria y cómo se puede solventar?

La **retención urinaria**, muy frecuente en la fase aguda del ictus, consiste en la imposibilidad del/la paciente de vaciar la vejiga, unida a la imposibilidad de percatarse de que está llena.

Cuando la vejiga se va llenando (la orina se produce, pero no se expulsa), llega a un punto en que se pueden escapar pequeñas cantidades de orina (**orina por rebosamiento**), que pueden dar la falsa impresión de que la micción es normal. Esta situación puede acabar dañando los riñones, al volver hacia ellos la orina que no está saliendo por vía natural (reflujo), produciendo asimismo molestias o dolor, por lo que será necesario el empleo de **una sonda vesical** para drenar la orina hasta que mejore el tono de la vejiga.

En ocasiones, sobre todo en los días iniciales del ictus y en personas que tienen dificultades de comunicación, puede ser complicado detectar lo que le está ocurriendo al/la paciente, que puede simplemente mostrarse **agitada o inquieta**, por lo que siempre debe tenerse en cuenta esta posibilidad.

En cuanto el estado de la persona lo permita, se debe intentar **retirar la sonda** con el objetivo de disminuir el riesgo de infección.

¿Qué hacer en caso de incontinencia urinaria?

La incontinencia es la incapacidad para controlar la expulsión de la orina, que se escapa involuntariamente. A veces la persona se da cuenta de que su vejiga se va a vaciar, pero es demasiado tarde y no le da tiempo a llegar al inodoro (**urgencia miccional**) mientras que, otras veces, siente necesidad de orinar cada muy poco tiempo.

La incontinencia puede dar lugar a la erosión de la piel de la zona. Para prevenirla, es muy importante realizar una higiene correcta y mantenerla **siempre limpia y seca**.

Es preciso comenzar desde el principio a **reeducar la vejiga** para intentar recuperar el control del esfínter de la orina. No obstante, en la fase inicial puede ser necesario utilizar **pañales o compresas** adaptados a hombres y a mujeres (figura 24).

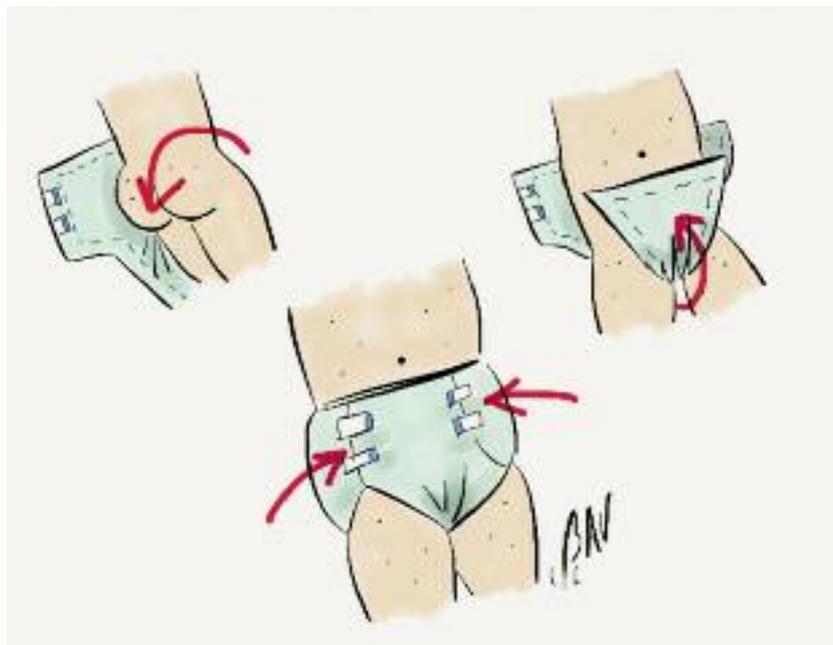


Figura 24. Colocación correcta de un pañal.

Algunas de las **medidas que pueden ayudar a la reeducación vesical** son las siguientes:

1. Establecer un **horario** para orinar durante el día, usando la cuña o botella o acudiendo al inodoro, a ser posible, cada 2-3 horas.
2. Si la persona no es capaz de comunicarse, anímela a realizar algún **gesto sencillo** con el que indique la necesidad de orinar.
3. Esté **atento a las señales** que nos indican que puede sentir la necesidad de orinar, tales como nerviosismo, sudoración o enfado.
4. Si su estado lo permite, **anímele a sentarse** lo antes posible para orinar. En cuanto sea posible, debe ir al aseo para orinar.
5. Es bueno que el/la paciente intente realizar una micción para dejar la vejiga vacía **antes de acostarse**.

6. El/la paciente debe tener a su disposición un sistema para **poder avisar** cuando siente la necesidad de orinar.
7. Siempre se mantendrá la **máxima intimidad posible**, en un ambiente tranquilo, relajado, cómodo y sin prisas.

¿Cómo prevenir el estreñimiento?

El estreñimiento es relativamente frecuente en las personas que han sufrido un ictus, y fácilmente explicable por los cambios en el estilo de vida que condiciona: la inmovilidad, la ingesta escasa de líquidos o una alimentación inadecuada son, con frecuencia, factores contribuyentes.

Para su manejo se recomienda:

1. Tomar **alimentos** ricos en fibra y **líquidos** abundantes (1,5-2 litros diarios, salvo contraindicación médica).
2. Establecer un **horario** para intentar la deposición, de acuerdo con su hábito previo.
3. El/La paciente debe mantener la máxima **actividad física** que su estado permita.
4. Es importante estar **relajado**, en un ambiente íntimo.
5. Deben **evitarse los esfuerzos** importantes: en algunos casos puede ser precisa la prescripción de algún fármaco que le ayude.
6. Se debe **evitar la automedicación**, para evitar la dependencia de laxantes y enemas.

En ocasiones, puede producirse **diarrea** por consumo de alimentos inadecuados, alimentación por sonda, sobreutilización de laxantes, antibióticos, etc. Generalmente, esta situación se resuelve controlando la causa que la origina o con la dieta astringente adecuada. Si es intensa o duradera, debe consultarse al/la médico/a.

VESTIDO

¿Cómo debe proceder el/la paciente para vestirse y desvestirse sola?

Al principio, el acto de vestirse puede suponer un gran esfuerzo para el/la paciente, sobre todo cuando la movilidad está muy reducida. Vestirse requiere movilidad, pero también habilidades, y es conveniente desarrollar una metodología y una rutina que faciliten la operación.

Como norma general, al igual que en muchas otras tareas, es preferible **que el/la paciente se vista solo/a**, aunque le cueste más y haya que ayudarla puntualmente.

Es importante, asimismo, mantener la **ropa ordenada y accesible**, preparada previamente en el orden en que debe ponerse, y ese orden debe ser siempre el mismo. El/la paciente debe **estar sentada** y sin prisa.

Se **comenzará siempre por la extremidad afectada** y se terminará por la sana. **Para quitar la ropa, al contrario.**

Veamos algunos ejemplos:

1. Ponerse una camiseta.

- a. Colocar la camiseta sobre las piernas boca abajo.
- b. Comenzar por el brazo afectado y subir la manga tan arriba como se pueda.
- c. Introducir la cabeza y, después, el brazo sano.

2. Quitarse una camiseta.

- a. Subir la camiseta tanto como pueda con el brazo sano, sujetarla detrás del cuello y, después, sacarla por encima de la cabeza.
- b. Sacar el brazo sano y, después, el afectado.

3. Ponerse una camisa.

- a. Introducir el brazo afectado y subir la manga al máximo.
- b. Tomar el cuello de la camisa por detrás de la nuca y acercar la otra manga al brazo sano.
- c. Introducir el brazo sano. Comenzar a abrocharse por el botón más bajo y continuar hasta arriba.

4. Quitarse una camisa.

- a. Una vez desabotonada, sacar el brazo sano, pasar la camisa por la espalda y terminar sacando la manga del brazo afectado.
- b. Otra opción sería quitársela como si fuera una camiseta.

5. Ponerse la ropa interior y pantalones.

- a. El/la paciente entrelazará sus manos (entrecruzando los dedos con el pulgar afectado por encima del pulgar sano) y agarrará la pierna afectada por debajo de la rodilla, colocándola encima de la sana.
- b. Introducir el pie afectado por la pernera hasta la rodilla. Meter el pie sano y subir ambas perneras al máximo. De pie, subirse el pantalón y abrocharse.

6. Ponerse los calcetines.

- a. Colocar la pierna afectada sobre la pierna sana.
- b. Abrir el calcetín con la mano sana e introducir la punta del pie. Poco a poco subirlo (figura 25).

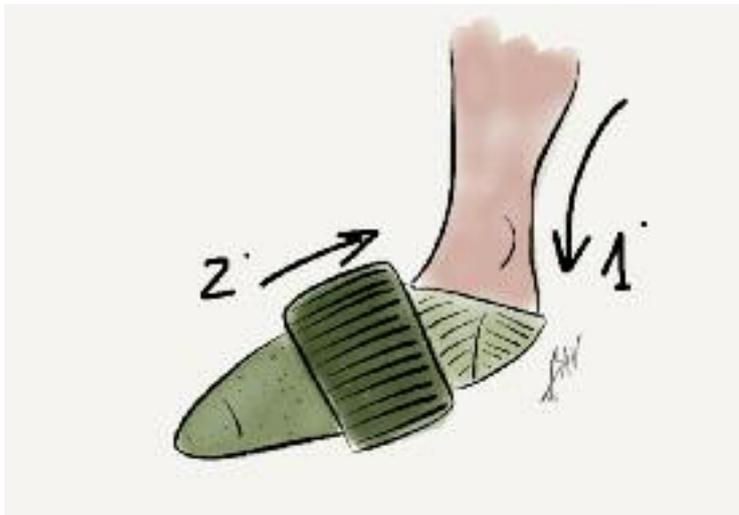


Figura 25. Pasos para ponerse un calcetín

7. Ponerse los zapatos.

- a. La pierna se coloca cruzada como ya se ha explicado anteriormente.
- b. El resto depende del tipo de zapato: se recomiendan velcros y cordones elásticos. Si no se tiene este tipo de calzado, existen ayudas técnicas para introducir los cordones y que estos se cierren con un gesto sencillo.

¿Qué prendas de vestir son más adecuadas?

El uso de **ropa cómoda** facilitará la autonomía de la persona por lo que, al principio, es mejor utilizar prendas de vestir **prácticas y holgadas**, para poder ponerlas con facilidad, pero lo suficientemente ajustadas como para no tropezarse con ellas, ni que se queden enganchadas (mejor utilizar camisetas sin puños).

Se recomienda el uso de **ropa deportiva con elástico** en la cintura (tipo chándal), zapatillas con velcro, ropa sin botones, y evitar las arrugas de la ropa para que no se hagan úlceras.

Los **zapatos** deben ser cómodos y cerrados, para que el pie esté sujeto, provistos de material antideslizante o de suela rugosa. Son útiles los calzadores de mango largo para facilitar el acto de calzarse.

SEXUALIDAD

¿El hecho de haber tenido un ictus es un obstáculo para mantener relaciones sexuales posteriormente?

No debería serlo. Es normal que, en las primeras semanas tras el ictus, no exista **apetencia sexual** pero, si la persona era sexualmente activa antes del ictus, es muy probable que vuelva a serlo, generalmente dentro de los tres primeros meses tras el evento.

No obstante, en ocasiones hay problemas, y es necesario tener en cuenta una serie de **factores que pueden repercutir** en las relaciones sexuales tras el ictus:

- La **medicación**. Si se sospecha que alguna medicación interfiere en la vida sexual del/la paciente o le causa impotencia, debe consultarlo con su médico/a. Nunca debe abandonar la medicación por su cuenta.
- Las alteraciones de la **sensibilidad y de la movilidad**.
- Las alteraciones del **lenguaje y del humor**.
- El **miedo** al rechazo o a la falta de deseo por parte de la pareja.
- La **ansiedad y el cansancio**, que afectan a la confianza, la autoimagen y la autoestima.

Lógicamente, **la comunicación con la pareja** es fundamental y constituye el primer paso para retomar la intimidad. Es importante expresar todos los temores para lograr superarlos. El miedo puede llevar a evitar los encuentros íntimos y esto sólo desencadena más ansiedad.

En general, a medida que aumenta la capacidad de autocuidado y el control de la higiene personal, también lo hace **la autoestima**, con lo que la persona se sentirá mejor y más atractiva para su pareja.

¿El acto sexual aumenta el riesgo de sufrir un ictus?

En general, la respuesta es no, aunque es conveniente consultar al médico/a en cada caso. Normalmente, se podrá reanudar la actividad sexual tan pronto como la persona se sienta preparada, sabiendo que esto no aumentará el riesgo de padecer un nuevo ictus.

Es normal que, durante el acto sexual, aumenten las pulsaciones cardiacas y se acelere la respiración, pero no más que durante la actividad diaria normal.

¿Hay alguna recomendación que pueda ayudar a retomar la actividad sexual?

Hay algunos factores que, a pesar de ser obvios, merecen la pena comentarse:

1. Cuando tenga una relación sexual, comience despacio, y hágalo cuando se encuentre **descansado/a y con tiempo suficiente**.
2. Es preferible que su pareja se aproxime **por su lado sano**, de forma que usted pueda sentir los estímulos y responder adecuadamente.
3. La parálisis puede dificultar el acto sexual, pero no impide la relación sexual. Pruebe diferentes posturas y recuerde: **el sexo es mucho más que el coito**.
4. La mayor parte de las alteraciones sexuales que se producen tras un ictus pueden ser tratadas y los beneficios de una buena salud sexual (mejora el sistema inmunológico, reduce la tensión arterial, el dolor, el estrés, mejora la salud mental...) hacen que sea importante que retome su vida sexual con entera normalidad.



Figura 26. Momentos íntimos tras un ictus.

COMUNICACIÓN

¿Qué problemas de lenguaje puede acarrear un ictus?

En función de la zona del cerebro afectada, las personas que han sufrido un ictus pueden presentar problemas de lenguaje y comunicación. Los más frecuentes son los siguientes:

DISARTRIA: Existe un problema en el habla o la articulación de las palabras (como si se le trabara la lengua), pero la estructura del lenguaje está intacta y puede leer y escribir.

MUTISMO: Es la imposibilidad para emitir ningún sonido.

AFASIA: Es la alteración del lenguaje oral y escrito, bien en la capacidad de comprensión, en la emisión de las palabras o en ambas. También puede acompañarse de problemas para leer y escribir.

En cada caso, las posibilidades de recuperarse dependerán de la extensión de la lesión y del tipo del trastorno del lenguaje. **Cada persona es distinta** según el tipo y la gravedad de la lesión, la personalidad previa, la edad, la profesión... Es importante no compararse ni comparar a su familiar con otros.

En los primeros días puede:

- No hablar nada.
- Hablar de forma descontrolada, utilizando un lenguaje incomprensible.
- Cambiar unas palabras por otras.
- Inventar palabras nuevas, mezclando unas con otras.

Muchas veces, la persona es consciente de su situación y reconoce dónde se encuentra, a los familiares y al personal sanitario. Tiene pensamientos, ideas, sentimientos y opiniones, aunque no pueda expresarlos. A pesar de que no pueda comprender las palabras, entiende con frecuencia los gestos, la entonación, la expresión de la cara y la mirada.

Cuando esto sucede, el/la paciente requerirá la ayuda de un/una **logopeda** que le enseñará técnicas para recuperar al máximo su capacidad de comunicación oral.

¿Cómo podemos mejorar la comunicación con la persona que sufre un trastorno del lenguaje?

Es muy importante combatir la **sensación de aislamiento e impotencia** que puede sentir una persona en esta situación, al no poder hablar como lo hacía antes del ictus.

Pueden ser útiles para el familiar o el/la cuidador/a de una persona con problemas de comunicación las siguientes **recomendaciones**:

- **Evitar ambientes ruidosos**, la televisión, la radio o demasiadas personas en la habitación.
- **Hablar de uno en uno** (no varias personas a la vez).
- No hablarle como si no estuviera presente.
- Colocarse frente a él o en el lado sano, mirarle y captar su atención.
- No interrumpirle.
- No utilizar frases largas y complicadas. Usar **mensajes sencillos**.
- No es necesario hablar alto.
- **No hablarle como si fuera un niño pequeño**.
- Utilizar gestos o señales para apoyar la comunicación verbal.
- Hacer pausas entre frase y frase.
- Utilizar **preguntas cerradas. De respuesta si/no**.
- Confirmar que nos ha entendido.
- Fijarse en los gestos que hace.
- Respetar sus silencios, darle tiempo para hablar y pensar lo que va a decir.
- No elogiar fallos o progresos imaginarios.
- No actuar como si le hubiéramos entendido.
- **No reírse** de expresiones erróneas o sin significado.
- No corregirle constantemente. Si se equivoca repetidamente, cambiar de actividad.
- **No anticiparse a sus frases ni hablar en su lugar**, ya que puede desanimarse.
- Estimularle e **indicarle el progreso** a menudo (sonreír, asentir, elogiar, acariciar...).
- Ofrecerle las ayudas que necesita para ver, oír y articular bien (gafas, audífonos, dentadura postiza...).
- **Estimularle leyéndole** el periódico en voz alta (en función de su capacidad de comprensión), hablándole, poniéndole música que escuchaba antes, paseando, viendo la televisión...

- Realizar juegos de mesa como el parchís, dominó, dados, cartas...
- Darle **álbumes de fotos** para que señale o nombre a los familiares y amigos/as.
- ¡Tener paciencia!
- Puede ser útil el uso de pictogramas (figura 27). Se trata de dibujos que representan una determinada acción, de modo que el/la paciente con problemas de comunicación podría seleccionarlos para hacerse entender.

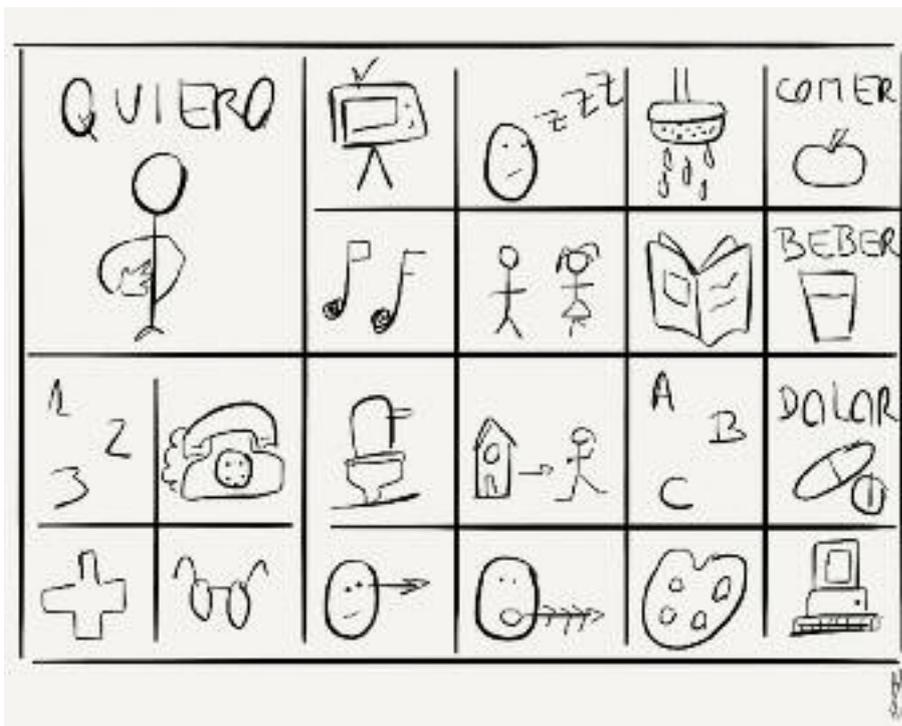


Figura 27. Pictogramas que ayudan en la comunicación.

VIAJES. CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS

El hecho de haber sufrido un ictus no debe impedir la realización de viajes en los distintos medios de transporte, aunque no está de más seguir una serie de recomendaciones:

- Llevar siempre **un informe médico** lo más actual posible con la medicación que está tomando.
- Llevar el informe del **plan de cuidados de enfermería** que precisa.
- Llevar la **receta electrónica** actualizada.
- Llevar **los medicamentos** con usted, no con el equipaje, y en cantidad suficiente para cubrir los días de desplazamiento.

¿Se puede volver a conducir tras sufrir un ictus?

La persona que ha sufrido un ictus y presenta secuelas que puedan interferir con la conducción, debe evitar conducir y debe comunicar su estado a la Dirección General de Tráfico.

El Real Decreto 1055/2015 prohíbe **conducir** hasta al menos **12 meses tras un ictus (infarto o hemorragia cerebral) después de establecidas las secuelas**. Para **volver a conducir**, con informe del/la neurólogo/a (en el que conste la sintomatología existente, el tratamiento prescrito y el pronóstico de evolución), excepcionalmente y a criterio facultativo, se podrá obtener o prorrogar el permiso o licencia con un período de vigencia máximo de un año. Transcurridos tres o más años con estabilidad clínica, el período de vigencia se determinará a criterio facultativo por un máximo de cinco años.

En ocasiones, **las secuelas físicas** del ictus pueden imposibilitar la conducción del vehículo. Sin embargo, la conducción es una actividad muy compleja en la que también intervienen **otras capacidades cerebrales** como son las sensoriales (visuales y auditivas), la atención, la memoria y la orientación. Si hubiera secuelas permanentes se deberá evaluar la necesidad de realizar ciertas **adaptaciones al vehículo** que posibiliten la conducción. Sin embargo, hay una serie de síntomas que, si son persistentes y graves, **impiden definitivamente la conducción**, como son la ceguera cortical, las alteraciones del campo visual (hemianopsias) o la visión doble.

Para poder conducir los/las pacientes deben ser capaces de participar en actividades comunitarias sin necesidad de supervisión, transferirse sin ayuda dentro y fuera del vehículo,

poder realizar varias tareas simultáneamente, seguir instrucciones verbales o escritas simples sin necesidad de ayuda o de apoyo gestual, entender términos relativos a la posición y dirección, conocer las normas de circulación y comprender las señales de tráfico.

El Real Decreto 1055/2015 prohíbe en los AIT (ataque isquémico transitorio), conducir vehículos hasta transcurridos al menos **6 meses sin manifestaciones neurológicas**. Transcurridos al menos seis meses del accidente isquémico transitorio, con informe del/la neurólogo/a en el que se confirme: el diagnóstico de isquemia transitoria, la etiología probable y el tratamiento prescrito, a criterio facultativo se podrá obtener o prorrogar el permiso o licencia por un período de vigencia máximo de un año. Transcurridos tres años con estabilidad clínica, el período de vigencia se determinará a criterio facultativo por un máximo de cinco años.

Estas especificaciones legales son de aplicación a personas con permiso de conducción de las clases AM, A1, A2, A, B, B + E y LCC. Para el resto de permisos se puede consultar el Real Decreto 1055/2015, de 20 de noviembre, por el que se modifica el Reglamento General de Conductores, aprobado por Real Decreto 818/2009, de 8 de mayo.

Las personas discapacitadas que han podido volver a conducir pueden solicitar una **tarjeta de su ayuntamiento**, en caso de tener acreditada la movilidad reducida, para poder estacionar el vehículo en las plazas reservadas a tal efecto.

¿Se puede volar en avión después del ictus?

Aunque es bueno comentarlo previamente con su neurólogo/a, no suele haber ningún problema. En general, se aconseja **esperar dos semanas** antes de coger un vuelo, pues en ese periodo es más probable que se produzcan imprevistos o complicaciones derivadas del ictus.

Si el vuelo es largo y la persona tiene algún problema de coagulación, existe riesgo de desarrollar una trombosis en una pierna, por lo que, aparte de las recomendaciones generales (ingerir abundante líquido, dar pequeños paseos), es conveniente discutir con su médico/a la necesidad de recibir medicación preventiva.

En la mayoría de los aeropuertos se dispone de **servicios de apoyo** para personas con movilidad reducida, que las ayudan a desplazarse por las instalaciones.

VOLVER AL TRABAJO

El ictus es un fenómeno que repercute en la totalidad de las esferas de la vida de quien lo sufre y también en la laboral. La actividad laboral se ve bruscamente interrumpida y, en función de las secuelas, habrá que valorar, una vez superada la fase aguda y el periodo de rehabilitación, si el/la paciente tiene capacidad para reintegrarse a su trabajo, asumiendo las mismas responsabilidades, o no.

¿Qué momento es apropiado para reincorporarse al trabajo?

Con frecuencia, el/la paciente tiene prisa para volver a su rutina habitual, ansiando normalizar su situación, **pero esa urgencia conduce a decisiones precipitadas** y a sentimientos de angustia e incompetencia.

Para evitar situaciones desagradables, es conveniente que la persona tome **conciencia de cuáles son sus secuelas**, qué limitaciones le producen y qué implicaciones tiene todo ello sobre su vida, y para ello es básico el apoyo y la reflexión conjunta con los profesionales que le atienden.

¿Cómo se debe planificar la vuelta al trabajo?

En muchas ocasiones, a la persona le será reconocido un grado de discapacidad, otras veces no. En función de todo ello habrá que **planificar la vuelta al trabajo**. De acuerdo con la empresa será necesario:

1. Analizar cómo se desarrolla el puesto de trabajo y cuáles son las responsabilidades para **anticipar y resolver posibles dificultades**.
2. Siempre que se pueda es preferible que se haga una **reincorporación progresiva**, en la que se vaya graduando el nivel de exigencia y el tiempo dedicado.
3. Una vez que se empiece a trabajar es conveniente ir **reevaluando la situación**, por si hay cambios o adaptaciones que puedan mejorar el rendimiento y la competencia.

EL PAPEL DE LA FAMILIA

¿Qué papel debe jugar la familia del/la paciente con ictus?

El ictus afecta al/la paciente, pero sus consecuencias van mucho más allá, extendiéndose a la familia y al entorno más cercano de la persona que lo ha padecido. La familia y, en particular, el/la cuidador/a deben afrontar de repente una situación nueva para la que no están preparados y que consume todo su tiempo y energía. Todo ello supone una sobrecarga emocional y física que se conoce como “**Síndrome del Cuidador**”.

Mientras la persona afectada debe intentar aceptar la enfermedad y adaptarse a la nueva situación (cambios y posibles secuelas), la familia será su mejor apoyo, y debe animar a su familiar afectado a que consiga el mayor grado de **autonomía** posible, y a que intente realizar las actividades por sí mismo, aunque en ocasiones suponga más esfuerzo y tiempo.

El/la paciente va a atravesar tiempos difíciles. Es importante animarle y **reforzar sus logros** en positivo y su esfuerzo, tratarle con calma, tranquilidad, cariño y naturalidad a la hora de resolver los problemas que surjan, manteniendo una buena **comunicación con los profesionales** sanitarios que le atiendan.

Con respecto al/la **cuidador/a**, es muy importante que busque espacios diarios de relajación en los que pueda comunicarse, pedir ayuda, contar sus miedos... y también realizar actividades que le sean placenteras.

Es importante utilizar los recursos y estrategias de adaptación adecuados y apoyarse en el equipo de profesionales del centro de salud, a quienes podrá comunicar sus dudas e inquietudes.



Para
cuidar bien
¡hay que cuidarse!

Decálogo para el cuidador o la cuidadora

1. **Pida ayuda** sin esperar a que la gente se la ofrezca. Quizá los demás no saben cuándo la necesita.
2. **Infórmese** y utilice los recursos sociales y sanitarios y de la comunidad.
3. **Planifique** las actividades y el futuro y organice su tiempo con el fin de buscar un momento del día para usted. Un baño relajante, leer un libro o simplemente descansar, son gestos fundamentales para poder seguir cuidando.
4. **No se automedique.**
5. No abandone la relación con **sus amistades.**
6. **No juzgue** sus propios sentimientos; no son buenos ni malos.
7. **Expresa** sus pensamientos y emociones.
8. Ponga **límites.**
9. Acuda a las **asociaciones** de familiares y/o los grupos de ayuda mutua, ya que desempeñan un papel indispensable en la provisión de soporte, información y consejo a los/las pacientes y sus cuidadores/as.
10. Intervenga en los **programas de respiro familiar** (programas para facilitar el descanso de aquellas familias que tienen a su cargo personas dependientes) promovidos desde las Áreas Sanitarias de Asturias y en los **Talleres para Cuidadores/as** que se hacen en los hospitales y en los centros de atención primaria, así como en el taller específico de salud: Paciente Activo Asturias (pacienteactivo@asturias.org).

RECURSOS SOCIALES. MÁS ALLÁ DEL HOSPITAL

El objetivo de la intervención social es que la persona afectada desarrolle su máximo potencial psicológico y social, en orden a la reintegración en su medio familiar y social tras sufrir un ictus.

Tras recibir el alta hospitalaria, comienza una nueva etapa en su vida y en la de su familia. Su familia es una parte primordial del proceso de recuperación, siendo los facilitadores de su cuidado continuado y del apoyo que necesita. Posiblemente antes de salir del hospital haya empezado a pensar cómo tiene que adaptar su vida a esta nueva etapa y su domicilio a la nueva situación, o incluso puede que haya decidido que por el momento es mejor acudir a algún lugar intermedio antes de ir a su domicilio habitual.

En Asturias existen muchos recursos que pueden serle de gran ayuda en estos momentos. Lo importante es conocerlos y saber cuál se adapta mejor a sus necesidades personales y familiares.

¿Dónde buscar ayuda en este momento?

Quienes le van a ayudar son los/las trabajadores/as sociales de los centros sanitarios (hospital y centro de salud). En el hospital habrán comenzado su trabajo, tras la petición del personal sanitario o de la familia. Realizará una evaluación de las necesidades futuras de atención partiendo de su perfil personal, familiar y laboral, elaborando **un informe social sanitario**, que enviará a el/la trabajador/a social sanitario/a de su centro de salud (o trabajador/a social municipal en su defecto), para el seguimiento y continuidad de sus necesidades y cuidados.

Si durante el ingreso no tuvo contacto con trabajo social del hospital, al alta puede dirigirse a su centro de salud, o al Ayuntamiento donde reside. En el centro de salud, puede pedir cita con el/la trabajador/a social, al igual que lo hace con su médico/a de familia o su enfermero/a.

¿Qué ayudas le pueden prestar?

El/la trabajador/a social sanitario/a en el marco del equipo sanitario podrá:

- Coordinar y derivar su caso a cuantas instituciones y organismos resulten pertinentes.

- Informarle sobre los recursos comunitarios disponibles para prestarle una recuperación organizada y multidisciplinar.
- Informarle y orientarle en los problemas relacionados con la vuelta al domicilio: discapacidad, dependencia, recursos de apoyo, pensiones, prestaciones sanitarias...
- Ayudarle en la gestión y tramitación de las ayudas técnicas, otros recursos sociosanitarios y trámites de prestación de servicios.

¿Qué es la red de cuidados formales?

Además de todos los cuidados que prestan los familiares, existen cuidados organizados desde diferentes instituciones que conforman la **red de cuidados formales**. En Asturias se pueden explorar los siguientes:

1. Recursos residenciales para personas con discapacidad.
2. Servicios de atención residencial.
3. Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD).
4. Teleasistencia.

¿Cuáles son los recursos residenciales para personas con discapacidad?

Incluyen:

– **Centros Residenciales para Personas con Discapacidad**

Centros abiertos, en los que residen personas en situación de discapacidad y/o dependencia. El alojamiento puede ser permanente, temporal o de fin de semana.

Personas usuarias: adultos entre 18 y 65 años en situación de discapacidad y/o dependencia, sin soporte sociofamiliar adecuado, que precisan diferentes apoyos a las actividades de la vida diaria.

Requisitos de acceso:

- Tener reconocida la situación de dependencia y el derecho a este servicio.
- No tener reconocida la situación de dependencia pero sí el grado de discapacidad. Se solicita en los Servicios Sociales Municipales.

– **Viviendas de apoyo para personas con discapacidad**

Son pisos o viviendas donde conviven personas con discapacidad y/o dependencia, con diferentes necesidades de apoyo. Su objetivo es favorecer una forma de vida más autónoma e integrada en la comunidad. El alojamiento puede ser permanente, temporal y de fin de semana.

Personas usuarias: adultos entre 18 y 65 años en situación de discapacidad y/o dependencia.

Requisitos de acceso: idénticos a los requeridos para el acceso a los centros residenciales para personas con discapacidad.

¿Cuáles son los servicios de atención residencial?

Son aquellos que dependen del organismo autónomo “Establecimientos Residenciales para Ancianos” (ERA) que incluyen:

- **Residencias:** son centros en los que viven temporal o permanentemente personas mayores en situación de fragilidad psicosocial o dependencia.
- **Apartamentos Residenciales:** son centros de alojamiento para personas mayores en situación de fragilidad psicosocial, constituidos por pequeñas viviendas independientes, donde la persona puede vivir sola o con un grupo familiar reducido sin necesidad de apoyos intensos.
- **Centros de Día:** ofrece una atención integral durante el período diurno o nocturno, para mejorar o mantener su mejor nivel posible de autonomía y apoyar a la familia o cuidadores/as.

Las modalidades de atención residencial son:

- Estancia indefinida: permanencia en régimen de alojamiento, manutención y atención por un período indefinido.
- Estancia temporal: permanencia en régimen de alojamiento, manutención y atención, única y exclusivamente por un periodo predeterminado.

Se accede a través de la Unidad de Trabajo Social Sanitario del hospital o centro de salud, los Servicios Sociales Municipales o con ocasión del reconocimiento del grado de dependencia. Si permanece ingresado en el hospital y presenta dificultades para volver a su domicilio, previamente al alta médica,

acuda (usted o un familiar) a el/la trabajador/a social sanitario/a del hospital, para que le ayude en la tramitación de un recurso de alojamiento alternativo.

Requisitos de acceso

Las plazas residenciales se destinan a los siguientes colectivos:

- Personas mayores de 65 años.
- Pensionistas mayores de 60 años.
- Pensionistas mayores de 50 años con discapacidad física o psíquica cuyas circunstancias personales, familiares o sociales aconsejen su ingreso en un establecimiento residencial.
- Personas mayores dependientes que tengan reconocido el derecho a este servicio.

Copago de la persona usuaria

Los precios públicos de los servicios de atención residencial, apartamentos y centros de día los establece la Consejería de Servicios y Derechos Sociales. Se actualizan anualmente y se publican en el Boletín Oficial del Principado de Asturias (BOPA).

¿Qué es el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)?

Tiene por objeto la atención de situaciones de dependencia en el entorno del domicilio habitual, fomentando y favoreciendo la autonomía personal, así como la complementariedad de la familia y las redes de apoyo a la misma.

Se solicita en los Servicios Sociales Municipales de su zona de residencia.

¿Qué es la Teleasistencia Domiciliaria?

Es un servicio de prevención que comunica a la persona usuaria permanentemente con un equipo de profesionales cualificados en una central de atención a través de la línea de teléfono. Identifican su llamada con todos sus datos y le proporcionan una respuesta, movilizándolo el recurso más adecuado. Funciona las 24 horas del día durante todo el año, de manera ininterrumpida. Se solicita en los Servicios Sociales Municipales de su zona de residencia.

La central de **Teleasistencia Domiciliaria de Cruz Roja** está en la

C/ Martínez Vigil 36, 3ª Planta. 33010. Oviedo.

Teléfono: 985 222 222

Email: teleasistencia-asturias@cruzroja.es

Web: www.teleasistenciacruzroja.es

¿Quién lo puede solicitar?

- Personas que se encuentren en situación de riesgo físico o psico-social y que vivan o permanezcan gran parte del día solas.
- Personas que no padezcan trastornos mentales graves, incluidas las demencias seniles.
- Personas que no padezcan deficiencias importantes de audición y/o expresión oral.
- Personas que dispongan en su domicilio de línea telefónica con unas características de señal y transmisión de tonos DTMF suficientes, para que el equipo instalado pueda interactuar con garantías con el centro de atención.

¿Qué ayudas se pueden solicitar?

Las ayudas que se pueden solicitar son:

1. Reconocimiento del grado de discapacidad.
2. Tarjeta de estacionamiento para personas con movilidad reducida.
3. Reconocimiento de la situación de dependencia.
4. Incapacidad laboral.
5. Ayudas, subvenciones y prestaciones sanitarias.

¿Qué es el grado de discapacidad?

El **certificado del grado de discapacidad** es un documento oficial que acredita la condición legal de persona con discapacidad expedido por la Administración Autonómica, a través de los Centros de Valoración y Orientación dependientes de la Consejería de Servicios y Derechos Sociales. Para que la discapacidad esté reconocida debe alcanzar al menos un grado del 33%. Es válido en todo el territorio nacional.

Los requisitos para obtenerlo son:

- Padecer deficiencias o discapacidades en la medida establecida en los baremos vigentes.
- Tener residencia habitual en el territorio del Principado de Asturias.

Se puede solicitar durante todo el año, acudiendo al Centro de Valoración y Orientación que le corresponda según su residencia. En Asturias existen tres Centros Base:

- En Avilés. C/ Ferrería, 27. CP 33400. Tfno.: 985 120 178
- En Oviedo. Pz. de América, 8. CP 33005. Tfno.: 985 236 558
- En Gijón. C/ Premio Real, 17. CP 33202. Tfno.: 985 334 844

Sobre la gestión de la solicitud y la documentación a aportar para el reconocimiento del grado de discapacidad le informará el/la trabajador/a social sanitario/a del hospital o de su centro de salud.

Los beneficios que se obtienen con el certificado de discapacidad afectan:

- A la exención o minoración en el pago de algunos impuestos. Los beneficios fiscales (siempre y cuando la discapacidad sea igual o superior al 33 %) corresponden al: IRPF, IVA, impuesto de circulación (impuesto de vehículos de tracción mecánica), impuesto de matriculación, patrimonio y a la ley de sucesiones y donaciones.
- Al acceso a prestaciones económicas relacionadas con la educación, la vivienda, la movilidad o la atención sanitaria. Entre otras, las relacionadas con la adquisición de productos de apoyo (colchón antiescaras, audífonos...), la eliminación de barreras arquitectónicas en el domicilio (escaleras, bañera). Para beneficiarse, es preciso que cumplan los requisitos establecidos en la convocatoria pública de las ayudas.

¿Qué es la tarjeta de estacionamiento para personas con movilidad reducida?

Se trata de una tarjeta de estacionamiento de vehículos, personal e intransferible, que sólo puede ser utilizada cuando el titular es transportado en el vehículo o cuando este sea conducido por él.

Permite a su titular estacionar el vehículo en plazas especialmente reservadas y en lugares o durante espacios de tiempo habitualmente prohibidos.

Requisitos: Tener reconocido el grado de discapacidad y movilidad reducida por el centro de valoración correspondiente.

La solicitud se presentará en el centro municipal de servicios sociales más próximo a su zona de residencia.

¿Cómo se reconoce la situación de dependencia?

La Ley 39/2006, reconoce el derecho a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, mediante la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

El procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia se iniciará a instancia de la persona que pueda estar afectada por algún grado de dependencia o de quien ostente su representación. Le puede informar y ayudar el/la trabajador/a social sanitario/a de su centro de salud o del hospital.

Las prestaciones de atención a la dependencia son económicas y de servicios (estos tienen carácter prioritario y se prestan a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas). **Las prestaciones económicas y los servicios son incompatibles**, salvo la teleasistencia de los no residenciados. El Catálogo de Servicios del Sistema (SAAD) es el siguiente:

- a) Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.
- b) Servicio de teleasistencia.
- c) Servicio de ayuda a domicilio: atención de las necesidades del hogar y cuidados personales.
- d) Servicio de centro de día y de noche: centro de día para mayores, centro de día para menores de 65 años, centro de día de atención especializada y centro de noche.
- e) Servicio de atención residencial: residencia de personas mayores en situación de dependencia y centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

¿Cómo se valora la situación de dependencia?

La Ley establece un baremo único estatal, para valorar la capacidad para llevar a cabo por sí mismo las actividades básicas de la vida diaria y necesidad de apoyo / supervisión. El órgano de valoración emite un dictamen del grado de dependencia y de los cuidados que requiere. Tiene validez en todo el territorio nacional.

Los beneficiarios de las prestaciones de dependencia participarán en la financiación de las mismas según el tipo de servicio y en función de su capacidad económica.

¿Qué es la incapacidad laboral?

Es la consecuencia de daños a la salud de origen laboral o extralaboral. Se concede en situaciones en las que, por padecer una enfermedad o haber tenido un accidente, una persona no está capacitada para desarrollar su trabajo habitual de forma temporal o permanente.

El tipo de incapacidad se clasifica en: incapacidad laboral (temporal, permanente), incapacidad permanente (parcial, total, absoluta) y gran invalidez. Cada modalidad de incapacidad considera determinados requisitos de tiempo cotizado a la Seguridad Social, profesión habitual, tipo de secuelas de la enfermedad o accidente, edad...

El reconocimiento y calificación de la situación de incapacidad permanente corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social, (INSS). Reconoce el derecho a las prestaciones económicas contributivas de la Seguridad Social.

¿Qué ayudas subvenciones y prestaciones sanitarias puedo solicitar?

Tras el ictus puede necesitar algún material de apoyo para sus desplazamientos (sillas de ruedas, andadores, férulas, bastones, muletas...). Son las prestaciones ortoprotésicas. En el hospital y/o en el centro de salud le informarán de los requisitos y de su tramitación. Algunas están financiadas por el Servicio de Salud en cuantía variable, siempre que sean prescritas por un médico/a. Con la "receta médica" realizada en el documento normalizado, se acude a una Ortopedia o Farmacia,

donde le podrán ampliar la información del procedimiento a seguir para su obtención.

Se puede tener derecho a ayudas económicas para la financiación de reformas en su domicilio, cuando sean necesarias para el desenvolvimiento habitual y se reconozca administrativamente como persona con discapacidad o con dependencia, así como para el transporte público en determinadas circunstancias. Puede recibir información sobre estas ayudas económicas en los Servicios Sociales Municipales de su zona de residencia.

SI DE REPENTE SUFRES
CUALQUIERA DE ESTOS SINTOMAS



NO le preguntes a un pariente

NO te quedes sin hacer nada

NO esperes a que tu amiga salga del trabajo para consultarle

NO busques un remedio por internet

NO te eches una siesta a ver si se te pasa

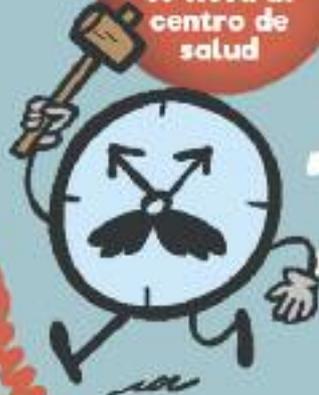
NO esperes a ver si un vecino te lleva al centro de salud

**PUEDE SER
UN ICTUS
GANA
TIEMPO,
GANA
VIDA**

LO QUE **SÍ**
DEBES HACER

LLAMAR AL

112



BIBLIOGRAFÍA

Y PAGINAS WEB



BIBLIOGRAFÍA Y PÁGINAS WEB

Código ictus. Programa Clave de Atención Interdisciplinar Ictus.

Dirección General de Planificación Sanitaria. Consejería de Sanidad. Gobierno del Principado de Asturias, 2017.

Después del ictus. Guía práctica para el paciente y sus cuidadores.

Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología, 1997.

El ictus, ¿Qué es, como se previene y se trata?

Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología.

Guía de diagnóstico y tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. Editorial Glosa SL, 2011.

Diagnóstico e intervención nutricional en la disfagia orofaríngea: Aspectos prácticos. Editorial Glosa SL, 2009.

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

Consejos y cuidados tras un ictus. Información para pacientes y familiares. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. Agencia Laín Entralgo, Madrid, 2012.

Cómo Estimular a su Familiar con Daño Cerebral. Fundación Dacer, 2013.

ENLACES DE INTERÉS

El camino de Caplan. Blog de la Unidad de Ictus del HUCA.

<http://hucastroke.blogspot.com>

El rincón del cuidador.

<http://www.elrincondelcuidador.es/>

PACAS. Paciente activo de Asturias.

<https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/paciente-activo-asturias-pacas>

Red de Escuelas de Salud para la Ciudadanía.

<http://www.escuelas.msssi.gob.es>

Recursos en español de la American Stroke Association.

http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/Professionals/Stroke-Spanish-Resource-Page-16_UCM_491255_SubHomePage.jsp

Pictogramas para crear paneles de comunicación. Gobierno de Aragón.

<http://www.arasaac.org/descargas.php>

Fundación Dieta Mediterránea.

<https://dietamediterranea.com/>

Guía para el paciente en tratamiento anticoagulante oral. Gobierno de Aragón.

http://www.asanar.es/wp-content/uploads/2011/03/Guia_TAO.pdf

Recomendaciones nutricionales para pacientes con anticoagulantes orales.

<http://www.seen.es/pdf/recomendaciones/anticuagulantes-orales.pdf>

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

<https://www.youtube.com/playlist?list=PL6-2e5EelcJr8EtVM-pogz1E9TQ8sRSJ35>

Guías CEADAC: Comprender la afasia y otros problemas cognitivos.

https://www.dacemur.es/images/Afasia_web.pdf

Guías CEADAC: Una guía de pautas de manejo físico, cognitivo-conductual y social.

http://www.ceadac.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/guiadefamiliasdelceadac_proble.pdf

Consejos y cuidados tras un ictus. Guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud.

http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Multimedia_FA&cid=1142622919652&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Multimedia_FA%2FPTSA_documentoWebeditpro

Después del ictus. Guía práctica para el paciente y sus cuidadores de la Sociedad Española de Neurología.

http://gerontologia.udc.es/habitos_saludables/sites/default/files/images/contenido/cerebro/pdf/Ictus/Despues-del-ictus.pdf

Guía de información al paciente con ictus editada por la Agència Valenciana de Salut.

<http://svneurologia.org/libroictusdefinitivo.pdf>

Superar el ictus: guía dirigida a las personas afectadas de una enfermedad vascular cerebral y a sus familiares y cuidadores editada por la Generalitat de Catalunya.

<http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/gp05ictuspacientses.pdf>

Asociaciones de pacientes:

- ADIPA (Asociación de Ictus del Principado de Asturias), teléfono 616 012 442.
- SOS ictus. <http://www.asociacionsosictus.com/> teléfonos 695 279 975 / 652 653 486.
- AiPi (Asociación de Ictus de Piloña), teléfono 620 062 761.

Consejería de Servicios y Derechos Sociales

C/ Charles Darwin, 3. 33005 Oviedo.
Teléfono: 985 105 500 - 985 106 565.
<http://www.socialasturias.es>

Oficinas de Atención Ciudadana:

- OVIEDO: Registro General Central del Principado de Asturias. Calle Trece Rosas, 2 – Planta Plaza. CP 33005. Tfno.: 985 105 764.
- GIJÓN: C/ Cabrales, 39. CP 33201. Tfno.: 985 172 551/ 985 181 111 y Avda. de la Costa, 2. CP 33207. Tfno.: 985 334 844
- AVILÉS: C/ del Muelle, 8. CP 33402. Tfno.: 985 128 380.

