

# DESPUÉS DE UN ICTUS



**Edita**

Consejería de Sanidad y Política Social  
de la Región de Murcia  
Servicio Murciano de Salud

**Gráfica**

GrupoVEA

**Ilustraciones**

Francisco José Torrano

**ISBN:** 978-84-96994-63-8

**D. Legal:** MU-1307-2011

Esta guía se ha realizado dentro de un proyecto promovido por el Servicio Murciano de Salud. En la elaboración de la misma han colaborado y participado de manera activa:

- Profesionales sanitarios de distintos ámbitos del Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca, Hospital General Universitario José María Morales Meseguer, Hospital General Universitario Reina Sofía y de sus áreas sanitarias correspondientes.
- La Oficina de Dependencia de la Región de Murcia.
- La Asociación de Daño Cerebral Adquirido de Murcia (DACEMUR) que ha revisado y avalado el contenido previo a su publicación.

### Coordinadores

**Morales Ortiz, Ana María.** Neurólogo. Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca.

**Moreno Escribano, Antonio.** Neurólogo. Hospital General Universitario José María Morales Meseguer.

**García Medina, Ana.** Neurólogo. Hospital General Universitario Reina Sofía.

**Funes Hernández, Manuela.** Enfermera Supervisora de la Unidad de Neurología. Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca.

**Muñoz Pérez, Gloria.** Enfermera Supervisora del Área de Docencia y Formación del Hospital General Universitario Reina Sofía.

**Martínez Albaladejo, Yolanda.** Enfermera Supervisora de la Unidad de Neurología. Hospital General Universitario José María Morales Meseguer.

### Autores

**Abellán Gil, M<sup>a</sup> Jesús.** Fisioterapeuta. Hospital General Universitario Reina Sofía.

**Alonso Riaño, M<sup>a</sup> Dolores.** Logopeda. Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca.

**Arcas Patricio, Miguel Ángel.** Fisioterapeuta. Supervisor de la Unidad de Rehabilitación del Hospital General Universitario José María Morales Meseguer.

**Ballester Ruiz, Patricia.** Neuropsicóloga. Asociación de Daño Cerebral Adquirido de Murcia (DACEMUR).

**Barbero Arenas, Dolores.** Auxiliar de Enfermería de Neurología. Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca.

**Cabanes Aracil, Mariola.** Trabajadora Social.

**Cámara Meseguer, María Dolores.** Oficina de Dependencia de la Región de Murcia.

**Carrión García, Carolina.** Médico de Familia.

**De Diego Pérez, Paloma.** Terapeuta Ocupacional. Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca.

**Fernández de Haro, M<sup>a</sup> del Mar.** Fisioterapeuta. Hospital General Universitario José María Morales Meseguer.

**Fernández Fernández, Juan Reyes.** Médico especialista en rehabilitación y medicina física. Hospital General Universitario Reina Sofía.

**García Garre, Pascuala.** Auxiliar de Enfermería de Neurología. Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca.

**Leal Hernández, Mariano.** Médico de Familia. Centro de Salud San Andrés.

**López Ayala, Ana Belén.** Médico especialista en rehabilitación y medicina física. Hospital General Universitario Reina Sofía.

**Martínez Barba, Alicia.** Fisioterapeuta. Hospital General Universitario José María Morales Meseguer.

**Martínez Martínez, Dolores.** Asistente Social. Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca.

**Molina Morenilla, Francisco José.** Enfermero de la Unidad de Neurología. Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca.

**Montero Galdón, Pedro Agustín.** Auxiliar de Enfermería de Neurología. Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca.

**Muñoz Pagán, Milagros.** Neuropsicóloga. Asociación de Daño Cerebral Adquirido de Murcia, (DACEMUR).

**Navarro García, Virtudes.** Terapeuta Ocupacional. Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca.

**Navarro Sánchez, Dolores.** Asistente Social. Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca.

**Pellicer Alonso, María.** Fisioterapeuta. Hospital General Universitario José María Morales Meseguer.

**Pocoví Collado, Jesús.** Médico especialista en rehabilitación y medicina física. Hospital General Universitario Reina Sofía.

**Rodado Martínez, Juan.** Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

**Sánchez Adell, Rocío.** Médico especialista en rehabilitación y medicina física. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

**Sánchez Fernández, Ascensión.** Médico especialista en rehabilitación y medicina física. Hospital General Universitario Reina Sofía.

**Vivancos Moreau, Laura.** Psicóloga Clínica. Unidad de Demencias, Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca.

**Zaragoza Espinosa, Rosario.** Enfermera de la Unidad de Neurología. Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca.

### **Responsables del Servicio Murciano de Salud**

**Martínez Escandell, Roque.** Subdirector General de Asistencia Especializada.

**López Santiago, Asensio.** Coordinador de Proyectos Estratégicos.

**Martínez Ros, María Teresa.** Médico de Familia. Dirección General de Asistencia Sanitaria.



Presentación	7
<b>1. ¿Qué debemos conocer para prevenir un Ictus?</b>	<b>9</b>
¿Qué es un Ictus?	11
¿Qué tipos de Ictus hay?	11
¿Qué síntomas tiene?	12
¿Qué hacer si un familiar tiene estos síntomas?	13
¿Cómo prevenir un Ictus?	15
<b>2. El Ictus en el hospital</b>	<b>21</b>
¿Por qué hay que acudir urgente al hospital si sufrimos síntomas que pueden ser un Ictus?	23
¿Qué me van a hacer en el servicio de urgencias?	23
Tipos de Ictus	25
¿Es necesario que ingrese en el hospital?	26
¿Qué me van a hacer estando ingresado?	26
¿Qué médico me proporcionará la información?	27
¿Cuándo me darán el alta?	28
<b>3. Problemas en los pacientes tras un Ictus. Adaptarse a la discapacidad</b>	<b>29</b>
¿Cómo asearse / ir al baño?	31
¿Cómo descansar / dormir?	34
¿Cómo / qué comer?	38

¿Cómo manejar los problemas urinarios? _____	40
¿Se pueden mantener relaciones sexuales? _____	40
¿Cuál sería la forma más adecuada para vestirse? ¿Qué tipo de ropa es aconsejable en el paciente con Ictus? _____	41
¿Cómo y cuándo sentarse? _____	41
¿Cómo ponerse de pie o iniciar la marcha? _____	43
Adaptaciones en el hogar _____	45
<b>4. Rehabilitación en los pacientes con Ictus</b> _____	47
¿Qué secuelas y complicaciones puedo tener tras un Ictus? _____	49
¿Cuándo empieza el proceso rehabilitador y cuándo acaba? _____	53
¿Qué fases tiene el proceso de rehabilitación? _____	53
¿Qué medios de rehabilitación existen? _____	55
<b>5. Problemas médicos tras un Ictus</b> _____	57
Trastornos emocionales tras el Ictus _____	59
Prevenir el segundo Ictus. Importancia de la medicación _____	60
Complicaciones de la inmovilidad _____	61
Crisis convulsivas o epilépticas _____	63
<b>6. Cuidando al cuidador</b> _____	65
La familia cuidadora _____	67
Vivir con un paciente con Ictus _____	67
La familia / cuidador _____	71
Recursos de la Región de Murcia para ayuda a familiares _____	74
Páginas web de interés para cuidadores _____	74
<b>7. Recursos sociales para los pacientes dependientes tras un Ictus</b> _____	75
La Ley de Dependencia _____	77
Recursos Sanitarios _____	83
Bibliografía _____	85

# Presentación

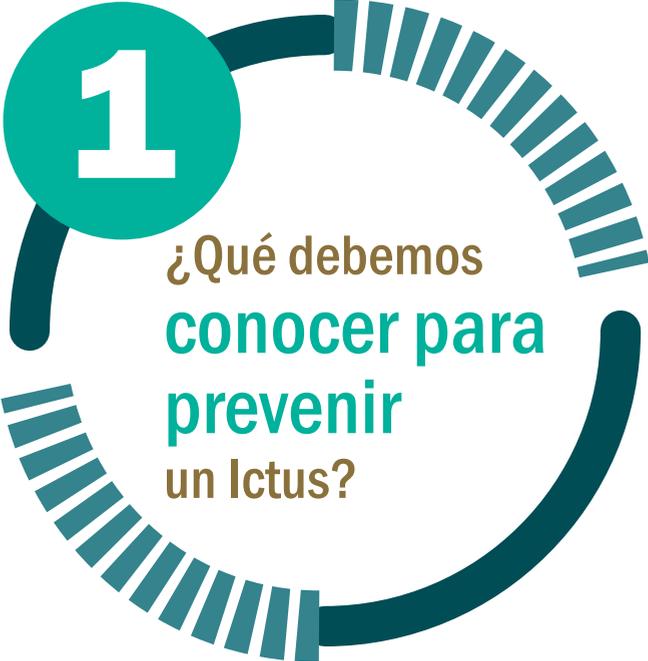
El ictus es una enfermedad crónica, muy exigente para los pacientes que la padecen y para sus familiares. Ofrecer una atención adecuada a las personas que han sufrido un ictus es una difícil tarea. Una tarea para la que es imprescindible la labor que han de realizar los profesionales sanitarios, y una tarea, para la que es necesario una compleja y buena compenetración de todos los dispositivos de un sistema sanitario. Pero, sin ninguna duda, las tareas más exigentes para atender a las personas que han sufrido un ictus, recaen en los familiares de los afectados.

La experiencia nos dice que desde el momento en que una persona sufre un ictus, especialmente en aquellos pacientes con secuelas, las familias se ven obligadas a cambiar su modo de vida. A partir de ese momento, todos, la familia y el paciente, necesitan entender la enfermedad y comprender las limitaciones a las que ha de enfrentarse el enfermo. Necesitan aprender a manejar nuevos fármacos y a compartir con los profesionales sanitarios los procesos de rehabilitación y fisioterapia. Necesitan adaptar muchas de las estancias de sus domicilios y, especialmente, necesitan organizar el tiempo y los modelos de convivencia dentro de la familia. En definitiva, se encuentran ante una enfermedad que les va exigir una adaptación en la manera de vivir su vida.

Con la publicación de estas recomendaciones queremos apoyar este ingente esfuerzo que llevan a cabo las personas afectadas y sus familiares. Esta **Guía de manejo del ictus para pacientes y familiares** ha sido elaborada con la participación de más de treinta profesionales sanitarios que trabajan en diferentes dispositivos asistenciales de la Región de Murcia. En ella han sido capaces de reflejar, de manera clara y concisa, su experiencia en el tratamiento y cuidado a las personas con esta enfermedad, con el objetivo de facilitar y favorecer los cuidados de las personas afectadas y de sus familiares.

Estoy convencida de que este documento va a mejorar la relación y la comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes, y sobre todo, espero que contribuya a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.





**1**

¿Qué debemos  
**conocer para**  
**prevenir**  
un Ictus?



# ¿QUÉ ES UN ICTUS?

## TAMBIÉN LLAMADO: TROMBOSIS, DERRAME CEREBRAL, APOPLEJÍA, EMBOLIA.

El ictus es una **enfermedad de los vasos sanguíneos (vascular)** causada por un problema de la circulación de la sangre en el cerebro, que altera el funcionamiento de alguna de sus partes de forma transitoria o permanente. La falta de riego sanguíneo en el cerebro provoca la ausencia de oxígeno, alimentos y nutrientes en las neuronas (células del cerebro), que puede llegar a originar la muerte de estas células. La consecuencia de esta falta de riego sanguíneo es la aparición repentina de síntomas en la persona, entre otros los siguientes: dificultad para hablar, debilidad en extremidades, inestabilidad o problemas de visión.

## ¿QUÉ TIPOS DE ICTUS HAY?

Los ictus pueden ser:

- **Hemorrágicos** (derrames), originados por a la rotura de una arteria que causa una hemorragia en el encéfalo.
- **Trombosis venosas cerebrales**, provocados por el taponamiento de alguna vena cerebral.
- **Isquémicos**, causados por la oclusión de una arteria cerebral que provoca falta de flujo sanguíneo en el cerebro.

Los ictus isquémicos pueden ser:

**Transitorios** si los síntomas desaparecen en menos de una hora, y por tanto, los síntomas desaparecen completamente y la persona vuelve a la normalidad.

**Infartos Cerebrales** si los síntomas se mantienen *más de una hora*.

**CUALQUIERA DE ESTOS DOS CASOS ES UNA "URGENCIA MÉDICA"**. Los pacientes que padecen ictus isquémicos transitorios, aunque los síntomas hayan desaparecido en menos de una hora, tienen un *mayor riesgo* de padecer días o semanas después, un infarto cerebral.

## ¿QUÉ SÍNTOMAS TIENE?

Los síntomas dependerán de la zona del cerebro afectada. Debemos sospechar un ictus ante la aparición **DE FORMA BRUSCA Y REPENTINA** de algunos de estos síntomas:

**Pérdida de fuerza** repentina en la cara, brazo o pierna, especialmente si es en un sólo lado del cuerpo

Alteración del nivel de conciencia:  
**Confusión** repentina

**Problemas en el habla, no comprende** lo que le dicen

**Pérdida repentina de visión** en uno o en ambos ojos

**Dolor de cabeza fuerte,** repentino, sin causa conocida

**Dificultad** repentina para caminar, mareos, o pérdida del equilibrio y coordinación

Sensación de **"acorchamiento u hormiguillo"** de la cara, brazo y/o pierna de un lado del cuerpo, de inicio brusco

# ¿QUÉ HACER SI UN FAMILIAR TIENE ESTOS SÍNTOMAS?

Aunque no seamos profesionales sanitarios es posible SOSPECHAR si un familiar o conocido está sufriendo un ictus. Podemos realizar las siguientes 3 pruebas y comprobar la respuesta en la persona afectada:

## Asimetría facial

### Desarrollo de la prueba

Sonreír o mostrar los dientes

Debemos sospechar un ictus si:

**Ambos lados de la cara se mueven de manera desigual**

(Ilustración 1)



(Ilustración 1)

## Descenso del brazo

### Desarrollo de la prueba

Cerrar los ojos y extender los brazos hacia el frente durante 10 segundos

Debemos sospechar un ictus si:

**No mueve un brazo o se cae respecto al otro**

(Ilustración 2)



(Ilustración 2)

**Desarrollo de la prueba**

Repetir una frase que suele utilizar el paciente diariamente

**Debemos sospechar un Ictus si:**

**Alarga las palabras, utiliza palabras incorrectas o no puede hablar**

(Ilustración 3)



(Ilustración 3)

**SI SU FAMILIAR MUESTRA  
ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS**

**LLAMAR CON  
URGENCIA AL 112**

**CADA MINUTO ES IMPORTANTE**

**Cuanto más tiempo dura la interrupción del flujo sanguíneo, mayor será el daño en las células del cerebro y mayores las posibles secuelas.**

# ¿CÓMO PREVENIR UN ICTUS?

Para disminuir el riesgo de padecer un ictus debe seguir las siguientes recomendaciones generales:

## 1 LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE

### ¿CÓMO LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE?

- **Llevar una dieta saludable.** Los principios para una alimentación saludable son los siguientes:
  - ⓐ Reducir el consumo de sal
  - ⓑ Reducir el consumo de alimentos ricos en grasas saturadas y colesterol
  - ⓒ Aumentar el consumo de pescado
  - ⓓ Aumentar el consumo diario de frutas y vegetales
- **Hacer ejercicio de forma regular,** dentro de las posibilidades de cada persona.
- **Reducir el peso** corporal, en caso de que exista sobrepeso u obesidad.
- **Evitar** el consumo de **alcohol, tabaco y otras drogas.**

## 2 CONTROLAR LOS FACTORES DE RIESGO

### ¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO PARA TENER UN ICTUS?

Existe una serie de **factores de riesgo** que a menudo no dan síntomas, pero que su presencia aumenta el riesgo de sufrir un ictus cerebral u otra enfermedad vascular (infartos en el corazón o problemas vasculares en las piernas).

Los más importantes son:

### FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

- Aquellos factores que no podemos cambiar.
- Son el sexo, la edad y antecedentes familiares de enfermedad vascular.
- Se recomienda que su médico le valore el riesgo cardiovascular a partir de los 40 años si:
  - **NO** tiene antecedentes familiares de enfermedad vascular.  
**Cada 5 años.**
  - **Sí** tiene antecedentes familiares de enfermedad vascular.  
**1 vez al año.**

### FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

- Aquellos factores que podemos controlar, incluso evitar.

Los factores de riesgo para enfermedades vasculares más importantes son:

FACTOR DE RIESGO → <b>TENSIÓN ARTERIAL ELEVADA O HIPERTENSIÓN ARTERIAL</b>	
<b>IMPORTANCIA</b>	<p><b>Es el factor más importante</b></p> <p>El riesgo de padecer un ictus es entre 3 y 5 veces mayor en hipertensos que en personas con presión arterial normal</p>
<b>CÓMO SÉ SI LO SOY</b>	<p>Si su presión arterial sistólica es <math>\geq</math> a 140 mmHg o la presión arterial diastólica es <math>\geq</math> a 90 mmHg <b>(máxima 14/9 mínima) en varias tomas separadas en el tiempo</b></p>
<b>¿QUÉ PUEDO HACER PARA CONTROLARLO?</b>	<p>Estilo de vida saludable</p> <p>Control y seguimiento por parte de los profesionales sanitarios de su Centro de Salud</p>

FACTOR DE RIESGO → <b>OBESIDAD</b>									
<b>IMPORTANCIA</b>	<p>Tanto la obesidad general como la abdominal (más frecuente en hombres), se asocian a un aumento del riesgo de padecer un ictus</p>								
<b>CÓMO SÉ SI LO SOY</b>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;"> <p><b>Índice de Masa Corporal (IMC)</b></p> <math display="block">IMC = \frac{\text{peso (Kg)}}{\text{estatura}^2 \text{ (m)}}</math> </div> <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>PESO</th> <th>IMC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NORMAL</td> <td>18,5-24,9</td> </tr> <tr> <td>SOBREPESO</td> <td>25-29,9</td> </tr> <tr> <td><b>OBESIDAD</b></td> <td><math>\geq 30</math></td> </tr> </tbody> </table> </div>	PESO	IMC	NORMAL	18,5-24,9	SOBREPESO	25-29,9	<b>OBESIDAD</b>	$\geq 30$
PESO	IMC								
NORMAL	18,5-24,9								
SOBREPESO	25-29,9								
<b>OBESIDAD</b>	$\geq 30$								
<b>¿QUÉ PUEDO HACER PARA CONTROLARLO?</b>	<p>Estilo de vida saludable (reduciendo peso y aumentando su actividad física)</p> <p>En personas que no responden a estas medidas, debe consultar con su médico de familia. Su médico de familia le prestará la ayuda necesaria para controlar este factor de riesgo</p>								

FACTOR DE RIESGO → <b>COLESTEROL ELEVADO O HIPERCOLESTEROLEMIA/DISLIPEMIA</b>	
<b>CÓMO SÉ SI LO SOY</b>	Se considera que se tiene el colesterol alto a partir de <b>250 mg/dl</b> , tras analizarlo en <b>2 ocasiones separadas en el tiempo</b>
<b>¿QUÉ PUEDO HACER PARA CONTROLARLO?</b>	Estilo de vida saludable Control y seguimiento por parte de los profesionales sanitarios de su Centro de Salud

FACTOR DE RIESGO → <b>CONSUMO DE TABACO O TABAQUISMO</b>	
<b>IMPORTANCIA</b>	El tabaco se asocia a un aumento de riesgo de padecer un ictus incluso en los <b>fumadores pasivos</b>
<b>CÓMO SÉ SI LO SOY</b>	Una persona <b>es fumadora</b> si fuma al menos un cigarrillo diariamente en el último mes
<b>¿QUÉ PUEDO HACER PARA CONTROLARLO?</b>	Su médico de familia le prestará la ayuda necesaria para dejarlo

FACTOR DE RIESGO → <b>DIABETES</b>	
<b>IMPORTANCIA</b>	El riesgo de sufrir un ictus es más de 3 veces superior entre personas diabéticas
<b>CÓMO SÉ SI LO SOY</b>	Se considera que se sufre diabetes cuando los niveles de glucosa en sangre venosa en ayunas son <b>≥ a 126 mg/dl al menos en 2 ocasiones</b>
<b>¿QUÉ PUEDO HACER PARA CONTROLARLO?</b>	Estilo de vida saludable Control y seguimiento por parte de los profesionales sanitarios de su Centro de Salud

**FACTOR DE RIESGO**  **CONSUMO DE ALCOHOL**

<b>IMPORTANCIA</b>	El consumo elevado incrementa el riesgo de enfermedad vascular y del ictus en particular
<b>CÓMO SÉ SI LO SOY</b>	Se recomienda evitar el consumo de alcohol superior a 2 unidades/día
<b>¿QUÉ PUEDO HACER PARA CONTROLARLO?</b>	Debe consultar con su enfermero o médico de familia. Ellos valorarán la atención que necesite

**EQUIVALENCIA DE UNIDADES DE ALCOHOL**

BEBIDA	VOLUMEN	UNIDADES	VOLUMEN	UNIDADES
Vino	1 vaso (100cc)	1	1 litro	10
Cerveza	1 caña (200 cc)	1	1 litro	5
Whisky, ron, coñac,	1 copa (50 ml)	2	1 carajillo (25 ml)	1
	1 combinado (50ml)	2	1 litro	40
Jerez, vermut, cava	1 copa (50 ml)	1	1 vermut (100 ml)	2
	1 litro	20		

**FACTOR DE RIESGO**  **CONSUMO DE DROGAS**

<b>IMPORTANCIA</b>	Es una causa de ictus cada vez más común en pacientes jóvenes  La cocaína, anfetaminas y marihuana se asocian a mayor riesgo de ictus
<b>CÓMO SÉ SI LO SOY</b>	Cualquier cantidad o dosis de consumo puede originar un ictus
<b>¿QUÉ PUEDO HACER PARA CONTROLARLO?</b>	Debe consultar con su médico de familia o enfermero y ellos valorarán la atención que necesite





2

El Ictus en el  
hospital



## ¿POR QUÉ HAY QUE ACUDIR URGENTE AL HOSPITAL SI SUFRIMOS SÍNTOMAS QUE PUEDEN SER UN ICTUS?

El ICTUS es una enfermedad aguda y grave, que puede ser muy discapacitante y hasta mortal, y que requiere **atención especializada inmediata**.

En el Servicio de Urgencias Hospitalario los médicos **disponen de los medios** técnicos y humanos necesarios para confirmar su diagnóstico.

Existen tratamientos que pueden mejorar y revertir los síntomas. Su eficacia dependerá de la **rapidez con la que se administren**.

Los cuidados médicos generales, que el paciente recibe en las primeras horas, son fundamentales para **disminuir las secuelas** que pueda padecer.



## ¿QUÉ ME VAN A HACER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS?

En el Servicio de Urgencias del Hospital se confirmará con rapidez el **diagnóstico** de ICTUS (excluyendo otras enfermedades parecidas como convulsiones, desmayos, meningitis, migrañas graves,...) y se proporcionarán **tratamientos** inmediatos que pueden mejorar y revertir los síntomas.

## Se proporcionan a **TODOS LOS PACIENTES** los cuidados médicos generales en las primeras horas.

- Los médicos de Urgencias realizarán al paciente o al familiar que le acompaña **preguntas** del tipo:
  - ¿A qué hora comenzaron los síntomas? (información que es muy importante recordar para facilitar el tratamiento)
  - ¿Qué síntomas son y cómo han evolucionado desde que aparecieron (igual, mejor o peor)?
  - ¿Qué enfermedades previas tiene diagnosticadas?
  - ¿Cuántas veces y por qué ha ingresado antes en hospitales?
- Se le realizará una **exploración** física general y neurológica.
- Se le extraerán **muestras de sangre** para analizar el estado general de su organismo.
- Se le realizará un **electrocardiograma** y una **radiografía de tórax**. Esto dirá cómo está respondiendo el corazón frente a esta situación de emergencia.
- Se realizará un **escáner cerebral**. Este revelará el tipo de ICTUS que es (hemorrágico o isquémico), su localización y la extensión del área cerebral afectada. El tratamiento es muy distinto según cada tipo.

## UNA VEZ DIAGNOSTICADO EL TIPO DE ICTUS

Cada paciente recibirá en las primeras horas el tratamiento más apropiado según sus condiciones y el tipo concreto de ictus que esté padeciendo.

# TIPOS DE ICTUS

## LOS ICTUS ISQUÉMICOS

**¿Qué son?** Se deben a la obstrucción de una arteria cerebral por un trombo que se forma en dicha arteria o en el corazón.

**Tratamientos.** En algunos casos se pueden tratar intentando disolver (con un fármaco) o retirar el trombo (con un catéter). Para poder usar estos tratamientos es necesario:

- No padecer unas determinadas enfermedades.
- Ser diagnosticado muy pronto (como máximo debe llegar al hospital en las **PRIMERAS 6 HORAS DESDE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS**). Si ha pasado este tiempo ya no se puede administrar.

El neurólogo que atienda al paciente explicará a los familiares las ventajas y riesgos de los tratamientos posibles.

## LOS ICTUS HEMORRÁGICOS

**¿Qué son?** Una arteria se ha roto y la sangre se acumula en el cerebro comprimiéndolo contra el cráneo.

**Tratamientos.** A veces, es necesaria una intervención quirúrgica para intentar resolver las consecuencias del ictus hemorrágico. En estos casos los neurocirujanos pueden ser necesarios en las primeras horas, para operar el cerebro extrayendo directamente el coágulo de sangre para evitar la muerte o una grave discapacidad futura.

Gracias al eficaz dispositivo, que con el esfuerzo de mucha gente se ha desarrollado en nuestra Región, los servicios médicos de nuestros hospitales están preparados para llevar a cabo diferentes **tratamientos** adecuados a cada caso.

## ¿ES NECESARIO QUE INGRESE EN EL HOSPITAL?

El ICTUS en fase aguda será ingresado en el hospital, preferiblemente en la planta de **Neurología**, donde el personal médico y de enfermería está especializado en esta enfermedad y podrá ofrecer los mejores cuidados.

Únicamente en casos muy excepcionales se recomienda el tratamiento paliativo en domicilio.

LOS PRIMEROS DÍAS SON LOS MÁS IMPORTANTES, ya que pueden surgir complicaciones que pueden ser graves y deben ser rápidamente reconocidas y tratadas.

## ¿QUÉ ME VAN A HACER ESTANDO INGRESADO?

Además de atender las posibles complicaciones, se completará el **estudio de la causa** del ictus para acertar con el **mejor tratamiento**. Así mismo, con la mayor rapidez posible, se iniciará el programa de **rehabilitación** y readaptación a la nueva situación personal.

### ESTUDIO DE LAS CAUSAS

Se realizarán pruebas especiales o se repetirán algunas ya realizadas (tales como análisis de sangre y estudios en el cerebro y el corazón).

Con esta información, en la mayoría de los casos, se podrá establecer la causa del ictus.

### INICIO DEL TRATAMIENTO

- Medicación antitrombótica en los primeros momentos, para evitar que se produzca otro ictus por la misma causa.
- Control riguroso de los factores de riesgo vascular tratables (Hipertensión Arterial, Hipercolesterolemia, Diabetes...). **ESTE CONTROL DEBERÁ MANTENERSE DE POR VIDA.**

## REHABILITACIÓN HOSPITALARIA

La rehabilitación hospitalaria es una parte muy importante en el tratamiento del paciente que padece una discapacidad derivada de un ICTUS.

Depende de un grupo multidisciplinar que reúne a diferentes profesionales (médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, personal de enfermería y auxiliares...), y, por supuesto, a los familiares y cuidadores del paciente.

El fisioterapeuta es el profesional encargado de llevar a la práctica el programa de rehabilitación diseñado conjuntamente con el médico rehabilitador.

En el hospital se suele iniciar muy pronto, en cuanto el estado físico del paciente lo permite, y se adecuará a la discapacidad concreta y a la fase en que se encuentre. En general se recomienda rehabilitación a todo paciente previamente autónomo y autosuficiente.

**Es muy importante fijar antes de empezar unos OBJETIVOS REALISTAS Y RAZONABLES que el PACIENTE COLABORADOR pueda cumplir.** Esto implica que ningún programa puede garantizar una vuelta al cien por cien a la situación previa.

Quedan excluidos de los programas de rehabilitación los pacientes en coma o estado vegetativo o con discapacidad tan grave que no permite una adecuada colaboración.

En estos casos, el profesional sanitario realizará al paciente cambios de postura y movilización de sus extremidades para evitar úlceras por presión prolongada en puntos de apoyo (heridas, llagas,...) y contracturas en las articulaciones.

## ¿QUÉ MÉDICO ME PROPORCIONARÁ LA INFORMACIÓN?

El neurólogo es el médico encargado del seguimiento hospitalario de pacientes con un ICTUS. Tiene la obligación de proporcionar al paciente y a los familiares la información más adecuada en cada momento, en función de los datos disponibles y del momento de la enfermedad.

Dentro del hospital también recibirá información de otros profesionales sanitarios, que trabajan de manera conjunta para ofrecerle la mejor atención posible. Entre ellos están los médicos rehabilitadores, los enfermeros de hospitalización o los fisioterapeutas.

## ¿CUÁNDO ME DARÁN EL ALTA?

El neurólogo será el responsable de dar el alta.

La duración de la hospitalización dependerá de diferentes factores:

1. Situación clínica del paciente (no se dará al alta hasta que el paciente esté estable y haya transcurrido la fase aguda de la enfermedad y el riesgo de complicaciones).
2. Que se complete su estudio con todas las pruebas necesarias.
3. Que el paciente pueda ser cuidado en su entorno familiar de manera adecuada tras el alta (en casos extremos en los que no se pueda garantizar el cuidado, los Asistentes Sociales gestionarán el traslado a centros de cuidados medios o residencias).

La duración del ingreso en el hospital puede variar según las características de cada paciente. En cualquier caso, no se recomiendan estancias prolongadas en centros hospitalarios **más allá de 15 días como media**, ya que está demostrado que aumentan las complicaciones, fundamentalmente las infecciosas.

## UNA VEZ DADO DE ALTA

Al ser dado de alta del Hospital el paciente 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 debe seguir en su domicilio y las **medidas que deberá cumplir** para evitar recaídas y acelerar su reincorporación social, familiar y laboral hasta donde sea posible.

Una vez que ha abandonado el hospital, **su médico de familia y el enfermero de su Centro de Salud**, serán los responsables de su evolución y seguimiento integral.



**3**

Problemas en los  
pacientes tras un  
ictus.

**Adaptarse a la  
discapacidad**



Las personas que sufren un ictus van a necesitar un mayor número de cuidados y de atención sanitaria. Sin embargo, **padecer un ictus no implica que haya que hacerle todo al enfermo**. Uno de los objetivos fundamentales en el tratamiento de rehabilitación es intentar que el paciente colabore lo máximo posible en su cuidado, fomentando así su autonomía y su autoestima.

En algunas ocasiones será necesario proceder a realizar adaptaciones y cambios en los espacios dónde realiza su actividad diaria. Estas adaptaciones dependerán del nivel de independencia que mantenga la persona afectada. Todos los cambios que se lleven a cabo tienen como objetivo dar la posibilidad a la persona afectada de realizar las actividades básicas de la vida diaria de la manera más correcta posible.

Para una buena evolución es preciso la colaboración y el aprendizaje, no sólo de la persona que ha sufrido el ictus, sino también de aquellos que se encargarán de su cuidado.

## ¿CÓMO ASEARSE / IR AL BAÑO?

Como norma general:

- a) **Si la persona es independiente** y puede asearse por sí misma, sólo será necesario adaptar el aseo a sus necesidades (alguna barra o asidero). (Ilustración 4)



(Ilustración 4)

- b) **Las personas que pueden andar con ayuda**, pero no pueden mantenerse de pie de forma segura, deben asearse sentados en una banqueta o silla de plástico dentro de la ducha. El pie de ducha tiene que ser de fácil acceso, sin escalón y de superficie antideslizante.

(Ilustración 4a)



En ambos casos se aconseja adaptar el baño utilizando:

- Iluminación adecuada.
- Grifos monomando para no utilizar las dos manos al regular la temperatura del agua, y que evitan al mismo tiempo las quemaduras en personas con alteración de la sensibilidad.
- Manoplas o esponjas de mango largo para facilitar el alcance de todas las partes del cuerpo.
- Dispensadores de gel o champú fijos en la pared.
- Peines o cepillos de mango largo.
- Asideros o barras abatibles en zonas estratégicas de las paredes del baño para facilitar la transferencia al retrete, y la entrada y salida de la ducha.
- Suplemento para el retrete es muy importante para facilitar la equiparación en altura con la silla de ruedas.
- Espejo reclinado puede facilitar la visión desde la posición sentada en silla de ruedas.

**Una recomendación necesaria, especialmente en las semanas iniciales es:**

**NO DEJAR A LA PERSONA SOLA EN EL BAÑO**

**C** **¿Cuándo se debe hacer el aseo en cama?** Para las personas con una capacidad de movimiento muy limitada y aquellos que no son capaces de desplazarse, ni siquiera con ayuda, es mejor hacer el aseo en la cama. Siguiendo estas recomendaciones:

- Debemos tener preparados los elementos necesarios para evitar interrupciones durante el aseo o dejar solo al paciente para ir a buscar lo que hemos olvidado.
- Aprovechar la oportunidad para cambiar las sábanas de la cama.

### **Cómo realizar el aseo en la cama:**

1. Colocar al paciente en decúbito supino (boca arriba).
2. Lavar los ojos con agua limpia o hervida, o suero fisiológico, utilizando una gasa limpia para cada ojo.
3. Para la higiene bucal se utilizará un cepillo dental especial o una torunda con solución antiséptica.
4. Iniciar lavando la zona superior del cuerpo: cara, cuello, orejas, extremidades superiores y tórax. Continuar por la parte inferior del cuerpo.
5. Es muy importante secar bien, evitando humedad. Sobre todo en los pliegues, axilas e ingles.
6. Girar al paciente del lado no afectado, lavar la espalda y las partes íntimas, secar bien.
7. Cuando el paciente esté de lado, arremeter las sábanas sucias y poner la sábana bajera entremetida, empapador y pañal (todo doblado). Luego se voltea al paciente, se quitan las sábanas sucias y se terminan de colocar las nuevas. (Ilustración 5).
8. Proteger las zonas del cuerpo que soportan mayor presión (como son los talones, los codos y la espalda), hidratando frecuentemente la piel y **evitando** el uso de alcoholes (incluye el uso de colonia).



(Ilustración 5)

Es importante que el enfermo participe en su aseo con la mano no afectada (lavarse la cara y otras zonas del cuerpo).

## ¿CÓMO DESCANSAR / DORMIR?

En la medida de lo posible hay que **EVITAR QUE EL DORMITORIO Y LA CAMA SEAN LOS LUGARES DONDE MÁS TIEMPO PASE LA PERSONA**. Para ello será necesario establecer un horario para iniciar la actividad con el paciente y preparar una habitación y lugar para sentarse cuando salga de la cama.

# 1 Adaptación del mobiliario

En esta habitación debemos distribuir el mobiliario (mesita de noche, televisión, etc.) o cambiar la orientación de la cama de manera que reciba la mayor parte de los estímulos por el **lado afectado**, consiguiéndose así una mayor atención hacia ese lado. Siguiendo estas recomendaciones:

- **CAMA:** Es recomendable que tenga una altura mínima de unos 45 centímetros. Si es necesario, la podremos adaptar colocando calzas o cambiando las patas del somier.

Hay que mantener las sábanas tersas, sin arrugas.

El cabezal de la cama estará, si es posible, en alineación con el resto de la cama, evitando su elevación constante a 45°. Así se evita provocar dolor en el hombro, edema en la mano hinchada, llagas en sacro y rotación externa del miembro inferior afecto (pierna girada hacia fuera).

En caso de gran dependencia física se recomienda una cama articulada que facilite los cambios de posición.

- **COLCHÓN:** No debe ser ni tan blando que impida o dificulte los cambios de postura, ni tan duro que favorezca zonas de excesiva presión en el cuerpo (codos, talones, espalda...). Se colocarán almohadas en los miembros que estén afectados por la parálisis y protectores en las zonas de mayor presión.

En caso de gran dependencia física se recomienda un colchón antiescaras.

- **BARANDILLAS:** El uso de barandillas está supeditado a medidas de seguridad ante caídas o desorientación, EN NINGÚN CASO PARA AGARRARSE.

## 2 Posiciones del paciente en la cama

Durante la estancia en la cama debemos insistir en el mantenimiento de una correcta posición y para ello nos ayudaremos de almohadas, cojines y toallas. Siguiendo estas recomendaciones:

En la posición "TUMBADO BOCA ARRIBA" colocaremos dos almohadas cruzadas en aspa bajo cabeza y hombros, utilizaremos una toalla doblada bajo la nalga del lado afecto para evitar la rotación hacia fuera de la pierna. (Ilustración 6)



(Ilustración 6)

Para ponerlo "DE LADO" en la cama, primero desplazaremos a la persona hacia el lado de la cama opuesto al giro, para posteriormente solicitar su participación en la actividad. El brazo y la pierna que han girado reposarán sobre almohadas en una posición con ligera flexión. (Ilustración 7).



(Ilustración 7)

**Siempre que sea posible, la cama sólo debe usarse en los momentos de descanso, ya sea en la siesta o por la noche, ayudando con esta medida a la distinción entre el día con su actividad y la noche con el reposo.**

# ¿CÓMO / QUÉ COMER?

## ¿CÓMO DEBE COMER EL PACIENTE?

- a) **Si puede masticar y tragar la comida**, debe sentarse a comer en una mesa, teniendo mucho cuidado en respetar la posición del cuerpo en la silla: la espalda debe permanecer erguida y levemente adelantada para permitir que el miembro superior repose sobre la mesa respetando al máximo la alineación con el resto del cuerpo. La mesa debe tener un buen acceso que permita introducir correctamente las piernas y el acercamiento de la silla. El apoyo en sus "nalgas" ha de ser lo más simétrico posible y los pies deben apoyarse completamente en el suelo. (Ilustración 8).



(Ilustración 8)

- b) Si no puede comer de forma autónoma**, le asistiremos sólo en la medida que sea preciso. En algunos casos pueden ser de utilidad platos con reborde, cubiertos con mangos especiales o tazas de succión y asa especial que facilitan la prensión.
- c) Si se alimenta por sonda nasogástrica**. Se trata de un tubo que se coloca por la nariz y llega al estómago y que se utiliza para alimentar a aquellos enfermos que tienen la deglución muy afectada. Generalmente, no es algo permanente. Conforme el paciente se va recuperando, vuelve a tragar correctamente y la sonda no es necesaria.

Su manejo es sencillo, los cuidados necesarios se le indicarán por la enfermera al alta.

## ¿QUÉ TIPO DE DIETA DEBE SEGUIR EL PACIENTE TRAS HABER SUFRIDO UN ICTUS?

Como regla general, debe hacer 4 ó 5 comidas al día, no muy abundantes, ricas en fibra, y que le aporten los nutrientes necesarios.

Deben evitarse alimentos ricos en grasas saturadas, sal, muy condimentados, bollería y excitantes como té y café.

- **Si el paciente tiene afectada la deglución**, se debe comenzar con una dieta triturada e ir cambiando la consistencia conforme se vaya tolerando.
- **Si tiene parálisis** de un lado de la cara, los alimentos se deben dar por el **lado no afectado**. Que tome abundantes líquidos (1,5–2 litros diarios). Si no tolera los líquidos, se puede suministrar agua gelificada o usar espesantes hasta conseguir una textura que tolere.

## ¿CÓMO PODEMOS PREVENIR EL ESTREÑIMIENTO?

El estreñimiento puede aparecer por la inmovilidad, una dieta inadecuada o disminución de la ingesta de líquidos.

Para prevenirlo se aconseja:

- Una dieta rica en fibra y con abundante ingesta de líquidos (1,5 – 2 litros diarios).

- Fomentar el consumo de vegetales, frutas, legumbres, aves y evitar alimentos ricos en grasas, lácteos, chocolates...
- También es recomendable la realización de ejercicio. Es importante fomentar la actividad y la participación en las actividades diarias.

**EL USO DE LAXANTES O ENEMAS SÓLO DEBE UTILIZARSE CUANDO EL MÉDICO LO INDIQUE.**

## ¿CÓMO MANEJAR LOS PROBLEMAS URINARIOS?

Los pacientes que han sufrido un ictus pueden presentar incontinencia urinaria. Esta situación puede ser transitoria (se va corrigiendo conforme mejora el paciente) o prolongarse en el tiempo.

- Lo más habitual en los enfermos con esta problemática es el **uso de pañales**. Estos deben revisarse cada 2 ó 3 horas y cambiarse cuando se precise.
- Algunos pacientes son dados de alta del hospital con una **sonda vesical** que la mayoría de las veces se retira en unos meses. Los cuidados de la sonda son sencillos y serán explicados por la enfermera al alta.

**DEBEMOS INTENTAR REEDUCAR LA VEJIGA.** Para ello, es fundamental establecer un horario para orinar, ofreciendo la cuña o botella cada 2 ó 3 horas. Pudiendo el paciente controlarlo y así dejar de usar los pañales.

## ¿SE PUEDEN MANTENER RELACIONES SEXUALES?

El temor a sufrir un nuevo ictus durante el acto sexual es generalmente infundado. Es muy común que los pacientes que han padecido un ictus

presenten dificultades en su vida sexual. Existen muchos factores que pueden alterar la sexualidad tras un ictus, no solo factores físicos, sino también psicológicos y sociales. Una imagen física negativa de uno mismo, falta de comunicación con respecto a cuestiones sexuales entre la pareja, alteración del lenguaje, miedo, angustia o falta de excitación son algunos de estos factores. **Es muy importante que hable con su pareja.** Los temores que no se expresan pueden llevar a evitar encuentros íntimos y ello sólo desencadena ansiedad.

Cuando tenga una relación sexual, comience despacio. Es mejor que se aproxime por el lado sano, de forma que pueda sentir los estímulos. Pruebe diferentes posturas. Recuerde también que hay muchas formas de mantener relaciones sexuales, además del coito.

## ¿CUÁL SERÍA LA FORMA MÁS ADECUADA PARA VESTIRSE? ¿QUÉ TIPO DE ROPA ES ACONSEJABLE EN EL PACIENTE CON ICTUS?

En primer lugar, **NUNCA HAY QUE MANTENER AL PACIENTE TODO EL DÍA CON EL CAMISÓN O EL PIJAMA.** Esto incide negativamente en su autoestima y su estado de ánimo.

- La ropa debe ser **cómoda y holgada.**
- Hay que evitar que tenga botones y cordones, más difíciles de manejar. Es preferible el **uso de cinta autoadhesiva o velcro.**
- Las zapatillas han de ser cómodas y **que sujeten bien el pie.**

A la hora de vestirse, colocar siempre las prendas **primero por el lado afectado** y, al contrario, para retirarlas. Es conveniente que el paciente **permanezca sentado** mientras se pone la ropa.

## ¿CÓMO Y CUÁNDO SENTARSE?

Se recomienda sentarse lo antes posible. La posición sentada favorece la relación social y es la base de mucha actividad funcional.

## POSICIÓN CORRECTA

Si el paciente **no tiene control del cuello** es recomendable que se siente en una silla con respaldo alto.

Si es **capaz de sostener la cabeza**, está indicado un respaldo más bajo. (Ilustración 9).

- En ambos casos es importante una **buena colocación de la cabeza**, sin proyección hacia delante, e intentando evitar la visión sólo hacia el lado menos afectado.
- El asiento debe **permitir la alineación de las piernas**. Para ello, lo mejor es una base firme y ligeramente acolchada, de tal altura que permita que las caderas estén algo más altas que las rodillas. Se pueden usar pequeñas toallas, ya sean enrolladas o dobladas, que se colocarán bajo el glúteo afectado, o entre el muslo y el reposabrazos para controlar las rotaciones.
- **Los pies estarán planos**, en contacto con el suelo y separados entre sí a una distancia similar a la anchura de las caderas.
- Durante la estancia en la silla es muy recomendable que el **brazo esté apoyado** sobre alguna superficie (almohada, mesa, reposabrazos, bandeja...) para evitar que se descuelgue, manteniendo la alineación y simetría. La altura de esta superficie es importante. Si es muy alta, provoca que el hombro esté demasiado subido y si es demasiado baja no ejerce el efecto buscado de suspensión del peso.



(Ilustración 9)

- El acceso y salida de la silla puede requerir ayuda. Puede ser manual (otra persona asiste al movimiento) o instrumental (grúas, tablas de transferencias,...). Tendremos especial cuidado con su brazo, y **NUNCA TIRAREMOS DE ÉL.**

## POSICIÓN INCORRECTA

**Evitar:** Sillones muy bajos o sofás muy amplios.

Durante el traslado de la persona con ictus en silla de ruedas se mantienen los cuidados posturales que hemos tenido en la silla doméstica.

Hay que tener presente que **LA SILLA DE RUEDAS ES UN MEDIO DE DESPLAZAMIENTO, EN NINGÚN CASO DEBE SER EL ASIENTO ÚNICO Y DEFINITIVO.**

## ¿CÓMO PONERSE DE PIE O INICIAR LA MARCHA?

El proceso de levantarse y andar exige un determinado control de tronco, cierta actividad motriz en las piernas y colaboración de la persona. De manera que si la persona se ladea fácilmente en el sillón o tiene mucha dificultad para incorporarse hacia delante en el asiento y mantener medianamente la verticalidad, **NO PODEMOS EXIGIRLE PONERSE DE PIE Y MENOS AÚN CAMINAR.**



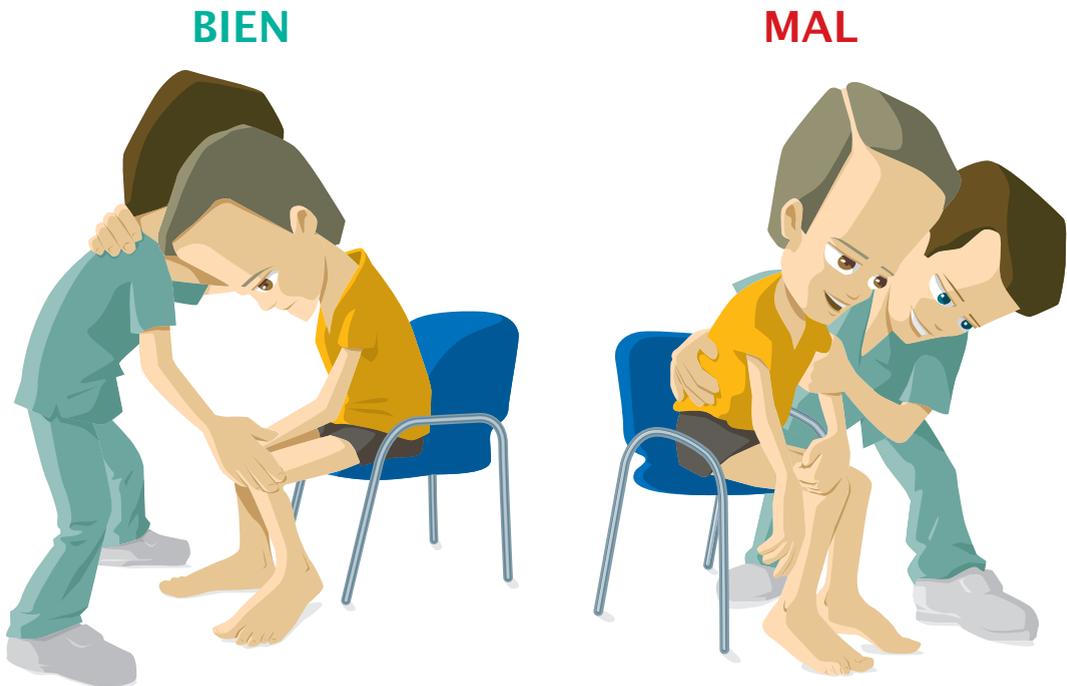
Un asiento relativamente alto y con reposabrazos facilitará la incorporación y puesta en pie.



Por el contrario, un asiento bajo o hundido la dificultará. Las sillas de ruedas sin buenos frenos o los asientos fácilmente deslizables **constituyen un gran peligro.**

## LEVANTARSE

Como norma general, para ayudarlo a ponerse de pie nos situaremos a un lado de la persona. Manteniendo sus dos pies separados, paralelos en el suelo y ligeramente por detrás de las rodillas, le pediremos que se incline hacia delante hasta tener la sensación de querer despegar sus nalgas del asiento. Le ayudaremos desde su cintura e incluso desde debajo del hombro afectado, evitando siempre cogerlo y estirarle del brazo ya que la posible flacidez de la musculatura del hombro podría causar un desplazamiento articular. (Ilustración 10).



(Ilustración 10)

A veces, al principio, tendrá que aprovechar alguna superficie plana (tablero de la mesa o el reposabrazos) para que le ayude a levantarse.

Una vez de pie es bueno permanecer quieto durante cierto espacio de tiempo con la mínima ayuda posible. Cuánto más estable se mantenga el paciente de pie, mejor será la marcha.

Para caminar, al principio, será necesaria la ayuda de un bastón y de una persona, que con paciencia pueda aportarle seguridad y estabilidad desde la cintura e incluso desde el brazo. Recuerde no tirar del brazo afectado. Bastones, trípodes y andadores son ayudas técnicas que necesitan de un aprendizaje e indicación. Su mal uso puede entorpecer mucho su evolución.

ESTAR DE PIE Y DAR PEQUEÑOS PASOS PUEDE SER MUY COMPLICADO PARA ESTE TIPO DE PERSONAS. En este punto la figura del fisioterapeuta es fundamental, siendo necesario seguir sus consejos, puesto que se encargará de proponer y explicar las distintas adaptaciones necesarias según la fase evolutiva del paciente.

Es muy importante evitar el uso de zapatos tipo chancas, siendo recomendable el **calzado cerrado y de suela de goma**.

## SENTARSE

Para volver a sentarse **HAY QUE EVITAR DEJARSE CAER**. La vuelta al asiento debe ser lenta y guiada por el cuidador, dentro de sus posibilidades, lo que reforzará la musculatura en sus piernas.

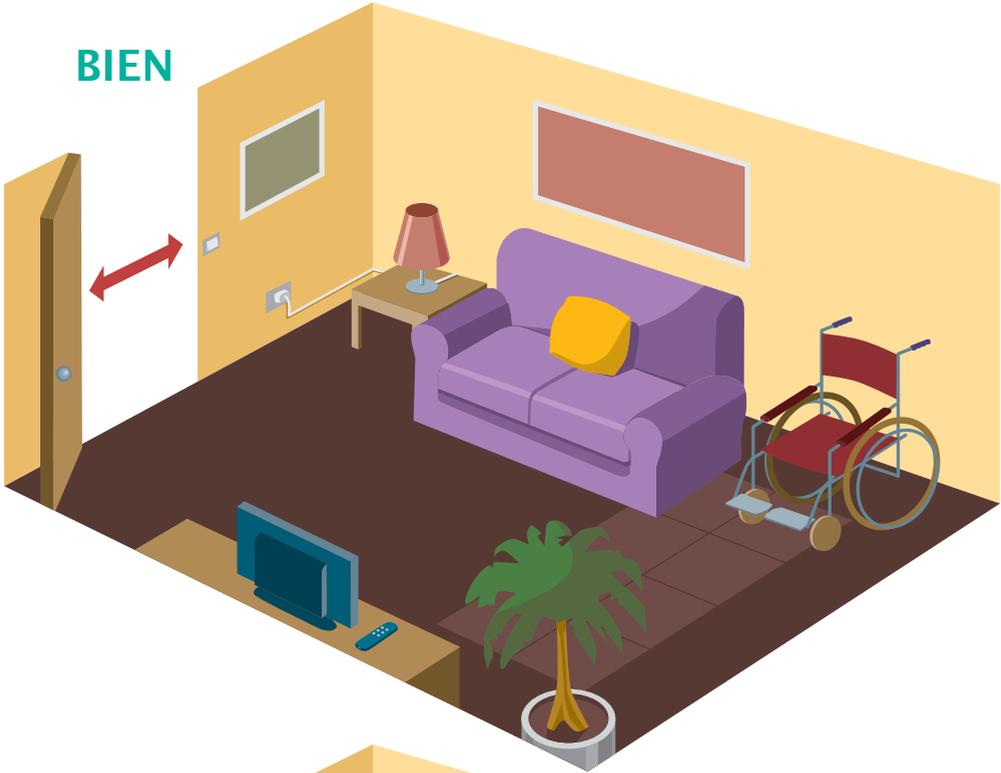
## ADAPTACIONES EN EL HOGAR

Las adaptaciones en la vivienda tienen la intención de mejorar la calidad de vida y funcionalidad dentro de la misma, haciendo accesible el hogar.

El espacio mínimo de **maniobrabilidad de la silla de ruedas es de 1,50 m de diámetro**. Esta medida mínima la tendremos en cuenta para todos los accesos y puertas de la vivienda. En caso de necesitar el uso de una grúa para sus traslados se requerirá un espacio mayor.

Asimismo, la vivienda debe **despejarse de obstáculos** (alfombras, cables sueltos, macetas,...) dejando las zonas de paso libres de estorbos y **bien iluminadas**. (Ilustración 11).

Si para acceder al dormitorio hay que subir un tramo de escaleras, antes de realizar grandes y costosas adaptaciones en la casa, se puede valorar si es posible habilitar una habitación en la planta baja. Si se desea o se necesita el acceso a pisos superiores, se pueden instalar plataformas elevadoras o sillas salva-escaleras.



(Ilustración 11)



4

**Rehabilitación**  
en pacientes  
con Ictus



# ¿QUÉ SECUELAS Y COMPLICACIONES PUEDO TENER TRAS UN ICTUS?

Los principales factores que pronostican las secuelas y complicaciones tras un ictus son la **edad** y la **gravedad** del ictus. A continuación se desarrollan los posibles problemas:

## 1 Problemas orgánicos

### MOVIMIENTO

El enfermo con ictus puede tener una pérdida de fuerza o movimiento en la parte del cuerpo afectada. Estas alteraciones tienden a mejorar, pero suele quedar algún tipo de secuelas.

### CAÍDAS

Al perder fuerza y afectarse el equilibrio, las caídas son frecuentes. Es muy importante acondicionar el domicilio:

- Retirar alfombras
- Poner asideros en el baño
- Utilizar sillas para la ducha

### ALTERACIÓN DEL LENGUAJE

**La familia es la fuente de estimulación más importante en la evolución y recuperación del paciente.** Son los que tienen que animar, apoyar y comprender los esfuerzos que realiza el enfermo para comunicarse, elogiando cualquier progreso por pequeño que sea.

## ¿Qué tipos de alteración del lenguaje existen?

Los trastornos más frecuentes tras un ictus son las **DISARTRIAS** y las **AFASIAS**.

- La **DISARTRIA** es la **alteración del control muscular** en los mecanismos del habla por trastornos motores en los músculos implicados en la respiración y en la articulación del habla y la voz.
- La **AFASIA** es un trastorno del lenguaje debido a una **lesión en la zona del cerebro** responsable del lenguaje. Su aparición es brusca y puede afectar a la expresión y/o comprensión del lenguaje oral y escrito, impidiendo al paciente comunicarse y afectando a lo personal (emocional, familiar, laboral y social).

## ¿Cómo debo actuar ante las dificultades que presenta mi familiar?

- **Estimular** cualquier tipo de **comunicación**, ya sea hablada, gestual, señalando o dibujando.
- **Simplificar el lenguaje** con oraciones cortas y sencillas. Formular preguntas que pueda responder con pocas palabras o dándole varias opciones para que elija.
- **Tratarle y hablarle como a un adulto**, nunca como a un niño, manteniendo conversaciones atractivas y de su interés.
- Si hay dificultad en la comprensión del mensaje oral, usaremos gestos y láminas con dibujos, repitiendo la frase las veces que sea necesario.
- Es importante que el logopeda pueda valorar al paciente para orientar la rehabilitación.

## ¿Cuáles son las dudas más habituales respecto a las alteraciones del lenguaje?

### ¿Se cura la AFASIA? ¿Qué factores afectan en la recuperación?

Gracias a la plasticidad del cerebro, todas las afasias evolucionan hacia la mejoría, reaprendiendo las habilidades afectadas. En la rehabilitación influyen factores como la localización y extensión de la lesión, el nivel de estudios, etc.

## La AFASIA ¿ocasiona depresión?

Estos pacientes son propensos a presentar depresión, por las consecuencias que conllevan la pérdida del lenguaje y la dificultad para relacionarse con los demás. Se sienten desvalidos, con baja autoestima y nada productivos.

Los familiares o amigos serán los encargados de animar y motivar al paciente en esta situación.

## El paciente con AFASIA ¿se da cuenta de lo que le pasa o es lo mismo que la demencia?

No, en la afasia la alteración del lenguaje se presenta de forma repentina por un daño local, no es algo gradual como las demencias.

## ALTERACIÓN DE LA VISIÓN

El enfermo puede tener una pérdida de visión de parte del campo visual. Se recomienda a los familiares que estimulen al enfermo a mirar hacia su lado afectado.

## ALTERACIÓN DE LA SENSIBILIDAD DEL CUERPO

El enfermo puede tener hormigueo, sensaciones desagradables o falta de sensibilidad al tacto en el lado del cuerpo afectado. Estas alteraciones sensitivas pueden producir heridas o quemaduras sin que el enfermo se dé cuenta.

## ALTERACIÓN DE LA ATENCIÓN O MEMORIA

Se conoce como afectación COGNITIVA y son fallos de memoria, atención, y orientación. Es importante detectarlas porque pueden precisar tratamiento y, a veces, son una causa importante de discapacidad. En algunas ocasiones puede mejorar con el tiempo.

## RIGIDEZ MUSCULAR O ESPASTICIDAD

El enfermo puede tener un aumento del tono muscular del lado afectado que puede producir rigideces, dolor, contracturas y dificultad para realizar movimientos.

En los casos leves no requiere tratamiento, en casos moderados o severos debe consultar con su médico rehabilitador, o médico de familia.

## DOLOR DESPUÉS DE SUFRIR UN ICTUS DE ORIGEN CEREBRAL

Es un dolor desagradable, como punzante o quemante, que empeora con el movimiento o con el tacto. Si aparece, consultar con su médico de familia para un tratamiento farmacológico.

## DOLOR EN EL HOMBRO

El dolor del hombro afectado es un problema frecuente. Si el dolor es agudo, son eficaces los analgésicos o antiinflamatorios. Si el dolor se hace crónico, debe consultar con el médico de familia.

## 2 Problemas psicológicos

Las secuelas y complicaciones que padece el enfermo que ha tenido un ictus pueden influir en su estado de ánimo.

- Depresión
- Ansiedad
- Falta de ánimo
- Risa o llanto inmotivado
- Irritabilidad

**SON  
ENFERMEDADES  
BASTANTE FRECUENTES  
EN ENFERMOS CON  
ICTUS**

Todos estos procesos pueden influir negativamente en la recuperación del enfermo y en su relación con familiares y su entorno.

**Ante cualquier duda de cambios de humor del enfermo consultar con su médico.**

## ¿CUÁNDO EMPIEZA EL PROCESO REHABILITADOR Y CUÁNDO ACABA?

El programa de rehabilitación comienza durante el ingreso del enfermo en el hospital, cuando se estabiliza clínicamente.

Cuando el paciente es dado de alta del hospital existen diferentes formas de continuar el programa de rehabilitación, según las condiciones del enfermo y el apoyo sociofamiliar. Antes de empezar es muy importante fijar unos **OBJETIVOS REALISTAS Y RAZONABLES** que el **PACIENTE COLABORADOR** pueda cumplir.

El tiempo de rehabilitación que precisará el enfermo varía en función de los objetivos que se marquen y según el grado de discapacidad.

**En general, la mayor parte de la recuperación de los enfermos que han sufrido un ictus se consigue en los 3 primeros meses.**

Luego la recuperación es más lenta, y a los 6 meses podemos hablar de que **se ha alcanzado la máxima recuperación**, pudiendo ver el alcance de secuelas.

Las secuelas y el grado de discapacidad del enfermo dependen de varios factores: edad, extensión del daño cerebral, estado funcional previo, etc.

## ¿QUÉ FASES TIENE EL PROCESO DE REHABILITACIÓN?

El proceso rehabilitador del enfermo con ictus consta de 3 fases: aguda, subaguda y crónica.

### FASE AGUDA

La fase aguda del proceso rehabilitador se centrará en la prevención y tratamiento de las siguientes complicaciones:

- DISFAGIA
- ALTERACIONES ESFINTERIANAS: no control de esfínteres

- ÚLCERAS POR PRESIÓN
- ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

## FASE SUBAGUDA

En esta fase los objetivos del programa rehabilitador consisten en:

- Tratar los siguientes problemas orgánicos:
  - Movilidad (función motora)
  - Sensibilidad
  - Alteración de la visión
  - Afectación cognitiva (fallos en la memoria, atención, orientación)
  - Afasia
  - Alteraciones emocionales
- Tratamiento de las complicaciones más frecuentes: espasticidad, hombro doloroso y dolor pos-ictus.
- Dar información homogénea al enfermo y familiares sobre las discapacidades funcionales y recursos sociosanitarios disponibles en la comunidad.

## FASE CRÓNICA

El proceso rehabilitador durante la fase crónica comprende diferentes aspectos:

- Aportar información a enfermos y familiares sobre adaptaciones en domicilio y valoración de la necesidad de dispositivos ortésicos (silla de ruedas, andador, bastones, ferulas posicionales, etc.).
- Animar al enfermo y a la familia a recuperar las relaciones con el entorno: reincorporación laboral, retorno a actividades psicosociales y conseguir la independencia en las actividades básicas de la vida diaria.

# ¿QUÉ MEDIOS DE REHABILITACIÓN EXISTEN?

La rehabilitación es la especialidad médica que se encarga de disminuir el nivel de discapacidad en el enfermo que ha sufrido un ictus.

## Los objetivos son:

- Prevenir las complicaciones
- Disminuir las secuelas
- Sacar el mayor rendimiento a las posibilidades de recuperación

## Existen distintos **medios de rehabilitación**:

- **FISIOTERAPIA:** cuando los enfermos tienen dificultades motoras o sensitivas.
- **TERAPIA OCUPACIONAL:** cuando el enfermo tiene dificultades en las actividades de la vida diaria: alimentarse, vestirse, bañarse, etc.
- **APARATOS ORTOPROTÉSICOS:** silla de ruedas, andadores, férulas posicionales para manos o pies, etc.
- **LOGOPEDIA:** cuando el enfermo tiene problemas con la deglución, lenguaje o habla.
- **NEUROPSICÓLOGO:** cuando el enfermo tiene alteraciones de memoria, del comportamiento y razonamiento.





5

Problemas  
médicos  
tras un Ictus



# TRASTORNOS EMOCIONALES TRAS EL ICTUS

## ¿QUÉ SON?

Son las alteraciones del estado de ánimo que se producen en el paciente que ha sufrido un ictus debido a la interacción entre la propia enfermedad y la dificultad de asumir las discapacidades que se han producido. Se suelen manifestar de distintas maneras:

- Ansiedad
- Sentimientos de frustración
- Tristeza o aislamiento
- Irritabilidad
- Trastornos del sueño
- Deterioro de memoria
- Indiferencia hacia la terapia
- Negación de los cambios producidos por el ictus
- Llanto involuntario no relacionado con el estado de ánimo

En ocasiones, la presencia de trastornos emocionales tras el ictus puede no relacionarse directamente con la mayor o menor gravedad del ictus, sino con la presencia de trastornos emocionales anteriores al ictus o con el tipo de personalidad previa.

## ¿CÓMO MEJORAR?

Para ayudar a estos pacientes es importante mantener una vía de comunicación adecuada y permitir al paciente expresar cómo se siente. Hay que tratar que el reaprendizaje de tareas diarias sea una actividad relajante porque el proceso lleva tiempo. **Nunca hay que culpabilizar al paciente de su**

**situación.** En casos de agresividad, irritabilidad o comportamientos que puedan alterar la convivencia normal no se debe discutir con el paciente para intentar a toda costa hacerle razonar, sino tener una actitud serena, intentar apartarle de los posibles peligros y recurrir a la medicación en los casos en que sea necesario, según las pautas prescritas.

## ¿CUÁNDO CONSULTAR CON EL MÉDICO?

El paciente o familiares deben consultar siempre a su médico de familia o neurólogo en caso de que exista **depresión intensa o persistente (MÁS DE 6 SEMANAS)** para que se le prescriba la medicación necesaria para ayudarle a salir de ella.

# PREVENIR EL SEGUNDO ICTUS. IMPORTANCIA DE LA MEDICACIÓN

## ¿QUÉ ES?

La prevención del segundo ictus o PREVENCIÓN SECUNDARIA es la que tiene como objetivo evitar o disminuir la recurrencia de ictus una vez que éste ha tenido lugar. Ese segundo ictus es de peor pronóstico que el primero.

## ¿CÓMO MEJORAR?

La prevención secundaria se traduce en que el paciente **aprenda a vivir incorporando una serie de hábitos saludables**, como dejar de fumar y de beber alcohol, realizar ejercicio físico y evitar la obesidad (sobre todo abdominal).

Asimismo, **cuando el médico se lo prescriba, debe tomar fármacos que disminuyan el riesgo** de un nuevo ictus, como los antiagregantes plaquetarios (semejantes a las aspirinas que evitan la formación de trombos que pueden obstruir un vaso del cerebro), los fármacos para reducir el colesterol o los fármacos para disminuir la hipertensión arterial. Es muy importante controlar la presión arterial intentando evitar que sea mayor de 130/85 mm Hg. El colesterol LDL (colesterol malo) se considera controlado si es inferior a 100 mg/dl.

## ¿CUÁNDO CONSULTAR CON EL MÉDICO?

Siempre que el paciente no controle sus cifras de presión arterial, colesterol o diabetes debe consultar con su médico. También se debe consultar en caso de aparición de mareos, pérdida de fuerza en extremidades u hormigueos, así como en caso de cualquier *otro síntoma neurológico de nueva aparición*.

## COMPLICACIONES DE LA INMOVILIDAD

### ¿QUÉ SON?

Como consecuencia de la parálisis o la dificultad del movimiento, los pacientes están en algunas ocasiones obligados a estar encamados o sentados un tiempo prolongado durante el día y esto puede producir complicaciones de tipo:

- **Posturas anormales en las extremidades.** El miembro paralizado puede presentar un aumento del tono muscular (espasticidad) quedándose rígido y con rigidez articular que impide la movilización del mismo y los cambios de posturas apareciendo posturas forzadas.
- **Dolor en el hombro paralizado** (hombro doloroso), que consiste en la aparición de dolor intenso en la articulación del hombro que empeora con la movilización. Se produce por una subluxación de la articulación por la pérdida de fuerza, diríamos que el brazo se "descuelga" y esto produce dolor y posteriormente limitación de la movilidad.
- **Escaras de decúbito o úlceras por apoyo prolongado.** Son lesiones en la piel que aparecen en las partes del cuerpo sometidas a presión continua, suelen aparecer a nivel del sacro, caderas, codos y talones.
- **Problemas venosos.** La inmovilización prolongada produce enlentecimiento del retorno venoso de la sangre y propensión a que se formen coágulos en las piernas. Se puede producir la migración de esos trombos y dar lugar a trombosis en otros órganos del cuerpo que puede ser peligrosa.

## ¿CÓMO MEJORAR?

**Lo más importante** para evitar las complicaciones de la inmovilización **es la prevención.**

### • CONSEJOS PREVENTIVOS •

- Intentar que la persona inmovilizada no esté mucho tiempo en la cama
- Moverse lo más posible y realizar todas las actividades que le sean posibles dentro de sus limitaciones
- Movilización habitual de los miembros paralizados de manera suave, sin tirones
- Ejercicios fisioterápicos
- Cambios frecuentes de posturas
- Uso de cabestrillos o férulas para evitar las malas posturas o que el hombro se descuelgue
- No dormir sobre el lado paralizado

### • Para evitar las úlceras por decúbito •

- Uso de colchones antiescaras
- Masajes con crema hidratante en las zonas más expuestas
- Movimiento frecuente de las piernas

## ¿CUÁNDO CONSULTAR CON EL MÉDICO?

Los criterios para remitir a la **consulta de rehabilitación** a pacientes en fase crónica tras un ictus son:

- Pérdida o deterioro de la capacidad funcional por depresión o por complicación que precise encamamiento, por fracturas o caídas.

- Hombro doloroso no controlable con medidas convencionales.
- Aparición tardía de espasticidad / rigidez que empeora el dolor, dificulta la higiene, la deambulaci3n y la funcionalidad de la mano.
- Valoraci3n de la necesidad de material de ortopedia.

Consulta con el **médico de familia**:

- Lesiones en la piel por encamamiento prolongado, con herida clara o úlcera, sobretodo si supura o aparece fiebre.
- Dolor en la pierna con calor, enrojecimiento y aumento del tamaño de la pantorrilla ya que puede ser síntomas de trombosis venosa.

## CRISIS CONVULSIVAS O EPILEPTICAS

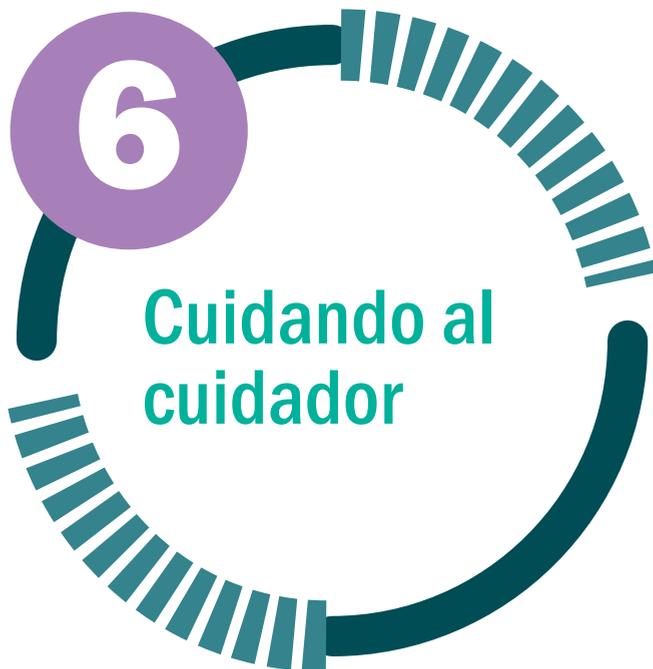
### ¿QUÉ SON?

En algunos pacientes que han tenido un ictus pueden aparecer crisis convulsivas, bien en el momento agudo del ictus o bien pasados varios meses de la fase aguda. Las crisis convulsivas o epilépticas consisten en la aparición de episodios de corta duraci3n de movimientos en una extremidad (crisis focales) o movimientos generalizados en todas las extremidades (generalizadas) con o sin pérdida de conciencia. Estos trastornos se producen por irritaci3n de la corteza cerebral como consecuencia de la lesi3n producida por el ictus.

### ¿CUÁNDO CONSULTAR CON EL MÉDICO?

Ante la aparici3n de un trastorno de estas características en un paciente que ha padecido un ictus se debe consultar al médico. Su tratamiento requiere fármacos que se deben tomar de manera diaria y continua evitando que haya fallos en el tratamiento, porque la suspensi3n del fármaco sin indicaci3n médica puede producir la aparici3n de nuevos episodios convulsivos.





6

Cuidando al  
cuidador



## LA FAMILIA CUIDADORA

Si su familiar ha sufrido un ictus, es evidente que habrá una importante repercusión en la calidad de vida, tanto del paciente, como de usted – su familiar, debiendo adaptarse a multitud de cambios y posibles secuelas.

## VIVIR CON UN PACIENTE CON ICTUS

### ¿CÓMO PODEMOS AFRONTAR LA NUEVA SITUACIÓN?

- Anímele a que consiga el mayor grado de autonomía posible, y que intente realizar las actividades por sí mismo, aunque suponga mayor esfuerzo y tiempo. Ayúdele únicamente en aquellos pasos en los que presente mayor dificultad.
- Más que resaltar los errores, intente explicarle dónde se ha equivocado y reforzar sus logros, sobretodo su esfuerzo para intentarlo.
- Trate de no irritarse por sus fallos. La calma, la tranquilidad, el cariño y la naturalidad deben estar presentes en la resolución de los problemas.
- Mantenga una buena comunicación con los profesionales sanitarios que le atiendan.
- Pida ayuda a sus allegados cuando lo necesite, de forma calmada y sincera. En ocasiones el entorno no es consciente de las necesidades de los cuidadores o no percibe que estos necesiten y deseen ser ayudados.

### ¿QUÉ PODEMOS HACER SI NUESTRO FAMILIAR TIENE PROBLEMAS DE ORIENTACIÓN?

Especialmente al principio esta situación es normal. Puede no saber donde está, ni la fecha que es, ni reconocer a las personas que le rodean, provocándole irritación y ansiedad. En ese caso:

- Deje una iluminación parcial nocturna durante los primeros días.
- No se enfade con él y responda a sus preguntas con paciencia.

- Coloque calendarios y relojes a la vista y apóyese en ellos para decirle la fecha. Anímele a que los utilice.
- No le ponga continuamente a prueba para comprobar si ya no está desorientado.

## ¿QUÉ PODEMOS HACER SI NUESTRO FAMILIAR TIENE DIFICULTADES DE ATENCIÓN?

Puede ocurrir que **se distraiga con facilidad y no sea capaz de seguir el hilo de una conversación**, lo que le puede llevar, por ejemplo, a agobiarse en reuniones con bullicio. En ese caso:

- Háblele de uno en uno y sin ruido de fondo (apague la tele o la música), de manera tranquila, pausada y asegurándose de que le está mirando.
- Transmítale las ideas de una en una y no pase a otro tema hasta asegurarse de que lo ha comprendido. Puede preguntarle y pedirle que le repita lo que entendió.
- Déjelo descansar con la frecuencia que necesite. No obstante, a largo plazo, evite las cabezadas diurnas derivadas de la inactividad y delimite las siestas de duración excesiva.
- Intente mantener su atención cuando le hable diciendo su nombre o diciéndole "Mira" o "¿Verdad?".

Por otro lado, puede ocurrir que su familiar **tienda a omitir el lado afectado del entorno o de su cuerpo**, esto se llama **heminegligencia**, ante lo cual:

- Procure situarse en dicho lado a la hora de hablarle, instándole a que le mire.
- Es normal que "olvide" la mano de la parte afectada. Recuérdele que existe y que debe colocarla de forma adecuada procurando no dejarla caer, ayudándose de la otra mano.
- Coloque aquellas cosas que necesite (cubiertos, ropa, etc.) en ese lado, animándole a cogerlas por sí mismo y recordándole dónde están para encauzar su búsqueda si no las encuentra. Primero cerca de su mano, ampliando la distancia poco a poco.

## ¿QUÉ PODEMOS HACER SI NUESTRO FAMILIAR TIENE DIFICULTADES DE COMUNICACIÓN?

Son frecuentes los trastornos del lenguaje como una **afasia**, cuando la persona es incapaz de comprender y de emitir un lenguaje adecuado, o una **disartria** cuando tiene dificultad para articular las palabras. En ese caso:

- Hable bastante con él, aunque sin presiones, para evitar que se agobie.
- No le grite, utilice un tono de voz normal.
- Emplee frases sencillas y cortas.
- Mantenga el mismo tema de conversación y repita la idea principal en varias ocasiones para evitar que se pierda o se confunda.
- Puede apoyarse de gestos y señalar objetos para facilitar la comprensión del mensaje. También puede utilizar fotografías o dibujos sencillos.
- Intente utilizar preguntas cortas y directas de respuesta cerrada "sí/no". También puede darle varias opciones de respuesta.
- Déle el tiempo que necesite para procesar la información y responder sin presiones.
- No le interrumpa ni termine las frases por él, aunque sepa lo que quiere decir. Proporcione pequeñas guías que le ayuden a seguir expresándose y terminar las frases.

## ¿QUÉ PODEMOS HACER SI NUESTRO FAMILIAR TIENE PROBLEMAS DE MEMORIA?

Es posible que en ocasiones le pregunte las mismas cosas varias veces. En ese caso:

- Tenga paciencia, no es consciente de haber preguntado ya las mismas cosas, y se sentirá contrariado si usted se enfada.
- Intente darle claves que le ayuden a memorizar.

- Revise el álbum de fotografías y recuérdale los hechos pasados y las caras y nombres de conocidos.
- Puede apoyarse en ayudas externas (agendas, alarmas o despertadores).
- Es muy importante establecer unas rutinas claras en las actividades de la vida diaria (sueño, comida, aseo, rehabilitación, etc.).

## ¿QUÉ PODEMOS HACER SI NUESTRO FAMILIAR TIENE DIFICULTADES DE RAZONAMIENTO?

Presentará dificultades para planificar sus acciones y resolver los problemas que se le presentan. En ese caso:

- Ayúdele a establecer los pasos requeridos para hacer la tarea y a ordenarlos adecuadamente.
- Proporciónale instrucciones claras y sencillas.
- Ínstele a usar consigo mismo normas que le ayuden a organizarse: "Ve más despacio", "Piensa antes de actuar o de hablar".
- Procure implicarle en la toma de decisiones de la familia, de las actividades a realizar e intente aclarar y razonar con él todos los factores implicados en las mismas.

## ¿CÓMO PODEMOS ABORDAR LAS POSIBLES ALTERACIONES EMOCIONALES Y DE CONDUCTA?

Es normal que presente desinterés y falta de ganas de hacer las cosas que antes le gustaban, así como pensamientos negativos sobre sí mismo. En ese caso:

- Organice actividades que le sean gratificantes y motivantes.
- Trate de distraerlo con temas de conversación y actividades que le gusten.
- Promueva su independencia y autonomía en todos los campos. No lo sobreproteja, ni fomente el rol de enfermo.

- Es necesario fijar unos límites o normas en su comportamiento y en nuestra forma de comportarnos con él, especialmente en casos de agresividad, verbal o física. Un entorno estable le ayudará a regular tales conductas.
- Si se establecen rutinas y el ambiente es tranquilo, la persona afectada estará mejor.
- No le hable como si fuera un niño, pues fomenta la sensación de incapacidad, su frustración y su hostilidad hacia el entorno (nadie me comprende).

## NO OBSTANTE, RECUERDE...

**Busque información y apoyo. Comprender y compartir lo que le sucede a su familiar le ayudará a llevar mejor la situación y a ayudarlo de una forma más eficaz.**

## LA FAMILIA / CUIDADOR

### ¿A QUÉ LLAMAMOS SÍNDROME DEL CUIDADOR?

El síndrome del cuidador es un estado generalizado de **desgaste físico y emocional** (ansiedad, depresión) como consecuencia de la sobrecarga de cuidar de un modo desmedido a un enfermo crónico. Se puede manifestar de las siguientes formas:

- La relación con otros **familiares** (hijos, pareja,...) se puede alterar. Pueden sentirse solos y que nadie les ayuda.
- Existe un cambio de **roles** de los miembros de la familia. (Hijos cuidando de los padres...).
- El **trabajo** puede verse afectado por necesitar más tiempo para cuidar.
- Los **gastos** aumentan.
- Puede empeorar su **salud** en general.

## ¿CÓMO PODEMOS EVITAR EL SÍNDROME DEL CUIDADOR?

Debe prestar atención a algunas **señales de alarma** ante las que será necesario reaccionar:

### ● SEÑALES DE ALARMA ●

- Problemas de sueño
- Falta de energía
- Fatiga permanente
- Aislamiento social
- Consumo excesivo de tabaco, alcohol, ...
- Malestar físico
- Dificultad para concentrarse
- Pérdida de interés por actividades que le gustaba hacer
- Pérdida o aumento del apetito
- Reacciones de ira, cambios de humor
- Negar lo que les ocurre

## ¿CÓMO PODEMOS FAVORECER EL PROCESO DE ACEPTACIÓN DE LA ENFERMEDAD?

Usted como cuidador principal debe:

- **Aceptar la enfermedad:** informarse y formarse sobre la evolución, tratamientos, recursos sociosanitarios, asistencia jurídica.
- **Analizar la nueva situación,** necesidades y recursos. Supone una planificación a corto-medio plazo.

- **Comunicar el diagnóstico a otros familiares y amigos** para comprender mejor la enfermedad. En el caso de los **niños** es importante hacerles partícipes, en función de su edad, no ocultándoles una realidad evidente que pueden llegar a distorsionar y ser fruto de fantasías o miedos innecesarios.
- Procurar disponer de **tiempo para usted mismo** y mantener, en lo posible, sus amistades próximas.
- Contactar con **asociaciones** de familiares. No aislarse.
- Buscar y solicitar **ayuda profesional** cuando sea necesario.

## **POR ÚLTIMO,**

**hay que recordar que la experiencia de cuidar no siempre es negativa. Con los recursos y estrategias de adaptación apropiados puede convertirse en una importante fuente de gratificación y satisfacción personal para quien asume este reto.**

# RECURSOS DE LA REGIÓN DE MURCIA PARA AYUDA A FAMILIARES

- **Asociación de Daño Cerebral Adquirido de Murcia (DACEMUR)**

C/ Mariano Montesinos, 14. 30005. Murcia [Sede de FAMDIF/COCEMFE]

Tlf.: 692 82 45 57 – Correo electrónico: dacementur@gmail.com

Web: <http://www.dacementur.es>

- **Oficina Regional de Información y Asesoramiento a Personas con Discapacidad (ORIAD)**

C/ Alonso Espejo, 7 – 30007 Murcia

Tlf.: 968 36 20 83 – Correo electrónico: oriad.issorm@carm.es

## PÁGINAS WEB DE INTERÉS PARA CUIDADORES

- **Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica**

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

- **Federación de Asociaciones Murcianas de Personas con Discapacidad Física y/u Orgánica**

<http://www.famdif.org/>

- **Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE)**

<http://www.fedace.org/web/>

- **Portal "Daño Cerebral"**

<http://www.infolesioncerebral.wordpress.com>

- **Revista "SOMOS"**

[http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=3557&IDTIPO=100&RASTRO=c703\\$m](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=3557&IDTIPO=100&RASTRO=c703$m)



7

Recursos para  
los pacientes  
dependientes  
tras un Ictus



# LA LEY DE DEPENDENCIA

En términos generales los pacientes que han sufrido un ictus, que no han conseguido su recuperación o que sufren secuelas de manera permanente (alteración de la movilidad, alteración del lenguaje, alteración de la visión, alteración de la capacidad intelectual, etc.) pueden ser atendidos a través de lo dispuesto en la Ley de Dependencia.

En el Boletín Oficial del Estado de 15 de diciembre de 2006 se publica la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. (LAAD).

## INTRODUCCIÓN

Esta Ley introduce **conceptos** diferentes a los que estamos habituados hasta este momento, como minusvalía, discapacidad, etc. Algunas definiciones fundamentales al respecto son:

- **Autonomía:** es la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.
- **Dependencia:** es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.
- **Actividades básicas de la vida diaria (ABVD):** son aquellas que permiten a la persona desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

## GRADOS Y NIVELES

Se contemplan tres grados de dependencia:

- **Grado I de dependencia moderada:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal. Puede ser Grado I, Nivel 1 y Grado I, nivel 2.
- **Grado II de dependencia severa:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD dos o tres veces al día pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal. Puede ser Grado II, Nivel 1 y Grado II, nivel 2.
- **Grado III de gran dependencia:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. Puede ser Grado III, Nivel 1 y Grado III, nivel 2.

Todos los grados se están aplicando de manera progresiva desde el año 2007, a excepción del grado I nivel 1 que será efectivo a partir del año 2013.

## CÓMO SE VALORA

Existe un único baremo en todo el Estado español, aprobado por el Gobierno mediante el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril (BOE del 21 de abril) que valora la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización por personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental.

Este decreto se seguirá aplicando hasta el 18 de febrero de 2012, fecha que entra en vigor el Real Decreto 174/2011, que aprueba un nuevo baremo de valoración de la situación de dependencia. Este decreto podrá estar sujeto a modificaciones en el futuro.

La **Oficina para la Dependencia** es el órgano directivo de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia competente para reconocer la situación

de dependencia. Dicho reconocimiento se efectuará mediante resolución, que tendrá validez en todo el territorio del Estado y, que además, determinará los servicios o prestaciones que corresponden al solicitante según el grado y nivel de dependencia.

La valoración se realizará en la residencia habitual de la persona (domicilio en el que resida la mayor parte del año).

El procedimiento se inicia a instancia de la persona interesada, pudiéndose solicitar en cualquier momento en la Comunidad Autónoma en la que tenga fijada su residencia.

## REQUISITOS PARA SER TITULAR DE DERECHOS ESTABLECIDOS EN ESTA LEY

- Ser español.
- Encontrarse en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos por la LAAD.
- Residir en territorio español y haberlo hecho durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud.

## SERVICIOS Y PRESTACIONES DEPENDIENDO DEL GRADO Y NIVEL RECONOCIDOS Y ADAPTABLES A ENFERMOS DE ICTUS

Se establecerá un Programa Individual de Atención, en el que se determinarán las modalidades de intervención más adecuadas a las necesidades de la persona dependiente, de entre los servicios y prestaciones económicas previstas en la resolución de valoración de su grado y nivel.

En la asignación del servicio/ prestación se tendrá en cuenta el criterio/ opinión del beneficiario o la familia sobre cual es el recurso que más se ajuste a sus necesidades.

Estos son los servicios a los que se tiene derecho según el grado a nivel de dependencia:

SERVICIO/PRESTACIÓN	GRADO Y NIVEL
Teleasistencia	III/2, III/1, II/2, II/1, I/2
Ayuda a domicilio	III/2, III/1, II/2, II/1, I/2
Centro de día/noche	III/2, III/1, II/2, II/1, I/2
Atención Residencial	III/2, III/1, II/2, II/1
Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales	III/2, III/1, II/2, II/1
Prestación económica de asistencia personal	III/2, III/1
Prestación económica vinculada al servicio	Dependerá del servicio a que se vincule

## DEFINICIÓN DE LOS SERVICIOS Y DE LAS PRESTACIONES

### Servicio de Teleasistencia

Facilita asistencia a los beneficiarios mediante el uso de tecnologías de la comunicación y de la información, con apoyo de los medios personales necesarios, en respuesta inmediata ante situaciones de emergencia, o de inseguridad, soledad y aislamiento. Es decir, la persona desde su domicilio y a través de la línea telefónica fija y con solo accionar un dispositivo que lleva constantemente puesto, entra en contacto verbal "manos Libres" con un centro atendido por personal preparado.

### Servicio de Ayuda a Domicilio

El servicio de ayuda a domicilio lo constituye el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia

con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, son prestadas por entidades o empresas, acreditadas para esta función:

- Servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar: limpieza, lavado, cocina u otros.
- Servicios relacionados con la atención personal, en la realización de las actividades de la vida diaria (vestirse, lavarse...).

### **Servicio de Centro de Día y de Noche**

El servicio de Centro de Día o de Noche ofrece una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. En particular, cubre, desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal.

### **Servicio de Atención Residencial**

El servicio de atención residencial ofrece servicios continuados de carácter personal y sanitario. Se presta en los centros residenciales habilitados al efecto según el tipo de dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona.

### **Prestación económica vinculada al servicio. Personal y periódica**

Sujeta al grado y nivel de dependencia y capacidad económica del beneficiario. Está destinada a la cobertura de los gastos del servicio previsto en el Programa Individual de Atención (PIA) cuando no sea posible la atención por un servicio público o concertado de atención y cuidado.

El servicio deberá ser prestado por la entidad o centro acreditado para la atención a la dependencia.

### **Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales. Personal y periódica**

Su finalidad es mantener al beneficiario en su domicilio atendido por cuidadores no profesionales, siempre que se den condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda. Se establecerá a través del Programa Individual de Atención. Está sujeta al grado y nivel de dependencia y capacidad económica del beneficiario.

## Prestación económica de asistencia personal

Facilita la autonomía de la persona con gran dependencia, con independencia de su edad y contribuye a la contratación de un/a asistente personal que facilite al beneficiario una vida más autónoma, el acceso a la educación y al trabajo y el ejercicio de las ABVD.

## CÓMO Y DÓNDE TRAMITARLA

Las solicitudes podrán ser presentadas en las Ventanillas Únicas y en los Registros del IMAS (situados en la calle Greco y en Ronda de Levante, 16, esq. Plaza Juan XXII de Murcia; y en Alameda de San Antón, 29 de Cartagena), así como en el resto de registros previstos en la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Se recomienda consultar en su Centro de Servicios Sociales si vive en su domicilio o a los responsables del centro si vive en una residencia.

## QUÉ DOCUMENTOS DEBEN APORTARSE CON LA SOLICITUD

La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia ha establecido la solicitud y los documentos que deben acompañarla. En general las personas interesadas tienen que presentar alguno o algunos de los siguientes documentos, conforme a lo que solicite:

- Modelo de solicitud cumplimentado.
- Fotocopia del DNI/NIE del solicitante.
- Acreditación de la representación del solicitante, en su caso, y fotocopia del DNI/NIE del representante.
- Certificado o certificados de empadronamiento que acrediten la residencia del solicitante en España durante cinco años, dos de los cuales serán inmediatamente anteriores a la presentación de la solicitud.
- Informe de salud. (informe que proporciona el médico de familia).

### **También puede informarse:**

**Servicio de información de la Oficina para la Dependencia**

Teléfono: 968 200 703 – Página Web: [www.carm.es](http://www.carm.es)

## **RECURSOS SANITARIOS**

Además de la Ley de Dependencia, hoy en día existen otros recursos que son tramitados por el Servicio Murciano de Salud y a los que pueden tener acceso los pacientes tras un ictus si su situación médica o secuelas tras el ictus lo hacen necesario.

### **HOSPITALES DE CUIDADOS MEDIOS**

En el caso de que algún paciente con ictus precise tratamientos y cuidados médicos por un tiempo prolongado que hagan imposible que una vez estabilizado el paciente y pasada la fase aguda puedan ir a su domicilio, siempre siguiendo el criterio médico podrán ser trasladados a un centro médico de media-larga estancia.

### **UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL DE LOS HOSPITALES**

Las unidades de trabajo social en los hospitales tienen la función de asesorar, aconsejar e intentar ayudar a resolver los problemas de índole social que pueden surgir en los pacientes ingresados.

### **AMBULANCIAS**

En el caso de que el paciente precise revisiones ambulatorias o rehabilitación dispondrá de un transporte en ambulancia en caso de que no sea posible la deambulación por sus medios.

## CATÁLOGO MATERIAL PROTÉSICO

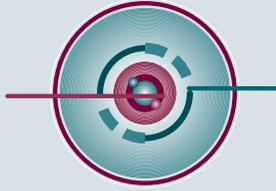
El Servicio Murciano de Salud se hace cargo de las necesidades de material protésico que precisen los pacientes con ictus. Existe un catálogo con la descripción del material protésico que tiene cobertura por el Sistema Nacional de Salud.

## CENTROS DE DÍA

El Centro de Día es un servicio sociosanitario de apoyo familiar que ofrece la posibilidad de que la persona dependiente acuda a un centro durante un horario determinado, permitiendo así a la familia compatibilizar el cuidado del paciente con el horario laboral. En dicho centro se cubren las necesidades terapéuticas del dependiente con una atención individualizada a las necesidades básicas, sociales y fisioterapéuticas.

# BIBLIOGRAFÍA

- Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención Primaria y Secundaria del Ictus. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2009.
- Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.
- Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. SemFyC. 2009.
- Programa de Atención al Ictus en la Región de Murcia (2009–2011). Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia.
- Guía para el Diagnóstico y Tratamiento del Ictus. Sociedad Española de Neurología. Segunda Edición, 2006.



# DESPUÉS DE UN ICTUS

