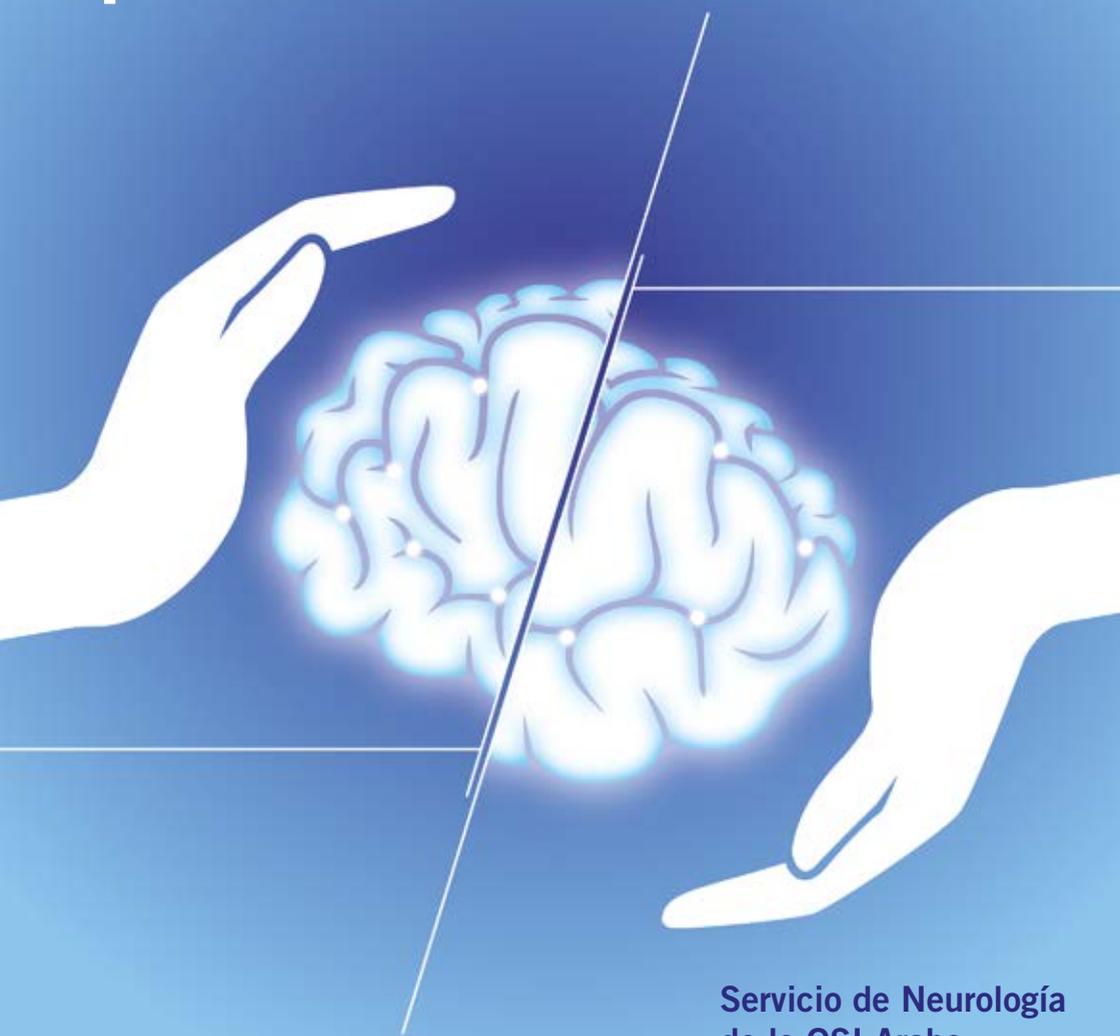


Guía de cuidados para pacientes con ICTUS y personas cuidadoras



Equipo de trabajo:

Altuna Azkargorta, Miren. Neuróloga

Arenaza Basterrechea, Naroa. Neuróloga

Barrientos Herrero, Ruth. Auxiliar de enfermería

Beistegui Alexandre, Idoia. Enfermera - Supervisora

Belarrinaga Oyanguren, Begoña. Neuróloga

Carbajal De la Red, Margarita. Médica rehabilitadora

Delgado González, Juan. Enfermero

Domaica Aguinaco, Ibon. Fisioterapeuta

Gómez de Balugera Fernández de Trocóniz, Amaia. Enfermera

Isidro Diego, Beatriz Soraya. Enfermera

Jiménez de Vicuña Marín, Maider. Enfermera

Larreina De la Torre, Estíbaliz. Auxiliar de enfermería

Martín Alutiz, Ydoya. Auxiliar de enfermería

Pérez Ramos, José M^a. Neurólogo

Puelles Asarta, Óscar. Enfermero

Soto Martínez, Verónica. Enfermera

Timiraos Fernández, Juan. Neurólogo

Ilustraciones:

Cruz Núñez, Anais. Médica residente

Depósito legal: BI-873-2018

Vitoria-Gasteiz 2018

Contenido

1	¿Qué es un ictus o ACV?	4
1.1	¿Qué causa el ACV?	5
1.2	¿Cómo se puede prevenir?	6
1.3	¿Cuáles son los síntomas de alarma?	7
1.4	¿Qué se debe hacer y no hacer ante la aparición de síntomas?	8
2	¿Qué cuidados se necesitan?	9
2.1	Higiene y cuidados de la piel	9
2.2.	Cuidados de la boca	11
2.3	El vestido	11
2.4	Prevención de úlceras por presión	12
2.5	Incontinencia urinaria	13
2.6	¿Qué hacemos si aparece dificultad para tragar (disfagia)?	13
2.7.	¿Qué hacemos si se altera el lenguaje?	16
2.8.	Movilizaciones y rehabilitación:	17
2.9.	Posiciones de reposo y transferencias	31
2.10.	La sexualidad ¿y ahora qué?	37
2.11.	¿A qué problemas emocionales puede que me tenga que enfrentar?	39
3	Cuidados a la persona cuidadora principal	46
4	Adaptaciones en el hogar	47
5	Preguntas frecuentes	48
	Preguntas sobre viajes y conducción de vehículos:	48
	Ictus. Vuelta al hogar	49
6	Recursos sociales y ayudas disponibles	50
A.	Grados de incapacidad laboral	50
B.	Valoración de minusvalía	51
C.	Grado de dependencia	51
D.	Otras ayudas	52
E.	Direcciones de interés	52

1. ¿Qué es un ictus o ACV?

El ictus es un problema de salud muy importante. En el País Vasco afecta a más de 6000 pacientes cada año. Se presenta de forma brusca e inesperada y cambia la vida de la persona que lo padece y la de su familia. Es una “sacudida” que, sobre todo al principio, produce muchos cambios, dudas y miedos.

El estilo de vida influye en la aparición del ictus y llevar un estilo de vida saludable puede disminuir el riesgo de aparición de la enfermedad. Saber cómo se presentan los síntomas y cómo pedir ayuda en ese momento es muy importante para empezar la atención precozmente y procurar que las consecuencias sean menores.

En esta guía queremos ofrecerles información útil que les ayude a conocer qué hacer en el momento en que ocurre el ictus, dar a conocer lo que hacemos durante el ingreso y consejos prácticos al alta del hospital y vuelta a casa.

El cerebro necesita constantemente recibir flujo de sangre por las arterias. En un ictus, se interrumpe de repente ese aporte sanguíneo por una arteria y de forma brusca aparecen los síntomas de la alteración funcional de ese tejido cerebral.

En el 85% de los casos los **ictus son isquémicos** (ver fig. 1). Una arteria del cerebro se cierra bruscamente por un coágulo. Si el coágulo se ha producido en el lugar de la obstrucción se conoce como trombosis. Y cuando el coágulo llega al cerebro desde otra parte del organismo a través del sistema circulatorio se conoce como embolia.

En el 15% de las ocasiones la arteria se rompe y entonces lo llamamos **ictus hemorrágico o derrame** (ver fig. 2).



Fig. 1

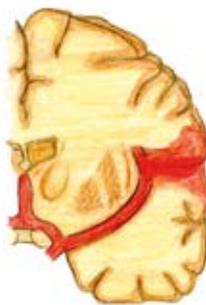


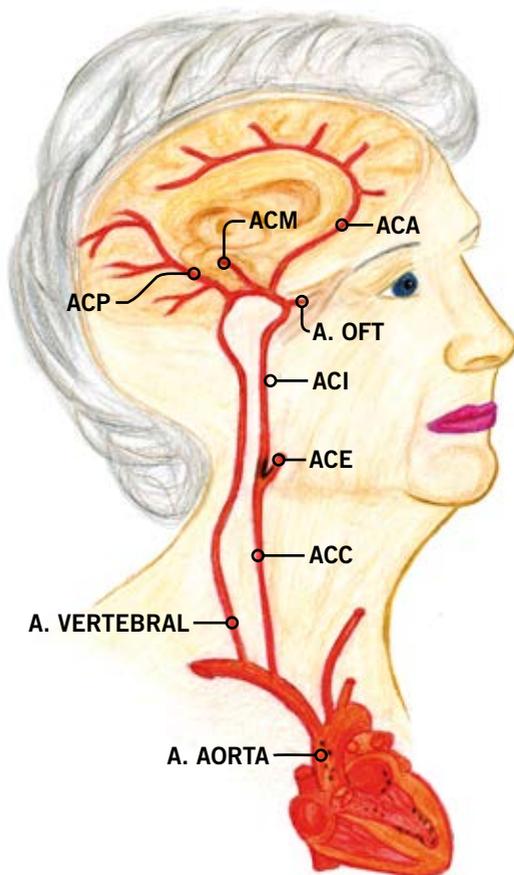
Fig. 2

En ocasiones la interrupción del flujo sanguíneo se produce de forma temporal y los síntomas duran unos pocos minutos, **ataque isquémico cerebral transitorio (AIT)**. Esta situación también requiere una atención urgente, ya que estos pacientes tienen un riesgo mayor de ictus isquémico e infarto de miocardio.

1.1. ¿Qué causa el ACV?

En un área del cerebro se interrumpe bruscamente el flujo sanguíneo de una arteria y las funciones que dirige esa parte del cerebro empiezan a fallar.

- ACA:** A. Cerebral Anterior
- ACM:** A. Cerebral Media
- ACP:** A. Cerebral Posterior
- A. OFT:** A. Oftálmica
- ACC:** A. Carótida Común
- ACI:** A. Carótida Interna
- ACE:** A. Carótida Externa



Las enfermedades cerebrovasculares suelen afectar a personas mayores, aunque también pueden producirse en jóvenes. En su aparición influyen una serie de circunstancias que denominamos **factores de riesgo**.

Entre los factores de riesgo están:

- **La edad:** el riesgo de padecer un ictus aumenta de forma importante a partir de los 60 años.
- **El género:** en general, hasta edades avanzadas, el ictus se da más entre los hombres.
- **Antecedentes familiares de ictus.**
- Haber **sufrido ya un ictus o un ataque isquémico cerebral transitorio:** el riesgo de recurrencia durante el primer año es de aproximadamente un 10% y, posteriormente, de un 5% anual.
- La **hipertensión arterial:** es el factor de riesgo más importante.
- La **fibrilación auricular:** es la arritmia más frecuente.
- La **diabetes mellitus:** Los diabéticos que siguen un adecuado control de su enfermedad tienen menos probabilidades de sufrir un ictus que los que no lo hacen.
- El **aumento del nivel de colesterol y triglicéridos** en sangre: es importante por la capacidad de producir lesión de los vasos sanguíneos (aterosclerosis).
- La **obesidad.**
- El **consumo de tabaco:** el riesgo de ictus en personas fumadoras de ambos sexos y de cualquier edad es un 50% superior al riesgo entre los no fumadores.
- **Otros factores de riesgo:** el consumo elevado de alcohol, el consumo de drogas, los tratamientos con anticonceptivos orales y la inactividad física cuando se asocian a otros factores de riesgo, como el consumo de cigarrillos o padecer otra enfermedad.

1.2. ¿Cómo se puede prevenir?

Podemos prevenir el ictus o su repetición actuando sobre los factores de riesgo modificables.

■ Evitar hábitos nocivos

- **Abandono del consumo de tabaco.**
- Evitar la ingesta elevada de **alcohol.**
- **Evitar las drogas.**
- **Evitar el sedentarismo y la ingesta elevada de calorías.**

■ Fomentar hábitos de vida saludables

- Realizar regularmente **actividad física:** a nivel general, se recomienda la realización de ejercicio físico como andar, bailar o nadar, con una intensidad moderada, aproximadamente 30 minutos al día. Se recomienda comenzar de forma gradual.
- **Dieta mediterránea:** la limitación de la ingesta de sal es un elemento primordial en el control de la presión arterial.

- **Adecuado control de los factores de riesgo** en su centro de salud: tensión arterial, ritmo cardíaco, diabetes, colesterol...

Además, también le pueden ayudar para deshabituarse del tabaco o del consumo de alcohol. Pida ayuda a su Médico de Atención Primaria.

¡Muy importante! Tome de forma adecuada la medicación indicada por su médico para el control de sus factores de riesgo.

1.3. ¿Cuáles son los síntomas de alarma?

La característica principal del ictus es que los síntomas se manifiestan de forma brusca. Pueden ser cualquiera de los siguientes:

- **Debilidad y/o alteración de la sensibilidad** en un lado del cuerpo o de la cara.
- **Pérdida o dificultad en el lenguaje**, dificultad para expresarse y/o para entender a los demás.



- **Pérdida brusca de visión total o parcial en un ojo o en los dos**, o visión doble.



- **Inestabilidad** o desequilibrio e incapacidad para andar.
- **Dolor de cabeza** muy intenso o repentino, no habitual.



1.4. ¿Qué se debe hacer y no hacer ante la aparición de síntomas?

Si presenta alguno de los síntomas enumerados anteriormente:

- **Llamar sin demora al 112.**
- **Acudir inmediatamente al hospital** si se prevé que la ambulancia puede retrasarse.
- **Anotar la hora** de comienzo de los síntomas.



Recuerde lo que no debe hacer:

- No debe quedarse a la espera de que se le pase.
- No tome ningún medicamento esperando que los síntomas se resuelvan (aspirinas...).
- No espere a que le vea su médico del centro de salud.

¡El tiempo es importante, el tiempo perdido es cerebro perdido!

El ictus es una urgencia médica de primer orden, ya que sus consecuencias son menores cuanto antes sea atendido por el neurólogo.

No olvide que, aunque los síntomas desaparezcan, debe solicitar atención médica.

2. ¿Qué cuidados se necesitan?

2.1. Higiene y cuidados de la piel

Mantener una buena higiene es importante para evitar infecciones y para la autoestima, especialmente en aquellas personas que presentan incontinencia urinaria y fecal.

Se aconseja asearse todos los días y, si es posible, en el baño. En caso de no poder, lo haríamos en la cama.

Se intentará fortalecer la independencia de la persona. Ayudaremos en lo que él/ella NO pueda.

Hasta no estar seguros de que la persona se puede quedar sola, hay que **ayudar y/o vigilar**.

Secar **muy** bien los pliegues de la piel (axilas, ingles, mamas...), sin frotar, ya que la humedad favorece el crecimiento de bacterias y hongos.

- **Afeitado:** es más seguro usar maquinilla eléctrica.
- **Uñas:** antes de empezar ponerlas a remojo, recortar uñas (de la mano redondeadas y uñas de los pies rectas).
- **Pañales:** siempre que haya incontinencia urinaria y fecal.
- **Cuña y botella:** será para los pacientes que **NO** puedan levantarse de la cama.
- **Lavado de pelo:** en caso de estar encamado, se puede hacer con palangana o lavacabezas hinchable, y de vez en cuando se puede con champú seco o gorro para lavado en seco (venta en farmacias).

Higiene en la cama (cuando el paciente no es válido por sí mismo)

Aclimataremos la habitación (intimidad, temperatura...) y antes de empezar preparamos todo el material.

Empezamos a lavar y secar por este orden:

Ojos (con unas gasita o con la esquina de la toalla humedecida) del lagrimal hacia fuera, cara y orejas, cuello y hombros, miembros superiores (axilas, brazos, manos), tórax y mamas, abdomen (sin olvidar el ombligo), miembros inferiores (muslos, piernas, pies).

Después le ponemos de costado y lavamos y secamos: la espalda y las nalgas.

Por último, volvemos a colocar boca arriba, cogemos la otra esponja y lavamos y secamos: genitales (debe hacerse de arriba hacia abajo y de delante hacia atrás).

Higiene en el baño

Para el aseo existen numerosos dispositivos con los que manejarse mejor, dependiendo del grado de dependencia de la persona.

- Asiento de ducha
- Alfombra o suelo antideslizante
- Barras de sujeción en bañera e inodoro
- Alzadores para inodoro
- Silla geriátrica



Antes de empezar el aseo en el baño, hay que aclimatarlo (intimidad, temperatura, retirar alfombras u otros objetos que puedan provocar tropiezos...) y preparar todo el material y la ropa para ponerse después.

Si tiene afectada la sensibilidad conviene que otra persona compruebe el agua para evitar **quemaduras**.

Se debe entrar dentro de la bañera-ducha apoyando primero la pierna afectada y salir apoyando primero la pierna no afectada.

2.2. Cuidados de la boca

Recomendaciones generales

Valorar el estado de la boca diariamente (boca sucia, infecciones, hongos, heridas, dolor, sangrado, restos de comida...).

Higiene bucal: limpieza de boca antes y después de las comidas, con un cepillo suave (es el utensilio más eficaz), tanto para los dientes y dentadura postiza como para la lengua.

Intentar mantener la boca húmeda. Dependiendo de la situación del enfermo valorar la manera de conseguirlo (beber pequeños sorbos, dar agua con cucharilla o pulverizador, utilizar polos, humedecer con infusiones, utilizar esponja bucal o gasas...).

Cuidados específicos para prótesis dentales.

Hidratación de los labios con cacao, cremas hidratantes, aceite de oliva, etc. Evitar vaselina.

Productos recomendados

- Si **hay sequedad**, realizar una infusión con medio litro de manzanilla más el zumo de un limón y humedecer la boca con esta mezcla.
- **Chupar cubitos helados** de zumo de frutas o trozos de piña natural y caramelos o chicles sin azúcar.
- **Aplicar sprays de agua mineral** con la frecuencia deseada (los pulverizadores de plástico son baratos y reutilizables).
- Si **presenta** boca sucia, infecciones, hongos, aftas, heridas, dolor, sangrado..., pregunte a su enfermera la dilución más recomendada.

2.3. El vestido

Es conveniente potenciar la autonomía y solo se le ayudará en lo que NO pueda realizar. Algunas de estas recomendaciones pueden serle útiles:

- Disponer de toda la ropa en orden de uso.
- Empezar a vestirse por la extremidad AFECTADA y desvestirse por la NO AFECTADA.
- Es mejor vestirse sentado y si es necesario sujetar al paciente.
- Es mejor utilizar prendas prácticas, cómodas y ajustadas para evitar tropiezos (ropa deportiva, elástica, velcro...).
- Las zapatillas tienen que ser cerradas y con velcro. Las abiertas están PROHIBIDAS.
- Se aconseja utilizar calzadores de mango largo para calzarse.

2.4. Prevención de úlceras por presión

La falta de movilidad, el mantener mucho tiempo la misma postura, el roce de las sábanas... pueden llegar a producir heridas o úlceras en la piel.

Las señales de alarma de aparición pueden ser:

- Zonas de apoyo enrojecidas que no se ponen blancas al presionar con el dedo.
- Grietas de la piel, sequedad o humedad excesiva, ampollas.

Hay que extremar la vigilancia en las zonas de contacto continuado con sondas, mascarillas u otros dispositivos.

Para evitarlas hay que:

- **Mantener la piel limpia y seca** e hidratarla mediante cremas hidratantes. Lave la piel con agua tibia y jabón neutro, secando cuidadosamente sin frotar y use crema hidratante tras el aseo (no dar entre los dedos ni en los pliegues de la piel).
- Use **ropa de cama de algodón o hilo**. Las sábanas deben estar siempre secas, limpias y sin arrugas.
- **Evitar arrastrar** a la persona a la hora de moverla.
- **Cambiar de postura frecuentemente** (cada 3-4 horas). Varias almohadas suaves le pueden ayudar. Tanto sobre el lado sano como sobre el lado paralizado. En ningún caso se tirará del brazo o de la pierna paralizada para cambiar de postura.

Es recomendable utilizar dispositivos ortopédicos como colchones o cojines anti-escaras.

No aplique sobre la piel alcohol, colonia o talco.

En caso de utilizar pañal, cámbielo cuando esté mojado, manteniendo la piel limpia y sin humedad.

Si observase alguna lesión o inicio de lesión en la piel, consulte a su personal de enfermería.



2.5. Incontinencia urinaria

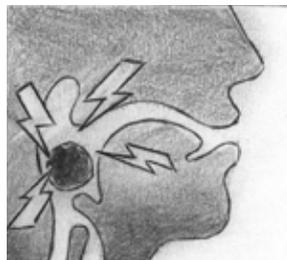
Tras padecer un ictus es muy frecuente que exista incontinencia urinaria y/o fecal, habitualmente transitorios; aunque pueden persistir cuando existe una lesión cerebral más severa.

Recomendaciones:

- Reeducación de la eliminación urinaria y fecal: aunque no se tengan ganas ofrecer la botella/bacineta cada 2-3 horas durante el día.
- Si el paciente no es capaz de comunicarse, esté alerta ante estas señales que indican que pueda tener ganas de orinar como gestos hacia la parte baja del abdomen, nerviosismo, enfado, movilidad. También puede enseñarle algún tipo de señal/gesto fácil que pueda indicar que quiere orinar.
- Mantener una ingesta adecuada de líquidos (gelatinas, o uso de espesantes si no los tolera). Beber durante todo el día hasta las 20:00, para evitar orinar por la noche.
- Antes de acostarse dejar la bacineta, botella cerca. Además puede usar algún dispositivo o sistema para que puede avisar.
- Es conveniente llevar un control de diuresis y deposiciones. Si existe alguna alteración como diarrea, estreñimiento, cambios en las características de la orina no dude en ponerse en contacto con su centro de salud.
- Si es capaz de andar, es mejor utilizar el baño. Pero si no es capaz, puede que necesite el uso de compresas, pañales o colectores (en hombres) para recoger la orina.
- En el caso de uso de pañales es importante realizar una correcta higiene, secado e hidratación, evitando así la irritación, enrojecimiento y lesiones por humedad.
- En el caso de precisar uso de sonda vesical se le entregaran unas recomendaciones.

2.6. ¿Qué hacemos si aparece dificultad para tragar (disfagia)?

La disfagia es la dificultad para tragar líquidos y/o sólidos e incluso la saliva. Las causas pueden ser varias y tu neurólogo las podrá aclarar. Esta dificultad supone un riesgo de desnutrición, deshidratación y de presentar infecciones respiratorias. La mayoría de las veces la disfagia evoluciona satisfactoriamente. Más de la mitad de los pacientes que han sufrido un ictus presentan dificultad para deglutir alimentos y líquidos durante los primeros días, que habitualmente se resuelve durante las primeras semanas. Sin embargo, hasta en un 15% aproximadamente puede persistir esta disfagia como secuela.



Signos de disfagia

- Tos, carraspeo y/o atragantamiento durante o tras las comidas.
- Salida de los líquidos por la nariz.
- Cambios en la calidad o tono de la voz tras la comida.
- Aumento de salivación (sialorrea) y babeo.
- Aumento del tiempo de comida.
- Dificultad de masticación.
- Acúmulo de comida en carrillos.
- Dificultad para iniciar la deglución, para tragar.
- Deglución fraccionada o repetida.
- Regurgitación.

Recomendaciones

■ Ambientales

- Comer cuando esté bien despierto e incorporado.
- Busque un entorno tranquilo.
- Evite distracciones, como por ejemplo, ver la televisión.
- Disponga de tiempo, las prisas no son buenas consejeras.
- Tenga paciencia.
- No forzar.
- Si utiliza prótesis dental, asegurarse que está bien fijada.

■ Postura

- La mejor postura es sentado.
- Colóquese sentado cómodo, con la espalda recta (si está en la cama, incorporarla a 80-90°).
- Acompañar el movimiento deglutorio con el cuello flexionado, mejor hacia el lado paralizado.
- Los brazos sobre la mesa para hacer fuerza.
- Coma por el lado sano.
- Impedir la hiperextensión del cuello, si es preciso, con soportes cervicales.
- Permanecer sentado 30 minutos después de finalizar la ingesta.
- Si le da de comer un cuidador, éste debe situarse a la altura del paciente, de lado o de frente.

■ Procedimiento

- Antes de empezar a comer hay que hacer una limpieza e hidratación de la boca.
- Realizar ejercicios de movilización de la lengua y apertura de la boca.
- Acercar la cuchara desde abajo, colocarla en el centro de la lengua, presionando la lengua hacia abajo, así se estimula el tragar, la deglución.
- Tome cantidades pequeñas, es mejor usar una cuchara pequeña.
- Asegurarse de que la boca está vacía antes de ofrecerle otra cucharada.
- **NO HABLE MIENTRAS COME.**
- Límpiense los dientes después de cada comida.

■ Evitar

- Evite la utilización de pajitas para tomar líquidos.
- Nunca comer tumbado.
- No utilice jeringas de alimentación.
- Maniobras generales de ayuda.
- Falta de sello labial: ayudar a cerrar el mentón manualmente.
- Falta de masticación: masajear la mandíbula o intentar que imite nuestros gestos.
- Residuos faríngeos: doble deglución o pedirle que tosa.

■ Alimentos

- Combinar sabores (ácido) y temperaturas (frío) que estimulan la deglución.
- Presentar la comida de forma atractiva y variarla favorece el apetito.
- Alimentos a evitar:
 - Grumos, huesecillos, espinas, pieles.
 - Alimentos **fibrosos o con hebras**: piña, espárragos, hojas duras de lechuga.
 - Alimentos **pegajosos**: quesitos, plátano, caramelos masticables o de toffee.
 - Alimentos **duros**: frutos secos, pan de cereales.
 - Alimentos **secos o que se desmenuzan**: magdalenas, pan tostado, galletas tipo María, patatas tipo chips, corteza de pan.
 - Alimentos que desprenden agua o zumo al morderse o aplastarse: naranjas.
 - **Dobles texturas**: Sopa de pasta, leche con pan o muesli, etc.

- Textura de los alimentos (seguir las recomendaciones del profesional):
 - **Textura líquida:** recomendamos utilizar vaso escotado. Iniciar con cuchara y ver síntomas de disfagia.
 - **Textura néctar:** consistencia cremosa que puede ser bebido directamente (zumo de tomate, yogur líquido).
 - **Textura miel:** puede ser bebido de una taza (yogur batido, fruta triturada).
 - **Textura pudin:** debe tomarse con cuchara (aguas gelificadas, cuajada, flan, gelatinas).
 - **Textura puré-crema:** los purés deben tener una textura homogénea que debe adaptarse a cada enfermo. **Se recomienda hacerlos con batidora.**
- **Productos que se pueden utilizar:** espesantes, suplementos nutricionales.
- **Medicamentos:** Triturarlos. Consulte qué medicamentos no puede triturar.



2.7. ¿Qué hacemos si se altera el lenguaje?

Se pueden presentar dificultades en el lenguaje, tanto a nivel de expresión como de comprensión.

Así, se pueden presentar problemas que varían desde dificultades para encontrar las palabras hasta una completa incapacidad para expresarse pese a que entiendan lo que se les dice.

Por otra parte, puede haber problemas para comprender no solo el lenguaje hablado, sino también para leer, escribir o con los números. Es relativamente frecuente que los pacientes presenten una mezcla de todos estos síntomas, teniendo dificultades tanto para expresarse como para comprender de forma simultánea.

■ ¿Cómo debe ser el entorno de comunicación?

- Mantenga un ambiente relajado y evite el ruido ambiental.
- Háblele cara a cara, ya que los gestos y expresiones son una importante fuente de información, de aclaración.
- Acompañe las frases con gestos simples.
- Dedíqueles tiempo, deje que intenten expresarse, animele a ello y trate de entenderles.
- Emplee frases simples y en tono normal. La comunicación sencilla no tiene que ser infantil, ni hace falta gritar dado que la comprensión es la misma o peor, ya que el paciente entiende por nuestra actitud que nos estamos poniendo nerviosos.

- No suponga que la persona afectada le está entendiendo. Verifícalo y no les ignore en la conversación y preste atención especial a los comentarios que delante del enfermo se puedan realizar, evitando juicios de valor pesimistas.
- Señale los objetos que se nombran o imite acciones con mímica.
- Es importante hacer ejercicios con los órganos de la cara y boca (labios, mandíbula): besos, silbar, sonreír, soplar...

■ **¿Cómo debe comportarse la persona cuidadora?**

- No debe nunca renunciar a la comunicación. Existen otros sistemas de comunicación (escritura, gestos, dibujos, alfabetos, aparatos electrónicos) para transmitir el mensaje.
- Dirígete al logopeda en casos de dudas para un correcto asesoramiento.
- Acentúa los movimientos de los labios y la lengua. Exagerando los sonidos se puede hacer más comprensible el mensaje.
- Di frases cortas, para decir lo más importante de una forma sencilla y hablando despacio.

■ **Evitar:**

- Hablar varias personas a la vez.
- Cambiar de tema.
- Agotar al paciente con ejercicios excesivamente prolongados o difíciles.
- Hablarle deprisa.
- Acabar sus frases.
- Corregirle frecuentemente.
- Ser autoritario.
- Elevar la voz demasiado.

HAY QUE RECONOCER TODO SU ESFUERZO POR COMUNICARSE, AÚN CUANDO COMETA ERRORES

Aplicación e-mintza. Es un sistema personalizable y dinámico de comunicación aumentativa y alternativa dirigido a personas con autismo o con barreras de comunicación oral o escrita. Disponible en AppStore para iOS y MacOS, Google Play para Android, y también para Windows (<http://www.fundacionorange.es/aplicaciones/e-mintza/>)



2.8. Movilizaciones y rehabilitación

Los ejercicios que vamos a describir a continuación están dirigidos para lograr dos objetivos fundamentales:

- Prevenir las complicaciones de la inmovilidad.
- Ayudar al paciente a reconstruir programas motores en busca del mayor grado de funcionalidad posible.

Debemos dejar que el paciente trabaje por sí mismo todo lo que pueda, proporcionándole la mínima ayuda necesaria al realizar los ejercicios, e incentivándolo para la realización de los mismos. El paciente es el principal protagonista de su recuperación y la familia la primera colaboradora.

La mayoría de ejercicios se pueden realizar en distintas posturas (tumbado, sentado o de pie), elegiremos la postura adecuada en función del estado físico del paciente.

Nunca debemos olvidar en la realización de los ejercicios que cada parte del cuerpo que movilizamos influye sobre el resto del cuerpo y viceversa. Por tanto, debemos siempre tener en cuenta la postura global del paciente y la correcta alineación de resto del cuerpo a la hora de realizar cada uno de los ejercicios. Una correcta alineación de la cabeza y el tronco es indispensable y prioritario para la funcionalidad de las extremidades.

Estos ejercicios están pensados para realizarlos un par de veces al día. Sin embargo, nos adaptaremos a las condiciones físicas del paciente, y deberemos consultar con el personal de Neurorrehabilitación para la realización de los mismos y el número de repeticiones.

El hombro doloroso

El Hombro Doloroso Hemipléjico (HDH) como consecuencia de un ictus, es una secuela clínica frecuente.

Ocasionalmente ocurre de manera precoz en las dos primeras semanas tras el ictus, sin embargo, la forma típica de presentación es una vez transcurridos 2-3 meses. El HDH reduce la participación en actividades funcionales y en el proceso de rehabilitación.

Los factores que pueden contribuir a la aparición del HDH pueden estar relacionados con la propia articulación del hombro o con la afectación neurológica.

Dado que el tratamiento del HDH es complejo, deben tomarse **medidas preventivas** inmediatamente después del accidente cerebrovascular para evitar que se desarrolle el HDH.

Estas medidas pueden ser:

- El movimiento pasivo precoz del hombro.
- El apoyo y protección del hombro en la etapa flácida.

- El mantenimiento de una **postura adecuada** de la extremidad superior es el punto principal en el tratamiento del HDH. La colocación cuidadosa del hombro sirve para minimizar la subluxación y más tarde las contracturas. La postura recomendada de la extremidad superior afectada es en separación de hombro, rotación externa y flexión del hombro.
- Cuando esté en la cama, apóyelo sobre la almohada, para elevarlo.
- Evite los golpes sobre ese hombro.
- Mantenga el brazo correctamente apoyado para evitar estiramientos y luxaciones. Cuando esté sentado apoye el brazo afecto sobre el apoyabrazos de la silla.



Decubito supino



Sedentación en cama

A - Ejercicios en cama

A.1 - Movilización del hombro

Nos colocamos lo más próximo a su brazo y con una mano agarraremos entre su codo y su hombro y con otra desde su mano. Ayudaremos al paciente a elevar y descender el brazo, a movimientos de apertura y cierre y a una combinación de los mismos.



A.2 - Movilización del codo

Con el codo descansando sobre la cama, ayudarle a doblarlo y estirarlo, llevándolo primero hacia el hombro y luego hacia la cama.



A.3 - Movilización global de muñeca y dedos

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



A.4 - Movilización de cada dedo

Movilizamos dedo por dedo, estirándolos y doblándolos lentamente buscando la colaboración del paciente.



A.5 - Autopasivos para flexión de hombro

Entrecruzar los dedos y subir los brazos hasta sobrepasar la cabeza. Luego volver a bajar. Si no controla por sí mismo le podemos ayudar asistiéndole desde el brazo.



A.6 - Movilización de cadera-rodilla-tobillo

Doblar y estirar la pierna afectada rozando la sábana con el talón. Si no tiene fuerza suficiente le asistiremos desde su pie y rodilla.



A.7 - Movilización de tobillo

Mover el pie hacia arriba y hacia abajo. Le asistiremos con una mano abrazando el tobillo y con la otra en el talón, insistiendo en el estiramiento con el pie hacia arriba.



A.8 - Apertura y cierre de cadera

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



A.9 - Movilización activa de cadera

Acostado, sacar la pierna afectada fuera de la cama, apoyada en el suelo y elevarla hasta apoyar el pie en la cama con la rodilla doblada.



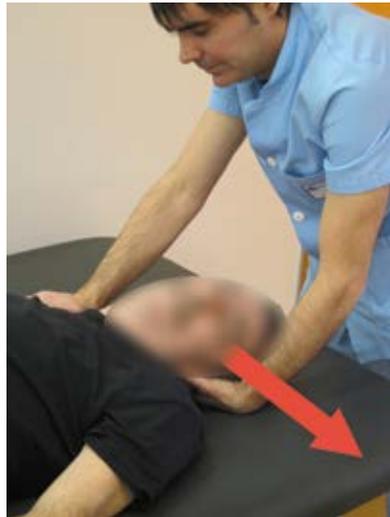
A.10 - Inclinaciones de la cadera

Acostado boca arriba con piernas estiradas, el cuidador desde el pie de la cama pone sus manos en los talones del paciente, y le pedimos que “alargue una pierna” haciendo fuerza con el talón en la mano desde la cadera, vamos alternando una pierna con la otra.



A.11 - Rotaciones del cuello

Sujetando con una mano el hombro, girar con la otra suavemente la cara, primero a un lado y luego al otro, insistiendo hacia su lado afecto.



A.12 - Elevar glúteos

Con las rodillas dobladas y pies apoyados separamos el culo de la cama.



A.13 - Ejercicios de rotación de tronco

Con los dedos entrecruzados y los brazos en alto, además de las rodillas dobladas, llevar las rodillas a un lado y las manos con los brazos estirados hacia el otro.



Podemos ayudar al paciente sujetándole las piernas para que él gire tronco y brazos, o manteniendo la espalda pegada en la cama ayudarle a girar las piernas hacia un lado y hacia otro.



B - Ejercicios sentados

B.1 - Movilización de cintura hacia adelante y hacia atrás

Pies bien apoyados en el suelo. Manos entrelazadas. Paciente se mueve hacia adelante y hacia atrás, realizando el movimiento desde la cintura.



B.2 - Lateralizaciones de tronco y cadera

Pies bien apoyados en el suelo. Inclinarse sobre un glúteo manteniendo los hombros horizontales y luego sobre el otro.



B.3 - Ejercicio de estiramiento de brazo y rotación del tronco

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



B.4 - Ejercicios desplazamiento de tronco y prensión

Cogeremos un objeto y se lo daremos al paciente en diferentes lugares del espacio obligándole a girar el tronco o inclinarlo para llegar a él. Lo haremos con el brazo sano y con el afecto y con ambos brazos si es posible. Estos ejercicios se pueden hacer también de pie.



B.5 - Ejercicios con un palo

El paciente mantendrá el palo vertical con el brazo afecto estirado, si no tiene fuerza suficiente se puede ayudar del brazo sano. En esta posición podrá doblar y estirar el codo manteniendo el palo. También podrá ir trepando con las manos por el palo, poniendo una encima de otra. Si fuera posible, estos ejercicios se pueden realizar de pie.



C. Ejercicios de equilibrio

Estos ejercicios se realizarán siempre cerca de sitios donde el paciente pueda agarrarse o sentarse fácilmente en caso de pérdida del equilibrio.

C.1 - Ejercicios con escalón

De pie con un pequeño escalón delante mantener el equilibrio con un pie sobre el escalón y otro sobre el suelo. Después ir subiendo un pie y bajando el otro alternativamente.



C.2 - Ejercicio del paso

Dar un paso hacia adelante y hacia atrás con una pierna mientras la otra se mantiene fija en el suelo. Haremos varias veces y luego cambiaremos de pierna.



C.3 - Ejercicio sobre una pierna

Levantar la pierna sana manteniendo el equilibrio apoyándose en la afectada.



C.4 - Ejercicios de lanzar pelota

Lanzar una pelota al paciente en distintos puntos del espacio y que el paciente la coja y nos la devuelva.



D. Ejercicios de habilidad y motricidad fina

- Separar garbanzos y alubias y meterlas en un vaso.
- Hacer torres con objetos que no se rompan.
- Escribir o imitar diferentes trazos o dibujos.

E. Ejercicios de percepción

- Tocar diferentes telas y texturas con ojos cerrados y que el paciente las reconozca.
- Dar distintos objetos en la mano del paciente con los ojos cerrados y que los reconozca.
- Ordenar por colores diferentes objetos.

F. Ejercicios de cognición

- Adivinar parejas con una serie de cartas boca abajo.
- Leer el periódico u ojear una revista y comentar lo leído.
- Hacer puzzles, sopas de letras, sudokus...
- Doblar ropa y ayudar en tareas domésticas.

2.9. Posiciones de reposo y transferencias

El trastorno físico más común provocado por un ictus es la hemiplejía. La hemiplejía o hemiparesia es una lesión que se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas que provocan en mayor o menor grado una disminución de la movilidad voluntaria de una de las mitades del cuerpo (hemicuerpo).

Siempre tener muy presente que en el brazo afecto es donde mayor daño podemos hacer al paciente sin que se dé cuenta del mismo, debido a posibles alteraciones de la sensibilidad y del dolor. Por tanto, está totalmente contraindicado tirar del brazo afecto o sujetar de la axila en los traslados del paciente. Para prevenir esto trataremos siempre de coger por el omóplato del paciente.

Trataremos de realizar todas las transferencias con un calzado cerrado adecuado tanto por parte del paciente como del cuidador, ésto nos evitará riesgos de resbalones y caídas.

Tumbado boca arriba

Se colocará al paciente con dos almohadas en forma de V invertida debajo de la cabeza y con los hombros ligeramente apoyados en la misma. El hombro del lado afecto estará colocado sobre la almohada superior. Los codos estarán rectos con las palmas de las manos estiradas y los dedos extendidos y abiertos.

El tronco y las caderas estarán alineados. Si es necesario se colocará una toalla debajo de la cadera afectada para buscar la simetría de la cadera. Las rodillas estiradas y los pies en ángulo recto, pudiendo colocar un tope flexible que no impida el movimiento.

La postura debe ser lo más simétrica posible buscando una buena alineación.



Tumbado sobre el lado afecto

La cabeza del paciente se colocará en posición cómoda, con las cervicales y el tronco alineados.

La pierna afectada se colocará estirada con la cadera estirada y la rodilla ligeramente doblada.

El hombro afecto hacia delante apoyado sobre una almohada.

La pierna sana descansará sobre la otra almohada.

Podemos poner una almohada en la espalda para evitar que el paciente caiga hacia atrás.



Tumbado sobre el lado sano

El paciente debe tener su cabeza en una posición cómoda, con las cervicales y el tronco alineados.

La pierna afectada se colocará con la cadera y la rodilla un poco dobladas, y el pie encima de una almohada.

El hombro afecto se colocará ligeramente adelantado y apoyado sobre una almohada desde la axila hasta la mano, que estará con la palma hacia abajo y los dedos extendidos.



Giro sobre lado sano

Nos colocaremos en el lado sano del paciente y le ayudaremos a doblar su rodilla afectada. Las manos del paciente estarán juntas, con los dedos entrelazados y los codos estirados.

Se girará al paciente hacia nosotros acompañando el movimiento a nivel del hombro y de la cadera y rodilla afectada.



Giro sobre lado afecto

Nos colocaremos en el lado afecto y le pediremos al paciente que con la mano sana se coja la mano afectada entrelazando los dedos. Doblará la rodilla sana y le ayudaremos a nivel de tronco y de la rodilla y cadera sanas a dar el giro sobre el lado afecto hacia nosotros.

El paciente desplaza él mismo su pierna y el brazo sano hasta quedar en posición de costado.



Posición sentada

La postura debe ser lo más simétrica, cómoda y segura posible para el paciente.

Los hombros adelantados con los brazos sobre la mesa y codos y palmas de las manos bien apoyados.

La pelvis tendrá una posición neutra, con los pies bien asentados sobre el suelo y con tobillos, rodillas y caderas más o menos a 90°.

Importante durante ciertos espacios de tiempo llevar la cadera y el cuerpo hacia adelante manteniendo mayor apoyo sobre brazos y piernas buscando mayor sensación de peso en las piernas y un mayor nivel de contracción de las mismas.

Si el paciente tuviera tendencia a caerse hacia el lado afecto, deberíamos ayudarnos con alguna almohada de manera que el tronco y la cadera permanezcan lo más simétricos posible.



Cómo ayudar al paciente a pasar de tumbado a sentarse al borde de la cama

Siempre que podamos se ayudará al paciente desde su lado afecto.

Se acercará el paciente al borde de la cama y le ayudaremos a sacar su pierna afectada por el lateral de la cama, apoyando el pie en el suelo si es posible. La pierna sana la mantendrá doblada sobre la cama.

El brazo afecto permanecerá estirado y con nuestra mano sobre su muñeca para ejercer una pequeña presión sobre ella y estimular que se apoye.

Seguidamente lo cogemos por el hombro sano con la otra mano y le pedimos que con su mano sana se agarre a nuestro hombro. El paciente saca la pierna sana de la cama a la vez que nosotros le incorporamos con un impulso.



Cómo ayudar al paciente a ponerse en pie

Hay dos formas de hacerlo atendiendo al grado de equilibrio y colaboración del paciente.

■ En pacientes más dependientes:

Ayudaremos en primer lugar al paciente a colocarse en el borde del asiento. El paciente pondrá sus manos entrelazadas y hacia adelante, apoyándose sobre el hombro del asistente. Éste se situará delante del paciente, colocando una mano bajo el omóplato sano y la otra mano en la cadera afectada, fijando la rodilla del paciente con las suyas. Los pies del paciente deberán estar un poco por detrás de sus rodillas al pie de la silla o cama.

Pediremos al paciente que lleve su cuerpo hacia adelante para echar bien el peso sobre sus pies y a la vez le pediremos que se incorpore estirando las rodillas.



■ **En pacientes menos dependientes:**

Nos situaremos en el lado afecto del paciente, asegurando que apoye bien los pies en el suelo. Si es posible con las manos entrecruzadas y brazos estirados, se le indicará que lleve el tronco hacia delante con un pequeño impulso hasta que se levante de la silla. Tendremos por si acaso nuestra pierna por delante de su pie afecto para ayudarlo a controlar la rodilla si fuera necesario. En caso de necesitarlo se le puede ayudar desde la cadera.



Cómo pasar de la cama a la silla o de un asiento a otro

Siempre que se pueda colocaremos el asiento al que se va a transferir en el lado sano del paciente y lo más próximo posible.

Quitaremos el apoyabrazos, los pedales y frenaremos la silla de ruedas.

Ayudaremos al paciente a levantarse tal y como hemos visto en el punto anterior, y sin llegar a ponerlo de pie, le ayudaremos a girar sobre su pie sano y le indicaremos que se siente, ayudándole con nuestro pie a girar su pie afecto. Si un asiento está perpendicular al otro tendremos que realizar un giro mayor.



2.10. La sexualidad ¿y ahora qué?

La preocupación por otros problemas tras el ictus hace que el propio paciente o su pareja no se detengan en esta cuestión. En algunos casos, cuando vaya pasando el tiempo y surjan las dudas respecto al área sexual, el pudor puede impedir que se traten estos temas con el médico o incluso con la propia pareja. De esta forma, muchas veces se afrontará en solitario los miedos y dudas que puedan surgir en torno a la sexualidad después de un ictus.

Es normal que en las primeras semanas tras el ictus no exista deseo sexual. Lo habitual es que, transcurridos los primeros meses, el paciente vaya recuperándose paulatinamente, también en este sentido. Salvo excepciones, la actividad sexual es recomendable una vez el paciente está estable y ha iniciado el proceso de recuperación.

Con frecuencia, la falta de deseo sexual está condicionada por diferentes aspectos:

- Algunos de los tratamientos que el paciente necesita pueden disminuir la apetencia sexual.
- Los problemas psicológicos y alteraciones emocionales que el paciente puede experimentar tras sufrir un ictus también pueden hacer que viva la sexualidad de una forma diferente a como lo hacía previamente.
- En otras ocasiones, el miedo a que la actividad sexual pueda resultar perjudicial para la salud del paciente condiciona también la propia vivencia sexual.

Ideas clave para el paciente que ha sufrido un ictus y su pareja:



La inapetencia sexual las primera semanas-meses tras sufrir un ictus es frecuente. La inmensa mayoría de los casos resuelve con el paso de semanas-meses. Si persiste puede que exista un trastorno de ánimo subyacente, ante la duda consulte a su médico responsable, ya que puede mejorar con ayuda especializada.



Los trastornos de la movilidad, alteraciones de sensibilidad y dificultades de comunicación que condicionan un bajo estado de ánimo y problemas de autoestima son las responsables de la inapetencia sexual.



Algunos fármacos pueden favorecer la inapetencia sexual e incluso inducir impotencia. Si tienen dudas consulten con su médico responsable.



Una comunicación fluida con la pareja es clave para poder tener relaciones sexuales placenteras y evitar el desarrollo de miedos anticipatorios que pueden desencadenar en trastornos de ansiedad o rechazo a futuras relaciones sexuales.



La actividad sexual no aumenta el riesgo de sufrir un nuevo ictus y se considera como un acto saludable.

La sexualidad es un tema que puede tratar, con total tranquilidad, con su médico o enfermera.

2.11. ¿A qué problemas emocionales puede que me tenga que enfrentar?

Alteraciones del ánimo

Sufrir un ictus supone un acontecimiento vital estresante en la vida de cualquier persona y de su entorno familiar más cercano. Quizá en su caso, el ictus no haya sido tan grave y no le haya dejado muchas secuelas, con lo que pueda leer y comprender el contenido de esta guía por sí mismo, no viéndose representado en algunas de las cuestiones que aquí se plantean. No obstante, con frecuencia existen trastornos afectivos o conductuales que pueden generar situaciones complicadas, a las que algunos familiares tendrán que hacer frente, sin saber muy bien cómo hacerlo.

Las alteraciones del estado del ánimo son muy frecuentes en el paciente que ha sufrido un ictus, debido a la interacción entre la propia enfermedad y la dificultad para asumir las discapacidades que se han producido.

A veces, estas alteraciones no se relacionan tanto 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.

Los pacientes que han sufrido un ictus pueden presentar:

- Ansiedad.
- Frustración.
- Tristeza y aislamiento.
- Irritabilidad.
- Indiferencia hacia el tratamiento o su situación.
- Negación de la situación producida por el ictus.
- Trastornos del sueño y del apetito.
- Falta de control de las emociones con llanto involuntario no relacionado con el estado de ánimo.



Apatía



Desinhibición



Indiferencia



Tristeza

En ocasiones el paciente puede sufrir una verdadera depresión, un trastorno de personalidad o problemas de autocontrol que puedan ser subsidiarios de valoración y tratamiento médico.

Es posible que a lo largo del proceso rehabilitador, tanto usted como sus familiares más cercanos, aquellos que están compartiendo este difícil camino con usted, necesiten de la ayuda y el apoyo de profesionales para enfrentarse a esta nueva realidad.

Algunas orientaciones para las familias y personas cuidadoras

- Intente mantener una comunicación adecuada con el paciente, permitiéndole expresar cómo se siente.
- Nunca le culpabilice de su situación.
- No minimice ni le reste importancia cuando el paciente hable abiertamente de sus limitaciones. Dele la razón cuando sea verdad lo que dice y cuando usted comparta sus miedos, hágasele saber, le ayudará escucharlo. Aunque después trate de darle

un enfoque más optimista, recordándole que está ahí para ayudarlo y acompañarlo, para poder afrontarlo juntos.

- Evite ser demasiado exigente en las tareas. Intente que el aprendizaje no sea estresante.
- Cada pequeño avance le supone un gran esfuerzo, reconózcaselo.
- Trate de no repetirle continuamente expresiones como “tienes que esforzarte más”. **Anímele frecuentemente indicando los progresos. Sea positivo.**
- En caso de agresividad, irritabilidad o comportamiento que pueda alterar la convivencia normal, evite discutir con él para intentar hacerle razonar. Es más útil tener una actitud serena, apartarle de los posibles peligros y recurrir a la medicación o consejo de un profesional sanitario cuando sea necesario.
- En caso de síntomas de depresión intensa que persisten más de un mes debe consultarse a un médico (el especialista en atención primaria, el rehabilitador o el neurólogo) para valorar la indicación de tratamiento farmacológico.

Fallos de memoria y pérdida de capacidades

Las personas que han sufrido un ictus presentan con frecuencia problemas de la esfera cognitiva, como la orientación, atención, memoria, autocontrol, capacidad para resolver los problemas, etc. Es importante detectarlas y comprenderlas, ya que puede producir discapacidad y problemas.

Algunas orientaciones para las familias y personas cuidadoras

Cuando el paciente sufre fallos de memoria puede mejorar la capacidad de esa persona para la actividad si:

- Establece una serie de rutinas.
- Le habla con mensajes cortos. Algunos pacientes no serán capaces de asimilar un discurso largo.
- Presenta las ideas de una en una.
- Le permite realizar una tarea o una parte de la misma, antes de pasar a la siguiente.
- Le da claves o pistas para ayudarlo a recordar el paso siguiente, en caso de que sea una tarea conocida, es posible que no sea capaz de recordarlo.
- Le recuerda sus progresos frecuentemente. De otra manera puede que el paciente olvide sus logros.
- Entrena en lugares que se parezcan en lo posible al ambiente donde esa actividad tiene que ser realizada.
- Usa ayudas de memoria como cuadernos de notas, notas escritas, listas o dibujos que simbolizen aquello que debe recordar.
- Usa objetos conocidos y antiguas asociaciones cuando enseñe tareas nuevas.

Ayúdele a reestructurar su pensamiento

■ Orientación

- Recuerde a su familiar los datos que necesite, su nombre, dónde está o la fecha que es.
- Coloque un calendario claro y visible, actualizado cada día, con el nombre del hospital y fotos del lugar (si se requiere).
- Sitúe un reloj visible para su familiar.
- No ponga a su familiar continuamente a prueba si está desorientado para comprobar si ya no lo está.

■ Atención

- Capte la atención de su familiar antes de empezar a hablar, llámelo por su nombre.
- Evite los ruidos de fondo y las distracciones.
- Mire a su familiar a los ojos y asegúrese de que él le mira.
- Háblenle pausadamente y de uno en uno.
- Emplee frases cortas y compruebe que ha entendido.
- No hable de su familiar en tercera persona creyendo que no se está enterando mientras habla con otras personas.

■ Memoria

- Explique en cada momento a su familiar lo que se va a hacer, sin dar por supuesto que recuerda cosas que se han dicho o hecho antes.
- Compruebe que se acuerda haciendo preguntas directas.
- Favorezca el recuerdo dando pistas.
- Incite a su familiar a que utilice una agenda, si cree que es capaz de hacerlo.
- Repita las cosas las veces que sea necesario.
- Entienda que las confabulaciones (inventar cosas para ofrecer una respuesta a lo que se le pregunta) son consecuencia del daño cerebral. Cuando su familiar no sea capaz de recordar algo, es posible que rellene esos huecos inventando cosas. No lo hace intencionadamente, es parte de su enfermedad.

Funciones ejecutivas

Puede notar que su familiar tiene problemas para tomar decisiones, manejar conceptos abstractos, solucionar problemas sencillos, o muestra poca iniciativa (parece que no comienza ninguna actividad por sí mismo)... Puede tener la sensación de que ahora resulta difícil razonar con él.

En ese caso puede ayudarle de la siguiente forma:

- Hable de cosas sencillas y póngale ejemplos.
- Si le está hablando de alguien, dígale su nombre.
- Haga frases que sean claras.
- No le hable de cosas muy abstractas.
- Entienda que la rigidez mental o los problemas de conducta son consecuencia de la lesión cerebral.
- Evite metáforas y dobles sentidos.
- Anímele a que planifique rutinas verbalmente “Vamos a decir los pasos que hay que dar para lavarse las manos...”.
- Favorezca cualquier iniciativa de su familiar y refuerce positivamente todos los esfuerzos que haga en esa dirección.

Trastorno conductual

Como consecuencia del daño cerebral, su familiar puede comportarse de forma diferente a como era antes, incluso tener problemas de comportamiento.

Algunas orientaciones para las familias y personas cuidadoras

El propósito es ayudar a la persona a reconocer su comportamiento inadecuado y aprender una manera mejor de comportarse.

- Regañar o enfadarse sólo empeora las cosas.
- No exagere su adiestramiento.
- Dé ánimos pronto. Si espera unos pocos minutos, la información pierde su impacto. Cuando el paciente lo haga “bien”, elogie o haga comentarios positivos inmediatamente.

Ayúdele a reorganizar su conducta

Para disminuir la aparición de las conductas problemáticas:

- Evite la sobreestimulación:
 - Apague la televisión si su familiar tiene que realizar otras tareas.
 - No permita que haya muchas personas a su alrededor, gestione las visitas.
 - Evite los ruidos innecesarios.
 - No sobrecargue la habitación.
- Ofrezca a su familiar un ambiente organizado y estructurado:
 - Coloque siempre las cosas y muebles en el mismo sitio.
 - Ponga al alcance de su familiar aquello que vaya a utilizar con más frecuencia (gafas, pañuelos, agua...)

■ Actividades rutinarias y organizadas:

- Intente mantener unas rutinas horarias y secuenciales: las actividades de los hospitales se suelen realizar a la misma hora y en el mismo orden. Así facilitará que su familiar pueda tener sensación de control y familiaridad.
- Siempre, antes de realizar una actividad, informe de lo que va a hacer.

■ Personalice la habitación:

- Siempre que sea posible, decore la habitación con fotos u objetos familiares a la vista de su familiar.

Estrategias para el manejo de situaciones complejas

■ Episodios de agresividad

Pueden ser expresiones verbales o físicas.

- Suelen ser de base neurológica, es parte de su enfermedad, no lo tome como algo personal.
- Suelen ser imprevisibles, pero puede haber “pistas corporales” que indican que van a ocurrir: postura, enrojecimiento, fruncir el ceño, etc.
- La duración es generalmente breve.
- Protéjase y proteja a su familiar.
- Permanecer calmado, ser flexible y empático es fundamental en los momentos de crisis.
- No intente razonar, en ese estado no suelen escuchar ni procesar lo que se les dice.
- No eleve la voz ni haga aspavientos, sino todo lo contrario, disminuya su tono de voz y la velocidad de sus movimientos.
- Intente descubrir si hay un estímulo causante del estallido y quítelo o retire a su familiar de él.

■ Desinhibición

Dificultad para controlar su comportamiento, inhibir impulsos y valorar el impacto y las consecuencias que tiene su conducta sobre el entorno.

- Es importante no ridiculizarle.
- Muestre desaprobación de forma no verbal e ignore el comentario, si por ejemplo coloca la mano en un sitio poco apropiado, quítesela y retírese.
- Cuando sea posible potencie el autocontrol, cuando no lo sea, evite que se exponga a los estímulos.

- Refuerce positivamente a su familiar cuando sea capaz de controlar su conducta, por ejemplo, si su familiar no puede evitar comerse todo lo que tiene delante, el día que consiga dejar una pequeña cantidad en el plato, aunque sea mínima, felicítelo.
- Sea “modelo” de conducta y dele alternativas de comportamiento más adecuadas, por ejemplo, si le dice a una enfermera que está muy buena, se le puede decir: entiendo que lo que quieres decirle es que es muy guapa, es mejor decirlo de esta manera para no ofenderla.

■ Falta de conciencia del déficit

Es una de las secuelas habituales en el daño cerebral. Su familiar no es consciente de sus limitaciones.

- Es importante que su familiar reconozca sus déficits, ya que puede ponerse en peligro, por ejemplo intentando levantarse de la cama solo.
- Hágale ver que tiene un problema de forma directa, pero con sensibilidad: por ejemplo, dígame que ahora no pueden caminar, pero que la situación puede cambiar.
- Si la negación no supone un peligro para su familiar o su entorno, ignore el comentario o dígame la verdad, pero sin discutir.

3. Cuidados a la persona cuidadora principal

Los pacientes con ACV van a precisar cuidados de larga duración. Aceptar el papel del cuidador puede reportar tanto satisfacción como convertirse en una situación de soledad y cansancio. Cuidar supone ayudar a otra persona pero no haciendo todo por ella, sino tratando de estimular, de guiar, de acompañar y de orientar los cuidados.

Padecer un ictus no sólo modifica la vida del paciente, sino también la del propio cuidador, influyendo en todos los ámbitos de su vida.

El bienestar de la persona a la que cuidamos depende de nuestro propio bienestar. Cuanto mayor es el estrés peor es el cuidado. Por lo tanto, para cuidar es necesario cuidarse.

La implicación activa de familiares y/o allegados, dentro de sus posibilidades, en el programa de recuperación del paciente, es muy recomendable.

El trabajo de la persona cuidadora principal es psicológicamente y físicamente muy exigente.

Consejos:

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



4. Adaptaciones en el hogar

Al ser dado de alta hospitalaria puede que no encuentre su hogar tan confortable como en el pasado. Pero con las siguientes consideraciones puede serlo:

No a las barreras arquitectónicas

- Puertas lo suficientemente anchas (al menos 80 cm) y fáciles de abrir (mejor si abatibles hacia el exterior).
- Eliminar escalones innecesarios, y si es necesario, sustituirlos por rampas.

- En caso de vivir en una casa de varias plantas, lo recomendable es adecuarla para tener todo lo necesario accesible en una única planta.
- Eliminar todo lo que pueda favorecer golpes y/o caídas: alfombras y cables sueltos.
- Si es necesario redistribuir los muebles para disminuir riesgo de golpes y/o caídas. Retirar muebles auxiliares poco estables.
- No utilizar productos de limpieza que puedan hacer la superficie más deslizante.
- Si requiere de uso de bastón, la colocación de una goma antideslizante podría reducir riesgo de caídas.
- Todos los artículos de primera necesidad tienen que estar siempre al alcance.

En la habitación

- Si es necesario se recomienda disponer de cama articulada que facilitará la movilización del paciente y mejorará su comodidad.
- Colocar toda la ropa en cajones al alcance del paciente, ello puede favorecer su autonomía en el vestido.

En el baño

- Valorar colocación de barras alrededor de la ducha y del retrete e incluso una silla en la ducha para permitir un correcto aseo del paciente disminuyendo el riesgo de caídas.

Comunicado en todo momento

- **El teléfono siempre accesible.** Es necesario el empleo de dispositivos con memoria interna que permita almacenar teléfonos de interés, como de familiares y asistencia sanitaria.
- **Si vive solo o sola, lo recomendable sería tener acceso a recursos de teleasistencia.**

5. Preguntas frecuentes

Preguntas sobre viajes y conducción de vehículos

Consejos prácticos al emprender un viaje

- Un ictus no es contraindicación para viajar en ninguno de los medios de transporte disponibles.
- Al viajar se recomienda llevar un informe médico actualizado y las medicaciones necesarias para un correcto cumplimiento del tratamiento.

Conducir tras sufrir un ictus

- Según la legislación de tráfico vigente existe prohibición para conducción de vehículos hasta haber transcurridos 6 meses desde el ictus e incluso del ataque isquémico transitorio. En parte debido a que el paciente puede minimizar las secuelas del ictus, sobre todo problemas visuales y cognitivos.
- Transcurrido dicho plazo será el médico responsable quién deberá valorar si el paciente cumple o no las capacidades psicofísicas necesarias para la conducción.

Preguntas sobre el tiempo libre, tiempo para el ocio incluyendo el ejercicio físico

- Adecuar las actividades de ocio a las capacidades de cada paciente. Fijar metas inalcanzables sólo favorece la frustración.
- Mantener relaciones sociales es esencial para el paciente y para el cuidador.
- El ejercicio físico moderado y regular es parte del hábito de vida saludable.
- Es necesario adecuar el ejercicio físico a las capacidades de cada paciente. Ante la duda contactar con un profesional sanitario para aconsejarle.
- Aumentar de forma progresiva pero lenta el ritmo del ejercicio. Evitar actividades extenuantes y convertir el ejercicio físico en un hábito placentero.

Ictus. Vuelta al hogar

- Transcurrido el tiempo de ingreso hospitalario, la persona se tiene que enfrentar a un nuevo reto: adaptarse a la dinámica social. Actividades como la conducción y el trabajo van a constituir una de las principales preocupaciones tras el alta. Preguntas como ¿puedo volver a conducir?, ¿puedo volver a trabajar? son las primeras en plantearse. Todo ello dependerá de la gravedad de las **secuelas** (problemas de visión, pérdida de fuerza, reflejos, orientación, lenguaje), **medicación** y posibilidad de volver a **repetirse** el ictus. **Será el equipo de profesionales que le atendió quien autorice la reanudación de estas actividades, o por el contrario, establezca los niveles de incapacidad y dependencia.**

¿Puedo trabajar después del ictus?

La posibilidad o no del retorno a la actividad previa **dependerá del tipo de actividad laboral y de las secuelas.**

En primer lugar **si** el paciente **estaba en activo y de alta** en el régimen de Seguridad Social se deberá tramitar la Incapacidad Laboral Temporal (baja laboral) a través de su Médico de Atención Primaria. Se debe valorar también el **grado de dependencia**, que mide la dificultad para realizar las actividades de la vida diaria y el apoyo y/o supervisión que se necesita para llevarlas a cabo. Esta valoración permite el acceso a ayudas y/o recursos

al alta hospitalaria, para ello se debe contactar con el trabajador social del hospital y servicios sociales del ayuntamiento, que indicaran los requisitos, documentación necesaria y trámites que se deben llevar a cabo para realizar la solicitud.

A partir **del alta médica** y según su estado de salud, en pacientes laboralmente activos tiene que valorarse la capacidad de incorporarse a su antiguo puesto de trabajo. Si se ha acabado el tiempo de incapacidad laboral temporal y persisten determinadas secuelas, se debe valorar la incapacidad permanente, otorgada por el INSS a través de un tribunal médico, acompañado de informes del hospital y Médico de Atención Primaria. La incapacidad laboral tiene una serie de grados que van a condicionar la cuantía de la pensión a la que tiene derecho.

- Incapacidad permanente parcial
- Incapacidad permanente total
- Incapacidad permanente absoluta
- Gran invalidez

En cada una de ellas se necesita reunir unos requisitos determinados como son el tiempo cotizado, la profesión habitual, la edad y otros. Los requisitos son diferentes según el grado de invalidez y según la causa de la incapacidad.

6. Recursos sociales y ayudas disponibles

A. Grados de incapacidad laboral

- Otorgados por el INSS a través de un tribunal médico, acompañado de informes del hospital y Médico de Atención Primaria.
- Según el grado de invalidez de la persona en edad de trabajar va a condicionar la cuantía de la pensión a la que tiene derecho.

Más información:

Salvador García del Diestro, 6 - Vitoria Gasteiz
Tel.: 945 13 66 90
Tel.: 945 23 30 90
Tel.: 945 23 30 62
Tel.: 900 16 65 65
www.seg-social.es

B. Valoración de minusvalía

- Se obtiene a través del equipo de valoración del centro base de cada comunidad autónoma.

Beneficios que otorga el certificado:

- Deducciones fiscales en la declaración de la renta.
- Posibilidad de acceso a pensión no contributiva.
- Ventajas fiscales para compra de vehículos.
- Plaza de aparcamiento para minusválidos (consultar en su ayuntamiento).
- Ayudas para la compra de vivienda de protección oficial.
- Prioridad en el acceso a un empleo.

Más información:

Manuel Iradier, 27 - Vitoria Gasteiz
Tel.: 945 23 31 90
Tel.: 900 40 60 80
www.imserso.es

C. Grado de dependencia

En la Ley de Dependencia se distinguen diferentes grados en función de la autonomía y de la intensidad del cuidado que se requieran.

La acreditación con su grado y nivel de dependencia tendrá validez en todo el estado. La ley ofrece dos tipos de prestaciones:

Cartera de servicios:

- Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de autonomía personal.
- Servicio de teleasistencia (dispositivo conectado a la red telefónica, comunicación manos libres las 24 horas, 365 días al año).
- Servicios de ayuda a domicilio. Ayuda durante unas horas para tareas como el aseo personal, compras, cocinar...
- Enfermería/Hospitalización a Domicilio para el manejo de sondas, alimentación enteral, curas...
- Centro de Día.
- Atención psicosocial preventiva y rehabilitadora y de apoyo a los familiares. En Vitoria-Gasteiz en la Residencia Arana.
- Residencias públicas o privadas (*parcialmente subvencionadas*).

Prestaciones económicas:

- Para pagar un profesional o comprar un servicio.
- Para cuidado en el entorno familiar y ayuda al personal no profesional.
- Para asistencia directa a personas con gran dependencia.
- Alta en la seguridad social para familiar cuidador.

Más información:

Diputación, 13 - Vitoria-Gasteiz
Tel.: 900 40 60 80

D. Otras ayudas

Subvenciones en aparatos ortopédicos (*silla de ruedas, andadores*): Osakidetza subvenciona parte o la totalidad del precio con justificante del especialista.

Adaptaciones geriátricas (*ayudas para reformar el hogar*): Dirigirse a su ayuntamiento, Imsero, Fundación Mejora de Caja Vital Kutxa.

Transportes (*servicio de ambulancia*) si su condición médica así lo aconseja.

Ayudas económicas a personas dependientes para Socios Fundación Laboral San Prudencio.

E. Direcciones de interés

Asociación de Daño Cerebral Adquirido de Álava “ATECE”

Angela Figuera Aymerich Kalea, 1, Bajo 2,
01010 Vitoria-Gasteiz
Tel.: 945 15 72 10

Federación Española de Ictus

Carrer Riereta, 4 - 08830 Sant Boi
Carrer Calabria 255, 1º 4ª - 08028 Barcelona
Tel.: 93 661 25 25
info@ictusfederacion.es
fei.ictus.secretaria@hotmail.es

<https://ictusfederacion.es/>

Sociedad Española de Neurología

www.sen.es/publico/index.html

Imsero

www.imsersodependencia.csic.es



Osakidetza

ARABAKO
ERAKUNDE SANITARIO INTEGRATUA
ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA
ARABA



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

