



DESPUÉS DEL ICTUS

Guía práctica
para el paciente
y sus cuidadores



Grupo de Estudio
de Enfermedades
Cerebrovasculares





DESPUÉS DEL ICTUS

**Guía práctica
para el paciente
y sus cuidadores**

© 1997 Grupo de Estudio de las Enfermedades Cerebrovasculares
de la Sociedad Española de Neurología

Primera reimpresión 2000
Segunda reimpresión 2003

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción
parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento,
comprendidos la reprografía y el tratamiento informático,
sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

EdiDe: © Dirección editorial, diseño, realización y edición.
Casanova, 191, 3º 1ª. 08036 Barcelona

ISBN: 84-89045-76-3
Depósito legal: B-48.266-97

AUTORES

Editores

José A. Egido
Hospital Clínico Universitario
San Carlos. Madrid

Exuperio Díez-Tejedor
Hospital Universitario La Paz.
Madrid

Comité de Redacción

José Álvarez Sabín
Hospital Vall d'Hebron.
Barcelona

Carlos Molina
Hospital Vall d'Hebron.
Barcelona

José Castillo
Hospital General de Galicia.
Santiago de Compostela

Ricardo Navarro
Hospital General de Asturias.
Oviedo

Antoni Dávalos
Hospital Dr. Josep Trueta. Girona

Francisco Rubio
Hospital de Bellvitge.
L'Hospitalet de Llobregat
(Barcelona)

Alberto Gil Peralta
Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

Carlos Jiménez Ortiz
Clínica Puerta de Hierro. Madrid

Luis Soler
Hospital General de Catalunya.
Barcelona

José M. Laínez
Hospital General Universitario.
Valencia

Rosa Suñer
Hospital Dr. Josep Trueta.
Girona

Eduardo Martínez Vila
Clínica Universitaria de Navarra.
Pamplona

José A. Vivancos
Hospital de La Princesa. Madrid

P R E S E N T A C I Ó N

La culminación y aparición de este pequeño manual *Después del ictus. Guía práctica para el paciente y sus cuidadores*, editado por el Grupo de Estudio de las Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN, con el patrocinio de la Asociación Española de Ictus, es motivo de profunda satisfacción, ya que constituye la cristalización de un viejo anhelo de algunos de nosotros, que conseguimos, finalmente, consolidar un proyecto en diciembre de 1996. Pretendíamos cubrir un hueco y saldar una deuda persistente con los enfermos y sus cuidadores, pues éramos conscientes de la necesidad de una información sencilla y completa sobre la enfermedad y sus cuidados; asimismo, era preciso facilitar la reincorporación de los enfermos al domicilio y la sociedad. Nuestra idea era -además de proporcionar una ayuda para los pacientes-facilitar la labor informativa de los profesionales sanitarios. Los editores y el comité de redacción acometieron esta tarea con ilusión, convencidos de su importancia y utilidad, dedicándole esfuerzo y tesón, y consiguieron el objetivo de que se concluyese antes de finalizar el año 1997. Queremos, por ello, felicitar a los autores y felici-

arnos por ver tan magistralmente concluida esta obra, que brinda a sus lectores una condensada información sobre su proceso -para que puedan comprenderlo- sus tratamientos y la importancia de la rehabilitación. Plantea, asimismo, cómo enfrentarse a los problemas cotidianos al volver al domicilio, para que el paciente se adapte lo mejor posible a su discapacidad y pueda llevar una vida lo más normal posible. Contiene, además, datos sobre ayudas y recursos sociales, que pueden ser útiles para el paciente y sus familiares. Es, en conjunto, una magnífica obra, fruto de la preocupación por la enfermedad en toda su dimensión y ejemplo de la importancia de la colaboración de agrupaciones de profesionales con asociaciones de enfermos, para potenciar el cuidado y la prevención de las enfermedades. El resultado nos parece excelente y creemos haber llenado otra laguna que teníamos pendiente. Nos sentimos orgullosos de este resultado, pero ello quedaría en un ejercicio de vanidad si no fuera útil para los enfermos, que es el objetivo fundamental; ésta será la prueba definitiva de su valor. Por otra parte, las sugerencias que sirvan para mejo-

rar su contenido serán bien recibidas y ayudarán a perfeccionar futuras ediciones. Sólo nos resta agradecer el apoyo recibido por Sanofi-Winthrop en su apuesta por este proyecto y el esfuerzo para que, a partir de ahora, todo paciente que abandone el hospi-

tal disponga de este manual. Finalmente, felicitamos de nuevo a los autores y nos congratulamos con el Grupo de Estudio de ECV de la SEN por esta obra, que ayuda a los enfermos y al desarrollo de la Neurología en la Sociedad Española.

Junta Directiva Grupo Estudio ECV SEN
E. DÍEZ-TEJEDOR, COORDINADOR
J. VIVANCOS, SECRETARIO
L. SOLER, VOCAL 1º
R. NAVARRO, VOCAL 2º

Í N D I C E

▶ 1. Información general

¿Qué es el ictus? ¿Cuáles son sus causas?	10
Síntomas de alarma de ictus	14
La estancia en el hospital	15
El alta médica	17
El programa de rehabilitación	18
El papel de la familia	19

▶ 2. Comprender el trastorno para superarlo

Trastornos motores	22
Trastornos de la comunicación	25
Trastornos de la percepción	27
Trastornos visuales	27
Trastornos de la sensibilidad	29
Trastornos de la percepción y de la imagen corporal	30
Trastornos emocionales, psicológicos y de la conducta	31

▶ 3. De vuelta a casa: los problemas cotidianos

El aseo personal. El baño	34
El vestido	37
La alimentación	38
Trastornos de la deglución	40
La dieta	43
Problemas urinarios	44
Incontinencia urinaria	44
Retención urinaria	45
Problemas intestinales	46
Estreñimiento	46
Diarrera	47
La sexualidad tras el ictus	47

▶ 4. Adaptarse a la discapacidad

Los desplazamientos	52
El cuarto de baño	52
Aspectos generales	53

Consejos para su seguridad en las actividades diarias	57
Precauciones en relación a la seguridad general	57
En la cocina	58
En el cuarto de baño	59
Posibles adaptaciones en el domicilio	59
Viviendo solo	62
▶ 5. Problemas médicos frecuentes	
Prevención de las complicaciones de la inmovilidad	64
Posturas anormales en las extremidades	64
Dolor en el hombro paralizado	64
Escaras de decúbito o úlceras por apoyo prolongado	65
Problemas venosos	66
La medicación	67
Síntomas que deben motivar consulta médica	69
Consejos para la prevención de nuevos ictus	69
▶ 6. El retorno a una vida normal	
El ocio	74
Ejercicio físico	74
Viajes. Conducción de vehículos	75
Volver al trabajo	76
▶ 7. Recursos sociales y ayudas	
Incapacidad laboral	78
Ayudas domiciliarias	79
Subvención para aparatos ortoprotésicos y para reformas en el hogar	79
Subvenciones en transportes	79
Residencias	80
Organizaciones privadas	80
▶ Apéndice	
Direcciones de interés	81



1

INFORMACIÓN GENERAL

¿Qué es el ictus? ¿Cuáles son sus causas?

Síntomas de alarma de ictus

La estancia en el hospital

El alta médica

El programa de rehabilitación

El papel de la familia

Las enfermedades cerebrovasculares constituyen, en la actualidad, uno de los problemas de salud pública más importantes y, como tal, deben ser consideradas. Son la tercera causa de muerte en el mundo occidental y la primera causa de invalidez permanente entre las personas adultas. Su coste sociosanitario es muy elevado, lo que contrasta con la relativa escasa atención que habitualmente se les dispensa, no sólo desde los organismos oficiales implicados, sino también (lo que aún es más preocupante) por una parte de los propios profesionales sanitarios; éstos siguen dando vigencia a conceptos caducos, que hacían del ictus una enfermedad «difícilmente prevenible y una catástrofe intratable».

Intentar cambiar esta situación sólo resulta posible por medio de la información. Ésta debe ser veraz, objetiva, fácilmente asimilable y, sobre todo, capaz de llegar a todas las personas y organismos relacionados con el problema.

Los pacientes que han sufrido un ictus, sus familiares y cuidadores, y aquellas otras personas que –por sus circunstancias personales– corren un mayor riesgo de padecerlo en un futuro constituyen el eslabón fundamental en nuestra labor divulgativa. A ellos va dirigida esta monografía.

¿QUÉ ES EL ICTUS? ¿CUÁLES SON SUS CAUSAS?

Denominamos ictus a un trastorno brusco de la circulación cerebral, que altera la función de una determinada región del cerebro.

Son trastornos que tienen en común su presentación brusca, que suelen afectar a personas ya mayores –aunque también pueden producirse en jóvenes– y que frecuentemente son la consecuencia final de la confluencia de una serie de circunstancias personales, ambientales, sociales, etc., a las que denominamos **factores de riesgo**.

Los términos **accidente cerebrovascular**, ataque cerebral o, menos frecuentemente, **apoplejía** son utilizados como sinónimos del término ictus.

El ictus, por lo tanto, puede producirse tanto por una disminución importante del flujo sanguíneo que recibe una parte de nuestro cerebro como por la hemorragia originada por la rotura de un vaso cerebral. En el primer caso hablamos de **ictus isquémicos**; son los más frecuentes (hasta el 85% del total) y su consecuencia final es el **infarto cerebral**: situación irreversible que lleva a la muerte a las células cerebrales afectadas por la falta de aporte de oxígeno y nutrientes transportados por la sangre. En el se-

gundo caso nos referimos a **ictus hemorrágicos**; son menos frecuentes, pero su mortalidad es considerablemente mayor. Como contrapartida, los supervivientes de un ictus hemorrágico suelen presentar, a medio plazo, secuelas menos graves.

En relación a estas consideraciones, los médicos distinguimos varios tipos principales de ictus:

- **Ictus trombótico, aterotrombótico o trombosis cerebral.** Es un ictus isquémico causado por un coágulo de sangre (trombo), formado en la pared de una arteria importante, que bloquea el paso de la sangre a una parte del cerebro.
- **Ictus embólico o embolia cerebral.** Se trata de un ictus isquémico que, al igual que el trombótico, está originado por un coágulo de sangre; éste, sin embargo, se ha formado lejos del lugar de la obstrucción, normalmente en el corazón. A este coágulo lo denominamos émbolo.
- **Ictus hemodinámico.** Dentro de los ictus isquémicos es el más infrecuente. El déficit de aporte sanguíneo se debe a un descenso en la presión sanguínea; esto ocurre, por ejemplo, cuando se produce una parada cardíaca o una arritmia grave, pero también puede ser debido a una situación de hipotensión arterial grave y mantenida.
- **Hemorragia intracerebral.** Es el ictus hemorrágico más frecuente. Una arteria cerebral profunda se rompe y deja salir su contenido sanguíneo, que se esparce entre el tejido cerebral circundante, lo presiona y lo daña. La gravedad de este tipo de ictus reside no sólo en el daño local sino en el aumento de presión que origina dentro del cráneo, lo que afecta a la totalidad del encéfalo y pone en peligro la vida.
- **Hemorragia subaracnoidea.** Es una hemorragia localizada entre la superficie del cerebro y la parte interna del cráneo. Su causa más frecuente es la rotura de un aneurisma arterial (porción anormalmente delgada de la pared de una arteria, que adopta forma de globo o saco).

Aunque por su forma de presentación –súbita e inesperada– pudiera parecer que el ictus es una catástrofe imprevisible, en realidad –en la mayoría de los casos– no es así. El ictus es el resultado final de la acumulación de una serie de hábitos de estilo de vida y circunstancias personales poco saludables (factores de riesgo). Los vasos sanguíneos son el blanco de estas agresiones y, tras años de sufrir un daño continuado, expresan su queja final y rotunda: el ictus.

En la actualidad están bien identificados los más importantes factores de

riesgo para el ictus. Algunos de ellos, por su naturaleza, no pueden modificarse. Es el caso de la **edad** (el riesgo de padecer un ictus crece de forma importante a partir de los 60 años) y el **sexo** (en general, hasta edades avanzadas, el ictus se da más entre los hombres que entre las mujeres, aunque la mortalidad es mayor en estas últimas). La **historia familiar de ictus**, haber sufrido un **ictus con anterioridad** y pertenecer a determinadas **razas**, como por ejemplo la raza negra americana, también predisponen con mayor fuerza a padecer un ictus, sin que estas condiciones puedan, en sentido estricto, reconducirse.

Por el contrario, hoy día sabemos que, afortunadamente, podemos actuar sustancialmente sobre los factores de riesgo más importantes y, con ello, reducir de forma significativa el número total de personas que sufrirán un ictus cada año. Hoy por hoy, el mejor tratamiento del que disponemos para las enfermedades cerebrovasculares es una adecuada prevención y ésta comienza por la modificación de los principales factores de riesgo «tratables».

En los últimos 25 años, se ha conseguido ir reduciendo paulatinamente el número de ictus y disminuir hasta el 50% su mortalidad. Una buena parte de este éxito se debe al creciente

control de su factor de riesgo más importante: la **hipertensión arterial**. Toda persona mayor de 50 años de edad debería tomarse la tensión arterial al menos una vez al año; hay que tener presente que el riesgo de sufrir un ictus se incrementa tanto si está elevada la tensión arterial sistólica (máxima) como la diastólica (mínima), o ambas. Cifras superiores a 140/80 deben ser vigiladas por su médico.

Los pacientes que padecen **enfermedades cardíacas** y, sobre todo por su frecuencia, las que tienen su origen en la arteriosclerosis de las arterias coronarias –la «angina de pecho» y el infarto de miocardio (cardiopatías isquémicas)– corren un riesgo claramente mayor de padecer un ictus. Ello se debe a que la mayoría de los ictus isquémicos, los que denominábamos aterotrombóticos, también tienen en la arteriosclerosis su punto de partida. Pero, es más, si estos problemas cardíacos cursan con determinados tipos de arritmias, como la fibrilación auricular, lo cual no es infrecuente, el riesgo crecerá de forma muy considerable. Estas situaciones exigen una actuación médica enérgica, que puede reducir estas malas expectativas en cerca del 70%.

El consumo de **tabaco** es la causa prevenible más importante de muer-

te prematura. Su asociación con la arteriosclerosis, las enfermedades cardíacas y el ictus no ofrece hoy ninguna duda.

Aunque, en la actualidad, no está establecido con claridad el papel exacto que desempeñan los niveles elevados de las **grasas en la sangre** (colesterol y triglicéridos) en la probabilidad de sufrir un ictus, sí es evidente su relación con otras enfermedades, como la angina de pecho, el infarto de miocardio y la arteriosclerosis, y éstas a su vez tienen una estrecha relación con el ictus, como hemos visto con anterioridad.

La **diabetes mellitus** es una enfermedad que condiciona la incapacidad del organismo para metabolizar adecuadamente la glucosa que ingerimos con la dieta. La diabetes aumenta el riesgo de padecer muchas otras enfermedades (renales, oculares, cardíacas, de los nervios periféricos, etc.) y también de sufrir un ictus. Ello se debe a que, al igual que la arteriosclerosis, obstruye los vasos y éstos están en todos los órganos importantes del cuerpo. Hasta el 20% de las personas que han sufrido un ictus son diabéticas.

A pesar de ser una condición permanente, aquellos diabéticos que siguen un adecuado control de su enfermedad tienen menos probabilidades de sufrir un ictus que los que no lo hacen.

En ocasiones, el ictus nos concede una segunda oportunidad. El paciente sufre transitoriamente (con frecuencia sólo dura unos minutos) todos los síntomas con los que cursa un ictus establecido, pero, por fortuna para él, éstos desaparecen como llegaron, sin dejar ninguna secuela. Este caprichoso perfil temporal, la ausencia de dolor y –sobre todo– la ausencia de secuelas hacen que el paciente y, lo que es peor, a veces el médico minusvaloren estos episodios, con explicaciones simplistas y erróneas. Esta situación, a la que denominamos **ataque isquémico transitorio**, es un verdadero «amago» de ictus: hasta un tercio de los pacientes que lo han sufrido presentarán un ictus establecido en el año siguiente si no se toman las medidas adecuadas.

En el siguiente apartado expondremos cuáles son los síntomas que denominamos **de alarma** y que nos ayudarán a reconocer los ataques isquémicos transitorios y el ictus en sus fases iniciales. Ello permitirá acudir con rapidez al hospital para ser atendidos por el neurólogo.

Otros factores de riesgo potencialmente tratables son: el consumo excesivo de **alcohol**, la **obesidad**, la **vida sedentaria** y los tratamientos con **anticonceptivos orales**, aunque –en la actualidad– su contenido en estróge-

1

nos es bajo y sólo parecen aumentar el riesgo si se suman otros factores, sobre todo el consumo de cigarrillos o padecer otra enfermedad vascular o cardíaca.

SÍNTOMAS DE ALARMA DE ICTUS

Como hemos podido comprobar, todos somos, de algún modo, potenciales candidatos a padecer un ictus, sobre todo a partir de los 60-65 años de edad, y con mucha mayor probabilidad si reunimos alguno(s) de los factores de riesgo mencionados. Sirva como ejemplo: un hombre de 75 años de edad, hipertenso y diabético con mal control, y fumador de una cajetilla de cigarrillos diaria, tiene siete veces más probabilidades de padecer un ictus que otra persona de igual edad y sexo que no reúna estas condiciones. Resulta de gran utilidad, especialmente en estos casos, que denominamos de alto riesgo, pero también para la población general, saber cómo se inicia un ictus y cuáles son los síntomas que nos permiten identificarlo. A estas manifestaciones iniciales las denominaremos **síntomas de alarma**.

Hemos aprendido que el dolor en el pecho o en el brazo izquierdo puede ser el «aviso» de un infarto cardíaco y

que no debemos esperar: hay que acudir con celeridad al hospital. Desgraciadamente, el ictus puede presentar síntomas variados y no es frecuente que curse con dolor, el síntoma que más nos «alarma», pero sus consecuencias pueden ser igualmente graves y mucho más invalidantes. El ictus es una verdadera **urgencia médica** y, en la actualidad, ha podido demostrarse que sus devastadoras consecuencias son tanto menores cuanto antes se acuda al hospital y se sea atendido por el neurólogo. De aquí la importancia de que el paciente y las personas que lo rodean habitualmente puedan reconocer con prontitud los síntomas de alarma, que se enumeran a continuación y que son válidos tanto para los pacientes que nunca han padecido un ictus como para aquellos que ya lo han sufrido y en los que puede repetirse.

- **Pérdida de fuerza** de la cara, brazo y/o pierna de un lado del cuerpo, de inicio brusco.
- **Trastornos de la sensibilidad**, sensación de «acorchamiento u hormigueo» de la cara, brazo y/o pierna de un lado del cuerpo, de inicio brusco.
- **Pérdida súbita de visión**, parcial o total, en uno o ambos ojos.
- **Alteración repentina del habla**, dificultad para expresarse, lenguaje

Si tiene algún síntoma de alarma, no pierda tiempo: acuda inmediatamente al hospital.

que nos cuesta articular y ser entendido por quien nos escucha.

- **Dolor de cabeza de inicio súbito**, de intensidad inhabitual y sin causa aparente.
- Sensación de **vértigo intenso, inestabilidad, desequilibrio** o caídas bruscas inexplicadas, si se acompañan de cualquiera de los síntomas descritos con anterioridad.

Cualquiera de los síntomas enumerados no pierde su valor de «alarma», antes bien lo refuerza, si desaparece espontáneamente (recuerde lo comentado con anterioridad sobre los ataques isquémicos transitorios).

Si, además, es usted una persona con uno o varios factores de riesgo, es aconsejable que sus amigos y familiares conozcan estos síntomas de alarma y puedan trasladarle con prontitud al hospital más próximo.

LA ESTANCIA EN EL HOSPITAL

El ictus, como hemos mencionado con anterioridad (pero consideramos

de gran utilidad repetirlo) es una urgencia médica. Debe ser atendido precozmente por personal médico cualificado, conocedor de este tipo de enfermedad: un **neurólogo**. El hospital, por su dotación de personal y recursos materiales diagnósticos y terapéuticos, es la única institución sanitaria adecuadamente preparada para atender un ictus en su fase aguda. Por todo ello, resulta inoperante e incluso perjudicial, para la situación funcional futura del paciente, demorar en pasos intermedios (médico de cabecera, centro de salud, etc.) su evacuación al hospital.

En la actualidad, se dispone de tratamientos que, aplicados muy precozmente en algunos tipos de ictus, son capaces de revertir sin secuelas todos sus síntomas. «A mayor precocidad en el inicio del tratamiento, mayor posibilidad de reducir el daño cerebral irreversible.»

A su llegada al hospital, normalmente en el servicio de urgencias, el médico que le atienda confirmará el diagnóstico de ictus. Para ello realizará una **historia clínica** completa, donde se recogerán, del propio paciente y/o de sus familiares o acompañantes, sus antecedentes personales y familiares, sus factores de riesgo, los detalles del inicio y la progresión de los síntomas y el tiempo transcurrido

hasta su llegada al hospital; además llevará a cabo una **exploración física general y neurológica**. Habitualmente su médico indicará la realización de una serie de **pruebas** consideradas de rutina (análisis de sangre, electrocardiograma, radiografía de tórax y, frecuentemente, un escáner cerebral). Con los datos obtenidos en la historia clínica, la exploración física y los resultados de estas pruebas es posible conocer el **tipo de ictus**, el **territorio vascular cerebral** afectado y, en un porcentaje elevado de casos, su **causa**. De este modo podrá **iniciarse el tratamiento** más conveniente y adecuado para cada caso.

Salvo excepciones (demencia grave, situación de dependencia por ictus previos o enfermedad terminal coincidente) relacionadas con la calidad de vida previa, que aconsejen una atención menos especializada, el ictus en fase aguda será ingresado en el hospital, preferiblemente en **salas de neurología**, con personal médico y de enfermería capacitado para ofrecer los mejores cuidados a estos pacientes, y preferiblemente en **unidades de ictus**, desarrolladas en los servicios de neurología. Éstas ofrecen un método de trabajo uniforme, especializado y protocolizado, y han demostrado mejorar los resultados, en cuanto a la mortalidad y a las se-

cuelas funcionales tras el ictus, hasta en el 30%.

El ingreso hospitalario de un paciente que acaba de presentar un ictus debe perseguir los siguientes objetivos:

- Aplicar el **tratamiento** más idóneo para cada caso, que permita estabilizar la situación general y neurológica del paciente y reducir al mínimo posible las secuelas funcionales futuras.
- Asegurar la **alimentación** por vía enteral (sonda nasogástrica) o parenteral (por vía intravenosa) en aquellos casos en que la deglución se vea afectada como consecuencia del ictus; así se previene la desnutrición y la deshidratación.
- Llegar a un **diagnóstico preciso** y en un plazo razonable, que especifique el tipo de ictus, el territorio vascular implicado y las causas, en aquellos casos en los que con las pruebas iniciales no se haya conseguido. Para ello, con frecuencia, es necesario realizar nuevas pruebas complementarias o repetir alguna de las ya realizadas.
- Prevenir y tratar convenientemente cuando se presenten las **complicaciones** que pueden sobrevenir en la fase aguda del ictus.
- Iniciar precozmente el **programa de rehabilitación** y readaptación a la nueva situación personal, impli-

cando en la medida de lo posible a la familia.

- Iniciar las pautas de **modificación de los factores de riesgo** previos para prevenir recurrencias futuras.

EL ALTA MÉDICA

La duración de la hospitalización en la fase aguda es variable para cada caso y depende de la consecución de los objetivos reseñados. No obstante, salvo excepciones, no resulta recomendable una estancia hospitalaria prolongada, ya que aumenta las posibilidades de complicaciones, especialmente infecciones. Para este tipo de pacientes se recomienda un período de ingreso medio no superior a 15 días.

Para decidir el momento idóneo del alta, el médico responsable de cada caso valorará una serie de criterios, que se relacionan directamente con los objetivos que persigue la hospitalización. Estos criterios abarcan tres aspectos fundamentales de la enfermedad:

- **Situación clínica del paciente**
 - Estabilización o inicio de la regresión, déficit neurológico.
 - Estabilización del estado general del enfermo.
 - Capacidad de deglución autónoma conservada o posibilidad alternativa de asegurar de forma ra-

zonable la nutrición, hidratación y toma de medicación, una vez que el paciente se encuentre fuera del hospital.

- **Aspectos relacionados con el diagnóstico y el tratamiento**

- Causa del ictus aclarada o estudiada completamente.
- Tratamiento elegido en función del diagnóstico y de la situación del paciente.

- **Aspectos asistenciales, de seguimiento y sociofamiliares**

- Diseño del seguimiento en los diferentes niveles asistenciales.
- Que exista la garantía suficiente de que, en el lugar al que va a trasladarse el paciente, las personas encargadas de su cuidado personal (familiares, amigos, cuidadores profesionales, etc.) están capacitadas y asumen esta labor. Se asegurará, a su vez, una disponibilidad razonable de asistencia sanitaria cuando se precise.

El paciente, al ser dado de alta del hospital, recibirá un **informe médico**: el informe de alta. En este documento se recogen los datos sustanciales de su enfermedad: sus antecedentes personales y familiares, sus manifestaciones clínicas, las pruebas que se le realizaron, su evolución, las posibles complicaciones acaecidas y cómo se resolvieron el diagnóstico y las medi-

das tomadas y a tomar en el futuro, encaminadas a mejorar su situación actual, facilitando su adaptación con su nueva realidad, y a prevenir la recurrencia de nuevos episodios (el tratamiento). Para terminar, el informe de alta suele recoger el plan de revisiones periódicas que debe seguir el paciente.

EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

Para la mayoría de los pacientes que han sufrido un ictus y han sobrevivido a él, la rehabilitación es una de las partes más importantes de su tratamiento. Suele iniciarse ya en **fases muy precoces**, en los primeros días de estancia en el hospital, tan pronto como la situación médica del enfermo lo permita. La rehabilitación se recomienda a cualquier paciente que, habiendo sufrido un ictus, tuviera una vida previa autosuficiente. Por el contrario, se excluyen de estos programas, por el escaso beneficio que les supone, a aquellos pacientes en coma o estado vegetativo, o con secuelas tan graves que impiden una mínima colaboración en las técnicas de rehabilitación. En estos casos, se recomienda la movilización pasiva de las extremidades afectadas y los cambios posturales frecuentes, para prevenir las contracturas y las ulce-

raciones por presión prolongada sobre las zonas de apoyo.

Para evitar posibles frustraciones futuras, es importante entender que ningún programa de rehabilitación puede conseguir volver a una situación «exactamente igual» a la previa a sufrir el ictus. El objetivo fundamental del programa de rehabilitación es ayudar al paciente a **adaptarse a sus déficit**, no a librarse de ellos, ya que –en la mayoría de los casos– la lesión neurológica se recupera, en todo o en parte, espontáneamente en un período variable de tiempo o no se recupera nunca: todo depende de la gravedad del ictus.

Un programa de rehabilitación adecuado contribuye a que el paciente recupere su autoestima y puede ser la diferencia entre una situación de autonomía y el confinamiento. De hecho, con la ayuda de estos programas, transcurrido un año desde el ictus, un tercio de los pacientes que lo superan vuelve a su trabajo anterior, la mitad no necesita ninguna ayuda para sus actividades cotidianas, el 20% necesita ayuda sólo en determinadas situaciones y otro 20% es dependiente en mayor o menor medida.

La mayoría de los pacientes que han sufrido un ictus necesitan rehabilitación en un determinado número de áreas. La intensidad y duración del

programa variará según la gravedad de la discapacidad. Habitualmente, los programas de rehabilitación integran la **terapia física y ocupacional** y, en aquellos casos que así lo precisen, la **rehabilitación del lenguaje**. Estos programas de rehabilitación pueden y deben implicar a un buen número de profesionales (médicos rehabilitadores, neurólogos, médicos de cabecera, personal de enfermería, fisioterapeutas, logopedas, trabajadores sociales, psicólogos, etc.) y, por supuesto, al paciente, familiares y cuidadores. El éxito radificará en un inicio precoz, un diseño adecuado que tenga en cuenta las necesidades del paciente y unas metas realistas, una coordinación eficaz del grupo y el compromiso activo del paciente y de las personas de su entorno.

Los **3-6 primeros meses** tras el ictus se consideran los más importantes en el progreso de readaptación. La mayoría de los movimientos voluntarios se recuperan en los 6 primeros meses. El lenguaje, el equilibrio y algunas habilidades rutinarias pueden seguir mejorando hasta transcurridos 2 años.

EL PAPEL DE LA FAMILIA

El ictus no sólo afecta a la persona que lo sufre. El paciente advierte que su

El paciente necesita percibir que sus familiares o personas próximas se implican activamente, en la medida de sus posibilidades, en el programa de recuperación.

vida ha sufrido un **cambio radical**, pero también sus familiares y amigos próximos se dan cuenta de que muchas cosas, a menudo importantes, van a cambiar en sus vidas. La nueva situación se vive, en los primeros días, como la premonición de una pesada carga. Se tienen que asumir aceleradamente nuevas responsabilidades, no siempre bien aceptadas, en la mayoría de los casos porque interfieren ostensiblemente con la rutina social, familiar y laboral. En ocasiones, junto con las dificultades motoras, se producen alteraciones del carácter y la convivencia se hace difícil. Todo ello contribuye a acrecentar el estrés ambiental que ya de por sí genera la propia enfermedad.

A pesar de todo ello, es conveniente recordar que la recuperación tras el ictus constituye uno de los desafíos físicos y psicológicos más importantes y prolongados a los que puede someterse a una persona; es del todo imposible superarlo sin ayuda y la

falta de apoyo familiar constituye una dificultad añadida.

Los pacientes con un mayor grado de relación con las personas de su entorno son los que, a priori, mejores resultados pueden obtener. No obstante, es conveniente remarcar que la tarea del cuidador principal del paciente tras el ictus, especialmente si éste ha sido grave, suele ser dura, por su exigencia diaria y –fundamentalmente– por su extensión en el tiempo. Un estudio reciente realizado en España ha puesto de manifiesto que, en su mayoría, los cuidadores principales de los

pacientes que han sufrido un ictus asumían de buen grado su nueva situación personal, pero después de los primeros 6 meses se sentían fatigados y percibían que su propia salud había empeorado. Estas observaciones nos hacen recomendar el reparto proporcional de las responsabilidades y tareas implícitas en el cuidado de estas personas entre sus familiares y amigos, siempre que ello sea factible. Esta estrategia contribuirá de forma importante a prevenir el desánimo, la fatiga y la desesperanza, que, inevitablemente, se transmitirían al paciente.



2

COMPRENDER EL TRASTORNO PARA SUPERARLO

Trastornos motores
Trastornos de la comunicación
Trastornos de la percepción
Trastornos emocionales, psicológicos y de la conducta

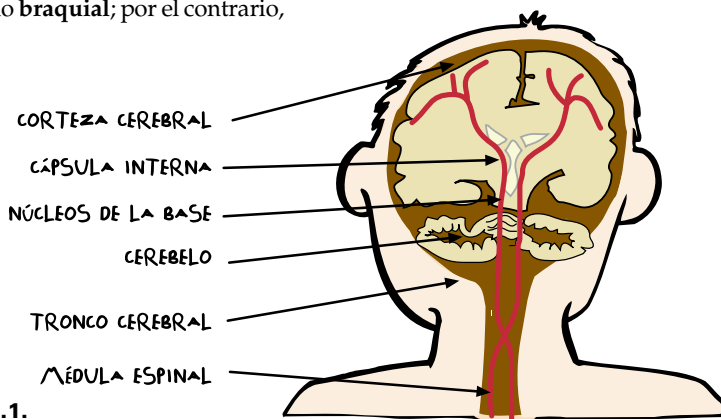
TRASTORNOS MOTORES

La debilidad o pérdida de fuerza en un brazo, pierna o la mitad de la cara son síntomas frecuentes en un paciente que presenta un ictus. Puede presentarse aisladamente en una sola extremidad, pero es más común que afecte a la totalidad de la mitad del cuerpo. Se denomina **plejía o parálisis** si el paciente es incapaz de realizar movimientos con la extremidad afectada, y **paresia**, si es capaz de realizar algún movimiento, aunque con menos fuerza que el lado sano. Si la enfermedad provoca debilidad en toda la mitad del cuerpo, se denomina **hemiplejía**. Es habitual que los síntomas se padezcan con diferente intensidad en el brazo o en la pierna. Si el paciente siente más debilidad en el brazo que en la pierna diremos que la plejía o la paresia es de predominio **braquial**; por el contrario,

si la fuerza está más afectada en la pierna, hablaremos de predominio **crural**.

La movilidad del organismo requiere un adecuado funcionamiento de diversas estructuras del sistema nervioso. Si deseamos mover una extremidad, la orden se inicia en la **corteza cerebral** y por medio de una vía denominada **piramidal** recorre en profundidad el cerebro a través de la **cápsula interna**, el **tronco cerebral** y la **médula espinal**. Desde aquí y a través de los nervios, la orden llega a los músculos de las extremidades. Para que, además de producirse el movimiento, éste sea adecuado, se precisa de la participación de otras dos estructuras del sistema nervioso, que son los **ganglios basales** y el **cerebelo**.

En la figura 2.1 puede verse un esquema de cómo la vía principal reco-



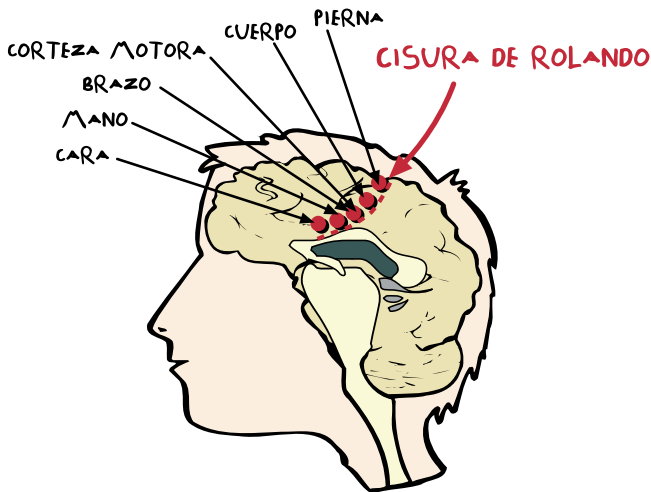
■ **Figura 2.1.**

re todo el sistema nervioso central. Si nos fijamos con atención, observamos que, en el tronco cerebral, la vía piramidal del lado derecho se cruza con la procedente del lado izquierdo. Esta disposición justifica que los pacientes con lesiones en la mitad derecha del cerebro presenten debilidad en la mitad izquierda de las extremidades y viceversa.

Todos los millones de fibras nerviosas que constituyen la vía piramidal se ordenan de acuerdo con la parte del cuerpo que van a movilizar. En la corteza cerebral se encuentran las neuronas motoras, de las que parten las fibras nerviosas de la vía piramidal. Estas neuronas se localizan en

una zona media de los hemisferios cerebrales, justamente por delante de un gran pliegue del cerebro que se denomina **cisura de Rolando**. Esta región de la corteza cerebral se denomina **corteza motora**. Aquí las neuronas se ordenan de forma que las que van a llevar la movilidad en la cara ocupan la parte más inferior, seguidas hacia arriba por las neuronas que llevarán la movilidad a la mano, al brazo, al cuerpo y a la pierna. Esta distribución puede verse en la figura 2.2.

Las diferentes arterias que llevan la sangre al cerebro irrigan diferentes partes de éste, y pueden afectar solamente a neuronas que llevan la movilidad a la cara, al brazo o a la pierna.



■ **Figura 2.2.**

Ello explica las diferencias en la distribución de la debilidad o de la parálisis que presentan los pacientes que han padecido un infarto o una hemorragia cerebral.

Aparte de la debilidad que se ocasiona cuando se lesionan las neuronas y las fibras que llevan la movilidad, aparecen otras manifestaciones, que en conjunto reciben el nombre de **síndrome piramidal**. La parálisis que presentan estos enfermos afecta a todos los movimientos voluntarios, es decir, a todos los movimientos que se realizan con nuestro consentimiento, como: andar, mover un brazo, coger un objeto, abrir o cerrar la boca y los ojos, etc. Sin embargo, no se produce parálisis de los movimientos que se hacen sin nuestro consentimiento, como: la contracción del corazón, la respiración o los movimientos intestinales.

En los primeros días de la enfermedad, las extremidades afectadas están muy flácidas o con muy poco tono muscular, pero días después de aparecer la parálisis se produce una contracción progresiva de los músculos, que tienden a colocar el brazo flexionado y la pierna extendida. Esta espasticidad se acentúa con los intentos de movilización brusca de las extremidades, aspecto que deberá considerarse en la rehabilitación. Al

mismo tiempo, se produce la exageración de los reflejos musculares, que se manifiestan al golpear con el martillo de reflejos el tendón del músculo situado inmediatamente por debajo de la rodilla, o al colocar el pie en ciertas posturas que estiran el músculo. En ambos casos se producen una serie de sacudidas rítmicas, fenómeno denominado **clonus**. La espasticidad, si es intensa, aumenta la incapacidad que ya tiene el enfermo por la debilidad.

En algunos pacientes se producen **sincinesias**, que consisten en la aparición de movimientos involuntarios de las extremidades paralizadas, en relación con movimientos del lado sano o coincidiendo con el bostezo o con el estornudo. En ocasiones, al movilizar la cabeza en uno u otro sentido, se produce la extensión del brazo al que mira el paciente y la flexión del opuesto; estos movimientos no implican un mejor pronóstico.

Si el infarto o la hemorragia cerebral, además de la vía piramidal, afecta a otras estructuras del sistema nervioso central, como los núcleos de la base o el cerebelo, pueden aparecer otras alteraciones motoras. En algunos casos, el paciente presentará movimientos bruscos de las extremidades, como tics o sacudidas del brazo o pierna afectados. Otros enfermos tie-

nen una dificultad añadida a su debilidad, por la imposibilidad de llevar la mano o el pie afectados hacia un punto determinado.

Si la debilidad en la pierna no es intensa, el paciente puede deambular, aunque la marcha es difícil. El paciente se apoya fundamentalmente sobre el lado sano, y la pierna enferma, tiesa, realiza un movimiento en abanico; este tipo de deambulación recibe el nombre de **marcha de segador** (figura 2.3).

Las alteraciones motoras que presenta un paciente que ha sufrido un infarto o una hemorragia cerebral tienden a mejorar, aunque en ocasiones la recuperación puede no ser completa. La afectación de la pierna mejora más que la del brazo, y la del brazo más que la de la mano. Esta mejoría aparece ya precozmente, es mayor si el paciente es adecuadamente rehabilitado y persiste durante muchos meses, sobre todo en los pacientes estimulados y animados con su recuperación.

TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

El paciente que ha sufrido un ictus puede presentar alteraciones del lenguaje, denominadas **afasias**, o alteraciones del habla o **disartrias**. Otros pacientes no logran emitir ningún sonido, situación que se conoce con el nombre de **mutismo**.

Para hablar se requiere, en primer lugar, que pensemos en lo que queremos decir, encontrar las palabras necesarias y decirlas en voz alta. Del mismo modo, para comprender lo que nos dicen, debemos poner en

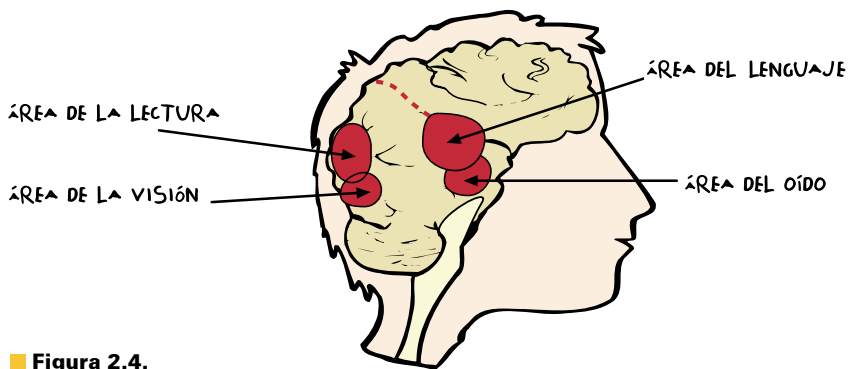


■ **Figura 2.3.**

marcha mecanismos de atención, reconocer que alguien quiere decirnos algo y retener e interpretar las palabras que nos dicen. Para ello, varias estructuras del cerebro están implicadas. Estas estructuras se localizan preferentemente en el hemisferio cerebral dominante, que es el izquierdo en las personas diestras, y se hallan situadas en la parte más baja de la corteza motora y en el lóbulo temporal y parietal (figura 2.4). Los trastornos del lenguaje, con frecuencia, se acompañan de dificultad para escribir (**agrafia**) o para leer (**alexia**), por lo que estos pacientes tienen afectadas sus capacidades de comunicación.

Las lesiones muy extensas del hemisferio cerebral dominante van acompañadas de incapacidad global para hablar y para entender. El pa-

ciente suele estar mudo (**mutismo**) y hemipléjico del lado derecho. En otras ocasiones, el paciente entiende aceptablemente bien las palabras que se le dicen, pero es incapaz de emitir ningún lenguaje adecuado; esta situación recibe el nombre de **afasia motora** o de **afasia no fluente**. A pesar de no emitir lenguaje adecuado, estos pacientes, en ocasiones, mantienen la capacidad de repetir las mismas palabras que se le indican (**ecolalia**) o de decir palabras de forma espontánea o tras ser provocados. Estas palabras o frases son muy sencillas, como «mamá», «Dios mío» o, en ocasiones, «tacos». Una forma más limitada de afasia motora es la **afasia nominal**, en la que el paciente, con frecuencia, no encuentra el nombre de los objetos que quiere mencionar; esta limitación le hace sustituir la palabra buscada



■ **Figura 2.4.**

por descripciones de su uso, o cualidad, o a imitar con el gesto la utilidad que puede tener (**parafasias**).

Si las lesiones vasculares se han producido en la corteza de la región temporoparietal del hemisferio dominante, el paciente presenta una **afasia fluente** o **sensitiva**, en la que el problema fundamental radica en la incapacidad para entender el lenguaje, no solamente verbal, sino también gestual o escrito. Estos pacientes desarrollan un lenguaje, estructuralmente bien organizado, pero emitido sin respuesta a las preguntas que se le hacen.

La recuperación de las afasias depende de la extensión de la lesión y del tipo del trastorno del lenguaje. Las afasias motoras tienen mejor pronóstico que las fluentes.

Las disartrias o alteraciones del habla no deben confundirse con las afasias. Se originan por dificultad en la articulación o en la modulación de las palabras, como consecuencia de la debilidad de los músculos de la mitad de la cara, o por dificultad en la coordinación de éstos, cuando se producen lesiones en el cerebelo o en los núcleos de la base. La disartria no suele ocasionar una gran incapacidad y es más manifiesta en la pronunciación de las consonantes o en palabras largas. En pacientes con lesiones vas-

culares en ambos hemisferios cerebrales, la disartria puede ser más intensa y va acompañada de otros trastornos, como dificultad para tragar o incontinencia emotiva, con risa y llanto sin motivo.

TRASTORNOS DE LA PERCEPCIÓN

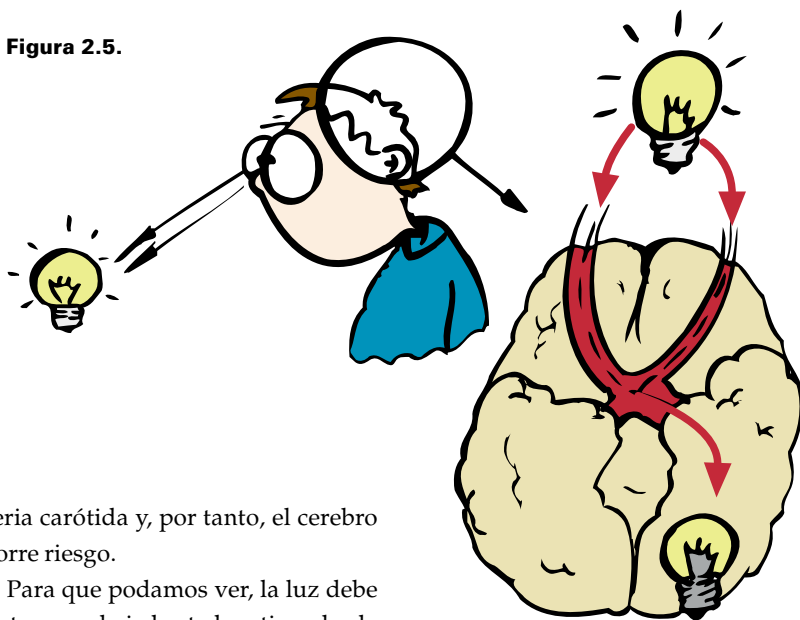
La persona que ha sufrido un ictus puede tener alterada la capacidad de ver, oír, tocar o darse cuenta de algunas cosas del entorno, e incluso puede no ser consciente de que tiene ese problema, que va a condicionar de forma muy importante la recuperación del paciente y su relación con los demás.

Trastornos visuales

Los trastornos visuales son muy frecuentes en las personas que han padecido un ictus.

La arteria que lleva la sangre al ojo procede de la arteria carótida interna, que es la misma que lleva la sangre a gran parte del cerebro, y si ésta se ocluye, puede dañar tanto el cerebro como el ojo. Por ello, la pérdida de visión brusca en un solo ojo, aunque dure únicamente unos minutos, es un síntoma de alarma importante, porque puede reflejar un trastorno del riego sanguíneo dependiente de la ar-

■ Figura 2.5.



teria carótida y, por tanto, el cerebro corre riesgo.

Para que podamos ver, la luz debe entrar en el ojo hasta la retina; desde allí, el impulso nervioso se dirige por el nervio óptico a una estructura que se denomina quiasma óptico, donde las fibras que llevan la información de la mitad del campo de cada ojo se cruzan, de forma que la información que llega al hemisferio cerebral derecho corresponde a la mitad izquierda del campo visual, y al revés, la información que llega al hemisferio cerebral izquierdo corresponde a la mitad derecha del campo visual (figura 2.5).

Podríamos decir que la mitad derecha del campo visual la vemos con el hemisferio cerebral izquierdo, y al revés para la mitad izquierda.

Un ictus que produce una lesión en estas vías nerviosas puede producir

una pérdida de visión para la mitad del campo visual, situación que se denomina **hemianopsia**, derecha o izquierda, según la parte del campo visual que esté ciega. Como hemos visto que las vías piramidales, de las que depende el movimiento, también son cruzadas, cuando además existe parálisis, el campo visual ciego es del mismo lado que la parálisis.

Muchas veces el propio paciente no se da cuenta de ello; es fácil que una persona con una hemianopsia derecha tropiece con la parte derecha al atravesar una puerta, que no vea a las personas que se aproximan por su

derecha o que no encuentre cosas situadas a su derecha. Por supuesto, una persona con una hemianopsia (de la que, insistimos, puede no darse cuenta) es un peligro cierto si conduce un vehículo.

La familia y los cuidadores pueden ayudar recordando al paciente que mire hacia el lado enfermo, ya que, con un poco de entrenamiento, una hemianopsia puede compensarse muy bien, simplemente girando la cabeza para mirar hacia el campo ciego.

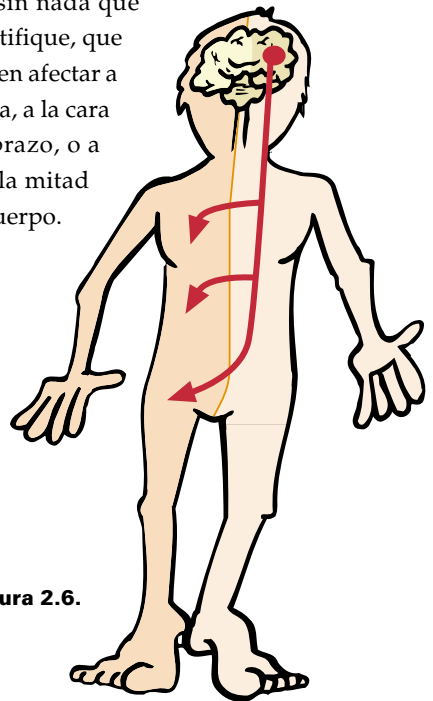
Algunas lesiones pueden afectar a los dos lóbulos occipitales y producir una ceguera cortical; en estos casos, el paciente a veces no es consciente de la ceguera, de forma que, si se le pregunta, «inventa» lo que «ve».

En otras ocasiones puede producirse una dificultad a la hora de distinguir o nombrar los colores, en lesiones del hemisferio izquierdo.

Trastornos de la sensibilidad

La sensibilidad al tacto, al dolor, a la temperatura y a la presión es recogida en la piel por una serie de minúsculos receptores, que a través de los nervios sensitivos llegan a la médula espinal. Allí se cruzan de lado y ascienden hasta llegar a una estructura cerebral denominada tálamo. En este punto se integran diferentes vías nerviosas, y

desde allí salen conexiones nerviosas a la corteza cerebral, fundamentalmente para el lóbulo parietal, para que finalmente seamos conscientes de la sensación y podamos identificar el estímulo (figura 2.6). Es muy frecuente que en los ictus se lesionen las vías de la sensibilidad y se produzca una pérdida de sensibilidad en la parte contraria del cuerpo. Ésta se traduce en una sensación de acorchamiento o, en ocasiones, en «sensaciones raras», como «hormigueo», sensación exagerada y desagradable ante cualquier roce, o incluso sensación dolorosa sin nada que lo justifique, que pueden afectar a la cara, a la cara y el brazo, o a toda la mitad del cuerpo.



■ **Figura 2.6.**

Los trastornos de la sensibilidad suelen asociarse con defecto motor del mismo lado, lo que supone un claro problema para la seguridad: pueden producirse quemaduras o heridas que pasen inadvertidas, ya que se ha perdido el mecanismo de alarma (el dolor) ante un estímulo dañino. Si tiene ese problema, debe ser extremadamente cuidadoso en el manejo de instrumentos y en el baño.

Trastornos de la percepción y de la imagen corporal

No todo es ver, sentir o tocar; debemos ser capaces de darnos cuenta de lo que vemos, reconocer lo que tocamos o sentimos.

Muchos pacientes con ictus, aunque no tengan un importante defecto de la sensibilidad o de la visión, parecen ignorar parte de los estímulos, fenómeno que conocemos como **negligencia**. La negligencia consiste en eso: en no hacer caso a determinados estímulos, aunque se sea capaz de percibirlos. Por ejemplo, pacientes con lesiones del hemisferio derecho, especialmente del lóbulo parietal, ignoran lo que ocurre en la mitad izquierda del mundo: parecen no ver lo situado a la izquierda, no contestan si se les habla desde la iz-

quierda y comen sólo de la mitad derecha del plato, o se visten mal la mitad izquierda del cuerpo. Es mucho más frecuente en pacientes con lesiones del hemisferio derecho que tienen paralizados los miembros izquierdos. Muchos de ellos ignoran la mitad de su cuerpo y no saben cómo lo tienen colocado o no reconocen su brazo como propio.

Es frecuente ver cómo muchos pacientes con grandes parálisis del lado izquierdo afirman que pueden mover la pierna y que incluso la están moviendo. Ignoran los efectos de su enfermedad, por lo demás evidentes. Esta situación es también frecuente con los defectos visuales (hemianopsias o incluso ceguera cortical). Este fenómeno es una forma especial de negligencia, denominada anosognosia.

Afortunadamente, la negligencia suele mejorar en las primeras semanas después del ictus, pero cuando es intensa o persistente empeora las expectativas de rehabilitación y dificulta mucho la colaboración. Por ejemplo, si un enfermo con hemianopsia presenta además negligencia, no podrá compensar el defecto visual «buscando» con la mirada.

Es importante que los familiares conozcan esta situación y que, en lo posible, estimulen al paciente a darse cuenta de lo que ocurre en su lado ne-

gligente, hablándole desde el lado afectado, refiriéndose a objetos situados en el lado ignorado o tocando y haciéndole tocar su lado del cuerpo afectado.

Es también importante saber que un grado menor de negligencia es la «extinción». Ésta consiste en que, si un estímulo (visual, auditivo, táctil) llega a la vez desde los dos lados, ignora el del lado enfermo, y sólo hará caso al que le llegue por el lado sano.

TRASTORNOS EMOCIONALES, PSICOLÓGICOS Y DE LA CONDUCTA

El ictus es una de las experiencias más traumáticas que pueden ocurrirle a alguien. Son muy frecuentes, después del ictus, la ansiedad, los sentimientos de frustración, los cambios bruscos de estado de ánimo e incluso la depresión.

Entre un tercio y la mitad de los pacientes con ictus sufren depresión en algún momento, que puede manifestarse por sentimientos de tristeza o aislamiento, irritabilidad, trastornos del sueño e indiferencia hacia la terapia; el paciente tiende a rehusar toda actividad. Es importante mantener una vía de comunicación y permitirle expresar cómo se siente. Trate de que

el reaprendizaje de tareas diarias sea una actividad relajante y recuerde que el progreso lleva tiempo. Intente ser positivo, pero realista. Si la depresión es intensa o persistente, su médico puede prescribir medicación que le ayudará a salir de ella.

Muchos pacientes, después del ictus, especialmente si se han sufrido varios en diferentes zonas del cerebro, pueden tener problemas de descontrol emocional: de pronto pueden echarse a reír a carcajadas y momentos después llorar desconsoladamente. Estas expresiones, en algunas ocasiones, reflejan exageradamente los sentimientos reales del paciente, pero en otras ocasiones son por completo ajenas a cómo se siente realmente. Esta situación se denomina labilidad o incontinencia emocional. Es importante que los familiares entiendan que se trata de una manifestación del ictus y que está completamente fuera del control del paciente; no hay que darle mayor importancia. Con frecuencia, esta situación mejora con el tiempo.

En algunos enfermos, especialmente si han sufrido varios ictus o tras una única lesión en ciertos lugares del cerebro o si ya había trastornos de memoria previos, puede producirse un importante deterioro intelectual, con pérdida de memoria, desorienta-

ción, dificultad a la hora de planificar acciones, alteraciones de la conducta y cambios en la personalidad. En algunos casos, este deterioro mejora parcialmente con el tiempo. Es importante que el paciente se mantenga en

un ambiente conocido, que las actividades se realicen de la forma habitual, empleando el tiempo que precise, sin apremiarle y –sobre todo– que las personas que se encargan de su cuidado tengan paciencia.



3

DE VUELTA A CASA: LOS PROBLEMAS COTIDIANOS

El aseo personal. El baño

El vestido

La alimentación

Problemas urinarios

Problemas intestinales

La sexualidad tras el ictus

EL ASEO PERSONAL. EL BAÑO

Después del ictus y de vuelta al hogar, a menudo la persona no es totalmente independiente y ello repercute en sus actividades de la vida diaria.

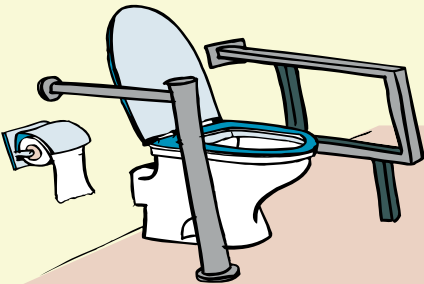
Al principio, puede que necesite ayuda en su aseo personal; sus familiares, con algunos consejos prácticos, se convertirán en sus mejores cuidadores.

¡Mantener un buen aspecto nos hace sentirnos mejor! Por ello, el aseo personal y el baño deben realizarse a diario y, siempre que sea posible, en el cuarto de baño; sólo se trata de convertir esta habitación en un lugar seguro.

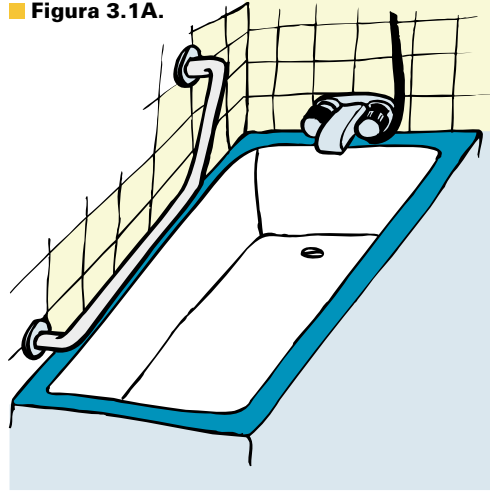
Los siguientes consejos le servirán:

1. Instalar barandillas alrededor de la bañera y WC (figuras 3.1 y 3.2).

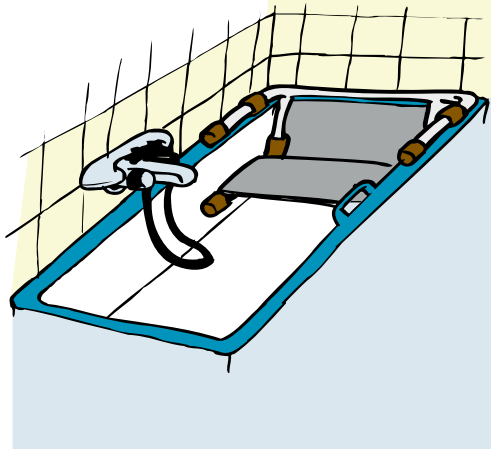
■ **Figura 3.2.**

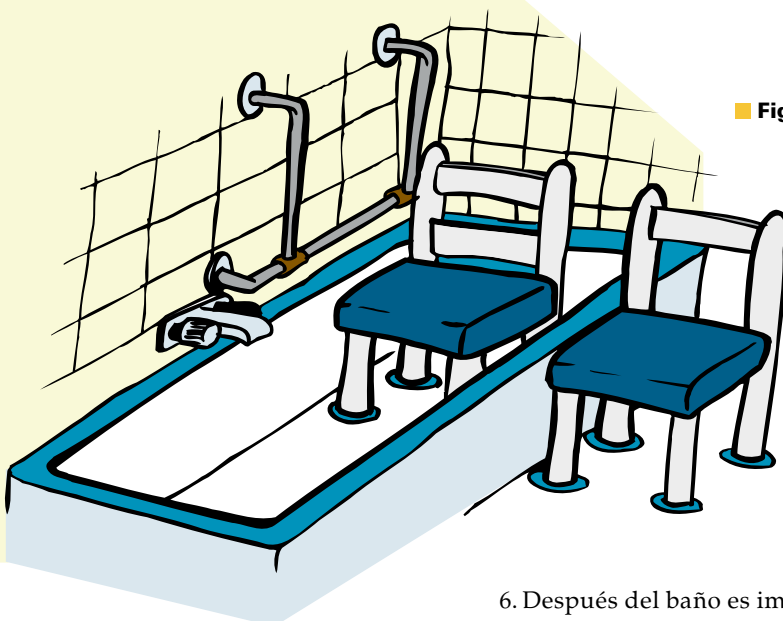


■ **Figura 3.1A.**



■ **Figura 3.1B.**





■ **Figura 3.3.**

2. Retirar las alfombras del suelo, pero, al salir de la bañera, colocar una alfombra de baño o una toalla gruesa para evitar resbalar.

3. Si la persona no puede mantenerse de pie de una forma segura, es mejor poner una silla de plástico dentro de la bañera o ducha (figura 3.3).

Para entrar en la bañera, se apoyará primero la pierna afectada y, para salir, se apoyará la pierna no afectada.

4. Poner una goma protectora dentro de la bañera o ducha.

5. Cuando la persona padezca trastornos sensitivos, el familiar comprobará la temperatura del agua para evitar quemaduras.

6. Después del baño es importante secar bien la piel e hidratarla con cremas protectoras, especialmente en las zonas de prominencias óseas: hombros, codos, espalda, talones, etc., que son más propensas a enrojecimientos.

7. Si existe afectación de la movilidad en una parte del cuerpo, es más seguro usar maquinilla eléctrica para el afeitado; también son prácticos los cepillos de mango largo.

8. Además, debe realizarse una correcta higiene bucal y dental.

9. Puede ser necesario recibir ayuda en la higiene del cabello y en el cuidado de las uñas.

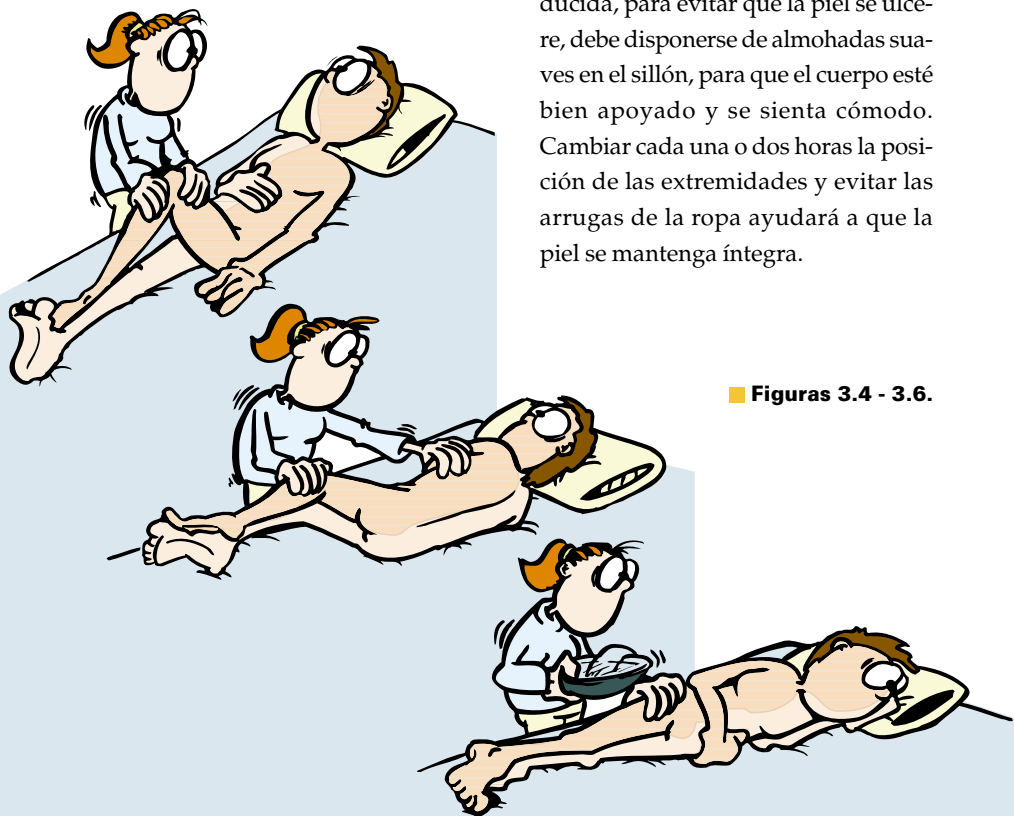
Hay que animar a la persona para que sea lo más independiente posible y para que haga trabajar la parte del cuerpo afectada.

Si la persona puede realizar ella sola su aseo personal, aunque sea con dificultad, ¡es mejor que lo haga! Pero no es aconsejable dejarle solo en el baño hasta su completa recuperación.

Cuando la persona no es capaz de andar con ayuda, es mejor realizar la higiene en la cama.

Necesitaremos:

- Dos palanganas: una con agua jabonosa y otra con agua limpia.
- Una esponja.
- Una toalla grande.



■ Figuras 3.4 - 3.6.

- Crema protectora para la piel.
 - Protector para no mojar el colchón.
- Primero se lavará la cara y el cuerpo con el paciente «boca arriba»; después se movilizará (como se indica en las figuras 3.4, 3.5 y 3.6) para lavarle la espalda. Finalmente, se dispondrá de un sillón cómodo al lado de la cama para sentarle.

La persona afectada de un ictus debe volver poco a poco a la normalidad. Hay que evitar que permanezca en la cama durante el día.

Cuando la movilidad está muy reducida, para evitar que la piel se ulcere, debe disponerse de almohadas suaves en el sillón, para que el cuerpo esté bien apoyado y se sienta cómodo. Cambiar cada una o dos horas la posición de las extremidades y evitar las arrugas de la ropa ayudará a que la piel se mantenga íntegra.

EL VESTIDO

En el vestido también hay que potenciar la autonomía de la persona. Se facilitará que ella sola o con alguna ayuda pueda vestirse.

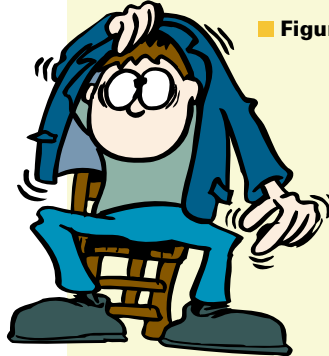
Les recomendamos:

- Debe disponerse de toda la ropa de una forma ordenada y colocada según el orden de uso, para vestirse más fácilmente.
- Es aconsejable empezar a vestirse primero por la extremidad afectada (figura 3.7) y desvestirse al revés: primero retirar la ropa del brazo y la pierna no afectados (figuras 3.8 y 3.9).
- Al principio, es mejor utilizar prendas de vestir prácticas y holgadas, como ropa deportiva: con cintas elásticas en la cintura, velcro... Los zapatos deben ser cómodos y cerrados, para que el pie esté bien sujeto.
- Para vestirse y desvestirse es mejor que la persona esté sentada. Debemos enseñarle que, con las dos manos juntas, ponga la pierna afectada encima de la pierna sana y así le será más fácil ponerse un calcetín o el pantalón (figuras 3.10, 3.11 y 3.12).
- Pueden usarse calzadores de mango largo.

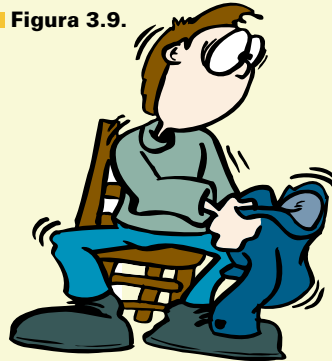
■ Figura 3.7.

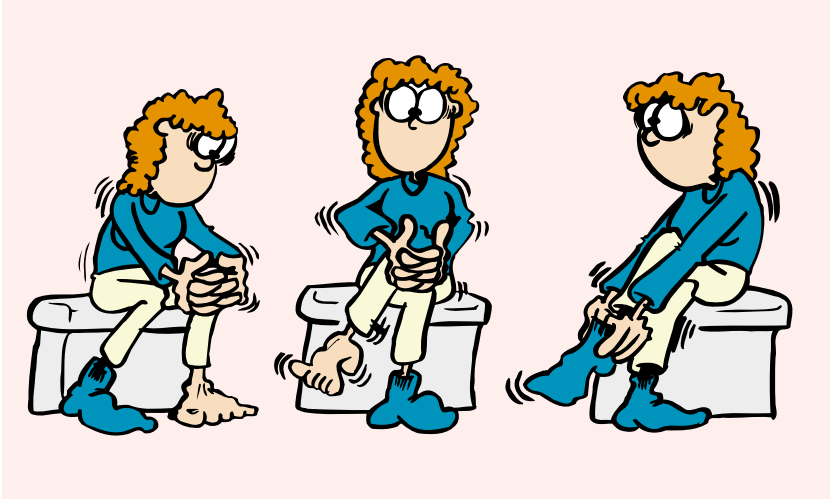


■ Figura 3.8.



■ Figura 3.9.





■ Figuras 3.10 - 3.12.

Al principio, vestirse puede suponer un gran esfuerzo, sobre todo cuando la movilidad está muy reducida. ¡Debemos animar a la persona con sus progresos!

A los pacientes con afectación del hemicuerpo izquierdo, vestirse les ayudará a trabajar y a reconocer la parte afectada.

■ LA ALIMENTACIÓN

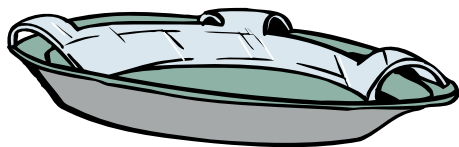
El ictus puede repercutir de forma directa o indirecta en la alimentación de la persona que lo ha sufrido.

- **Indirectamente:** porque con frecuencia existen dificultades para alimentarse, por *incapacidad* en la preparación de los alimentos y por *imposibilidad* de alimentarse por sí mismos.

Son frecuentes las alteraciones en la movilidad, las dificultades en la visión, la falta de atención, las dificultades para realizar movimientos intencionados, aunque físicamente puedan hacerlos, la desorientación y/o confusión, etc. **Todo ello puede influir de forma negativa a la hora de comer.**

- **Directamente:** porque son frecuentes los trastornos de la deglución. Puede haber dificultad total o parcial para deglutir.

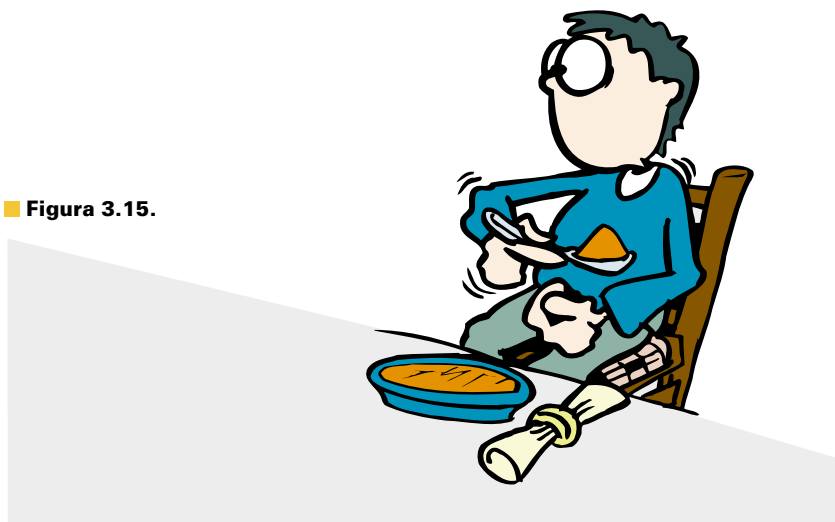
Para facilitar la alimentación en estas personas, pueden resultar de gran ayuda platos con reborde y cubiertos provistos de mangos especiales (figuras 3.13 y 3.14). Se evitarán posiciones incorrectas (figura 3.15); la persona debe inclinarse hacia de-



■ Figura 3.13.



■ Figura 3.14.



■ Figura 3.15.

lante con la extremidad afectada bien apoyada (figura 3.16).

Trastornos de la deglución

No todas las personas que han padecido un ictus presentan los mismos trastornos para alimentarse. Las alteraciones se producen por la propia lesión cerebral.

Debemos distinguir, básicamente, dos tipos de trastornos:

1. Personas que padecen dificultad total para deglutir y tienen que ser alimentadas por sonda (tubo especial que se introduce por la nariz o a través del abdomen hasta el estómago).

2. Personas que, aunque tienen problemas para masticar y tragar, pueden alimentarse normalmente, siguiendo unas recomendaciones.

En general, los síntomas de los trastornos de la deglución postictus son: dificultad para masticar, dificultad para llevar la comida hacia la faringe, retención de comida en el cuello, reflejo de la deglución alterado (lo que favorece el paso del alimento a las vías respiratorias y da lugar a tos), aspiración de la comida por falsas vías y asfixia.

Sin embargo, es posible la rehabilitación de la deglución.

Si el paciente se atraganta, debe consultarse al médico. Nunca hay que forzarlo.

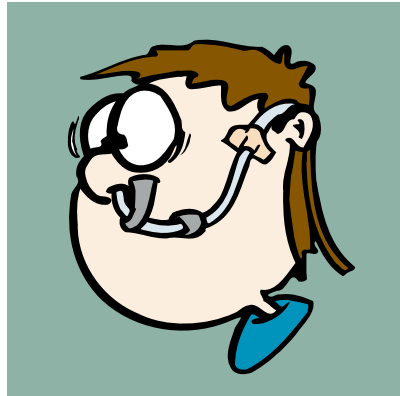
■ **Figura 3.16.**



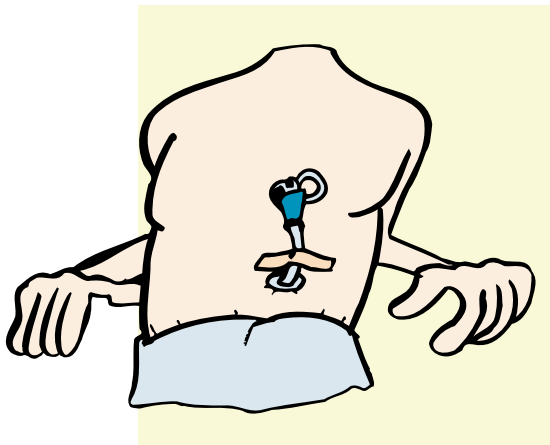
Recomendaciones para las personas que se hallan en el domicilio con una sonda para la alimentación

Los cuidados básicos con respecto a la persona son:

- La posición semisentada es la posición ideal; así se evitarán reflujos de la comida.
- Debe limpiarse la boca varias veces al día, aunque no se coma normalmente. También deben limpiarse con cuidado las fosas nasales, sobre todo en el lado en que está insertada la sonda. Cada día, además, es conveniente apoyar esta sonda en un lugar diferente, para evitar que la piel se llague. La sonda puede fijarse con un trozo fino de esparadrapo (figura 3.17).



■ Figura 3.17.



■ Figura 3.18.

- Si la sonda está insertada en el abdomen debe limpiarse cada día la zona de la piel limitante con agua templada y jabón, así como las conexiones y la sonda; es conveniente poner unas gasas y tapar con un esparadrapo suave (figura 3.18).
- Si aparecen vómitos, tos al recibir la alimentación o diarreas muy

abundantes, ¡debe consultarse al médico de inmediato!

Los cuidados básicos de la nutrición son:

- Guardar el preparado en un lugar fresco; normalmente no es necesario almacenarlo en la nevera.

- En el domicilio, se pasará agua por la sonda varias veces al día y siempre después de administrar medicamentos o cuando se interrumpa la nutrición.
- Los medicamentos deben triturarse por completo, ya que podrían obturar la sonda (el personal de enfermería ya les explicará en el hospital cómo dar la medicación y qué medicación puede administrarse de este modo).

Si se obstruye la sonda, lo mejor para desobstruir son los refrescos de cola o el aceite (con poca cantidad es suficiente).

No debemos olvidar que esta forma de alimentarse significa verse privado de comer; la persona puede estar ansiosa, triste o sentir rechazo por este tipo de alimentación. Debemos hacerle comprender que este sistema es temporal y que, normalmente, se recupera la deglución en pocas semanas.

Recomendaciones para las personas que padecen trastornos parciales de deglución

Hay pacientes que tienen problemas para masticar y deglutir alimentos enteros, pero son capaces de comer alimentos triturados y beber líquidos espesos. **Por ello les recomendamos:**

- Modificar la consistencia de la comida, es decir: primero triturar toda la comida y poco a poco ir cambiando la textura conforme vayan mejorando.
- Espesar los líquidos con productos especiales o con maicena, papillas, etc., puesto que, en esta enfermedad, primero se recupera la deglución de alimentos sólidos y al final la de los líquidos.
- La posición de la persona es fundamental: debe estar sentada, la comida debe darse por la parte de la boca no afectada y, a veces, es conveniente bajar la barbilla para deglutir.
- Dar pequeñas raciones lentamente y con frecuencia evitará que la persona se canse.
- Las comidas frías suelen estimular el reflejo de la deglución.

Alimentos aconsejables: cremas espesas de verduras, puré de frutas, yogur, natillas, flan, huevos revueltos, sopas espesas de sémola, carne triturada, pescados suaves.

Alimentos que deben evitarse: líquidos (agua, leche, zumos); frutas crudas, pan, carnes no trituradas, sopas, pasteles.

La dieta

Tanto la dieta como el tratamiento médico pueden reducir de forma considerable la posibilidad de sufrir nuevos ictus.

La alimentación correcta después del ictus tiene muchos beneficios:

- *Es una medida no farmacológica que previene nuevos ataques.*
- *Es efectiva.*
- *Actúa sobre varios factores de riesgo (hipertensión, niveles altos de colesterol, diabetes...).*
- *No tiene efectos secundarios.*
- *Es económica.*

Con el objetivo de cubrir las necesidades nutritivas de la persona, según su peso, edad, actividades y gustos, es aconsejable seguir una dieta que disminuya el riesgo de aterosclerosis. Básicamente se consigue reduciendo las grasas saturadas en la dieta, aportando con respecto a las proteínas el 50% de origen animal (carne magra y pescados) y el otro 50% de origen vegetal (legumbres y cereales).

La persona hipertensa debe evitar la sal, los productos ahumados, charcutería, pastelería, frutos secos, sopas

de sobre, conservas, el abuso del café..., todo ello con el objetivo de normalizar la presión arterial.

Alimentos aconsejables: carnes magras, conejo, pollo (sin la piel), pescados, yogur y leche descremados, quesos ligeros, vegetales y frutos frescos, aceite de oliva, margarina vegetal, cereales y pan.

Alimentos que deben evitarse: carnes grasas, salchichas, leche entera o condensada, yemas de huevos, repostería, chocolate, mantequilla, mayonesa y comidas muy elaboradas (contienen salsas).

Debe reducirse el alcohol. Sólo está permitido beber un vaso de vino cada día, salvo que su médico le indique lo contrario.

Los pacientes con poca movilidad, que están muchas horas sentados, sufren con frecuencia de estreñimiento. Es aconsejable mantener una dieta rica en frutas y verduras y, si es necesario, tomar laxantes suaves (previa consulta al médico).

Es muy importante que la dieta tenga en cuenta los gustos y preferencias del paciente; de lo contrario, se abandona fácilmente.

PROBLEMAS URINARIOS

El daño de los centros superiores puede afectar el control del cerebro sobre la vejiga urinaria y dar lugar a dos tipos de problemas: la incontinencia urinaria, que es el más común, o la retención urinaria.

En los primeros días puede ser necesario emplear una sonda intravesical, empapadores o colectores externos.

Apenas el paciente sea capaz de colaborar, debe intentarse que sea él mismo quien vacíe su vejiga y deben anotarse los intervalos entre las micciones, para iniciar el programa de reeducación.

Es importante mantener la máxima intimidad posible y, si es capaz de caminar, utilizar pronto el baño.

Es importante, también, una ingesta adecuada de líquidos (al menos 2 litros), pero entre las 8 de la mañana y las 8 de la tarde, evitando ingestas posteriores a esta última hora, para reducir la posibilidad de perder el control durante la noche, especialmente bebidas que aumenten la necesidad de vaciar la vejiga, como las que contienen cafeína o las alcohólicas.

Incontinencia urinaria

Es la incapacidad de controlar el paso de la orina desde la vejiga, de modo

que ésta se vacía sin que el afectado realice ningún esfuerzo consciente. Habitualmente, el afectado suele notar que su vejiga se vacía, pero lo siente al mismo tiempo que está vaciándose. Muchos de estos pacientes presentan: *a)* necesidad de vaciar la vejiga rápidamente (urgencia), *b)* necesidad de vaciar la vejiga cada poco tiempo (frecuencia) y *c)* necesidad de vaciarla por la noche (nicturia). El tratamiento del trastorno debe ir dirigido a estimular el vaciamiento de la vejiga antes de que su musculatura se active sin control.

Cuando un paciente con incontinencia está encamado, las medidas recomendables son:

1. Utilizar un ritmo predeterminado y ofrecer la «botella» o la «cuña» antes de que el paciente orine, habitualmente cada 2-3 horas.
2. Estar siempre alerta a las señales que indican la necesidad de orinar y ofrecer la botella o la cuña. Si el paciente no es capaz de comunicarse, hay signos –como movimientos de la parte baja del abdomen, cara de enfado, nerviosismo o sudación– que pueden indicar esta necesidad. Si el paciente es consciente, se intentará mostrarle alguna señal fácil con la que nos pueda indicar la necesidad de orinar.

3. Animar al paciente a sentarse lo antes posible para orinar. Puede ser útil comprimir la parte baja del abdomen para ayudar a orinar.
4. Antes de ir a la cama, es conveniente intentar realizar una micción, para dejar vacía la vejiga, y dejar a disposición del enfermo un sistema para que pueda avisar. En ocasiones, es útil poner un despertador para realizar una micción hacia la mitad de la noche.

Cuando el paciente es capaz de ir al baño, es importante usar un baño elevado, que le resulte cómodo, utilizar técnicas de estimulación (como comprimir la parte baja del abdomen, poner agua caliente sobre la región genital, acariciar la parte interna del muslo o abrir un grifo) y, por la noche, dejar al lado de la cama un andador o bastón, si los necesita para caminar.

En algunos casos, es necesaria la utilización de dispositivos, como el preservativo fijado con tiras adhesivas al pene, en el varón, y conectado a una bolsa de recogida. En las mujeres, pueden ser útiles las compresas. En ocasiones, en ambos sexos, es necesario el uso de pañales. El programa de reeducación de la vejiga debe individualizarse en función del estilo de vida del paciente; en algunos casos, puede ser útil el tratamiento con

fármacos. A pesar de todo, a veces existen accidentes, que deben considerarse intrascendentes.

La incontinencia puede dar lugar a un problema grave, como es la erosión de la piel de la zona del pañal. Para prevenirlo, es imprescindible mantener una higiene correcta de la piel, con el fin de conservarla limpia y seca.

Retención urinaria

Cuando se produce una parálisis de la vejiga, ésta va llenándose hasta que se dilata lo suficiente como para vaciar pequeñas cantidades (orina por rebosamiento). Es menos frecuente que la incontinencia. El afectado no se da cuenta de cuando está llena y va orinando pequeñas cantidades. El sobrellenado puede dañar los riñones, al volver hacia ellos la orina (reflujo). El tratamiento va dirigido a mantener vacía la vejiga, para impedir el reflujo y el rebosamiento.

Medidas aconsejables:

1. Ofrecer la cuña o la botella.
2. Si es incapaz de orinar, ensayar técnicas de estimulación.

3. Cuando orina, medir la cantidad y después sondar para medir la orina residual. Puede ser necesario que un familiar o el propio paciente aprendan la técnica del sondaje, que les enseñará la enfermera.

4. Debe explicarse al paciente que la sonda es una medida provisional, mientras comienza a funcionar correctamente la vejiga.

Afortunadamente, la mayoría de los trastornos urinarios del paciente con ictus se resuelven o mejoran progresivamente, por lo que su tratamiento es cada vez más simple.

El mal funcionamiento de la vejiga puede dar lugar a complicaciones, como infecciones urinarias o cálculos, para lo cual es recomendable una adecuada ingesta de líquidos, evitar la ingesta de alimentos muy ricos en calcio, vaciar adecuadamente la vejiga y mantener una buena higiene local.

PROBLEMAS INTESTINALES

Los problemas intestinales suelen ser consecuencia de otros problemas asociados con el ictus y no de la afectación directa del sistema nervioso central.

Los problemas intestinales tras el ictus suelen ser resultado de factores

como: la inmovilidad, la disminución de la ingesta de líquidos y una dieta inadecuada. El problema más frecuente es el estreñimiento, aunque pueden presentarse diarreas en algún caso.

Es conveniente establecer un horario, siendo preferible la mañana, tras el desayuno, o la noche, tras la cena. El programa de reeducación debe iniciarse con el intestino limpio, lo que muchas veces supone el uso de enemas durante la fase inicial del ictus. Durante todas estas maniobras, es preciso mantener la intimidad y realizarlas con una higiene adecuada.

Estreñimiento

Para su tratamiento se recomienda:

1. Informar a la familia de signos que indican la necesidad de defecar, como: distensión (o hinchazón) abdominal, ruidos abdominales, flato, náuseas y espasmos abdominales.
2. Seguir una dieta adecuada, con alto contenido en fibra. *Alimentos recomendables:* vegetales (lechuga, zanahoria, borraja, judías verdes...), frutas, si es posible con piel, frutas desecadas (ciruelas, melocotones), carnes rojas, aves, cereales, pan integral. *Deben evitarse* las comidas ricas en grasas, lácteos, chocolate y té.

3. No automedicarse, para evitar la dependencia de laxantes y enemas.
4. Mantener una ingesta de líquidos adecuada (mínimo 2 litros al día).
5. Mantener la máxima actividad física posible.
6. Es importante la relajación.
7. Puede ser de ayuda tomar un zumo de ciruela antes de la hora de la defecación.

En algunos casos, el médico puede prescribir algún fármaco: ablandadores de heces, incrementadores de volumen, estimulantes de la motilidad intestinal, magnesio o irritantes químicos. Estos tratamientos deben ser individualizados y dirigidos por el médico. Lo mismo puede decirse de los métodos de intervención mecánica, como los enemas o la eliminación manual de las heces, que pueden ser de ayuda en algún caso concreto.

Diarrea

Las causas más frecuentes son: dieta inadecuada (p. ej., comidas especiadas), alimentación por sonda (especialmente si el ritmo de administración es rápido o no se administra suficiente agua), sobrecarga de laxantes, administración de antibióticos o impactación de heces. Si la diarrea es intensa o persistente debe consultarse con el médico, que establece-

rá el tratamiento más oportuno y adecuado según la causa.

LA SEXUALIDAD TRAS EL ICTUS

Con frecuencia, las personas que han padecido un ictus se preguntan si podrán volver a practicar el sexo, si la medicación dificultará su función sexual o si el sexo supone un riesgo de que se produzca un nuevo ictus.

A menudo, las sensaciones de su cuerpo habrán cambiado: puede no sentir bien o no ser consciente de una parte de su cuerpo, la comunicación puede ser difícil y sus movimientos, torpes. En primer lugar, aceptar estos cambios lleva tiempo y esfuerzo: tenga paciencia y terminará por aceptar que **su cuerpo ha cambiado, pero sigue siendo el suyo**. Con frecuencia, el aumento de la capacidad de autocuidado y el control de la higiene personal incrementan la autoestima, lo que hará que se sienta más atractivo, para usted y para otros.

Es muy importante que hable con su pareja. Los temores que no se expresan pueden llevar a evitar los encuentros íntimos y ello sólo desencadena ansiedad.

El temor a sufrir un nuevo ictus durante el acto sexual es generalmente infundado. Es normal que aumen-

ten las pulsaciones del corazón y que la respiración sea más rápida, pero el esfuerzo que se realiza es semejante a subir dos tramos de escalera. Si ello le preocupa, consulte a su médico en su caso concreto. Puede existir temor a ser rechazado por la pareja, debido a su apariencia tras el ictus. A menudo, la pareja piensa que el sexo puede hacerle daño. Es importante que estos temores se hablen con franqueza, ya que es la única forma de superarlos.

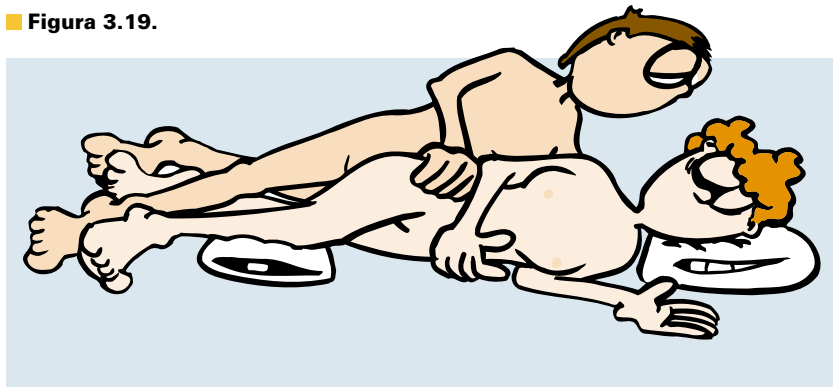
Muchas veces, tras un ictus se produce un desinterés por el sexo, que puede ser debido a una depresión. Otros síntomas pueden ser: dificultad para dormir, pérdida de apetito, sentirse cansado y sin energía, pesimismo, pérdida de interés por las cosas. La persona deprimida no se preocupa por su aspecto y le resulta difícil dar o

recibir afecto. La depresión es frecuente tras el ictus, pero es tratable. Hable de sus problemas. Su médico puede ayudarle con medicación antidepresiva, que es muy eficaz en muchos casos.

Algunas medicaciones, como pastillas para dormir, para bajar la tensión arterial, antidepresivos, etc., pueden interferir con la función sexual o causar impotencia. Si usted sospecha que alguna de las medicaciones dificulta su vida sexual, consulte con su médico. En ningún caso deje de tomarlas por su cuenta, ya que puede ser arriesgado.

Cuando tenga una relación sexual comience despacio, sin sentirse presionado, estando descansado (en algunos casos, es mejor por la mañana) y cuando disponga del tiempo sufi-

■ **Figura 3.19.**



ciente. Se recomienda haber vaciado previamente la vejiga.

Si su sentido del tacto se ha visto parcial o totalmente alterado, es mejor que su pareja se aproxime por el lado sano, de forma que pueda sentir el estímulo y responder adecuadamente. En ocasiones, algunas zonas pueden estar tan sensibles que el simple tacto le produzca dolor o sensaciones desagradables. Indique a su pareja qué le resulta agradable y qué molesto.

La parálisis puede dificultar, pero no impedir, la relación sexual. Pruebe diferentes posturas, pudiendo ayudarse de almohadones, algunas de las cuales se sugieren en las figuras 3.19 y 3.20.

Finalmente, recuerde que hay muchas formas de mantener contactos sexuales además del coito. Éstas pueden ser una alternativa adoptada de mutuo acuerdo, de forma que el ictus no suponga renunciar a su vida sexual.

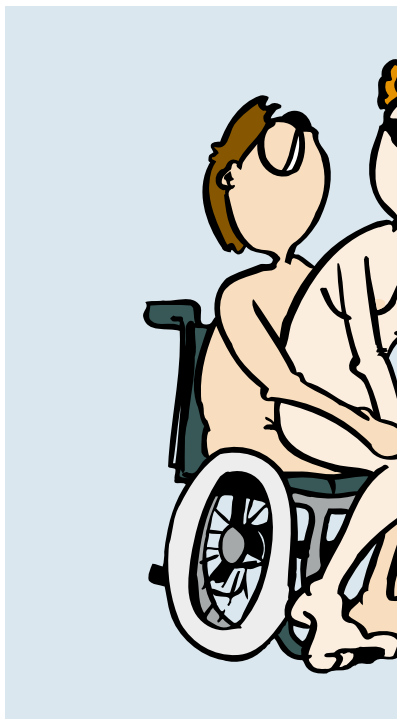


Figura 3.20.

Si usted era sexualmente activo antes del ictus, generalmente lo volverá a ser.



4

ADAPTARSE A LA DISCAPACIDAD

Los desplazamientos
Consejos para su seguridad en las actividades diarias
Posibles adaptaciones en el domicilio
Viviendo solo

LOS DESPLAZAMIENTOS

Una de las secuelas más frecuentes e incapacitantes, en el paciente que ha sufrido un ictus, es la derivada del déficit motor. En los ictus, la pérdida de fuerza suele afectar al miembro superior e inferior del mismo lado (hemiplejía/hemiparesia). Más raramente, la pérdida de fuerza puede afectar a ambos miembros inferiores (paraplejía/paraparesia). El grado de dificultad en los traslados, para el paciente que ha sufrido un ictus, dependerá no sólo de que se vean afectados uno o ambos miembros inferiores, sino también de la implicación o no de los miembros superiores. Sin embargo, a medida que se avanza en la fisioterapia, la necesidad de ayuda suele ser cada vez menor.

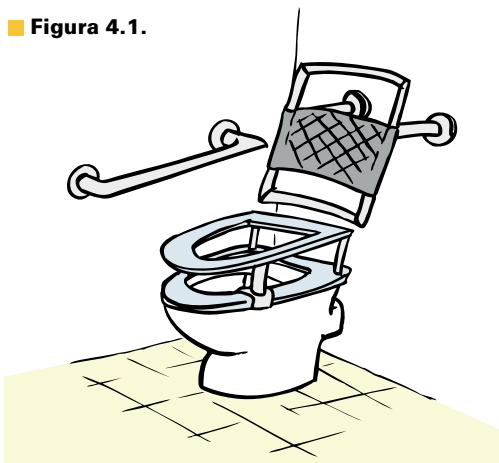
El paciente necesitará desplazarse no sólo de un lugar a otro dentro de su casa, sino también en la calle. La existencia de una limitación en la capacidad para los desplazamientos, además de condicionar la realización de las actividades cotidianas, puede ser un importante factor en el aislamiento social del paciente.

En esencia, los traslados más importantes son los que van a efectuarse de la cama a la silla de ruedas y viceversa, y de ésta a una silla o sillón, al inodoro, a la bañera, al automóvil, etc.

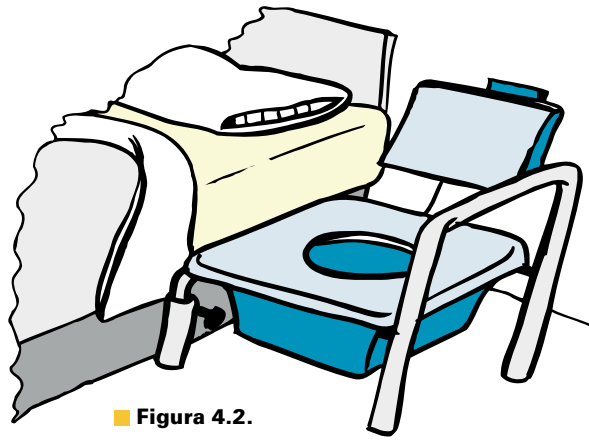
El cuarto de baño

El cuarto de baño es un espacio de la casa de difícil utilización para el paciente que ha sufrido un ictus, debido a sus reducidas dimensiones y a los numerosos elementos que contiene (bañera, inodoro, bidé, lavabo). Por ello, a menudo suele ser necesario realizar algunas adaptaciones, sobre todo en el bidé, el inodoro y la bañera. La colocación de barras en lugares estratégicos del cuarto de baño ayudará al paciente a incorporarse de la silla de ruedas y, después, a sujetarse para sentarse en el inodoro o en el bidé. Para el traslado desde la silla de ruedas, se procurará que la superficie del inodoro o el bidé estén a la misma altura que la silla, para lo cual suele ser necesario acoplar a estos elementos un asiento especial (figura 4.1).

■ **Figura 4.1.**



Cuando no es posible realizar estas modificaciones o la silla de ruedas no puede entrar en el cuarto de baño, se utilizará una silla de ruedas o silla fija que lleve acoplada una taza, la cual actúa de inodoro (figura 4.2).



■ **Figura 4.2.**

Para realizar el baño personal, el paciente debe desplazarse de la silla de ruedas al interior de la bañera. Si el paciente no puede mantenerse de pie, puede instalarse un asiento, que se sujeta con barras a los lados de la bañera (figura 4.3). Una vez sentado, podrá enjabonarse con un guante de esponja y lavarse con el agua de la ducha de mano. Para el traslado desde la silla de ruedas al asiento de la

bañera o del inodoro, se seguirá el esquema básico de traslado entre dos sillas. Si se mantiene de pie, puede ser suficiente la colocación de una barra vertical en la pared que le permita la sujeción.

Aspectos generales

Con gran frecuencia, el paciente que presenta una hemiparesia precisará,

■ **Figura 4.3.**



inicialmente, la ayuda de otra persona para caminar, pero cada vez será menos necesaria. El fisioterapeuta irá indicándole y programará el ritmo en los ejercicios y el grado de autonomía que debe intentar alcanzar en cada momento. Según el momento evolutivo y el déficit motor, el médico rehabilitador indicará el empleo de muleta, bastón, taca-taca o silla de ruedas. Como norma general, debe estimularse al paciente para que emplee sus propias fuerzas y habilidades al máximo. En caso necesario, la ayuda que se le prestará será la mínima necesaria.

Para sentarse, suele ser mejor utilizar sillas altas, que tengan reposabrazos y respaldo firme. Es más fácil levantarse de una silla que permita apoyar el talón para incorporarse y hacer fuerza con las manos en los reposabrazos. Debe evitarse la utilización de sillas que lleven ruedecillas en las patas, por su peligrosidad.

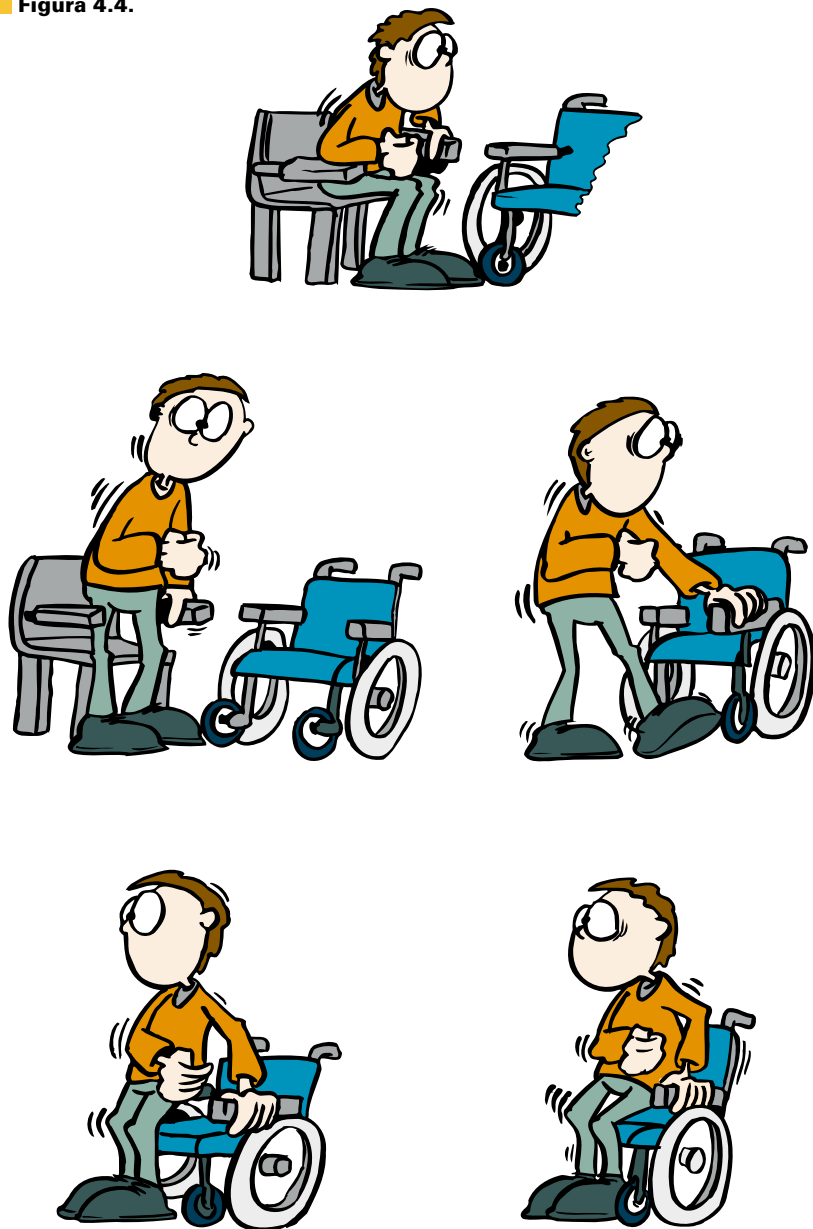
Las sillas de ruedas deben ser siempre adecuadas a los requerimientos individuales del paciente. Deben posibilitar el freno de las ruedas con una palanca de fácil acceso y manejo por el miembro no parético. Es conveniente que los reposabrazos y apoyapiés puedan levantarse o retirarse fácilmente.

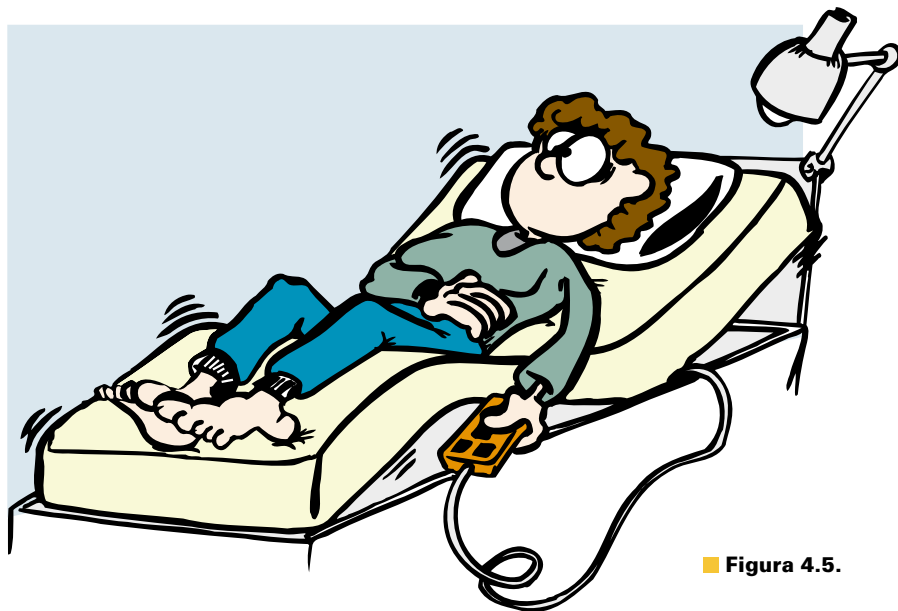
El paciente debe vestirse antes de realizar el traslado de la cama a la silla de ruedas, salvo que vaya a du-

charse. En los pantalones o vestidos, es preferible el empleo de cinturón, por si fuera necesario sujetar al paciente, ya sea para evitar una caída o para ayudarlo en un desplazamiento. La ropa debe ser cómoda y, a ser posible, ajustada, para evitar tropiezos o enganches fáciles. Los zapatos deben estar provistos de suelas de material antideslizante.

Quizás, el traslado más importante para el paciente que utiliza silla de ruedas es el paso de la cama a la silla y, después, de ésta a un sillón o silla. Para realizar estos pasos, las superficies deben estar a la misma altura y muy próximas entre sí: cama-silla de ruedas, silla de ruedas-sillón. El paciente puede o no precisar ayuda. Si el paciente necesita ayuda para levantarse de la silla o la cama, el cuidador se colocará delante, lo cogerá por debajo de los brazos y lo levantará; mientras el paciente hace fuerza con los pies y con uno o ambos brazos, lo sujetará por el cuello. Para hacer un traslado de pie sin ayuda de otra persona, el paciente se colocará en el extremo de la silla o cama, con los pies apoyados en el suelo y el lado sano siempre por delante. Se pondrá de pie y se inclinará hacia delante, apoyándose sobre los brazos de la silla. El cuerpo se girará, quedará de espaldas a la silla o cama y se dejará caer con suavidad (figura 4.4).

■ **Figura 4.4.**





■ Figura 4.5.

La cama debe estar a una altura correcta, para facilitar el traslado a la silla de ruedas, y debe tener un colchón duro. En algunos casos, puede ser muy útil la colocación de una barra en la cabecera de la cama, para facilitar el poder sentarse. Actualmente, existen camas especiales, que se manejan con un pequeño dispositivo eléctrico y permiten elevar la cabecera o los pies según las necesidades (figura 4.5).

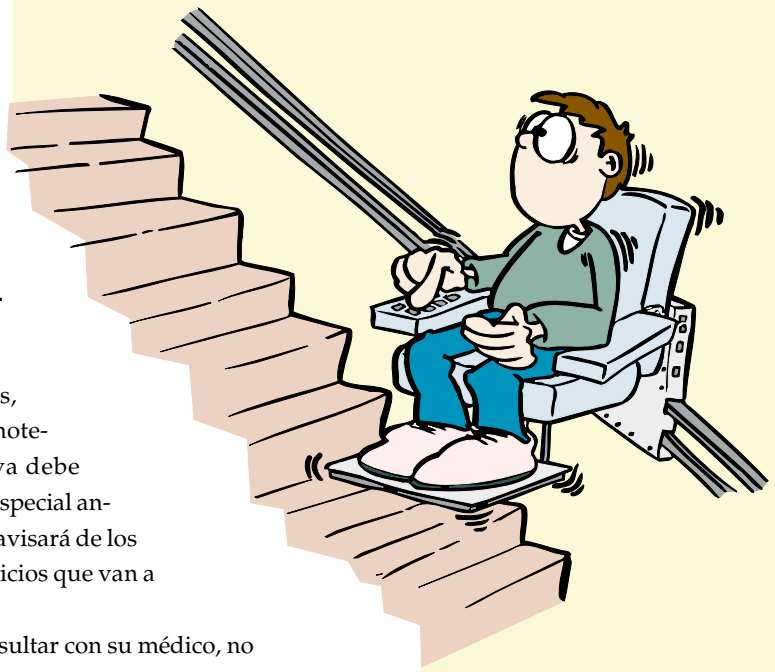
En el domicilio, puede ser preciso realizar pequeñas modificaciones y ajustar los cambios de nivel con rampas. Si hubiese escaleras en el interior de la casa, puede ser útil el acoplamiento de una silla al pasamanos, cuyos controles están en el reposa-

brazos y funcionan eléctricamente (figura 4.6).

En muchas ciudades existen ya microbuses y taxis especiales para personas con minusvalías físicas, que permiten levantar y llevar al paciente con su silla de ruedas. Cuando se solicita el servicio de transporte por teléfono, debe advertirse de la discapacidad del paciente para que se procure un vehículo adecuado.

En caso de viajes, las maletas deben facturarse y debe programarse el viaje con antelación, teniendo en cuenta los posibles obstáculos que puedan encontrarse y los traslados que haya que realizar (entrada y salida de un

■ **Figura 4.6.**



tren, autobús, etc.). En los hoteles, la reserva debe hacerse con especial antelación y se avisará de los posibles servicios que van a necesitarse.

Si, tras consultar con su médico, no existen inconvenientes para que pueda conducir un vehículo de motor, éste debe estar automatizado o preparado adecuadamente para facilitar su manejo. En ocasiones, el paciente debe pasar un curso especial de aprendizaje.

CONSEJOS PARA SU SEGURIDAD EN LAS ACTIVIDADES DIARIAS

Las secuelas del ictus, sobre todo los déficit motores o sensitivos y la hemianopsia, van a condicionar una serie de limitaciones para la realización de las actividades diarias, que pueden ser –a su vez– el origen de accidentes. El paciente, en unos casos, puede sobrestimar sus propias posibilidades y, en otros, descuidarse, ya

que se trata de actividades cotidianas. Por ello, deben tomarse unos especiales cuidados y tener en cuenta una serie de sugerencias.

Precauciones en relación a la seguridad general

- Se evitará, al menos en las primeras fases de la recuperación, la rutina en la realización de las actividades cotidianas. Se procurará concentrar el interés en cada actividad y no hacer varias cosas al mismo tiempo.
- Es aconsejable utilizar calzado con suelas antideslizantes o rugosas.
- Se evitará encerar los suelos y aplicar productos de limpieza que ha-

- gan la superficie deslizante. En caso de utilizar andador, muletas o bastones, deben llevar acoplado en la superficie de roce o apoyo un dispositivo antideslizante.
- Es preferible no colocar alfombras en el suelo, para evitar tropiezos. Si quieren tenerse, deben situarse fuera de los lugares de paso y adherirse sus bordes al suelo.
 - Si el paciente ha conseguido reincorporarse a su trabajo o iniciar otra actividad laboral, deben seguirse de forma estricta las instrucciones de seguridad de la empresa.
 - No debe sobrecargarse la red eléctrica de la casa por el riesgo de cortocircuitos. Se procurará instalar alarmas contra incendios y medidas para su control (extintores).
 - Procurar no dejar cables sueltos u objetos pequeños en el suelo, para evitar tropiezos.
 - Si el paciente vive solo, es conveniente que alguien le llame telefónicamente o mejor que le visite todos los días. En muchas ciudades, existen grupos de voluntarios o personal dependiente de instituciones públicas (enfermeras, asistentes sociales, etc.) que realizan esta labor.
 - Si es posible, se instalarán extensiones telefónicas en varias habitaciones y se dejarán los números de urgencia a la vista.

- Se instalará un sistema de alarma que permita avisar a un vecino o, directamente, a un servicio de asistencia, si surgiese algún problema. En muchas ciudades, puede disponerse ya de un dispositivo especial, que se lleva en el cuello o en la muñeca; así, al presionarlo pone en marcha una alarma en un servicio de urgencias.

En la cocina

- La temperatura del agua debe comprobarse con la mano no afecta o con un termómetro, si hubiese trastorno sensitivo, a fin de evitar quemaduras.
- Para cocinar, se utilizará ropa que no tenga mangas anchas que puedan engancharse; el delantal y los guantes de cocina serán de material no inflamable.
- Dada la utilización de una fuente de calor en la cocina y el riesgo de llamarada o incendio, es necesario disponer de un extintor apropiado en un lugar de fácil acceso.
- A ser posible, la fuente de calor en la cocina no debe emitir llama. Es preferible la cocina eléctrica a la de gas.
- Cuando se derrame algún líquido en el suelo o caiga algún alimento, se procurará limpiarlo rápidamente para evitar caídas. Asimismo, las manos se mantendrán siempre se-

- cas, para evitar que los objetos resbalen y se caigan.
- Los alimentos, cubiertos y menaje de la cocina se colocarán en lugares de fácil acceso y se manejarán de uno en uno. Cuando se precise coger objetos de lugares altos o limpiar zonas de la cocina de difícil o complicado acceso, debe solicitarse siempre ayuda.
 - Al cocinar, las sartenes deben taparse con cubresartenes adecuados, para evitar que se produzcan quemaduras por salpicadura de líquidos a altas temperaturas o que surja fuego fuera de la fuente de calor. Se emplearán cubiertos con un mango largo y que no transmitan el calor (madera, etc.).
 - En la bañera, deben colocarse barras de sujeción vertical u horizontal, o un asiento especial, si el paciente no puede mantenerse de pie. En caso de instalarse un asiento en la bañera, éste puede estar enganchado a los lados de ésta sin tocar el suelo (asiento colgante) o puede fijarse una silla especial con ventosas al suelo de la bañera.
 - El suelo de la bañera debe tener siempre una alfombrilla antideslizante.
 - La temperatura del agua en la ducha o bañera debe fijarse antes de entrar en ella. En caso de que exista un trastorno sensitivo, la temperatura se comprobará con el dorso de la mano del lado sano o por medio de un termómetro.

En el cuarto de baño

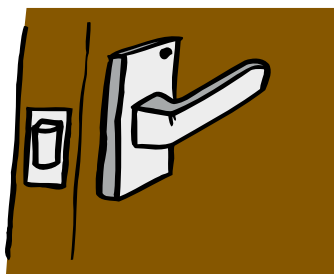
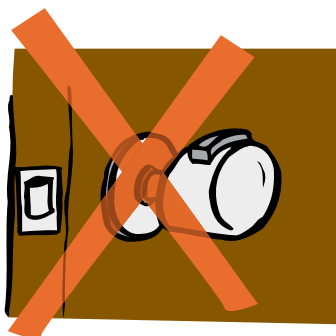
- La puerta no debe cerrarse con pestillo.
- La silla de ruedas debe dejarse (plegada o no) de forma que permita trasladarse de nuevo a ella y que no trabaje o impida la apertura de la puerta.
- Alguno de los miembros de la familia debe ser advertido siempre de que el paciente está utilizando el cuarto de baño.
- Los utensilios de higiene o aseo personal deberán estar situados a una altura adecuada y de fácil acceso desde el lugar de asiento.

POSIBLES ADAPTACIONES EN EL DOMICILIO

Cuando sea dado de alta, puede que su casa no sea tan confortable como lo era antes. Sin embargo, es posible que unos pequeños arreglos hagan que se sienta de nuevo cómodo en ella.

¡Todo son obstáculos! ¿Puedo ir a todas las habitaciones que necesito? ¿Están a mi alcance los artículos de primera necesidad? Para conseguirlo, pueden ser suficientes unas normas

básicas: las puertas tienen que ser lo suficientemente anchas y fáciles de abrir (figura 4.7). Si la casa tiene dos pisos, en uno de ellos, en el que vaya a moverse, debe disponer de todo lo necesario, a menos que pueda subir y bajar de una manera sencilla. Elimine escalones innecesarios o sustitúyalos por rampas. Existe incluso la posibilidad de adaptar elevadores eléctricos entre pisos. Coloque barandillas laterales en todos los tramos con desnivel, en la entrada del edificio, etc., e incluso en pasillos o habitaciones, si es necesario.



■ **Figura 4.7.**

Los muebles no deben estorbar; en ocasiones, basta con redistribuirlos, aunque otras veces habrá que desprenderse de alguno. Todo lo que pueda causar una caída o golpe hay que eliminarlo (alfombras, cables). Con ingenio se encuentran soluciones menos agresivas, como, por ejemplo, asegurar el borde de las alfombras.

Si utiliza un bastón para caminar, un taco de goma antideslizante en su extremo evitará caídas.

Puede ser útil escribir una lista con aquello que precise (gafas, mando de TV, periódico...) y colocarlo a mano.

¡Muy importante! ¿Dónde está el teléfono? Recuerde que tiene que alcanzarlo muy fácilmente. Si no los tiene, debería instalar supletorios en otras habitaciones. Puede resultar de mucha utilidad un teléfono de manos libres, con memoria, donde estén los números de mayor importancia (familiares, servicio médico de urgencias, etc.).

¿Y en su habitación? Si va a pasar en ella mucho tiempo, asegúrese de tener cerca lo que precise. Busque un sistema para pedir ayuda si la necesita; pruebe con una campana, instale un timbre o bien una alarma de control remoto.

Una cama alta, si utiliza silla de ruedas, le ayudará mucho en los tras-

lados. No olvide reservar un hueco para la silla cerca de la cama.

¡Qué complicado es el baño! Además, es pequeño y peligroso. Como principio fundamental, no es conveniente que esté lejos de donde vaya a pasar más tiempo. En muchas ocasiones, tendrá que adaptar los sanitarios (¿no sobrará alguno?). Si utiliza silla de ruedas, aumentar la altura del retrete hará más sencillos los traslados; igualmente, el armario bajo el lavamanos tendrá que retirarlo. Para el aseo corporal, una ducha es lo más seguro. Si tiene una bañera, coloque un taburete o silla dentro para lavarse sentado; fíjelos bien al suelo con ventosas en las patas. En el suelo de la ducha y de la bañera, no olvide poner bandas antideslizantes.

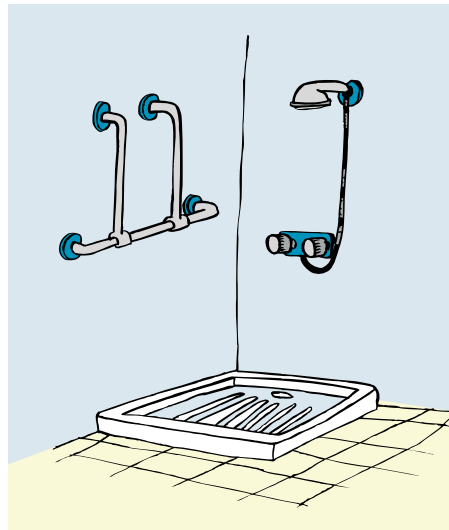
Unas barandillas en la pared de la ducha y del baño le ayudarán a moverse. Tenga en cuenta cuál es su lado débil para colocarlas.

Téngalo todo a mano: cepillo de dientes, peine... El jabón líquido de tocador es menos escurridizo que la pastilla tradicional. Utilice cepillos suaves o manoplas.

Si además tiene grifos mono-mando y mantiene el suelo seco para evitar resbalones, verá como el aseo es más sencillo.

¿Y cocinar? En la medida de lo posible, es conveniente que mantenga su rol familiar tomando más precauciones que previamente. Como el baño, la cocina es un lugar peligroso. Cuando cocine, utilice mandiles y manoplas resistentes, sobre todo en la extremidad parética, para evitar accidentes. Las cazuelas y sartenes deben tener mangos largos y aislantes térmicos. Puede ser necesario modificar la posición de los mandos del horno y de la cocina, para hacerlos accesibles y seguros.

Infórmese acerca de la existencia de artículos especiales para discapacitados, con mangos gruesos y esponjosos, que permitan un fácil manejo, tanto para la cocina como



■ **Figura 4.8A.**

para el baño. Un material antideslizante bajo los platos y vasos es muy eficaz. La utilización de tapones en los vasos con un único agujero o beber por una paja también le ayudarán. Existen tiendas especializadas donde se venden estos objetos, al igual que adaptadores para el retrete y otros muchos dispositivos útiles (figuras 4.8A y B).

Tenga todos los utensilios en estanterías bajas y próximas. Así evitará desplazamientos y abrir y cerrar puertas y cajones frecuentemente.

VIVIENDO SOLO

Si tiene que vivir solo, habrá que aumentar los mecanismos de seguridad: se colocará algún extintor y detecto-

res de humos. Busque algún método que le permita pedir ayuda de forma rápida y eficaz; existen servicios de alarma telefónica, como el de la Cruz Roja, que cumplen esta misión a la perfección.

Recuerde que vivir solo no significa vivir aislado; asegúrese de que puede comunicarse con los amigos o vecinos a diario. No sólo el aspecto físico es importante: la relación con el medio favorece su integración y disminuye la aparición de patologías de tipo depresivo. Si tiene imposibilidad o dificultades para moverse o desplazarse o en su cuidado personal, no dude en recurrir a cuantos medios mecánicos precise. Cuanta mayor autonomía obtenga, mejor será su calidad de vida.

■ **Figura 4.8B.**





5

PROBLEMAS MÉDICOS FRECUENTES

Prevenção de las complicaciones de la inmovilidad

La medicación

Síntomas que deben motivar consulta médica

Consejos para la prevención de nuevos ictus

PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES DE LA INMOVILIDAD

Con frecuencia, tras producirse un accidente vascular cerebral o ictus, queda una pérdida de fuerza en una parte del cuerpo, la cual produce un mayor o menor grado de inmovilidad. Las complicaciones más frecuentes relacionadas con esta inmovilidad son:

- Posturas anormales en las extremidades.
- Dolor en el hombro paralizado.
- Heridas o úlceras (escaras) por apoyo prolongado (**escaras de decúbito**).
- Problemas venosos.

Estas complicaciones deben evitarse **desde el primer momento** tras el ictus. Para ello, es necesario seguir las siguientes recomendaciones.

Posturas anormales en las extremidades

Cualquier articulación del lado paralizado corre el riesgo de quedarse rígida (**rigidez articular**) y adoptar **posturas forzadas**, debido a la inmovilidad y al **aumento del tono muscular**, que suele aparecer con el paso de los días (**espasticidad**). Para prevenir esta rigidez, se moverán to-

das las articulaciones al menos **dos veces cada día**, ya sea con la ayuda de un familiar o por usted mismo (automovilizaciones). En algunos casos, también será necesario el uso de ciertos aparatos, para evitar las deformidades, como **cabestrillos** en el brazo y mano o **férulas** en la pierna y pie.

Asimismo, es importante tener precaución para que los pies no aguanten todo el peso de las sábanas y mantas. Para ello puede utilizarse cualquier soporte que las mantenga levantadas a cierto nivel.

Dolor en el hombro paralizado

El hombro doloroso es una complicación que aparece frecuentemente en personas que han sufrido un ictus o accidente vascular cerebral. Si bien existen muchas causas, suele deberse a contracturas musculares locales. Para prevenirlas, es necesario realizar movilizaciones periódicas de la articulación del hombro; en muchos casos, será de utilidad el uso de un cabestrillo para sujetar el hombro durante la deambulaci3n.

Si el dolor es importante y rebelde al tratamiento analgésico habitual, deberá consultar con su médico para un correcto diagnóstico y tratamiento.

Escaras de decúbito o úlceras por apoyo prolongado

Las escaras son lesiones en la piel de determinadas zonas del cuerpo, sometidas a una presión continua; en enfermos inmovilizados, se sitúan en las regiones que están en contacto constante con la cama, sillón, etc. Para su prevención, sus familiares deberán moverles con frecuencia. Así pues, se realizarán **cambios posturales**.

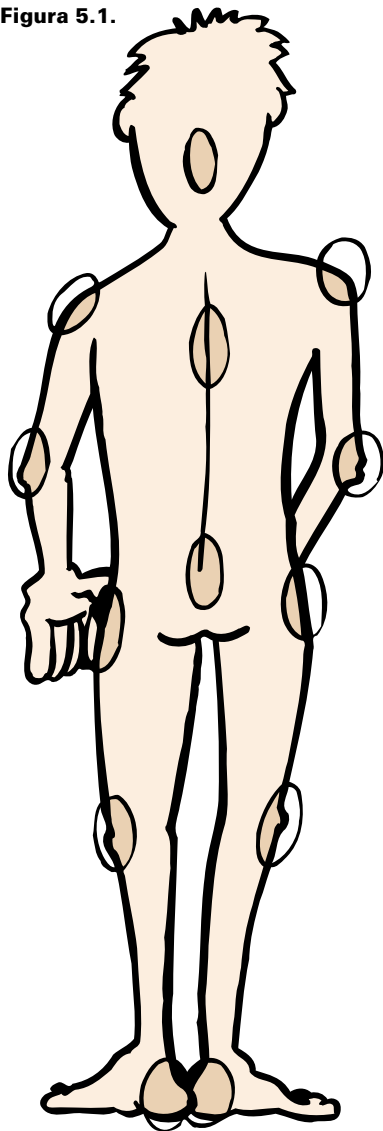
Los cambios posturales deben efectuarse de forma periódica y de manera completa, tanto en la cama, donde se evitarán –en la medida de lo posible– los dobleces de las sábanas, como en el sillón.

Se prestará especial atención a aquellas zonas de la piel más expuestas a la aparición de escaras (figura 5.1). En caso de aparecer enrojecimientos, se evitará el contacto o roce con la zona de la piel afectada.

Con la ayuda de sus familiares, deberán realizarse masajes de forma circular en la espalda y zona de apoyo (sacro, caderas, codos, etc.) con crema hidratante. Estos masajes se harán extensivos al resto del cuerpo.

En los pacientes completamente incapacitados, debe prestarse especial consideración a la **posición en la cama**. Ya desde el primer día de hospitalización, el paciente deberá ser coloca-

■ Figura 5.1.



do en la cama de forma alternativa, boca arriba y de uno y otro lado, con el fin de evitar la aparición de escaras.

Estos cambios posturales se realizarán cada 3-4 horas.

Tal como se muestra en la figura 5.2, al estar boca arriba, la mano debe estar mirando hacia arriba; la almohada inferior evita la rotación hacia fuera de la pierna afectada.

Para ponerlo de un costado u otro, se realizará del modo que se indica en la figura 5.3, con el fin de emplear el menor esfuerzo posible. De esta mane-

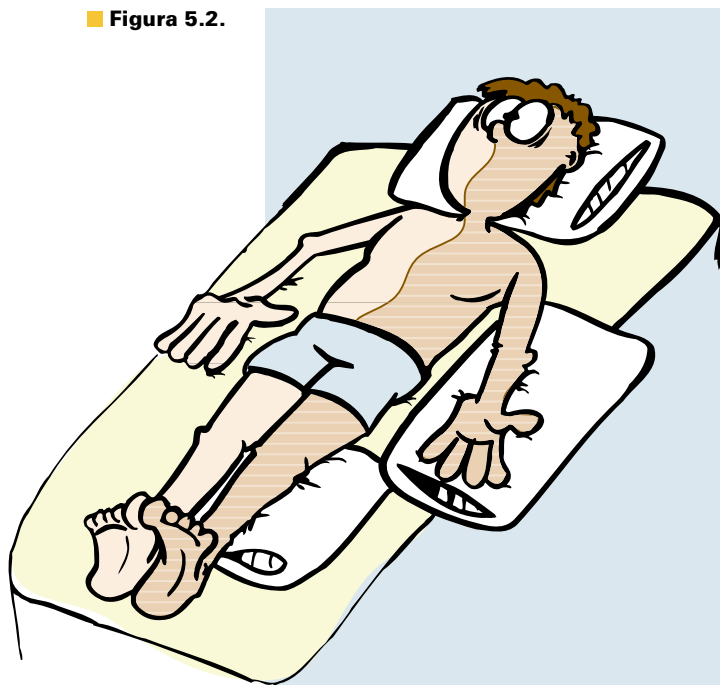
ra, primero hay que entrecruzar y girar la pierna paralizada, para luego rotar todo el cuerpo hacia el lado sano.

En algunos casos, pueden ser útiles colchones antiescaras para evitar este tipo de lesiones (de venta en ortopedias).

Problemas venosos

Como resultado de la parálisis y la inmovilidad, existe un enlentecimiento de la circulación sanguínea en las venas de las piernas. Esta situación puede favorecer la producción de un

■ **Figura 5.2.**



■ **Figura 5.3.**



trombo en dichas venas, especialmente en la **zona de las pantorrillas**. En determinados casos, y si no se toman las medidas adecuadas, estos trombos pueden desprenderse y producir una **embolia pulmonar**, lo cual es una complicación grave.

Para reducir al máximo el riesgo de trombosis en las piernas, es necesario llevar a cabo movilizaciones, ejercicios, masaje local y sedestación, así como el levantamiento precoz del paciente.

En muchos casos, es necesario también el uso de heparina subcutánea (o aspirina), para minimizar el riesgo de complicaciones venosas.

Si, a pesar de todo, usted notara **dolor, calor o enrojecimiento** en alguna zona de las piernas, deberá co-

municarlo **lo antes posible** a su médico para ser valorado.

■ **LA MEDICACIÓN**

Tras haber sufrido un ictus, los objetivos principales de su tratamiento son:

- Detener el daño en el tejido cerebral.
- Conseguir su rehabilitación funcional.
- Prevenir la aparición de un nuevo ictus.

El daño producido en el cerebro por el ictus es permanente, pero en muchos casos puede ser compensado, en cierta medida. De hecho, muchas personas que han sufrido un ictus o accidente vascular cerebral se han recuperado completamente y llevan una vida totalmente independiente.

Ya desde el primer momento, se toman una serie de medidas destinadas a **prevenir** nuevos episodios. Para llevar a cabo esta prevención, se prescribirá una medicación cuyo objetivo será reducir, en la medida de lo posible, el riesgo de aparición de episodios de ictus.

Para alcanzar este objetivo, es fundamental **cumplir con el tratamiento** prescrito por su médico.

Debe pedir a su médico la siguiente información acerca de la medicación:

- El nombre de la medicación y para qué sirve.
- La dosis que debe tomar.
- Las horas a las que la tiene que tomar.
- La duración del tratamiento.
- Dónde guardar la medicación (si necesita estar en la nevera).
- Si hay alguna comida, bebida, otra medicación u actividad que esté prohibida mientras esté tomando la medicación.
- Qué resultados, reacciones o efectos secundarios podría esperar a causa de la medicación y qué debería hacer en dichas situaciones.
- Si existe alguna información escrita que pueda ayudarle a recordar los aspectos más importantes sobre la medicación que va a tomar.
- Qué hacer en caso de equivocarse con la dosis.

– Cómo la medicación puede interferir en el embarazo y la lactancia materna.

Para reducir al máximo el riesgo de recidivas, aparte de cumplir con la medicación, es fundamental corregir los factores de riesgo vascular, con medidas como: abandono del tabaco, correcto control de la diabetes, estricto control de la tensión arterial, pérdida de peso en los casos de obesidad, ejercicio físico regular, dieta adecuada, control de los niveles de colesterol en sangre, etc.

La medicación destinada a la prevención de un infarto cerebral puede ser de dos tipos: los **antiagregantes plaquetarios** (aspirina, ticlopidina, triflusal, dipiridamol), que previenen la formación de trombos en las arterias, y los **anticoagulantes** (heparina, acenocumarol), que impiden la formación de coágulos en el corazón, los cuales podrían desprenderse y producir una embolia cerebral. El empleo de uno u otro le será indicado por su médico.

Si está tomando ticlopidina (Tiklid o Ticlodone), recuerde que debe hacerse un análisis de sangre cada dos semanas en el primer trimestre.

Si está recibiendo tratamiento anticoagulante (Sintrom, Aldocumar), debe acudir a sus respectivos controles y debe tener en cuenta que, si bien

los anticoagulantes reducen el riesgo de embolias, pueden –en algunas ocasiones– producir hemorragias, por lo que deberá tener precaución con las caídas y golpes, especialmente si estos últimos son en la cabeza. Ante la presencia de una hemorragia de cualquier tipo, deberá consultar con su médico. Recuerde que la dosis de anticoagulante que se le indique debe ingerirla en una única toma al día. No debe tomar ninguna medicación nueva sin consultar a su médico.

SÍNTOMAS QUE DEBEN MOTIVAR CONSULTA MÉDICA

Si presentara alguno de los síntomas que a continuación se relacionan, debe consultar a su médico.

- Repetición de aquellos que tuvo en el primer ictus u otros, como pérdida de fuerza, acorchamiento u hormigueo en otra parte del cuerpo, que le hagan sospechar un nuevo ictus.
- Dolor en el pecho, que le dificulta la respiración y que puede acompañarse de sudación o correrse al hombro, garganta o espalda.
- Crisis epiléptica o pérdida de la conciencia.
- Pérdida de relación con el entorno o los familiares o amigos, como si estuviera «ausente».

- Hinchazón con frialdad del pie, pierna o muslo.
- Dolor en el hombro o el brazo, que le impida moverlos adecuadamente. Dolor e hinchazón de la mano.
- Hemorragia por encías o nariz, o sangre en la orina, especialmente si está tomando anticoagulantes.
- Cambios al orinar, sobre todo si tiene sensación de quemazón y tiene que hacerlo con mucha frecuencia.
- Molestias abdominales, especialmente en relación con la toma de la medicación. De igual modo, síntomas como náuseas, mareo o inestabilidad, que usted crea que tienen relación con la medicación.
- Depresión, con desinterés por las cosas, abandono de las actividades de la vida diaria, tristeza, etc.

En los cuatro primeros casos, la consulta al médico es urgente. Recuerde que un ictus es una urgencia médica. Por ello, si no puede localizar a su médico, debe llamar al 061 o acudir directamente al servicio de urgencias de su hospital.

CONSEJOS PARA LA PREVENCIÓN DE NUEVOS ICTUS

Llamamos factor de riesgo a aquella circunstancia o hábito que se da más

frecuentemente en las personas que han sufrido, o corren mayor riesgo de sufrir, un ictus. Por ello, si quiere evitar un nuevo ictus, es importante evitar estos factores o tratarlos correctamente. Ello se consigue no sólo con medicamentos, sino también –y a veces especialmente– con medidas higiénicas al alcance de cualquier paciente. Los factores de riesgo más importantes son:

- **Hipertensión arterial.** Es el factor de riesgo más importante para un ictus. Por ello, debe tomar su medicación regularmente y seguir controles de presión arterial periódicos. Es muy importante que elimine la sal de las comidas. No use el salero en la mesa. Su comida debería ser fresca; consuma fruta y verdura diariamente para aumentar el potasio de su dieta.
- **Tabaco.** El consumo de tabaco está relacionado con la obstrucción de las arterias del cerebro, responsable de su ictus, y también con las del corazón, lo que puede provocarle un infarto de miocardio. Además, la nicotina aumenta la tensión arterial. Por ello, aunque pueda resultarle difícil, es importante que abandone el hábito del tabaco. Si no lo consigue, es posible que su médico pueda ayudarle con algunos programas ya diseñados para este fin.
- **Diabetes.** El aumento de glucosa en la sangre tiene efectos perjudiciales en todas las arterias del cuerpo, incluido el cerebro. Además, produce complicaciones que aumentan el riesgo de un ictus. Por ello, si usted es diabético, debe controlarse la glucosa periódicamente y seguir cuidadosamente el tratamiento y la dieta indicados por su médico.
- **Colesterol.** El consumo de grasas, especialmente si tiene elevado el nivel de colesterol, hace que aumenten las lesiones de las arterias (arteriosclerosis) que le han provocado el ictus o que se dañen las de otros órganos, como el corazón. Por ello, debe seguir los consejos que le ha dado su médico. En líneas generales, debe evitar las grasas animales. Puede comer cualquier clase de pescado, así como legumbres, verduras, pastas o arroz, y leche o derivados descremados. Utilice aceite de oliva en sus tostadas del desayuno y evite todos los artículos de pastelería y bollería, así como los quesos curados o semicurados. Cuando vaya al mercado, no compre las conservas elaboradas con cualquier grasa vegetal: compre sólo las que contienen aceite de oliva, girasol o soja. Puede consumir algo de alcohol, preferentemente

un vasito de vino en la comida y en la cena, o una cantidad equivalente.

- **Anticonceptivos.** Los antiguos anticonceptivos modificaban los niveles de colesterol y aumentaban el riesgo de enfermedades cardíacas y de ictus, especialmente en fumadoras e hipertensas. Los nuevos, con menor cantidad de estrógenos, no parecen presentar estos riesgos. Si usted ha sufrido un ictus en posible relación con este medicamento, no debería utilizarlo más. Busque otros medios anticonceptivos, sobre todo si es mayor de 35 años, es hipertensa, sigue fumando o tiene el nivel de colesterol elevado.
- **Alimentación.** Es muy importante que siga la alimentación adecuada en función de las enfermedades que usted pueda presentar, como diabetes, hipertensión o hipercolesterolemia. Pero, en cualquier caso, debe evitar la obesidad o el sobrepeso. Por ello, debe comer sólo lo necesario para mantener o disminuir su peso. De este modo, es posible que

puedan regularse adecuadamente aquellas otras enfermedades y que mejore considerablemente su rehabilitación física.

- **Ejercicio físico.** El ejercicio físico ayuda a consumir posibles excesos de glucosa en la sangre, reduce el peso y la obesidad y, con ello, permite un mejor control de su tensión arterial. Mejora también el funcionamiento de su corazón y reduce tanto el riesgo de un infarto de miocardio como el de un nuevo ictus. Aumenta, además, la elasticidad de sus músculos y articulaciones, y hace más eficaz el programa de rehabilitación que usted siga. Por ello, y de un modo progresivo, debe caminar diariamente lo más posible y realizar ejercicios físicos no competitivos, adecuados al estado en que se encuentre. Debe realizar, además, los ejercicios que le hayan indicado dos veces al día, a ser posible con la ayuda de un familiar. Pero también es importante suficiente descanso nocturno y, a ser posible, reposar la comida con una siesta.



6

EL RETORNO A UNA VIDA NORMAL

El ocio
Ejercicio físico
Viajes. Conducción de vehículos
Volver al trabajo

EL OCIO

Es posible que un ictus suponga un cambio importante en su vida. Quizá la nueva situación haga que usted pase su tiempo libre de forma muy distinta a como lo hacía antes.

En muchas ocasiones, el ritmo de la sociedad actual hace que abusemos del alcohol y del tabaco, comamos en exceso, realicemos poco ejercicio físico y vivamos atenzados por el estrés. Todos estos factores tienden a afectar la circulación del cerebro y predisponen al ictus. Si éste es su caso, transforme sus momentos de ocio y abandone los malos hábitos. Su cerebro saldrá ganando y usted volverá a descubrir aspectos de su vida que creía olvidados.

Deberá elegir cuidadosamente el tipo de actividad que desarrollará en su tiempo de esparcimiento: algunas personas tendrán dificultades en tareas que requieran una especial habilidad manual o gran agudeza visual y otras en aquellas que supongan esfuerzo mental de concentración.

Sea realista, no se fije metas inalcanzables. Embarcarse en actividades imposibles sólo crea frustración y desánimo.

Si su situación funcional tras el ictus es buena, abandone los hábitos perjudiciales y aprenda a disfrutar de

los momentos de ocio, siempre hay tiempo para descansar y disfrutar y, si no lo hay, hemos de buscarlo.

Si, por el contrario, el ictus ha dejado secuelas físicas o intelectuales, el ocio es un excelente camino por el que usted puede acercarse a su situación previa.

EJERCICIO FÍSICO

Como ya hemos comentado anteriormente, el ejercicio moderado y regular forma parte de una vida sana. Si hace ejercicio, mejorará el funcionamiento del aparato cardiovascular, sus pulmones (quizá dañados por el tabaco) proporcionarán más oxígeno, bajarán sus niveles de glucosa y colesterol, podrá acelerar la recuperación de la fuerza en sus brazos y piernas y luchará contra las contracturas musculares. Sobre todo, se sentirá mejor.

¿Cuál es el ejercicio más recomendable? ¿Cuánto tiempo debemos practicarlo? Al igual que en lo referente al ocio y a otras actividades realizadas en su vuelta a la vida normal, depende de la situación de la que partimos, del punto al que podemos llegar con la rehabilitación y de si teníamos el hábito de practicar ejercicio antes del ictus. Si usted tiene dificultades para andar, probable-

mente sea suficiente con paseos al aire libre, incluso en la silla de ruedas, si no puede caminar sin ayuda. Si su mano o brazo son los más afectados, es posible que pueda caminar a buen paso, o incluso correr sin fatigarse excesivamente. En caso de que, por motivos diversos, no pueda o no quiera salir de casa, la bicicleta estática es una buena manera de mantenerse en forma. Si su situación se lo permite, la natación es un deporte muy completo y, sin duda, será de gran beneficio.

Sea cual sea la actividad elegida, cuente con el asesoramiento del especialista para evitar actividades incorrectas, que sólo sobrecargarían su cuerpo y podrían provocar efectos colaterales.

Aumente progresivamente, pero con lentitud, el ritmo del ejercicio; nunca realice ejercicios agotadores. Haga que el ejercicio sea placentero, no una extenuante obligación. En general, no practique deportes de competición.

VIAJES. CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS

El hecho de haber sufrido un ictus no suele impedir la realización de viajes en los distintos medios de transporte.

A pesar de ello, es necesario seguir algunos consejos simples.

Es recomendable que lleve siempre un informe médico lo más actualizado posible, por si necesitara asistencia médica allí donde vaya. Si no está incluida en éste, haga una lista detallada de todos los medicamentos que toma, con su nombre correctamente escrito, dosis y horario de administración. No confíe en su memoria: es más práctico, rápido y seguro llevar, en un lugar de fácil acceso, una lista de medicamentos actualizada.

Viaje siempre con los medicamentos que habitualmente emplea en cantidad suficiente para cubrir los días que dure su desplazamiento. Llévelos con usted, a ser posible no con el equipaje, para evitar el riesgo de extravío. Tenga especial precaución si viaja al extranjero, ya que el cambio de nombre comercial, el idioma o la exigencia de receta pueden dificultar la compra de medicinas.

Si necesita controles de laboratorio (p. ej., de Sintrom) y su estancia va a ser prolongada, contacte con el centro de salud más próximo que pueda realizar esos controles.

En función de las secuelas dejadas por el ictus, será o no posible la conducción de vehículos. Aunque usted se encuentre bien, consulte siempre a su neurólogo antes de conducir; cier-

tas alteraciones visuales, defectos de fuerza, agilidad o coordinación de sus extremidades pueden ser tan sutiles que pasen inadvertidos para el propio paciente. Es posible que por efecto de su enfermedad usted ignore sus limitaciones, aunque sean evidentes para los demás. Por todo ello, informe y solicite la opinión del neurólogo. Engañar a los demás y a sí mismo puede tener efectos desastrosos.

VOLVER AL TRABAJO

El objetivo fundamental del médico es conseguir que las personas que sufren

un ictus retornen en las mejores condiciones posibles a su vida normal. Ello incluye el ocio, los viajes y también el trabajo. Del tipo de trabajo desempeñado y de las secuelas del ictus dependerá la rapidez de la vuelta a la actividad laboral. Es posible que personas con mínimas secuelas presenten una gran incapacidad para un trabajo concreto y, al contrario, grandes limitaciones pueden no suponer un obstáculo insalvable en otros casos.

En algunas empresas es posible realizar temporalmente trabajos menos pesados o que se adapten mejor a su rendimiento.



7

RECURSOS SOCIALES Y AYUDAS

Incapacidad laboral
Ayudas domiciliarias
Subvención para aparatos ortoprotésicos y para reformas en el hogar
Subvenciones en transportes
Residencias
Organizaciones privadas

Si usted –o alguien cercano– ha sufrido un ictus, es posible que se le planteen ahora infinidad de problemas, que van más allá del autocuidado; uno muy frecuente es el económico.

Es posible que, si se trata de una persona laboralmente activa, sus ingresos disminuyan considerablemente; en ocasiones, la familia tiene que hacer frente a gastos inesperados. Por otro lado, las necesidades de cuidado modifican el estilo de vida de toda la familia.

Las distintas administraciones públicas tienen establecidos unos mecanismos de protección social que tienden a paliar esta situación. Estos sistemas siempre son insuficientes y, por desgracia, la información al respecto se encuentra dispersa en diferentes normativas, por lo que es necesario acudir a multitud de organismos estatales, autonómicos y locales, que tienen competencias en este problema. Usted cuenta, en todo momento, con la ayuda y asesoramiento de los profesionales de este campo, que son los asistentes sociales, con los que puede contactar ya durante la estancia en el hospital, o en su ambulatorio.

INCAPACIDAD LABORAL

La incapacidad laboral suele presentar una serie de escalones que van

a condicionar el grado de cobertura:

- Incapacidad laboral transitoria: inicialmente, se producirá una situación de incapacidad laboral transitoria (baja laboral), en la que puede producirse la recuperación y reincorporación laboral. Esta situación tiene un plazo máximo de 18 meses, improrrogables.
- Invalidez provisional: el individuo aún no puede realizar sus cometidos habituales, pero es prematuro saber el grado de incapacidad definitiva.
- Invalidez permanente parcial para la profesión habitual, entendiéndolo como tal la que desempeña en el momento de la baja o en los doce meses anteriores.
- Invalidez permanente total para la profesión habitual.
- Invalidez absoluta para todo trabajo.
- Gran invalidez: necesita de otra persona para realizar las actividades de la vida diaria.

El médico de cabecera elevará los informes pertinentes, que permitirán al tribunal médico del INSS otorgar el grado de incapacidad adecuado. Es posible que le soliciten varios informes o la actualización de los informes ya emitidos por el hospital.

El grado de incapacidad en las personas en edad laboral va a condicionar la cuantía de la pensión a la que tienen

derecho, así como las deducciones fiscales oportunas para la familia.

En el caso de no contribuyentes, o sin cotizaciones suficientes, podrán acogerse a pensión de invalidez no contributiva, si el equipo de valoración de minusvalía del INSERSO considera una invalidez del 65%.

AYUDAS DOMICILIARIAS

Muchas personas después de un ictus dependen parcialmente de otras para el desempeño de algunas actividades concretas, pero pueden mantener un grado aceptable de independencia domiciliaria con un mínimo de supervisión y ayuda. En otras ocasiones, la situación familiar aconseja un cierto apoyo para mantener el cuidado del paciente en su marco familiar, con las ventajas psicológicas que ello implica frente a la institucionalización. Los ayuntamientos tienen establecidos programas de ayuda a domicilio, en los que un trabajador social realiza –durante unas horas al día– tareas como cocinar, limpieza de la casa, ayuda al aseo personal o compra diaria. Estas ayudas son, con frecuencia, una excelente alternativa y son más fáciles de conseguir. Para ello deberá dirigirse a los servicios sociales de su ayuntamiento.

Las áreas de atención primaria del Sistema Nacional de Salud tienen establecidos sistemas de atención médica a domicilio. Pueden solicitar, en su centro de salud, la intervención domiciliaria de la enfermería para resolver problemas frecuentes, como manejo de sondas, alimentación enteral, curas o administración de inyectables.

SUBVENCIÓN PARA APARATOS ORTOPROTÉSICOS Y PARA REFORMAS EN EL HOGAR

El Sistema Nacional de Salud subvenciona la compra de aparatos ortoprotésicos (entre los que se encuentran las sillas de ruedas), siempre que se justifique la necesidad mediante informe del especialista y presentando la factura de compra.

En algunas circunstancias, es posible conseguir ayudas para reformas en el hogar, que se precisan para adaptarlo al minusválido. Para ello, deberá dirigirse al INSERSO o a los servicios sociales del ayuntamiento.

SUBVENCIONES EN TRANSPORTES

Para los transportes derivados de su atención médica (como acudir a reha-

bilitación o a consultas médicas), podrá disponer de servicio de ambulancia, si su condición médica así lo aconseja. Si su dificultad para el desplazamiento es menor, consulte la posibilidad de reembolso del importe de taxis.

Para personas en edad laboral, existen ventajas fiscales en la compra de automóviles.

Consulte en su ayuntamiento la posibilidad de solicitar plaza de aparcamiento para minusválidos.

RESIDENCIAS

La institucionalización crónica debe ser siempre la última opción, ya que conlleva un efecto psicológico muy negativo y, desgraciadamente, las plazas públicas para residencias son muy limitadas y la lista de espera larga, especialmente si hay incapacidad significativa. Su asistente social le asesorará de las distintas posibilidades públi-

cas y privadas y le facilitará los trámites de solicitud.

Ocasionalmente, pueden contemplarse estancias temporales en residencias para rehabilitación, estancias terapéuticas en la red de balnearios o durante períodos determinados por necesidades de la familia, mientras se tramitan soluciones más estables, o centros de día en función de las necesidades concretas.

ORGANIZACIONES PRIVADAS

Existen organizaciones no gubernamentales que tienen programas de ayuda e información, como la ONCE (no sólo para defectos visuales), la Cruz Roja o las asociaciones de familiares y pacientes de ictus. En el Apéndice de esta Guía, encontrará una lista de algunas direcciones útiles a este respecto.

APÉNDICE

DIRECCIONES DE INTERÉS

INERSO Servicios centrales

Avda. de la Ilustración c/v Ginzo de Limia, 58
28029 Madrid
Telf. (91) 347 88 88

Organismos Autonómicos

Andalucía

Instituto Andaluz de Servicios Sociales
Avda. Héroes de Toledo, s/n
41006 Sevilla
Telf. (95) 455 83 00

Aragón

Departamento de Sanidad y Bienestar Social
P^o Mari Agustín, 36
50071 Zaragoza
Telf. (976) 71 43 03

Dirección Gerencia del Instituto Aragonés de Servicios Sociales
Camino de las Torres, 45-47
50071 Zaragoza
Telf. (976) 59 19 65

Asturias

Consejería de Asuntos Sociales
Gral. Elorza, 32-35
33001 Oviedo
Telf. (98) 510 65 10

Baleares

Instituto Balear de Asuntos Sociales
Vía Alemania, 6
07003 Palma de Mallorca
Telf. (971) 17 70 00

Dirección General de Acción Social.
Consejería de Presidencia
Cecilio Metelo, 18
07003 Palma de Mallorca
Telf. (971) 17 65 65

Canarias

Dirección General de Servicios Sociales
Benito Pérez Arnes. Edificio Andrea
38007 Las Palmas
Telf. (922) 60 44 44

Cantabria

Consejería de Sanidad y Bienestar Social
Marqués de la Hermida, 8
39009 Santander
Telf. (942) 20 77 04

Castilla y León

Gerencia de Servicios Sociales
Francisco Suárez, 2
47071 Valladolid
Telf. (983) 41 39 60

Castilla - La Mancha

Consejería de Sanidad
Consejería de Bienestar Social
Avda. de Francia, 4
45071 Toledo
Telf. (925) 26 72 00

Cataluña

Departamento de Bienestar Social
Pza. Pau Vila, 1
08039 Barcelona
Telf. (93) 483 10 00

Ceuta

Sanidad y Bienestar Social.
Servicios Sociales
Pza. de África, s/n
51001 Ceuta
Telf. (956) 50 46 52/53

Extremadura

Junta de Extremadura.
Consejería de Bienestar Social
Paseo de Roma, s/n
06800 Mérida (Badajoz)
Telf. (924) 38 53 48

Galicia

Dirección General de Servicios Sociales
Edificio Administrativo San Cayetano
15704 Santiago de Compostela
Telf. (981) 54 27 12

Madrid

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid
O'Donell, 52
28009 Madrid
Telf. (91) 586 72 41

Centro de Integración Social
de la Comunidad de Madrid
Guzmán el Bueno, 24
28015 Madrid
Telf. (91) 544 98 69

Melilla

Consejería de Bienestar Social
y Sanidad
Avda. de la Marina Española, 12
52001 Melilla
Telf. (95) 267 50 85

Murcia

Dirección General de Política Social
Ronda Levante, 11
30008 Murcia
Telf. (968) 24 38 20

Navarra

Bienestar Social
Avda. Carlos III, 2
31002 Pamplona
Telf. (948) 42 76 81

País Vasco

Vizcaya

Departamento de Acción Social
Gran Vía, 26
48009 Bilbao
Telf. (94) 416 40 22/420 76 62

Álava

Departamento de Bienestar Social
General Álava, 10
01005 Vitoria
Telf. (945) 23 04 28

Guipúzcoa

Departamento de Servicios Sociales
Avda. Libertad, 17-19
20004 San Sebastián
Telf. (943) 42 61 06

La Rioja

Dirección General de Bienestar Social
Villamediana, 17
26071 Logroño
Telf. (941) 29 12 17

Valencia

Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales
Colón, 80
46004 Valencia
Telf. (96) 386 24 00/386 67 00

Asociaciones privadas

AVECE

(Associació Catalana de Persones amb
Accident Vascular Cerebral)
Hotel de entitats de Sant Boi
C/ Riereta, 4
08830 Sant Boi de Llobregat, Barcelona
Telf. 93 640 24 82
Fax: 93 426 37 18
Página Web: <http://www.gencat.es/entitats/avece.htm>
e-mail: avececat@hotmail.com

AIDA

(Asociación de Ictus de Aragón)
C/Ventura Rodríguez Nº 12-14 bajos
50008 Zaragoza
Telf. 687 381 771
Página Web: http://inicia.es/de/aida_ictus/
e-mail: aida_ictus@inicia.es

NEURO-AFEIC

(Asociación de familiares y enfermos
de Ictus de Granada)
Avd. de Barcelona, 330
18006 Granada
Telf. 958 08 94 49
Página Web: <http://www.iespana.es/afeic>
e-mail: neuroafeic@terra.es

sanofi~synthelabo
Colabora con la Neurología



PVX-362 (E.CLO.03.09.06)