

**ESCUELA DE
PACIENTES**



NEUROAFEIC

Asociación de Familiares y Enfermos de ICTUS de Granada
Avda. Cádiz, 46, bajo (Complejo Galicia, Ed.Orense)
958 089 449 649 796 391
www.neuroafeic.org | neuroafeic@hotmail.es
facebook.com/neuroafeic/



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD



ESCUELA DE
PACIENTES



ESTO NO ME PUEDE ESTAR PASANDO A MÍ

LA LLEGADA DEL ICTUS	6
CONOZCAMOS UN POCO MÁS A JUAN	7
¿QUÉ VIÓ EL AMIGO DE JUAN Y CÓMO ACTUÓ?	8

COMPRENDIENDO EL ICTUS: DEFINICIÓN

1.1. ¿QUÉ ES EL ICTUS?.....	10
1.2. ¿CÓMO SE PRODUCE UN ICTUS ISQUÉMICO?.....	11
1.3. ¿CÓMO SE PRODUCE UN ICTUS HEMORRÁGICO?	13
1.4. ¿A QUIÉNES PUEDE AFECTAR UN ICTUS?	17

COMPRENDIENDO EL ICTUS: CONSECUENCIAS

2.1. ¿CÓMO FUNCIONA NUESTRO CEREBRO?.....	20
2.2. ¿QUÉ CONSECUENCIAS PUEDE TENER UN ICTUS?	24

EL RECORRIDO DEL ICTUS

3.1. FASE CRÍTICA-AGUDA: PRIMEROS MOMENTOS, PRIMERAS INTERVENCIONES	36
3.2. FASE AGUDA-SUBAGUDA: ESTABILIDAD EN PLANTA E INICIO DE LA REHABILITACIÓN	38
3.3. FASE SUBAGUDA-CRÓNICA: READAPTACIÓN, NORMALIZACIÓN Y PREVISIÓN DE FUTURO	40

EL DÍA A DÍA TRAS EL ICTUS

4.1. ¿CÓMO ACTUAR CUANDO TODO VA COMO A CÁMARA LENTA?	46
---	----

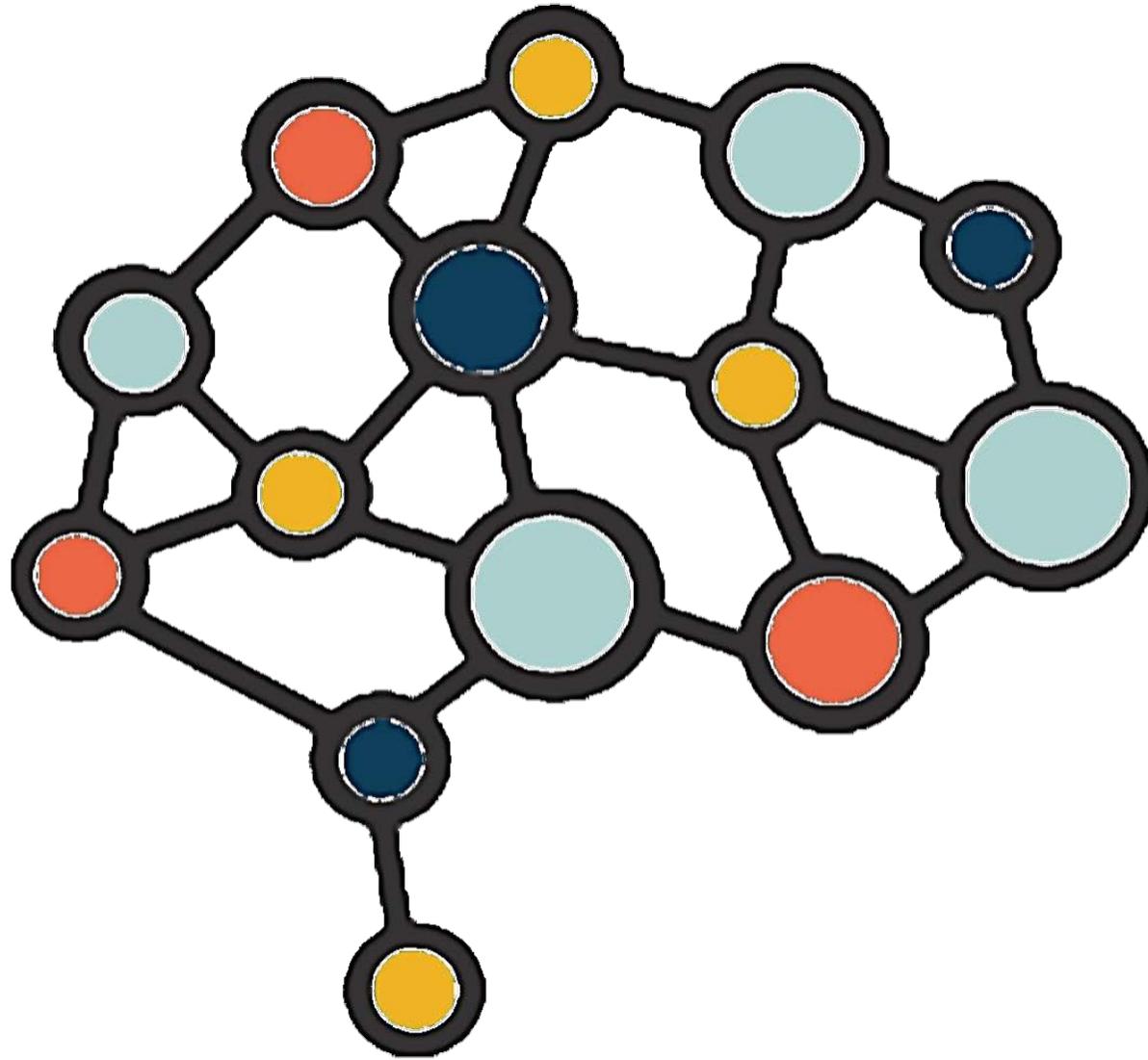
4.2. ¿CÓMO MEJORAR LA CONCENTRACIÓN?.....	48
4.3. ¿QUÉ PODEMOS HACER ANTE LA PÉRDIDA DE MEMORIA?	50
4.4. ¿CÓMO ACTUAR ANTE LOS PROBLEMAS PARA COMUNICARSE?.....	54
4.5. ¿CÓMO AFRONTAR MEJOR LOS CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO Y DE ESTADO DE ÁNIMO?	57
4.6. ¿CÓMO ABORDAR LAS LIMITACIONES PARA DESENVOLVERSE EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO?	60
4.7. ¿CÓMO REALIZAR LOS CAMBIOS POSTURALES?	68
4.8. ¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES AYUDAS ORTOPÉDICAS?	76
4.9. ¿QUÉ SON LAS AYUDAS TÉCNICAS O TECNOLOGÍA DE APOYO?	80

LA MEJOR PREVENCIÓN: VIDA SALUDABLE

5.1. ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA PREVENCIÓN?	94
5.2. ¿CUÁLES SON LAS MODIFICACIONES SOBRE LOS ESTILOS DE VIDA RECOMENDADAS EN LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL ICTUS?.....	96
5.3. ¿QUÉ PRECAUCIONES SE DEBEN ADOPTAR CON LA MEDICACIÓN?	115

CUIDANDO TRAS EL ICTUS: RECOMENDACIONES PARA PERSONAS CUIDADORAS

6.1. ¿CÓMO FAVORECER UNA BUENA RELACIÓN ENTRE LA PERSONA AFECTADA Y LA PERSONA CUIDADORA?.....	120
6.2. CÚIDESE A SÍ MISMA	123
6. PARA SABER MÁS.....	126





ESCUELA DE
PACIENTES

LA LLEGADA DEL ICTUS

Hace un par de años, el último fin de semana de otoño, estaba Juan preparando la comida para invitar a unos amigos. Una agradable mañana, sol, buena temperatura y música. No se podía pedir más.

Con todo ya más o menos preparado, llegó un amigo de Juan y se pusieron una tapa de queso con una copa de vino. De pronto, Juan se empezó a sentir un poco confuso, como con una nube espesa y pesada encima de la cabeza. Parecía que levitaba, pero sólo con una mitad del cuerpo. La otra era pesada o, mejor dicho, no la sentía, parecía no ser suya.

Por la boca salían sonidos como de otro idioma, apenas la podía mover y empezó a ver como su buen amigo se ponía nervioso: le daba tortas en la cara, lo tumbó en el suelo.... Y, de pronto, todo se nubló, todo se quedó

en silencio y al cabo de no sé cuánto... volvió a ver a alguien que parecía que lo conocía. Era todo muy extraño, estaba en el Hospital y funcionaba todo alrededor a un ritmo muy curioso, parecía normal, pero no podía seguirlo. Pasó otro tiempo y por fin empezó a sentir que ya había aterrizado, conocía a casi todo el mundo y estaba todo el día entre fisioterapeutas, logopedas, enfermeras, terapeutas ocupacionales, psicólogas, auxiliares... Por fin, empezó a entender algo, había tenido un mal sueño, no podía ser otra cosa.

Al tiempo sí que entendió que un mal sueño no te provoca dolores articulares, dificultades al andar o al coger cosas con la mano, al hablar o para poder pensar o tantos cambios de humor. El Ictus se hizo realidad.

CONOZCAMOS UN POCO MÁS A JUAN

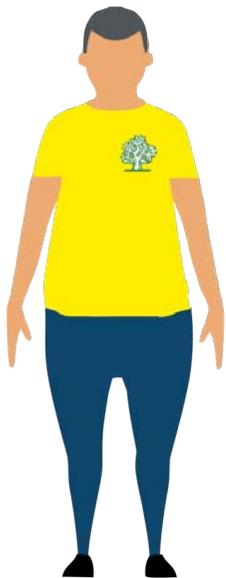
Juan era un administrativo, de 58 años, muy trabajador y forofo del futbol (de verlo, no de practicarlo). Tenía sobrepeso, no era por casualidad, le gustaba comer mucho y bien y beber mucho y bueno. Fumaba unos dos paquetes de cigarrillos al día y era de los que pensaba que el deporte cansa. Su afición futbolera, la compaginaba con buenas dosis de lectura que se prolongaban hasta altas horas de la noche. Esta costumbre se acentuó desde que sus hijos se fueron de casa y se separó de manera muy tortuosa de su mujer, consecuencias que aún arrastraba.

Los últimos resultados del reconocimiento médico por la empresa le habían detectado niveles muy altos de triglicéridos, colesterol, azúcar (entre otros) y la tensión muy alta. A pesar de tener prescritos los fármacos

pertinentes, creía que tanta química no era buena, que la mejor receta era un buen vino con jamón y queso en buena compañía.

¿QUÉ VIÓ EL AMIGO DE JUAN Y CÓMO ACTUÓ?

El buen amigo de Juan pudo identificar que se estaba produciendo un Ictus porque observó **algunos de los síntomas clave:**



Dolor brusco e intenso de cabeza, no habitual y sin motivo aparente.



Alteración brusca de la visión, pérdida total o parcial o visión doble.



Dificultad para hablar o entender el lenguaje.



Pérdida brusca de coordinación o equilibrio y confusión repentina.



Pérdida brusca de fuerza, movilidad o sensibilidad de la cara, brazo y/o pierna de una mitad del cuerpo.

Al ver algunos de estos síntomas, **llamó** al:



ó



CÓDIGO ICTUS



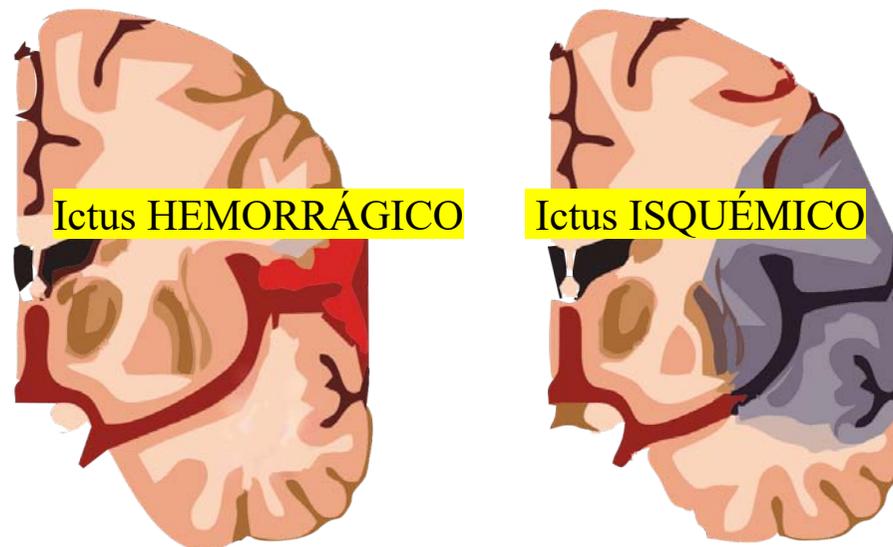
ESCUELA DE
PACIENTES

1.1. ¿QUÉ ES EL ICTUS?

Es una interrupción brusca de la circulación de la sangre en el cerebro, bien por la obstrucción del flujo, produciendo un **infarto cerebral** (Ictus Isquémico), o bien por la ruptura de los propios vasos, dando lugar a **hemorragias** (Ictus Hemorrágico).

En ambos casos, **el cerebro deja de recibir oxígeno y nutrientes**, lo que provoca una alteración o una lesión del tejido cerebral y repercute en el funcionamiento normal de una determinada región del cerebro. Esta alteración **puede afectar a nivel sensorial, del movimiento, emocional y/o cognitiva** (memoria, atención, lenguaje...).

El ictus es la principal causa de daño cerebral y de discapacidad en personas adultas. También se le llama Accidente Cerebro-Vascular (ACV).



1.2. ¿CÓMO SE PRODUCE UN ICTUS ISQUÉMICO?

Los **ictus isquémicos** se producen por la obstrucción del flujo sanguíneo lo que provoca un descenso del aporte de sangre al cerebro. Son los más frecuentes, representando aproximadamente el 85% de todos los ictus.

Principalmente, se pueden distinguir dos tipos de ictus isquémicos con los mismos síntomas, pero distinta duración y gravedad de las secuelas:

Ataque Isquémico Transitorio (AIT): Su duración sin aporte sanguíneo es corta, los síntomas duran menos de una hora. Es el amago de ictus y es importante acudir a urgencias para encontrar la causa y prevenir el ictus. No suele dejar daño en las pruebas radiológicas cerebrales ni secuelas para el paciente.

Ictus: Los síntomas duran más de una hora. Es una emergencia médica que precisa la derivación inmediata a un hospital para valorar si se activa el código ictus y poder poner tratamientos para que no haya secuelas. Suele dejar daño en las pruebas radiológicas cerebrales (TAC, Resonancia Magnética...), aunque si se acude rápido al hospital pueden evitarse las secuelas.

1.2.1. ¿Cuáles son las causas más frecuentes de un ictus isquémico?

Son las siguientes:

Aterosclerosis (Ictus aterotrombótico o Trombosis): La aterosclerosis es producto del deterioro de la pared de las arterias por depósitos de grasas (lípidos) y otros materiales, que producen pérdida de elasticidad, estrechamiento progresivo y posible obstrucción completa por formación de coágulos (trombos) en su interior.

Embolia cardiaca (Ictus Embólico): En estos ictus, un coágulo de sangre formado en el corazón o en otra parte del cuerpo, se desprende y bloquea algún vaso sanguíneo que irriga el cerebro.

Infarto Lacunar: Es debido a la obstrucción de arterias pequeñas del cerebro (llamadas perforantes). En este caso, la hipertensión es el factor de riesgo más importante.

En menor medida, los ictus pueden ser causados por enfermedades poco frecuentes (diseción arterial o el síndrome antifosfolípido). O bien no se encuentra una causa tras un estudio exhaustivo.

1.3. ¿CÓMO SE PRODUCE UN ICTUS HEMORRÁGICO?

Los **ictus hemorrágicos** son menos frecuentes que los isquémicos, representando aproximadamente el 15% de todos los ictus, y se asocian a una mayor gravedad de las secuelas.

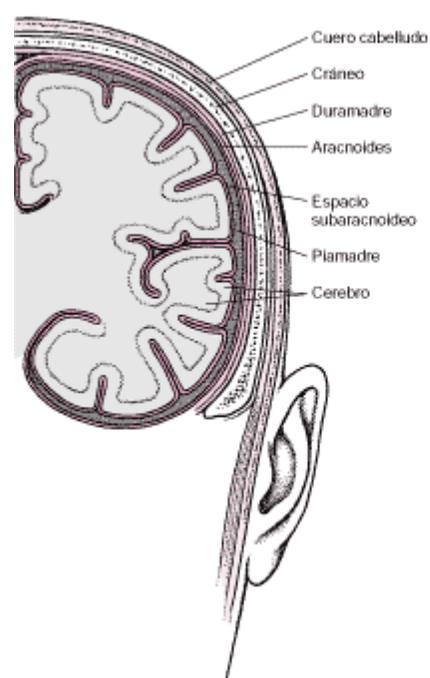
El accidente cerebrovascular hemorrágico ocurre cuando un vaso sanguíneo se rompe dentro del cerebro, provocando un sangrado en el interior del cerebro.

Se pueden distinguir básicamente dos tipos:

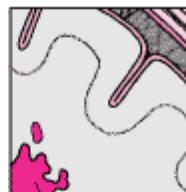
Hemorragia Intracerebral: Es el ictus hemorrágico más frecuente. Una arteria cerebral profunda que se rompe e inunda de sangre el tejido cerebral que lo rodea, aumentando la presión y dañando toda esa zona. Su gravedad reside no sólo en el tejido cerebral dañado, sino en el aumento de presión que origina dentro del cráneo, que puede afectar a todo el cerebro e, incluso, poner en riesgo la vida.

Hemorragia subaracnoidea: Es una hemorragia localizada entre la superficie del cerebro y la parte interna del cráneo.

Sección transversal del cerebro

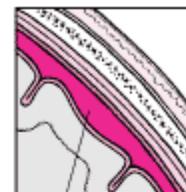


Hemorragia intracerebral



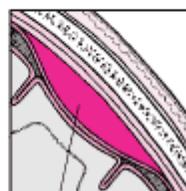
Hemorragia en el interior del cerebro

Hemorragia subaracnoidea



Hemorragia en el espacio subaracnoideo

Hemorragia subdural



Hemorragia entre la aracnoides y la duramadre

Hemorragia epidural



Hemorragia entre la duramadre y el cráneo

Su causa más frecuente es la rotura de un aneurisma arterial. Un **aneurisma cerebral** es una dilatación localizada de la pared de un vaso sanguíneo, ocasionado por la debilidad en dicha pared.

Se pueden encontrar básicamente tres tipos:



Sacular

Se presenta como abultamiento esférico unido al vaso por un *cuello* bien definido.



Fusiforme

Se caracteriza por ser una dilatación de *toda la pared de la arteria*, de forma alargada y no siempre uniforme, que varía en diámetro y longitud. No posee un cuello definido.



Disecante

En el aneurisma cerebral disecante se produce un desgarro a lo largo de la *capa interna* que recubre a la arteria, lo que permite verter sangre al resto de la pared.

1.3.1. ¿Cuáles son las causas más frecuentes de un ictus hemorrágico?

Entre las principales causas, encontramos:

La hipertensión arterial, que es la principal causa de las hemorragias intracerebrales.

Traumatismo craneoencefálico.

Alteraciones en la coagulación.

Tumores cerebrales.

Malformación arteriovenosa.

Ruptura de aneurismas.



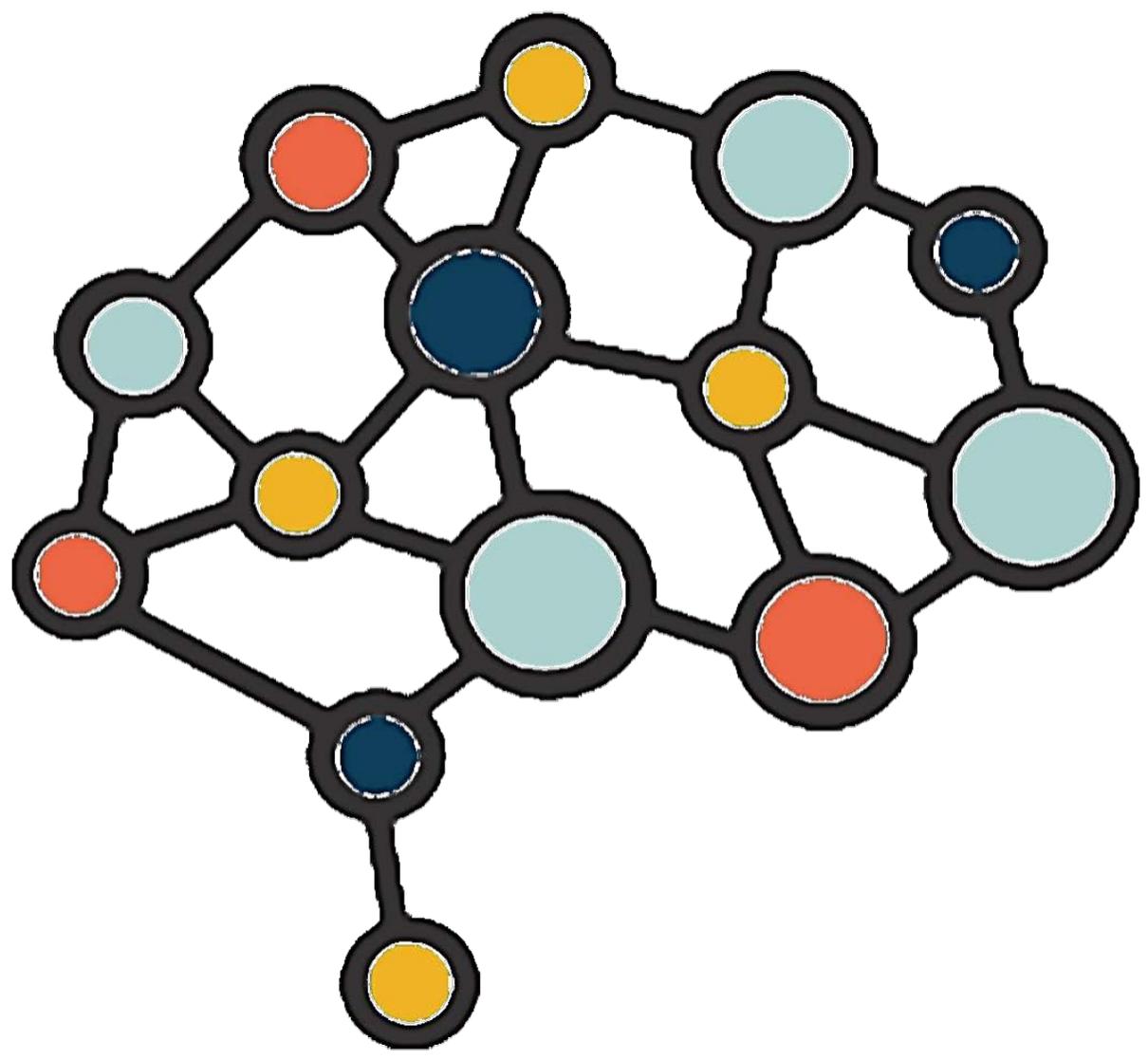
Ictus HEMORRÁGICO

1.4. ¿A QUIÉNES PUEDE AFECTAR UN ICTUS?

Antiguamente se creía que el perfil de la persona que podía sufrir o sufría un ictus, pertenecía al colectivo de la tercera edad. Hoy en día, el ictus afecta a una de cada seis personas, con edades y estilos de vida muy diferentes.

Un ictus puede afectar a personas de cualquier edad, aunque hay una serie de factores de riesgo (modificables) que influyen decididamente en la aparición o no del ictus. Estos tienen relación con estilos de vida y otras patologías previas. Tienen mayor riesgo las personas que tienen uno o varios de los siguientes factores:

- hipertensión.
- diabetes.
- hipercolesterolemia.
- tabaquismo, consumo de alcohol y otros tóxicos.
- obesidad.
- sedentarismo.



Un Ictus genera, en mayor o menor medida, un cambio en nuestro cuerpo: a la hora de movernos, de sentir, de percibir, de pensar, de estar. Por eso, el ictus puede tener consecuencias en distintos niveles de todas nuestras capacidades: cognitivo, motor, sensorial, afectivo, comportamental, sociofamiliar y laboral o académico.

Vamos a describir brevemente cómo funciona nuestro cerebro y cómo está organizado. Así, podemos saber qué ocurre en nuestro cerebro cuando sufre un Ictus y por qué las secuelas dependen de la zona donde se produzca. Y después veremos qué tipos de secuelas puede (o no) ocasionar un ictus.

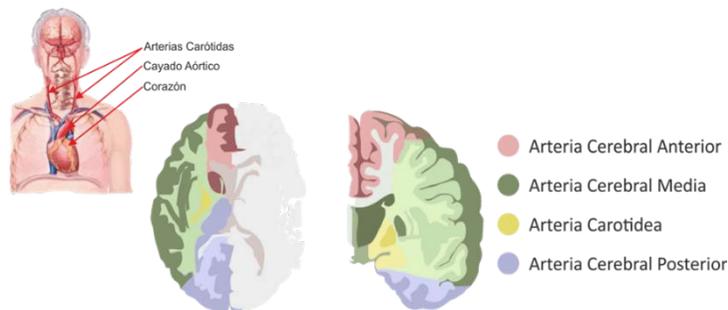
2.1. ¿CÓMO FUNCIONA NUESTRO CEREBRO?

2.1.1. ¿Qué es el cerebro?

El cerebro es un órgano muy complejo y el responsable de las funciones cognitivas que nos van a permitir: percibir, seleccionar, almacenar, elaborar y recuperar la información necesaria para adaptarnos con éxito a nuestro entorno. Además de procesos mentales, como la memoria, la atención o el lenguaje, nuestro cerebro va a jugar un papel determinante en el movimiento y, por supuesto, en la emoción.

2.1.2. ¿Qué necesita el cerebro para funcionar?

El cerebro está formado por billones de células nerviosas: neuronas, que necesitan de un flujo sanguíneo para



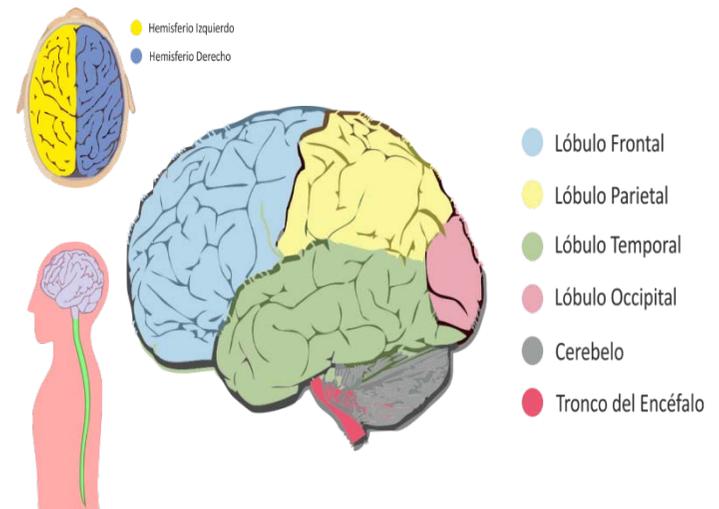
aportarle nutrientes (glucosa, oxígeno y aminoácidos). Además, este flujo permite la retirada de productos de desecho y mantiene estable la temperatura cerebral. La sangre se transporta por diferentes arterias para llegar a las distintas zonas de nuestro cerebro.

2.1.3. ¿Cómo está organizado el cerebro?

La conexión del cerebro con el resto del cuerpo se realiza a través de la médula espinal y las fibras nerviosas que desde ahí se ramifican hacia las distintas partes y órganos. El área que conecta la médula espinal con el cerebro se denomina **Tronco del Encéfalo**. Justo por detrás del tronco del encéfalo se encuentra una estructura denominada Cerebelo.

El cerebro, se puede dividir básicamente en 2 partes simétricas, llamadas **hemisferios** (hemisferio derecho y hemisferio izquierdo). Cada uno de estos hemisferios lo podemos dividir en 4 partes o lóbulos: lóbulo frontal, lóbulo parietal, lóbulo temporal y lóbulo occipital.

Dependiendo de qué arterias o qué zonas del cerebro se vean afectadas por el ictus, las consecuencias o secuelas pueden ser diferentes.



Aunque cada área del cerebro “controla” diferentes funciones, todo nuestro cerebro está totalmente conectado para funcionar de manera coordinada. Por esta razón, al estar interconectado, el fallo en una zona puede repercutir en mayor o menor medida en el funcionamiento de otra área.

Por otro lado, cada uno de los lóbulos cerebrales tiene unas funciones principales:

Los **Lóbulos Frontales** se encargan de funciones como la atención, la resolución de problemas, el pensamiento, la planificación y la organización. Además, es una zona muy importante en la personalidad y en el autocontrol (emocional y del comportamiento).

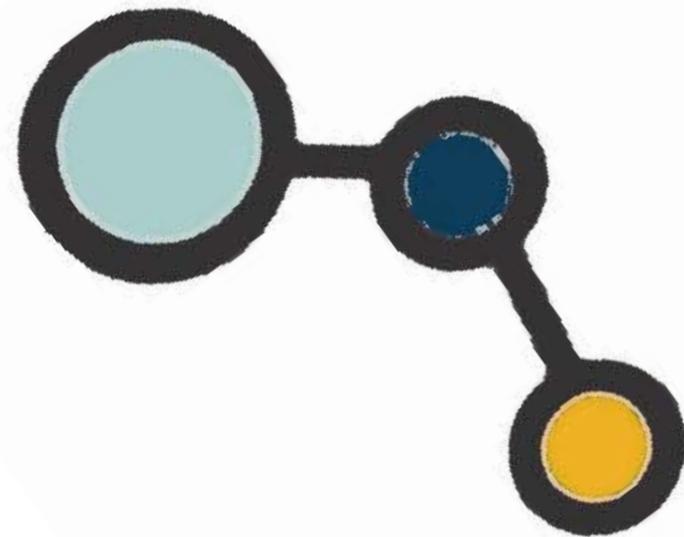
Los **Lóbulos Parietales** son muy importantes para poder orientarse en el entorno y también para leer, escribir o hacer cálculos matemáticos. Entre estos lóbulos y los Frontales hay unas áreas que se encargan del movimiento y de la sensibilidad.

Los **Lóbulos Temporales** juegan un papel importante en nuestra memoria y lenguaje (hablar y comprender).

Los **Lóbulos Occipitales** son los responsables de la visión.

El **Cerebelo** es una estructura que tiene una especial relevancia en la activación de los músculos, concretamente de la coordinación, equilibrio y movimiento del cuerpo. Además, debido al gran número de conexiones que mantiene con el resto del cerebro, su afectación también va a repercutir en funciones cognitivas como la atención, los procesos de aprendizaje, en el lenguaje, las funciones ejecutivas e, incluso, a nivel emocional.

El **Tronco del Encéfalo**, es una estructura que soporta muchas funciones vitales como la respiración, la tasa cardíaca, la presión arterial, el sueño o la presión sanguínea. También está involucrado en los movimientos de los ojos, del habla o de la deglución (tragar).



2.2. ¿QUÉ CONSECUENCIAS PUEDE TENER UN ICTUS?

Las consecuencias o posibles secuelas del ictus son muy variables. Hay ictus que se resuelven sin secuelas o con alguna secuela poco limitante, mientras que otros tienen secuelas más graves o duraderas. Hagamos un repaso de posibles consecuencias.

2.2.1. A nivel motor

Los **trastornos motores**, son los más evidentes en el daño cerebral y durante el primer año tras la lesión experimentan una rápida recuperación, hecho que va a ser muy beneficioso de cara a la rehabilitación en el resto de áreas. Los trastornos motores más frecuentes son:

| Hemiplejia del lado contrario a la lesión: se presenta una debilidad o rigidez de una mitad del cuerpo.

| Hemiparesia del lado contrario a la lesión: no existe parálisis, pero sí debilidad y alteraciones de la sensibilidad.

| Alteración en la coordinación de movimientos y del equilibrio, especialmente si el ictus se produce en el *Cerebelo*.

Trastornos de la motricidad voluntaria: se producen movimientos en el cuerpo que no se quieren realizar o bien el cuerpo no responde a las órdenes que se mandan desde el cerebro.

Trastornos del control postural: puede haber dificultad para mantener el tronco erguido, por lo que el cuerpo tiende a irse hacia un lado o hacia adelante, lo que influye tanto para caminar como para sentarse.

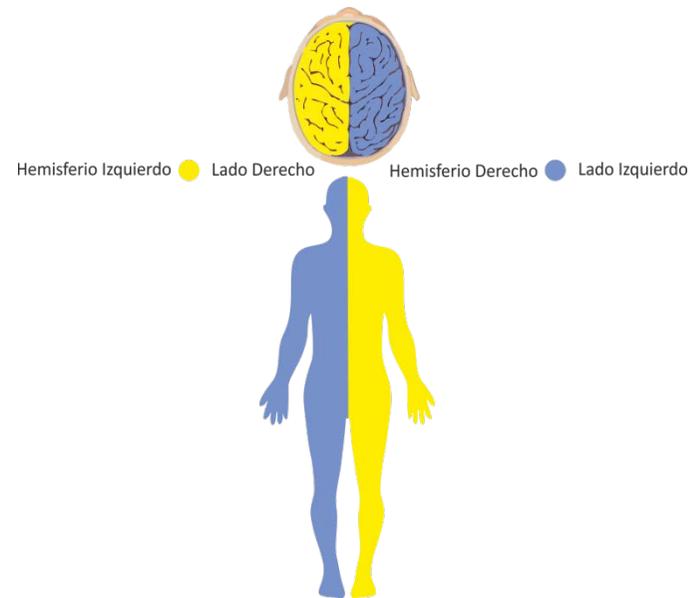
Pérdida de motricidad fina: se presentan problemas a la hora de realizar tareas más precisas como coger cubiertos o abrir el tapón de una botella.

Alteración de la deglución: puede haber dificultades para tragar alimentos sólidos y/o líquidos, lo que conlleva numerosos riesgos.

Alteración en el lenguaje hablado: puede afectar a la coordinación de la musculatura que permite el habla.

Además de estas alteraciones motoras, es muy frecuente que se produzca dolor articular o, incluso, algo más generalizado, lentitud en los movimientos, dolor de cabeza y mareos que acentúan el cansancio y la frustración.

A nivel motor, el hemisferio derecho se encarga de la parte izquierda del cuerpo; y, al contrario, el hemisferio izquierdo se encarga del movimiento de la parte derecha.



2.2.2. A nivel sensorial.

Los **trastornos sensoriales** también son muy habituales tras una lesión cerebral.

| Vista: suelen ser frecuentes los problemas en la visión ya sea pérdida parcial o total o visión doble o borrosa.

| Audición, es frecuente no sólo la pérdida auditiva también es posible la aparición de un desagradable zumbido continuo.

| El gusto y el olfato también pueden verse afectados, no percibiendo correctamente los sabores y olores.

| El tacto también se puede ver afectado, viéndose alterada la percepción del dolor, la temperatura o de diferentes estímulos en la piel, incluso se puede producir una incapacidad para reconocer los objetos con la mano (estereognosia).

2.2.3. A nivel cognitivo

Además de las alteraciones físicas, en el Ictus también se ve afectada la parte cognitiva. Es decir, puede provocar problemas de memoria, de atención, de comunicación o para resolver situaciones de la vida cotidiana.

Entre los problemas que se presentan con mayor frecuencia encontramos:

Falta de atención, lo que provoca que uno no se pueda concentrar en hacer cualquier tarea o dificultar el aprendizaje de nuevos conocimientos.

Problemas de memoria, lo que provoca que no se pueda recordar información de hace tiempo o de largo plazo o de cosas que acaban de ocurrir o de corto plazo.

Problemas para comunicarse, las dificultades pueden presentarse para poder hablar y/o comprender el lenguaje, para escribir y/o leer.

Dificultades para realizar ciertas actividades de la vida cotidiana, es decir, para realizar cualquier actividad necesitamos tener intención de hacerla, organizar lo que queremos hacer, seguir unos pasos en un orden determinado y saber si la hemos hecho bien o no. Pues, después de un Ictus, se puede ver alterado algunos de estos procesos por lo que realizar correctamente cualquier tarea puede suponer un importante problema.

Consecuencias del Ictus en el Hemisferio Izquierdo	Consecuencias del Ictus en el Hemisferio Derecho
Afectación en la expresión o en la comprensión del lenguaje (Afasia)	Desorientación espacial, problemas para ir de un lugar a otro dentro de la ciudad/barrio o saber dónde se encuentra
Alteración en la realización de movimientos o tareas aprendidas previamente (Apraxia)	Alteración donde se ignora todo lo que esté al lado izquierdo, tanto del propio cuerpo como del entorno que le rodea (Heminegligencia)
Déficit para realizar cálculos matemáticos (Acalculia)	Escasa conciencia de los problemas actuales o futuros hasta el punto de no reconocer la propia enfermedad (Anosognosia)
<ul style="list-style-type: none"> • Problemas para mantener la atención, planificar, ejecutar y comprobar el resultado de haber realizado una tarea • Perseverantes, poco flexibles y alteraciones en la toma de decisiones. • Problemas de desinhibición, para seguir normas o pérdida de interés. 	
Dificultades con la memoria verbal (capacidad para recordar la información que escuchamos o leemos).	Dificultades en la memoria visual (capacidad para recordar la información que nos llega a través de la vista, como por ejemplo recordar imágenes o escenas determinadas).
Alteraciones en el razonamiento.	Déficit para reconocer estímulos previamente aprendidos (Agnosia)

2.2.4. A nivel afectivo.

La parte emocional normalmente se ve afectada con cualquier enfermedad crónica, pero el ictus puede provocar lesiones en las zonas del cerebro donde se gestionan las emociones o en las conexiones con estas áreas. Con mucha frecuencia, estas personas van a experimentar importantes cambios de humor y reacciones inesperadas de todo tipo: de rabia, insensibles, impulsivas e incluso agresivas.

Esta alteración emocional suele ser poco comprendida entre los familiares y el entorno más cercano. No se acaba de entender que se ría o se lllore sin un motivo aparente, que no muestre ningún interés por nada ni nadie, que se pase de la tristeza a la euforia casi de un momento a otro o que no sean capaces de hacer autocrítica o pedir disculpas por ciertos comportamientos (“infantiles”, desinhibidos, egocéntricos o intolerantes).

2.2.5. A nivel de comportamiento.

Las alteraciones motoras, cognitivas y emocionales van a condicionar también el comportamiento. No debemos de olvidar que nuestra conducta está mediada tanto por nuestras emociones, como por nuestra capacidad cognitiva y, por supuesto, por el medio en el que nos desenvolvemos. Por eso, si está afectada la dimensión afectiva y nuestro cerebro no procesa bien la información que recibimos, tanto interna como externa, es muy fácil que se produzca una alteración del comportamiento tras una lesión cerebral. Estos comportamientos se pueden expresar de múltiples formas:

- | Pueden aparecer comportamientos **agresivos**, tanto verbales como físicos.
- | Apatía, desinterés por realizar actividades placenteras o falta de iniciativa.
- | Puede haber comportamientos impulsivos, donde no se tienen en cuenta las repercusiones de la acción.
- | Y, puede haber modificaciones en el comportamiento sexual, ya sea por apatía o total desinhibición.

De entre todos los posibles comportamientos afectados, queremos hacer especial hincapié en algo muy frecuente y en ocasiones muy peligroso: volver a conducir. Tras la lesión es muy probable que las capacidades tanto motoras como cognitivas no recomienden la conducción de vehículos, ya que esta habilidad requiere multitud de recursos atencionales, motores, sensoriales... no de forma aislada, sino que han de estar totalmente coordinados, lo que dificulta aún más la acción.

2.2.6. A nivel socio-familiar.

El ictus no afecta sólo a quién lo experimenta en primera persona sino a todo el núcleo familiar y social más próximo. Es indispensable la ayuda de ese entorno más próximo para la rehabilitación de la persona afectada. Este núcleo de personas cercanas se convierte en el trampolín a una vida normalizada donde la paciencia, el amor, la calma y, sobre todo, el trabajo constante, juegan un papel indispensable.

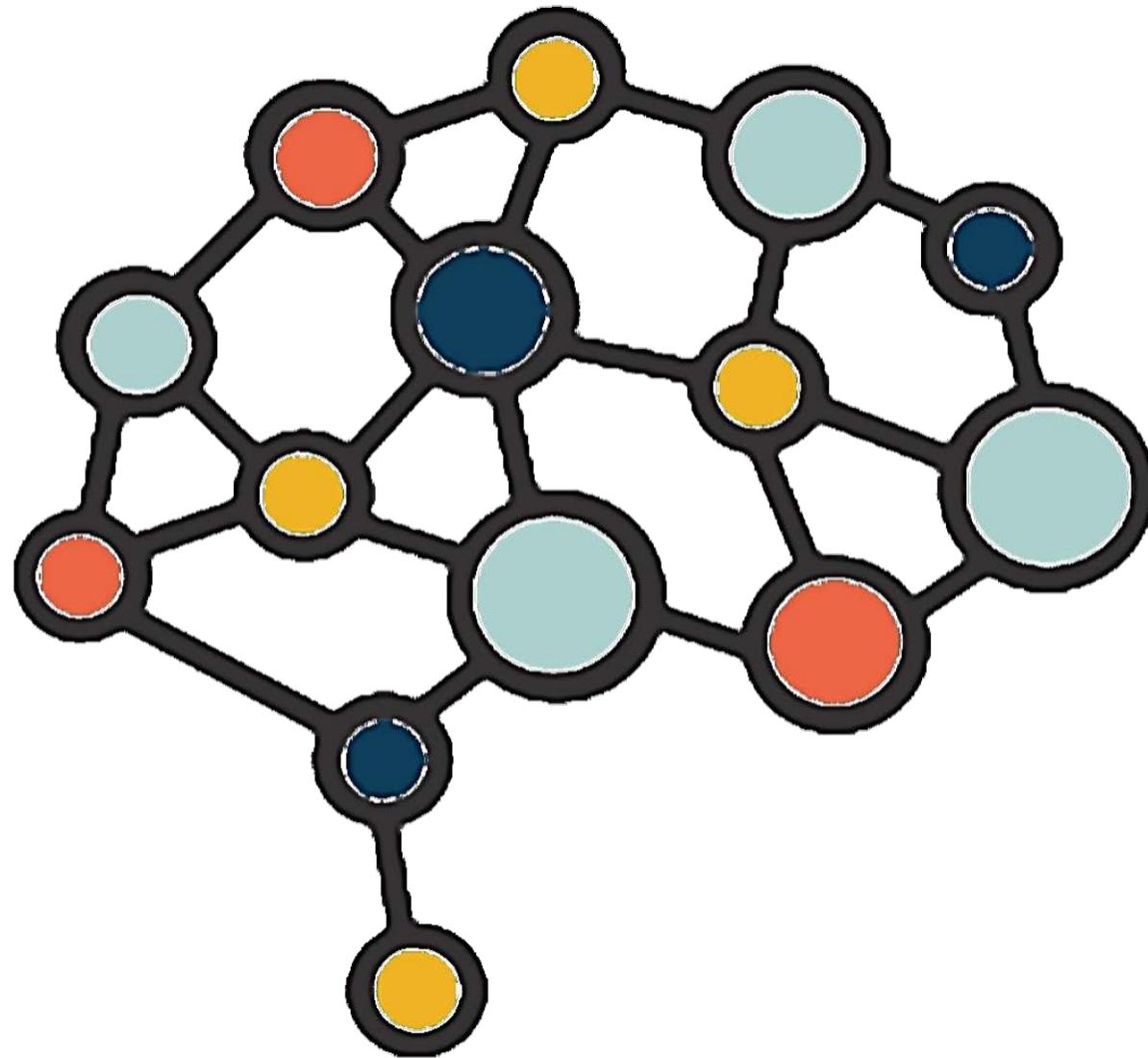
La familia y personas más cercanas también pasan por una serie de fases en su afrontamiento y aceptación de lo sucedido, por lo que hay que ser consciente del momento que se está viviendo.

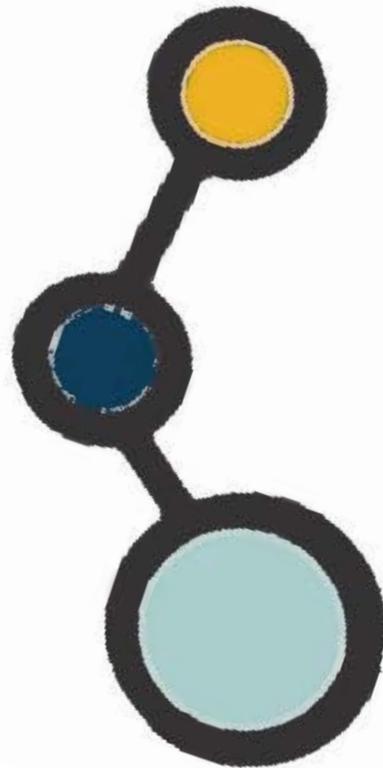


Tabla X. Reacción de las familias al daño cerebral adquirido. Douglas (1990).

2.2.7. A nivel laboral y/o académico.

Las **cuestiones laborales o académicas** constituyen otra importante área que puede verse afectada por el daño cerebral. Con frecuencia, el ictus supone una ruptura en el ritmo de trabajo o estudio y, por supuesto, en la vida, que es muy probable no se pueda retomar. Aunque no se pueda “continuar” o retomar dicho ritmo, sí se pueda reconducir y alcanzar unos elevados niveles de satisfacción.





Sin duda, la irrupción del Ictus marca un antes y un después en todas las personas que lo experimentan y sus familias. Desde que se produce hasta que se retoma cierta normalidad vital, se pasa por una serie de etapas. Esta cronología de eventos, se puede dividir básicamente en tres etapas, aunque el ritmo va a estar determinado por la evolución de la persona afectada.

3.1. FASE CRÍTICA-AGUDA: PRIMEROS MOMENTOS, PRIMERAS INTERVENCIONES

En los momentos iniciales, tanto las personas afectadas como sus familiares y amistades, afrontan un hecho doloroso, inesperado, totalmente desconocido, con consecuencias difíciles de prever. Todos los esfuerzos, atenciones y emociones van a girar en torno a la persona hospitalizada. El objetivo fundamental es que la persona afectada se mantenga con vida; no hay lugar para plantearse cuestiones relativas a las secuelas o a posibles consecuencias futuras. Esto genera en la familia un elevado nivel de agotamiento físico y psicológico.

En las primeras horas del ictus la primera valoración suele ser en el servicio de urgencias del hospital. El neurólogo será el médico principal que valore la actuación en estos pacientes. En casos seleccionados de ictus isquémicos con trombos en arterias grandes, interviene neurorradiología intervencionista. Los neurocirujanos pueden operar algunos ictus hemorrágicos. Los pacientes más graves pueden ingresar en la Unidad de Cuidados Intensivos

Por tanto, en esta fase, los servicios sanitarios implicados fundamentalmente son:

| Médico de Urgencias (primera valoración).

| Neurología (para valorar la repercusión neurológica del Ictus).

| Neurorradiología intervencionista.

| Neurocirugía (si es necesaria intervención quirúrgica y para valorar los resultados de la intervención).

| Medicina Intensiva (mientras está la persona afectada en UCI).

3.2. FASE AGUDA-SUBAGUDA: ESTABILIDAD EN PLANTA E INICIO DE LA REHABILITACIÓN

En este momento del proceso, la situación médica se ha estabilizado y ha de comenzar el tratamiento rehabilitador. Primero, en la misma cama de hospitalización, luego en la sala de rehabilitación, donde un equipo trabaja de forma coordinada en el plan de rehabilitación que incluye logopedia, fisioterapia, terapia ocupacional o psicología. El alta hospitalaria está cada vez más cerca.

Ahora, la mayor responsabilidad terapéutica recae sobre el servicio de Rehabilitación, donde se va a coordinar el plan rehabilitador en el que además de Médicos Rehabilitadores, Enfermería, Auxiliares o Celadores, se van a unir:

Logopeda: Se va a ocupar de los problemas de lenguaje y comunicación. En función del caso, también asume los trastornos de la deglución.

Terapeuta Ocupacional: Va a trabajar para alcanzar la mayor autonomía posible en las actividades de la vida diaria.

Fisioterapeuta: se encarga de tratar los problemas físicos que dificulten o limiten el movimiento.

Ortopedista: diseñan y ajustan dispositivos ortopédicos para corregir o evitar deformaciones musculoesqueléticas.

Neuropsicólogo/a: se va a ocupar de tratar las alteraciones cognitivas, emocionales y comportamentales.

3.3. FASE SUBAGUDA-CRÓNICA: READAPTACIÓN, NORMALIZACIÓN Y PREVISIÓN DE FUTURO

Una vez recibida el alta hospitalaria, a la persona afectada se le plantean varias opciones:

Derivación a una unidad de media estancia (Hospital de Día de Neurorrehabilitación).

Derivación a una unidad especializada en Daño Cerebral (como el Centro Estatal de Daño Cerebral (CEADAC) en Madrid).

La vuelta al domicilio familiar recibiendo rehabilitación en el hospital de referencia.

La transición del Hospital a la casa es percibida como un momento crucial en el proceso de recuperación. Un tránsito donde los aspectos funcionales de la intervención deben ajustarse a una nueva identidad en su entorno social y comunitario. Es el momento de afrontar numerosos desafíos físicos, cognitivos y emocionales.

Ese retorno a casa se experimenta como algo positivo, devolviendo un sentido de normalidad, al mismo tiempo que se pierde la seguridad que ofrece la atención hospitalaria. Se inicia la fase crónica, las emociones “suben y bajan”, la conciencia sobre la nueva situación comienza a emerger con todo lo que eso supone. A

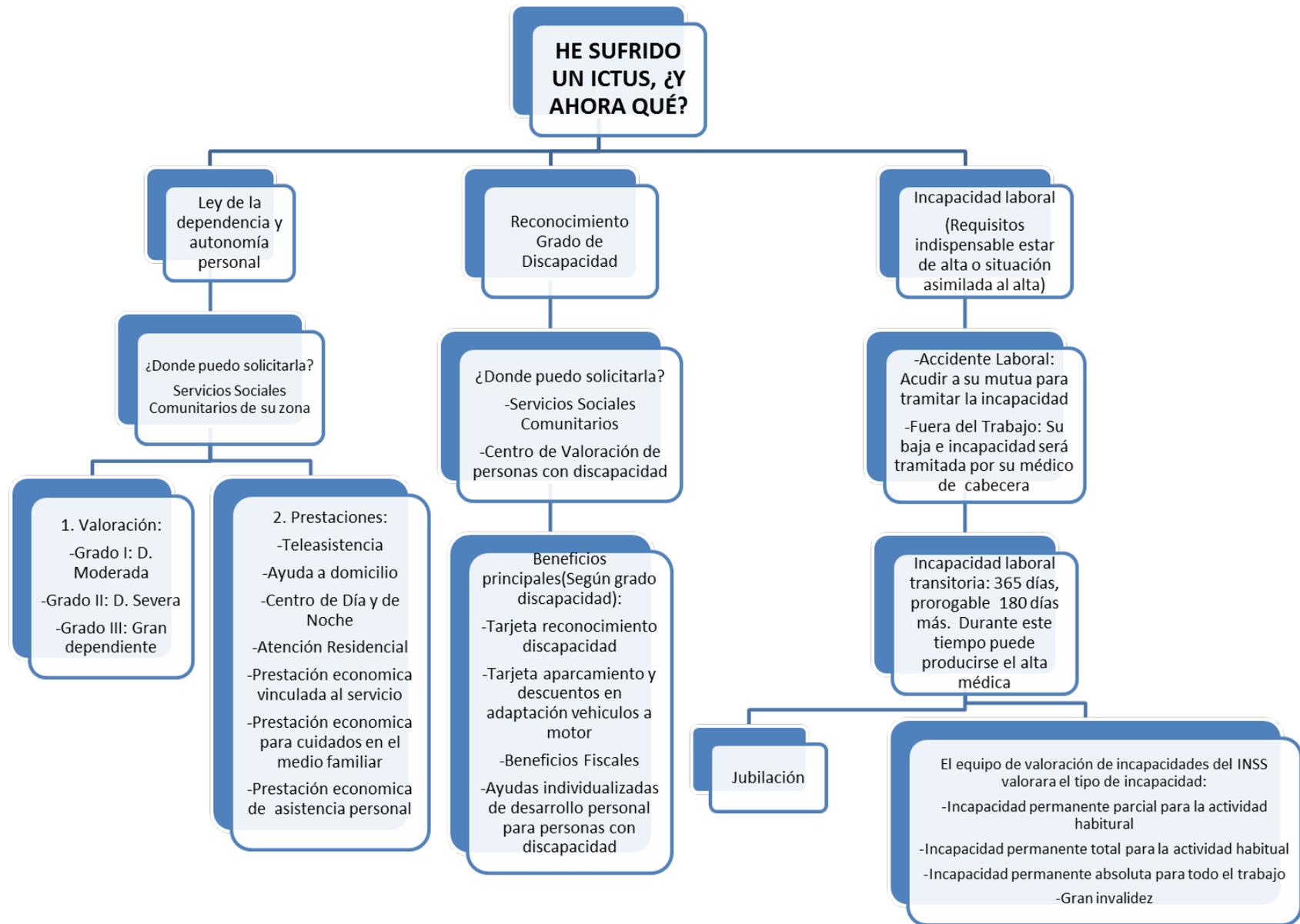
partir de este momento, deben entrar en juego los recursos sociales que posibiliten los mayores niveles de autonomía, inclusión y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad por daño cerebral.

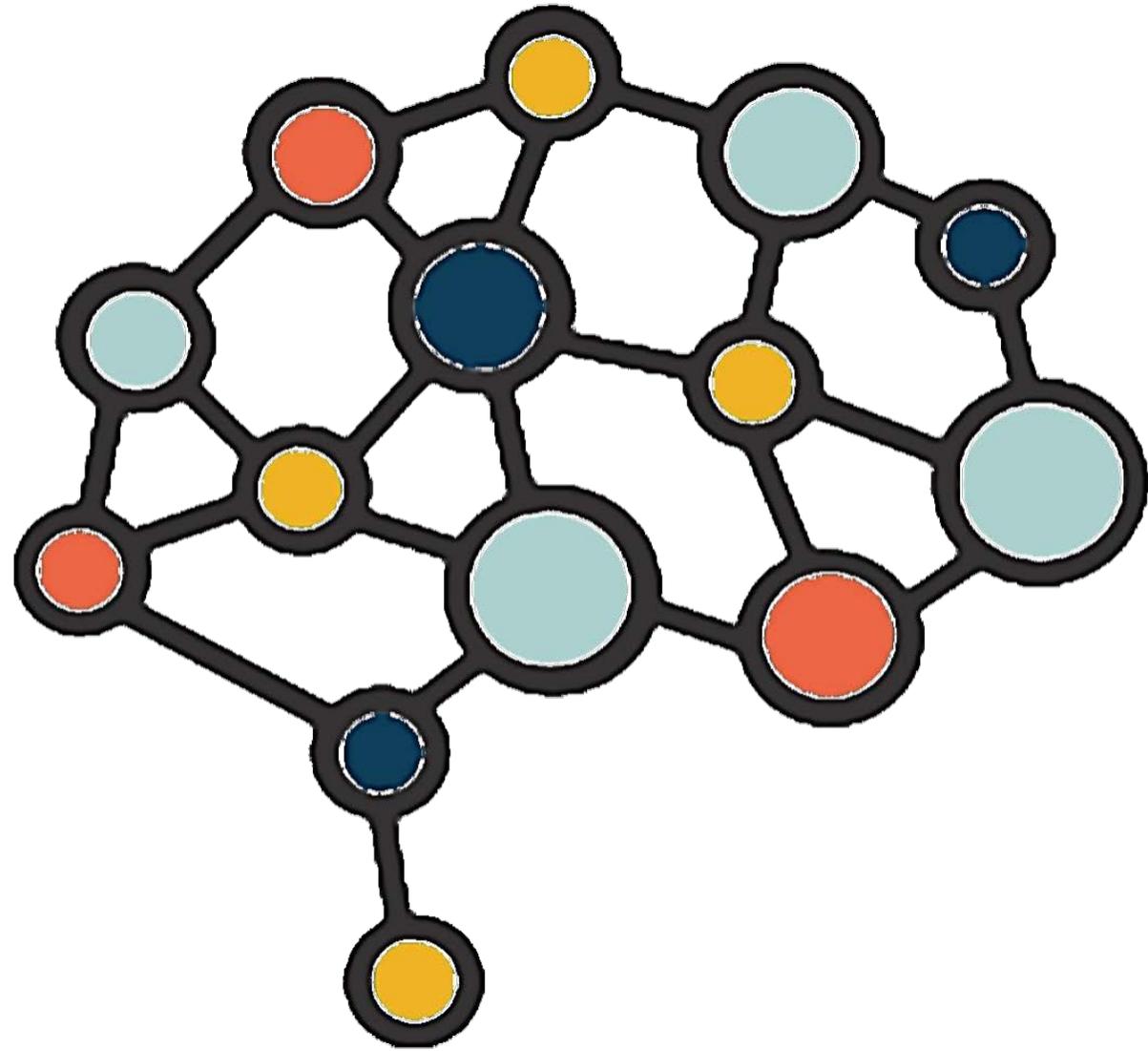
Al equipo de profesionales anterior (fundamentalmente, de rehabilitación y seguimiento) se le suma ahora la figura del/a Trabajador/a Social.

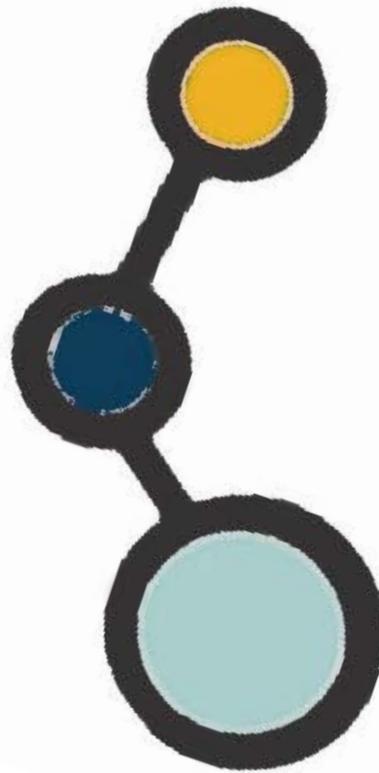
Se va a encargar de tramitar la documentación pertinente para la asistencia social y la gestión de los diferentes recursos sociosanitarios existentes en la zona.

La figura del Trabajador Social es imprescindible, ya que será quién informe a las familias y a la persona afectada de los recursos más adecuados a sus necesidades. Su intervención depende de la fase en la que se encuentre. La labor comienza ya desde la fase de estancia hospitalaria, asesorando a las familias sobre aspectos específicos (expectativa de estancia hospitalaria, recursos disponibles para la rehabilitación de la persona afectada tras el alta, formación a las personas cuidadoras principales); y continúa tras el alta hospitalaria, informando y asesorando a las familias. Facilita información y acceso (si es el caso) a recursos sociales de apoyo como teleasistencia, transporte, ayuda a domicilio, tramitación de ayudas a la dependencia, entre otros. Informará también sobre la existencia y funciones de las asociaciones de la zona, que constituyen un recurso fundamental en el proceso de recuperación. Otra de las funciones que realiza el TS, durante todo el proceso, es la de acompañamiento a las familias.

Una vez de haber acudido a los Servicios sociales de su zona, habrá que empezar a tramitar, dependiendo de la situación de cada persona, las ayudas pertinentes. En el siguiente diagrama se muestra un posible itinerario de ayuda social.







Conviviendo con mis limitaciones

En este apartado, se incluyen una serie de recomendaciones sobre cómo afrontar mejor el día a día con las posibles secuelas del ictus. Están elaboradas a partir de consejos de pacientes y personas cuidadoras, así como de profesionales expertos/as en rehabilitación tras un ictus.

4.1. ¿CÓMO ACTUAR CUANDO TODO VA COMO A CÁMARA LENTA?

Una secuela muy frecuente es **el enlentecimiento para procesar la información**. Es decir, la capacidad de reaccionar a lo que se escucha, de responder a una petición o de planificar el desarrollo de cualquier actividad, es más lenta de lo que era antes del ictus.

Para disminuir los efectos que produce esa lentitud para pensar, hablar o realizar cualquier tarea, hay que tener en cuenta:

| Es “**normal**” que todo vaya más lento, especialmente, en los primeros meses.

| Pensar que los “nuevos ritmos” no son un capricho, por lo que todo el mundo debe **ser consciente del cambio**.

| **Hay que simplificar la información** que se quiere transmitir, de una forma **sencilla y concisa**, pero sin caer en un trato “infantil”.

| **Hay que disminuir la cantidad de información** a transmitir en cada momento.

Es importante adaptarse a los tiempos en dos sentidos: 1) Transmitir la información a una velocidad aceptable: **no hable rápido**. 2) Dejar el tiempo necesario para finalizar cada actividad (habla, movimiento...), así evita la ansiedad y frustración que supone la presión del tiempo.

Transmita **instrucciones de una forma sencilla y concisa**. Si es preciso, utilice ayudas externas que faciliten el seguimiento de la actividad a realizar, paso a paso (por ejemplo, escribir una lista con los pasos que hay que seguir, incluir dibujos que le indiquen cuales son los pasos a seguir, etc.).

Es útil establecer un esquema o guion de cómo realizar una actividad determinada, por ejemplo: ¿Qué tengo que hacer? ¿Cuál es para mí la mejor forma de hacerlo? Identificar los pasos de cómo hacerlo. Ejecutar la actividad y valorar el resultado final (¿ha salido cómo quería o tengo que cambiar algo?)

No realice tareas con mucho ruido o con otros distractores.

Tratar de **mantener un nivel de activación más o menos constante**, es decir, no haga tareas hasta el agotamiento y descanse por largos periodos.

4.2. ¿CÓMO MEJORAR LA CONCENTRACIÓN?

Es otro de los problemas que con mucha frecuencia están presentes tras las lesiones en el cerebro y es necesario entenderlas para favorecer, en la medida de lo posible, estrategias para poder aprender, recordar, etc. Algunos aspectos clave son:

Descansar con frecuencia. Sugerir descanso de unos minutos mientras se realizan las tareas y reiniciar la actividad cuando esté más despejado (por ejemplo, descansos de 5 minutos cada 15 minutos de actividad).

Observar y elegir el momento del día más adecuado para realizar las actividades más complicadas, detectar las señales de cansancio es muy importante para poder rendir en las actividades que se realicen.

Cambiar de actividad para que mantenga el interés por la propia actividad.

Modificar el entorno para **evitar distracciones** cuando está ocupado con alguna tarea que requiera cierto nivel de atención (p.e. quitar la tele o despejar la mesa dónde esté realizando la actividad).

Transmitir **mensajes de estímulo para que vuelva a prestar atención** (por ejemplo, ¿qué es lo siguiente que tienes que hacer?)

Usar ayudas y esquemas. Las listas escritas, instrucciones breves y frecuentes y pasos bien estructurados para realizar una actividad favorecerán su ejecución.

Evitar presionar con el tiempo mientras se está haciendo una actividad.

Fomentar que haga las **preguntas** que necesite y pida las aclaraciones que le hagan falta sobre lo que tiene que hacer para realizar la actividad (“¿qué tengo que hacer?, ¿lo que tengo que hacer es...?”, “no sé qué tengo que hacer después de..., por favor repítemelo”, etc.).

Favorecer el uso **de auto-instrucciones** para mantener la atención (por ejemplo, que se diga con frecuencia “ATENTO” mientras realiza la actividad, que se diga a sí mismo “planifica lo que vas a decir”, “planifica lo que vas a hacer”).

4.3. ¿QUÉ PODEMOS HACER ANTE LA PÉRDIDA DE MEMORIA?

Otra de las secuelas más frecuentes en personas que han sufrido algún tipo de lesión cerebral son los problemas para retener la información nueva, por lo que van a tener dificultades para aprender cosas nuevas o reaprender cosas que ya sabían antes de la lesión. Estos problemas van a generar en mayor o menor medida, problemas para desenvolverse en los diferentes contextos.

Podemos ayudar a poner en marcha estrategias adecuadas para favorecer una mejor adaptación, como por ejemplo:

Observar qué estrategias, qué “**trucos**” se han puesto en marcha y favorezca los más útiles (por ejemplo: está dejando las llaves siempre en un mismo sitio o pone su horario de actividades en el frigorífico...)

Insistir en el empleo de **ayudas externas** (agendas, pizarras, notas recordatorias, alarmas recordatorias...), apoyándonos para empezar en los que usaba antes de la lesión.

Establecer **calendarios personalizados** (diarias, semanales o mensuales) con horarios de actividades, citas, ...

Establecer **“retos” para poner en prácticas los “trucos” o estrategias en diferentes situaciones.**

Reducir la cantidad de información que hay que recordar (a veces, al mínimo, por ejemplo, una sola palabra).

Poner en práctica lo que ha aprendido cuanto antes. Por ejemplo: si aprende cómo se pone la lavadora, ponga una justo después. Dígale lo que tiene que recordar poco antes del momento en el que tiene que recordarlo. **Use la regla: POCO Y A MENUDO.**

Distinguir **lo que es importante de lo que no**, de cara al aprendizaje y la memoria (por ejemplo, quizás sea más necesario que aprenda una receta, que se acuerde de lo que vio el día anterior en televisión).

Organizar y estructurar la información para poder memorizarla.

Organizar el ambiente para **que no haya ruido de fondo ni distracciones** en el momento del aprendizaje (apagar el televisor o la radio, trabajar en una habitación silenciosa, evitar las interrupciones, ...)

Plantear tareas/actividades significativas, que sean interesantes para la persona afectada, simplificando los pasos a seguir.

Pedir que **repita la tarea o la información** que debe recordar **de forma frecuente** para fomentar que lo aprenda.

Modificar el entorno para facilitar el recuerdo:

- Escribir la información importante en una pizarra o similar y que esté bien visible.
- Escoger un lugar fijo para guardar las cosas (monedero, llaves, gafas, etc.) y crear la rutina de volver a dejarlas en el lugar dónde les corresponde.
- Poner etiquetas en algunos lugares para saber que hay dentro de los mismos (por ejemplo, una nota en el mueble de la cocina para indicar que ahí se encuentran las conservas).

Fomentar el **uso de asociaciones** entre ideas o palabras para favorecer su recuerdo.

Usar varias **vías de aprendizaje**/memoria (fotos, videos, cartas...).

Favorecer el **aprendizaje dentro del contexto** donde debe de aprenderse (por ejemplo, enseñarle en la cocina lo que debe recordar en la cocina).

Animar a escribir/grabar por audio un diario, especialmente, de los acontecimientos más importantes.

4.4. ¿CÓMO ACTUAR ANTE LOS PROBLEMAS PARA COMUNICARSE?

Otra de las secuelas más comunes después de un ictus, son las relacionadas con el lenguaje: **expresarse y comprender tanto lo hablado como lo escrito**. Afrontar de manera adecuada esta dificultad es muy importante para poder atender correctamente a las demandas del afectado y, entre otros, evitar el aislamiento y otras consecuencias emocionales (síntomatología ansiógena o depresiva) y comportamentales (agresividad o apatía). Algunas recomendaciones para comunicarse con la persona afectada:

Simplificar la conversación: presentar **una idea cada vez** y no cambiar rápidamente de un tema a otro.

Hablar despacio, pero con naturalidad, **vocalizando** y sin elevar la voz.

No usar **un lenguaje infantil**.

Situarse donde pueda mantener **contacto visual**, puesto que comprenderá mejor si puede ver los labios, mirar la expresión facial, sus gestos, etc.

Tener **paciencia, dar tiempo** a responder, respetando los intentos que hace por hablar y procurando **evitar la tendencia a** hablar por esa persona o **finalizar sus frases**.

Utilizar otras formas de comunicarse para complementar la comunicación, como dibujos, fotos, gestos, sonido o material escrito.

Si no **comprende** lo que la persona afectada ha dicho, ser honesto y animarle a intentarlo de nuevo. **Preguntar** siempre.

	Dificultad severa	Dificultad moderada	Dificultad leve
Guía general	<ul style="list-style-type: none"> • Decir las cosas claras • Ser conciso • Ser directivo y ordenado • Ayudar explicando las cosas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ser claro y breve • Dar ejemplos • Ser directivo • Ayudar a que él/ella dé una explicación 	<ul style="list-style-type: none"> • Hablar con normalidad • Dar descansos si es necesario • Ayudar si es necesario
Atención	<ul style="list-style-type: none"> • Llamar su atención antes de hablar (diciendo su nombre) • Asegurarnos de que nos mira • Decir frases muy cortas • Hablar sólo 1 cada vez • Eliminar distracciones (televisión, radio) • Ordenar la habitación y toda la casa • Hablar pausadamente • Pedir que repita lo que le dijimos • Ser pacientes (puede tardar en responder) 		<ul style="list-style-type: none"> • Repetir las cosas si vemos que no ha entendido • Frases de extensión normal • Reducir distracciones si hablamos con él/ella • Dar tiempo para contestar
Concentración y fatiga	<ul style="list-style-type: none"> • Conversaciones cortas • Descansar si se fatiga • Aprovechar los ratos que está despierto o más activo 	<ul style="list-style-type: none"> • Conversaciones cortas y concretas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer descansos • Bajar el nivel de exigencia y ofrecer ayudas/pistas si vemos que está cansado
Memoria	<ul style="list-style-type: none"> • No dar por supuesto que sabe o se acuerda de cosas que pasaron hace un día o hace 5 minutos • Ser explicativos y repetir las cosas que pensemos que no recordará • Apuntar las cosas en una agenda o libro de memoria 	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar si se acuerda de lo que hablamos; si no se acuerda repetírselo • Dar pistas para que recuerde (empieza por la letra..., estábamos en tal sitio). • Apuntar en una agenda 	<ul style="list-style-type: none"> • Si vemos que pone cara de extrañeza preguntarle si sabe de qué hablamos
Pensamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Hablar de cosas sencillas • Dar ejemplos • Si hablamos de alguien decir su nombre • Hacer frases que sean claras: “¿Me ayudas a ordenar esto?, y NO: ¿Por qué no me ayudas a ordenar?”. “En China comen mucho arroz”, y NO: “Si estuvieras en China comerías arroz” 	<ul style="list-style-type: none"> • No hablar de cosas muy abstractas (el IPC ha subido unos puntos...) • Frases claras: “¡Que graciosa es tu tía María! ¿verdad?”, y NO: “¿Cómo es tu tía!” (sobreentendiendo graciosa y María) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hablar con normalidad • Si hablamos de algo difícil o si oímos una noticia compleja en la radio podemos intentar que él/ella de un ejemplo o que lo explique para comprobar que lo ha entendido. “¿Qué crees que quiere decir eso de A Dios rogando y con el mazo dando?”, “¿Por qué crees que han dicho que...?”

Tabla 2. Estrategias para comunicarse con pacientes con daño cerebral adquirido. Álvaro Bilbao y José Luis Díaz. (2008)

4.5. ¿CÓMO AFRONTAR MEJOR LOS CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO Y DE ESTADO DE ÁNIMO?

Sin duda, después de una situación tan delicada como la que se sufre tras un ictus, se van a producir cambios en el comportamiento, así como “altibajos” emocionales, los cuáles es necesario entender y gestionar. Ante estas dificultades en las relaciones sociales o familiares, momentos de apatía o tristeza, reacciones agresivas o estados de ansiedad es más que recomendable:

Comprender que los cambios de humor, normalmente no van dirigidos contra nada ni nadie, es fruto de la situación que deben afrontar.

Comprender que la lesión cerebral ha podido modificar su forma de reaccionar.

Identificar **y evitar** las **situaciones que provoquen** sistemáticamente un **estado alterado**. Ayudar a identificar en qué situaciones se “dispara”.

Reforzar positivamente cuando se intenta controlar una situación en la que fácilmente se puede “disparar”.

Dejar espacio propio a la persona afectada, ya que se pueden agobiar con tanta protección.

No hay que tratar como a una persona enferma, mejor con tacto y con la mayor naturalidad posible.

Decidir qué comportamientos queremos que aumente, facilítele y ayúdele a que los haga **y recompensar** cada vez que los realice.

Evitar que se obtenga una consecuencia agradable después de que haya hecho lo que queremos eliminar. **No reforzar las conductas a evitar.**

Ignorar, no reaccionar ante los comportamientos detectados para que se dejen de realizar o que se realicen menos veces en el futuro (siempre y cuando esto no conlleve peligro físico para ninguna persona).

Ignorar las explosiones de ira, intentando distraer la atención del familiar hacia otra cosa, más que discutir. No se dejar llevar por la situación dando gritos, insultando, etc. **Una vez que la situación esté más tranquila, hablar** plácidamente de lo sucedido.

Cuando se dé una respuesta inadecuada, corrija de inmediato (siempre con tacto y atendiendo a la situación).

En la medida de lo posible, **manténgase firme y constante** en su postura, desde el principio, **en cuanto a lo que se puede permitir y lo que no.**

Las conductas obsesivas que se repiten una y otra vez solo pueden eliminarse no reforzándolas (que no obtenga una consecuencia agradable para él/ella después de realizar el comportamiento obsesivo) y proponiendo otras actividades más constructivas.

Minimizar la frustración a la hora de afrontar una tarea, interviniendo lo mínimo posible para garantizar la consecución del objetivo.

Buscar actividades que resulten gratificantes, ocupen su tiempo, **fomenten** su independencia y **su autosuficiencia** lo máximo posible, a veces simplemente con eso se pueden evitar otros comportamientos no deseados.

No hay que olvidar que las personas que estén alrededor son un **modelo de conducta** a seguir.

4.6. ¿CÓMO ABORDAR LAS LIMITACIONES PARA DESENVOLVERSE EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO?

Sin duda, actividades cotidianas como el vestido, la higiene o los desplazamientos, se van a ver afectadas en mayor o menor medida.

El objetivo esencial es que la persona afectada alcance el máximo de autonomía para desenvolverse en el ámbito doméstico. Por eso es recomendable dejarle hacer todo lo que pueda, implicando siempre que sea posible el lado afectado (si lo hay).

3.6.1. Recomendaciones en el vestido

Elija la ropa y calzado más fácil de poner y quitar:

- **Ropa:** prescindir siempre que sea posible de botones y/o cremalleras. Por ello, se recomienda disminuir la utilización de camisas y/o chaquetas y sustituirlas por camisetas, jerséis, sudaderas... En caso de utilizar camisas y/o chaquetas, dejarlas abotonadas o cerradas por la cremallera, y ponerlas y quitarlas como si fueran camisetas o jerséis. Otra opción es sustituir los botones y cremalleras por velcros.
- **Calzado:** sustituir los zapatos de cordones por calzado con velcro, o en su defecto, utilizar sólo uno de los cabos para realizar la lazada.

Usar calzadores.

Usar zapatos con suela antideslizante.

Utilizar **ropa cómoda**, prendas amplias y con elástico en la cintura.

Preparar las prendas en el orden en el que se van a colocar (por ejemplo: la camiseta interior, que se pone antes que el jersey, la colocaríamos encima de éste para cogerla antes).

Colocar marcas en el cuello que indiquen con facilidad cuál es la parte de delante y la de atrás, especialmente cuando se trate de prendas lisas.

Comenzar siempre a colocarse la prenda por el lado afecto, y a quitársela por el no afecto, tanto si la persona lo hace de forma autónoma, como si se le asiste.

Realizar la acción de vestirse sentado/a.

4.6.2. Recomendaciones en el aseo personal

Colocar **barras de agarre** junto al inodoro y dentro de la ducha.

Sustituir la bañera por ducha, mejor si es en suelo, si es posible sin plato de ducha.

Tener a mano un **asiento de ducha**.

Eliminar alfombras que puedan hacer de obstáculo durante la marcha, aunque **sí tener una antideslizante para salir de la ducha**.

Tener en el baño un suelo **antideslizante**.

Utilizar dispensadores de jabón en lugar de botellas.

Poner las **fuentes de calor en alto** (radiador de aceite).

Utilizar **esponja con mango** para que, de forma autónoma, se pueda llegar sin dificultad a todas las partes de su cuerpo.

Poner **al alcance de la mano todo lo necesario** para el baño/ducha.

Utilizar **máquinas eléctricas para el afeitado**.

Utilizar **cepillos de dientes eléctricos**.

Colocar los utensilios en estantes cercanos al lavabo para no realizar giros, movimientos o desplazamientos que generen una situación de peligro.

No echar el **cerrojo** de la puerta.

4.6.3. Recomendaciones para realizar las comidas

Para fomentar la autonomía en el momento de la comida:

Usar (en la medida de lo posible) **menaje** (cubiertos, platos, vasos...) **adaptado** para las distintas dificultades motoras de la persona.

Utilizar **utensilios de poco peso**.

Si se utilizan cuchillos, que estén correctamente afilados.

Colocar bajo el plato un **mantel antideslizante**.

En la medida de lo posible, **evitar que el plato y la comida sean del mismo color**.

Mantener lo necesario para la actividad al alcance de la persona afectada. En caso de que la persona necesite asistencia durante la comida, dar los alimentos desde el lado afecto, aunque en los casos de dificultad al tragar, deban entrar en la boca por el lado sano.

Intentar que durante esta actividad el brazo afecto, se encuentre encima de la mesa, colaborando en la medida de lo posible en las distintas tareas, y si no es posible la colaboración, que esté en el área de trabajo, siempre dentro del campo visual de la persona.

Tener un **horario de comidas** más o menos **estable**.

Es necesario dedicar una atención especial a la **disfagia** como posible secuela tras un ictus. La disfagia es una alteración de la deglución frecuente y que pasa en numerosas ocasiones desapercibida. **Es importante conocer algunos signos de alerta de disfagia y detectarla de forma precoz**, como:

Normalmente cuando come...

¿Existe sensación de ardor en la garganta?

¿Últimamente y sin motivo aparente le cuesta tragar determinados alimentos?

Antes o durante las comidas ¿se observa un cambio en el tono de voz?

¿Tose o carraspea durante o después de tragar?

¿Nota que se quedan restos de comida “pegados” en la garganta?

¿Hay dificultad para respirar?

¿Se acude a urgencias por infecciones respiratorias recurrentes?

Algunas **recomendaciones** específicas para esta alteración son:

| Sentarse a **comer con la espalda recta** (90 grados, si es necesario, usar almohadas o cojines).

| **Evitar las distracciones** (TV, radio, instrucciones excesivas ...) y centrarse en la comida.

| **Tragar con el mentón** ligeramente **hacia abajo**.

| **Evitar comidas con diferentes texturas**, mejor con consistencias homogéneas.

| **Tragar en seco**, entre bocado y bocado.

| **Evitar** bebidas gaseosas.

4.6.4. Recomendaciones para el descanso

Evitar asientos muy bajos y blandos, intentando que cuenten con reposabrazos.

Intentar que los diferentes **estímulos** (televisión, puerta de entrada, teléfono...) estén situados en relación al **lado afecto**.

Evitar que la cama sea muy blanda y baja.

Procurar que la persona se levante de la cama por su lado afecto.

Intentar que la mesilla de noche, la ventana, la puerta... estén colocados en el lado afecto.

Evitar alfombras en el suelo, y que la persona camine descalza o con calzado sin agarre, sin supervisión.

Usar **zapatillas** de estar por casa cerradas.

Evitar cables por el suelo.

Poner **protectores de esquina** en los muebles.

Intentar **que la persona** se mueva en la cama y **duerma en distintas posiciones**, también sobre el lado afecto (se recomienda pedir entrenamiento/asesoramiento a un profesional).

Dormir con ropa amplia que no limite los movimientos.

Evitar ropa de cama pesada.

Tener un horario más o menos determinado de descanso (siesta y dormida nocturna).

4.6.5. Recomendaciones para salir a la calle

Cuando la persona afectada sale a la calle, independientemente que salga sola o acompañada, le resultarán útiles estas recomendaciones:

Uso del dinero: mientras no esté garantizado su correcto uso, es recomendable **llevar siempre algo de dinero** para cualquier emergencia.

Salir **siempre con identificación**, DNI, Tarjeta sanitaria y Tarjeta que recoja las patologías.

Parar y **mirar** con tranquilidad **antes de cruzar**. Si puede ser, mejor por un paso peatonal con semáforo.

Llevar **siempre el móvil cargado y sin código de bloqueo**.

Asegurarse de que la persona afectada puede tolerar los **ambientes** ruidosos, cargados, (bares, centros comerciales...).

4.7. ¿CÓMO REALIZAR LOS CAMBIOS POSTURALES?

En los primeros tiempos tras sufrir un ICTUS, suele darse una fase de inmovilidad. Ya desde ese momento hay que iniciar el trabajo con la persona afectada para favorecer su recuperación.

Las complicaciones más frecuentes relacionadas con las parálisis son las posturas anómalas en las extremidades y tronco. Si no se actúa pronto, pueden provocar deformaciones y dolor, como por ejemplo el dolor en el hombro paralizado. También se pueden generar heridas o úlceras por apoyos óseos prolongados o problemas venosos. Estas complicaciones deben evitarse desde los primeros momentos. Para ello, es necesario seguir las siguientes recomendaciones.

Utilice almohadas o toallas, para mantener la alineación de las articulaciones. Habrá que observar si la persona está cómoda o no en dicha postura.

Efectúe **cambios posturales cada 2 ó 3 horas.** Por la noche, se podrán alargar algo más los tiempos en la misma postura, en función de la calidad del descanso nocturno.

Cuando la persona esté tumbada boca arriba (decúbito supino), hay que mantener alineado el tronco. También:

De apoyo al brazo afectado con una almohada que abarque desde el hombro hasta los dedos con el codo estirado o ligeramente doblado y con la palma de la mano apoyada en la superficie.

Para **colocar la mano en una posición que favorezca la función posterior**, se utiliza una toalla de manos enrollada en rulo por la palma de la mano. Los extremos se suben para cruzarlos por el dorso del antebrazo aplicando una ligera tensión y los bordes se fijan bajo el antebrazo con el mismo peso del brazo. De este modo, la mano se quedará en la posición con que utilizamos -por ejemplo- el ratón del ordenador.

Las piernas **se colocan ligeramente separadas**, para evitar que la pierna afectada rote hacia fuera (punta del pie que caiga hacia fuera) colocaremos un rulo de toalla de ducha, a lo largo de la parte externa de la pelvis y muslo para contenerla.

Si la punta del pie cae, **volvemos a hacer un cruzado con un rulo de toalla de manos**, como en la muñeca. Se pasa la zona central bajo la planta del pie, se cruzan por encima del tobillo los extremos y se llevan hacia atrás de la pantorrilla los extremos para fijarlos. Se aplica una tensión para mantener el tobillo a 90º con la pierna.

Cuando la persona esté **tumbada de lado sobre el lateral del cuerpo afectado** (decúbito lateral acostado sobre el lado afecto) hay que tener en cuenta:

Evite esta posición si hay dolor en el hombro.

Coloque un rulo de toalla a lo largo de la parte posterior del tronco para dar un estímulo de tope, evitando que el paciente ruede hacia atrás.

El brazo afecto puede estar estirado o doblado. Pondremos la paletilla (omóplato) hacia delante para que el brazo no quede atrapado bajo el peso del tronco.

La pierna afectada puede estar doblada para aportar mayor estabilidad.

Cuando la persona esté tumbada de lado sobre el lateral no afectado (decúbito lateral acostado sobre el lado sano), hay que tener en cuenta:

Apoye el brazo sobre una almohada, para mantener el brazo a la altura del hombro. Colocamos la mano con el rulo de toalla cruzada como se ha explicado anteriormente.

Apoye la pierna afectada sobre otra almohada por delante de la pierna sana flexionando la cadera y rodilla y manteniendo la pierna alineada con la pelvis.

Cuando la persona está **sentada** (sedestación) tiene gran **importancia la simetría postural**. Se puede utilizar una almohada para estabilizar el lado del cuerpo afectado.

El brazo afectado debe estar a la vista de la persona sobre una almohada o en una mesa por delante. Si utilizamos almohada debe ser lo suficiente larga para abarcar desde el codo hasta los dedos. Evitaremos que cuelgue con el fin de evitar lesiones en la articulación que pueden desencadenar dolor en el hombro.

Los pies, que proporcionan el contacto con el suelo, deben estar bien apoyados.

Se deben mantener las piernas alineadas evitando que la pierna rote hacia fuera igual que en la posición tumbada boca arriba, con un rulo de toalla a lo largo de la pelvis y el muslo.

Para facilitar los **cambios de posición** de la persona, **de estar tumbada a estar sentada o para cambiar de un asiento a otro**, debemos tener en cuenta varios aspectos:

Mueva el cuerpo en bloque, evitando mover primero piernas y luego tronco.

Mantenga el brazo afectado pegado al cuerpo evitando así que quede colgando y evitar tirar de él. Movilice desde el tronco.

En la fase aguda, haga el cambio de la silla a la cama por el lado sano, para hacer la fuerza sobre la pierna sana.

Evite ropa amplia para protegerse de enganchones.

Los zapatos deben ser con suelas hechas de material antideslizante.

Las superficies de apoyo de ambos muebles deben estar a la misma altura y muy próximas entre sí.

Sobre qué **asientos son más recomendables:**

Para sentarse, suele ser mejor utilizar sillas altas, que tengan reposabrazos y un 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.

Evite las sillas con ruedas en las patas y/o giratorias, por su peligro.

Las sillas de ruedas deben tener el freno con una palanca de fácil acceso y manejo por el lado del cuerpo no afectado ni paralizado y que los reposabrazos y reposapiés se puedan levantar o retirar fácilmente.

4.8. ¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES AYUDAS ORTOPÉDICAS?

Las órtesis o apoyos ortopédicos sustituyen una función que el miembro no puede realizar. Un/a profesional es quién tiene que asesorar cuándo y cómo emplearlas, así como supervisar su uso. En caso de utilizarla, suelen emplearse para dar estabilidad o corregir posiciones articulares de los miembros. Las ayudas ortopédicas más usadas suelen ser:

Las **órtesis antiequinas** ayudan a mantener el tobillo a 90°. La más utilizada es la llamada “rancho de los amigos”, pueden estar hechas a medida, pero lo más usual es utilizar las previamente confeccionadas por tallas. Su mayor inconveniente es que fija el tobillo y no permite la flexo-extensión del mismo al caminar.



Si lo que necesitamos es controlar la inestabilidad lateral del tobillo será más conveniente el uso del **air-cast**. Son dos piezas laterales con superficie neumática o gel desde el tercio medio de la pierna hasta abajo, unidas por dos cinchas. Éste, permite la flexo-extensión de tobillo, por lo que mejora la función. Como inconveniente principal, es muy voluminosa y se necesita un calzado amplio.

La espuma interdigital se utiliza entre los dedos del pie para separarlos y alinearlos evitando los dedos en garra.



Una órtesis muy funcional y beneficiosa es el **dictus o foot-up**. Su uso está indicado en casos de caída del antepié por efecto de la gravedad cuando al caminar arrastramos la punta del pie. Está compuesta por una tobillera con cierre de velcro, una lengüeta que se coloca en la parte de los cordones del zapato y una goma elástica que los une. Tiene grandes ventajas, como su facilidad de colocación y ajuste, es muy estético pasando casi inadvertido y se regula a cada persona dependiendo de la tensión y la dirección de sus anclajes. Como desventaja principal es su contraindicación en problemas circulatorios o cuando existe una inestabilidad severa.



La **tobillera anti-varo** la utilizarán pacientes con una ligera inestabilidad. Es una tobillera elástica de una, dos o tres cinchas. Ayuda a mantener el talón en alineación correcta y evita la excesiva inversión del pie, facilitando la flexión dorsal del tobillo. Como inconveniente, al igual que la anterior, estará contraindicada si la persona tiene problemas circulatorios.

Existen **férulas** para mantener la alineación de la **muñeca y mano**. Pueden ser de termoplástica hechas a medida o ya comercializadas con una forma estándar.



En ocasiones, los/as pacientes requerirán el uso de un **cabestrillo** cuando haya problemas de subluxación de hombro u hombro doloroso. Este debe ser sólo utilizado en las transferencias o durante la marcha retirándolo cuando esté sentado y cambiándolo por un cojín o una mesa anterior.

4.9. ¿QUÉ SON LAS AYUDAS TÉCNICAS O TECNOLOGÍA DE APOYO?

Las ayudas técnicas o tecnologías de apoyo, son utensilios, tecnología, dispositivos y, en general, productos desarrollados específicamente para permitir o compensar la ejecución de tareas concretas de la vida cotidiana a aquellas personas con limitaciones funcionales.

A continuación, se presenta una pequeña muestra de la amplia gama de ayudas que nos ofrece el mercado. No obstante, hay que tener en cuenta que todo tipo de ayuda se tiene que ajustar a cada caso en concreto, incluso se puede contemplar la idea de desarrollar una nueva ayuda para cubrir una determinada necesidad.

4.9.1. Ayudas para la alimentación

Cubiertos y vajilla adaptada:

Cubiertos con mango engrosado. Cuando no se dispone de la fuerza necesaria, o la capacidad de prensión idónea para manipular un cubierto de los que usamos en casa. Este tipo de cubiertos, pueden ser adaptados para que vayan hacia distintas direcciones, según las necesidades de la persona.

Cuchillos con agarre ergonómico. Minimizan la fuerza a emplear y facilitan el agarre.

Platos con borde elevado y base antideslizante. Plato que dispone de una de las zonas del plato más elevada de lo usual para facilitar el traslado de los alimentos a los cubiertos. su base antideslizante hace que el plato no se mueva al empujar con el cubierto para atrapar la comida. También podemos adaptar un borde a un plato convencional.

Vasos de poco peso. Vasos que, aunque rígidos, constituyan el mínimo peso posible para la persona, para que tenga la oportunidad de utilizar su mano afectada, aun con fuerza reducida. Evitaremos vasos de plástico de usar y tirar.

Otras ayudas externas para la comida

Cinta ajustable para cubiertos. Cincha ajustable con velcro, que facilita la manipulación de cubiertos (y otros pequeños utensilios, como el cepillo de dientes), cuando no es posible una prensión eficiente.

Asa para botellas. Se adapta a todo tipo de botellas con tapón de rosca, para evitar que la botella se doble o comprima al manipularla con una mano

Manteles antideslizantes. Evitan que el plato se deslice al tratar de manipular cubierto y comida con una sola mano, sobre todo, al apoyar la comida contra el borde para cogerla con el cubierto.

Abridor de botellas (sin fuerza). Facilita la apertura de botellas con tapón de rosca. Necesita del empleo de menos fuerza para abrir distintos tapones, además de necesitar de una prensión menos precisa.

4.9.2. Ayudas para la preparación de los alimentos

Tabla de hemipléjico. Tabla para utilizar en la cocina, que soluciona problemas para la manipulación de alimentos con una sola mano: rallar, pelar, sujetar, cortar, untar... las ventosas en la base, posibilitan su uso sin que se deslice por la superficie.

Abridor manual de tarros. Ejerciendo muy poca fuerza, es posible abrir un tarro con tapa de rosca.

Coge platos calientes. Es la herramienta ideal para la manipulación de platos calientes, cuando se hace difícil manipular con una sola mano, manopla o bayeta sobre plato para no quemarse.

Abridor de latas eléctrico. Con una sola mano es posible abrir una lata de forma sencilla.

Abridor de tarros eléctrico. Abre tarros con solo una mano, sin ningún esfuerzo.

4.9.3. Ayudas para el vestido

Sub medias/calzetín. Utensilio que permite una correcta apertura de la media o calcetín para la introducción del pie cuando no es posible hacerlo con las dos manos, y la sujeción a distancia de la prenda cuando no es posible acercar el pie lo suficiente a la mano.

Calzador. Facilita el calzado del zapato sin necesidad de llegar a él.

Cordones elásticos. Proporcionan el ajuste necesario a los zapatos o zapatillas sin necesidad de hacer lazada.



4.9.4. Ayudas para el desplazamiento

El uso de bastones o muletas para apoyar el equilibrio y la marcha estará indicado cuando mejore la función, pero siempre que se pueda, se prescindirá de ellos para evitar compensaciones. Tienen un uso psicológico beneficioso, ya que cuando se utiliza, se está avisando al resto de transeúntes de nuestro déficit motor o de equilibrio, sintiéndonos más seguros. El apoyo debe estar a la altura del bolsillo del pantalón (aproximadamente a la altura del trocánter mayor). Los bastones nórdicos pueden ser más beneficiosos para evitar cargar el peso dando un simple punto de equilibrio y favoreciendo el enderezamiento del tronco.



Con **los andadores** se aumentará la base de apoyo y con esto la seguridad en la marcha, no obstante, sólo estarían indicados cuando la persona no es capaz de conseguir la verticalidad de ninguna otra forma.



4.9.5. Ayudas técnicas en el baño

Tabla o silla de ducha. Como ya mencionamos en apartados anteriores, es recomendable realizar una adaptación del cuarto de baño, conforme a las necesidades de cada persona, sustituyendo, por ejemplo, la bañera por plato de ducha.

No obstante, también podemos utilizar ayudas como la tabla de bañera, si con ella fuese suficiente. Los asientos para ducha, constituyen una de las ayudas más útiles, eficaces y seguras del baño, y podemos encontrar desde taburetes sencillos o asientos abatibles que se fijan a la pared, hasta las más sofisticadas sillas de ruedas para ducha.



Elevadores de WC. Para facilitar el levantamiento autónomo de la persona del inodoro, cuando existen problemas motores a nivel de miembro inferior o inestabilidad en la bipedestación.



Dispensadores automáticos de jabón: cuando existe dificultad o imposibilidad para la utilización de las dos manos para el uso de dispensadores convencionales, botes o pastillas.



4.9.6. Otras ayudas para la vida diaria

Uso de alarmas, agendas o notas de aviso en el dispositivo móvil para hacer recordatorios puntuales, diarios, semanales... para realizar tareas importantes como tomar la medicación.

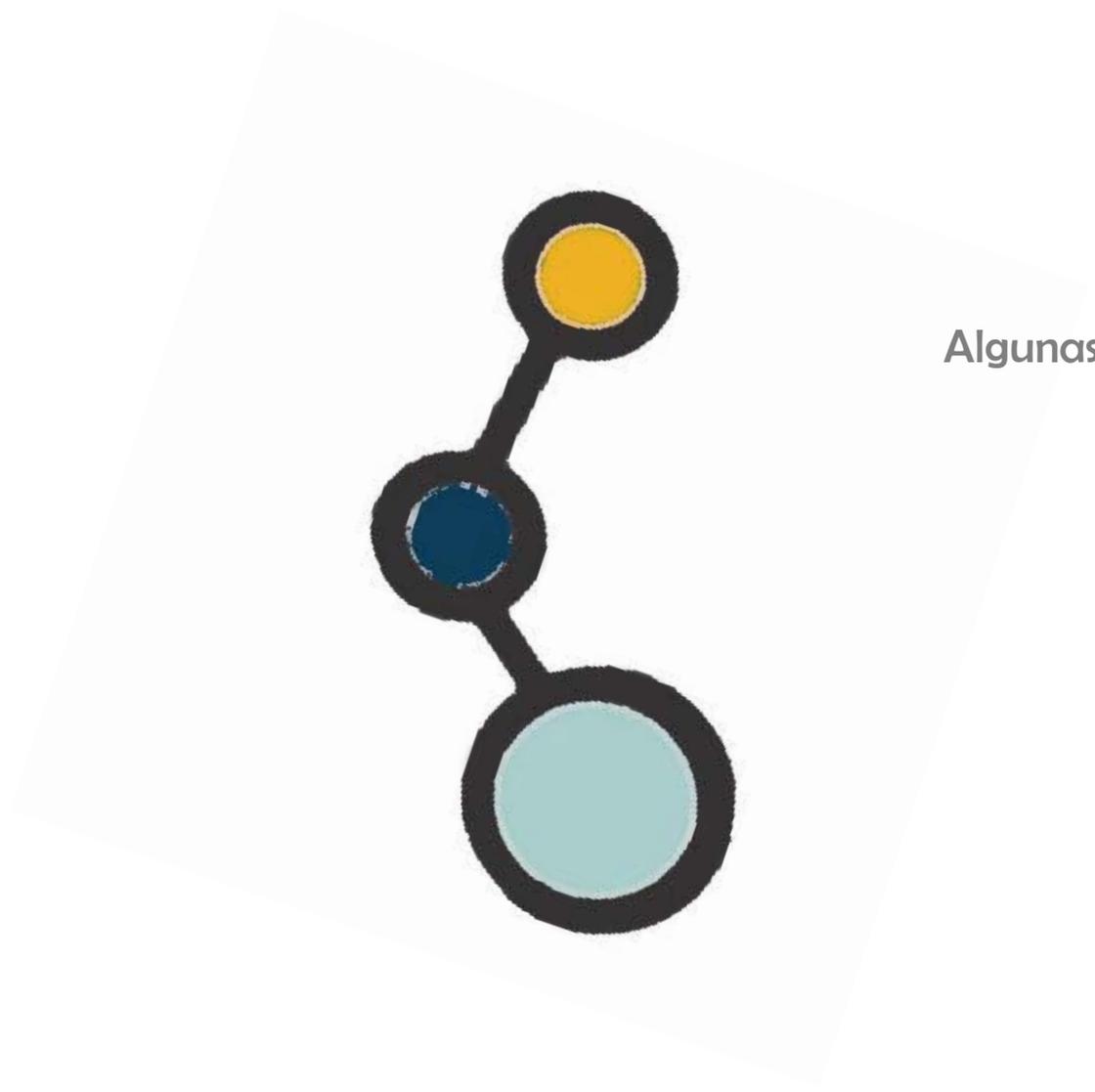
Pastilleros con los días de la semana. Con esta ayuda se puede controlar qué medicación se ha tomado, si cada día se está administrando, sin la preocupación del olvido...



4.9.7. Ayudas para la escritura

Posicionador digital para el lápiz o bolígrafo. Ayuda a mantener la posición de los dedos para facilitar la escritura.





Algunas recomendaciones

5.1. ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA PREVENCIÓN?

Como ya vimos en el apartado 1.4. hay distintos factores de riesgo que influyen en la ocurrencia de un ictus (y de otras enfermedades cardiovasculares). Algunos no son modificables, como la edad, el sexo o la propia biología (enfermedades congénitas). Otros (hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia, obesidad, sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol y otros tóxicos) dependen de en gran medida de nuestros estilos de vida y, por lo tanto, sí son modificables. Podemos intervenir sobre ellos para realizar prevención primaria del ictus (antes de que pueda suceder). Y también podemos intervenir para hacer prevención secundaria del ictus (cuando ya hemos tenido un ictus, para evitar que se repita).

La prevención secundaria es un conjunto de intervenciones y recomendaciones que han demostrado ser eficaces para reducir la progresión, la aparición de nuevos episodios agudos o la muerte por una enfermedad vascular –como el ictus- en las personas que ya padecen esta enfermedad, actuando sobre los factores de riesgo. Algunas tienen que ver con la modificación de los estilos de vida y otras con la toma de medicamentos, pero ambos tipos de intervenciones son igual de importantes.

Las intervenciones preventivas sobre los factores de riesgo son especialmente importantes en las personas que ya han experimentado un ictus, porque en ellas es muy elevado el riesgo de presentar nuevos episodios o de progresión de la enfermedad. Por este motivo, tales intervenciones pueden considerarse más eficaces aún. Para asegurar el seguimiento de estas recomendaciones es fundamental realizar un acuerdo razonado entre las personas afectadas y sus profesionales sanitarios. Aquí presentamos algunas pautas generales a seguir que serán beneficiosas, en cualquier caso.

5.2. ¿CUÁLES SON LAS MODIFICACIONES SOBRE LOS ESTILOS DE VIDA RECOMENDADAS EN LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL ICTUS?

Las modificaciones de los estilos de vida constituyen la base fundamental de las intervenciones terapéuticas en prevención vascular, tanto en prevención primaria como secundaria. En este caso, son al menos tan importantes como los medicamentos.

Fundamentalmente son tres:

- | Realizar actividad física de forma regular.
- | Seguir un patrón de alimentación saludable.
- | Abandonar el consumo de tabaco.

Veamos algunas pautas sobre cada una de ellas.

5.2.1. ¿Cómo hacer mi alimentación más saludable?

El patrón de alimentación que ha demostrado ser eficaz para disminuir la aparición de nuevos episodios agudos en la enfermedad vascular y en el ictus se caracteriza por:

Mayor consumo de verduras y frutas frescas.

Menor consumo de sal.

No consumir **alcohol**, aunque hay controversia en cuanto a los posibles beneficios del consumo moderado de vino tinto.

Menor consumo de grasa total (Tabla 2): Sustituya las grasas saturadas por grasa mono y poliinsaturada que son más saludables. Evite las grasas trans (hidrogenadas).



Tabla 1: Tipos de grasa según su composición de ácidos grasos

Tipo de grasas		Origen
Saturadas		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grasas de origen animal (vacuno, cerdo, piel del pollo, etc) ▪ Lácteos y derivados: leche entera, nata, quesos grasos, mantequilla ▪ Aceites de palma y coco
Monoinsaturadas		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aceite de oliva
Poliinsaturadas	Omega-6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aceites vegetales (maíz, girasol, soja). ▪ Frutos secos, margarinas poliinsaturadas
	Omega-3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pescado azul ▪ Nueces
Trans (hidrogenadas)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bollería industrial ▪ pastelería y galletas ▪ alimentos precocinados

En general, se recomienda la dieta mediterránea tradicional, que es una cocina apetitosa, saludable, fácil de seguir y muy arraigada en nuestra cultura.

Las recomendaciones básicas en cuanto a alimentación saludable que le ayudará a controlar sus factores de riesgo vascular son las siguientes:

A incluir en su dieta habitual:

| Aumente el consumo de **frutas y verduras frescas**. Se recomiendan al menos cinco raciones diarias.

| El **aceite de oliva** es el ideal (mucho mejor que otro tipo de grasas).

| **Alta ingesta de vegetales, legumbres, fruta, frutos secos y cereales.**

| Utilice lácteos desnatados.

| **Mejor pescado que carne** y mejor carne de ave sin piel que carne roja.

A **reducir, evitar o eliminar** de su dieta habitual:

Reduzca el consumo de **sal** como medida general. Si quiere dar más sabor a sus comidas puede hacerlo con ajo, cebolla, pimienta, limón, vinagre, especias y hierbas aromáticas. Reducir el consumo de sal incluye disminuir la ingesta de conservas también.

Evite o reduzca los alimentos ricos en **grasas saturadas**: Leche entera y derivados de la misma, yemas de huevo, carnes rojas grasas, fritos y embutidos.

Evite los **alimentos precocinados y la bollería industrial**.

Evite tomar **bebidas alcohólicas** (hay controversia sobre si es recomendable o no tomar un visito de vino con la comida principal).

Algunas recomendaciones más:

Procure mantenerse lo más **cerca** posible **de su peso ideal**. Para controlar el peso procure pesarse a menudo utilizando la misma báscula, a la misma hora, antes de comer o beber, con la misma o similar ropa y anote el resultado para poder hacer un seguimiento de su peso. Si tuviera que hacer una dieta para perder peso porque tenga sobrepeso, debe consultar con su profesional sanitario para que le oriente y haga seguimiento de la misma.

Mantenga una **dieta variada**.

Coma despacio y masticando correctamente.

Cocine de forma sencilla, procurando que las propiedades beneficiosas de los alimentos no se pierdan. Por ejemplo, coma vegetales crudos (ensaladas) al menos una vez al día, o cocinados al vapor o hervidos en muy poco agua. Así mismo, evite los fritos y las barbacoas (porque se suele “chamuscar” el alimento).

Procure confeccionar **menús compensados**, alternando diferentes grupos de alimentos en la comida y la cena para completar el aporte necesario de nutrientes cada día.

Coma regularmente: no se salte ninguna comida. Es preferible hacer cinco comidas al día no muy abundantes. A media mañana y media tarde puede aprovechar para, por ejemplo, tomar una pieza de fruta.

Intente **disfrutar** su alimentación saludable, pruebe recetas nuevas, hágala divertida, participe en algún blog de cocina saludable... (por ejemplo, el blog de la escuela de pacientes: “Cocinar rico y sano”: <http://cocinar-ricoysano.blogspot.com.es/>)

5.2.2. ¿Cómo adecuar mi nivel de actividad física?

Tener un adecuado nivel de actividad física tiene muchos beneficios para la salud de las personas (Tabla 1), y es un determinante clave del gasto de energía, que es fundamental para regular el equilibrio calórico y el peso corporal.

Tabla 1: Beneficios de la actividad física en la salud

Reduce la probabilidad de tener exceso de peso. Ayuda a controlar el peso y mejora la imagen corporal.
Reduce la probabilidad de padecer diabetes, hipertensión o dislipemias. Si ya están presentes, ayuda a controlarlas.
Reduce el riesgo de presentar algunos tipos de tumores (cáncer de colon y mama).
Reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares, sobre todo la enfermedad coronaria (cardiopatía isquémica).
Reduce el riesgo de padecer enfermedades mentales como la demencia.
Preserva o incrementa la masa muscular.
Fortalece los huesos y articulaciones, haciéndolos más resistentes.
Aumenta la capacidad de coordinación y de respuesta motora, disminuyendo el riesgo y las consecuencias de las caídas.
Mejora la actividad del sistema inmunitario.
Reduce los síntomas de depresión y ansiedad.
Mejora la autoestima

Fuente: Adaptación propia a partir del Plan para la Promoción de la actividad física y la alimentación equilibrada (consejería de Salud, Junta de Andalucía)

Es recomendable realizar diariamente al menos 30 minutos de actividad física moderada. Esta actividad debería ser compatible con los quehaceres diarios, adaptada a la capacidad física individual y orientada al disfrute personal.

En cualquier caso, es especialmente importante evitar el sedentarismo.

Algunas **recomendaciones** para aumentar su nivel de ejercicio físico:

Haga ejercicio **con regularidad**: plantéese **como una rutina habitual** a introducir en su vida, piense qué momento del día y qué días de la semana son los más propicios y establézcalo como una “obligación” placentera. Intente hacerlo al menos 3 ó 4 veces a la semana.

Busque un programa de **entrenamiento ajustado a sus necesidades y capacidades**, asesorado o tutelado por personal especializado, si es necesario.

Elija una **actividad que le divierta**, que le guste y que no le resulta incómoda o difícil. **¡Póngaselo fácil y busque algo que le motive!!!**

Pregunte a su médico o médica sobre el tipo de ejercicio y la intensidad del mismo que usted, teniendo en cuenta su estado de salud, puede practicar.

En cualquier caso, caminar es un ejercicio completo que difícilmente le hará daño. También andar en bicicleta o nadar en aguas templadas son ejercicios suaves y completos. Bailar es asimismo un ejercicio muy saludable y divertido.

Realice el ejercicio acompañado de otras personas. Si es posible, busque un grupo para hacer su ejercicio, al menos, una parte del mismo.

Practique el ejercicio con ánimo de disfrutar y de participar, no de competir. Evite los deportes de competición que le pueden generar estrés.

Realice el ejercicio con ropa cómoda y calzado adecuado.

Debe tomar líquidos o agua antes y después del ejercicio.

Antes de iniciar su ejercicio **caliente un poco los músculos** (con movimientos suaves para estirar y rotar las articulaciones) y después de terminar relájelos.

Acostumbre a controlar sus pulsaciones.

Lleve un diario o registro donde anote sus progresos en la actividad deportiva elegida, eso le motivará.

Si dispone de poco tiempo para realizar ejercicio, procure incorporarlo a su vida diaria poniendo en práctica estas sencillas recomendaciones: sustituya el ascensor por subir y bajar escaleras, dé preferencia a desplazarse caminando en vez de en coche, si utiliza el transporte público bájese una o dos paradas antes de su destino y camine.

Tenga las siguientes **precauciones**:

No practique su ejercicio si no se encuentra bien ni cuando haga mucho calor, humedad o frío.

Evite ejercicios que le causen dolor, molestia, fatiga o mareo.

No haga ejercicio después de comer ni en ayunas.

Evite **actividades** que requerirán aguantar la respiración (ejercicios isométricos), cambiar bruscamente de actividad o coger pesos importantes.

Pare **y descanse si siente cansancio, sudoración, dificultades para respirar, molestias en el pecho, náuseas o mareos**. Si no desaparecen estos síntomas tras el reposo, consulte con profesionales sanitarios.

¡Una vez que incorpore el ejercicio como práctica habitual se encontrará mucho mejor y ya no podrá ni querrá dejarlo!!!!

5.2.3. ¿Cómo evitar los efectos perjudiciales del tabaco?

Abandonar el consumo de tabaco es fundamental para cualquier persona que padezca una enfermedad vascular, así como evitar los lugares donde se fuma y los ambientes cargados de humo.

Los beneficios aparecen de forma inmediata en el caso de la enfermedad vascular. Se ha demostrado que la probabilidad de sufrir un infarto empieza a disminuir desde el primer día después de dejar de fumar, y se reduce a la mitad al año del abandono del hábito.

Incluso, si usted no fuma ha de vigilar este factor de riesgo. Las personas que son fumadoras pasivas pueden acumular también en sus pulmones restos de alquitrán, nicotina y otras sustancias tóxicas que favorecen el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, pulmonares, cáncer y otras.

Cómo dejar de fumar.

Para dejar de fumar tendrá que superar la adicción física a la nicotina y la adicción psicológica que relaciona el acto de fumar con determinados momentos, rutinas o actividades habituales. En cualquier caso, **el requisito imprescindible es querer dejar de fumar**. Ese es el primer paso. En este sentido, algunas ideas que le pueden ayudar son:

No lo aplace, siempre es un buen momento para dejar de fumar. El presente es el mejor momento.

Hable con familiares o personas conocidas **que lo hayan dejado**, seguro que le podrán dar consejos de utilidad.

Busque buenas razones para dejar de fumar. Incluso, ponga dichos motivos por escrito y llévelos siempre consigo, cuando sienta deseos de encender un cigarrillo puede consultar esta lista. En su caso, si tiene una enfermedad vascular, la mejor motivación puede ser recuperar su salud y su bienestar.

Si convive con otras personas fumadoras puede ser buena idea que intenten dejarlo a la vez.

Ponga en juego su **fuerza de voluntad**. La necesitará.

Evite tentaciones, sobre todo al principio: quite tabaco, ceniceros, mecheros de su entorno y evite situaciones que asocia con el consumo de tabaco, si puede.

Modifique algunas de sus **rutinas asociadas al tabaco**. Por ejemplo, si usted siempre fumaba un cigarro después de comer, sustitúyalo por levantarse de la mesa para recoger la cocina o por bajar enseguida a la calle a caminar un rato.

Busque el apoyo de alguien que haya dejado de fumar y, cuando sienta deseos de hacerlo, hable con esa persona.

Otra pequeña motivación puede ser ahorrar el dinero que se hubiera gastado en tabaco, por ejemplo, durante el primer mes sin fumar, y darse un capricho, invertirlo en algo que le haga mucha ilusión.

La **abstinencia** ha de ser **total**: no fume nada, ni cigarrillos, ni pipa, ni puros: nada. Ni uno más.

Si ya ha tenido intentos previos de dejar de fumar, **analice seriamente porqué volvió a fumar**. Quizá así esta vez pueda **prevenir** una posible **recaída**.

Si necesita tener algo entre las manos sustituya el cigarro por otra cosa como, por ejemplo, una pelota antiestrés.

Pida a las personas fumadoras de su entorno que no lo hagan delante de usted.

Comente a toda la gente cercana, familia, compañeros/as de trabajo, amistades... que está dejando de fumar y pídale ayuda.

Una vez que quiere dejarlo y que tiene la motivación precisa, el siguiente paso es hacerlo. Algunas personas pueden abandonar el consumo de tabaco por sí mismas, otras necesitan ayuda. En ese sentido, hay distintas **recomendaciones** que pueden resultar de utilidad:

El personal sanitario que le atiende **le podrá asesorar** y buscarán la mejor forma de ayudarlo. En los centros de salud existen programas de ayuda para dejar de fumar. Así mismo, puede consultar en el Programa de Deshabitación Tabáquica de la Consejería de Salud, a través de un teléfono gratuito, puede llamar al 900 85 03 00 o 902 50 50 60. Existen también servicios especializados para atender a personas que acumulan muchos intentos de dejar el tabaco con recaídas múltiples.

Hay **terapias grupales o individuales** (cognitivo-conductual) que también han demostrado ser eficaces, al igual que algunos métodos expuestos en libros de autoayuda. Aunque sea como soporte de otro tratamiento más complejo.

Es bueno conocer distintos métodos (chicles, grupos de deshabitación, etc.).

Sustituya el tabaco por una **alimentación sana y haga más ejercicio físico**.

Practique **meditación o relajación**, le vendrá bien cuando sienta muchos deseos de fumar.

Si aumenta su sensación de hambre, **beba mucha agua y consuma fruta** y alimentos con pocas calorías. Procure evitar la bollería y alimentos con mucho azúcar.

No se rinda ante una recaída. Es habitual que ocurra antes de abandonarlo definitivamente.

Existen **tratamientos farmacológicos** que hacen más fácil dejar de fumar porque evitan que la persona experimente síndrome de abstinencia. Pregunte a su médico o médica de familia o su farmacéutico/a.

Evite ambientes cargados de humo

Tanto si fuma como si no, debe evitar los ambientes donde haya humo porque respirar dicho humo será igualmente perjudicial. Para ello:

No deje que se fume en casa.

Elija para su ocio lugares libres de humo.

Priorice actividades de ocio al aire libre y aumente su actividad física.

Modifique sus rutinas habituales.

5.3. ¿QUÉ PRECAUCIONES SE DEBEN ADOPTAR CON LA MEDICACIÓN?

La medicación indicada en personas que han tenido un ictus es variable. Suelen ser medicamentos para controlar la tensión alta (antihipertensivos), para regular el espesor de la sangre (anticoagulantes), para regular la glucemia en sangre (antidiabéticos) y medicamentos para el corazón (antiarrítmicos). En general, es medicación que ayuda a mantener el mejor control posible de los distintos factores de riesgo vascular.

Además, es posible que se necesite tomar otros medicamentos, que estén indicados de forma particular en la enfermedad vascular que padezca cada persona.

Una vez revisadas las recomendaciones para la prevención secundaria, es necesario insistir en el cumplimiento terapéutico. Se llama así al seguimiento correcto por las personas de las normas o consejos dados por sus profesionales sanitarios, tanto sobre los estilos de vida recomendados como sobre el tratamiento farmacológico, tras un acuerdo razonado entre ambos, aunque es frecuente relacionarlo solamente con la toma de medicamentos.

El cumplimiento terapéutico relacionado con la toma de medicamentos tiene que ver con la toma de forma regular, mantenida en el tiempo y a la dosis recomendada. Algunos consejos al respecto son:

Tener una **lista** de los medicamentos **a la vista**, en una pared, frigorífico... para recordar los nombres, la dosis, la hora en que tenemos que tomarlos...

Si nos despistamos con el horario, poner una alarma (por ejemplo, despertador) para recordarlo. Podemos pedir ayuda a algún familiar.

Tomar los medicamentos a la **misma hora**, para **crear hábito**.

Usar un pastillero con los días de la semana y horas del día, llenarlo a primeros de semana.

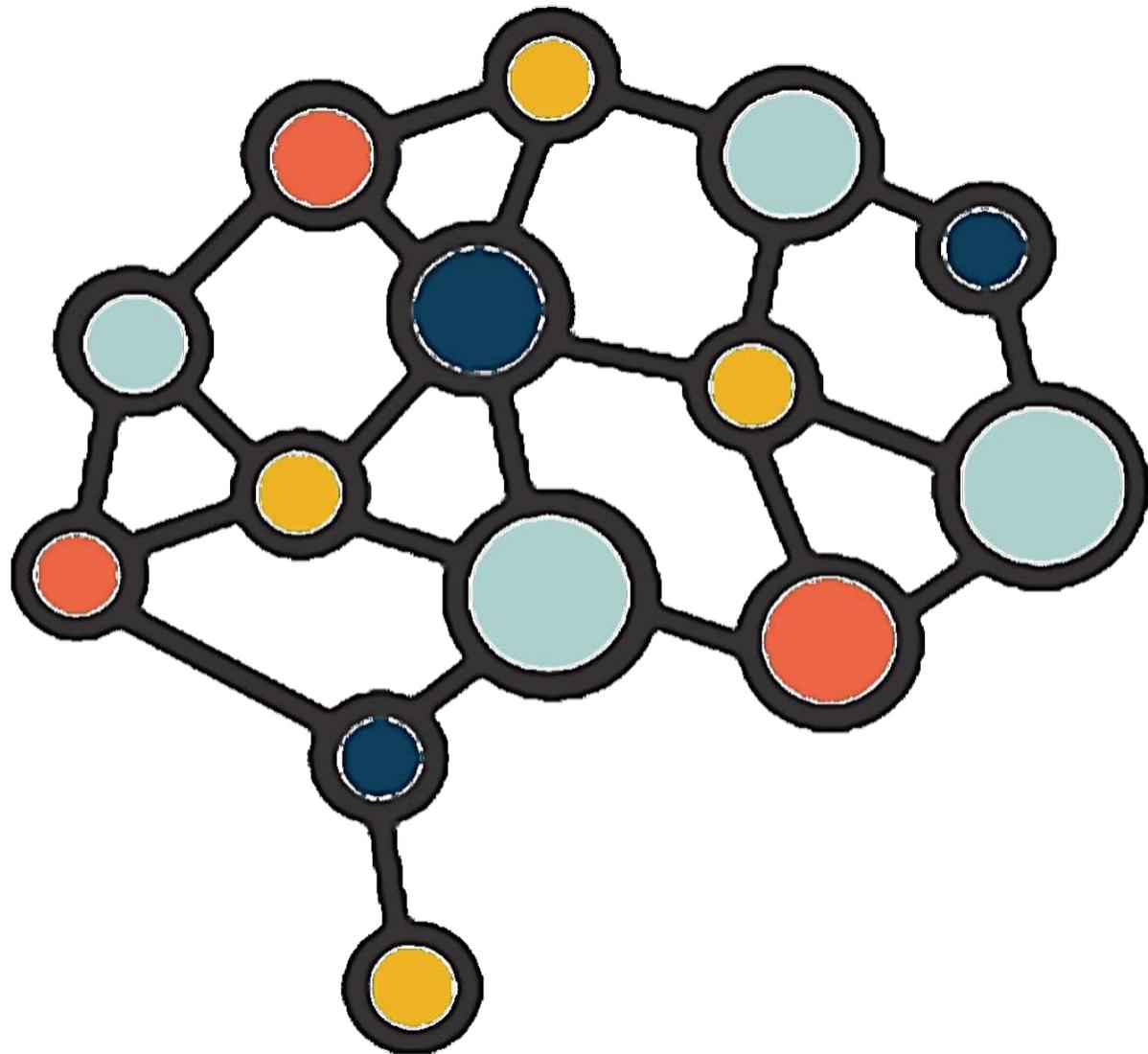
Si alguna vez olvidamos tomar una o más medicinas, no doblar la dosis en la siguiente toma,

No mezclar medicamentos con otros, sin consultar.

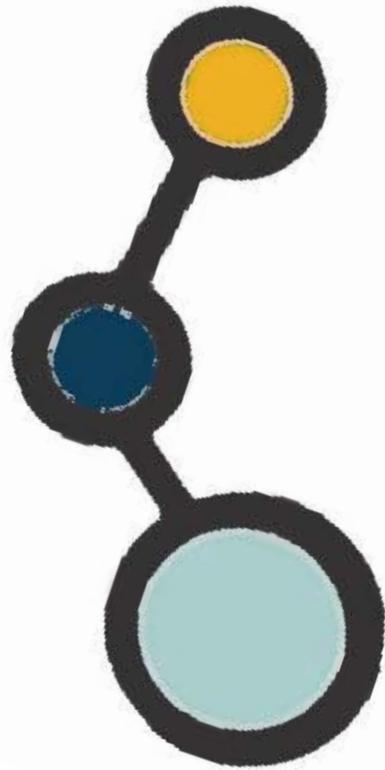
Tener la previsión de no quedarnos sin medicación, ya que algunos fármacos no pueden suprimirse de forma brusca.

Se debe seguir estrictamente la prescripción facultativa de medicamentos. Hemos de pensar que no nos lo han pautado por capricho, sino porque nos hacen falta. Nunca se puede suprimir una medicación o cambiar la pauta (número de pastillas y horario) sin consultar a nuestro/a médico o médica.

Por otra parte, el cumplimiento terapéutico relacionado los estilos de vida saludables, tiene que ver con el seguimiento regular, mantenido en el tiempo, de las recomendaciones sobre alimentación, actividad física y abandono del tabaco.



ANDO TRAS



Cuando la persona que ha experimentado un ictus tienen secuelas, es necesario proporcionarle cuidados. En algunos casos, esta necesidad es breve y temporal, en otros es prolongada, pudiendo extenderse durante años. Cuidar a una persona con limitaciones es una tarea cansada que requiere muchísimo tiempo e implicación emocional. Por eso es preciso que las personas cuidadoras tengan clara la importancia de cuidarse a sí mismas.

6.1. ¿CÓMO FAVORECER UNA BUENA RELACIÓN ENTRE LA PERSONA AFECTADA Y LA PERSONA CUIDADORA?

Para cuidar a una persona que ha experimentado un ictus y tiene secuelas, es necesario partir de algunas ideas claras como:

Asuma los cambios: Lo primero que es preciso hacer es asumir el cambio de vida que se ha producido y ayudar a la persona afectada a asumirlo también. Intente concienciarse de los cambios que se han producido y de los hábitos que deben cambiar también (alimentación, bebida...). Acompañe, siempre que pueda, a la persona afectada en esos nuevos hábitos.

Gestione las Emociones: Favorezca la expresión de las emociones que les provoque la nueva situación, tanto a usted como a la persona afectada. Hablen y comuníquense.

Promueva **la autonomía:** En la medida de lo posible, deje que la persona afectada realice de forma autónoma las actividades cotidianas, como el aseo, comida, vestido, salidas... (o, como mucho, dejarlas iniciadas o planificadas). Préstele atención, sin agobiar, fomentando su

independencia y favoreciendo su recuperación funcional y su autoestima. Fomentar su autonomía será positivo para la persona y también para usted como persona cuidadora.

En las citas médicas: deje que sea la persona afectada quien hable y explique.

Comparta la información: No tenga ningún problema en preguntar o resolver las dudas que se van generando. No oculte información, especialmente, si la persona muestra interés por conocer, responda de forma clara, aunque no alarmista, a sus preguntas.

Consulte y respete su opinión. Incluso, si tiene afectada su capacidad cognitiva, procure consultar su opinión cuando haya que tomar decisiones sobre su proceso de recuperación. Mantenga en lo posible su autonomía para decidir. Si no es posible preguntarle, decida recordando cuáles hubieran sido sus valores y preferencias.

Mantenga su privacidad e intimidad física y emocional. Tanto en las situaciones como el aseo, el vestido, etc., como cuando tenga que comentar con terceras personas algún tema relativo a la persona afectada, procure mantener en todo lo posible su privacidad e intimidad.

Practique la escucha **activa**. **Pregúntele y escuche sus preocupaciones, miedos, intereses, preferencias...** Incluya a la persona -por limitada que pueda estar- en las conversaciones, hágale participe y trátelo como a una persona adulta.

Cuide la autoestima de la persona a la que cuida. Por muchas que puedan ser las limitaciones, anímele a identificar todos los **puntos** positivos en su aspecto y su persona tras el ictus. Ayúdele a cuidar y mejorar su aspecto físico. ¡Facilite que se sienta útil!!!

Cuidar es ayudar. No es hacer todo por la otra persona. ¡Es estimular, acompañar, orientar, proporcionar ayuda...su labor es muy importante!!! Afróntela con cariño, con creatividad, con interés.

6.2. CUÍDESE A SÍ MISMA

La persona cuidadora tiene que tener muy claro que se tiene que cuidar también a sí misma. Si no lo hace, pasado un tiempo, la tarea de cuidar podría repercutir negativamente en su propia salud y, además, es imposible cuidar bien a la otra persona cuando una misma comienza a no estar bien. Para ello, algunas recomendaciones son:

Comparta el cuidado, siempre que sea posible, con otras personas de la familia y con amistades cercanas a la persona afectada. Si esto no es posible, piense la posibilidad de recurrir a ayudas como voluntariado, ayuda a domicilio o personas contratadas.

Pida ayuda cuando sea necesario: No tenga ningún prejuicio ni problema en pedir la colaboración de la comunidad (en bares, tiendas, comunidad de vecinas/os...).

En la medida de lo posible, **haga uso del buen humor**, es una estupenda estrategia para afrontar cualquier situación.

Cuide su autoestima. Sea consciente de la importancia de su labor como cuidador/a. Tenga confianza en su capacidad para hacerlo y hacerlo bien. Valore todo el esfuerzo que hace y todos los aspectos positivos de su función de cuidado.

Busque espacio/**tiempo** para hacer **ejercicio físico**.

Reserve tiempo para sí misma, para realizar alguna actividad que le produzca bienestar. ¡**Tómese un respiro!!** Aproveche tiempos “seguros” (p.ej. cuando la persona afectada esté tranquilamente viendo una película) para realizar otras actividades.

Procure **mantener sus relaciones** sociales y de amistad.

Si **usted** trabaja fuera de casa, intente no tener que renunciar a su trabajo.

Busque apoyo psicológico si lo precisa.

Cuide mucho las relaciones familiares: su relación de pareja, su relación con hijos o hijas... El buen ambiente familiar es básico cuando la familia tiene que asumir el cuidado de uno/a de sus integrantes.

En situaciones de “conflicto” con la persona afectada: no ceda a las “provocaciones” o las “reacciones”, especialmente en situaciones que no tienen ninguna relevancia.

Practique la relajación. Le ayudará a liberarse del estrés.

Recuerde que **tiene derecho** también a decir NO, a enfadarse, a perder los nervios, a equivocarse, a pedir respeto, a mantener su espacio, a decidir sobre su vida.

Busque el **apoyo** de **asociaciones** de pacientes, grupos de iguales, redes sociales o foros relacionadas con los cuidados de personas con daño cerebral, profesionales de referencia.

6. PARA SABER MÁS

Federación Española de Daño Cerebral FEDACE <https://fedace.org>

Federación Española de Ictus: <https://ictusfederacion.es/>

Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral: https://ceadac.imserso.es/ceadac_01/index.htm

Fundación Freno al Ictus | Información, Investigación e Inclusión del Ictus en España.
<https://www.frenoalictus.org/>

AUTORÍA Y REVISIÓN:

Gustavo Cuberos Urbano. Neuropsicólogo. Asociación de Familiares y Afectados por Ictus, NEUROAFEIC. Granada.

María Escudero Carretero. Profesora. Escuela de Pacientes. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Trinidad Baños López. Terapeuta Ocupacional. Asociación de Familiares y Afectados por Ictus, NEUROAFEIC. Granada.

Rocio Caba Funes. Trabajadora Social. Asociación de Familiares y Afectados por Ictus, NEUROAFEIC. Granada.

Marisa Mayorgas Fortis. Logopeda. Asociación de Familiares y Afectados por Ictus, NEUROAFEIC. Granada.

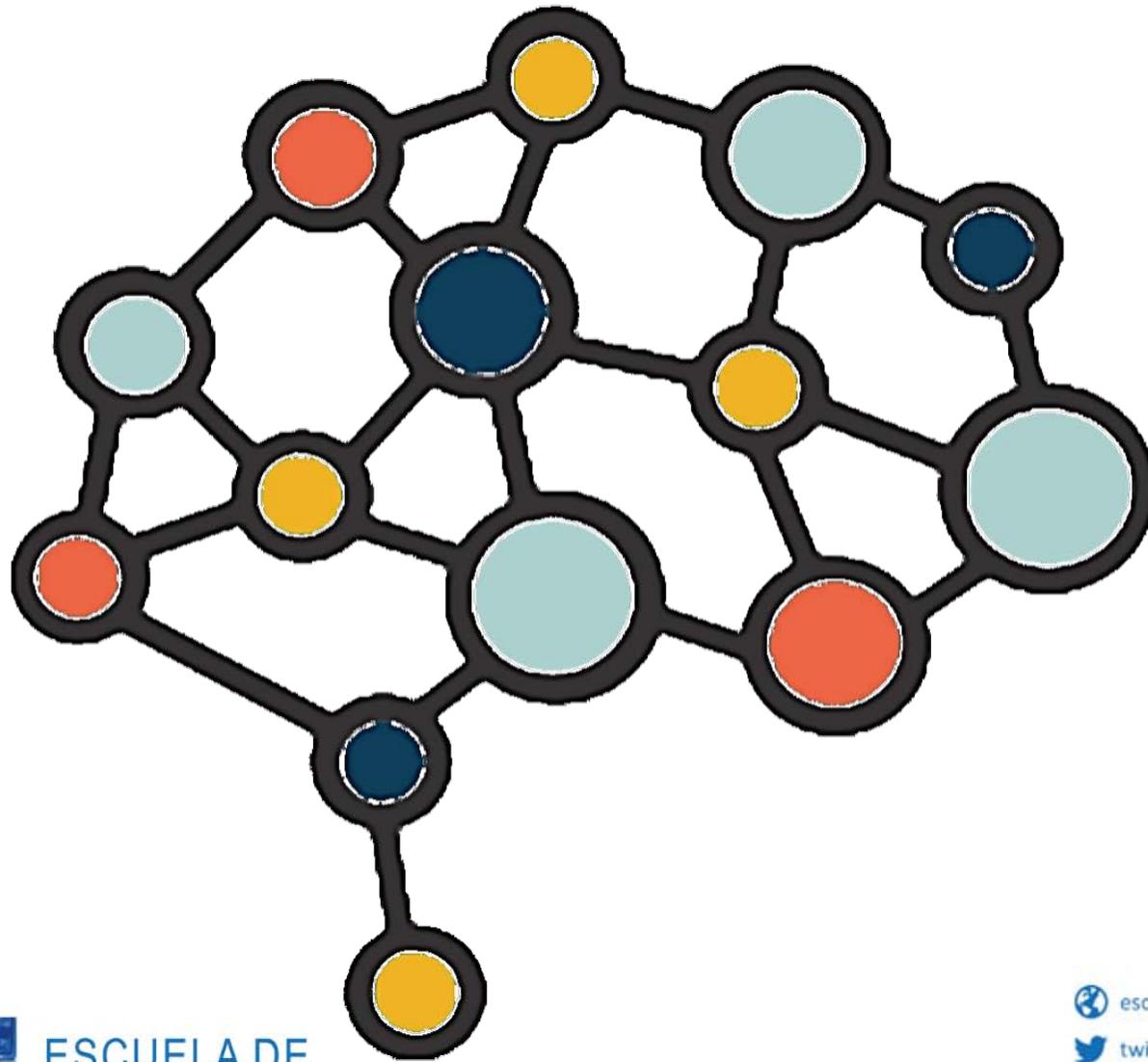
Ana Robles Lanuza. Fisioterapeuta. Asociación de Familiares y Afectados por Ictus, NEUROAFEIC. Granada.

Encarnación Martínez Villalba. Logopeda. Asociación de Familiares y Afectados por Ictus, NEUROAFEIC. Granada.

Macarena Correa Puertas. Logopeda. Asociación de Familiares y Afectados por Ictus, NEUROAFEIC. Granada.

Hugo González Aguado. Fisioterapeuta. Asociación de Familiares y Afectados por Ictus, NEUROAFEIC. Granada.

Marina Herranz Merino. Neuropsicóloga. Asociación de Familiares y Afectados por Ictus, NEUROAFEIC. Granada



ESCUELA DE
PACIENTES

 escueladepacientes.es

 twitter.com/escpacientes

 facebook.com/escuelapacientes

 youtube.com/escueladepacientes
