



CÓMO AFRONTAR EL ICTUS



ICTUS-SEVILLA

ASOCIACIÓN SEVILLANA DE ICTUS

CÓMO AFRONTAR EL ICTUS



DIRECCIÓN

Reyes Valdés Pacheco

EQUIPO DE REDACCIÓN

Dr. Miguel Ángel Gamero García
Dr. Francisco Moniche Álvarez
Dr. José María De la Lama Rincón
Dra. Beatriz Rendón Fernández
Carmen Fátima Ruíz Rodríguez
Almudena Ramírez Cabrales
Cristina Sánchez Palacios
Paula Pino Maraver
Reyes Valdés Pacheco
Laura Peña Medina
Rocío Astolfi Roquette

DIBUJOS

Cristina Sánchez Palacios (ASEM)
Paula Pino Maraver

EDITA

ICTUS-SEVILLA
Avda. de Altamira, 29, Bl. 11- Acc. A 41020 Sevilla
www.ictussevilla.org
ictussevilla@hotmail.com
Tfnos.: 954 25 15 10 - 647 96 69 08

DEPÓSITO LEGAL: SE 1838-2021

ISBN: 978-84-09-34313-3

ICTUS-SEVILLA ISNI

0000 0004 8359 5010

ÍNDICE

PRÓLOGO	6
1. ¿QUÉ ES EL ICTUS?	8
2. FACTORES DE RIESGO	9
3. SÍNTOMAS	12
4. ¿CON QUÉ PRUEBAS SE DETECTA?	13
5. TIPOS DE ICTUS	14
6. TRATAMIENTOS	15
7. PROBLEMAS TRAS EL ICTUS	19
7.1. DISCAPACIDAD:	19
7.1.1. SECUELAS FÍSICAS:	19
A. REHABILITACIÓN HOSPITALARIA	20
B. REHABILITACIÓN FISIOTERAPÉUTICA EN LA ASOCIACIÓN SEVILLANA DE ICTUS	22
7.1.2 TRASTORNOS SENSITIVOS	28
7.1.3 ALTERACIONES DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	29
7.1.4 DISFAGIA	36
7.1.5 REEDUCACIÓN DE ESFÍNTERES	49
7.1.6 OTRAS AFECCIONES COMUNES	51
7.2. PRINCIPALES SECUELAS PSICOLÓGICAS TRAS UN ICTUS	52
7.3. TRASTORNOS NEUROPSICOLÓGICOS	55
8. ADAPTACIÓN SOCIAL A LA NUEVA SITUACIÓN	70

PRÓLOGO

DR. MIGUEL ÁNGEL GAMERO GARCÍA

Neurólogo Unidad de Neurología Vascular
Hospital Virgen Macarena. Sevilla

Afortunadamente ya se ha dejado de considerar al Ictus como una enfermedad frente a la que el médico tenía una actitud nihilista, con escasas perspectivas por tanto de beneficio tras su instauración. No obstante, aún se ha de avanzar bastante en estrategias de prevención, así como mejorar la asistencia sanitaria urgente a estos pacientes.

Un Ictus se produce por la obstrucción o rotura de un vaso sanguíneo en el cerebro, condicionando un daño que puede llevar a secuelas discapacitantes e incluso la muerte. El 80% son debidos a la interrupción del flujo vascular (Ictus isquémico), mientras que el 20% restante se debe a la rotura de un vaso (Ictus hemorrágico).

Cuando se produce es fundamental acudir lo antes posible a un centro hospitalario para ser valorados por un neurólogo y poder beneficiarse precozmente del tratamiento. En algunos casos la clínica desaparece por completo tras minutos u horas, siendo también preciso ser valorados para hacer un estudio dirigido a buscar su causa, e iniciar un tratamiento para reducir la posibilidad de eventos futuros.

No reconocer los síntomas a tiempo retrasa el diagnóstico aumentando entonces las consecuencias negativas para el paciente. Afortunadamente la patología es cada vez mejor conocida por la población.

El Ictus puede presentarse como una repentina pérdida de fuerza o alteración de la sensibilidad en la mitad del cuerpo, dificultad para hablar o para comprender, pérdida de visión en un ojo o de la mitad del campo visual o visión doble, desorientación o inestabilidad.

Se trata de un problema sociosanitario de primera magnitud, ya que es una patología de alta prevalencia y que genera gran parte de la morbi-mortalidad en la población. Conlleva una importante carga personal y familiar. Es la primera causa de mortalidad en la mujer y segunda causa de muerte global en España. Además, es la primera causa de dependencia en adultos y la segunda de demencia.

Es de esperar además un aumento de prevalencia en los próximos años debido al progresivo envejecimiento de la población. Es preciso saber sin embargo que, si bien es más prevalente en personas mayores, como ya hemos expuesto anteriormente, también puede suceder en gente joven.

La instauración brusca del episodio supone para el paciente encontrarse con un repentino e inesperado deterioro físico, y a veces también cognitivo, que en función de su intensidad puede suponer la necesidad de realizar cambios en el modo de vida o de pasar de ser una persona activa a una persona dependiente, con la consiguiente repercusión secundaria en su situación anímica. Además, si precisa de cuidados posteriores, acaba repercutiendo sobre su entorno familiar, que ha de adecuarse y buscar medios para enfrentarse a esta nueva situación.

Un aspecto fundamental para combatirlo es la prevención. Para disminuir la probabilidad de presentar un Ictus es preciso corregir los factores de riesgo, fundamentalmente mediante el tratamiento adecuado de la hipertensión, el aumento del colesterol en sangre, la diabetes, la enfermedad de arterias que irrigan el cerebro, las enfermedades del corazón, o el recuento alto de glóbulos rojos. Deberán evitarse también llevar una vida sedentaria, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol y la obesidad.

El otro punto clave radica en la mejora de la asistencia sanitaria urgente. La dotación hospitalaria de Unidades de Ictus, en las que participa un grupo multidisciplinar de profesionales sanitarios coordinados por un neurólogo experto en patología cerebrovascular ha demostrado reducir la mortalidad y la dependencia funcional de los pacientes.

Por tanto, es necesaria una evaluación precoz y especializada para todos los pacientes y debe ser una demanda social que se llegue a cubrir de forma equitativa a toda la población. Sin embargo, hoy por hoy la implantación de Unidades de Ictus en España es aún insuficiente y desigual, observándose un claro déficit en algunas comunidades como es el caso de Andalucía.

En los últimos años se han desarrollado estrategias terapéuticas de contrastada eficacia como la fibrinólisis intravenosa, que pueden conseguir restablecer la circulación interrumpida. La implantación progresiva de otras técnicas gracias al desarrollo del intervencionismo neurovascular va a permitir adicionalmente ampliar el número de pacientes que se puedan beneficiar de estos tratamientos.

1. ¿QUÉ ES EL ICTUS?

La palabra ICTUS procede del latín y significa “golpe”, “ataque”.

El Ictus es una enfermedad cerebrovascular que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. También se le conoce como Accidente Cerebro Vascular (AVC), embolia o trombosis. Se produce por la disminución u obstrucción del flujo sanguíneo. La sangre no llega al cerebro en la cantidad necesaria y, como consecuencia, las células nerviosas no reciben oxígeno y dejan de funcionar.

Las enfermedades cerebrovasculares constituyen, en la actualidad, uno de los problemas de salud pública más importantes. Son la primera causa de invalidez permanente entre las personas adultas.

Una de cada seis personas sufrirá un Ictus a lo largo de su vida.

En España se estima que cada año 130.000 personas sufren un Ictus, siendo la primera causa de muerte en las mujeres y la segunda en hombres.

En Andalucía más de 21.000 personas padecen un Ictus cada año. Más del 60% de las personas que lo sufren, fallecen o quedan con discapacidad.

Aunque suele afectar más a personas mayores, también puede darse en jóvenes.

La presentación del Ictus está evolucionando en los últimos 20 años hacia una mayor incidencia en jóvenes, detectándose un aumento de un 25% en el número de casos diagnosticados en personas menores de 65 años.

2. FACTORES DE RIESGO

Podemos decir que el riesgo de padecer un Ictus depende de diversos factores, unos intrínsecos y otros extrínsecos.

Entre los factores intrínsecos o no modificables incluimos principalmente, la edad, el sexo, la raza y los antecedentes familiares. Evidentemente, sobre estos factores de riesgo no podemos actuar:

- **Edad:** el riesgo aumenta con la edad. A partir de los 55 años se aumenta más del doble en cada década de la vida.
- **Sexo:** es más frecuente en hombres que en mujeres.
- **Raza:** los afroamericanos tienen un riesgo mayor que los caucásicos, debido, parece ser, a que tienen mayor predisposición a la hipertensión arterial.
- **Herencia genética:** el riesgo es mayor en las personas con antecedentes familiares.

Pero existen otros muchos factores sobre los que sí podemos intervenir, son los que llamamos factores extrínsecos o modificables, entre ellos están:

- **Presión arterial alta o hipertensión arterial:** es el factor más importante y a menudo pasa inadvertida. El objetivo es conseguir cifras de tensión de hasta 140/80. El riesgo se duplica por cada 7.5mmHg de incremento en la presión sistólica.
- **Diabetes:** cuando la glucosa en sangre es alta, favorece el daño de los vasos sanguíneos de todo el cuerpo, incluido el cerebro.
- **Obesidad:** si se tiene un peso por encima del recomendado el riesgo aumenta. La obesidad suele llevar asociada problemas como el colesterol o el sedentarismo y también enfermedad coronaria.
- **Niveles de colesterol altos en sangre:** los niveles elevados de grasas en sangre favorecen su acúmulo en las arterias (ateromatosis) y el riesgo de enfermedades vasculares. La aterosclerosis es la causa principal de estrechamiento de los vasos sanguíneos, llevando al ataque cardíaco y al ataque cerebral.

- **Fibrilación auricular:** se trata de una arritmia cardiaca que es causa de un porcentaje elevado de Ictus isquémicos, por embolismos de trombos que se originan en el corazón. Se asocia con edades avanzadas e hipertensión arterial, siendo el tratamiento los fármacos anticoagulantes.

- **Uso de anticonceptivos orales:** el uso de bajas dosis de estrógenos (<50mg), parece inducir un mínimo riesgo de Ictus cuando se prescriben a mujeres sin factores de riesgo vascular; se incrementa de forma significativa, en mujeres hipertensas, fumadoras o con diabetes. De igual forma, el uso prolongado de los mismos (>de 6 años), puede asociarse a un mayor riesgo, sobre todo en mujeres mayores de 36 años.

- **Hábito de fumar:** el riesgo aumenta tanto en la exposición activa (fumador) como pasiva (fumador pasivo). El tabaco aumenta los niveles plasmáticos de fibrinógeno y otros factores de la coagulación, aumenta la agregabilidad plaquetar y el hematocrito, disminuye los niveles de HDL-colesterol, aumenta la presión arterial y lesiona el endotelio, contribuyendo a la progresión de la aterosclerosis.

- **Uso de drogas:** el uso de drogas intravenosas, cocaína, anfetaminas o marihuana aumentan el riesgo.

- **Inactividad física:** cada vez es más frecuente en nuestro entorno, debido a la vida sedentaria que llevamos. La práctica de una actividad física regular disminuye la presión arterial y el colesterol y, por tanto, disminuye el riesgo.

Hay que destacar que como hemos dicho anteriormente, la presentación del Ictus está evolucionando en los últimos años hacia una mayor incidencia en jóvenes, si bien el Ictus en estos grupos de edad tiene mayor variabilidad que en personas mayores, las causas probablemente más implicadas con el aumento de la incidencia de Ictus en personas jóvenes y de mediana edad son los hábitos de vida poco saludables que afectan a la calidad de vida del paciente.

Es preciso estar pendiente a este diagnóstico ya que se suele pensar que el Ictus no afecta a personas jóvenes y por ello puede ser más difícil reconocer los síntomas de presentación no solo por parte del paciente sino también por parte de su entorno familiar e incluso el personal sanitario, y esto tiene como consecuencia que puede llevar a un retraso del diagnóstico.

Los principales cambios en los hábitos de vida a tener en cuenta para su prevención son:



Evitar **sedentarismo y sobrepeso**: practicar ejercicio de forma moderada.



Evitar **dietas inapropiadas**: intentar llevar una dieta sana y equilibrada.



Controles periódicos de peso, tensión arterial, glucemia y nivel de colesterol.



Evitar tabaco, alcohol y consumo de drogas
(sobre todo cocaína y psicoestimulantes derivados de las anfetaminas).

3. SÍNTOMAS

Los síntomas de un Ictus pueden variar considerablemente en función de la región del cerebro que se haya dañado, dando lugar a la alteración de unas u otras funciones.

Los principales signos de alarma son los siguientes:

- Trastorno de la sensibilidad (acorchamiento o adormecimiento) en cara, brazo o pierna en un lado del cuerpo, de inicio brusco.
- Pérdida de fuerza brusca en cara (boca torcida), brazo o pierna en un lado del cuerpo, de inicio brusco.
- Dificultad para hablar o para entender lo que se está diciendo, es decir trastorno del lenguaje de aparición brusca.
- Trastornos de la visión, de forma súbita (pérdida de visión en uno o ambos ojos o visión doble).
- Sensación de mareo, vértigo intenso, inestabilidad, desequilibrio o caídas bruscas inexplicadas.
- Dolor de cabeza de aparición brusca e intensidad elevada, que puede acompañarse de náuseas y vómitos, incluso pérdida de la consciencia o coma en los Ictus más graves.
- Desorientación o confusión.

En caso de presentar algunos de los síntomas, acudir rápidamente a un centro hospitalario.

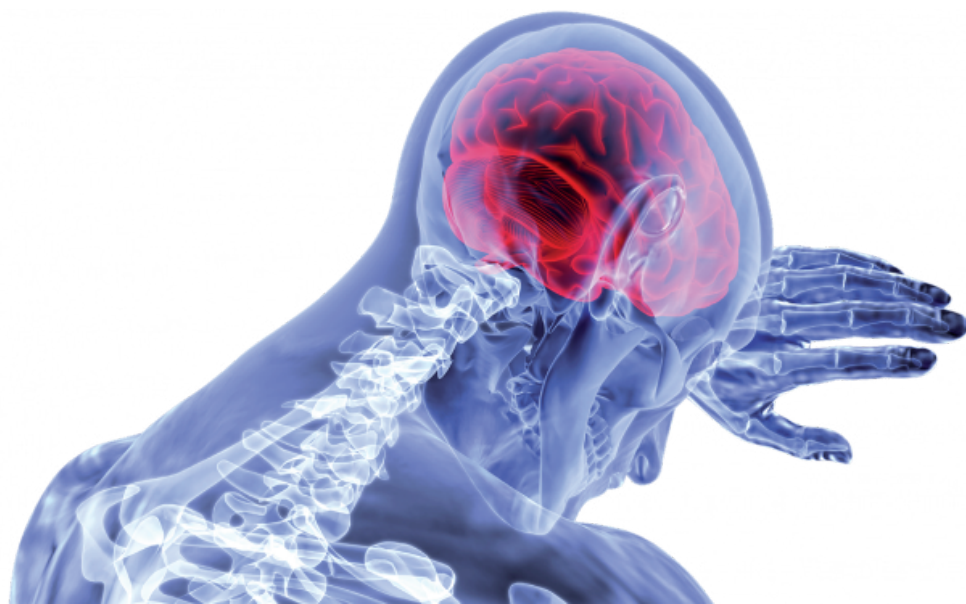
4. ¿CON QUÉ PRUEBA SE DETECTA?

Lo principal es la valoración por el médico (fundamentalmente el especialista en el Ictus que es el neurólogo). Una vez que el médico tiene una sospecha firme de que la persona tiene un Ictus, se deben realizar varias pruebas: análisis de sangre, electrocardiograma, y otras en función de los síntomas.

La prueba fundamental en urgencias es un TAC o escáner cerebral que permite ver el cerebro y decirnos cuál de los dos tipos de Ictus es (isquémico o hemorrágico) y decidir el tratamiento.

El “isquémico” es una obstrucción de un vaso sanguíneo por un coágulo, y en las primeras horas del Ictus puede no verse todavía en el TAC. El “hemorrágico” es una ruptura de un vaso con un sangrado dentro del cerebro y siempre se ve en el TAC desde el principio. Pero el TAC además es útil para descartar que los síntomas no sean por otra enfermedad que en ocasiones puede dar síntomas parecidos (tumores, infecciones, ...). Puede ser necesario realizar un TAC con contraste para estudiar los vasos cerebrales, el denominado “angioTAC”.

Existen otras pruebas, además de las de urgencias, para estudiar mejor la causa del Ictus. Una de las pruebas básicas es la ecografía-doppler: una ecografía del cuello y de la cabeza que estudia si hay algún vaso que tenga una estrechez o estenosis que requiera un tratamiento específico. Otras pruebas como la resonancia cerebral, estudios cardíacos, etc., se realizan en función del tipo de Ictus.

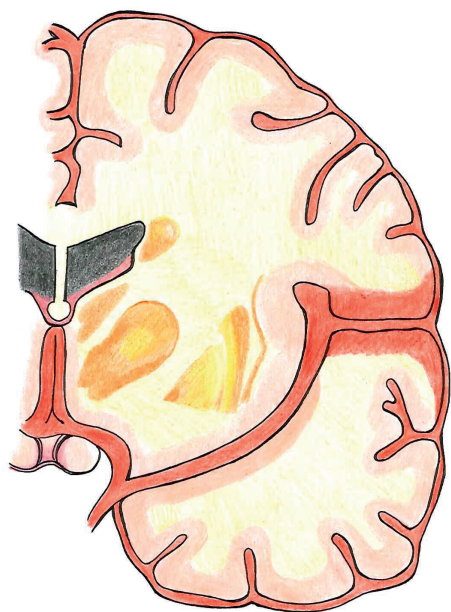


5. TIPOS DE ICTUS

Los tipos de Ictus son:

- **Ictus isquémico:** obstrucción de un vaso sanguíneo del cerebro.
- **Ictus hemorrágico:** rotura de un vaso sanguíneo cerebral.
- **Accidente isquémico transitorio (AIT):** cuando la clínica se resuelve por completo, la mayoría en menos de una hora.

En personas mayores el Ictus isquémico es unas cuatro veces más frecuente que el hemorrágico; en personas jóvenes el porcentaje de hemorrágicos puede llegar hasta un 50%.



ACV Hemorrágico



ACV Isquémico

6. TRATAMIENTOS

El tratamiento es distinto si el Ictus es isquémico o hemorrágico.

En el Ictus isquémico, en la fase aguda lo fundamental es abrir el vaso obstruido, valorando si se cumplen criterios clínicos, analíticos y radiológicos para realizar una fibrinólisis o una trombectomía y en tal caso agilizar el inicio de dichos tratamientos.

En el Ictus hemorrágico, lo fundamental es tratar de evitar un resangrado (aumento de la hemorragia cerebral), controlando la hipertensión y revirtiendo el efecto de medicación anticoagulante en aquellos pacientes que estén anticoagulados.

A pesar de los esfuerzos realizados en los últimos tiempos para concienciar a la población que el tiempo es fundamental en esta patología, menos de un 15% de los pacientes con un Ictus isquémico agudo reciben tratamiento con fibrinólisis intravenosa (tratamiento intravenoso para disolver el trombo), esto se debe con frecuencia al retraso en acudir al hospital desde el inicio de los síntomas. De hecho, para administrar el tratamiento fibrinolítico sólo se disponen por regla general de 4 horas y media desde el inicio de los síntomas.

Además de la fibrinólisis, se ha venido implantando de forma progresiva en algunos hospitales de referencia la trombectomía como tratamiento del Ictus agudo, que supone el mayor avance en los últimos años para hacer frente a esta patología, consiguiendo resultados que superan con claridad a los obtenidos mediante la fibrinólisis. Consiste en realizar una arteriografía cerebral o cateterismo de urgencia para extraer el trombo del vaso que ha obstruido y habitualmente permite tratar pacientes de mayor tiempo de evolución que la fibrinólisis (hasta las 6 horas desde el inicio de síntomas y en algunos casos con más evolución).

En cualquier caso, es vital la rapidez en la valoración y administración de los tratamientos para evitar en lo posible las secuelas del Ictus.

En determinados casos puede ser necesario realizar un tratamiento quirúrgico, bien sea una craniectomía descompresiva o la colocación de un drenaje para evitar el desarrollo de una hidrocefalia obstructiva. Además, en caso de hemorragia subaracnoidea la presencia de un aneurisma cerebral requerirá también su tratamiento mediante intervencionismo endovascular (cateterismo) o mediante cirugía.

En las primeras fases es fundamental el control de los factores que puedan empeorar el pronóstico (control en su caso del edema cerebral y la hipertensión, vigilar nivel de conciencia, así como posibles complicaciones asociadas como transformación hemorrágica, infecciones, crisis epilépticas, trombosis venosa de una pierna por la inmovilidad, etc.).

En caso de Ictus isquémico se deberá instaurar tratamiento antiagregante (como la aspirina) o anticoagulante, según el caso, así como hipolipemiente (para bajar el colesterol), antihipertensivo u otros en función de cada caso.

INFORMACIÓN SOBRE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES

La fibrilación auricular es un tipo de arritmia de gran prevalencia y cuya incidencia aumenta con la edad llegando a suceder en un 17% de personas mayores de 80 años.

Las personas que tienen fibrilación auricular presentan un aumento del riesgo de padecer un Ictus entre dos y siete veces. Además, los Ictus asociados a la fibrilación auricular son más graves, presentan una mayor mortalidad y discapacidad, y el riesgo de recurrencias es mayor.

En consecuencia, la prevención, tanto primaria como secundaria, del Ictus asociado a la fibrilación auricular mediante el tratamiento adecuado es imprescindible.

Hasta hace poco tiempo los anticoagulantes orales disponibles eran dos, los conocidos como antagonistas de la vitamina K: Sintrom y Aldocumar.

Estos fármacos poseen importantes desventajas que limitan su uso en la práctica clínica:

- Requieren controles periódicos de los tiempos de coagulación porque tienen estrecha ventana terapéutica, de manera que si los niveles de fármaco en sangre son altos o bajos pueden dar lugar a hemorragia o a falta de protección frente al Ictus isquémico respectivamente.
- Respuesta impredecible.
- Numerosas interacciones con fármacos y alimentos.

- Comienzo y final de acción lentos: los nuevos anticoagulantes orales no sólo superan estas desventajas, sino que además han demostrado su eficacia frente a los clásicos en la prevención de Ictus y embolia sistémica en los pacientes con fibrilación auricular no valvular, y poseer un mejor perfil de seguridad, en particular con una importante disminución del riesgo de hemorragia intracraneal.

El temor a hemorragias graves ha hecho que los antagonistas de la vitamina K estén infrutilizados, como consecuencia de ello se estima que posiblemente más de la mitad de los pacientes que debían tomarlos no los han estado tomando.

Hoy en día están disponibles cuatro nuevos anticoagulantes: Pradaxa® (dabigatrán), Xarelto® (rivaroxabán), Eliquis® (apixabán), y Lixiana (edoxabán) que han mostrado una relación beneficio-riesgo más favorable que los antiguos en estos pacientes.

Es preciso sin embargo tener en cuenta que no están indicados actualmente por ejemplo en los pacientes que tienen una fibrilación auricular asociada a daño de válvulas cardiacas (como por ejemplo valvulopatías reumáticas).

Estos nuevos fármacos tienen ventajas y desventajas:

• **Ventajas:**

- No necesitan controles periódicos habituales.
- Siempre se toma la misma dosis: Xarelto y Lixiana una vez al día, Pradaxa y Eliquis cada 12 horas.
- No interaccionan con la alimentación.
- Poca interacción con otros medicamentos.
- Son bien tolerados, tienen pocos efectos secundarios.

• **Desventajas:**

- Carecemos de un antídoto específico (salvo para dabigatrán) en caso de precisar su reversión por un problema hemorrágico o por necesidad de cirugía (sin embargo, su vida media corta es un dato a favor).
- Contraindicados en insuficiencia renal grave e insuficiencia hepática.
- Precio más elevado: actualmente las administraciones son reacias a extender el uso de los nuevos anticoagulantes y ponen restricciones para prescribir

estos nuevos fármacos, relegándolos a determinados casos de mal control o mala tolerancia con los anticoagulantes clásicos o bien otros condicionantes que han de ser descritos en una solicitud que posteriormente ha de pasar el paciente por el visado, mientras que para los anticoagulantes clásicos no es necesaria esta supervisión.

Sin embargo, los nuevos anticoagulantes orales han demostrado ser, al menos, tan eficaces como la warfarina en la prevención del Ictus y embolia sistémica en los pacientes con fibrilación auricular no valvular, con un mejor perfil de seguridad, especialmente con un menor riesgo de hemorragias intracraneales. Estos resultados son consistentes tanto en prevención primaria (antes de haber tenido un Ictus por la fibrilación auricular) como secundaria (tras sufrir un Ictus).

Además, teniendo en cuenta las ventajas adicionales que tienen estos fármacos con respecto a los antagonistas de la vitamina K (administración en dosis fijas, no necesitan monitorización, escasas interacciones), los nuevos anticoagulantes orales suponen una alternativa eficaz y segura en la prevención de un primer Ictus, y deberían considerarse como de primera elección en la prevención de las recurrencias en pacientes con fibrilación auricular no valvular que ya han tenido un Ictus o un accidente isquémico transitorio.

En conclusión, para mejorar la supervivencia y el pronóstico funcional, es muy importante:

- Reconocer rápidamente los signos y síntomas del Ictus. Es fundamental acudir cuanto antes al centro hospitalario, para ser valorados por un neurólogo y así reducir el riesgo de padecer secuelas o perder la vida.
- Si quedan secuelas, será preciso poner en marcha un tratamiento rehabilitador, que deberá comenzarse lo antes posible, llevado a cabo por un equipo interdisciplinar compuesto, generalmente, por Neurólogo, Enfermera, Médico rehabilitador, Fisioterapeuta, Logopeda y Psicólogo.

7. PROBLEMAS TRAS EL ICTUS

7.1. DISCAPACIDAD

7.1.1. SECUELAS FÍSICAS

Según datos de 2008 del Instituto Nacional de Estadística, en nuestro país hay más de 365.000 personas con discapacidad secundaria a un Ictus, el 12% del total de personas con dependencia. El Ictus es la tercera causa de discapacidad, por detrás de la artrosis y el infarto de miocardio ¹.

La discapacidad tras un Ictus depende fundamentalmente de la situación clínica previa, del territorio del cerebro que ha sido dañado, de la extensión de la lesión y de la duración de la interrupción del riego sanguíneo. Aproximadamente 40% de los pacientes presentarán limitaciones funcionales a largo plazo, pueden ser complicaciones médicas, musculoesqueléticas o psicosociales.

Dentro de las complicaciones médicas, hasta el 9% de los pacientes puede presentar crisis epilépticas (sobre todo tras una hemorragia cerebral) ². Otros problemas pueden ser la incontinencia urinaria o intestinal, que trataremos más adelante. Otra posible repercusión puede ser deterioro cognitivo (pérdida de memoria, alteración de la atención, de la orientación o de la organización en las tareas) que también puede aumentar la discapacidad y dificultar las relaciones sociales. A veces el paciente no es consciente de alguna parte de su cuerpo o de una parte del campo visual.

Dentro de las complicaciones musculoesqueléticas, además de la parálisis del lado lesionado, durante las semanas o meses posteriores se puede desarrollar rigidez o espasticidad de los miembros afectados, dificultades para caminar o para coger objetos ³. Se puede padecer fatiga o cansancio ante esfuerzos pequeños físicos o mentales, y dificultad para iniciar o concluir tareas que impliquen esfuerzo. También se puede sentir dolor, que puede estar relacionado con la zona paralizada (especialmente el hombro en los primeros meses) pero no siempre, ya que el dolor puede ser de origen central, es decir, derivado de la lesión en una zona concreta del cerebro.

Dentro las complicaciones psicosociales, tenemos ansiedad, apatía para completar una o varias actividades complejas del día a día o problemas para interactuar con otras personas. Esto puede estar relacionado con problemas de transporte y movilidad, con dificultades con la comunicación interpersonal o la fatiga al salir del entorno próximo ⁴. Algunos pacientes pueden tener problemas para controlar los impulsos, cambios de conducta, falta de iniciativa, labilidad emocional, desinhibición o reacciones desproporcionadas a situaciones de la vida cotidiana. Los pacientes pueden presentar sentimiento de tristeza e incluso se dan cuadros depresivos en la cuarta parte de los pacientes ⁵. De hecho, parece que hay relación entre el grado de discapacidad para las actividades de la vida diaria y el riesgo de depresión ⁶.



A. REHABILITACIÓN HOSPITALARIA

La prioridad de un programa de rehabilitación consiste en conseguir que el paciente se adapte a sus déficits y limitaciones, orientado a objetivos para lograr la mejor recuperación funcional posible. La intensidad y la duración del programa estarán relacionadas con la severidad de la discapacidad. Normalmente, los programas de rehabilitación incluyen la rehabilitación física, la terapia ocupacional y, si es necesario, la rehabilitación del lenguaje.

Este programa de rehabilitación se realiza en equipo y debe implicar por un lado a médicos de diversas especialidades, enfermeras de enlace, fisioterapeutas, logopedas, trabajadores sociales y psicólogos, entre otros. Por el otro, el programa tiene en cuenta las circunstancias personales y sociales del paciente y de su entorno, incluyendo sus familiares, cuidador o cuidadores. La implicación del cuidador es fundamental en el proceso de recuperación funcional.

Normalmente, durante el ingreso hospitalario tras el Ictus se realiza una valoración inicial por el médico rehabilitador, incluso es posible que inicie la fisioterapia durante el ingreso, orientada normalmente a evitar o reducir complicaciones. Una vez el paciente está reincorporado en su entorno, se comienza la rehabilitación motora en sala de fisioterapia.

El trabajo de rehabilitación que va a necesitar un paciente se concentra en los primeros meses y variará en función de los objetivos, de la capacidad de recuperación del paciente y de lo grave de su afectación. Es importante una buena comunicación entre el equipo médico y la persona afectada y sus familiares, para consensuar los objetivos y las expectativas. Es positivo estar motivados, pero debemos evitar crearnos falsas expectativas, que nos llevará a frustrarnos, desmotivar o agobiar al paciente.

La recuperación tras el Ictus depende en gran medida de la capacidad del cerebro del propio paciente para activar zonas adyacentes a la lesión e incluso de que otras áreas sanas sustituyan la acción del territorio enfermo (esto se conoce como Neuroplasticidad cerebral) ⁷. En ciertos casos, la propia rehabilitación acelera estos cambios en el cerebro ⁸.

También son importantes el estado de ánimo, la capacidad cognitiva, la motivación y el apoyo social para continuar trabajando en casa, así como tener una vida lo más activa posible. De hecho, los pacientes con Ictus que son capaces de realizar actividad física regular tienen mejor estado de salud y menos discapacidad a largo plazo ⁹.

El proceso de recuperación dura varios meses. En general, se puede observar una mejoría más rápida durante los tres primeros meses, mientras que la recuperación prosigue, de manera más lenta. En general, a los seis meses se habrá alcanzado la estabilidad funcional, y la cognitiva al año ¹⁰. La recuperación puede ser lineal o, menos frecuentemente, escalonada con periodos de supuesto estancamiento ^{11,12}.

A veces vemos una recuperación de los miembros afectados y otras veces, compensamos el déficit para realizar unos movimientos en concreto. Por ejemplo, si no somos capaces de utilizar la musculatura de la mano para agarrar objetos, podemos trabajar con los músculos del tronco, del brazo y del codo para compensar esta limitación.

De todas formas, las circunstancias de cada paciente son únicas, por lo que es muy difícil establecer un pronóstico de las posibles secuelas o de si las habrá.

B. REHABILITACIÓN EN LA ASOCIACIÓN SEVILLANA DE ICTUS

En la Asociación Sevillana de Ictus disponemos de un equipo multidisciplinar y ofrecemos una Atención Integral con servicios para personas afectadas y cuidadores/as que abarcan las diferentes áreas que pueden verse afectadas tras un Ictus (psicólogos, logopedas, neuropsicólogos, fisioterapeutas, etc.).

El proceso de rehabilitación está indicado ante ACV estables o establecidos y se ha de iniciar de forma precoz. Se considera ACV estable si la clínica permanece sin cambios más de 24 horas para los de territorio carotídeo y más de 72 horas para los vertebrobasilares. El ACV establecido o permanente se considera a las tres semanas.

Es muy importante empezar la fisioterapia lo antes posible, ya que es un factor relevante para la recuperación del paciente.

Los objetivos generales en el tratamiento del ACV estabilizado son:

- Prevenir y tratar las posibles complicaciones.
- Mantener y/o recuperar las funciones orgánicas.
- Restablecer las capacidades funcionales perdidas.
- Adaptar las funciones residuales.

El fisioterapeuta realizará una valoración exhaustiva para poder identificar cuáles son las discapacidades y necesidades del paciente. Esta exploración incluye un examen cognitivo, una evaluación de las habilidades funcionales* y una valoración del sistema somato sensorial y músculo esquelético. Los datos resultantes de la exploración serán registrados en una historia clínica. Conforme a esta minuciosa valoración, se elaborarán los objetivos específicos para cada paciente de forma individualizada y se establecerán las metas a corto, medio y largo plazo.

Durante el tratamiento, se miden los resultados para comparar la evolución del paciente respecto a la evaluación inicial.

El tratamiento se basará en una serie de técnicas encaminadas a mejorar los déficits ocasionados. Mediante la estimulación, los fisioterapeutas tratamos las diferentes alteraciones del paciente basándonos en el concepto de plasticidad neuronal. La plasticidad neuronal es la capacidad adaptativa del Sistema Nervioso para minimizar los efectos de las lesiones a través de la modificación de su propia organización estructural y funcional.

Algunas de las alteraciones que pueden tener lugar tras un Ictus son:

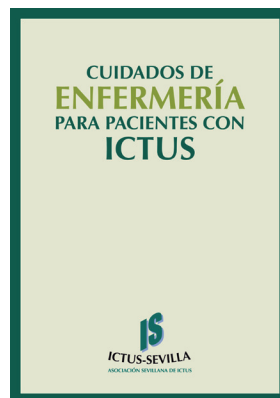
- Alteraciones del movimiento y de la coordinación.
- Alteraciones del tono muscular.
- Alteraciones del control postural y del equilibrio.
- Incapacidad o alteraciones en el patrón de la marcha.
- Alteraciones sensitivas.
- Afectación de la motricidad fina y gruesa de las manos.
- Alteraciones de la musculatura de la cara.
- Alteraciones del lenguaje.
- Trastornos cognitivos.

Son muchas las funciones que pueden verse alteradas tras sufrir un Ictus, en este manual nos centraremos en describir pautas para el manejo de disfunciones que afectan al movimiento y su recuperación.

Es muy importante señalar que una evolución favorable no va a depender exclusivamente de las sesiones terapéuticas que reciba el paciente sino de cómo pase las horas restantes del día, incluida la posición en la que duerma durante la noche. Si se adoptan posturas anormales en períodos prolongados, se aumentará el tono muscular y se perderá amplitud articular. Por lo tanto, la reeducación deberá aplicarse 24 horas al día para lograr el éxito del tratamiento. Así pues, comenzaremos con las siguientes indicaciones que sirven para instruir a los familiares en el manejo del paciente en el domicilio.

Desde la Asociación Sevillana de Ictus se forma a los familiares y/o cuidadores sobre todos los aspectos que son de interés cuando la persona afectada llega a su domicilio, en la fase más aguda de este.

Los familiares y/o cuidadores reciben una atención directa e individualizada de nuestros profesionales, acuden a Cursos de Formación de Cuidadores y se les facilitan nuestras publicaciones “Manual de fisioterapia para pacientes con Ictus” y “Cuidados de Enfermería para pacientes con Ictus” donde pueden encontrar toda la información necesaria.



Indicaciones

Las indicaciones que se describen se van a poner en práctica en el estadio de coma y/o hemiplejia flácida. Habrá que valorar al paciente y determinar, según su estado, si dichas indicaciones van a ser también necesarias en los estadios posteriores. Se abordan los siguientes aspectos:

- **Distribución de la habitación del paciente.**

- **Movilidad en la cama y transferencias:**

a) Fase aguda (sin participación activa del paciente):

- Vuelta lateral en la cama sobre el lado sano.
- Vuelta lateral en la cama sobre el lado afecto.
- Paso de decúbito supino a sedestación.
- Paso de decúbito supino en la cama a sedestación en la silla de ruedas con ayuda de una grúa.
- Paso de sedestación en silla de ruedas a posición de pie con ayuda de un bipedestador.

b) Fase subaguda (con participación activa del paciente)

- Vuelta lateral en la cama sobre el lado afecto.
- Vuelta lateral en la cama sobre el lado sano.
- Paso de decúbito supino a sedestación.
- Paso de sedestación en la cama a sedestación en la silla de ruedas.
- Paso de sedestación en la silla de ruedas a posición de pie.



Ejemplo de vuelta lateral en la cama sobre el lado afecto (fase subaguda)

• **Pautas para colocar al paciente en los diferentes decúbitos.**

a) Pautas para colocar al paciente en la cama

- Decúbito lateral sobre el lado hemipléjico.
- Decúbito lateral sobre el lado sano.
- Decúbito supino.

b) Pautas para colocar al paciente sentado.

- Sedestación en la cama.
- Sedestación en la silla.

EJERCICIOS DE FISIOTERAPIA

La intervención fisioterapéutica no se basará en series de ejercicios aislados, sino en una secuencia de tareas que persiguen un objetivo concreto, encaminado siempre a alcanzar la mayor autonomía en las actividades de la vida diaria por parte del paciente de forma independiente.

Los ejercicios que se van a nombrar a continuación son específicos para conseguir movimientos selectivos que se necesitan en las distintas fases de esta. Podrán aplicarse en todos los estadios de la enfermedad teniendo en cuenta las características individuales de cada paciente, dependiendo si está en la fase flácida, espástica o de secuelas. Se pueden encontrar descritos con más detalles en el “Manual de Fisioterapia para pacientes con Ictus”.

- Ejercicios con el paciente en decúbito supino:
 - Ejercicio para la inhibición de la espasticidad.
 - Ejercicio para el reentrenamiento de la actividad muscular abdominal selectiva.
 - Ejercicio de rotación del tronco.
 - Ejercicios para la extremidad inferior.
 - Ejercicios para la extremidad superior.



Ejemplo de estimulación de la dorsiflexión activa del pie y de los dedos



Ejemplo de ejercicio para la inhibir la pronación del antebrazo



Ejemplo de ejercicio para lograr que el paciente se siente erguido

- Ejercicios con el paciente sentado:
 - Ejercicios de transferencia de peso sentado.
 - Ejercicio de miembro superior y flexión del tronco.
 - Ejercicio para lograr que el paciente se siente erguido.
 - Ejercicio de enderezamiento de la columna.
 - Ejercicio para inhibir la pronación del antebrazo.
 - Ejercicio para activar la extensión de los dedos.
 - Ejercicios de prensión.

- Ejercicios con el paciente de pie:
 - Ejercicio para ponerse de pie.
 - Ejercicio de incorporación.
 - Ejercicios de equilibrio.
 - Ejercicios para el entrenamiento de transferencia de peso sobre las extremidades inferiores de manera alternativa.
 - Ejercicios para la reeducación de la marcha.

- Ejercicios para el paciente en el domicilio:
 - Para evitar la rigidez de hombro.
 - Para evitar la hiperextensión del miembro inferior afecto.
 - Para mantener la supinación del antebrazo (palma de la mano girada hacia arriba).
 - Para mantener la dorsiflexión de muñeca.
 - Para evitar el acortamiento de los flexores de dedos y muñeca.
 - Para prevenir el acortamiento de los flexores de los dedos del pie y del tendón del tríceps sural (tendón de Aquiles).

7.1.2. TRASTORNOS SENSITIVOS

- **Déficits de visión.** En ocasiones el paciente presenta pérdida de visión de la mitad del campo visual (se denomina hemianopsia si es de toda la mitad de uno de los lados o cuadrantanopsia si es más pequeño). En ciertas ocasiones el paciente no es plenamente consciente de la pérdida de visión de una parte del campo visual, lo que puede suponer un riesgo para él y para su entorno.

En un Ictus de un hemisferio cerebral, los ojos presentan una tendencia a desviarse hacia el lado enfermo, por pérdida del control de los movimientos de los músculos que controlan los movimientos de los ojos. Por ejemplo, si el Ictus es del lado izquierdo del cerebro, el paciente permanecerá inicialmente con una tendencia de la mirada hacia la izquierda (junto con pérdida de movilidad total o parcial del lado derecho del cuerpo). A medida que el paciente se recupere, podemos colocarnos en su parte derecha para motivarle a que mire hacia ese lado, así poco a poco iremos compensando esta tendencia.

- **Alteraciones de la sensibilidad,** que el paciente expresa como hormigueo, alteración de las sensaciones o acorchamiento. Este problema se suele presentar en el mismo lado del cuerpo donde se presentan las alteraciones motoras.

En caso de que el paciente presente déficit sensitivo, debemos ser muy cuidadosos y evitar que se produzcan heridas o rozaduras de cualquier tipo, escaras (en caso de que el paciente se encuentre encamado) o quemaduras, ya que el paciente no va a poder sentirlo y cuando lo detectemos podría ser demasiado tarde.

7.1.3. ALTERACIONES DEL HABLA Y DEL LENGUAJE

La comunicación hace referencia a la interacción social, es decir, a la acción y al resultado de comunicarse. Es una acción social necesaria, ya que, si esta no existiese, nadie sería capaz de conocer a fondo el mundo que nos rodea y mucho menos compartir las experiencias propias de cada ser humano con los demás. La ausencia de comunicación nos conduce al aislamiento.

La comunicación es un proceso complejo e implica diversos aspectos: el mensaje que queremos transmitir, su contenido y cómo lo hacemos, la comprensión de lo que los demás nos quieren transmitir, y la ejecución motora del habla por ambas partes.

La comunicación es esencial en la vida, hace que podamos expresar nuestras emociones y compartir experiencias. La ausencia de comunicación nos lleva al aislamiento.

Las alteraciones del habla y el lenguaje a menudo se ven en pacientes que han sufrido Ictus en el hemisferio izquierdo. Pueden aparecer diferentes déficits en estas áreas.

En el cerebro se distinguen dos regiones principales del lenguaje expresivo y comprensivo: el área de Brocca y el área de Wernicke. Pero no se tienen que considerar como únicas responsables del lenguaje ya que es necesario un buen funcionamiento de otras áreas cerebrales.

Cuando se produce una lesión en el área de Brocca se observan más dificultades a nivel expresivo que comprensivo. En cambio, cuando se produce una lesión en el área de Wernicke la comprensión está muy afectada y, por lo tanto, presentan problemas en la comprensión de las diferentes estructuras gramaticales.

Las manifestaciones clínicas más comunes cuando se produce alguna lesión en estas áreas son:

- **Afasia** en sus diferentes afecciones: la persona afectada presenta diferentes alteraciones en la producción y/o capacidad de comprensión del lenguaje en función del área afectada.

- **Parafasias**: la sustitución de un sonido o grupo de sonidos por otros.

- **Anomia:** dificultad para recuperar palabras al hablar, sobre todo para evocar el nombre de los objetos. No tiene capacidad de recuperar el nombre del objeto ni con ayudas (decirle la primera sílaba de la palabra), simplemente la palabra no existe en su memoria.

Cuando se le pregunta el uso de ese objeto, sí es capaz de expresarlo correctamente, lo que nos indica que realmente sí reconoce el objeto, pero no puede llegar a evocarlo.

- **Disnomia:** dificultad para recordar algunas palabras, las personas afectadas intentan solventar el problema con circunlocuciones o rodeos. Normalmente con ayudas fonológicas son capaces de encontrar la palabra adecuada (se le dice la primera sílaba de la palabra).

- **Logorrea:** exceso en la producción de palabras, pero con errores en los elementos sonoros del lenguaje (cambios de fonemas, sílabas y palabras por otros).

- **Perseveraciones:** consiste en la repetición sin sentido y de manera incansable de una palabra o grupo de palabras.

- **Estereotipias verbales:** son sonidos, sílabas o conjunto de palabras que la persona emite repetidamente cuando intenta articular el lenguaje en cualquier situación comunicativa (ej.: la repetición de una sílaba: “co, co, co...”). Con frecuencia, la persona es consciente de que no está diciendo la palabra adecuada; la reproduce reiteradamente, lo cual le genera una gran frustración, ya que todo aquello que trata de expresar queda interferido por esta producción.

- **Síndrome de desintegración fonética:** los fonemas de los sonidos emitidos se ven alterados por una desorganización de la coordinación en los movimientos articulatorios, lo que ocasiona la supresión o la alteración de fonemas.

- **Agramatismo:** dificultad en la organización de los elementos de una frase a nivel gramatical y morfológico.

- **Neologismos:** transformación lingüística en la que se crean nuevas palabras para definir elementos o cosas (ej.: “caramé” por “agua”).

- **Jergafasia:** consiste en la expresión de palabras que no tienen ningún sentido haciendo imposible entender lo que la persona quiere decir.

- **Apraxia bucofonatoria:** la incapacidad para realizar movimientos o secuencias motoras de órganos bucofonatorios.

- **Circunloquios:** es la utilización de muchas palabras para expresar algo que hubiera podido ser dicho con una sola o con pocas (ej.: “se usa para sentarse” en lugar de “silla”). La persona afectada con frecuencia lo utiliza en las fases iniciales para ocultar las dificultades que presenta para evocar objetos (anomia).

- **Palabras ómnibus:** la persona afectada utiliza palabras “comodín” para disimular las dificultades a la hora de nombrar objetos (esto, eso, aquello, ...).

- **Agnosia:** incapacidad para reconocer cosas y personas a pesar de funcionar bien los órganos sensoriales.

- **Agrafía:** pérdida o deterioro de la capacidad para formular lenguaje escrito.

- **Alexia:** trastorno o incapacidad para comprender el significado del lenguaje escrito.

AFASIA

El trastorno comunicativo que con más frecuencia aparece es la Afasia por lo que vamos a detenernos un poco en él.

Las afasias constituyen trastornos adquiridos del lenguaje expresivo y/o receptivo debidos a una lesión cerebral. Salvo excepciones, también se presentan con alteraciones de la lectura y escritura. Son trastornos muy frecuentes en personas que sufren algún accidente cerebrovascular.

Existen distintos tipos de afasias, según el predominio de las alteraciones en una u otra área del lenguaje (expresión, comprensión, repetición y denominación) y los mecanismos lingüísticos conservados:

1. Afasia global o total: es la forma más grave como consecuencia de una destrucción masiva de las zonas del lenguaje. Presenta una afectación muy importante de la expresión y la comprensión verbal. La persona afectada presenta, en la mayoría de los casos, mutismo o emite siempre la misma palabra (estereotipia). La repetición es nula. Los pacientes con este tipo de afasia pueden presentar una actitud de desinterés hacia el entorno y sin intención comunicativa, llegando a mirar con extrañeza cuando se intenta interactuar con él. No pueden hablar y no pueden comprender nada, permaneciendo inexpresivos y ajenos a lo que ocurre a su alrededor.

Cuando la comprensión mejora, pero sin alcanzar los niveles propios de una afasia de Broca, se usa el calificativo de afasia motora mixta. En este caso, el paciente no puede expresarse o lo hace con esfuerzo, pudiendo llegar a recitar alguna serie temporal (días de la semana, meses del año, ...) o numérica básica, así como comprender palabras familiares y expresiones cotidianas como saludos.

2. Afasia motora o de Broca: se caracteriza por una expresión verbal no fluida y disminuida, con esfuerzo para hablar, frases reducidas, alteración de la prosodia y supresión de enlaces gramaticales (agramatismo). La capacidad de repetición está alterada, así como la evocación de nombres de objetos o figuras (anomia). La comprensión del lenguaje hablado es siempre mejor que la producción, pudiendo presentar algunas dificultades para comprender relaciones sintácticas más elaboradas. Por ejemplo, el paciente puede decir alguna palabra y comprende la mayoría de las cosas que se le dicen. La escritura y la lectura también suelen ser defectuosas, con numerosos errores en la ortografía y de omisión de letras.

3. Afasia sensorial o de Wernicke: predominan los trastornos de la comprensión, siendo la articulación y la fluencia normales en la mayoría de los casos. La expresión verbal suele estar aumentada, con cierto grado de excitación y un desconocimiento del defecto por parte del paciente. Aunque la producción oral se realiza sin esfuerzo, con buena articulación y prosodia, predominan los vocablos ininteligibles (transformaciones afásicas o parafasias) que conducen a una jerga difícil de entender y con un contenido vacío. En los casos en los que no se da una expresión excesiva (logorrea) se pone de relieve la falta de vocablos (anomia). También se encuentran afectadas la capacidad de repetición y la denominación. El trastorno de la comprensión es lo más significativo, aunque con una intensidad variable según la gravedad de la lesión. Por ejemplo, el paciente comprende muy mal lo que se le dice y, aunque puede expresarse, resulta difícil de entender por emplear palabras "raras" o inadecuadas, parecido a un idioma extranjero, por lo que resulta difícil mantener una conversación. La lectura y la escritura también están alteradas. Aunque existe capacidad para escribir, estos pacientes se expresan por escrito como hablan, por lo que la escritura suele ser difícil de entender.

4. Afasia de conducción: lenguaje expresivo fluente, con cierta anomia y parafasias, así como una capacidad de repetición alterada. Pueden presentar dificultades para comprender material más complejo. En este caso, los pacientes pueden hablar y comprender con relativa normalidad, pero con algunas pausas al hablar al no encontrar la palabra adecuada o sustituirla por otra que no corresponde, presentando mayores dificultades a la hora de repetir.

La lectura también se encuentra muy afectada, mientras que los grafismos de escritura están preservados, aunque con numerosos errores durante el dictado y espontáneamente.

5. Afasia anómica o nominal: lenguaje expresivo fluente, con normal articulación y estructura, pero con una dificultad en la evocación de palabras (anomia). En la expresión verbal pueden aparecer circunloquios (describir una palabra que no se puede recordar) y palabras generales (emplean la misma palabra para comunicarse). También el déficit anómico puede aparecer sólo en el lenguaje espontáneo, siendo casi normal el nombrar una imagen. Por ejemplo, las personas afectadas tienen la sensación de saber lo que quieren decir o de “tener la palabra en la punta de la lengua”, pero no logran decirla, por lo que explican las características o utilidad del objeto que intentan nombrar. Aunque la comprensión está preservada, pueden presentar dificultades en tareas más elaboradas. En la lectura y escritura pueden aparecer algunos errores, siendo más patente la dificultad para encontrar la palabra adecuada al escribir.

6. Afasia motora transcortical: se caracteriza por un lenguaje expresivo espontáneo muy reducido (no fluente). La expresión se realiza con esfuerzo, siendo lenta y breve. La denominación de imágenes está alterada, mientras que la capacidad de repetición es mejor. La comprensión puede estar relativamente preservada. Estos pacientes hablan muy poco y con esfuerzo, pero repiten mucho mejor. También pueden presentar una expresión escrita reducida, mientras que la lectura oral y la comprensión lectora se encuentran preservadas, aunque pueden estar disociadas, es decir, no suelen comprender lo que leen. Si el cuadro mejora puede llegar a evolucionar a una afasia anómica.

7. Afasia sensorial transcortical: se caracteriza por una disociación entre una buena capacidad de repetición y un defecto en la comprensión de palabras que el paciente puede repetir, es decir, los pacientes no comprenden lo que repiten. La expresión verbal es fluente, en forma de jerga y con predominio de la ecolalia (repetición de las palabras oídas). La comprensión oral suele estar muy afectada. Estos pacientes pueden repetir muy bien, pero no son capaces de entender lo que repiten. La capacidad lectora puede afectarse en diferentes grados y la comprensión escrita suele estar gravemente alterada. La expresión escrita también aparece en forma de jerga difícil de entender, es decir, los pacientes escriben como hablan.

8. Afasia transcortical mixta: preservación de la repetición y una grave afectación de la expresión y la comprensión. La expresión verbal se reduce a ecolalias y no existe capacidad para denominar imágenes. En este caso, los

pacientes no pueden expresarse bien ni comprender, pero pueden repetir, recitar, completar palabras y frases... Tanto la lectura como la escritura y la comprensión lectora se encuentran muy afectadas.

Estos tipos de afasias son los más frecuentes y pueden evolucionar pasando de un cuadro a otro de menor gravedad en función de la mejoría conseguida.

Las consecuencias que produce la afasia son de las más importantes causadas por un Ictus, ya que provocan limitaciones importantes en todos los ámbitos de la persona afectada (personal, social, familiar y económico). Por lo tanto, la adaptación a una pérdida brusca de las capacidades lingüísticas implica numerosos ajustes emocionales y cognitivos, ya que a través del lenguaje las personas canalizan su pensamiento y se comunican con el entorno.

La rehabilitación de una persona afásica tiene como objetivo aumentar las capacidades lingüísticas del paciente y ayudarle a afrontar su nueva situación. No obstante, hay que tener en cuenta la multitud de factores que pueden influir en esta, los propios de la lesión (tipo, localización, etiología, tamaño...), los inherentes a la persona afectada (edad, dominancia manual, sexo...), factores que pueden potenciar el tratamiento como el nivel intelectual y educativo previo, el nivel de lenguaje, la salud general y la motivación hacia la recuperación, etc. Así como otros factores asociados al Ictus como la presencia de déficits cognitivos, sensoriales y motores, y alteraciones emocionales.

El inicio del tratamiento es importante, cuanto antes se inicie mayor será la recuperación, sobre todo durante el primer mes después del Ictus y en el transcurso de los seis meses siguientes. Posteriormente, la evolución decrece, aunque no cesa.

CONSEJOS PARA COMUNICARSE CON UNA PERSONA CON AFASIA

- Hablar a la persona con afasia como a una persona adulta, no como a un niño.
- Siempre que sea posible evitar cualquier tipo de ruido de fondo, como la televisión, la radio u otras personas hablando a la vez.
- Antes de intentar comunicarse asegurarnos de que está prestando la atención.

- Ser paciente y dar tiempo a la persona para hablar y responder.
- Aceptar y apoyar todos los esfuerzos de comunicación del paciente (hablados, escritos, por dibujos o gestos). No exigir que se comunique a través del habla necesariamente. Evitar señalar todos los errores y no corregir constantemente.
- No intentar que pronuncie todas las palabras perfectamente.
- Utilizar un lenguaje sencillo, pero no infantil. Frases más cortas o haciendo pausas frecuentemente.
- Hablar en un volumen de voz normal, la persona con afasia no tiene que tener necesariamente un déficit auditivo y le puede molestar que le griten.
- Utilizar gestos y ayudas visuales (dibujos), siempre que sea posible y necesario.
- Repetir las frases si es necesario.
- Animar a la persona a que sea lo más independiente posible. Dejar que hable en los comercios y con los amigos.
- No ser excesivamente protector o hablar por la persona a menos que ésta se lo pida.
- Siempre que sea posible intentar continuar con la vida normal en el hogar (cenar con amigos, ir a dar una vuelta, etc.).
- No proteger a la persona con afasia de los familiares y amigos, ni ignorarla en una conversación de grupo. Intentar que tanto el paciente como las personas que no suelen estar con él establezcan una relación y comunicación tanto como sea posible.
- Intentar que la persona con afasia se involucre lo más posible en la toma de decisiones del hogar. Sigue teniendo capacidad para pensar y derecho a opinar.

7.1.4. DISFAGIA

Los problemas en la deglución se conocen como Disfagia. La disfagia se define como “una alteración en uno o más componentes del proceso deglutorio desde que colocamos la comida en la boca hasta que llega al estómago”.

Esta dificultad se da con bastante frecuencia en las personas afectadas de un Ictus. Ocurre con más frecuencia en la fase más aguda de la enfermedad. También son más frecuentes las dificultades con líquidos que con sólidos y pueden darse complicaciones para tragar saliva.

Las consecuencias pueden ser más importantes e influir notablemente en el día a día de estas personas afectando a la seguridad en la deglución de líquidos y alimentos y como consecuencia a la nutrición e hidratación.

La deglución es una actividad neuromuscular muy compleja cuyo fin es transportar las sustancias líquidas, sólidas y la saliva desde la boca, pasando por la faringe y el esófago hasta el estómago. Requiere de un alto nivel de coordinación, una adecuada movilidad de los órganos que participan en el proceso y un correcto funcionamiento de los reflejos.

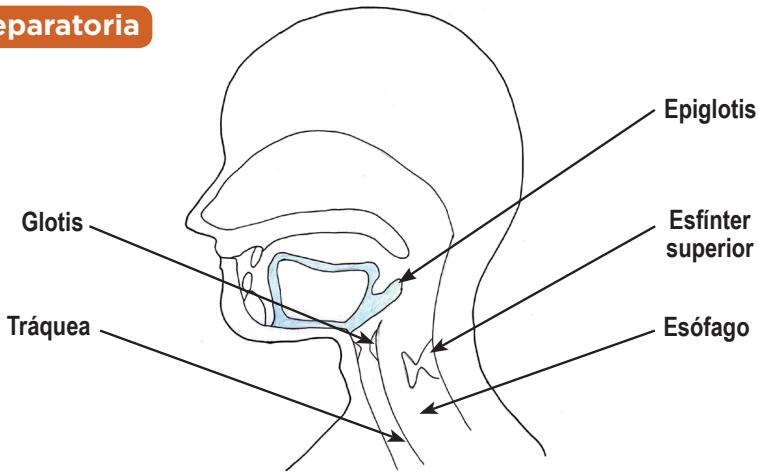
Los niños degluten entre 600 a 1.000 veces al día mientras que los adultos lo hacen más veces, un promedio de 2.500 veces. Las personas mayores suelen tener menos saliva por lo que degluten menos. Así mismo, deglutimos menos cuando dormimos y más cuando estamos hablando y al masticar porque ambas actividades requieren una producción más alta de saliva.

La deglución consta de tres fases, a las que podríamos añadir una primera como fase preparatoria (algunos autores la incluyen y otros no). Las dos primeras son voluntarias y las dos últimas son involuntarias y están controladas de forma automática y refleja:

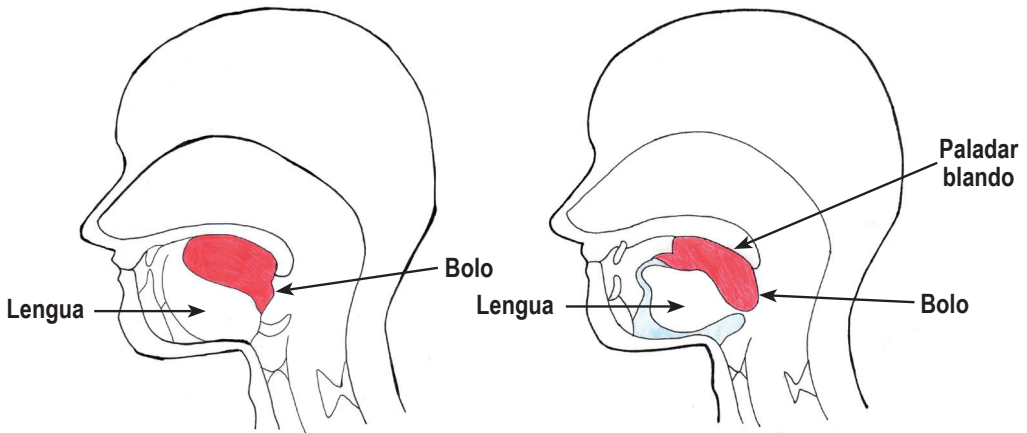
1. Fase preparatoria: se lleva a cabo el cierre labial y se produce la masticación del alimento y preparación del bolo para que sea homogéneo y fácil de deglutir.

2. Fase oral: una vez que está preparado el bolo, se coloca sobre la lengua y se acopla al paladar duro, iniciando movimientos hacia delante y atrás, para que se coloque al final de la boca con propulsión del bolo hacia la faringe. Cuando el alimento o el líquido, junto con el dorso de la lengua to-

Fase preparatoria



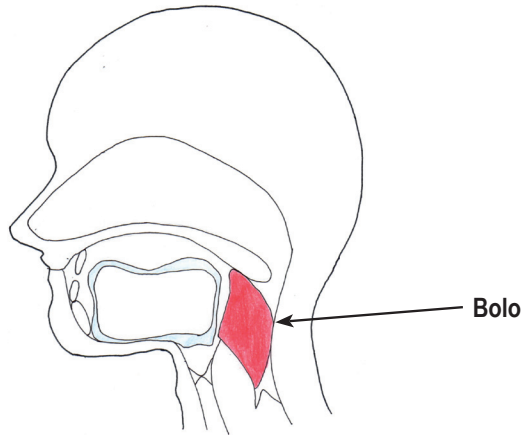
Fase oral



can los pilares anteriores, termina la fase oral de la deglución y se desencadena el reflejo deglutorio, que es involuntario y ocurre en menos de un segundo.

3. Fase faríngea: es el reflejo de deglución mismo. Es la fase más importante porque en ella tiene lugar la protección de la vía aérea y el paso del alimento al esófago. Esta fase es involuntaria y está controlada neurológicamente por la formación reticular junto al centro respiratorio determinando una coordinación entre el centro de la deglución y de la respiración. En esta fase la respiración cesa durante una fracción de segundo previo a que el paladar

Fase faríngea

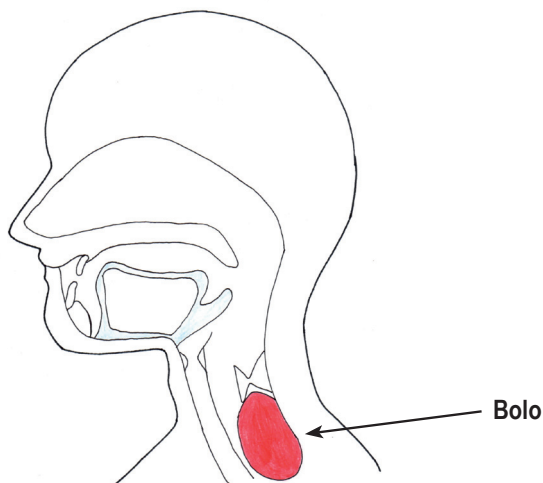


blando se cierre, evitando el pasaje del bolo para la nasofaringe. La pared de la faringe avanza, comprimiendo el bolo contra el dorso de la lengua. En este momento el bolo no podrá subir porque el paladar blando está cerrado, ni volver a la boca porque el dorso de la lengua está impidiendo su paso para la cavidad bucal.

Una vez que ha sido deglutido el bolo, la vía aérea se abre para que la respiración continúe.

4. Fase esofágica: comienza cuando el bolo pasa a través del esfínter esofágico superior. El tercio superior del esófago está formado por musculatura voluntaria e involuntaria, mientras que el tercio inferior está compuesto sólo por musculatura involuntaria. Es esfínter esofágico actúa como una válvula que se abre para permitir el paso del bolo alimenticio al estómago.

Fase esofágica



Todas estas fases de la deglución requieren de adecuado funcionamiento de los reflejos, una buena movilidad de todos los órganos que intervienen en esta y una correcta coordinación con la respiración. Pueden tener problema para tragar incluso la propia saliva, lo que tendrá como consecuencia el peligro de sufrir atragantamientos.

Las señales que nos pueden alertar para darnos cuenta de que la deglución no es la adecuada:

- Dificultad para tragar saliva, provocando en ocasiones un ligero babeo.
- Dificultad para abrir la boca.
- Disminución de la sensibilidad.
- Dificultad en la ubicación del alimento en la boca.
- Inhabilidad para la formación del bolo y para controlar el movimiento del alimento o la saliva en la boca, incluso llegando a expulsarlo o salirse solo.
- Toser antes, durante o después de la deglución con todas o algunas consistencias (líquidos). En ocasiones provocando sensación de ahogo o atragantamiento.
- Con más frecuencia toser casi al terminar o inmediatamente después de comer.
- Alteración en el reflejo tusígeno.
- Enlentecimiento de la masticación con el consecuente aumento de tiempo a la hora de comer.
- Sobreesfuerzo en el momento de la deglución.
- Deglución fraccionada.
- Salida de restos de comida por la nariz.
- Sofocos durante la comida.
- Presentar restos de comida en la boca después de tragar.
- Sensación de retención del alimento en la faringe y necesidad de hacer varias degluciones.

- Cambios en la voz (voz húmeda o mojada). Disfonía.
- Dificultades para manejar la mucosidad en la garganta.
- Exceso o defecto de salivación.
- Febrícula y/o infecciones respiratorias sin causa aparente.
- Pérdida de peso progresiva y signos de desnutrición y deshidratación.
- Disnea.
- Malestar e incomodidad durante la comida.
- Necesidad de aclararse la garganta durante o después de comer o beber.

Debido a las complicaciones que pueden conllevar los problemas de deglución, la detección precoz de los síntomas y la valoración individual será la mejor ayuda para potenciar la seguridad de la persona afectada, pudiéndose aplicar cambios de hábitos y pautas que ayuden a mejorar el problema. Un abordaje multidisciplinar y la realización de diversos métodos exploratorios permitirá abarcar todos los aspectos que están implicados y evitar complicaciones.

Un factor a tener en cuenta que influye y que puede aumentar los síntomas de la disfagia es la fatiga. Sí una persona con dificultad en la deglución además presenta fatigabilidad, aumentarán sus dificultades y se cansará más durante el acto de comer. Al igual que puede sentir debilidad al caminar un trayecto más largo, si tiene disfagia al comienzo de la comida será más fácil, pero a medida que ésta se va alargando y si tiene que masticar mucho, su debilidad aumentará y como consecuencia sus síntomas.

Las complicaciones más frecuentes que se pueden dar como consecuencia de la disfagia son:

- Desnutrición y deshidratación debido a la dificultad de alimentarse adecuadamente.
- Infecciones respiratorias.
- Atragantamientos.
- Dependencia y aislamiento social.

El especialista deberá hacer una valoración de la situación. Posteriormente el/la logopeda podrá ayudar a minimizar el déficit deglutorio adaptando los objetivos e intervenciones a las características individuales de cada afectado/a, a través de ejercicios para el fortalecimiento de la musculatura integrada en el proceso, enseñando técnicas de deglución segura, mejorando la coordinación muscular durante la deglución, enseñando posturas compensatorias para evitar los atragantamientos, técnicas de respiración y le aconsejará sobre los alimentos más recomendados, los líquidos y la consistencia de ambos, así como los consejos para un entorno adecuado. Así mismo, orientará y animará tanto a la persona afectada como a los familiares y/o persona cuidadoras a participar en la intervención, conociendo las dificultades existentes y las estrategias de rehabilitación necesarias con el fin de mejorar y saber manejar estas situaciones.

INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA EN LA DISFAGIA

Vamos a exponer algunos aspectos generales sobre cómo se realiza la intervención logopédica en la disfagia que pueden servir de orientación y consejos prácticos. Si bien hay que tener en cuenta que la rehabilitación en una persona afectada de EM con este tipo de trastornos es mucho más compleja y abarca la atención de un equipo multidisciplinar.

FORTALECIMIENTO MUSCULATURA

El objetivo de estos ejercicios es potenciar fuerza y la coordinación de la musculatura implicada, aumentar la precisión de los movimientos y la estabilidad motriz, la velocidad y el grado de amplitud.

Es recomendable realizar los ejercicios frente a un espejo para que la persona afectada pueda ser consciente de cómo los esté haciendo y rectificar sus movimientos si fuese necesario. Es verdad que hay pacientes que no se sienten muy cómodos realizándolos así, pero mientras que sea posible lo mejor es hacerlo de esta forma.

Los ejercicios deben hacerse de forma continua y repetida. Lo ideal es realizar cada uno en series de 6-8, intentando conseguir la máxima amplitud posible sin que ello ocasione la participación de musculatura compensatoria y algunas molestias.

Se realizan praxias faciales, linguales, mandibulares, velares.

Si la persona presenta falta de sensibilidad en la cara, lengua o labios podemos realizar una serie de masajes de forma más específicos con el fin de estimular la musculatura. Son masajes más específicos que debe indicarlos el profesional. En casa podemos hacer cierta estimulación con la vibración el dorso del cepillo eléctrico. También es importante estimular el interior de la boca, para ello trabajamos con el dedo meñique, introduciéndolo por las mejillas y recorriendo las encías, la lengua, el interior de los labios e incluso la lengua y el paladar.

HIGIENE BUCAL

La higiene bucal es importantísima y esencial de forma general, pero lo es aún más es las personas que sufren disfagia, ya que tener la boca limpia hace que la mucosa esté hidratada, para una correcta salivación y para evitar que los alimentos se peguen a la boca.

Utilizar un cepillo eléctrico nos proporcionará una limpieza más profunda, además como hemos dicho anteriormente, también puede servirnos para estimular la sensibilidad de los dientes, encías y lengua con la vibración de este.

POSTURA

Tanto para realizar los ejercicios como para la ingesta de alimentos y bebidas, la persona afectada de disfagia debe permanecer sentada en una correcta alineación de la cabeza y troco.

Después de cada comida (por ejemplo, antes de echar una siesta) se recomienda permanecer sentado por lo menos 15 min para evitar posibles aspiraciones.

ENTORNO ADECUADO

Las condiciones del entorno ayudarán a que la persona se encuentre más relajada y en un ambiente más adecuado que ayude a la deglución. Hay que tener en cuenta:

- Debemos evitar el ruido y las distracciones, creando un ambiente tranquilo.
- El horario de comidas deberá siempre el mismo y evitar los momentos de más fatiga.

- La persona debe comer sola, siempre que sea posible, bajo supervisión. En el caso de necesitar ayuda, el cuidador deberá sentarse a la misma altura y frente a la persona afectada, anticipando verbalmente cuando le va a dar de comer, lo que le va a dar y enseñándole el contenido.
- La duración de la comida no debe superar, en la medida de lo posible, los 30-40 minutos.

MANIOBRAS DEGLUTORIAS

Las maniobras deglutorias son un “conjunto de estrategias que se aplican para aumentar la seguridad y la eficacia del proceso deglutorio”. Estas maniobras, permiten controlar de forma voluntaria ciertos aspectos de la deglución y consiguiendo así una deglución más segura y eficaz.

El logopeda trabajará en las sesiones la o las maniobras que considere adecuadas y las entrenará paso a paso hasta asegurarse de que la persona adecuada las realiza de forma correcta.

Una maniobra muy utilizada y de fácil aprendizaje es el “descenso de barbilla”, que consiste a la hora de tragar en bajar la barbilla hacia el pecho protegiendo de esta forma el paso del alimento a los pulmones.

MODIFICACIONES EN LA DIETA

La modificación de la dieta y adaptación de los líquidos y/o los alimentos puede ser de gran ayuda para facilitar la deglución. Evidentemente estas modificaciones deberán hacerse siempre como recomendación de los profesionales y bajo su supervisión. La dieta será siempre individualizada y teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

1. Tipo y grado de disfagia.
2. Tolerancia individual a cada textura alimentaria.
3. Hábitos alimentarios.
4. Necesidades energéticas y nutricionales en función de la edad, el sexo y la actividad física.

Las modificaciones deben hacerse tanto en líquidos como en sólidos, por lo tanto, se tendrán en cuenta las viscosidades de los líquidos y las texturas de los alimentos:

Viscosidades de los líquidos

Cuando hay problemas de disfagia los líquidos suelen ser bastante problemáticos y encontraremos ayuda modificando la consistencia de estos. Se suelen utilizar espesantes para lograr una adecuada viscosidad.

Hay diferentes consistencias que se pueden utilizar:

- Líquidos finos: como el agua.
- Néctar: parecido al zumo de melocotón.
- Miel: muy parecida a un yogurt líquido.
- Puding: similar a una crema, gelatina o yogurt.

Consistencia de los alimentos

Los tipos de dietas adaptadas según los parámetros que acabamos de exponer son:

1. Dieta basal: cuando no existen problemas en la deglución y se incluyen todas las texturas y consistencias. Dieta normalizada.
2. Dieta blanda o fácil masticación: cuando aparecen problemas en la masticación, pero no disfagia. En algunos casos se utiliza esta dieta como transición a la dieta basal.
3. Dieta de disfagia o de reeducación de la deglución: hay que evitar alimentos de riesgo y no admite dobles texturas. Permite formar fácilmente el bolo. Requiere una nula masticación o ligera/suave.
4. Dieta túrmix: son purés de consistencia uniforme, homogénea. Reúnen los requerimientos nutricionales completos o enriquecidos.

Es más fácil tragar consistencias homogéneas (sin tropiezos) que se humedecen fácilmente y que se deslizan sin esfuerzo. Por ejemplo: cremas, purés espesados de forma natural (con harina o con patata), el yogur, las natillas, el puré de frutas, la compota, el queso de Burgos, las croquetas, el pescado o las patatas aplastadas.

Alimentos más adecuados

- Texturas homogéneas (cremas, purés, triturados, tortilla, etc.).
- Yogures (sin trozos de fruta), natillas, flan, etc.
- Carnes y pescados blandos cortados en trozos pequeños, si es necesario cohesionados con salsa (tomate, mayonesa). Evitar huesos, ternillas, nervios, etc.
- Pan de molde.

Alimentos desaconsejados (requieren mayor cuidado)

- Texturas mezcladas (pisto de verduras, menestra de verduras, arroz tres delicias, ensaladas, etc.).
- Dobles texturas: por ejemplo, mezclando líquidos con sólidos (ej.: sopas). Lo más recomendable es administrarlos por separado ya que cada uno requiere su tiempo de masticación.
- Alimentos fibrosos (acelgas, espárragos, alcachofas, etc.), que presentan hebras que son difíciles de triturar.
- Legumbres (en caso de disfagia, es recomendable triturarlas).
- Alimentos con piel (alubias, lentejas, garbanzos, pimiento): hay que tener especial ATENCIÓN y triturarlos siempre muy bien.
- Arroces duros (lo que se denominan “que no se pasan”), ya que los granos quedan demasiado sueltos y es fácil que se pierdan en la boca, pudiendo ocasionar atragantamiento.
- Especias que quedan sueltas en las comidas (perejil, tomillo, romero, comino, etc.), es recomendable utilizarlas molidas.
- Frutas que desprenden agua al introducir en la boca (naranja, mandarina, melón, sandía).

Evitar:

Como norma general, evitar alimentos muy secos y crujientes que se desmenuzan y pierden con facilidad en la boca, como:

- Frutos secos.
- Cereales, muesly, texturas muy secas.
- Pan integral o con semillas y pan tostado.
- Cortezas de cerdo (torreznos).
- Patatas fritas chips.
- Jamón serrano duro.
- Quesos duros.

¡¡ ATENCIÓN!!

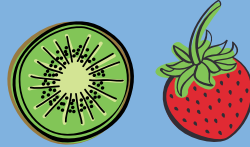
TEXTURAS FIBROSAS

Piña, judías verdes, apio, lechuga, etc.



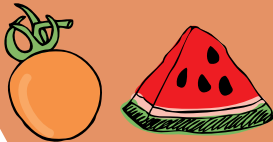
VERDURAS Y FRUTAS CON PIEL Y SEMILLAS

Legumbres, habas, kiwis, guisantes, fresas, uvas, maíz tierno



DOBLE CONSISTENCIA

Cereales con leche, sopa con fideos, naranja, melón, sandía, pan con semillas, etc.



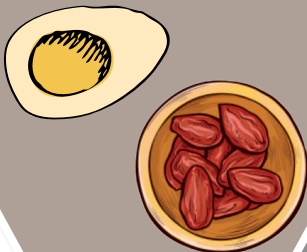
ALIMENTOS QUE SE DESMENUZAN FÁCILMENTE

Pan tostado, hojaldre, empanada, galletas, patatas chips, corteza pan, etc.



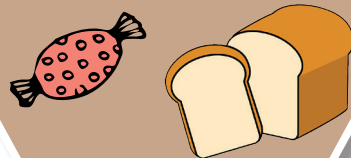
ALIMENTOS DUROS

Frutos secos, etc.



ALIMENTOS PEGAJOSOS

Leche condensada, pan de molde, caramelos, etc.



CONSEJOS GENERALES

La implicación del/la afectado/a y de sus cuidadores, es básica para obtener resultados satisfactorios. Como resumen deberán estar atentos a una serie de condiciones y consejos para mejorar y potenciar la seguridad y eficacia del proceso deglutorio:

- **Ejercicios de fortalecimiento:** practicar los ejercicios que fortalezcan la musculatura y coordinación de la respiración durante la deglución, enseñados y practicados durante las sesiones de logopedia.
- **Entorno:** durante el acto de comer, el entorno y el ambiente debe ser tranquilos, evitando las posibles distracciones.
- **Tiempo:** es necesario disponer de tiempo suficiente para comer sin prisas.
- **Relajación:** la persona afectada debe estar relajada y concentrada en esta actividad.
- **Periodos de descansos:** realizar frecuentes descansos en comidas largas o comer de forma más seguida en periodos más cortos de tiempo.
- **Higiene bucal:** es fundamental tener una adecuada higiene bucal tanto antes de las comidas para mantener la humedad de las mucosas, estimular la salivación y prevenir que los alimentos se peguen; como después de las mismas para evitar que queden restos de comida.
- **Postura correcta:** la postura más adecuada para comer es sentado con la cabeza y el tronco rectos, bien apoyados en el respaldo del asiento y con los pies bien apoyados en el suelo.
- **Flexión cabeza:** es recomendable que la cabeza esté flexionada ligeramente hacia delante en el momento de tragar.
- **Consciencia del acto de tragar:** cuando tragamos algún tipo de líquido o sólido, de forma automática dejamos de respirar durante milésimas de segundos. Si hay algún problema en la deglución tenemos que ser más conscientes del acto de tragar y debemos recordar que siempre que estemos comiendo no se puede hablar, reír, etc., ya que puede provocar más dificultades.
- **Masticación:** se debe masticar de forma tranquila y correcta.

- **Cambios en la dieta:** siempre que sea necesario habrá que realizar cambios en la dieta intentando evitar los líquidos finos (ej.: agua) y alimentos que puedan provocar más dificultades, como son los que mezclan dobles texturas, es decir, mezclan líquidos y sólidos (ej.: naranjas, sopas, melón,...), los secos (ej.: filete), los pegajosos (ej.: miel) o muy pastosos (ej.: croquetas), los que se desmenuzan con facilidad (ej.: bizcochos) y los que dejan en las boca trozos pequeños sin triturar (ej.: frutos secos). Utilizar los líquidos con espesantes y otros que sean más fáciles de tragar (ej.: zumo de melocotón). Con respecto a los sólidos, aquellos que puedan favorecer la deglución como los alimentos semisólidos (ej.: gelatina, puré, ...).

- **Tamaño de los alimentos:** se deben cortar en trozos pequeños y no se debe llenar el cubierto de forma excesiva.

- **Tragar:** no tomar otro bocado hasta que se haya tragado el que está en la boca y que esta esté libre de cualquier residuo.

- **Sabores:** los sabores fuertes o ácidos estimulan la deglución.

- **Temperatura de los alimentos:** es aconsejable alternar alimentos fríos y calientes porque el cambio de temperatura estimula la deglución.

- **Después de comer:** permanecer sentado o de pie después de la comida (no tumbado) durante 30 o 45 min.

Los cuidadores deben estar pendientes de las comidas, observar si hay dificultades y si es así consultar al especialista. Así mismo, deberán recordar los consejos que se le han dado para facilitar el acto de comer y que se produzcan las menos dificultades posibles.

7.1.5. REEDUCACIÓN DE ESFÍNTERES

El daño de los centros cerebrales puede afectar el control sobre la vejiga, dando lugar a alteraciones urinarias como la incontinencia de esfuerzo, incontinencia de urgencia o de stress (al toser, al estornudar), o bien retención urinaria. También se ha descrito la incontinencia funcional, que es la que presenta el paciente con dificultades de movilidad o con barreras físicas que le impiden acceder al baño con facilidad¹³. Si no se trata adecuadamente, al año del Ictus, hasta un tercio de los pacientes todavía puede presentar cierto grado de incontinencia urinaria¹⁴.

Normalmente estos problemas son transitorios y se suelen resolver a lo largo de los primeros meses. Incluso, durante el ingreso hospitalario puede ser necesario el uso de una sonda intravesical. Pero a largo plazo la sonda sólo debe plantearse como último recurso. Una vez el paciente controle mejor la orina, es importante que procedamos a la reeducación de la micción.

Algunos **Consejos** para personas afectadas de incontinencia urinaria, especialmente con gran limitación de la movilidad o funcional:

- Desde el principio anime a la persona que ha sufrido un Ictus a que avise si siente la necesidad de orinar.
- Organice el entorno. Mantenga la máxima intimidad posible. Que la persona se sienta tranquila, cómoda y sin prisa.
- No dé importancia a las pérdidas ocasionales.
- Procure que mantenga una rutina de micción, todos los días a la misma hora, preferiblemente después del desayuno o la cena.
- Pídale que acuda al baño siempre que sienta necesidad, aunque el vaciado sea mínimo.
- Evite que tome líquidos antes de acostarse.
- Establecer un ritmo estable, ofreciendo la “botella” o la “cuña” antes de que el paciente sienta la necesidad de miccionar, que será habitualmente cada 2-3 horas.

- Estar siempre pendiente a las señales que indican la necesidad de orinar y ofrecer la botella o la cuña.
- Si el paciente no es capaz de comunicarse habrá que valorar signos de alarma como movimientos del abdomen, cara de enfado, nerviosismo, o sudoración.
- Debemos animar al paciente a sentarse en el WC en cuanto pueda para orinar.
- Facilitar la micción antes de acostarse para dormir y dejar al lado de la cama un andador por si el paciente necesitara levantarse al baño.
- Su médico valorará la posibilidad de reeducar la vejiga que podría incluir el tratamiento farmacológico.
- En caso de incontinencia hay que estar muy pendiente de la higiene correcta de la piel y mantenerla siempre limpia y seca, procurar no usar pañal durante todo el día, intentando limitarlo a uso nocturno si es posible.

Las alteraciones intestinales también son un problema frecuente después de un Ictus, tanto en forma de incontinencia fecal como de estreñimiento crónico. La incontinencia fecal afecta a la mitad de los pacientes en la fase aguda de un Ictus, y al 11% tras un año¹⁵. En el caso de los problemas intestinales, tras el Ictus suelen ser resultado de factores tales como la inmovilidad, la disminución de la ingesta de líquidos y una dieta inadecuada, más que directamente debidos al Ictus.

Algunos **Consejos** para personas con alteraciones intestinales:

- Establecer un horario, preferiblemente tras el desayuno o la cena.
- Estar pendientes de los signos que indican la necesidad de defecar: distensión abdominal, ruidos abdominales, gases, náuseas y espasmos abdominales.
- Dieta rica en fibra: lechuga, zanahoria, judías verdes, frutas con piel (manzana, uva, kiwi), ciruelas, melocotones, carne roja, legumbres, pan integral.
- Evitar comidas ricas en grasas, lácteos, chocolate y té.
- No automedicarse con laxantes y enemas sin conocimiento de su médico. Existen diversas opciones y es conveniente individualizar los tratamientos.
- Mantener la mayor actividad física que sea posible.

7.1.6. OTRAS AFECCIONES COMUNES

Otras afectaciones comunes que en algunos casos pueden presentarse:

- Trastornos cognitivos: de memoria, orientación, concentración, para tomar decisiones, razonar, hacer planes y estudiar. Tiene que hacerse una valoración neuropsicológica y, si es necesario, utilizar técnicas de reeducación. Más información en el apartado Trastornos Neuropsicológicos.
- Espasticidad (tener los músculos demasiado tensos), que puede interferir a la hora de hacer nuestras actividades cotidianas y de marcha. Se tiene que consultar siempre con el médico para poder tratarla adecuadamente.
- Convulsiones que requerirán el tratamiento específico que determine su médico.
- Dolor y deformidades articulares que el rehabilitador tiene que intentar prevenir y tratar adecuadamente en cada caso.

7.2. PRINCIPALES SECUELAS PSICOLÓGICAS DE UN ICTUS

Las personas afectadas por un Ictus presentan no sólo síntomas físicos sino también psicológicos, es decir, una limitación de sus capacidades funcionales.

En este apartado vamos a centrarnos en las secuelas psicológicas más frecuentes que pueden aparecer tras sufrir un Ictus. Estas secuelas no suelen ser las prioritarias a la hora de implantar un tratamiento a seguir y su consecuente rehabilitación, ya que se da prioridad a las secuelas físicas, pero hay que dejar claro que la intervención sobre estos aspectos es fundamental porque pueden ser incluso más disfuncionales que las físicas, y no solo para la persona afectada sino también para su entorno más cercano.

Las alteraciones psicopatológicas y conductuales que aparecen de forma más frecuente tras la aparición de un Ictus son:

- **Depresión y/o ansiedad:** estos síntomas pueden deberse no sólo a el sufrimiento por la situación sobrevenida y la pérdida de capacidades con las consecuentes limitaciones, sino también a propio daño cerebral. Las manifestaciones de depresión dependen de cada persona. Es por ello por lo que su diagnóstico y tratamiento es complejo.
- **Irritabilidad y agresividad:** es una de las manifestaciones más frecuentes. Se pueden manifestar tanto verbal como físicamente hacia objetos y/o personas. Ante las frustraciones diarias, la persona no es capaz de gestionarlas. Es un estado emocional caracterizado por un reducido control del temperamento, un estado de ánimo que predispone a ciertas emociones (enfado), ciertas cogniciones (valoración hostil de una situación) y ciertas conductas (agresividad). Estos síntomas generan grandes dificultades a la hora de la integración social de las personas afectadas.
- **Apatía:** la persona presenta una gran desmotivación a nivel general para hacer las cosas que ante le resultaban gratificantes, incluso las tareas diarias. Normalmente no son capaces de poner en marcha actividades de forma voluntaria, aunque si pueden hacerlo si se lo propone otra persona, sin presentar en muchas ocasiones demasiado interés. Muestran una incapacidad para organizar y gestionar las actividades cotidianas.

- **Fatiga:** la fatiga primaria post-ictus puede aparecer de forma independiente a otros síntomas depresivos. Es un nivel de cansancio mayor ante un menor esfuerzo físico y/o mental. Esa falta de energía suele acompañarse de desmotivación. Esta fatiga también puede producirse como respuesta al estrés emocional que le producen determinadas situaciones.
- **Anosognosia:** es la falta de conciencia sobre la situación que le ha producido el Ictus y sus consecuencias. Puede tomar diversas formas de manera que, en ocasiones, la indiferencia emocional pueda acompañar a la constatación de la discapacidad.
- **Incontinencia emocional:** es la dificultad para regular y expresar las propias emociones. Suelen ser respuestas inadecuadas tanto en frecuencia como en intensidad y duración. También se dan cambios emocionales ante un mismo estímulo o la emoción no es coherente con la situación que está viviendo.
- **Egocentrismo:** no son capaces de reconocer las emociones de los demás de una forma funcional. Tienden a priorizar sus propias necesidades queriendo incluso imponerlas. Sumado a la escasa tolerancia a la frustración provoca frecuentes alteraciones de conducta.
- **Baja tolerancia a la frustración:** cuando la persona vivencia un fracaso ante una tarea determinada, la respuesta es llanto enfado o temor.
- **Reacción catastrofista:** reacción súbita de llanto, enfado y temor ante la vivencia de fracaso al afrontar una tarea. Su presentación en forma de episodio agudo lo diferencia de la depresión, si bien la presencia de síntomas depresivos favorece las reacciones catastróficas.
- **Rigidez de pensamiento:** la persona es incapaz de modificar los planes que haya hecho, aunque las circunstancias varíen. Esta incapacidad es debida a un déficit en el sistema planificador de acciones, normalmente con una reducción de la capacidad de la memoria de trabajo cuya consecuencia podría ser la imposibilidad para introducir informaciones nuevas y generar cambios adaptativos a la acción ya diseñada.
- **Desinhibición:** pueden presentar comportamientos que no son adecuados a las normas sociales. La persona no controla sus propios impulsos y además no le importan las consecuencias de estos.

- **Infantilismo:** la persona presenta un comportamiento más propio de los niños, caracterizándose por irresponsabilidad e ingenuidad.
- **Delirios:** se producen rápidos cambios del estado mental, en el que se pasa de la lucidez a la confusión a través de pensamientos incoherentes, alucinaciones o ideas extrañas.

El cambio conductual más frecuente es la irritabilidad. Puede tener orígenes diversos: fatiga, intolerancia a la frustración, bajo estado de ánimo, reducción en la capacidad para la resolución de los problemas (trastorno ejecutivo).

Otro síntoma muy común es larigidez. Elegocentrismotambién es habitual.

La apatía aparece con mucha frecuencia junto con lareducción de iniciativa e indiferencia emocional.

Algunos cambios conductuales parecen muy claramente determinados por cambios cognitivos fácilmente medibles, es el caso del enlentecimiento y de las reacciones catastróficas. Un enlentecimiento general en el procesamiento de la información con frecuencia provocará aislamiento social, ya que las personas que padecen este síntomano son capaces de participar de las conversaciones entre varias personas, ya que se quedan atrás en la comprensión y en la generación de respuestas. Cuando experimenta reiteradamente fracasos pueden aparecer reacciones emocionales agudas, de ansiedad y llanto, es decir, reacciones catastróficas.

Todos los aspectos pueden generar alteraciones de conducta y hacer la convivencia familiar muy difícil. Por lo que es imprescindible definir el tratamiento y abordar la situación conjuntamente paciente y familia. En algunos casos, también será necesaria la intervención médica a nivel farmacológico.

El objetivo de la terapia psicológica es conseguir el mejor ajuste por parte de la persona que ha sufrido el Ictus a su nueva realidad. Para que dicha intervención psicológica sea lo más efectiva posible hay que tener en cuenta todos los aspectos que influyen, médicos, cognitivos, conductuales y emocionales de la persona afectada y sus familiares.

7.3. TRASTORNOS NEUROPSICOLÓGICOS

Hoy en día, el número de personas que sufre un Ictus es cada vez mayor, por suerte la supervivencia tras sufrir uno, también. De los pacientes, que sobreviven se estima que dos de cada tres sufren secuelas y entre ellos el 52% sufren alguna limitación para realizar actividades de su vida diaria.

Cuando se produce Ictus, algunas estructuras cerebrales pueden verse afectadas en mayor o menor medida. Estas alteraciones afectan al funcionamiento normal del cerebro, lo que puede afectar a numerosas o a todas las esferas de la vida de la persona afectada y su familia.

Los factores que influyen en las posibles alteraciones neuropsicológicas tras un Ictus son, entre otros: la localización anatómica, la lateralidad de la lesión si afecta al hemisferio izquierdo o al derecho, el territorio cortical o subcortical afectado (ya que las alteraciones serán diferentes y se manifestarán de forma distinta según la zona afectada del cerebro) y la extensión de la lesión, (a mayor extensión, mayores serán los déficits que presente el paciente).

Para proporcionar, un poco de claridad, sobre las posibles secuelas neuropsicológicas, que pueden aparecer tras un Ictus, a continuación, presentamos una descripción de estas, en función del área cerebral infartada y el territorio vascular afectado. Finalmente, aportaremos información acerca de la influencia de dichas lesiones, en las funciones cognitivas y por tanto en la vida de la persona.

SÍNDROMES O ALTERACIONES NEUROPSICOLÓGICAS MÁS COMUNES EN FUNCIÓN DE SU LOCALIZACIÓN ANATÓMICA

El cerebro es un órgano con un funcionamiento complejo, el cual alberga toda nuestra información e historia personal además de numerosas funciones como la atención o la memoria. También se encuentran en él funciones que han ido evolucionando con nuestra especie y son aún más complejas como el lenguaje. Existen diferentes zonas anatómicas y funcionales en el cerebro que tienen un importante papel en el funcionamiento cognitivo, pero las fun-

ciones cerebrales, en su mayoría no se encuentran en lugares específicos del cerebro, sino más bien se trata de funciones diferentes que se interconectan en redes y dan lugar a procesos complejos y extraordinarios como puede ser el habla o la capacidad de recordar una cita o lo que ocurrió un día especial.

La lesión de cualquier área cerebral tiene repercusiones en la persona, de muy distinta manera, de ahí la dificultad para establecer una alteración o déficit exacto tras un Ictus o cualquier otro tipo de lesión.

El cerebro se encuentra dividido en dos hemisferios, el hemisferio izquierdo y el hemisferio derecho y en cinco lóbulos (frontal, temporal, parietal, occipital e ínsula).

Las lesiones ocurridas en el hemisferio izquierdo, en general el hemisferio dominante, provocan alteraciones en el lenguaje, especialmente en la comprensión y en la expresión de este. Además de síndromes disejecutivos, déficits de memoria como amnesia para la información verbal, déficits atencionales o apraxia.

Si la lesión se produce en el hemisferio derecho es común encontrar alteraciones de la atención visuoespacial, heminegligencia, algunos tipos de apraxia como la apraxia constructiva, alteración del esquema corporal, desorientación topográfica o alteraciones de conducta como el estado confusional con agitación.

Las características de las alteraciones dependerán de los lóbulos afectados, es por ello por lo que estas se especifican a continuación:

ALTERACIONES NEUROPSICOLÓGICAS MÁS COMUNES EN FUNCIÓN DEL LÓBULO CEREBRAL AFECTADO

-Lóbulo Frontal:

Este lóbulo situado en la parte frontal del cráneo se caracteriza por ser la zona cerebral encargada de funciones superiores del cerebro. La alteración del funcionamiento del lóbulo frontal conlleva el desajuste de las funciones ejecutivas, que dirigen la activación e inhibición de algunas unidades funcionales del cerebro.

Un daño en esta zona produce una alteración de la conducta del paciente. Pueden aparecer conductas desinhibidas, en las cuales el paciente no es ca-

paz de controlar sus impulsos o, todo lo contrario, falta de energización o activación para realizar las tareas.

También es posible que aparezcan dificultades para planificar, razonar o coordinar la información con la actividad que desea realizar.

Si la lesión abarca el hemisferio izquierdo, pueden aparecer además de las alteraciones anteriores, dificultades para articular el lenguaje.

-Lóbulo parietal:

Situado tras el lóbulo frontal, se encarga de recabar y procesar la información sensorial de todas las partes del cuerpo, como pueden ser el dolor, la temperatura, el tacto... Además de controlar los movimientos corporales.

La alteración en el funcionamiento de este lóbulo supondrá la aparición de alteraciones en la percepción de la información sensorial y de alteraciones en el control del movimiento.

-Lóbulo temporal:

Situado bajo el lóbulo frontal y parietal, concretamente en la parte lateral inferior del cráneo, más o menos a la altura de los oídos. Las estructuras localizadas en este lóbulo se encargan de funciones muy importantes para el lenguaje. Además, en él, se sitúan importantes áreas que funcionan como almacenes de información verbal y visual.

Su alteración provoca principalmente trastornos del lenguaje como afasia o trastornos de memoria.

-Lóbulo occipital:

Situado en la zona posterior del cerebro, cercano a la nuca. Su funcionamiento está implicado con la percepción visual de objetos, su localización y el movimiento de estos.

Su alteración puede provocar agnosia para el reconocimiento de los objetos, dificultades visuo-espaciales para localizar los objetos en el espacio o percibirlos en movimiento e incluso dificultades para reconocer a personas conocidas o a uno mismo.

-Ínsula:

Está situada en la profundidad de la cisura lateral o de Silvio, rodeada por los lóbulos frontal, parietal y temporal.

Los daños en la ínsula provocan alteraciones emocionales, sobre todo relacionadas con las respuestas sociales como la empatía, alteraciones en la capacidad para reconocer emociones faciales o en la voz de las personas. Además, pueden aparecer alteraciones de la autoconciencia perceptiva y el funcionamiento del cuerpo o alteraciones en la percepción de la música.

Pero, no sólo las lesiones corticales, ocasionan alteraciones cognitivas. El funcionamiento cerebral está asentado en redes neuronales que se conectan entre sí. Las estructuras corticales y subcorticales están conectadas mediante múltiples conexiones de redes neuronales. Dada, esta conectividad entre las áreas, las lesiones subcorticales, también producen alteraciones cognitivas, ya que la información viaja entre los centros de la corteza y las áreas subcorticales y viceversa, por lo que una determinada función cognitiva, para funcionar, puede estar utilizando diferentes componentes de dichas redes neuronales. Esto ocasiona que, si una lesión se produce en un área determinada, esta lesión puede afectar a diferentes funciones o incluso que diferentes lesiones en lugares distintos generen la misma alteración de la función cognitiva.

ALTERACIONES NEUROPSICOLÓGICAS PRODUCIDAS POR LA ALTERACIÓN DEL FLUJO DE LAS PRINCIPALES ARTERIAS

Pero, no sólo las lesiones corticales, ocasionan alteraciones cognitivas. Como se comentó anteriormente, el funcionamiento cerebral está asentado en redes neuronales que se conectan entre sí. Las estructuras corticales y subcorticales están conectadas mediante múltiples conexiones de redes neuronales. Dada, esta conectividad entre las áreas, las lesiones subcorticales, también producen alteraciones cognitivas, ya que la información viaja entre los centros de la corteza y las áreas subcorticales y viceversa, por lo que una determinada función cognitiva, para funcionar, puede estar utilizando diferentes componentes de dichas redes neuronales. Esto ocasiona que, si una lesión se produce en un área determinada, esta lesión puede afectar a diferentes funciones o incluso que diferentes lesiones en lugares diferentes generen la misma alteración de la función cognitiva.

La arteria cerebral anterior irriga las zonas mediales del lóbulo frontal y el lóbulo parietal. La oclusión de esta arteria provoca comúnmente, alteraciones de tipo sensoriomotor, si se afectan zonas parietales corticales.

La afectación de los lóbulos frontales puede dar lugar a una disfunción ejecutiva, que se caracteriza por la dificultad del paciente para planificar, secuenciar y autocorregir sus acciones o resolver problemas. Si se ve afectado el hemisferio dominante puede originarse afasia de tipo motora, por lo que el paciente presentará un lenguaje espontáneo pobre y alteración de la escritura.

Si la falta de riego afecta a las zonas del lóbulo prefrontal, es posible que aparezcan alteraciones del comportamiento como cambios de personalidad, cambios en el humor como abulia, lentitud, falta de espontaneidad y en casos extremos puede darse mutismo acinético. La afectación de esta zona puede provocar también la aparición de síntomas comportamentales contrarios como irritabilidad, agresividad, desinhibición, impulsividad o pérdida de las normas de comportamiento social.

Si se afectan estructuras subcorticales, como el cuerpo calloso puede originar apraxia, agrafia y anomia táctil debida a una desconexión entre el hemisferio derecho y las áreas del lenguaje del hemisferio izquierdo.

Otro déficit común, como consecuencia de la afectación de esta arteria son los trastornos atencionales como el compromiso del mecanismo de alerta, el mantenimiento de la atención, alteración de la atención dividida o la aparición de heminegligencia.

La arteria coroidea anterior irriga las zonas del plexocoroideo, lóbulo temporal medial, los ganglios basales y la cápsula interna. Una oclusión en el territorio cubierto por esta arteria puede originar hemianopsia homónima contralateral, afasia (si se afecta el hemisferio dominante), trastornos de la memoria si se afecta el hipocampo y emocionales si se afecta la amígdala, o déficits motores y sensoriales si se afectan los ganglios basales.

La arteria cerebral media irriga las zonas de la cara lateral del lóbulo parietal, temporal y frontal. Si se afectan las ramas profundas de esta arteria, es común que aparezca hemiplejía e hemianestesia contralateral, hemianopsia homónima contralateral, anosognosia, hemiatención, y heminegligencias contralaterales, normalmente izquierda por afectación de la arteria cerebral media derecha. Otras alteraciones posibles son; apraxias constructivas la

cual provoca dificultades para realizar acciones como vestirse, déficits de tipo visoespacial como alexia, agrafia y acalculia.

Cuando se produce el daño en el hemisferio izquierdo, la alteración más importante es la afasia que puede acompañarse de apraxia orofacial, agrafia y alexia. Otros déficits importantes que podrían aparecer son la alteración de la memoria o el síndrome de Gerstmann que cursa con agnosia digital, agrafia pura, desorientación derecha/izquierda y acalculia.

La arteria cerebral posterior irriga las zonas de los lóbulos occipitales, la parte medial del lóbulo temporal y estructuras subcorticales como el hipocampo, al tálamo, la glándula pineal o el cuerpo caloso. La afectación de ramas de esta arteria puede resultar en diversos síndromes como el de Weber caracterizado por parálisis oculomotora y hemiplejía contralateral, el síndrome de Benedikt que provoca hemianestesia o temblor contralateral, atetosis y corea, o el síndrome de Calude caracterizado por ataxia cerebelosa contralateral.

Dado su recorrido por zonas subcorticales, la oclusión de esta arteria puede dar lugar a síndromes talámicos y subtalámicos caracterizados por síntomas extrapiramidales como hemibalismo, corea, atetosis con afectación motora o sensorial contralateral a la lesión. Si la interrupción del riego afecta al cerebelo, pueden aparecer trastornos de la marcha, déficits sensoriales del tronco y la cara, alteraciones en la deglución y en la fonación.

La afectación de las ramas temporales, del hipocampo y de la amígdala, puede causar alteraciones de la memoria tan graves como amnesia global.

Si se afecta el hemisferio dominante en zonas temporo-occipitales, puede aparecer afasia sensorial transcortical, la cual afecta a la comprensión y a la expresión verbal, anomia óptica la cual consiste en la incapacidad para denominar por confrontación visual el objeto que la persona ve o anomia cromática en la cual la persona no puede denominar los colores.

Las afectaciones de las ramas occipitales originan hemioanopsia homónima contralateral, y puede provocar otras alteraciones en la visión como la percepción deformada de los objetos (metamorfopsia), persistencia de la imagen del estímulo (palinopsia) o visión múltiple de un objeto (poliopía).

Si el hemisferio afectado es el dominante puede producirse alexia pura, además de agnosia visual (no reconocimiento de los objetos por la vista) y ceguera para los colores.

Cuando se afecta el hemisferio no dominante pueden aparecer alteraciones visoespaciales y visoconstructivas.

Si la lesión es bilateral puede aparecer ceguera cortical, acromatopsia (incapacidad de percibir los colores), prosopagnosia (incapacidad para reconocer caras), agnosia visual (no reconocimiento de los objetos) acompañada de anosognosia visual, por lo que el paciente no reconocerá que no ve y síndrome de Balint caracterizado por la incapacidad para dirigir la mirada voluntaria y ataxia óptica con incapacidad para dirigir la mano con la mirada y desatención visual.

La arteria basilar irriga las zonas del cerebelo y el tronco cerebral. Puede originar el síndrome de Millard-Gubler caracterizado por hemiplejía y anestesia para la sensibilidad vibratoria contralateral .

La lesión bilateral de la base del puente causa el síndrome de cautiverio, donde el paciente tiene consciencia, pero solo conserva movimientos verticales oculares, con los que podría comunicarse, presenta anartria, disfagia y tetraplejía.

Si la oclusión afecta a las arterias cerebelosas se pueden producir alteraciones de la sensibilidad térmica y dolorosa contralateral y afectación de pares craneales.

Con esta descripción basada la localización anatómica de la lesión y en los territorios vasculares se ha pretendido, por una parte, dar una idea de la multitud de déficits que se pueden ocasionar después de un accidente cerebrovascular, y por otra, hacer una distinción entre la variabilidad de déficits que dependen de la localización de la lesión.

RELEVANCIA DE LOS DÉFICITS COGNITIVOS PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA

Todas las alteraciones y déficits que hemos mencionado anteriormente repercuten invariablemente en la vida de la persona que ha sufrido un Ictus. La presencia de alteraciones neuropsicológicas afecta a todos los niveles de la persona (nivel físico, sensorial, cognitivo, emocional y social). Estas alteraciones vienen acompañadas frecuentemente de numerosas pérdidas tanto personales como sociales. La pérdida de empleo o el abandono de los estudios como consecuencia de los déficits cognitivos, que le impiden realizar las actividades que antes realizaba. La consecuente reducción de las actividades y

relaciones sociales. Se trastocan los planes de futuro debido al deterioro de la independencia funcional, la necesidad de recibir ayuda de terceros para realizar ciertas actividades, que antes podía desarrollar por sí mismo. Todo esto junto con el desajuste que sufre la estructura del hogar, ya que deben adaptarse a la nueva situación del paciente, lo que supone la asunción de nuevos roles y la ruptura de la armonía familiar.

Para proporcionar información, acerca de las manifestaciones más comunes de dichos déficits y su repercusión en la vida y en las actividades diarias del paciente, a continuación, explicamos los déficits más frecuentes (motores, sensoriales y neurocognitivos), teniendo como guía la función o funciones cerebrales alteradas.

- Alteraciones Motoras:

Las alteraciones motoras dependerán de las áreas cerebrales afectadas, pudiendo afectar al movimiento de muy diversa manera. Es posible que aparezcan alteraciones en el control motor, la coordinación de los movimientos, trastornos del tono muscular o incapacidad para mover algún miembro. La discapacidad que se deriva de la falta de movimiento de uno o varios miembros no se circunscribe solo al área concreta de la incapacidad para mover ese miembro o deambular, ya que se altera la autonomía personal del paciente, haciendo que este sea dependiente para actividades que antes realizaba de forma autónoma. Requiriendo ayuda de otras personas o de algún elemento de apoyo para poder desplazarse como puede ser una silla o un bastón.

- Alteraciones del sistema de programación del acto motor:

También pueden aparecer alteraciones en la programación del acto motor, en las cuales el paciente presenta dificultades en la capacidad para realizar movimientos coordinados y destinados a un fin. Como son las alteraciones conocidas como apraxia, las cuales se caracterizan por la aparición de alteraciones en la planificación de los movimientos, pudiendo aparecer errores en la secuencia de estos, la omisión de algún paso... Lo cual afectará al paciente a la hora de poder manipular objetos ya que la persona presentará errores en la producción de los movimientos colocando las manos de forma incorrecta a la forma de un objeto que desea usar, o desplazándolas de forma inadecuada, realizará movimientos exagerados o desproporcionados ocasionándole dificultades para realizar los movimientos necesarios para utilizar dicho objeto de forma adecuada.

Estas alteraciones repercutirán en actividades de la vida diaria tan comunes como comer con cubiertos, afeitarse, peinarse o vestirse. Requiriendo la persona ayuda de terceros para realizarlas, además de en la imagen personal de la persona, ya que se incapaz de realizar actos que antes realizaba y ahora no puede realizar o necesita ayuda de los demás, con el consecuente perjuicio a la imagen de sí mismo y de su autonomía.

- Alteraciones sensoriales:

Toda la información que reciben nuestros cinco sentidos es analizada por nuestro cerebro, por lo cual, toda la información que proviene de nuestros sentidos es susceptible de ser alterada tras una lesión cerebral, provocando posibles:

- Alteraciones visuales. Tras una lesión cerebral, pueden aparecer alteraciones de la agudeza visual, alteraciones en la discriminación de las formas de los objetos o de la profundidad del espacio.
- Agnosias visuales, en las que el paciente no es capaz de reconocer objetos o caras de forma visual. Esto le ocasiona numerosas dificultades para el paciente ya que puede ser incapaz de identificar los objetos y por lo tanto incapaz de saber su uso, también presentará dificultades para emparejar dibujos o copiarlos.
- Otro tipo de alteraciones pueden ser la hemianagnosia, en la que el paciente pierde una parte de su campo visual, con los consecuentes peligros que esto le puede ocasionar debido a la imposibilidad de ver parte de los estímulos de su campo visual.
- Ceguera cortical, en la que el paciente no percibe estímulos a nivel visual a pesar de que sus órganos encargados de la visión se encuentran en perfecto estado.
- Prosopagnosia, en la cual el paciente es incapaz de reconocer las caras de sus familiares e incluso en ocasiones las de sí mismo.
- Alteraciones en la percepción espacial. El paciente puede presentar dificultades para reconocer los límites tanto del cuerpo como del espacio en el que se encuentra. Lo cual le ocasiona dificultades para vestirse, utilizar objetos en relación con el cuerpo (peine, cubiertos, cepillo de dientes...) o desorientación topográfica en lugares conocidos.

- Alteraciones en el tacto, ya sea de la temperatura, como de la textura o el dolor, lo cual ocasiona graves problemas a la persona, ya que no es capaz de distinguir la temperatura del agua de la ducha, por ejemplo, o de sentir la presión que ejerce su cuerpo sobre un objeto.
- Alteraciones del gusto, las cuales pueden ir desde la no identificación de sabores a la no detección de los mismo, por lo cual la persona no sabría identificar o no encontraría sabor alguno a lo que está consumiendo. Esto podría ocasionarle problemas por la ingesta de alimentos en mal estado.
- Alteraciones del olfato, presentan diferentes grados, que pueden ser desde la no detección de algunos tipos de olores a no poder oler o identificar ninguno. La no identificación de olores como el olor a gas o a sustancias tóxicas, puede ocasionar que la persona se vea envuelta en situaciones que le podrían ser dañinas.
- Alteraciones en la audición. Como en todos los sentidos, la alteración puede ir desde una disminución en la capacidad de audición hasta una sordera cortical profunda, en la cual el paciente no es capaz de oír a pesar de que sus órganos de los oídos se encuentran perfectamente. También puede ocurrir, una agnosia para determinados sonidos como la música, en la cual el paciente no es capaz de distinguir determinados sonidos o reconocer su significado.
- Alteraciones neurocognitivas. Como comentamos anteriormente, el funcionamiento del cerebro se basa en redes neuronales, las cuales interconectan las diferentes áreas cerebrales, haciendo posible que se den todos los procesos cognitivos. Cualquier alteración, en cualquier punto de esta intrincada red neuronal, tendrá repercusiones en mayor o menor medida en las funciones cerebrales. Una lesión, puede ocasionar daño en una función concreta, pero esta también puede afectar de forma indirecta a otras funciones, dada la interrelación que existe entre ellas.
- Alteración de las funciones atencionales. La atención, es una función básica para nuestro organismo. Es el proceso encargado de dar acceso a la información además de actuar como filtro seleccionando secuencialmente los estímulos, dando acceso o prioridad a los que son necesarios y desechando los irrelevantes.

El mecanismo de la atención es un proceso complejo que se compone e interactúa con otros sistemas. Esto hace posible que la persona sea capaz de focalizar, seleccionar, sostener, alternar y dividir su atención, además de permanecer alerta a los diferentes estímulos externos e internos.

Estos procesos pueden verse afectados y provocar:

- Alteración del nivel de alerta. Para que la atención funcione de un modo eficaz, es necesario que la persona presente un grado de activación de suficiente intensidad, para que el organismo procese la información. La alteración del grado de alerta se puede dar en varios niveles desde la pérdida de consciencia o el coma en la cual hay una falta total de reacción ante los estímulos a tendencia a la somnolencia u obnubilación, en la cual la persona presenta nula o muy baja respuesta a los estímulos y por lo tanto no puede responder correctamente a las demandas del entorno.

- Alteración en la atención selectiva-sostenida. La alteración de la capacidad de seleccionar los estímulos, es decir, inhibir la entrada de los estímulos irrelevantes o distractores y atender a los estímulos importantes. Le ocasiona a la persona dificultades para responder adecuadamente a las demandas del entorno, además de provocarle dificultades para concentrarse, ya que no puede mantener su atención en la misma tarea mucho tiempo, sin que otro estímulo capte su atención o sin que decaiga la atención como consecuencia del cansancio. Esto provoca que la persona disminuya su rendimiento en numerosas tareas como pueden ser estudiar o simplemente mantener una conversación con otra persona, sobre todo cuando hay ruido u otros estímulos de fondo. También le supondrá dificultades para centrarse en el desarrollo de una película o cualquier actividad que demande una cierta concentración. Como consecuencia la persona, mostrará gran cansancio, pues le supone gran esfuerzo atender y codificar lo que está ocurriendo cuando hay varias fuentes de estímulos alrededor. Esto hace posible que no sea capaz de entender la totalidad de la información que se le está presentando, puesto que no está recabando toda la información necesaria, y también es posible que la persona se aburra rápidamente si está viendo una película, no comprenda lo que se le quiere decir o que no recuerde aspectos de una conversación o historia.

La alteración de la atención selectiva, le supondrá dificultades para seleccionar la información importante e inhibir la información irrelevante. Realizar cualquier tarea, le producirá gran cansancio y esfuerzo. Esto le ocasionará problemas a la hora de trabajar o estudiar en ambientes ruidosos o con otros compañeros o atender a una conversación cuando hay otros estímulos como el ruido de la televisión de fondo o si se encuentra en un entorno con más personas alrededor. Ya que, para el paciente, atender a los estímulos importantes, si existen distractores a su alrededor, le dificultan atender a lo realmente importante.

- Alteraciones en la atención alternante o en la atención dividida.

Las dificultades para desengancharse de un estímulo y poder atender a otro o para atender a dos estímulos a la vez de forma eficiente, generan en la persona numerosas dificultades para realizar muchas de las actividades que realizamos en la vida cotidiana como pueden ser conducir, cocinar o cuidar de los hijos, ... Ya que estas tareas implican atender rápidamente a varios estímulos o hacerlo a dos a la vez con la misma eficacia. Esto puede ocasionar mayor lentitud al realizar las tareas, ya que no podrá encargarse de varias a la vez o incluso tener que abandonar actividades que demanden cambiar frecuentemente de foco atencional o atender a dos estímulos a la vez.

- Alteraciones en las asimetrías atencionales. Es posible que tras determinadas lesiones, la persona presente algunos tipos de asimetrías atencionales como es la heminegligencia. La más frecuente es la hemiatención visual, en la que paciente ignora su campo visual izquierdo y no responde a ningún tipo de estímulo que provenga del lado izquierdo, llegando a ser incapaz de comer un alimento situado en la mitad izquierda o atender a una persona cuando le habla desde el lado izquierdo.

La atención además es una función base para que se den muchos otros procesos cognitivos. A menudo, los déficits atencionales son confundidos con déficits de memoria. La persona o sus familiares se quejan de que no son capaces de recordar detalles, como por ejemplo dónde colocaron cierto objeto. Estos fallos que parecen ser de memoria, en realidad son problemas de atención. La pérdida de información, en este ejemplo se debe a una reducción del tiempo de atención necesario para recordar dónde coloqué tal objeto.

Sufrir déficits de atención al paciente, le supone que la información no acceda en la totalidad a sus centros de procesamiento y esto interfiere en otros procesos mentales.

- **Alteraciones de la memoria:**

La memoria es la función encargada de registrar, consolidar, retener, almacenar, recuperar y evocar la información almacenada.

En todo caso, nuestra memoria contiene nuestra propia historia personal, nuestras vivencias, nuestros gustos, nuestros conocimientos o nuestras habilidades. Perder nuestra memoria supone perder parte de nuestra historia de

vida. Esto conlleva mucho dolor y sufrimiento para las personas que se encuentran alrededor del paciente y para él mismo. También es posible que el paciente no sea consciente de sus déficits de memoria, por lo que las quejas de sus familiares, sobre sus déficits, le pueden causar desconcierto e incompreensión.

Como comentamos anteriormente, la memoria es un proceso complejo, que se divide a su vez en varios tipos de memoria, cada uno especializado en un tipo de información y localizado en diferentes áreas cerebrales. Esto posibilita, que la lesión en una de estas áreas no implique necesariamente daños en otros tipos de memoria y que las alteraciones de la memoria sean muy variadas, desde fallos en el recuerdo de eventos pasados o dificultades para recordar un evento o una cita futuras, dificultades para almacenar nueva información o para aprender nuevas habilidades...

Los Ictus isquémicos y hemorrágicos frecuentemente pueden dar lugar a síndromes amnésicos específicos como:

- Amnesia anterógrada, que supone la alteración en el almacenamiento de nuevos recuerdos tras el accidente cerebro vascular. La persona será capaz de recordar eventos anteriores al Ictus, pero no así los sucesos ocurridos después de este. Porque la persona será incapaz de retener nueva información y/o presentará alteraciones en la capacidad para aprender nuevos conceptos o procedimientos.
- Amnesia retrógrada que supone una alteración en la recuperación de los recuerdos y vivencias anteriores a sufrir el accidente cerebro vascular. Así pues, la persona es capaz de almacenar nueva información y recordarla, pero no podrá hacerlo con la información pasada.

Aunque también es posible que se den otro tipo de alteraciones como, por ejemplo:

- Alteraciones en la memoria semántica, la cual supone el olvido de conocimientos como el nombre de las personas conocidas, nombres de lugares, calles o ciudades...
- Alteraciones en la memoria episódica supone el olvido del lugar donde se ha aparcado el coche, donde se han dejado objetos de uso cotidiano como el teléfono móvil, las llaves... Además de episodios de su vida como las anteriores vacaciones o encuentros con personas o familiares.

- Alteraciones en la memoria prospectiva suponen supone el olvido de eventos que ocurrirán en un futuro como las citas médicas o con familiares, fechas de eventos, ... o los alimentos que se deben comprar próximamente.

La memoria es la función neuropsicológica cuyos trastornos suelen durar y presentarse por largo tiempo; lo que causa serias limitaciones en el paciente, que en ocasiones sólo pueden ser solventadas con ayudas externas como el uso de agendas o diarios.

• **Alteración de las funciones ejecutivas:**

Como se indicó anteriormente, las funciones ejecutivas, son las funciones superiores que nos permiten tomar decisiones, planificar los pasos a seguir para conseguir un objetivo o razonar sobre nuestros actos y anticiparnos a las posibles consecuencias.

La alteración de este tipo de funciones puede causar alteraciones de muy diversa índole, como pueden ser:

- Dificultades para tomar decisiones o seguir los pasos establecidos para llegar a una meta, por abandono u olvido de los mismos o cambio u olvido del objetivo. Esto repercute en la vida diaria de la persona en aspectos tan sencillos y cotidianos como elegir la ropa que se va a poner o establecer un plan y seguir los pasos adecuados para preparar un desayuno. Originando que la persona requiera de ayuda externa para guiar su conducta.

- Dificultades para resolver problemas de mayor complejidad o sobre los que no existía experiencia previa y por lo tanto una solución conocida. A la persona le costará encontrar una solución razonable a nuevos problemas y es posible que desee solucionarlo con alguna solución que conozca de antemano, pero posiblemente ineficaz para dicha situación.

Además, pueden aparecer alteraciones para autorregular su comportamiento y monitorizar sus actos. Cambios de personalidad, la persona se muestre más apática, desmotivada, sin energía o todo lo contrario puede presentar dificultades en la inhibición de impulsos que le llevan a no controlar sus actos, como decir comentarios inapropiados o presentar conductas excesivas como comer, gasto excesivo de dinero, hipersexualidad, ... Es posible que se muestre más persistente e inflexible en sus ideas y le cueste cambiar de opinión, siendo muy difícil razonar con ella.

- **Alteración en la conciencia del déficit (anosognosia):**

En ocasiones, el paciente y/ o las personas que le rodean, tienen un bajo nivel de conciencia de los déficits y limitaciones que presenta el paciente después del Ictus. Llegando incluso a ignorar por completo las limitaciones que le supone su nueva situación y negando la existencia de ninguna dificultad o la necesidad de ayuda. La ausencia de conciencia por parte de los familiares y del paciente afecta a todas las esferas del paciente, pudiendo llegar incluso a poner en riesgo su vida, si no se toman en serio las medidas pertinentes de medicación o supervisión de sus actos y también especialmente afecta a su recuperación, ya que no aprecian la necesidad de recibir una rehabilitación para promover la mejoría de los déficits.

- **Alteraciones del habla y del lenguaje:**

El lenguaje es una función compleja que ha ido evolucionando con el ser humano y que hoy en día es esencial para nuestro desarrollo en sociedad puesto que, nos permite expresarnos, comunicarnos con otras personas, aprender y transmitir aprendizajes, comprender, leer o escribir.

Las alteraciones del lenguaje debidas a un accidente cerebro vascular, pueden ser de diferentes tipos en función de si se produce una afectación de la voz, el habla, el lenguaje, la escritura o la lectura.

Las alteraciones de habla y del lenguaje están descritas con más detalle en el apartado “Alteraciones del habla y del lenguaje” en esta misma publicación.

8. ADAPTACIÓN SOCIAL A LA NUEVA SITUACIÓN

La Asociación Sevillana de Ictus pretende ser un pilar fundamental en el camino que recorren las personas afectadas y sus familiares con el fin de servir de apoyo y punto de encuentro.

El Ictus provoca efectos a todos los niveles, en el plano individual produce temor, incertidumbre, impotencia, incluso angustia; en el plano familiar las relaciones se complican ya que como consecuencia de este puede darse un giro radical en los roles y aparece una nueva dinámica; en cuanto al plano social este es un problema aún mayor ya que los accidentes cerebro vasculares constituyen uno de los principales problemas en los países desarrollados, podemos decir que aquellas personas que lo sufren pasan a ser una obligación para la sociedad, que requieren de una cobertura sanitaria mayor, ya sea por una necesidad de apoyos socio sanitarios como la de formar parte del que colectivo de personas que deja de trabajar por incapacidad.

Para facilitar su integración a esa nueva realidad que asumen a raíz del Ictus, se aborda de forma integral la situación social, sanitaria y familiar de la persona con el fin de informar, orientar y ayudar durante el proceso de recuperación, así como potenciar los valores positivos y buscar los medios propios y/o externos para mejorar su calidad de vida y la de sus familiares.



LEY DE DEPENDENCIA

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, más conocida como “Ley de dependencia”, es la que regula el actual sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Este Sistema es el conjunto de servicios y prestaciones destinados a la promoción de la autonomía personal, así como a la protección y atención a las personas a través de servicios públicos y privados concertados debidamente acreditados.

Pasos a seguir para solicitar la valoración de una persona dependiente:

- **Presentar la solicitud:** esta nos la pueden facilitar la/el trabajador/as social del centro de salud que nos corresponda; en los servicios sociales a los que pertenezca, es decir, la UTS (Unidad de Trabajo Social); en el mismo hospital en donde se ha encontrado hospitalizado y en nuestra asociación.

No olvidemos que también se puede presentar a través de la página de la Junta de Andalucía, eso sí, siempre que se disponga de un certificado digital o un DNI electrónico.

<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/igualdadpoliticassociales-yconciliacion/servicios/procedimientos/detalle/2454/como-solicitar.html>

- **Valoración de la situación:** una vez realizadas todas las valoraciones, los profesionales de la administración pública determinarán el grado de dependencia. Son los siguientes:

- **Grado I: dependencia moderada.** La persona necesita ayuda para distintas actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día, o necesita ayuda de manera intermitente.

- **Grado II: dependencia severa.** La persona necesita ayuda para diferentes actividades básicas de la vida diaria, dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de una persona cuidadora.

- **Grado III: gran dependencia.** La persona necesita ayuda para distintas actividades de la vida diaria unas cuantas veces al día, así como la presencia indispensable y continua de otra persona.

Además, el grado de dependencia puede ser revisado a instancias de la persona afectada, sus representantes o la administración, si se produce un cambio en la situación o si aparece una nueva patología.

• **Resolución final:** en cuanto se haya dictaminado el grado de dependencia, los servicios sociales públicos de atención primaria o de los centros residenciales elaborarán, de manera conjunta con la persona dependiente o sus representantes, un Programa de Atención Personalizado (PIA).

El propósito es proponer la prestación de determinados **servicios y/o prestaciones económicas**, teniendo en cuenta las necesidades de la persona, el entorno familiar y social y la disponibilidad de los servicios.

Las prestaciones de servicios pueden ser las siguientes:

- Servicio de prevención de dependencia y promoción de la autonomía.
- Teleasistencia.
- Atención social domiciliaria.
- Centros de día.
- Servicios residenciales en diferentes modalidades.
- Formación y acompañamiento a las personas cuidadoras.

Las posibles prestaciones económicas son:

- Prestación vinculada a un servicio (atención domiciliaria, centros de día o residencia).
- Prestación al cuidador no profesional.
- Prestación de asistente personal.

• **Comunicación de la asignación del servicio o prestación:** por último, se enviará al domicilio del solicitante la resolución, donde se detallará el recurso o los recursos más idóneos para la situación, la fecha del comienzo de la actividad y la aportación económica del solicitante en el caso que fuera un servicio.

GRADO DE DISCAPACIDAD

Los Centros de Valoración y Orientación, dependiente de las Delegaciones territoriales de la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación, son los centros competentes para la valoración del grado de discapacidad, así como para la información, orientación y asesoramiento de las personas con discapacidad y sus familias en materia de recursos sociales. También tramitan alguna de las prestaciones a las que da acceso el reconocimiento de un grado de discapacidad igual o superior al 33%.

Tramites que realizan los centros de Valoración y Orientación :

- Reconocimiento del Grado de Discapacidad.
- Tarjeta acreditativa del Grado de Discapacidad.
- Tarjeta de aparcamiento para vehículos de personas con movilidad reducida.
- Información, orientación y asesoramiento sobre cuestiones específicas relación con la atención a personas con discapacidad. Teléfono 900 55 55 64.
- Certificado de necesidad de vivienda adaptada.
- Etc.

<https://www.juntadeandalucia.es/servicios/procedimientos/detalle/69.html#toc-informaci-n-general>

SUBVENCIONES INDIVIDUALES PARA PERSONAS CON DICAPACIDAD

La Consejería de Igualdad y Políticas Sociales y Conciliación de la Junta de Andalucía, convoca todos los años las “subvenciones individuales para personas con discapacidad”*, destinadas a facilitarles la mayor autonomía posible.

a) Se subvencionan:

- La adaptación de vehículos a motor.
- La adquisición, renovación, reparación de prótesis y ortesis, así como la adquisición, renovación y reparación de productos de apoyo, siempre que, en ambos casos, no se encuentren en el catálogo general de prestaciones ortoprotésicas del SAS.
- Los gastos de desplazamientos de personas con discapacidad al centro residencial o de día al que deban asistir, en aquellos casos en que no puedan hacer uso total o parcial del servicio disponible, así como los gastos de desplazamiento de los niños y niñas de 0 a 6 años que estén recibiendo atención temprana para desplazarse al centro al que deban asistir.

b) Los requisitos para solicitar las subvenciones:

- Tener reconocido una discapacidad física, psíquica o sensorial en un grado igual o superior al 33%.
- Que la renta per cápita de la unidad económica de convivencia no sea superior al IPREM (Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples), entendiendo por unidad económica de convivencia a todas aquellas personas que convivan en el domicilio de la persona solicitante y se encuentren incluidas en el certificado de empadronamiento en su conjunto.
- Disponer de un presupuesto cierto.
- En el caso de subvención para la adquisición, renovación y reparación de productos de apoyo para personas con discapacidad, se exigirá, además, informe favorable del Centro de Valoración y Orientación que será solicitado de oficio por el órgano que tramita la subvención.

Las solicitudes se presentan en la Delegación Territorial de la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación de la Junta de Andalucía.

<https://www.juntadeandalucia.es/temas/familias-igualdad/discapacidad/prestaciones.html#toc-subvenciones-individuales-para-personas-con-discapacidad>

ENFERMERA GESTORA DE CASOS

Los Centros de Salud disponen de la enfermera gestora de casos. Una vez que se ha producido el alta hospitalaria, debe dirigirse a su Centro de Salud y la enfermera gestora de casos será la persona encargada de asesorarle en la solicitud de Ayudas Técnicas en el caso de que las necesite:

- Camas articuladas.
- Grúa hidráulica/eléctrica.
- Colchones anti escaras.
- Cojines anti escaras.
- Andadores.
- Barandilla adaptable a la cama del paciente.
- Protectores de talón.
- Aspirador eléctrico portátil.
- Elevadores de W.C.
- Banqueta ducha.
- Incorporadores de plano.
- Pastilleros.

Se valorará su caso y le informaran de las ayudas disponible.



PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

En Andalucía, las prestaciones recogidas en el Catálogo General de Ortoprotésica son prescritas, dispensadas y financiadas por la Administración Sanitaria de la Junta de Andalucía en las condiciones y cuantía que en cada caso se determinen.

- Procedimiento de adquisición: la prescripción de los productos ortoprotésicos deberá ser realizada por el médico de asistencia especializada. Las prestaciones ortoprotésicas cubiertas por el Servicio Andaluz de Salud son las prótesis externas, sillas de rueda (manuales y a motor), órtesis y otros artículos comprendidos en el Catálogo General de Ortoprotésica, así como la reparación o sustitución parcial de los componentes deteriorados de productos anteriormente dispensados.

Es necesario disponer del documento de prescripción y posteriormente acudir a la Unidad de prestaciones en el centro sanitario. Es esta unidad la que hará entrega al paciente de la siguiente documentación:

- Original del documento de prescripción, cumplimentado en los apartados que corresponden.
- Ficha informativa sobre el producto prescrito.
- Relación de gabinetes técnicos con los que existe convenio de colaboración.

Debemos tener en cuenta que cuando nos prescriban productos que no tienen establecida cuantía, será necesaria la aprobación previa de un presupuesto.

- Visado: para algunos productos es necesario un visado como condición previa para la dispensación.

El visado se hace efectivo a través de un sello en el que figura la denominación de la institución, su nombre y dos apellidos, además de la firma y la fecha en que tiene lugar el visado. Junto con los que figuran con esta exigencia en el Catálogo General de productos ortoprotésicos, será necesario el visado cuando se prescriba más de una unidad del mismo producto.

<https://www.juntadeandalucia.es/temas/salud/derechos/ortoprotesica.html>

ADECUACION FUNCIONAL BASICA DE LA VIVIENDA

Se trata de un programa de ayudas dirigido a personas mayores de sesenta y cinco años o personas con discapacidad (que tengan reconocido, al menos el 40% de grado de discapacidad) y movilidad reducida o grandes dependientes (Grado III) que necesiten adaptar su vivienda habitual a sus necesidades especiales.

Además, son requisitos obligatorios tener unos ingresos de la unidad familiar de la persona solicitante no superiores a 2.50 veces el IPREM y residir de forma habitual y permanente en la vivienda objeto de la adecuación. Las subvenciones tendrán una cuantía equivalente al 70% del coste total del presupuesto protegible, teniendo este presupuesto un límite máximo de 2.000€ que se podrá incrementar por los gastos de asistencia técnica en 600€.

<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/fomentoinfraestructurasyordenaciondelterritorio/areas/vivienda-rehabilitacion/rehabilitacion/paginas/adequa.html>



PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA

Las pensiones no contributivas de jubilación e invalidez se han previsto para las personas que carezcan de recursos suficientes, aunque no hayan cotizado nunca o lo hayan hecho de forma insuficiente, siempre y cuando reúnan los requisitos legales.

Las personas que obtienen el derecho a estas pensiones se convierten en pensionistas de la Seguridad Social con las mismas garantías y los mismos beneficios que el resto de los pensionistas, pudiendo disfrutar de:

- Prestación económica mensual.
- Asistencia sanitaria de la Seguridad Social, médico-farmacéutica gratuita que incluye en su caso a los familiares que convivan en su domicilio, en las condiciones establecidas reglamentariamente.
- Complemento para los titulares de pensión no contributiva que residan en vivienda alquilada.
- Servicios sociales complementarios para personas mayores.
- Servicios sociales complementarios para personas con discapacidad.
- Ayuda social de carácter extraordinario.

El derecho a pensión no contributiva de invalidez no impide el ejercicio de aquellas actividades, sean o no lucrativas, compatibles con el estado de discapacidad y que no representen un cambio en la capacidad del trabajo.

A las personas beneficiarias de la pensión no contributiva de invalidez que inicien actividad laboral por cuenta propia o ajena le son de aplicación el Real Decreto Legislativo 8/2015 de 30 de octubre, para compatibilizar dicha pensión con el trabajo remunerado. No se les tendrá en cuenta en el cómputo anual de rentas propias las que hubiera percibido en virtud de su trabajo y/o subsidios por desempleo, en el ejercicio en que se reponga el pago de la pensión.

- **Como solicitarla:**

La persona interesada o su representante podrán formular la correspondiente solicitud, que le será facilitada en la Delegación Territorial de la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación, en los Centros de Participación Activa de Mayores y en los Servicios Sociales Comunitarios de su Ayuntamiento.

- **Donde hacerlo:**

La solicitud y documentación correspondiente se presentará, personalmente o por correo ordinario, en la Delegación Territorial de la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación, en los Centros de Participación Activa de Mayores de su población o en los Servicios Sociales Comunitarios de su Ayuntamiento. Asimismo, si la persona solicitante tiene firma electrónica, podrá formular su solicitud vía internet a través de la oficina virtual de esta Consejería.

https://www.imserso.es/imserso_01/prestaciones_y_subvenciones/pnc_invalidez/index.htm



INCAPACIDAD LABORAL

Es una prestación económica que trata de cubrir la pérdida de ingresos que sufre un trabajador cuando por enfermedad o accidente ve reducida o anulada su capacidad laboral.

• **Beneficiarios:**

Las personas incluidas en cualquier régimen de la Seguridad Social que reúnan los requisitos exigidos para cada grado de incapacidad.

• **Grados:**

- Parcial para la profesión habitual: ocasiona al trabajador una disminución no inferior al 33% en el rendimiento para dicha profesión.

- Total para la profesión habitual: inhabilita al trabajador para su profesión habitual, pero puede dedicarse a otra distinta.

- Absoluta para todo trabajo: inhabilita al trabajador para toda profesión u oficio.

- Gran invalidez: cuando el trabajador incapacitado permanente necesita la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida.

Dependiendo del grado de incapacidad, se exigen unos requisitos generales y de cotización. Si la incapacidad deriva de accidente sea o no de trabajo o de enfermedad profesional no se exigen cotizaciones previas.

• **Donde puede tramitarse:**

En la dirección provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social o del ISM, en su caso, donde tenga su domicilio el interesado, excepto cuando resida en el extranjero que el trámite se realizará en la dirección provincial del INSS de la provincia donde se acrediten las últimas cotizaciones en España.

<https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/InformacionUtil/44539/45982>

BIBLIOGRAFÍAS

BIBLIOGRAFÍA DISCAPACIDAD

1. <https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/estudios/discapacidad/discapacidad.pdf>
2. Kammersgaard LP, Olsen TS. *Poststroke epilepsy in the Copenhagen stroke study: incidence and predictors*. J Stroke Cerebrovas Dis 2005; 14:210-4
3. AIHW. *Health Priority Areas*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2011.
4. Mayo NE, Wood-Dauphinee S, Côté R, Durcan L, Carlton J. *Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke*. Arch Phys Med Rehabil. 2002;83(8):1035-42
5. Hackett ML, Yapa C, Parag V, Anderson CS. *Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies*. Stroke 2005; 36:1330-40
6. Johnson JL, Minarik PA, Nyström KV, et al.: *Poststroke depression incidence and risk factors: an integrative literature review*. J Neurosci Nurs 2006; 38(suppl):316-327
7. Edwardson MA, Lucas TH, Carey JR, Fetz EE. *New modalities of brain stimulation for stroke rehabilitation*. Exp Brain Res. 2013;224:335-58
8. Draganski B, Gaser C, Busch V, Schuierer G, Bogdahn U, May A. *Neuroplasticity: changes in grey matter induced by training*. Nature. 2004;427(6972):311-2
9. Saunders DH, Sanderson M, Hayes S, Kilrane M, Greig CA, Brazzelli M, et al. *Physical fitness training for stroke patients*. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Mar 24;3:CD003316
10. Wade DT et al. *Walking after stroke. Measurement and recovery over the first 3 months*. Scand J Rehabil Med 1987; 19: 25-30
11. Jørgensen HS, Nakayama H, Raaschou HO, Vive-Larsen J, Støier M, Olsen TS. *Outcome and time course of recovery in stroke. Part I: Outcome*. The Copenhagen Stroke Study. Arch Phys Med Rehabil. 1995;76(5):399-405
12. Rode G, Rossetti Y, Boisson D. *Inverse relationship between sensation of effort and muscular force during recovery from pure motor hemiplegia: a single-case study*. Neuropsychologia. 1996;34(2):87-95

BIBLIOGRAFÍA REEDUCACIÓN ESFÍNTERES

13. Dumoulin C, Korner-Bitensky N, Tannenbaum C. *Urinary incontinence after stroke: identification, assessment, and intervention by rehabilitation professionals in Canada.* Stroke. 2007;38(10):2745-51
14. Kolominsky-Rabas PL, Hiltz M, Neundoerfer B, Heuschmann PU. *Impacto furinary incontinence after stroke: results from a prospective population-based stroke register.* Neurourol Urodyn. 2003;22:322-327
15. Harari D, Coshall C, Rudd AG, Wolfe CDA. *New-onset fecal incontinence after stroke: prevalence, natural history, riskfactors, and impact.* Stroke. 2003; 34: 144-150

BIBLIOGRAFÍA EN LA ASOCIACIÓN

- Davies M. Patricia. *Pasos a seguir. Tratamiento integrado de pacientes con hemiplejía*. Editorial Panamericana. 2º Edición.
- Berta Bobath. *Hemiplejía del adulto. Evaluación y tratamiento*. Ed. Médica Panamericana. 1993.
- Moreno Sanjuan, Javier. *Técnicas fisioterapéuticas en la hemiplejía. 14 de noviembre de 2007*. Disponible en <https://www.efisioterapia.net/articulos/tecnicas-fisioterapias-la-hemiplejia>
- Déniz Antonio, Álamo David. *Guía para pacientes y cuidadores. Ejercicios para realizar en casa después de un accidente cerebrovascular*. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.
- Asociación Sevillana de Ictus (Ictus-Sevilla). *Conocer el Ictus*. 2018. <http://www.ictus-sevilla.org/index.php/nosotros/publicaciones/163-conocer-el-ictus>
- Asociación Sevillana de Ictus (Ictus-Sevilla). *Cuidados de Enfermería para pacientes de Ictus*. 2019. Disponible <https://www.ictussevilla.org/images/MANUALDEENFERMERIAICTUS.pdf>

BIBLIOGRAFÍA ALTERACIONES DEL LENGUAJE

- “*Afasia: de la teoría a la práctica*”. Paola González Lázaro, Beatriz González Ortuño. Ed. Paramericana.
- “*Guía de Intervención logopédica en Afasias*”. Beatriz Terradillos. Ed. Síntesis.
- <https://www.clinicasanvicente.es/servicios/alteraciones-del-lenguaje-afasias>
- *Principales trastornos del habla Afásica - Lenguaje y deglución en la persona con demencia* - AFATE
- <https://dañocerebral.es/publicaciones/>

BIBLIOGRAFÍA RECURSOS SOCIO SANITARIOS

- *Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud*. 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo. (Acceso 3 febrero 2009). (Documento Internet).
- Chamorro A. *La penumbra isquémica. La ventana terapéutica*. Neurología 1999; 14 (Suppl. 4): 35-40.
- Cozier, B., Erb, G. *técnicas de enfermería Clínica*. Ed. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1999.
- Sociedad Española de Neurología.
- *Conocer el Ictus*. ICTUS-SEVILLA
- Grupo de de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología
- Fundación Española de Enfermedades Neurológicas www.feeneurologia.com/pacientes.php
- Fundación ONCE www.fundaciononce.es

PUBLICACIONES

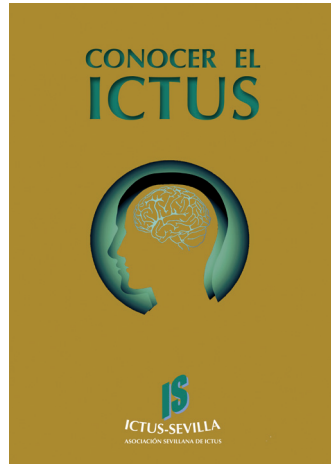
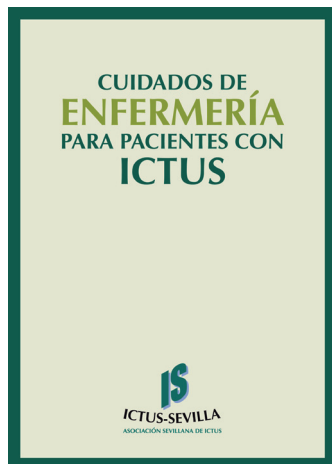
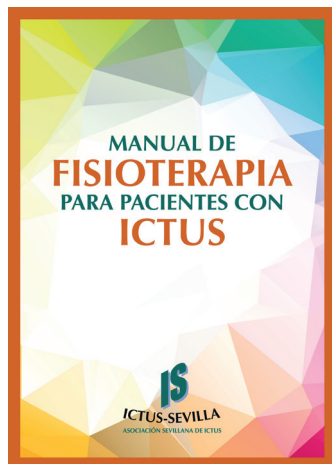
Si desea descargar alguna publicación, puede hacerlo a través de la web
<https://www.ictussevilla.org/index.php/nosotros/publicaciones>

y/o solicitarlas a través de la Asociación, en los teléfonos

954 25 15 10 - 647 96 69 08

o a través del e-mail

ictusevilla@hotmail.com





ICTUS-SEVILLA
ASOCIACIÓN SEVILLANA DE ICTUS

Avda. de Altamira, 29, Blq. 11 - Acc. A
41020 Sevilla
Tfnos.: 954 25 15 10 - 647 96 69 08
ictussevilla@hotmail.com

www.ictussevilla.org

Con la colaboración de:



Daiichi-Sankyo



ISBN: 978-84-09-34313-3



9 788409 343133