ME HE CONVERTIDO EN CUIDADOR/A DE UNA PERSONA QUE HA SUFRIDO UN ICTUS, ¿QUÉ NECESITO SABER?

GUÍA

caregIVR

ESSATLA
Atlántica Health School

SGH

uhu.es
Universidad de Huelva
OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI FIRENZE

Co-funded by the European Union

HaDEA

CONTENIDO

01 **EL ICTUS- INFORMACIÓN BÁSICA** 3
- CAUSAS DEL ICTUS 3
- PROBLEMAS DE LOS SUPERVIVIENTES DEL ICTUS 4
- RECONOCIMIENTO DE LOS SÍNTOMAS POSTERIORES 9

02 **LAS PRIMERAS HORAS Y DÍAS TRAS EL REGRESO DEL PACIENTE DEL HOSPITAL A CASA** 15
- ¿CÓMO PROPORCIONAR ATENCIÓN ESPECIALIZADA DESPUÉS DE QUE EL PACIENTE VUELVA A CASA 15
- ¿QUE DEBE PREPARARSE EN CASA ANTES DE QUE EL PACIENTE REGRESE? 16
- EL PACIENTE SOLO EN CASA 17
- PRIMEROS AUXILIOS PRESTADOS POR EL CUIDADOR EN CASO DE EMERGENCIA 18
- DÉFICITS DE SALUD DEL PACIENTE 19

Centro del habla 19
Sistema urinario 19

03 **AYUDA AL PACIENTE PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS** 20

04 **TESTIMONIOS DE PACIENTES** 34

05 **TESTIMONIOS DE CUIDADORES** 35

06 **APOYO FORMAL Y JURÍDICO DE LAS INSTITUCIONES ESTATALES** 36
- MARCO GENERAL DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA 36
- SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA 37
- AYUDAS AUTONÓMICAS Y MUNICIPALES 39
- COMO SÍNTESIS 42

07 **REFERENCIAS** 45

01 El ictus - Información básica

CAUSAS DE UN ICTUS

La causa del ictus es una interrupción repentina del flujo sanguíneo en los vasos del cerebro, lo que provoca una falta de oxígeno y la muerte del tejido nervioso. Existen dos tipos principales de ictus: el ictus isquémico (85 % de los casos) y el ictus hemorrágico (15 %). En los ictus isquémicos, el factor clave son los procesos que obstruyen la luz de una arteria, como la aterosclerosis de los grandes vasos, que estrecha o bloquea por completo una de las arterias. Otro factor importante es la embolia, en la que coágulos formados en el corazón (por ejemplo, debido a una fibrilación auricular o tras un infarto) se desplazan hacia los vasos sanguíneos del cerebro, provocando entre el 20 y el 30 % de los ictus isquémicos. Otro mecanismo es la enfermedad de pequeños vasos, principalmente relacionada con la hipertensión arterial.

Un ictus hemorrágico se produce por la rotura de un vaso sanguíneo cerebral y la posterior hemorragia en el tejido nervioso. La causa principal es la hipertensión arterial crónica, que daña las paredes de las pequeñas arterias, especialmente en las estructuras profundas del cerebro. En personas mayores, también desempeña un papel importante la angiopatía amiloide, que se caracteriza por la acumulación de proteína amiloide en las paredes de los vasos, lo que aumenta el riesgo de hemorragia en los lóbulos cerebrales.

Los factores de riesgo de ictus se dividen en factores no modificables y factores modificables. Entre los factores no modificables se incluyen: [10,11]:

- Edad superior a 55 años
- Sexo masculino
- Predisposición genética, como mutaciones que aumentan la coagulación sanguínea

Entre los factores modificables, el más importante es la hipertensión arterial, que aumenta de forma significativa el riesgo tanto de ictus isquémico como hemorrágico. La fibrilación auricular, al generar coágulos en las aurículas, multiplica por cinco el riesgo de ictus. La diabetes y la obesidad aceleran la aterosclerosis, mientras que el tabaquismo daña el revestimiento de los vasos sanguíneos, provocando inflamación y formación de coágulos. La inactividad física y una dieta rica en grasas saturadas y azúcares simples empeoran aún más el perfil lipídico, lo que incrementa el riesgo de eventos vasculares[17,18].

PROBLEMAS DE LOS SUPERVIVIENTES DE ICTUS

Los síntomas que presentan los pacientes tras un ictus provocan una disminución en su capacidad para desenvolverse en la vida diaria, en el trabajo, en el entorno familiar y en el ámbito social. Esto acaba derivando en exclusión e aislamiento de los pacientes dentro de sus comunidades. Una atención y cuidados de enfermería adecuados son fundamentales para el bienestar continuo del paciente y su calidad de vida. A continuación, se enumeran algunos de los problemas más importantes a los que se enfrentan las personas que han sobrevivido a un ictus.

I TRASTORNOS DEL HABLA

- **Disartria** – causada por daño en los músculos y nervios responsables de la producción del habla, afectando a la lengua, los labios, el paladar, la faringe y la laringe. El habla se vuelve poco clara (farfullada), los pacientes tienen dificultades para articular, y también pueden presentar problemas respiratorios y de deglución. El habla se vuelve lenta y a menudo entrecortada. Por ello, la comunicación debe apoyarse en la escritura, en ejercicios para mejorar el aparato fonador y en la implicación de la familia [19].

- **Afasia motora** – el paciente tiene dificultades para expresar palabras. Puede oscilar entre una pérdida parcial hasta una pérdida total de la capacidad para hablar, llegando en algunos casos a no emitir ningún sonido. Se debe animar al paciente a intentar comunicarse y estimular el uso del lenguaje automático (por ejemplo, contar en voz alta) [20,21].

- **Afasia sensorial** – implica una alteración en la comprensión del lenguaje hablado, tanto el emitido por otras personas como el propio. También se ven afectadas la denominación, repetición, lectura y escritura. El habla puede ser fluida, pero carece de sentido: se usan muchas palabras incorrectas o aparecen palabras nuevas sin significado. El apoyo emocional es fundamental para facilitar la comunicación y reducir la frustración asociada a estas dificultades [22].

- **Alexia** – Pérdida de la capacidad para reconocer palabras escritas que el paciente antes podía leer, también conocida como «ceguera verbal».

Estos trastornos del habla pueden presentarse de forma simultánea. Los datos a nivel mundial sobre su frecuencia en pacientes con ictus indican que la afasia aparece en un 20–40 % de los casos durante la fase aguda del ictus, mientras que la disartria está presente en un 30–60 % de los pacientes en esa misma fase [23].

II DIFICULTADES EN LA ESCRITURA

Después de un ictus, los pacientes pueden perder la capacidad de escribir. Dependiendo de la extensión y localización del ictus, pueden presentarse problemas de ortografía, dificultades para escribir palabras irregulares o una pérdida total de la capacidad cognitiva para formar y combinar letras que den lugar a palabras[24].

III TRASTORNOS DE LA DEGLUCIÓN E INFECCIONES RESPIRATORIAS

SLa deglución implica varias fases, comenzando con la fase oral, que es voluntaria e incluye las fases prioral, preparatoria y oral. Las fases siguientes son la faríngea y la esofágica. La disfagia neurogénica afecta a las fases oral y faríngea (también conocida como disfagia alta) y está causada por trastornos del sistema nervioso[25]. Los problemas de deglución pueden provocar complicaciones graves como neumonía por aspiración, deshidratación y malnutrición. La disfagia suele ir acompañada de depresión, ansiedad y aislamiento social. Los síntomas más comunes incluyen:

- dificultad para tragar;
- sensación de que la comida se queda atascada en la garganta;
- tos o atragantamientos durante las comidas;
- Salivación excesiva debido a la incapacidad de tragar saliva;
- regurgitación de alimentos o líquidos por la nariz[25].

Una de las enfermedades neurológicas asociadas con la disfagia es el ictus. Se estima que más de la mitad de los pacientes ingresados en el hospital por un ictus isquémico presentan problemas de deglución debido al debilitamiento de los músculos de la garganta y la laringe[26], lo que convierte al accidente cerebrovascular en la causa más común de disfagia neurogénica[27-30]. La disfagia se asocia con numerosas complicaciones peligrosas, como la deshidratación, la desnutrición y complicaciones con riesgo de infecciones pulmonares potencialmente mortales, lo que afecta significativamente a la calidad de vida del paciente[25]. Este trastorno conlleva un riesgo de aspiración, que puede provocar neumonía. Esto requiere la aspiración de secreciones del tracto respiratorio y precaución al alimentar al paciente. El diagnóstico precoz del trastorno indicado y la adaptación de la alimentación del paciente (por vía intravenosa, oral, a través de sonda gástrica), así como el mantenimiento del equilibrio ácido-base adecuado, pueden prevenir las complicaciones broncopulmonares[31].

IV ESCARAS

Las úlceras por presión son un problema que afecta especialmente a los pacientes con trastornos neurológicos. Constituyen una complicación grave en personas que han sufrido un ictus, con una incidencia del 1,7 al 2,6%[32-33]. Las úlceras por presión se definen como un daño localizado en la piel y los tejidos más profundos, que conduce a necrosis, pérdida tisular y, en última instancia, muerte del tejido[34]. Son consecuencia del deterioro del flujo sanguíneo en los vasos, y pueden manifestarse como lesiones superficiales o heridas profundas de difícil cicatrización que afectan a los tejidos blandos más profundos. Como resultado de la inmovilización prolongada, los tejidos se ven sometidos a fuerzas mecánicas como la compresión, la fricción y las fuerzas de cizallamiento, lo que interfiere en la circulación local, provocando hipoxia y malnutrición tisular, y finalmente necrosis[34]. Las úlceras por presión limitan la funcionalidad diaria del paciente y reducen sus posibilidades de rehabilitación, lo que conlleva una disminución significativa en su calidad de vida[35]. Su presencia complica la rehabilitación y empeora el estado del paciente. Se acompañan de dolor, necrosis e infección, lo que contribuye a la aparición de complicaciones, retrasos en el proceso rehabilitador, prolongación de la hospitalización y aumento de los costes del tratamiento.

V HEMIPARESIA

La hemiparesia es uno de los síntomas del ictus[36]. Entre los supervivientes, seis meses después de haber sufrido un accidente cerebrovascular, el 48% presenta hemiparesia persistente, el 22% no puede caminar de forma independiente y entre el 24% y el 53% requiere asistencia total o parcial para realizar actividades cotidianas[37]. La hemiparesia es una de las complicaciones más comunes tras un ictus y se manifiesta como debilidad muscular unilateral o bilateral[38]. Su intensidad varía entre pacientes, y puede ser más o menos duradera. Por ello, el proceso de tratamiento de la hemiparesia post-ictus varía de una persona a otra. Esta pérdida de fuerza se debe a focos isquémicos en el cerebro que generan disfunción y provocan trastornos del movimiento en forma de hemiplejía, con afectación igual de ambas extremidades o con predominio claro de la extremidad superior o inferior, así como hemiparesia. Aunque no se trata de una parálisis —es decir, una pérdida completa del control muscular—, la hemiparesia post-ictus puede provocar una incapacidad casi total para mover una extremidad[38]. La hemiparesia post-ictus se presenta con mayor frecuencia de forma cruzada: el daño en el hemisferio derecho del cerebro provoca hemiparesia en el lado izquierdo del cuerpo, y viceversa. Sin embargo, si se ve afectado el hemisferio dominante, también son muy comunes los trastornos del habla.

La hemiparesia es causada por el daño a las neuronas motoras en el cerebro, la médula espinal, los nervios periféricos o los músculos[38]. Los tipos de hemiparesia tras un ictus incluyen:

- Tetraparesia – causada por daño en el tronco encefálico, que afecta a las cuatro extremidade.
- Hemiparesia – que afecta solo un lado del cuerpo.
- Paresia hespástica – aumento del tono muscular y reflejos profundos exagerados, causada por daño en la neurona motora inferior. Afortunadamente, esta paresia se desarrolla lentamente y generalmente responde bien a la rehabilitación.
- Miastenia – fatiga muscular; en pacientes con ictus, esto puede afectar los músculos faciales, provocando párpados caídos, alteración de la expresión facial o problemas del habla[38].

VI INFECCIONES EN EL TRACTO URINARIO

Suelen estar causadas, principalmente, por una disminución de la inmunidad y la presencia de un catéter urinario. La cateterización es necesaria debido a una disfunción del esfínter o a enfermedades concomitantes del sistema genitourinario, así como a disfunciones urinarias provocadas por el encamamiento; sin embargo, también predispone a las infecciones del tracto urinario[39]. Cabe destacar que estas infecciones suelen ir acompañadas de dolor, frecuentemente asociado a una sensación urgente de necesidad de orinar. La presencia de estos síntomas dolorosos desmotiva a los pacientes a participar en actividades de rehabilitación y puede agravar aún más la depresión, común entre quienes enfrentan una pérdida repentina de movilidad e independencia. El periodo en el que se inicia la bipedestación y el entrenamiento para la marcha suele ser el momento en que la mayoría de los pacientes recuperan el control de la función del esfínter, lo que permite interrumpir rápidamente el uso del catéter[40].

VII DEPRESIÓN POST-ICTUS

La depresión debe ser diagnosticada por un psiquiatra. Además de la medicación, se utiliza la psicoterapia. La depresión post-ictus ocurre en aproximadamente el 40% de los pacientes dentro de los 4 meses posteriores al inicio del ictus[41]. El principal factor que contribuye al desarrollo de la depresión es el hecho de que los pacientes permanecen bajo la influencia de un estrés crónico debido a los síntomas persistentes de discapacidad, la dependencia de otras personas y el miedo por su propia vida y la de sus seres queridos. La incidencia de la depresión varía según el tiempo transcurrido desde el ictus. En las primeras dos semanas tras el ictus, la incidencia oscila entre el 6% y el 41%; después de 3 a 4 meses, entre el 47% y el 53%; al cabo de un año, entre el 21% y el 47%; y a los cinco años, en torno al 35%. El contacto verbal limitado dificulta o incluso imposibilita comprender las experiencias del paciente, lo que impide identificar los síntomas y características necesarios para diagnosticar la depresión como un síndrome psicopatológico[42].

Teniendo en cuenta los problemas enumerados anteriormente, los supervivientes de un ictus se enfrentan a desafíos diarios que incluyen:

- Ansiedad, preocupación y bajo estado de ánimo debido a una menor calidad de vida.
- Riesgo de coágulos sanguíneos (trombosis y embolia).
- Riesgo de contracturas.
- Dificultad para moverse y realizar tareas de autocuidado.
- Estreñimiento por inmovilización prolongada y ralentización de los movimientos intestinales, y problemas para orinar.
- Problemas para dormir[43].

RECONOCIMIENTO DE LOS SÍNTOMAS POSTERIORES

I MOVIMIENTO, SENSIBILIDAD Y PERCEPCIÓN DEL ESPACIO

- **Hemiparesia (Debilidad de un hemicuerpo)**

  Qué es: Disminución de la fuerza muscular en un lado del cuerpo.

  Cómo se reconoce: El paciente tiene dificultad para sostener objetos, p. ej., un vaso, debido a la disminución del tono y la fuerza muscular de la mano y de toda la extremidad superior.

- **Hemiplejía (Parálisis de un hemicuerpo)**

  Qué es: Ausencia total de movilidad activa en una mitad del cuerpo.

  Cómo se reconoce: El paciente es incapaz de realizar ningún movimiento voluntario con la extremidad superior o inferior afectada, que permanece completamente flácida o inerte.

- **Hemihipoestesia (Disminución de la sensibilidad en un hemicuerpo)**

  Qué es: Disminución de la sensibilidad táctil, dolorosa y térmica en un lado del cuerpo.

  Cómo se reconoce: El paciente no responde adecuadamente a los estímulos sensitivos (p. ej., un pinchazo o el calor) aplicados en el hemicuerpo afectado y puede no controlar la prensión de la mano por falta de información sensitiva.

- **Anosognosia**

  Qué es: Falta de conciencia del propio déficit neurológico.

  Cómo se reconoce: El paciente con hemiplejía afirma que sus extremidades funcionan plenamente e intenta realizar con ellas actividades manuales, mostrando una total falta de juicio crítico respecto a su estado de salud real.

- **Hemineglígencia (Síndrome de negligencia unilateral)**

  Qué es: Desatención, por parte del sistema nervioso central, del espacio situado en el lado opuesto a la lesión cerebral.

  Cómo se reconoce: El paciente no advierte a las personas ni los objetos situados a su izquierda, come solo del lado derecho del plato o se afeita únicamente la mitad derecha de la cara.

- **Ataxia**

  Qué es: Trastorno de la coordinación motora con fuerza muscular normal conservada.

  Cómo se reconoce: El paciente realiza movimientos descoordinados, imprecisos y torpes, lo que se manifiesta como dificultad para alcanzar objetos con precisión o como inestabilidad de la marcha.

- **Apraxia**

  Qué es: Pérdida de la capacidad para realizar movimientos conocidos e intencionados en ausencia de paresia.

  Cómo se reconoce: Cuando se le pide que utilice un peine o un bolígrafo, el paciente no es capaz de planificar ni colocar correctamente la mano y los dedos, y utiliza el objeto de un modo que no corresponde a su función.

- **Espasticidad**

  Qué es: Aumento patológico del tono muscular, dependiente de la velocidad de estiramiento.

  Cómo se reconoce: Durante la extensión pasiva de la extremidad del paciente se percibe una fuerte resistencia muscular; la extremidad superior adopta con frecuencia una postura fija en flexión del codo y la muñeca.

- **Dismetría**

  Qué es: Imposibilidad de detener un movimiento voluntario en el punto de destino deseado.

  Cómo se reconoce: En la prueba dedo-nariz o al intentar alcanzar un vaso, el paciente detiene la mano antes de llegar al objeto o lo golpea bruscamente, sobrepasando el objetivo.

- **Propiocepción (Trastorno de la sensibilidad profunda)**

  Qué es: Pérdida de la capacidad de determinar la posición de las propias extremidades en el espacio sin control visual.

  Cómo se reconoce: Con los ojos cerrados, el paciente no puede determinar si el examinador le ha flexionado o extendido un dedo de la mano o toda la extremidad inferior.

- **Afasia motora (de Broca)**

  Qué es: Trastorno de la expresión del lenguaje con comprensión conservada.

  Cómo se reconoce: El paciente comprende las órdenes, pero tiene gran dificultad para articular palabras, habla despacio, de forma telegráfica**,** o solo emite sílabas aisladas.

- **Afasia sensitiva (de Wernicke)**

  Qué es: Trastorno de la comprensión del lenguaje con fluidez del habla conservada.

  Cómo se reconoce: El paciente habla con fluidez y en abundancia, pero su discurso carece de sentido lógico (jerga afásica) y él mismo no comprende las preguntas que le formula el examinador.

- **Disartria**

  Qué es: Trastorno de la articulación debido a una disfunción del aparato motor del habla.

  Cómo se reconoce: El paciente construye frases lingüísticamente correctas, pero pronuncia las palabras de forma borrosa, farfullante y poco inteligible, debido a la paresia de los músculos de la lengua y del paladar.

- **Disfagia**

  Qué es: Trastorno de la deglución de alimentos sólidos y líquidos.

  Cómo se reconoce: Durante la prueba de deglución de agua, el paciente se atraganta, tose o presenta regurgitación nasal del líquido, lo que indica una disfunción de los músculos faríngeos.

- **Hemianopsia (Pérdida de la mitad del campo visual)**

  Qué es: Pérdida de visión en las mitades homónimas de los campos visuales de ambos ojos.

  Cómo se reconoce: En la campimetría o en la exploración por confrontación, el paciente no registra los objetos que aparecen en la parte lateral del campo visual del ojo izquierdo y del derecho, lo que provoca, entre otras cosas, que choque con los marcos de las puertas

- A**maurosis fugax (Ceguera transitoria)**

  Qué es: Pérdida súbita y transitoria de la visión en un ojo.

  Cómo se reconoce: El paciente refiere un episodio de oscurecimiento total de la imagen en un ojo (efecto de cortina que desciende), que remite espontáneamente al cabo de unos minutos.

- **Agnosia visual**

  Qué es: Incapacidad de reconocer objetos mediante la vista en ausencia de ceguera.

  Cómo se reconoce: El paciente mira una llave colocada ante él y no sabe nombrarla, pero identifica correctamente el objeto en cuanto se lo ponen en la mano y lo explora con el tacto.

- **Prosopagnosia**

  Qué es: Pérdida de la capacidad de reconocer rostros conocidos.

  Cómo se reconoce: El paciente no reconoce los rasgos faciales de sus familiares ni su propio reflejo en el espejo, e identifica a sus allegados solo tras oír su voz.

- **Diplopía (Visión doble)**

  Qué es: Percepción de dos imágenes de un mismo objeto.

  Cómo se reconoce: El paciente refiere superposición o desdoblamiento de la imagen, lo que se confirma por la asimetría en la alineación de los globos oculares y desaparece al tapar un ojo.

- **Disfonía**

  Qué es: Trastorno de la producción de la voz en la laringe.

  Cómo se reconoce: La voz del paciente se vuelve apagada, áspera, débil o persistentemente ronca como consecuencia de la paresia de los pliegues vocales.

- **Nistagmo**

  Qué es: Movimientos rítmicos e involuntarios de los globos oculares.

  Cómo se reconoce: Al pedir al paciente que siga con la mirada el dedo del examinador, se observa una oscilación de los globos oculares en el plano horizontal, vertical o rotatorio.

- **Prosopagnosia**

  Qué es: Pérdida de la capacidad para reconocer rostros familiares.

  Cómo se reconoce: El paciente no logra reconocer los rasgos faciales de sus familiares ni su propio reflejo en el espejo, identificando a sus seres queridos solo tras escuchar sus voces.

III EMOCIONES, PENSAMIENTO Y SÍNDROMES ESPECIALES

- L**abilidad emocional (Incontinencia afectiva)**

  Qué es: Pérdida del control sobre la expresión emocional.

  Cómo se reconoce: El paciente reacciona con llanto o risa forzados ante estímulos neutros, sin que esta reacción refleje su estado emocional real.

- **Demencia vascular**

  Qué es: Deterioro de las funciones cognitivas a consecuencia de lesiones isquémicas cerebrales.

  Cómo se reconoce: Las pruebas neuropsicológicas revelan déficits significativos de la memoria reciente, trastornos de la atención y enlentecimiento de los procesos de pensamiento que dificultan el funcionamiento cotidiano.

- **Trastornos de las funciones ejecutivas**

  Qué es: Deterioro de la capacidad de planificar y de actuar de forma intencionada.

  Cómo se reconoce: El paciente tiene dificultades para realizar tareas de varios pasos, como preparar una comida siguiendo instrucciones, porque no consigue ordenar las acciones en una secuencia lógica.

- **Síndrome de enclaustramiento (Locked-in syndrome)**

  Qué es: Estado de parálisis total del cuerpo con plena conciencia conservada.

  Cómo se reconoce: El paciente no realiza ningún movimiento de las extremidades ni de los músculos faciales y no habla; la única forma de contacto lógico y de respuesta a preguntas es el parpadeo intencionado o el movimiento vertical de los ojos.

- **Hemibalismo**

  Qué es: Movimientos involuntarios bruscos, de lanzamiento, de las extremidades y de gran amplitud.

  Cómo se reconoce: Se observan en el paciente sacudidas repentinas y descoordinadas de toda la extremidad superior o inferior de un lado del cuerpo, semejantes al gesto de lanzar.

- **Disfagia neurógena con aspiración silente**

  Qué es: Paso de alimento a las vías respiratorias sin reflejo tusígeno.

  Cómo se reconoce: El paciente aspira contenido líquido al árbol bronquial sin atragantamiento visible, lo que se detecta mediante un estudio videofluoroscópico de la deglución o por un empeoramiento súbito de los parámetros respiratorios.

- **Apatía posictus**

  Qué es: Disminución persistente de la motivación y de la actividad por iniciativa propia.

  Cómo se reconoce: El paciente permanece inactivo, no inicia contacto ni ninguna acción intencionada y muestra un aplanamiento afectivo independiente de un síndrome depresivo.

- **Perseveraciones**

  Qué es: Repetición persistente de una respuesta verbal o motora ya emitida.

  Cómo se reconoce: El paciente responde correctamente a la primera pregunta, pero ante cada una de las siguientes, completamente distintas, sigue dando la misma primera respuesta, sin ser capaz de cambiar de tema.

- **Astereognosia**

  Qué es: Incapacidad de identificar un objeto únicamente mediante el tacto.

  Cómo se reconoce: Con los ojos cerrados, el paciente explora con la mano una moneda colocada en su palma, es capaz de describir su forma, pero no sabe decir de qué objeto se trata.

- **Acatisia posictus**

  Qué es: Sensación subjetiva de necesidad imperiosa de mantenerse constantemente en movimiento.

  Cómo se reconoce: El paciente manifiesta una intensa inquietud motora, cambia continuamente de postura, mueve las piernas estando sentado o camina sin cesar debido a una tensión interna.

02 Las primeras horas y días tras el regreso del paciente del hospital a casa

¿CÓMO PROPORCIONAR ATENCIÓN ESPECIALIZADA DESPUÉS DE QUE EL PACIENTE VUELVA A CASA?

¿Proporcionará el hospital transporte seguro al paciente?

Sí, el hospital puede proporcionar transporte médico al paciente si tiene dificultades para moverse.
El transporte sanitario, sea o no urgente, debe ser solicitado por el médico responsable, basándose en criterios clínicos y garantizando la seguridad del paciente.

¿Es posible ponerse en contacto con alguien del personal médico 24 horas al día, 7 días a la semana, si surge algo que preocupe tanto a la familia y al paciente que no puedan esperar a una visita de seguimiento?

En tal situación, se debe utilizar la asistencia médica nocturna y festiva o acudir al Servicio de Urgencias más cercano; la información sobre el lugar más próximo para recibir estos servicios puede obtenerse en los teléfono 061 o 112, al igual que si el cuidador siente que algo alarmante está sucediendo con el paciente.

¿Debe el cuidador/paciente informar a la Atención Primaria de Salud (APS) de que el paciente ha sufrido un ictus?

Sí, es necesario informar a la APS sobre el ictus del paciente y proporcionar una copia del alta hospitalaria.

¿Quién desempeña en el sistema sanitario una función similar a la del coordinador de atención al paciente tras un ictus?

Puede ser el médico de familia (APS) o la enfermera de APS. En España, en algunas comunidades autónomas, existe una figura profesional denominada Enfermera Gestora de Casos, que puede ser la profesional de referencia adecuada. Asimismo, también puede hacerse referencia al trabajador social.

¿Organiza el hospital las visitas de seguimiento para el paciente, o debe concertarlas el cuidador en el ambulatorio de atención especializada?

El médico responsable organiza las visitas de seguimiento necesarias, y todas las citas deben registrarse en el resumen del alta hospitalaria del paciente.

¿El transporte del paciente a las visitas de seguimiento está organizado por el centro donde tiene lugar la visita, o debe organizarlo el médico deAPS?

Si la familia no puede transportar al paciente por sí misma, debe solicitar el transporte médico a través del médico de APS o de la enfermera gestora de casos, en aquellas comunidades autónomas donde exista esta figura.

¿QUÉ DEBE PREPARARSE EN CASA ANTES DE QUE EL PACIENTE REGRESE?

¿Qué equipamiento básico debemos proporcionar antes de llevar al paciente a casa?

Depende del estado de salud del paciente. Si está encamado, debe proporcionársele una cama con colchón antiescaras, cuñas, almohadas que le ayuden a mantener la posición (ej., de lado), pañales para adultos, empapadores, cremas y toallitas.

Para quienes pueden moverse: una muleta/andador, pañales para adultos, vasos de plástico duro.

Todos estos aspectos pueden tratarse en coordinación con la enfermera gestora de casos (o equivalente), que realizará una evaluación inicial a domicilio y determinará la necesidad de material ortopédico o de otro tipo e inscribir al cuidador en la lista oficial de cuidadores del centro.

¿Es posible alquilar este equipo? ¿Hay que pagar para alquilarlo? ¿Está disponible para todo el mundo?

Es posible alquilar material médico, pero suele ser de pago, salvo para las personas con certificado de discapacidad, que pueden recibir ayudas económicas.

Dependiendo de la comunidad autónoma, el coste puede variar, y el equipamiento puede estar total o parcialmente subvencionado.

¿Durante cuánto tiempo se puede alquilar este material?

Los periodos de alquiler varían: de unos días a varios meses.

¿Hay que esperar mucho para conseguir este equipo?

Variará en función de la comunidad autónoma. Si se tramita a través del sistema sanitario público andaluz, una vez realizada la evaluación por la enfermera gestora de casos (o equivalente), no suele tardar más de una semana.

¿Existen equipos de alquiler gratuito que no sean básicos pero que ayuden a cuidar al paciente y a recuperar las funciones corporales perdidas? ¿Dónde se pueden buscar esas opciones?

Hay que contar con que el equipo de apoyo para la recuperación tendrá que alquilarse o comprarse, en el caso de que no pueda solicitarse a través de los profesionales de la sanidad pública (enfermera gestora de casos, trabajador social, etc.).

Teniendo en cuenta que tanto el paciente como la familia están aprendiendo juntos esta nueva situación, ¿cuál es el elemento más importante que no hay que descuidar al principio, después de volver a casa?

OHay que intentar dar tiempo al paciente para que realice actividades básicas de forma independiente, por ejemplo, durante las comidas, permitirle que coma solo, aunque esto suponga ensuciar o tardar más tiempo. Si es posible, no se debe dar de comer al paciente si puede intentar comer por sí mismo.
Hay que intentar realizar con el paciente los ejercicios de logopedia, rehabilitación y fisioterapia que los especialistas recomiendan realizar en casa.

¿El paciente tras un ictus entiende lo que le decimos?

Sí, el paciente lo entiende. Pero el cuidador debe tener paciencia y calma: a menudo, es necesario repetir algo varias veces para que el paciente lo entienda. Es importante utilizar frases cortas y sencillas al dirigirse al paciente. Además, es esencial respetar su espacio y su silencio, ya que cada persona tiene su propio ritmo para afrontar la situación.

EL PACIENTE SOLO EN CASA

¿Se puede dejar solo en casa a un paciente encamado? ¿Durante cuánto tiempo? ¿Existe riesgo de atragantamiento u otras situaciones repentinas que pongan en peligro la vida? ¿El riesgo es el mismo que con una persona sana?

No se debe dejar a un paciente encamado sin supervisión. Existe la posibilidad de que ocurran situaciones que supongan un riesgo significativo y pongan en peligro su vida, y el riesgo de asfixia es mucho mayor que para una persona sana.

¿Qué comportamientos extraños se pueden observar después de un ictus?

Pueden olvidar cosas, tener dificultades para retener información nueva o repetirse con frecuencia. La comunicación puede volverse difícil debido a problemas con el habla y la comprensión. Además, muchas personas luchan por concentrarse o mantener la atención. También puede surgir un comportamiento impulsivo, lo que lleva a decisiones o acciones apresuradas sin considerar las consecuencias. En casos más graves, el paciente podría mostrar agresión verbal o física, o involucrarse en comportamientos social o sexualmente inapropiados, todo lo cual refleja el impacto neurológico del ictus y no una conducta intencional.

PRIMEROS AUXILIOS PRESTADOS POR EL CUIDADOR EN CASO DE EMERGENCIA

¿Puede producirse otro ictus después del inicial?

Sí, existe la posibilidad de un segundo ictus.

¿Cuáles son los síntomas de un ictus?

- *Debilidad o entumecimiento repentino: generalmente en un lado del cuerpo, afectando la cara, los brazos o las piernas.*
- *Problemas del habla: dificultad para arrastrar las palabras, problemas para entender o expresar palabras.*
- *Alteraciones visuales: visión doble, ceguera en un ojo u otros cambios en el campo visual.*
- *Mareos: que pueden ir acompañados de pérdida de equilibrio.*
- *Pérdida del equilibrio: dificultad para mantener el equilibrio, movimientos descoordinados.*
- *Dolor de cabeza repentino y severo: especialmente en caso de hemorragia subaracnoidea.*
- *Otros símtomas: nauseas, vómitos, confusión, cambios de comportamiento.*

Síntomas de un mini-ictus (TIA)

Similares a los síntomas del ictus, pero suelen ser breves (a menudo se resuelven en 24 horas). Puede implicar alteraciones de la visión, problemas del habla, debilidad de las extremidades o pérdida del equilibrio.

¿Qué hacer en esta situación?

En caso de un segundo ictus, es absolutamente necesario llamar inmediatamente a una ambulancia y garantizar el ingreso hospitalario.

CENTRO DEL HABLA

¿Recuperará el paciente el habla? (Afasia)

Esto dependerá de varios factores: la gravedad del daño cerebral, la zona afectada y el tiempo transcurrido desde el ictus. La rehabilitación a través de la logopedia, junto con otras formas de terapia, puede ayudar al paciente a recuperar o mejorar sus habilidades de comunicación.

¿Cómo hacer ejercicio con un paciente post-ictus?

Según las recomendaciones del especialista, es importante recordar que durante los ejercicios en casa no hay que frustrarse; es fundamental mantener la calma y la paciencia. De esta manera, el paciente, que también puede sentirse desanimado y frustrado, estará más dispuesto a participar en los ejercicios y a seguir las instrucciones.

¿Cómo hablar con un paciente afásico tras un ictus?

Evite interrumpir o corregir constantemente al paciente. Complemente el lenguaje verbal con gestos, expresiones faciales y ayudas visuales. Sea paciente y comprensivo; es muy importante mostrar apoyo y aliento.

SISTEMA URINARIO

Al paciente le han colocado un catéter en el hospital. ¿Debe camarbiarlo el cuidador en casa? ¿Puede proporcionarse apoyo de enfermería como parte de los servicios de salud pública?

No, el cuidador no debe cambiar el catéter por sí mismo. Dichos procedimientos deben ser realizados por la enfermera de atención primaria.

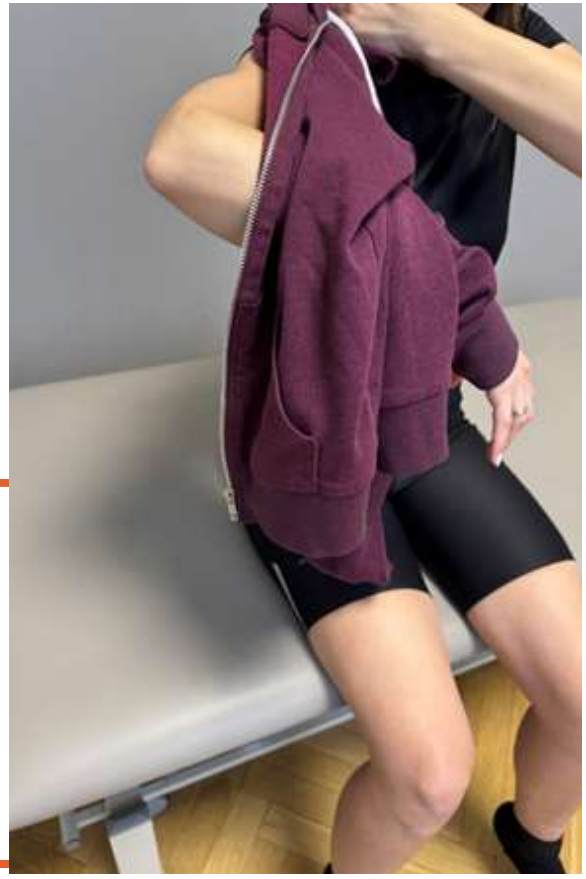
03

PONERSE UNA SUDADERA O CAMISETA INTERIOR

AYUDA AL PACIENTE A REALIZAR LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS

Al ponerse una prenda en la parte superior del cuerpo, empiece siempre por la extremidad más débil. Hay que tirar de la manga hasta el hombro antes de pasar al otro brazo.

El error más común: ponerse la mando solo parcialmente e intentar pasar la prenda por la espalda y el otro brazo. Este movimiento puede hacer que la extremidad se levante sin control y correr el riesgo de lesionarse el hombro.



PONERSE LOS PANTALONES

La ropa para la parte inferior del cuerpo también debe empezar por la pierna más débil.

Un error es empezar a ponerse primero los pantalones con la pierna sana.

Cuando se suben los pantalones por encima de las caderas, es útil alternar la elevación de la pelvis –izquierda, derecha-, lo que facilita la colocación de la prenda.

El paciente puede necesitar ayuda para subir los pantalones por el lado debilitado.

PONERSE LOS PANTALONES ESTANDO DE PIE

Si el paciente tiene buen equilibrio de pie, puede subirse los pantalones de forma independiente. Es aconsejable hacerlo cerca de una pared, ya que proporciona estabilización y seguridad adicionales.

PONERSE LOS CALCETINES

Ponerse un calcetín en la pierna débil:

1.
Coloque la pierna sobre la rodilla de la pierna más sana.

2.
Use los dedos para ensanchar la abertura del calcetín y deslícelo sobre los dedos.

3.
A continuación, páselo por el medio pie y por todo el pie.

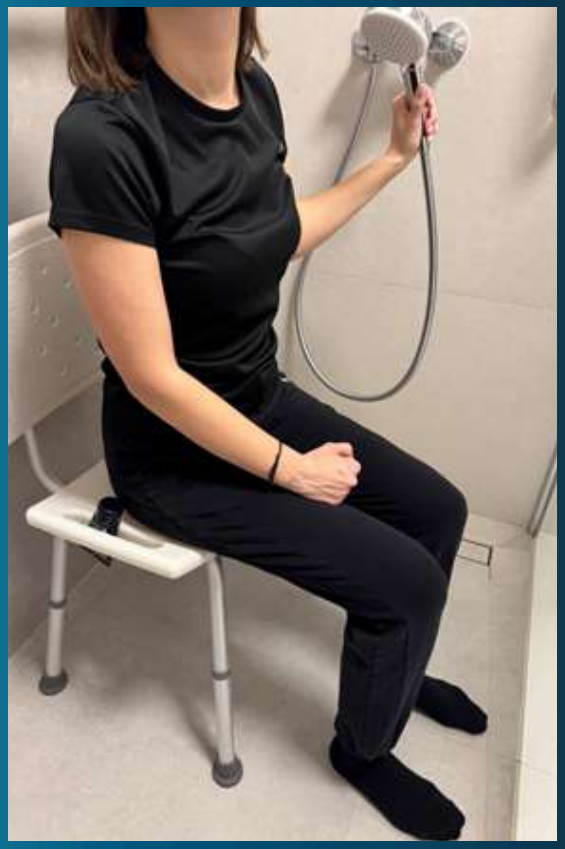
Esta técnica reduce el riesgo de lesiones y hace que ponerse el calcetín sea más fácil y preciso.

LEVANTARSE DEL INODORO

Al levantarse del inodoro de forma independiente, el paciente debe utilizar su mano sana para agarrarse a un asidero fijado a la pared o a un soporte abatible, dependiendo de qué lado esté afectado por la debilidad.

Una buena preparación del cuarto de baño (asideros estables) aumenta la seguridad y la independencia del paciente.

USO DE LA DUCHA



Para ducharse con seguridad, se recomienda utilizar una silla de ducha especial

Si el paciente controla bien la postura, puede ducharse de pie, agarrándose a los asideros instalados en las paredes.

Importante: el suelo de la ducha debe ser antideslizante.

COMER EN LA MESA

Durante las comidas, el brazo debilitado debe apoyarse en la mesa con todo el antebrazo.

TEl error más común: apoyar el brazo sobre el regazo o el torso – esto puede provocar dolor, hinchazón o contracturas.

Evite la alimentación en posición tumbada: puede provocar atragantamiento y otras complicaciones.

COMER TUMBADO
(SI LA SITUACIÓN LO REQUIERE.
EJ. EL PACIENTE AÚN NO PUEDE SENTARSE)

Incluso en posición semirreclinada, el brazo debilitado debe estar apoyado, idealmente sobre una almohada o una mesilla de noche..

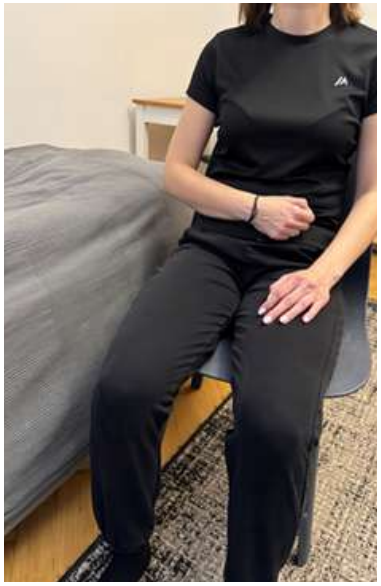
La cabeza y el torso deben estar elevados. La comida debe tener una consistencia adecuada para minimizar el riesgo de atragantamiento.

No se recomienda comer en posición completamente tumbada.

TRANSFERENCIAS AUTÓNOMAS

Para una transferencia segura (ej., de la silla de ruedas a la cama):

1.
Coloque el lado sano lo más cerca posible de la cama.



Evite la transferencia a través del lado debilitado, ya que supone un riesgo de perder el equilibrio y caerse.

2.
Inclínese hacia delante y desplace el peso del cuerpo hacia la extremidad superior sana que descansa sobre la cama.

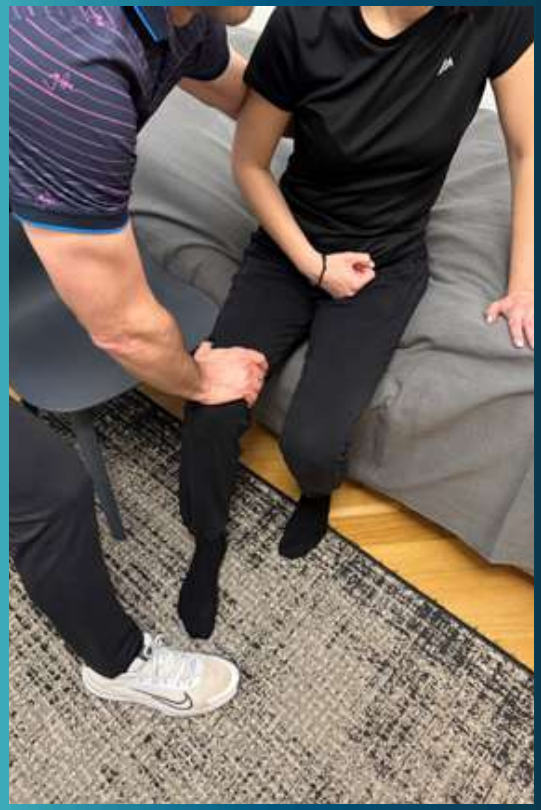
3.
Colóquese de pie.

4.
Tire de la mano para incorporarse a la cama y asiente las caderas lo más profundamente posible.

TRANSFERENCIAS CON ASISTENCIA

El cuidador debe controlar la posición de la pierna debilitada en la zona de la rodilla.

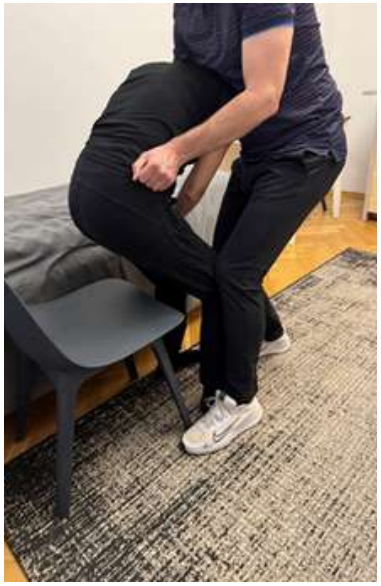
El paciente, al levantarse, se apoya con el brazo debilitado en la cama, y el cuidador le ayuda a levantarse de la silla/silla de ruedas, controlando la posición del miembro inferior.



Durante todo el proceso, el cuidador vigila la seguridad del paciente y su correcta posición corporal.

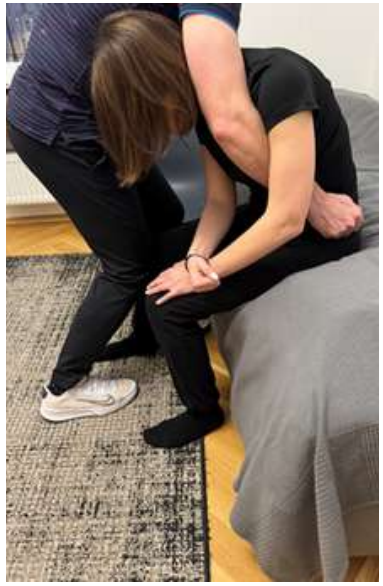
TRANSFERENCIA DE UN PACIENTE COMPLETAMENTE DEPENDIENTE

El traslado de un paciente totalmente dependiente debe realizarse de pie frente a él, sujetando sus caderas a ambos lados. El cuidador estabiliza la pierna debilitada del paciente con sus propias piernas.



Durante el traslado, es importante que el cuidador controle el movimiento de elevación de las caderas del paciente sujetándolas con las manos y se asegure de que la elevación se realiza inclinándose hacia atrás, para no soportar el peso del paciente con los brazos y forzar la espalda.

Tras elevar las caderas por encima del borde de la cama, el cuidador pivota junto con el paciente hacia la cama, controlando constantemente el cuerpo del paciente y garantizando la seguridad.



Es importante que el agarre de la cadera del lado sano del paciente se realice por debajo de la extremidad superior: esto estabiliza el cuerpo del paciente y garantiza la seguridad.

Un error es agarrar la cadera del paciente por encima de la articulación del hombro - puede provocar caídas cuando el paciente se inclina hacia delante.

BAJAR LAS ESCALERAS CON LA BARANDILLA EN EL LADO SANO

Al bajar las escaleras mirando hacia delante, se debe empezar por bajar primero la pierna debilitada al escalón inferior.
Todo el movimiento de bajada debe ser controlado por la pierna sana.

Bajar primero con la pierna sana es muy arriesgado y puede provocar caídas debido al escaso control del peso del cuerpo sobre esa pierna.

Mientras desciende, el cuidador debe controlar el movimiento de la pierna debilitada por la cadera, para que el paciente pueda colocarla con seguridad en el escalón inferior.

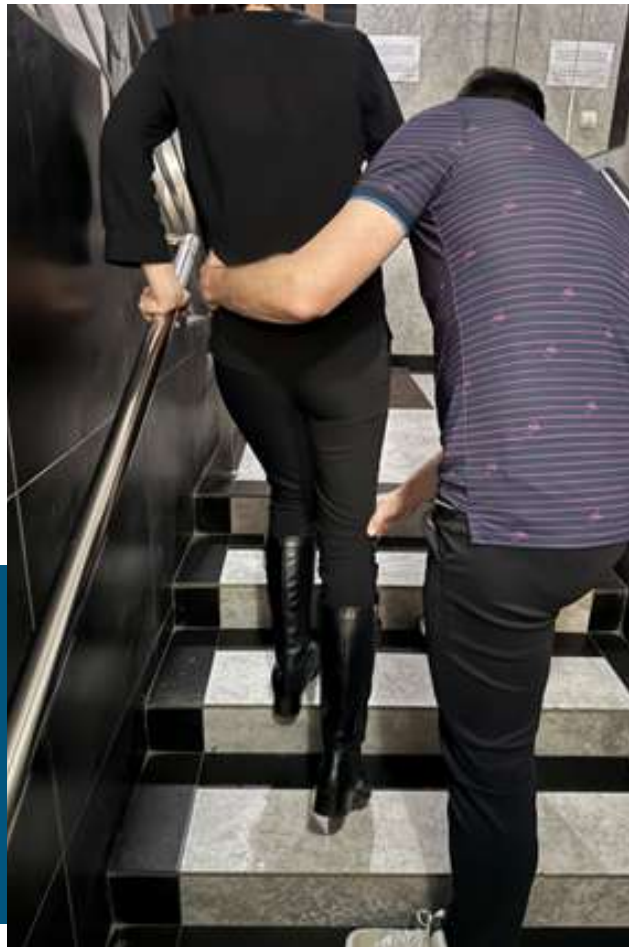
Si la pierna tiende a girarse hacia dentro o hay tensión, el cuidador también puede controlarla por el muslo.

Cada paso (sobre todo al principio) debe hacerse lentamente, de uno en uno. El cuidador debe situarse un escalón por debajo para reaccionar rápidamente en caso necesario.

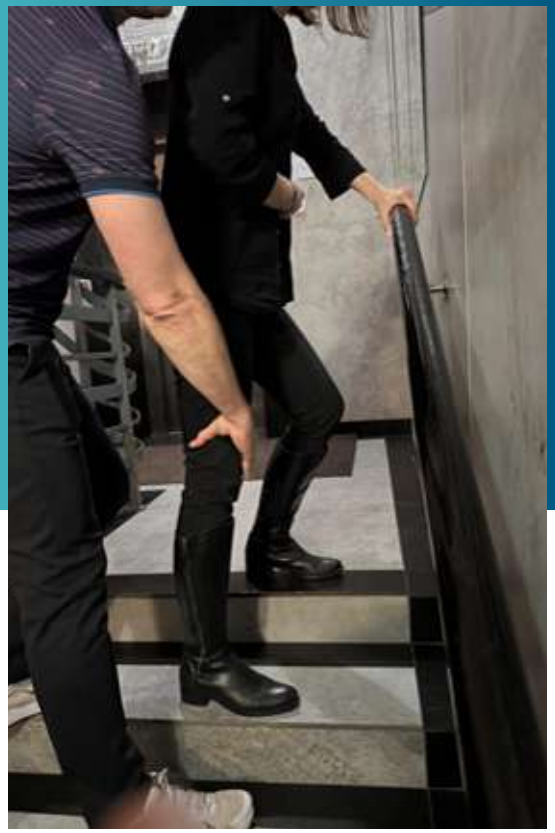
SUBIR LAS ESCALERAS CON LA BARANDILLA EN EL LADO SANO

La subida debe empezar con la pierna sana. Si el paciente se siente inseguro o está aprendiendo esta actividad, el cuidador debe situarse un paso por debajo, detrás y en diagonal a un lado. Las manos del cuidador deben sostener las caderas y la rodilla del paciente para evitar que la rodilla ceda bajo el peso de todo el cuerpo.

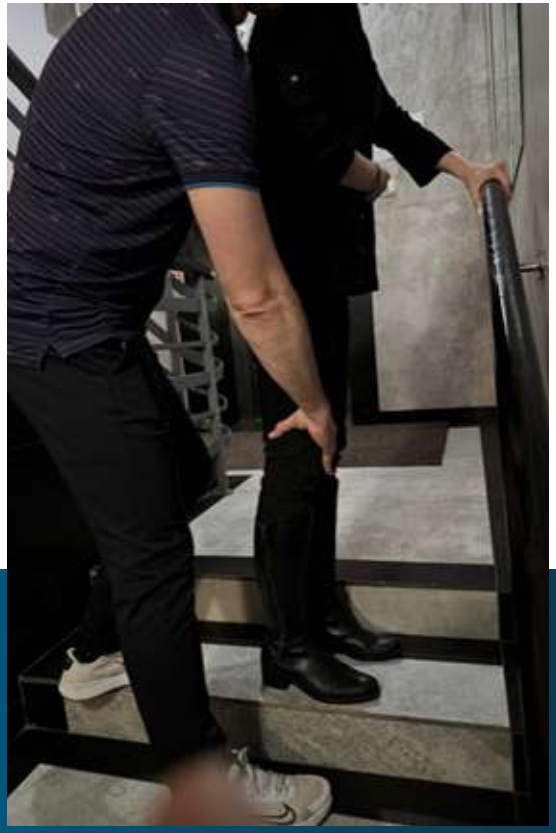
El cuidador controla la rodilla del paciente mientras da un paso hacia arriba con la pierna sana y le apoya en las caderas para evitar que se incline hacia atrás. La tarea del paciente es levantarse con la pierna sana y llevar la pierna debilitada a su altura.



BAJAR LAS ESCALERAS DE LADO CUANDO LA BARANDILLA ESTÁ EN EL LADO DEBILITADO



El descenso lateral debe comenzar con la pierna debilitada. Si el paciente se siente inseguro o está aprendiendo esto, el cuidador debe colocarse un paso por debajo, detrás y en diagonal a un lado. Las manos del cuidador deben sostener las caderas y la rodilla del paciente para evitar que la rodilla ceda bajo el peso de todo el cuerpo.



El cuidador controla la rodilla del paciente y estabiliza sus caderas para garantizar la seguridad. La tarea del paciente consiste en bajar con la pierna sana y llevar la pierna debilitada a su altura.

04 Memorias de pacientes

Un ictus es un momento en el que el tiempo se detiene. De repente, tienes que volver a aprender cosas que antes eran obvias, como comer o hablar. De repente, todo es diferente, no solo tu cuerpo, sino también tu mente. Recuerdo cómo no paraba de olvidar palabras. Eso era lo más frustrante. Podía ver las cosas en mi mente, sabía lo que quería decir, pero las palabras simplemente no salían.

Sí, es un momento en el que todo cambia. Pierdes el control de tu cuerpo. Necesitas a otros, no hay elección. Pero incluso en todo esto, sigues siendo una persona. Tienes tus propios momentos de vergüenza y tus propias necesidades. Hay veces en las que solo quería hacer algo tonto, por mi cuenta. Aunque fuera lento y torpe, quería hacerlo yo mismo. No sentía que mi cuidador fuera "sobreprotector", pero sé que eso habría sido difícil para mí. Todos queremos sentir que todavía hay algo que podemos hacer por nosotros mismos. Eso es importante.

Hubo momentos de colapso. No creía que pudiera mejorar. Fue entonces cuando necesité apoyo. No de un médico, aunque ellos son importantes. Necesitaba a mi familia. Su presencia fue lo más importante para mí. Porque el sistema, bueno, no siempre lo proporciona todo. La información sobre mi salud era demasiado complicada. El médico no siempre tenía tiempo. ¿Pero el cuidador? Tenían tiempo. Tenían paciencia.

Cada uno de nosotros, después de un ictus, puede tener diferentes síntomas, diferentes limitaciones. Pero hay una cosa en común: la rebeldía. Esa rebeldía no es por ser malo con el cuidador. Es nuestra forma de luchar contra lo que nos pasó. A veces es ira, a veces tristeza, pero siempre es una forma de intentar lidiar con la nueva realidad.

Y una cosa más: el paciente sigue siendo una persona. Todavía necesita algo que le dé sentido a su vida. Incluso si es una pequeña actividad que les permita "desconectar" y olvidarse de todo por un momento. Porque en esta lucha por la recuperación, lo más importante es no perderse a uno mismo. Apóyanos, pero déjanos ser nosotros mismos.

05 Memorias de cuidadores

Un ictus es un momento en el que el tiempo se detiene. De repente, tienes que volver a aprender cosas que antes eran obvias, como comer o hablar. De repente, todo es diferente, no solo tu cuerpo, sino también tu mente. Recuerdo cómo no paraba de olvidar palabras. Eso era lo más frustrante. Podía ver las cosas en mi mente, sabía lo que quería decir, pero las palabras simplemente no salían.

Sí, es un momento en el que todo cambia. Pierdes el control de tu cuerpo. Necesitas a otros, no hay elección. Pero incluso en todo esto, sigues siendo una persona. Tienes tus propios momentos de vergüenza y tus propias necesidades. Hay veces en las que solo quería hacer algo tonto, por mi cuenta. Aunque fuera lento y torpe, quería hacerlo yo mismo. No sentía que mi cuidador fuera "sobreprotector", pero sé que eso habría sido difícil para mí. Todos queremos sentir que todavía hay algo que podemos hacer por nosotros mismos. Eso es importante.

IHubo momentos de colapso. No creía que pudiera mejorar. Fue entonces cuando necesité apoyo. No de un médico, aunque ellos son importantes. Necesitaba a mi familia. Su presencia fue lo más importante para mí. Porque el sistema, bueno, no siempre lo proporciona todo. La información sobre mi salud era demasiado complicada. El médico no siempre tenía tiempo. ¿Pero el cuidador? Tenían tiempo. Tenían paciencia.

Cada uno de nosotros, después de un ictus, puede tener diferentes síntomas, diferentes limitaciones. Pero hay una cosa en común: la rebeldía. Esa rebeldía no es por ser malo con el cuidador. Es nuestra forma de luchar contra lo que nos pasó. A veces es ira, a veces tristeza, pero siempre es una forma de intentar lidiar con la nueva realidad.

Y una cosa más: el paciente sigue siendo una persona. Todavía necesita algo que le dé sentido a su vida. Incluso si es una pequeña actividad que les permita "desconectar" y olvidarse de todo por un momento. Porque en esta lucha por la recuperación, lo más importante es no perderse a uno mismo. Apóyanos, pero déjanos ser nosotros mismos.

06 Apoyo formal y jurídico de las instituciones estatales

MARCO GENERAL DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

El marco legislativo fundamental en España para el apoyo a cuidadores de personas en situación de dependencia es la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, y regula el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Esta ley establece los derechos de las personas dependientes a recibir apoyos y reconoce la figura del cuidador no profesional, generalmente un familiar, como elemento clave del sistema.

A esta normativa se suma la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social (Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre), que refunde la antigua LISMI y constituye la base del marco legal en materia de derechos, igualdad de oportunidades, accesibilidad universal, inclusión y no discriminación de las personas con discapacidad en todos los ámbitos: social, sanitario, educativo, laboral y de participación ciudadana. Esta ley es especialmente relevante cuando la persona dependiente, como ocurre frecuentemente tras un ictus, recibe el reconocimiento oficial de discapacidad, ya que permite el acceso a recursos específicos (empleo protegido, apoyos técnicos, accesibilidad, etc.) tanto para la persona afectada como para su entorno cuidador.

Es importante destacar también la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Esta norma garantiza el derecho de la persona enferma y, en su caso, de sus familiares o representantes legales (como sucede cuando la persona afectada por un ictus presenta una discapacidad que limita su capacidad de decisión), a recibir información comprensible sobre su estado, participar en las decisiones sobre su tratamiento y prestar o denegar su consentimiento informado. Los cuidadores familiares, especialmente cuando ostentan la representación legal o el apoyo en la toma de decisiones, quedan amparados por esta ley para participar activamente en el proceso asistencial y velar por los derechos de la persona cuidada.

SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Está compuesto por centros y servicios públicos y privados, y comprende las prestaciones económicas, que la Ley de Dependencia española destina a la promoción de la autonomía personal y a la atención y protección de las personas en situación de dependencia.

Las prestaciones económicas que lo integran son:

PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR (PECEF)

Esta prestación se concede a la persona dependiente cuando opta por ser cuidada en su entorno familiar en lugar de acudir a un recurso profesionalizado. La ley contempla:

- Que el cuidador no profesional esté dado de alta en la Seguridad Social (mediante un convenio especial financiado en parte por la administración).
- Que el grado de dependencia haya sido previamente reconocido por los servicios sociales autonómicos.
- Que se cumplan determinados criterios de convivencia, atención y entorno adecuado.
- Que sean familiares hasta tercer grado de consanguineidad.

Esta prestación puede ser especialmente relevante para cuidadores de personas que han sufrido un ictus, ya que las secuelas (físicas, cognitivas o conductuales) suelen implicar un alto nivel de dependencia.

PRESTACIÓN ECONÓMICA VINCULADA AL SERVICIO

Se puede acceder a ella cuando resulta imposible acceder a un servicio público o concertado de atención y cuidados. Se concede un subsidio económico de carácter personal destinado a que le beneficiario adquiera ese servicio en el mercado.

PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENTE PERSONAL

Se concede para la contratación de una persona, durante un número determinado de horas al día, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al mundo laboral, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria.

CONVENIDO ESPECIAL PARA CUIDADORES NO PROFESIONALES

El Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, regula la posibilidad de que los cuidadores no profesionales puedan suscribir un convenio especial con la Seguridad Social, permitiendo su cobertura en materia de jubilación, incapacidad permanente, etc.

Desde el Real Decreto-ley 6/2019, las cotizaciones de este convenio son asumidas por el Estado, siempre que el cuidador esté formalmente reconocido como tal dentro del sistema de dependencia.

OTRAS AYUDAS Y BENEFICIOS FISCALES

Deducción por ascendiente o descendiente con discapacidad a cargo, aplicable a personas que cuidan de familiares con secuelas de ictus si son reconocidos oficialmente como personas con discapacidad.

Posibilidad de deducciones adicionales en el IRPF por gastos derivados del cuidado o de la contratación de apoyo profesional.

DERECHOS LABORALES Y CONCILIACIÓN

Además del marco de dependencia, los cuidadores pueden acogerse a medidas de conciliación laboral reconocidas en el Estatuto de los Trabajadores y en otras normas:

- Reducción de jornada laboral (art. 37.6 ET) para cuidado de familiares hasta el segundo grado que no puedan valerse por sí mismos (incluyendo secuelas de un ictus).
- Excedencia por cuidado de familiar (art. 46.3 ET), con reserva de puesto de trabajo durante un periodo determinado (hasta 2 años en general).
- Adaptación de jornada por razones de conciliación, sin reducción de salario, introducido por el RDL 6/2019.
- Derecho a solicitar el teletrabajo o cambio de turno por necesidades de cuidado.

RECONOCIMIENTO DE LA DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA POR ICTUS

Las personas que han sufrido un ictus pueden acceder al reconocimiento de un grado de discapacidad (tramitado por los Centros Base) y un grado de dependencia (tramitado por los servicios sociales autonómicos). Ambos reconocimientos son clave para activar derechos tanto para la persona afectada como para sus cuidadores, así como el acceso a los recursos recogidos en la Ley General de Discapacidad.

TARJETA DE CUIDADOR

Aunque es España no existe una Tarjeta de Cuidador estatal, el sistema ofrece:

- Compatibilidad laboral: el cuidador no profesional puede recibir compensaciones mientras conserva derechos de empleo o cotización.
- Además, según diversas iniciativas autonómicas y materiales del Imserso, existen programa de conciliación, formación, respiro familiar e información sobre ayudas disponibles.

PERMISO PARA CUIDADOS

Las administraciones sociales autonómica desarrollan programas de apoyo psicológico, formación y asesoramiento legal para personas cuidadoras informales.

También se implementan planes de respiro familiar, que brindan descanso y apoyo emocional a los cuidadores.

AYUDAS AUTONÓMICAS Y MUNICIPALES

Muchas comunidades autónomas complementan las prestaciones estatales con subvenciones directas o servicios de respiro familiar, teleasistencia, o formación para cuidadores.

En este ebook abordaremos las políticas andaluzas que son las que nos conciernen.

En las últimas décadas, la Comunidad Autónoma de Andalucía ha desarrollado un conjunto de políticas públicas dirigidas a reconocer, apoyar y proteger a las personas cuidadoras, especialmente en el contexto de los cuidados informales prestados a personas mayores, con discapacidad o en situación de dependencia. La creciente demanda de atención de larga duración, junto con los desafíos que impone el envejecimiento poblacional y el impacto de las enfermedades crónicas, ha llevado a las administraciones públicas andaluzas a diseñar medidas que articulan una red de apoyo institucional hacia este colectivo.

Una de las referencias normativas más relevantes en esta materia es el Decreto 137/2002, de Apoyo a las Familias Andaluzas, cuyo Capítulo VII aborda específicamente la necesidad de promover cuidados a domicilio y establece acciones orientadas tanto a las personas receptoras de cuidados como a quienes los proveen. Este enfoque sitúa a las personas cuidadoras —en su mayoría mujeres — como actores fundamentales dentro del sistema informal de cuidados, reconociendo su rol en la sostenibilidad de los servicios sociales y sanitarios.

Entre las medidas adoptadas, destaca el compromiso del Sistema Sanitario Público de Andalucía de prestar cuidados enfermeros domiciliarios reglados, continuados y coordinados con los Servicios Sociales, lo cual representa un primer paso hacia la profesionalización del entorno del cuidado y su integración en la red pública de atención. Además, el decreto contempla explícitamente la necesidad de implementar programas de formación y apoyo a las personas cuidadoras, con el objetivo de mejorar sus competencias, reducir la sobrecarga emocional y física, y evitar la cronificación del estrés derivado del cuidado prolongado.

Asimismo, la política andaluza se ha caracterizado por la creación de dispositivos intermedios que permiten compartir la responsabilidad del cuidado con el Estado.

A lo largo del tiempo, estas iniciativas han sido complementadas con estrategias contempladas en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) y el desarrollo de planes integrales de apoyo a cuidadores no profesionales. En este sentido, Andalucía ha venido impulsando medidas que buscan conciliar la vida laboral y personal de las personas cuidadoras, tales como permisos retribuidos, programas de respiro familiar, y ayudas económicas para quienes asumen la atención continua de personas dependientes en su hogar.

El Decreto 137/2002, de Apoyo a las Familias Andaluzas, establece en su Capítulo VII una serie de medidas orientadas a la protección y mejora de la calidad de vida de las personas mayores y de aquellas con discapacidad, con especial énfasis en la promoción y optimización de los cuidados domiciliarios.

A continuación, se sintetizan y reformulan los artículos 24 al 26, con el objetivo de facilitar su interpretación en el contexto actual de políticas públicas y atención sociosanitaria:

- **Artículo 24.** Cuidados enfermeros domiciliarios. El Sistema Sanitario Público de Andalucía garantizará la prestación reglada, continuada y coordinada de cuidados de enfermería en el domicilio a todas aquellas personas mayores o con discapacidad que lo requieran, siempre bajo prescripción médica o enfermera. Esta atención deberá integrarse con los Servicios Sociales correspondientes, a fin de asegurar un abordaje multidisciplinar. Además, se impulsarán medidas complementarias de apoyo y formación dirigidas a las personas cuidadoras no profesionales, con especial atención a quienes asumen el rol de cuidado en el entorno familiar. Para ello, se contempla el refuerzo de los equipos de enfermería, especialmente en los núcleos de población de mayor densidad. Estas actuaciones se incorporarán a los contratos-programa de los centros sanitarios.

- **Artículo 25.** Fisioterapia y rehabilitación en Atención Primaria. Con el fin de mejorar la accesibilidad a los servicios de Fisioterapia y Rehabilitación, se constituirá una red de Unidades de Atención Fisioterapéutica en los distintos Distritos de Atención Primaria de Salud. Estas unidades estarán conformadas por profesionales especializados, incluyendo médicos rehabilitadores y fisioterapeutas, y estarán orientadas a facilitar la atención en el entorno cercano de las personas usuarias, favoreciendo así la conciliación entre el cuidado familiar y la actividad laboral de quienes asumen responsabilidades de cuidado.

- **Artículo 26.** Uso de instalaciones deportivas para rehabilitación. Para la realización de actividades físicas y ejercicios rehabilitadores por parte de personas mayores y con discapacidad, se establecerán convenios de colaboración con las Corporaciones Locales de Andalucía. Estos acuerdos permitirán el acceso a instalaciones deportivas municipales como parte del tratamiento y mantenimiento físico, contribuyendo así a la autonomía funcional y al bienestar físico y emocional de las personas beneficiarias.

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ha elaborado un plan de apoyo a cuidadoras en el cual enfatiza beneficios para las personas que lo son de grandes discapacitados, los objetivos de este plan son:

OBJETIVO GENERAL:

- Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de las cuidadoras familiares.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Realizar una valoración focalizada y establecer un plan de cuidados específico a todas las cuidadoras captadas.
- Mejorar el acceso de las cuidadoras familiares a los profesionales de los Centros de Salud. Tarjeta de cuidadora.
- Adecuar la cobertura horaria de la atención domiciliaria.
- Asegurar un trato caracterizado por la empatía y comprensión por parte de los profesionales.
- Realizar talleres de apoyo que fomenten las relaciones sociales, proporcionen apoyo emocional, que incluyan herramientas para el manejo de situaciones difíciles y refuercen conocimientos.
- Proporcionar material de apoyo en el domicilio que facilite el cuidado y prevenga lesiones en la salud de las cuidadoras.
- Proporcionar atención en situaciones de duelo.
- Establecer medidas de discriminación positiva para las cuidadoras de grandes discapacitados.
- Fomentar vías de formación y de reinserción laboral aprovechando la experiencia y conocimientos adquiridos por las cuidadoras.

COMO SÍNTESIS

¿Qué ayudas puede solicitar una cuidadora de una persona que ha sufrido un ictus?

Cuidar a una persona que ha sufrido un ictus (también llamado accidente cerebrovascular) puede ser una tarea compleja y agotadora. La recuperación suele requerir mucho tiempo, y el paciente puede tener secuelas físicas, cognitivas o emocionales. Por eso, es importante que las personas cuidadoras conozcan las ayudas y recursos disponibles para no sentirse solas y contar con apoyo profesional y económico.

A continuación, te explicamos de manera clara las principales ayudas que puedes solicitar si estás cuidando de un familiar o persona cercana que ha tenido un ictus:

1. Ayuda a la dependencia

El ictus puede dejar a la persona con limitaciones en su autonomía, por lo que puedes solicitar el Reconocimiento de la situación de dependencia. Este trámite se hace en el Ayuntamiento o en los servicios sociales de tu localidad.

Una vez reconocida la situación de dependencia (grado I, II o III), puedes acceder a:

- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar (si tú eres quien cuida del paciente en casa).
- Servicio de ayuda a domicilio, donde una persona profesional os apoya en tareas como la higiene, la movilidad o las comidas.
- Centro de Día, donde la persona recibe atención durante el día y tú puedes tener un respiro.
- Teleasistencia, especialmente útil para personas con riesgo de caídas o que viven solas.

2. Prestaciones económicas

Si cuidas a tiempo completo y no puedes trabajar, puedes tener derecho a:

- Prestación no contributiva por invalidez, si la persona enferma no tiene suficientes recursos.
- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar, que se concede a cuidadores no profesionales una vez reconocida la dependencia.
- Deducciones fiscales en la declaración de la renta, tanto para la persona dependiente como para quien cuida.

3. Rehabilitación y cuidados sanitarios

Después del ictus, la recuperación física, cognitiva y emocional es fundamental. Puedes acceder a:

- Rehabilitación en Atención Primaria: muchos centros de salud cuentan con fisioterapeutas y logopedas.
- Hospital de Día o Centros de Rehabilitación, en casos más complejos.
- Cuidados de enfermería a domicilio, si la persona no puede trasladarse al centro de salud.
- Servicios de salud mental, tanto para la persona afectada como para ti como cuidadora.

4. Formación y apoyo para cuidadores

Cuidar puede ser emocional y físicamente agotador. Por eso, existen programas específicos para ayudar y formar a cuidadores:

- Cursos de formación para cuidadores no profesionales: te enseñan técnicas de movilización, higiene, comunicación, etc.
- Grupos de apoyo emocional, organizados por asociaciones, centros de salud o ayuntamientos.
- Plan Andaluz de Alzheimer y enfermedades neurológicas, que también ofrece recursos a cuidadores de personas con daño cerebral adquirido, como puede ocurrir tras un ictus.

5. Recursos útiles

Algunas entidades que te pueden ayudar:

- Servicios Sociales de tu Ayuntamiento: primera puerta para tramitar dependencia y conocer recursos locales.
- Centro de salud: equipo médico, enfermería, fisioterapia y trabajador/a social.
- Asociaciones de pacientes con daño cerebral o ictus, como FEDACE, ASDACE Huelva o Daño Cerebral Andalucía.
- Junta de Andalucía: puedes consultar ayudas en la web oficial de la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad.

¿QUÉ NECESITAS PARA EMPEZAR?

1. Informe médico que detalle el diagnóstico y las secuelas del ictus.
2. Volante de empadronamiento.
3. Solicitar la valoración de dependencia en los Servicios Sociales.
4. Estar atenta a los plazos y seguir los pasos con ayuda de un/a trabajador/a social.

RECUERDA

Tú también necesitas cuidar de ti. Cuidar bien empieza por recibir apoyo, descansar y formarte. Existen muchas ayudas, pero no siempre llegan solas: hay que pedirlas y saber a quién dirigirse. No estás sola. Las instituciones y asociaciones pueden ayudarte a cuidar sin descuidarte.

07 REFERENCIAS

1. Majumder D. Ischemic Stroke: Pathophysiology and Evolving Treatment Approaches. Neurosci Insights. 2024;19:26331055241292600. doi: 10.1177/26331055241292600. PMID: 39444789; PMCID: PMC11497522. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11497522/

2. Sinha RK, Singh A, Kishor A, Richa S, Kumar R, Kumar A. Evaluation of Oral Hygiene Status in Patients with Hemorrhagic and Ischemic Stroke. J Pharm Bioallied Sci. 2021;13(Suppl 1):S233-S236. doi: 10.4103/jpbs.JPBS_698_20. Epub 2021 Jun 5. PMID: 34447083; PMCID: PMC8375821. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8375821/

3. D'Anna L, Abu-Rumeileh S, Merlino G, Ornello R, Foschi M, Diana F, Barba L, Mastrangelo V, Romoli M, Lobotesis K, Bax F, Kuris F, Valente M, Otto M, Korompoki E, Sacco S, Gigli GL, Nguyen TN, Banerjee S. Safety and Outcomes of Mechanical Thrombectomy in Acute Ischemic Stroke Attributable to Cardiological Diseases: A Scoping Review. J Am Heart Assoc. 2024;13(17):e034783. doi: 10.1161/JAHA.124.034783. Epub 2024 Jun 14. PMID: 38874062; PMCID: PMC11646491. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11646491/

4. Gomez GT, Shi L, Fohner AE, Chen J, Yang Y, Fornage M, Duggan MR, Peng Z, Daya GN, Tin A, Schlosser P, Longstreth WT, Kalani R, Sharma M, Psaty BM, Nevado-Holgado AJ, Buckley NJ, Gottesman RF, Lutsey PL, Jack CR, Sullivan KJ, Mosley T, Hughes TM, Coresh J, Walker KA. Plasma proteome-wide analysis of cerebral small vessel disease identifies novel biomarkers and disease pathways. medRxiv [Preprint]. 2024 Oct 8:2024.10.07.24314972. doi: 10.1101/2024.10.07.24314972. PMID: 39417098; PMCID: PMC11483013. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39417098/

5. Miyagi T, Ishida A, Shinzato T, Ohya Y. Arterial Stiffness Is Associated With Small Vessel Disease Irrespective of Blood Pressure in Stroke-Free Individuals. Stroke. 2023;54(11):2814-2821. doi: 10.1161/STROKEAHA.123.042512. Epub 2023 Oct 17. PMID: 37846566. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37846566/

6. Wei W, Ma D, Li L, Zhang L. Cognitive impairment in cerebral small vessel disease induced by hypertension. Neural Regen Res. 2024;19(7):1454-1462. doi: 10.4103/1673-5374.385841. Epub 2023 Sep 22. PMID: 38051887; PMCID: PMC10883517. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10883517/

7. Webb AJS, Werring DJ. New Insights Into Cerebrovascular Pathophysiology and Hypertension. Stroke. 2022;53(4):1054-1064. doi: 10.1161/STROKEAHA.121.035850. Epub 2022 Mar 8. PMID: 35255709; PMCID: PMC7615037. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7615037/

8. Charidimou A, Nicoll JA, McCarron MO. Thrombolysis-related intracerebral hemorrhage and cerebral amyloid angiopathy: accumulating evidence. Front Neurol. 2015;6:99. doi: 10.3389/fneur.2015.00099. PMID: 26005432; PMCID: PMC4424854. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4424854/

9. Kumar-Singh S. Cerebral amyloid angiopathy: pathogenetic mechanisms and link to dense amyloid plaques. Genes Brain Behav. 2008;7 Suppl 1:67-82. doi: 10.1111/j.1601-183X.2007.00380.x. PMID: 18184371. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18184371/

10. Johansson A, Drake I, Engström G, Acosta S. Modifiable and Non-Modifiable Risk Factors for Atherothrombotic Ischemic Stroke among Subjects in the Malmö Diet and Cancer Study. Nutrients. 2021 Jun 6;13(6):1952. doi: 10.3390/nu13061952. PMID: 34204127; PMCID: PMC8229981. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8229981/

11. Kumar A, Shams EA, Yadav S. Gender Differences in Risk Factors of Ischemic Stroke Patients in a Tertiary Care Centre in North India. J Evolution Med Dent Sci. 2020;9(23):1718-1722. DOI:10.14260/jemds/2020/358. https://www.semanticscholar.org/paper/Gender-Differences-in-Risk-Factors-of-Ischemic-in-a-Kumar-Shams/44cca389b86a20386812425c3dfd32d01021071f

12. Seram RD, Gadkari C, Pundkar A. Risk factors and predictors among adult patients of ischemic and hemorrhagic stroke: A systematic review. Multidisciplinary Reviews. 2022;5(1):2022222. DOI:10.31893/multirev.2025222. https://www.semanticscholar.org/paper/Risk-factors-and-predictors-among-adult-patients-of-Seram-Gadkari/dd890d9c0435cc3a4f4b191188cfc722ffdfe21a

13. Wu Y, Chen X, Hu S, Zheng H, Chen Y, Liu J, Xu Y, Chen X, Zhu L, Yan W. The impact of potentially modifiable risk factors for stroke in a middle-income area of China: A case-control study. Front Public Health. 2022;10:815579. doi: 10.3389/fpubh.2022.815579. PMID: 36062135; PMCID: PMC9437343. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9437343/

14. Melidoro P, Sultan ARA, Qureshi A, Yacoub MH, Elkhodary KL, Lip GYH, Montarello N, Lahoti N, Rajani R, Klis M, Williams SE, Aslanidi O, De Vecchi A. Enhancing stroke risk stratification in atrial fibrillation through non-Newtonian blood modelling and Gaussian process emulation. J Physiol. 2024 Dec 17. doi: 10.1113/JP287283. Epub ahead of print. PMID: 39689233. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39689233/

15. Ishida M, Sakai C, Kobayashi Y, Ishida T. Cigarette Smoking and Atherosclerotic Cardiovascular Disease. J Atheroscler Thromb. 2024;31(3):189-200. doi: 10.5551/jat.RV22015. Epub 2024 Jan 14. PMID: 38220184; PMCID: PMC10918046. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10918046/

16. Kaur K, Allahbadia G, Singh M. The Role of Diabetes Mellitus (Both T1D and T2D) in the Atherosclerosis Development-A Systematic Review with Part of Inflammation along with Altered Glucose and Lipid Metabolism for Forming Therapeutic Approaches. J Adv Res Diabetes Obes. 2020;2(1):1-13. https://www.semanticscholar.org/paper/The-Role-of-Diabetes-Mellitus-(Both-T1D-and-T2D)-in-Kaur-Allahbadia/6ff2ff07fe8c498b076f42c25b84b46f344f1088

17. Bonaccio M, Di Castelnuovo A, Costanzo S, Gialluisi A, Persichillo M, Cerletti C, Donati MB, de Gaetano G, Iacoviello L. Mediterranean diet and mortality in the elderly: a prospective cohort study and a meta-analysis. Br J Nutr. 2018;120(8):841-854. doi: 10.1017/S0007114518002179. Epub 2018 Aug 30. PMID: 30157978. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30157978/

18. Migliaccio S, Brasacchio C, Pivari F, Salzano C, Barrea L, Muscogiuri G, Savastano S, Colao A; Obesity Programs of nutrition, Education, Research and Assessment (OPERA) Group. What is the best diet for cardiovascular wellness? A comparison of different nutritional models. Int J Obes Suppl. 2020;10(1):50-61. doi: 10.1038/s41367-020-0018-0. Epub 2020 Jul 20. PMID: 32714512; PMCID: PMC7371887. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32714512/

19. https://udarowcy.com.pl/2019/10/29/zaburzenia-mowy-w-dysartrii/;

20. https://nursing.com.pl/artykul/pielegnowanie-pacjenta-z-udarem-niedokrwiennym-mozgu-leczonego-trombolitycznie-612c84149e0a060fc147fec3

21. https://strefalogopedy.pl/terapie/afazja-motoryczna-afazja-ruchowa-przyczyny-objawy-postepowanie-terapeutyczne-2291.html

22. https://www.adamed.expert/pacjent/choroby-i-objawy/uklad-nerwowy/afazja

23. Mickiewicz J, Rutkiewicz-Hanczewska M, Kaźmierski R, Zaburzenia mowy i języka u pacjentów po przebytym udarze mózgu. Studium epidemiologiczne, Prace Językoznawcze, t. 24, Art. nr 2, 2022, doi: 10.31648/pj.7739.

24. https://medicalprogress.pl/choroby/agrafia-id444/redakcja-medical-progress-id256

25. Budrewicz S, Słotwiński K, Madetko N, Koszewicz M, Zaburzenia połykania w chorobach układu nerwowego — diagnostyka i leczenie, Polski Przegląd Neurologiczny, 2018; 14 (1)

26. Piskorz J., Wójcik G, Iłzecka J, Kozak-Putowska D, Wczesna rehabilitacja pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2014, Tom 20, Nr 4.

27. Walshe M, Oropharyngeal dysphagia in neurodegenerative disease. J Gastroenterol Hepatol Res. 2014; 3(10), s. 1265–1271.

28. Bakheit AM, Management of neurogenic dysphagia. Postgrad Med J., 2001; 77(913), s. 694–699

29. Kłęk S, Błażejewska-Hyżorek B, Czernuszenko A et al. Leczenie żywieniowe w neurologii — stanowisko interdyscypilnarnej grupy ekspertów. Część 1. Zasady ustalania wskazań do leczenia żywieniowego. Pol Przegl Neurol. 2017; 13(3), s. 106–119

30. Singh S, Hamdy S, Dysphagia in stroke patients. Postgrad Med J. 2006; 82(968), s. 383–391

31. Warlow C, Sudlow C, Dennis M, Wardlaw J, Sanercock P, Stroke. Lancet. 2003; 362(9391): 1211–1224

32. Socha M, Kozioł-Montewka M, Pańczuk A, Znaczenie fizjoterapii w prewencji i leczeniu odleżyn u pacjentów po udarze mózgu, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2017, Tom 23, Nr 3.

33. Kuptniratsaikul V, Kovindha A, Suethanapornkul S, Manimmanakorn N, Archongka Y, Long-term morbidities in stroke survivors: a prospective multicenter study of Thai stroke rehabilitation regist. BMC Geriatrics 2013, 13.

34. Szewczyk MT, Sopata M, Jawień A i in. Zalecenia profilaktyki i leczenia odleżyn. Leczenie Ran, 2010, 7(3–4), s. 79–106.

35. Mikołajewska E, Miejsce fizjoterapii w zapobieganiu i leczeniu ran odleżynowych, „Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja", 2010, 3, s. 54–56

36. Mazur R, Świerkocka-Miastkowska M, Udar mózgu — pierwsze objawy, „Choroby Serca i Naczyń", 2005, tom 2, nr 2, s. 84–87.

37. Członkowska A, Niewada M, Ryglewicz D, Sarzyńska-Długosz I, Kobayashi A, Ocena zabezpieczenia chorych z udarem mózgu w zakresie dostępności pododdziałów udarowych w Polsce, „Neurol. Neurochir. Pol.", 2004, 38, 5, s. 353–360.

38. Kras D, Leczenie niedowładów po udarze. Jak wygląda rehabilitacja?, https://fundacjamocpomocy.pl/leczenie-niedowladow-po-udarze-jak-wyglada-rehabilitacja/ (dostęp: 17.03.2025)

39. Smolińska A, Książkiewicz B, Pielęgnowanie chorych z udarem mózgu, Choroby Serca i Naczyń 2007;4(1):6-9.

40. Socha M, Kozioł-Montewka M, Pańczuk A. Zakażenie dróg moczowych u chorych po udarze mózgu - współzależność z procesem rehabilitacji, zapobieganie. Med Og Nauk Zdr. 2017;23(4):221-4. https://doi.org/10.26444/monz/76936

41. Świerkocka-Miastkowska M, Biesek D, Opieka domowa nad chorym po udarze mózgu, Choroby Serca i Naczyń 2007, tom 4, nr 3, 127–129

42. Ryglewicz D, Depresja poudarowa, Polski Przegląd Neurologiczny, Tom 1, Nr 1 (2005)

43. Wójcik R, Adam A, Natora J, Sulisz I. Problemy pielęgnacyjne pacjenta po niedokrwiennym udarze mózgu w środowisku domowym, Geriatria 2021/2.

caregIVR

ESSATLA
Atlántica Health School

SGH

uhu.es
Universidad de Huelva
OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI FIRENZE

Co-funded by the European Union

HaDEA