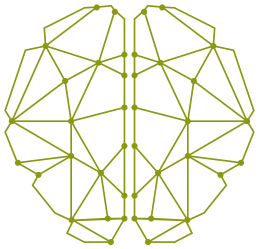
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON ICTUS

ICTUS-SEVILLA
ASOCIACIÓN SEVILLANA DE ICTUS



CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON ICTUS

ICTUS-SEVILLA
ASOCIACIÓN SEVILLANA DE ICTUS

DIRECCIÓN

ICTUS-SEVILLA
ASOCIACIÓN SEVILLANA DE ICTUS

DIRECCIÓN
Reyes Valdés Pacheco

EQUIPO DE REDACCIÓN
Raimundo Caro Quesada
Esperanza Fernández Moreno
Dolores Rueda Ortiz
Dr. Miguel Ángel Gamero García
Dr. Francisco Moniche Álvarez
Mónica Ramón García
Carmen Fátima Ruiz Rodríguez

EDITA
ICTUS-SEVILLA
Avda. de Altamira, 29, Bl. 11- Acc. A
41020 Sevilla
www.ictussevilla.org
ictussevilla@hotmail.com
Telf.: 954 251 510- Fax: 954 513 999

DIBUJOS
Cristina Sánchez Palacios (ASEM)
Paula Pino Malaver

DEPÓSITO LEGAL: SE-1623-2019
ISBN: 978-84-09-14329-0

ÍNDICE

1. QUÉ ES UN ICTUS 6

1.1	Tipos de Ictus			6
1.2	Factores de riesgo			7
1.3	Síntomas del Ictus			7
1.4	Tratamientos del Ictus			7
1.5	Prevención. Información sobre los nuevos anticoagulantes			8
1.6	Complicaciones más frecuentes en el Ictus			11

2. CUIDADOS EN LA VIDA DIARIA DE UN PACIENTE CON ICTUS 12

2.1	Higiene	2.1.1	Aseo en ducha o bañera	12
		2.1.2	Aseo en cama	13
2.2	Movilización	2.2.1	Hacer la cama ocupada	14
		2.2.2	Vestido y calzado	16
		2.2.3	Cambios posturales	16
2.3	Eliminación	2.3.1	Pacientes continentes	20
		2.3.2	Pacientes incontinentes	22
2.4	Alimentación	2.4.1	Alimentación por vía oral	23
		2.4.2	Alimentación por sonda	24
2.5	Aspiración de restos de comida			26
2.6	Evacuación intestinal. Estreñimiento			27
2.7	Úlceras por presión			28
2.8	Papel del cuidador: Cuidarse para cuidar			29

3. RECURSOS SOCIOSANITARIOS DISPONIBLES 31

3.1	Ley de Dependencia	31
3.2	Valoración del grado de discapacidad	32
3.3	Subvenciones Individuales Para Personas Con Discapacidad	33
3.4	Enfermera gestora de casos	34
3.5	Prestación ortoprotésica	34
3.6	Adecuación funcional básica de la vivienda	35
3.7	Pensión no contributiva de la Seguridad Social	36
3.8	Incapacidad laboral	37

1. QUÉ ES UN ICTUS

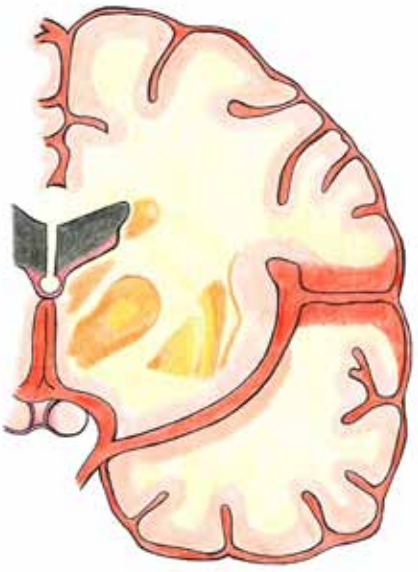
La palabra ICTUS procede del latín y significa “golpe”, “ataque”.

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.

1.1. TIPOS DE ICTUS

• **Ictus Isquémico:** Cuando el flujo sanguíneo se interrumpe por una obstrucción en un vaso sanguíneo (Trombo).

• **Ictus Hemorrágico:** Cuando un vaso sanguíneo se rompe causando un sangrado dentro del cerebro.



ACV Hemorrágico

ACV Isquémico

• **Ataque Isquémico Transitorio:** Se produce por la interrupción del flujo sanguíneo, de manera temporal, los síntomas duran pocos minutos y el paciente se recupera totalmente en menos de 24 horas. Esto incrementa el riesgo de padecer un Ictus y es también una urgencia médica.

1.2. FACTORES DE RIESGO

• **Edad:** Aumenta con la edad. A partir de los 55 años el riesgo se incrementa.
• **Sexo:** Es más frecuente en hombres que en mujeres.
• **Herencia Genética:** Tienen más riesgo las personas con antecedentes familiares.
• **Presión arterial alta:** Es el factor más importante y a menudo pasa inadvertido. Valores superiores a 140/80, deben de ser controlados por el médico.
• **Diabetes:** La glucosa en sangre alata favorece el daño en los vasos sanguíneos, incluidos los del cerebro.
• **Personas con enfermedad cardíaca:** anginas de pecho, infartos de miocardio, fibrilación auricular,... son más propensas a padecer un Ictus.
• **El aumento de Colesterol y Triglicéridos.**
• **Sedentarismo.**
• **Obesidad.**
• **Consumo de tabaco, alcohol y drogas.**

1.3. SÍNTOMAS DEL ICTUS

• Pérdida brusca de movimientos o debilidad de los miembros, con sensación de hormigueo o acorchamiento en cara, brazos, piernas.
• Pérdida repentina de visión, en uno o en ambos ojos.
• Dolor de cabeza repentino, sin causa aparente.
• Dificultad en el habla, balbuceo, incapacidad de encontrar palabras o no comprender lo que otros dicen.
• Problemas repentinos al caminar o pérdida de equilibrio.
• Acorchamiento de cara, brazo o piernas.
• Dificultad para tragar.

1.4. TRATAMIENTOS DEL ICTUS

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 fibrinolisis 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 fibrinolisis, 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 fibrinolisis (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 hipolipemiante (para bajar el colesterol), antihipertensivo u otros en función de cada caso.

1.5. PREVENCIÓN. 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 poseen 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 infrautilizados, 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 anticoagulanteas 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.

1.6. COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN EL ICTUS

• **PROBLEMAS FÍSICOS:**
• Movilidad.
• Espasticidad.
• Caídas.
• Problemas de visión.
• Lenguaje:
  - Afasia.
  - Disartria.
  - Mutismo.
• Sensibilidad.
• Dolor:
  - Central.
  - Hombro.
• Disfagia.
• Incontinencia:
  - Urinaria.
  - Fecal.

• **PROBLEMAS PSICOLÓGICOS:**
• Ansiedad.
• Depresión.

2. CUIDADOS EN LA VIDA DIARIA DE UN PACIENTE CON ICTUS

2.1. HIGIENE

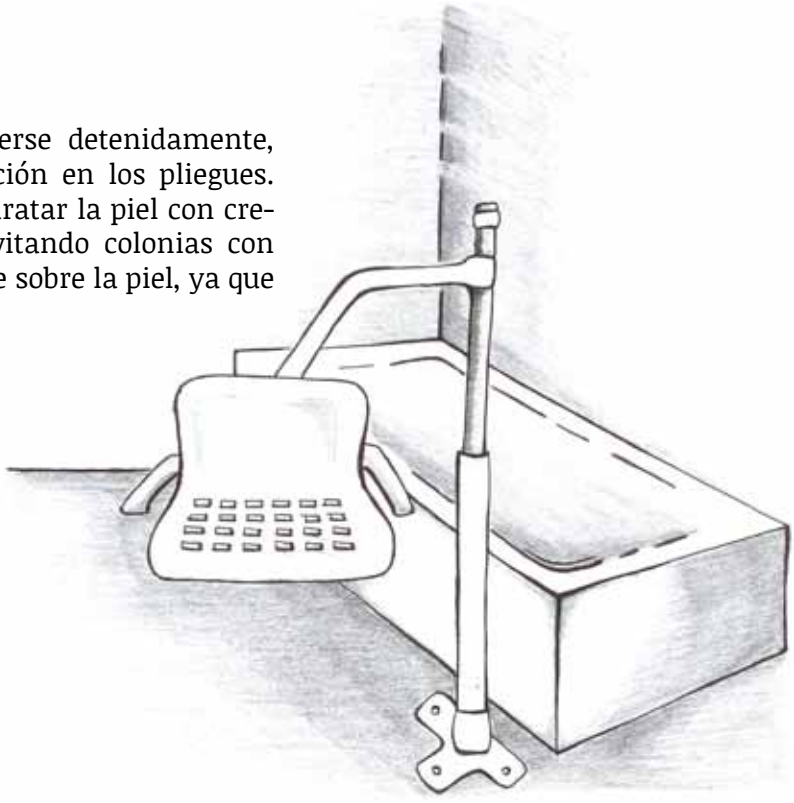
El aseo y la higiene personal del paciente tiene como objetivo conservar la integridad de la piel, evitar acúmulo de secreciones, y mejorar el confort y la autoestima. Se puede realizar:
• Aseo en ducha o baño.
• Aseo en cama.

2.1.1. ASEO EN DUCHA O BAÑERA

Se realiza cuando el paciente puede levantarse y así se estimula la independencia de éste, ya que es muy importante reforzar la autonomía ayudándolo únicamente en lo que el por sí solo no pueda.

Es necesario que el baño esté adaptado y con las medidas de seguridad necesarias. El momento del baño es el mejor para inspeccionar el estado de la piel. Se debe poner al agua a una temperatura agradable y preparar todo lo necesario:
• Jabones.
• Esponjas.
• Toallas.

El secado debe hacerse detenidamente, con especial dedicación en los pliegues. Y es conveniente hidratar la piel con cremas hidratantes (evitando colonias con alcohol directamente sobre la piel, ya que éstas resecan).



2.1.2. ASEO EN CAMA

Aseo del cuerpo

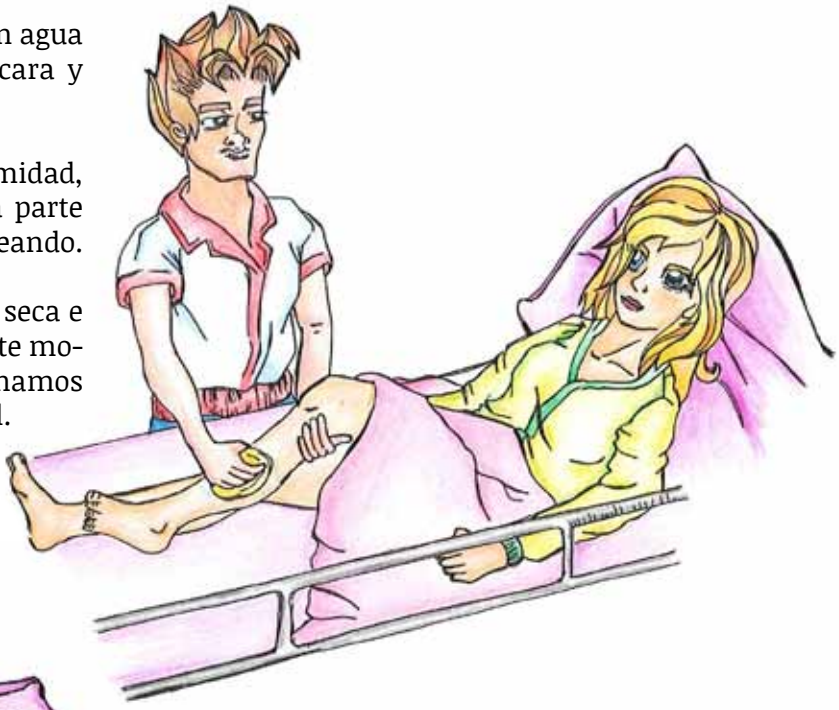
Lo primero es preparar el material y colocar al paciente en posición de decúbito supino, retirando la ropa de la cama.

Empezamos lavando la cara, ojos y orejas y continuamos por el tronco, miembros superiores e inferiores. Finalizamos por los genitales, realizándolo hacia abajo y de delante hacia atrás. Posteriormente se lateraliza y se lava la espalda.

El lavado se realizará con agua y jabón (excepto en la cara y los ojos).

Para conservar la intimidad, se deja expuesta solo la parte del cuerpo que se está aseando.

Terminado el lavado, se seca e hidrata la piel y es en este momento cuando aprovechamos para inspeccionar la piel.



Aseo del cabello

Primeramente preparamos el material: jarra de agua, champús, suavizante, peines, hules, toalla, cubo, etc.

Retiramos las almohadas, se ponen hules para proteger la cama y se coloca el lavacabezas. Comenzamos el lavado mojando el pelo, aplicamos el champú, masajeamos, aclaramos y secamos.

Por último, retiramos el material y acomodamos al paciente.

2.2. MOVILIZACIÓN

2.2.1. HACER LA CAMA OCUPADA

Esta tarea la llevaremos a cabo cuando el paciente se encuentre en el extremo de la cama, tras realizar la higiene. Enrollamos la sábana bajera sucia y mojada, hasta la mitad junto a la persona y extendemos la limpia hasta la mitad del paciente, remetiendo bien los extremos bajo el colchón.

Posteriormente volvemos al paciente hacia el otro extremo, retiramos las sábanas sucias y desenrollamos la sábana bajera limpia. Hay que estirarla bien y remeterla en el colchón (libre de toda arruga).Incorporamos suavemente al paciente bocarriba, y lo cubrimos con las sábanas y mantas (si necesita) y colocamos las almohadas para aliviar presiones.

2.2.2. VESTIDO Y CALZADO

A la hora de elegir prendas de vestir para personas sin movilidad, es conveniente que sea ropa holgada, fácil de poner y quitar.

El vestido de la parte superior puede hacerse sentado. Comenzamos por el brazo con menor movilidad o pléjico, introduciendo la mano por la manga y deslizando la prenda a lo largo del brazo suavemente. Proseguimos después con el otro brazo.

El vestido de la parte inferior se realizará más cómodamente en la cama. Comenzamos por la parte afectada, luego la otra pierna se sube hasta las caderas y por último subimos hasta la cintura.

El calzado es conveniente que sea cerrado, cómodo, y con suela antideslizante, así como que lleve tiras de velcro o cordones elásticos.

2.2.3. CAMBIOS POSTURALES

La finalidad es acomodar al paciente en la cama, silla de ruedas o sillón de forma que se sienta confortable y cómodo. Adoptaremos diferentes medidas según posturas para su comodidad, como colocación de almohadas, cojines, etc.

Es fundamental realizar cambios posturales frecuentes y buenas posiciones para evitar, las úlceras por presión o de decúbito (escaras). Además las movilizaciones frecuentes mejoran el tono muscular, la respiración y la circulación.

Para movilizar al paciente encamado, debemos tener en cuenta su estado y conocer si puede colaborar con nosotros o no es posible su ayuda para cambiarlo de postura. Cada vez que realicemos alguna actividad pediremos su colaboración.

En general, siempre que tengamos que hacer algún tipo de movilización, o sencillamente nos tengamos que dirigir a una persona que ha sufrido un Ictus, conviene hacerlo por el lado pléjico (el que no mueve), con la finalidad de estimular al máximo la atención. Si le hemos de ayudar a levantarse, hacer una transferencia, caminar, etc., conviene hacerlo por el lado afectado, evitando siempre cogerlo y estirarle del brazo, ya que la posible flacidez de la musculatura del hombro podría comportar una subluxación articular.

Haremos cambios posturales cada tres o cuatro horas, siempre que no existan complicaciones. En los pacientes tumbados, los cambios de posturas deben realizarse cada 2 o 3 horas, durante las 24 horas del día, colocando al paciente en las tres posiciones:

a) Decúbito supino

En esta posición el paciente está tumbado sobre la espalda y la mejor manera de evitar las malas posturas de pies y tobillos, es ayudarse de cojines para mantenerlos en un ángulo correcto. Con los cojines también aligeraremos el contacto del cuerpo sobre la cama y evitaremos la aparición de úlceras por presión.

Colocamos almohadas en los siguientes puntos:
- Bajo el cuello y los hombros, para evitar la hiperextensión del cuello.
- Bajo el tercio inferior del muslo, para elevar el hueco poplíteo.
- Bajo la parte inferior de la piernas, para elevar los talones.

b) Decúbito lateral derecho o izquierdo

En esta posición el paciente se encuentra tumbado sobre un lado (izquierdo o derecho) de su cuerpo, con la espalda recta y los brazos flexionados y próximos a la cabeza. La pierna inferior está en extensión o ligeramente flexionada y la superior permanece flexionada por la cadera y rodilla.

Colocamos almohadas en los siguientes puntos:
- Bajo la cabeza, para favorecer el alineamiento.
- Bajo el brazo superior, para elevar el brazo y el hombro.
- Bajo el muslo y la pierna superior, para elevar la pierna y la cadera.
- Detrás de la espalda, para mantener una alineación.

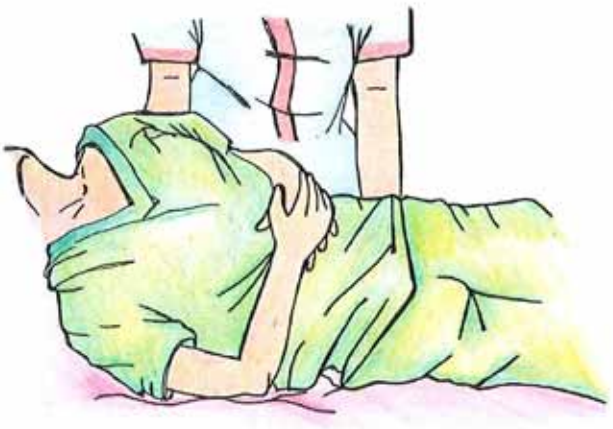
c) Sentar al borde de la cama a un paciente no colaborador.

Nos colocamos en el cabecero de la cama (en uno de sus lados) frente al paciente. Debemos colocar nuestros pies separados así como las rodillas ligeramente flexionadas.

Retiramos la ropa superior de la cama así como la almohada del paciente y colocamos un brazo por debajo de sus hombros y el otro brazo por debajo del tórax. Lo movilizamos hacia el lado deseado.

Luego pasamos a la zona de las caderas; deslizamos nuestros brazos a la altura de la cintura y por debajo de la región glútea.

En esta posición introducimos un brazo por debajo su hombro y el otro debajo del muslo. Lo sujetamos y lo levantamos con cuidado hasta llevarlo a la posición deseada.Tras ello, elevamos cuidadosamente al paciente hacia la posición requerida.



d) Movilización con ayuda de sábanas (entremetida)

Esta técnica precisa de dos personas, situadas una a cada lado de la cama. Nos ayudamos de una “entremetida” que es una sábana doblada en su largo a la mitad.

Se la colocamos al paciente por debajo, de forma que llegue desde los hombros hasta los muslos. Para ello lo posicionamos en decúbito lateral, lo más próximo a un borde de la cama y metemos la “entremetida” por el lado contrario al que está girado, luego lo volvemos al otro lado y sacamos la parte de “entremetida” que falta por colocar.

Una vez colocada la “entremetida”, cada persona la sujeta fuertemente enrollándola por los laterales, pudiendo así mover al paciente hacia cualquier lado de la cama evitando las fricciones.

Con este mecanismo podemos también mover al paciente hacia la cabecera de la cama.

e) Levantar al paciente con grúa, cuando no colabora.

Colocamos al paciente en decúbito lateral. A continuación, situamos el arnés y encima ponemos una entremetida para aislarlo del contacto con el arnés y el sillón. Luego lo hacemos girar hacia el lado contrario y acabamos de estirar el arnés y la entremetida.

Las bandas de las piernas, se pasan por debajo de ambas piernas y se entrecruzan, la de la pierna derecha en el gancho izquierdo y la de la pierna izquierda en el gancho derecho y parte superior.

Elevamos con suavidad, hasta una altura de separación entre la cama y el paciente, abrimos las patas de la grúa para aumentar el radio de estabilidad de la misma y procurar mayor seguridad en el traslado.

Transportamos a la persona hasta el sillón o viceversa, lo situamos encima de éste y lo hacemos descender hasta la posición de sentado.

Procuramos que quede bien sentado, pudiendo empujar suavemente de las rodillas del paciente hacia atrás.

Por último, acomodamos el sillón y colocamos almohadas o cojines en zona parética.

2.3. ELIMINACIÓN

2.3.1. PACIENTES CONTINENTES

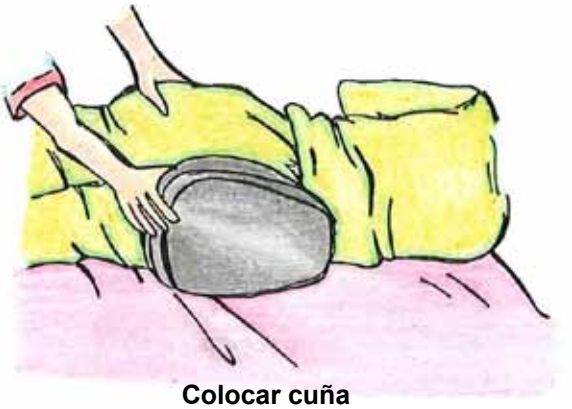
a) Colocación de la cuña

Es la colocación y retirada de un dispositivo (cuña) para que el paciente pueda llevar a cabo tanto la eliminación urinaria (en mujeres) como fecal, cuando no puede hacer uso por sí mismo/a del inodoro, debido a limitaciones en la movilidad, o reposo en cama. Los pasos a seguir son los siguientes:

Paciente sin movilidad:
- El paciente debe encontrarse en posición horizontal.
- Retiramos la ropa de cama.
- Colocamos al paciente en decúbito lateral.
- Colocamos la cuña bajo las nalgas.
- Giramos al paciente sobre su espalda con la cuña colocada en las nalgas.
- Comprobamos que la cuña esté centrada.

- Cubrimos a la persona con la sábana superior con el fin de proporcionar intimidad.
- Una vez que haya terminado, realizamos higiene y acomodamos al paciente.

Lateralizar



Colocar cuña

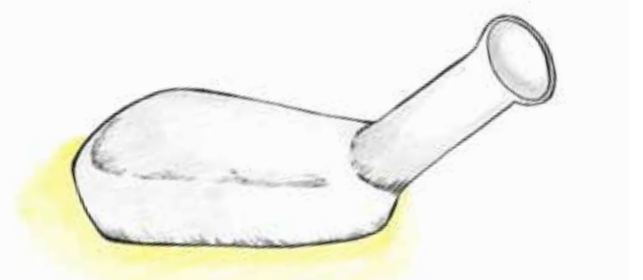
Decúbito supino

Paciente con movilidad reducida:
- Colocamos al paciente en decúbito supino con la cabecera de la cama elevada.
- Retiramos la ropa de la cama.
- Pedimos al paciente que flexione las rodillas y levante las caderas. Introducimos la cuña bajo los glúteos y nos aseguramos que está bien centrada.

b) Colocación de botella de orina

Colocación y retirada de un dispositivo (botella) en el pene del paciente para depositar la orina cuando el paciente no puede hacer uso por sí mismo del inodoro debido a limitaciones en la movilidad o reposo en cama. Se pretende facilitar la eliminación urinaria del varón dependiente.

Colocamos al paciente en decúbito supino, poniendo la botella de orina entre las piernas y si es necesario le ayudamos a introducir el pene. Ponemos una sábana tapando para mantener su intimidad.



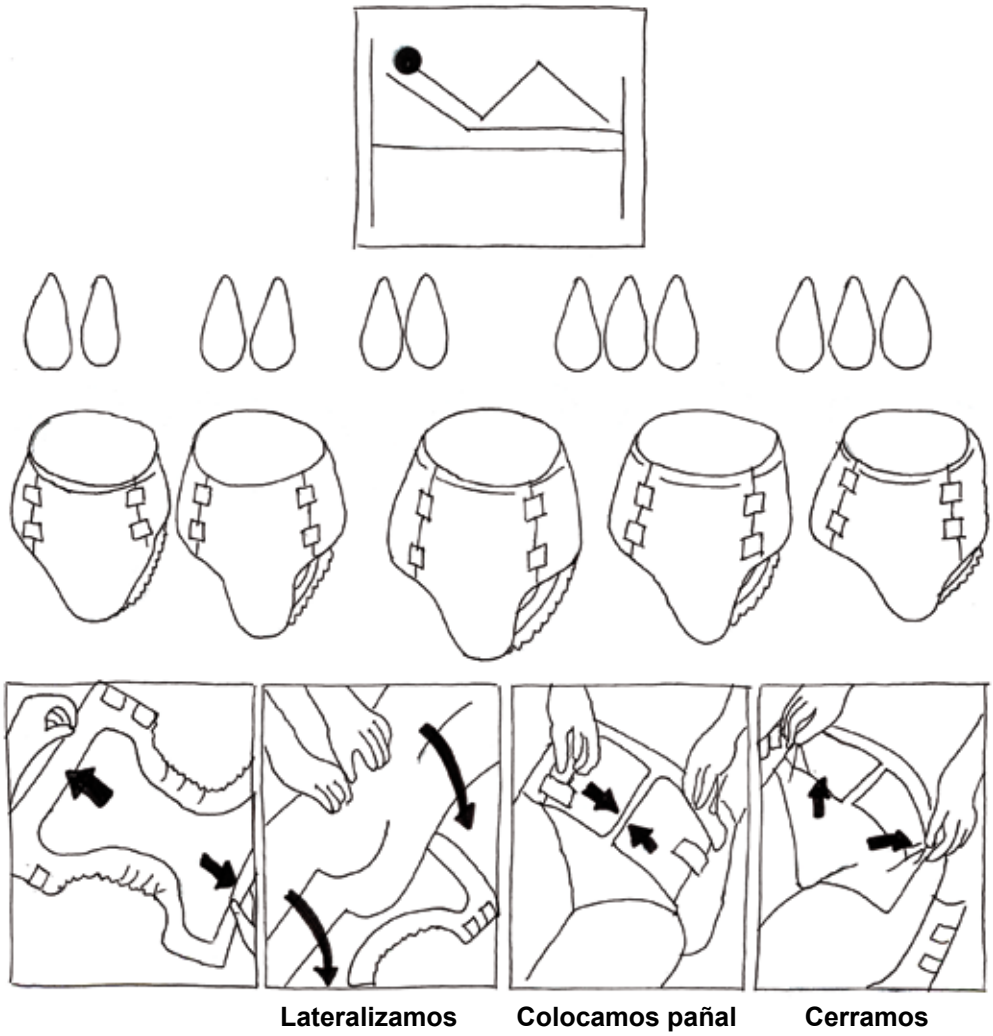
2.3.2. PACIENTES INCONTINENTES

a) Colocación de pañales

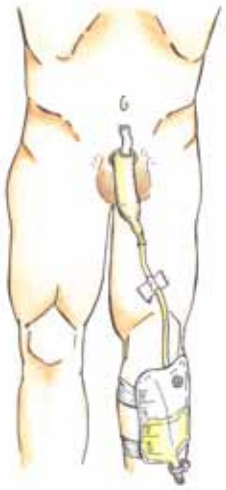
A pacientes con incontinencia urinaria y/o fecal.

Los productos actuales permiten espaciar los cambios de pañal manteniendo la piel seca. La frecuencia de cambio es variable, dependiendo del tipo de alimentación y de la cantidad de líquidos que se ingieran.

Si usan pañales elásticos, recuerde que las tiras adhesivas permiten abrirlos y cerrarlos repetidas veces. Esto posibilita que pueda orinar en el baño o en un recipiente adecuado, sin tener que cambiar el pañal. Para eso los pañales están provistos de



un indicador de humedad en la parte exterior que son unas bandas que cambian de claro a oscuro, a medida que se van saturando de orina.



b) Colocación del colector.

Se coloca en el pene del paciente con incontinencia urinaria y se reconduce la orina a una bolsa recipiente.

No debe usarse durante largos periodos de tiempo y se debe realizar higiene diaria.

2.4. ALIMENTACIÓN

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

Sin embargo, es posible la rehabilitación de la deglución, primero se recupera la deglución de alimentos sólidos y al final la de los líquidos.

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

2.4.1 ALIMENTACIÓN POR VÍA ORAL

Cuando el paciente presenta disfagia (dificultad en la deglución) debemos modificar la consistencia de la comida, es decir, triturar la comida, y poco a poco ir cambiando la textura conforme vaya mejorando.

Si la disfagia es a líquidos, debemos espesar los líquidos con espesantes especiales o con maicena, papillas o gelatinas.

Para preparar las viscosidades de los líquidos en pacientes con disfagia, lo realizamos con el Test de Volumen – Viscosidad. Las viscosidades se recomiendan prepararlas cinco minutos antes de la toma. Hay tres tipos:

- **LÍQUIDO:** se le da un vaso de agua de 100cc a temperatura ambiente.

- **NÉCTAR:** a un vaso con 100cc de agua, u otro líquido, añadimos 4,5gr de espesante y se disuelve hasta conseguir una textura homogénea. Esta preparación se puede beber con ayuda de una cañita.

- **PUDING:** a un vaso de 100cc de líquido, añadimos 9gr de espesante y se disuelve hasta conseguir una consistencia homogénea.

Siempre comenzamos con la viscosidad NÉCTAR, si lo tolera pasamos a LÍQUIDO, si no tolera la viscosidad tipo NÉCTAR, pasamos a PUDING, y si ésta tampoco la tolera se le pondría una sonda nasogástrica.

Se debe mantener una posición correcta. La persona debe estar sentada, la comida se debe dar por la parte de la boca no afectada y a veces es conveniente bajar la barbilla para deglutir.

Debemos dar pequeñas raciones lentamente y con frecuencia. Esto evitará que el paciente se canse.

Y hay que estimular el reflejo de la deglución. Puede hacerse administrando comidas frías, salvo si a la persona los alimentos fríos les desencadenasen espasmos musculares.

Si se atraganta, consultar siempre, no forzarlo.

EJEMPLOS DE ALIMENTOS ACONSEJABLES: crema de verduras espesas, puré de frutas, yogur, natillas, flan, huevos revueltos, sopas espesas de sémola, carne molida, pescados suaves, etc.

EJEMPLO DE ALIMENTOS QUE DEBEN EVITARSE: líquidos (agua, leche, zumos), frutas crudas, pan, carnes no trituradas, sopas, pasteles, etc.

Si el paciente no puede alimentarse por vía oral (boca), ya que no es capaz de tragar o se atraganta fácilmente con los líquidos, se debe buscar una vía alternativa para la alimentación. En dicho supuesto su médico le indicará la alternativa a seguir, que puede incluir la alimentación a través de una sonda (tubo), lo que se denomina alimentación enteral.

2.4.2. ALIMENTACIÓN POR SONDA

La nutrición por sonda es un método sencillo, seguro y eficaz que le ayudará a conseguir y mantener un correcto estado nutricional.

La forma de administrar el alimento será indicada por el médico o la enfermera.

Existen tres maneras: gravedad, bomba o JERINGA, siendo esta última la más habitual en el ámbito domiciliario y que pasamos a describir a continuación.

a) Colocación del paciente

El paciente debe estar sentado en una silla o en la cama (con ayuda de almohadones). Esta posición debe mantenerse durante la comida y hasta una hora después de terminar la alimentación, para evitar el reflujo de la comida y posibles broncoaspiraciones.

b) Pasos para la preparación del alimento

• Lavarse las manos antes de cualquier manipulación.
• Comprobar la fecha de caducidad del bote de alimento.
• Se debe administrar a temperatura ambiente, ya que si está demasiado frío puede provocar diarrea.
• Agítelo bien antes de usarlo.
• Si no utiliza todo el producto, debe guardarlo en la nevera y puede volver a usarlo hasta 24 horas después como máximo.
• Tener preparada una jeringa para alimentación por sonda y agua mineral embotellada.

c) Pasos en la administración del alimento

• Comprobar la posición correcta de la sonda antes de cada toma (graduación en cm).
• Verter la cantidad de dieta necesaria en un recipiente limpio y graduado en ml.
• Abrir el tapón de la sonda.
• Aspirar el contenido del recipiente con la jeringa. No debe tener burbujas.
• Introducir la jeringa en la sonda.
• Iniciar la alimentación de forma lenta para facilitar tolerancia y evitar complicaciones.
• Para finalizar introduciremos unos 50ml de agua para eliminar de la sonda restos de alimento.
• Se deben administrar a lo largo del día varias tomas de agua para mantener una adecuada hidratación del enfermo (en torno a 1 litro diario).
• Debemos lavar la jeringa con agua jabonosa y aclararla bien una vez finalizada la alimentación.

d) Administración de medicamentos

• Los medicamentos deben triturarse por completo, hasta que queden en un polvo fino.
• Se disuelven en 20 – 30ml de agua y se administran con la jeringa.
• Debemos pasar agua a través de la sonda después de administrar la medicación para evitar que se obstruya.
• El horario de la toma de medicación se lo indicará su médico.

e) Cuidados de la sonda nasogástrica

• Lavar la sonda con agua jabonosa diariamente y secarla bien.
• Limpiar el tapón de la sonda cuidadosamente y secarlo bien para evitar que se quede pegado.
• Cada día, es conveniente apoyar esta sonda en un lugar diferente para evitar que la piel se lesione.
• Cambiar el esparadrapo o tirita cada día.
• Si nota que la sonda se oscurece, presenta grietas u orificios, avise a su médico o enfermera.
• El cambio de la sonda lo indicará el médico o enfermera cuando lo crea oportuno (el tiempo máximo recomendable es de 6 meses).

2.5. ASPIRACIÓN DE RESTOS DE COMIDA

La aspiración es el paso de alimentos líquidos y/o sólidos desde la boca y/o estómago (reflujo) hacia la laringe y vías respiratoria (pulmones), pudiendo llegar a producirse unainfección grave. Para evitarla debemos tener en cuenta:

a) Ingesta oralen un paciente encamado: debemos incorporar 45º al paciente, antes de comenzar la alimentación, y nunca le daremos de comer acostado o en posición horizontal, para evitar broncoaspiración.

b) Ingesta por sonda nasogástrica: incorporamos al paciente 30º - 45º y nos aseguramos, de que la sonda nasogátrica no se ha movido hacia fuera, previamente señalada justo a la entrada de la nariz. Todos los días, le damos un movimiento de rotación (a la sonda) para evitar que se formen úlceras en el ala de la nariz.

2.6. EVACUACIÓN INTESTINAL. ESTREÑIMIENTO

La incontinencia fecal se relaciona en mayor medida con la discapacidad producida por el Ictus. La dificultad para acceder al wc parece ser el factor de riesgo más importante.

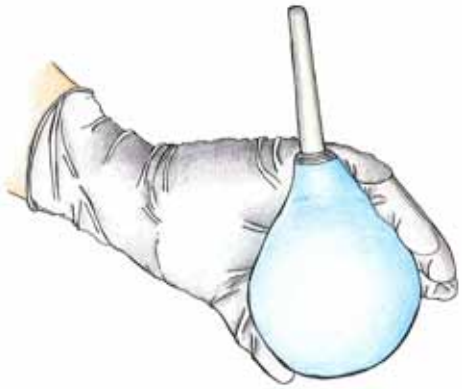
Para su tratamiento se recomienda informar a la familia de signos que indican la necesidad de defecar, como: distensión (o hinchazón) abdominal, ruidos abdominales, flato, náuseas y espasmos abdominales.

a) Causas de estreñimiento

- Dieta inapropiada con bajo contenido en fibra.
- Falta de actividad física, inmovilizaciones.
- Cambios de hábitos de vida.
- Medicamentos.
- Locales: hemorroides, fístulas.
- Disminución ingesta de líquidos.
- Disminución del ritmo intestinal (hipotonía).
- Factores sociales y emocionales.

b) Recomendaciones

- Mínimo 2 litros de líquidos al día para mantener las heces suaves, lo que facilita la evacuación.
- Máxima actividad física posible.
- Ejercicio con los músculos abdominales. Dar masajes abdominales.
- Dieta rica en vegetales, frutas, carnes rojas, aves, cereales, pan integral.
- Recordar que si el paciente presenta disfagia se deben evitar las frutas crudas.



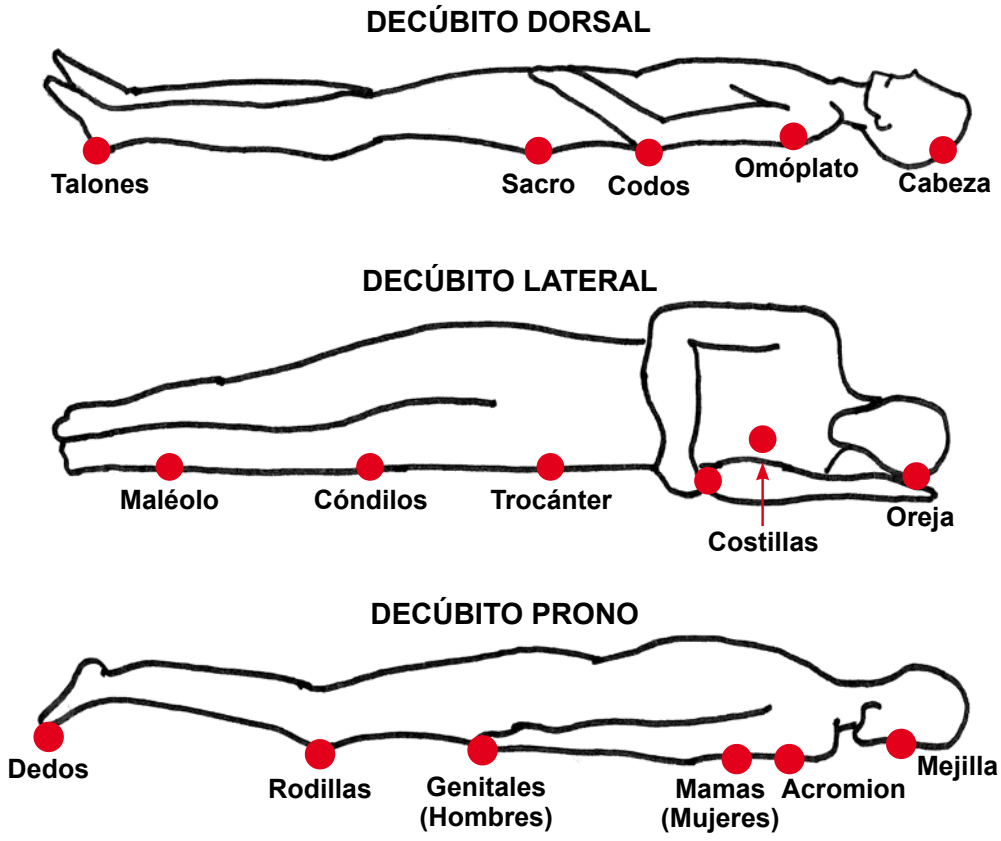
Reguladores

Los reguladores, como su propio nombre indica, sirven para regular el tránsito intestinal, algo más lento a causa del Ictus.

Estos nos deben asegurar una deposición cada dos días. Si se continúa sin defecar, se pondrá un microenema o enema de limpieza.

2.7. ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)

Pueden definirse como cualquier área de daño en la piel y tejido subyacente causado por la presión prolongada sobre un plano duro, no necesariamente intensa, e independiente de la posición.



El principal factor de riesgo es la INMOVILDAD (por encamamiento prolongado), aunque también hay otros como son, pérdida de sensibilidad, trastornos de la circulación y nutricionales, efectos farmacológicos, obesidad, diabetes e incontinencia tanto urinaria como fecal.

Los agentes más importantes en la aparición de UPP son:
- Presión por fricción (rozamiento de dos superficies).
- Humedad.
- Presión de la piel sobre un plano duro.
Las UPP se clasifican en:

Estadio I: Eritema, con piel íntegra.
Estadio II: Aspecto de abrasión o ampolla.
Estadio III: Pérdida total del grosor de la piel.
Estadio IV: Necrosis de la piel y afectación muscular.

Para evitar las UPP se debe mantener una higiene y una movilización correctas según los puntos 2.1. y 2.2. de este manual.

2.8. PAPEL DEL CUIDADOR: CUIDARSE PARA CUIDAR

El Ictus no sólo afecta a la persona que lo sufre. El paciente advierte que su vida ha sufrido un cambio radical, pero también sus familiares y amigos próximos se dan cuenta de que muchas cosas, algunas importantes, van a cambiar en sus vidas.

El cuidado de otra persona implica una serie de exigencias, que pueden perjudicar al cuidador tanto física como psicológicamente.

En la asociación hay profesionales que pueden ayudar al cuidador a llevar la situación de cuidado de la mejor manera posible.

Algunas recomendaciones para cuidarse mejor, son:

- **Pedir ayuda:** se debe pedir ayuda sin esperar a que la gente se la ofrezca. Quizás los demás no saben cuando la necesita.

Es necesario tener tiempo para uno mismo, para desconectar de la situación que nos está causando estrés. Planifique las actividades y organice su tiempo con el fin de buscar un momento del día para uno mismo. Un baño relajante, leer un libro o simplemente descansar es básico para poder seguir cuidando.

- **Evitar el aislamiento:** muchos cuidadores se distancian de sus amigos y familiares cuando el paciente necesita una dedicación intensa. Esto hace que aumente en el cuidador la sensación de “sobrecarga” y “estrés” llegando a ocasionar problemas psicológicos y físicos.

Para evitar que esto ocurra, una buena solución es disponer de tiempo suficiente que le permitan hacer actividades o talleres que les gusten.

- **Hacer ejercicio con regularidad:** es una manera saludable de eliminar las tensiones que se van acumulando a lo largo del día. Caminar es una forma sencilla de hacer ejercicio, se puede aprovechar las salidas (para ir a comprar, hacer gestiones, "papeleos", etc.) incluso dar un rodeo para caminar durante más tiempo.

- **Problemas físicos del cuidador:** es muy frecuente cuando el paciente que ha sufrido un Ictus conserva muy poca o ninguna capacidad de movimiento. No es conveniente que una única persona realice la movilización, sin ayuda de otra persona o de algún dispositivo como una grúa, ya que cargar con una persona que no colabora es un sobreesfuerzo excesivo.

En los casos en los que el paciente sí colabore en mayor o menor medida, debemos consultar con el fisioterapeuta la forma más adecuada de movilizar al paciente, para optimizar su rehabilitación, y protegernos siempre de no lesionar nuestra espalda.

La cama debe ser alta (unos 70cm) para facilitar que podamos pueda subir y bajar al paciente cómodamente, así como para evitar los esfuerzos innecesarios de los cuidadores.

- **Estrés del cuidador:** el estrés que sufre el cuidador principal se debe a varios factores:

• La dependencia del familiar y los cuidados que se deben proporcionar.

• Factores relacionados con el cambio en el estado de ánimo, conducta o alteraciones cognitivas del enfermo.

• Factores relacionados con los cambios que se producen a nivel socio-familiar (cambios situación económica, actividades).

Si el cuidador padece estrés o ansiedad debe consultar a su médico ante los primeros síntomas.

3. RECURSOS SOCIOSANITARIOS DISPONIBLES

3.1. LEY DE DEPENDENCIA

La 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.

¿Qué pasos hay que seguir para solicitar la valoración de una persona dependiente?:

• **Presentar la solicitud**

Debemos acudir a los Servicios Sociales Comunitarios más cercanos al lugar de residencia, allí nos orientarán y resolverán todas las dudas que nos surjan.

• **Valoración de la situación**

Una vez presentada la solicitud un profesional del Servicio de Valoración de la provincia del solicitante se pondrá en contacto con el mismo y concertará una cita en su lugar de residencia habitual donde valorará su capacidad para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria, así como otro tipo de necesidades de apoyo y supervisión en el caso de personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental.

• **Resolución final**

La resolución del grado de dependencia reconocido llegará por correo al domicilio de la persona solicitante.

En función del grado reconocido se conocerán también los servicios y prestaciones a los que se puede acceder:

• Servicios de promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia.
• Servicio de teleasistencia.
• Servicio de ayuda a domicilio.
• Servicio de centro de día y noche.
• Servicio de atención residencial.
• Prestación económica vinculada al servicio.

• Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores/as no profesionales.
• Prestación económica de asistencia personal.

• Elaboración del programa individual de atención (PIA)

Una vez que se tiene reconocida la situación de persona dependiente, un trabajador social concretará una fecha en la que poder realizar una nueva visita al domicilio del solicitante para conocer su situación sociofamiliar, escuchar su opinión y de acuerdo a su grado de dependencia proponerle el recurso que más se adecúa a sus necesidades.

Por último, el profesional valorará también su situación económica ya que la financiación del servicio o la cuantía de la prestación económica dependen de la capacidad económica del solicitante.

• Comunicación de la asignación del servicio o prestación

Finalmente, enviarán al domicilio del solicitante la resolución, donde se detallará el recurso o los recursos que son más idóneos para su situación, la fecha de efectividad de la misma y la aportación económica a realizar en caso de que el recurso sea un servicio.

TELÉFONO DE INFORMACIÓN SOBRE DEPENDENCIA EN ANDALUCÍA: 900 166 170

Los Centros residenciales y las Unidades de día y de noche disponen de plazas privadas.

3.2. VALORACIÓN DEL GRADO DE DISCAPACIDAD

Los Centros de Valoración y Orientación, dependientes de las Delegaciones Territoriales de la Consejería de Educación, Deporte e 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 algunas de las prestaciones a las que da acceso el reconocimiento de un grado de discapacidad igual o superior al 33%.

Trámites 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 relacionadas con la atención a las personas con discapacidad. Teléfono: 900 55 55 64.

• Certificado de necesidad de vivienda adaptada.

• Etc.

3.3 SUBVENCIONES INDIVIDUALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

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 y reparación de prótesis y órtesis, 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 desplazamiento 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 reconocida 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 conjunto.

• Disponer de un presupuesto cierto.

** Estas ayudas se convocan una vez al año y hay que estar muy pendientes porque solo dan un mes de plazo para presentar las solicitudes.*

• En el caso de subvenciones 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 Educación, Deporte e Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación de la Junta de Andalucía.

3.4 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 antiescaras.
• Cojines antiescaras.
• Andadores.
• Barandillas adaptables a la cama del paciente.
• Protectores de talón.
• Aspirador eléctrico portátil.
• Elevadores de W.C.
• Banquetas ducha.
• Incorporadores de plano.
• Pastilleros.

Se valorará su caso y le informarán de las ayudas disponibles.

Puede acceder pidiendo cita en su Centro de Salud o a través del TELÉFONO DE SALUD RESPONDE: 955 54 50 60

3.5. 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 Servi-

cio Andaluz de Salud son las prótesis externas, sillas de ruedas (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.

3.6. ADECUACIÓN FUNCIONAL BÁSICA 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€.

3.7 PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

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 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 para el trabajo.

Las personas beneficiarias de la pensión no contributiva de invalidez que inicien actividad laboral por cuenta propia o ajena, le serán de aplicación el Real Decreto Legislativo 8/2015 de 30 de octubre, para compatibilizar dicha pensión con el trabajo remunerado. No se les tendrán 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.

• Cómo 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.

• **Dónde hacerlo**

La solicitud y documentación correspondiente se presentará, personalmente o por correo ordinario, en la Delegación Territorial de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, 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.

3.8. 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.

• **Dónde 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 acredite las últimas cotizaciones en España.

BIBLIOGRAFÍA

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
http://www.ictussevilla.org/index.php/nosotros/publicaciones

Grupo de de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología
http://www.ictussen.org/

Fundación del Cerebro
http://www.fundaciondelcerebro.es/

Fundación ONCE
www.fundacionONCE.es

ICTUS-SEVILLA

ASOCIACIÓN SEVILLANA DE ICTUS

Avda. de Altamira, 29, Blq. 11 – Acc. A
41020 Sevilla
Tlf.: 954 251 510 - Fax: 954 513 999
ictussevilla@hotmail.com

www.ictussevilla.es

Con la colaboración de:

Bristol-Myers Squibb

Pfizer

Daiichi-Sankyo

Fundación ONCE

ISBN 978-84-09-14329-0

9 788409 143290