

## INSTRUCTIVO DE USO

### 1. Ficha patronímica del paciente

- a) Completar la información patronímica lo más detallada posible, incluir nombre completo, cédula de identidad, sexo (masculino, femenino, otro), edad (en años), domicilio, localidad, teléfonos, ocupación, nivel de estudio completo (primaria, secundaria, universitario).
- b) Dominancia (diestro, zurdo).
- c) Antecedentes personales/hábitos: complete lo que a su juicio sea más relevante.
- d) Antecedentes funcionales: especifique si realiza actividades de la vida diaria (ABVD), como la marcha (independiente, requiere ayuda), requerimiento de instrumentales (si, no).
- e) Continencia familiar: especifique si los familiares más próximos le asisten.
- f) Prestador de salud: especifique el prestador de salud que le corresponde.

### 2. Evento: ataque cerebrovascular

- Indique fecha de inicio de síntomas en formato día, mes, año
- Lugar de internación: especifique el nombre de la institución
- Marque con una "X" el lugar de internación (sólo máximo requerido): sala común/cuidado moderado, cuidado intermedio, centro de tratamiento intensivo.
- Marque con una "X" donde fue evaluado: hospital, policlínica, domicilio
- Presentación clínica: marque con una "X" si fue un ACV: hemorrágico o isquémico. Especifique el territorio vascular correspondiente.
- Marque con una "X" si presentó: alteración de conciencia, coma, convulsiones, alteraciones cognitivas

### Complicaciones neurológicas

Marque con una "X" si presentó una transformación hemorrágica, especifique si existieron otras complicaciones

### Complicaciones extra-neurológicas

Marque con una "X" si presentó: infecciones respiratorias, urinarias, úlceras por presión.

### Procedimientos requeridos

Marque con una "X" si requirió intubación, traqueotomía, sonda nasogástrica (SNG), sonda vesical (SV).

### Tratamiento agudo

Marque con una "X" si requirió uso de fibrinolíticos, neurocirugía, trombectomía mecánica.

### 3. Rehabilitación

- a) Marque con una "X" lo que corresponda: Si (recibió tratamiento) o No (no recibió tratamiento).
- b) Indique la fecha en formato día, mes, año.
- c) Marque con una "X" si recibió tratamiento de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, neurocognitiva. (Puede marcar más de una).
- d) Marque con una "X" lo que corresponda: si requiere o no ortesis (dispositivo externo aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuromusculoesquelético. Por ejemplo, férula en un miembro inferior espástico para evitar el pie en equino). En caso afirmativo, especifique si fue de los miembros superiores (MS) o inferiores (MI).
- e) Marque con una "X" si requiere de medios auxiliares de desplazamiento (andadores, bastones de diferentes tipos, silla de ruedas, etc.).

### Examen físico del paciente

- 1) Marque con una "X" lo que corresponda respecto al estado general: impresión general que produce el estado de salud del paciente. Toma en cuenta los signos vitales, el estado de hidratación, nutrición, facies. Indique si es bueno, regular, malo. Marque con una "X" si es normal o patológico: la orientación témporo-espacial: el paciente reconoce la fecha y el ambiente en el que se encuentra. Si está alterado especificar si es uno o ambos componentes.
- 2) Valore también, la visión, la audición.
- 3) Del lenguaje evalúe si el paciente es capaz de comunicarse y entiende lo que se le dice, evalúe la expresión y comprensión del lenguaje. Si está alterado especificar si es uno o ambos componentes y si esta alteración permite la comunicación.
- 4) Valore la motricidad, evalúe la capacidad de movimiento de los diferentes segmentos corporales. Generalmente se presenta en el miembro superior e inferior de un mismo lado y puede predominar en uno de ellos. Es importante valorar el grado de déficit, desde "sin movimiento" o plejía a un déficit que permite movilizar el miembro activamente con mínima o ninguna dificultad. La evaluación debe ser comparativa con el lado contralateral.

- 5) Valore la flacidez: está determinada por una disminución del tono muscular, es decir, el grado de contracción que poseen los músculos en reposo. Se examina comparativamente con el lado contralateral y está determinada por una disminución de la resistencia al movimiento que aplica el examinador sobre un segmento corporal determinado.
- 6) Valore el grado de espasticidad que está determinada por un aumento del tono muscular, es decir, el grado de contracción que poseen los músculos en reposo. Se examina comparativamente con el lado contralateral y está determinada por un aumento de la resistencia al movimiento que aplica el examinador sobre un segmento corporal determinado. Predomina en los músculos anti gravitatorios flexores de miembros superiores y los extensores de miembros inferiores.
- 7) Valore la sensibilidad, existen varios tipos de sensibilidad: táctil superficial, si se encuentra un área con cambios sensitivos intentar definir si la sensación está aumentada, disminuida o ausente. En caso de ser patológico, especifique.
- 8) Marque lo que corresponda respecto al equilibrio de tronco: ausente, presente estático, presente dinámico, no se puede valorar.
- 9) Marque lo que corresponda en relación a la marcha: normal, alterada, no se puede valorar.
- 10) Complete la información en el espacio en blanco en caso de alteración del tránsito digestivo y urinario. En relación a la deglución: evalúe la capacidad de alimentación por vía oral. Toma en cuenta alimentos con diferentes consistencias. Si está alterada, especificar qué tipo de alimento tolera o si requiere de sonda nasogástrica para su alimentación.

## **Evolución**

Marque con una "X" lo que corresponda respecto a las eventuales complicaciones que puedan aparecer: infección urinaria y/o respiratoria, subluxación de hombro, dolor (EVA), úlcera por presión, deformidades osteo articulares (puede marcar más de una).

## **Cuadro evolutivo**

En cada una de las consultas complete la fecha y marque con una "X" los hallazgos encontrados en relación a los ítems jerarquizados: déficit motor, sensitivo, espasticidad, trastorno deglutorio, del lenguaje, del comportamiento, depresión, úlcera por presión, dolor.

## Escala Rankin modificado (ERm o mRS)

Es una prueba desarrollada por Dr. John Rankin en el año 1957. Es una escala comúnmente utilizada para medir el grado de incapacidad o dependencia en las actividades diarias de personas que han padecido un ataque cerebrovascular u otras causas de discapacidad neurológica. La primera publicación de la actual Escala de Rankin modificada fue en 1988 por Van Swieten, que luego ha tenido posteriores ajustes. Si bien el ERm posee cierta naturaleza subjetiva, igualmente es utilizado por los sistemas hospitalarios para evaluar necesidades de rehabilitación y el alta del paciente.

a) Indique las fechas de los controles realizados (día, mes, año) en uno de los seis items que corresponda.

b) Dicha evaluación se deberá realizar en cinco oportunidades: inicialmente, al alta hospitalaria, al mes, tres meses y seis meses.

La escala va desde 0-6, partiendo de una salud perfecta sin síntomas a la muerte.

0. Ningún síntoma.
1. No hay incapacidad significativa. Es capaz de llevar a cabo todas las actividades habituales a pesar de algunos síntomas.
2. Incapacidad leve. Capaz de valerse por sí mismo sin asistencia, pero incapaz de llevar a cabo todas las actividades que anteriormente podía hacer con normalidad.
3. Incapacidad moderada. Requiere algo de ayuda pero es capaz de caminar sin asistencia.
4. Incapacidad moderadamente severa. Incapaz de atender las necesidades de su cuerpo sin asistencia e incapaz de caminar sin asistencia.
5. Incapacidad severa. Requiere constante cuidado y atención de enfermeras, postrado, incontinente.
6. Muerto

### **Escala de Pfeiffer (*Short Portable Mental State Questionnaire*)**

Es una prueba desarrollada por Pfeiffer en el año 1975 con 10 items que valoran varias funciones: orientación, memoria de evocación, concentración y cálculo. Muy breve pero con una aceptable capacidad discriminatoria.

- a) Indique las fechas de los controles realizados (día, mes, año).
- b) Coloque el puntaje alcanzado por el paciente en forma individual para cada una de las preguntas.
- c) Coloque el puntaje total alcanzado por el paciente en cada evaluación.

Se adjudica un punto por cada error. Entre 0-2: se considera normal; entre 3-4: deterioro cognitivo leve; entre 5-7: deterioro cognitivo moderado; más de 8 errores: deterioro cognitivo severo. Se permite un error adicional si el nivel educativo es bajo y un error menos si tiene estudios superiores.

### **Índice de Barthel modificado**

- a) Indique las fechas de los controles realizados (día, mes, año).
- b) Coloque el puntaje alcanzado por el paciente en forma individual para cada una de las preguntas.
- c) Coloque el puntaje total alcanzado por el paciente en cada evaluación.