

**Área Programática Discapacidad y Rehabilitación**

**Dirección General de la Salud**

**Instructivo para Cartilla  
Accidente Cerebro Vascular (ACV)**



**Ministerio  
de SALUD**

Se deberá registrar la Fecha de la primera evaluación que se realiza al paciente, así como los datos correspondientes del Evaluador que inicia la cartilla.

## 1. Ficha Patronímica

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).

1. *Dominancia* (diestro, zurdo).
2. *Antecedentes Personales/Hábitos*: Complete lo que a su juicio sea más relevante. Antecedentes personales en salud de relevancia, tales como patologías crónicas, factores de riesgo cardiovasculares, oncológicos, entre otros. Así como hábitos de riesgo en salud como alcoholismo, consumo de sustancias, etc.
3. *Antecedentes Funcionales*: refiere a la funcionalidad de la persona previa al ACV. En aspectos de ABVD (actividades básicas de la vida diaria): como es el auto cuidado e higiene, alimentación, control de esfínteres. En este aspecto se llenará si el usuario es independiente en ABVD, dependiente parcial o total. En funciones instrumentales: valorar el manejo de dinero, control de su medicación en caso de necesitarla, uso de teléfono, etc.  
En relación a la deambulación, especificar perímetro de marcha: limitado al domicilio, extra-domicilio pero menor a 10 cuadras, sin limitaciones en la deambulación. Uso de bastón o andador.
4. *Continencia Familiar*: Completar si el usuario presenta, o no, familia o cuidador/es con posibilidades de acompañarlo en el proceso salud-enfermedad. En caso positivo, colocar sus datos (Nombre/ Apellido y Celular/ Teléfono).
5. *Prestador de salud*: Especifique el Prestador de Salud que le corresponde y el Servicio de Salud de Referencia zonal.

## 2. Ataque Cerebro vascular (ACV)

1. Indique *fecha de inicio de síntomas* (en formato día, mes, año).
2. *Lugar de internación*: Especifique el nombre de la Institución.
3. Marque con una "X" el o los *lugar/es de internación*: Cuidado Moderado, Cuidado Intermedio, Centro de Tratamiento Intensivo y/o Unidad de ACV.

### **Presentación Clínica** (Marque con una "X").

1. Indique el tipo de ACV que sucedió: Hemorrágico o Isquémico. Especifique el Territorio vascular correspondiente.
2. Registre si presentó: Alteración de conciencia y/o Alteraciones Cognitivas.

#### Alteración de Conciencia:

El estado de conciencia normal implica la normalidad de los estados de conocimiento (el sujeto puede comprender y comunicarse con el medio que lo rodea) y de vigilia (el estar despierto).

Los grados de trastorno de conciencia, comprenden:

- *Desorientado y somnoliento*: pero se mantiene despierto.
- *Obnubilación*: depresión completa de la vigilia, el paciente puede ser despertado con estímulos leves.
- *Estupor*: depresión completa de la vigilia, el paciente puede ser despertado, solo con estímulos intensos (dolorosos).
- *Coma*: depresión completa de la vigilia de la cual el paciente no puede ser despertado mediante ningún estímulo.

#### Alteraciones Cognitivas:

Las funciones cognitivas más importantes son la atención, la orientación, la memoria, las gnosias, las praxias y el lenguaje.

- *La Gnosia* es la capacidad que tiene el cerebro para reconocer información compleja (objetos, figuras, rostros, segmentos corporales y personas, lugares, melodías, etc.) a través de las funciones sensoriales básicas (visión, sensibilidad, audición). Correspondiendo a un nivel más complejo de función sensorial simple.

- Denominamos *Praxias* a las habilidades motoras adquiridas. En otras palabras, son los movimientos organizados que realizamos para llevar a cabo un plan o alcanzar un objetivo. Ejemplos de ellos son peinarse, utilizar los cubiertos, prenderse un botón, vestirse, cepillarse los dientes, etc.

### **Procedimientos Requeridos** (Marque con una "X").

Registre si requirió intubación, traqueotomía, sonda naso gástrica (SNG), sonda vesical (SV) y/o gastrostomía.

### **Tratamientos Agudos** (Marque con una "X").

Indique si requirió: Fibrinolíticos, Neurocirugía o Trombectomía mecánica. No es necesario especificar el tratamiento farmacológico agudo recibido.

### **Evolución hospitalaria y complicaciones** (Marque con una "X").

Valore las eventuales complicaciones que puedan aparecer en la evolución: transformación hemorrágica, infección respiratoria, infección urinaria, úlcera por presión, subluxación de hombro, dolor: registrar su valor según escala visual analógica (EVA), trombosis venosa profunda (TVP), deformidades osteoarticulares, convulsiones, depresión y/u otras (en este caso, especifique).

### **Tránsitos** (Marque con una "X")

Valore los tránsitos intestinales y urinarios de la siguiente manera:

1. Continencia: presente (Si), o ausente (No)
2. Uso de pañal: requiere (Si), o no requiere (No)
3. En caso de otra alteración especifique.

## **3. Examen Físico** (Marque con una "X")

1. Valore el estado general: impresión general que produce el estado de salud del paciente. Tome en cuenta los signos vitales, el estado de hidratación, nutrición, facies. Indique si es bueno, regular ó malo.
2. Si es normal o patológico:

- *La Orientación temporo-espacial:* el paciente reconoce la fecha y el ambiente en el que se encuentra. Si está alterado, especificar si es uno o ambos componentes.
- *Visión:* en caso patológico, especificar qué alteración presenta y si la misma es previa o posterior al evento cerebrovascular.
- *Audición:* en caso patológico, especificar qué alteración presenta y si la misma es previa o posterior al evento cerebrovascular.
- *Lenguaje:* evalúe el lenguaje verbal, si el paciente es capaz de comunicarse (expresión) y entiende lo que se le dice (comprensión). Si está alterado especificar si es uno o ambos componentes.
- *Deglución:* capacidad de alimentación por vía oral. Tome en cuenta alimentos con diferentes consistencias. Si está alterada, especificar qué tipo de alimento tolera (sólido, semi-sólido, líquidos) o si requiere de sonda nasogástrica para su alimentación
- *Motricidad:*
  - Valore la capacidad de movimiento de los diferentes segmentos corporales. De presentar déficit motor, valorar su grado: "sin movimiento" o "plejia", si moviliza en el plano horizontal (en el plano de la cama), si "vence gravedad", hasta un déficit con mínima o ninguna dificultad. La evaluación debe ser comparativa con el lado contralateral para tomar como referencia la fuerza del lado no afectado.
  - Valore funcionalidad de mano, si la incluye o no en actividades de la vida diaria.
- *Flacidez:* la misma está determinada por una disminución del tono muscular (es decir, el grado de contracción que poseen los músculos en reposo) y por una disminución de la resistencia al movimiento que aplica el examinador sobre un segmento corporal. Se recomienda que la evaluación sea comparativa con el tono del lado contralateral, en caso de no tener afectación previa.
- *Espasticidad:* la misma está determinada por un aumento del tono muscular (es decir, el grado de contracción que poseen los músculos en reposo) y por un aumento de la resistencia al

movimiento que aplica el examinador sobre un segmento corporal. Se recomienda que la evaluación sea comparativa con el tono del lado contralateral, en caso de no tener afectación previa.

- *Sensibilidad*: existen varios tipos de sensibilidad. Valore la sensibilidad táctil superficial. Si se encuentra un área con cambios sensitivos intentar definir si la sensación está "aumentada", "disminuida" o "ausente". Especifique.
3. Respecto al *Equilibrio de tronco* se registrará: "ausente", "presente estático", "presente dinámico", "no se puede valorar". Esta valoración se realiza con el paciente sentado, evaluando así la capacidad de mantener el tronco erguido tanto estático, como frente a fuerzas inestabilizadoras (Dinámico).
  4. *Equilibrio de pie*. Se registrará: "Ausente", "Presente estático", "Presente dinámico", "no se puede valorar". Esta valoración se realiza con el paciente de pie, evaluando así la capacidad de mantenerse erguido tanto estático, como frente a fuerzas inestabilizadoras (Dinámico).
  5. En relación a la *Marcha* se registrará: "normal", "independiente", "dependiente", "no se puede valorar". En caso de tener una alteración previa de la marcha, especificar.

#### 4. Rehabilitación (Marque con una "X" en SI o NO según corresponda)

1. Indique si recibió tratamiento en rehabilitación. Indique la fecha en formato día, mes, año.
2. Indique si recibió tratamiento de: Fisioterapia, Fonoaudiología, Rehabilitación Neurocognitiva, Terapia ocupacional. Puede marcar más de una.
3. Registre si cuenta con ortesis, es decir, dispositivo externo aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuromusculoesquelético. Ejemplo: férula en un miembro espástico para evitar deformidades osteoarticulares y/o acortamientos téndino-musculares. En caso afirmativo especifique si fue de los de miembros superiores (MS) o inferiores (MI).

4. Indique si requiere de Ayudas Técnicas para la deambulaci3n: andadores, bastones de diferentes tipos, silla de ruedas.
5. Marque si requiere de adaptaciones en el hogar, como ba1o adaptado, rampas, etc. En caso afirmativo especifique.

## 5. Cuadro Evolutivo

Este cuadro se destina para los controles una vez dado de alta del Hospital, siendo completado en el primer nivel de atenci3n en salud que le corresponda.

Su objetivo es registrar la evoluci3n cl3nica del usuario en los diferentes controles (fecha en formato d3a, mes y a1o), en los diferentes aspectos: Motricidad, Sensibilidad, Espasticidad, Degluci3n, Lenguaje, Alteraci3n del Comportamiento, Depresi3n, 3lceras por presi3n y Dolor.

En cada uno de los 3tems se registrar3 si se encuentra peor (marcar con "1"), Igual (marcar con "2") o Mejor (marcar con "3") que el control previo.

Para el primer control en el primer nivel de atenci3n, el control previo corresponde al examen cl3nico realizado previo al alta hospitalaria. Marcar con "0" en los casos en que no corresponda la clasificaci3n "1, 2 y 3".

## 6. Cuestionario de Pfeiffer

Es una prueba que consta de 10 3tems para valorar las funciones cognitivas. 3stas son: orientaci3n, memoria de evocaci3n, concentraci3n y c3lculo.

Para realizar su aplicaci3n:

Indique la fecha que es realizado dicho cuestionario (d3a, mes a1o).

Las respuestas correctas valen 0 puntos. Cada ERROR vale 1 punto.

Coloque el puntaje alcanzado para cada una de las preguntas y para el puntaje total.

Se deber3 considerar:

Para la pregunta 1, que la respuesta incluya correctamente el día, mes y año.

Para la pregunta 3, que cualquier descripción correcta del lugar se puntuará como respuesta correcta.

Para la pregunta 10, que cualquier error se deberá puntuar como errónea la respuesta.

#### **Interpretación del Puntaje:**

- 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 se permitirá un error menos, si tiene estudios superiores.

## **7. Cuestionario de Barthel**

Esta escala se puede usar para valorar la situación actual del paciente respecto a la independencia funcional en las actividades de vida diaria, y también se aplica para valorar la situación previa al evento ACV.

#### La recolección de la información

Si la capacidad cognitiva del paciente no lo permite, se realizará a través de la observación y/o entrevista al paciente o cuidador habitual.

#### Para realizar la puntuación:

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

Se realizará la misma de acuerdo a los valores especificados a continuación:

**1. Alimentación:**

0= incapaz, 5= necesita ayuda para cortar, 10= independiente.

**2. Baño:**

0= dependiente, 5 = independiente para bañarse.

**3. Vestirse:**

0= dependiente, 5= necesita ayuda, pero puede hacer la mitad sin ayuda.

10= independiente, incluyendo botones, cordones, etc.

**4. Aseo personal:**

0= necesita ayuda, 5= independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse.

**5. Uso de inodoro:**

0= dependiente, 5= necesita ayuda, pero puede hacer algo sólo, 10= independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)

**6. Transito digestivo - Control de esfínter:**

0= incontinente (ó necesita enema), 5= accidente excepcional (1/sem), 10 = continente.

**7. Transito urinario:**

0= incontinente, o sondado, 5 = accidente excepcional (máx. 1/día).

10= continente, durante al menos 7 días.

**8. Deambulación:**

0= inmóvil, 5= independiente en silla de ruedas en 50 mts.

10= anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).

15= independiente al menos 50 mts., con cualquier tipo de ayuda técnica, excepto andador.

**9. Subir y bajar escaleras:**

0= incapaz, 5= necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de ayuda técnica. 10 = independiente para subir y bajar.

**10. Transferencia silla – cama:**

0 = incapaz, no se mantiene sentado

5 = necesita ayuda importante puede estar sentado

10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)

15 = independiente

La puntuación total se calculará sumando los puntos en cada uno de los 10 ítems.

Total= 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas)

**Interpretación del Puntaje:**

- < 20: dependencia total.
- 20-35: dependencia grave.
- 40-55: dependencia moderada.
- 60-90/100: dependencia leve
- 100: independiente (90 si va en silla de ruedas)