



Ministerio
de SALUD

Manual para pacientes y su familia luego de un ataque cerebrovascular (ACV)

Ministerio de Salud Pública
Dirección General de la Salud
Uruguay 2019



auci
AGENCIA URUGUAYA
DE COOPERACIÓN
INTERNACIONAL



Ministro

Dr. Jorge Basso

Sub Secretario

Dr. Jorge Quian

Directora General de la Salud

Dra. Raquel Rosa

Subdirector General de la Salud

Dr. Gilberto Ríos

Área programática Discapacidad y Rehabilitación

Dr. Juan Lacuague

EQUIPO TÉCNICO DE REDACCIÓN.

Dr. Joel Da Silva. Médico Residente de Cátedra de Rehabilitación y Medicina Física.
Dra. Teresa Yavarone. Médica Residente de Cátedra de Rehabilitación y Medicina Física.
Lic. Enf. Rosario Casella. Especialista en Neurología y Neurocirugía. Unidad de ACV del Instituto de Neurología del Hospital de Clínicas.
Lic. Enf. Cristina Ramos. Unidad de ACV del Instituto de Neurología del Hospital de Clínicas.

REVISIÓN DE CONTENIDOS

Dr. Juan Lacuague. Asesor Responsable del Área Programática Discapacidad y Rehabilitación del MSP.
Dra. Teresa Camarot. Profesora Titular de Cátedra de Rehabilitación y Medicina Física de UDELAR.

COLABORADORES

Lic. T.O. Andrés Rey.
Dra. Mariela Larrandaburu.

REVISIÓN DE REDACCIÓN Y DIAGRAMACIÓN

Lic. Psic. Agustín Bergeret.
Depto. de Comunicación y Salud del Ministerio de Salud.

ÁREAS DEL MSP QUE APORTARON A LA REVISIÓN DE CONTENIDOS

Área programática Discapacidad y Rehabilitación - MSP.
Área programática Nutrición - MSP.
Área programática del Adulto Mayor - MSP.
Área programática de ENT - MSP.

APOYO y FINANCIACIÓN

Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).
Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional (AUCI).

Producción gráfica

Cebra Comunicación

Índice

Introducción.....	7
1. Ataque cerebrovascular (ACV).....	8
2. Rehabilitación.....	10
3. Papel de la familia – cuidador.....	12
4. Cuidados básicos.	14
4.1. Postura en cama.....	14
4.2. Cambios de posición, movilizaciones en cama y transferencias	16
4.3. Postura sentada.....	18
4.4. Higiene	20
4.5. Alimentación y cuidados respiratorios.....	23
4.6. Cuidados urinarios e intestinales.....	25
4.7. Vestido y desvestido. Calzado	27
4.8. Actividades de la vida diaria y ayudas técnicas.....	28
4.9. Complicaciones frecuentes.....	31
5. Alta de la rehabilitación.....	35
Referencias bibliográficas	36

ACLARACIÓN: Para la redacción de este documento se procuró favorecer el uso de un lenguaje inclusivo, evitando al mismo tiempo la recarga en la lectura producto del uso reiterado de “a/o”, “as/os”, “las/los” para finalizar palabras que puedan referir al género masculino o femenino. Para ello se optó por la utilización de fórmulas y términos neutros cuando fuera posible o del uso tanto del femenino como masculino en conjunto o alternadamente.

Introducción

¿Por qué un manual?

El ataque cerebrovascular (ACV) es la segunda causa de muerte en nuestro país y en el mundo, siendo la primera causa de discapacidad de la persona adulta.

Este manual surge frente a la necesidad de brindar información clara y sencilla a la persona que ha experimentado un ataque cerebrovascular, su familia, amigos, y especialmente al cuidador familiar. Todos ellos a través de una participación activa, cumplen un rol determinante en el proceso de rehabilitación del paciente. El manual está dedicado especialmente a asesorar sobre los cuidados sanitarios y la rehabilitación.

El principal objetivo de la rehabilitación es alcanzar el mayor grado posible de actividad e independencia, facilitar la integración de la persona a su entorno habitual y finalmente lograr la más amplia participación en su rol social.

Luego de un ataque cerebrovascular, muchas funciones pueden verse afectadas. Por esta razón, se busca ayudar al paciente y al cuidador a optimizar y desarrollar habilidades para la realización de algunos de los cuidados básicos y actividades de la vida diaria, como comer, bañarse, vestirse, ayudar a mejorar la movilidad global del paciente y evitar complicaciones de la inmovilidad prolongada.

Es importante recordar que, las alteraciones del lenguaje, la memoria, la resolución de problemas, así como otras funciones cognitivas, son factores que influyen directamente en la rehabilitación, en la calidad de vida de los individuos y en sus aptitudes sociales. Éstas interfieren en la comunicación con sus seres queridos o cuidadores, por lo tanto pueden requerir también un tratamiento especial durante el programa de rehabilitación.

Otro de los objetivos será alentar cambios saludables en su estilo de vida para prevenir otro ataque cerebral.

¿Qué es?

Es un suceso de aparición brusca que afecta alguna de las funciones del cerebro, y cuyos síntomas se mantienen por un período superior a 24 horas.

El ACV se produce cuando una arteria cerebral, es decir, un vaso sanguíneo que aporta sangre al cerebro, se obstruye o se rompe, produciendo falta de irrigación a una zona del mismo. Esto, impide el correcto aporte de oxígeno y nutrientes, generando daño en las neuronas.

El cerebro controla la capacidad de las personas para moverse, sentir, pensar y actuar. La lesión cerebral puede afectar cualquiera de estas funciones. Los síntomas pueden ser muy variados dependiendo de cada caso particular.

¿Cuáles son los principales síntomas?

Generalmente se manifiesta por una pérdida repentina de fuerza en un lado del cuerpo. Esto produce debilidad o parálisis de las extremidades en ese lado del cuerpo y también de la cara. Puede acompañarse de una alteración en la sensibilidad al tacto, la temperatura, el dolor y la presión sobre la piel. También puede haber dificultad para hablar o comprender lo que se dice y dificultades al tragar.

Otros síntomas posibles:

- Pérdida de conciencia.
- Confusión mental.
- Fatiga.
- Problemas visuales.
- Dificultad para caminar.
- Pérdida del equilibrio, caídas.
- Pérdida de la coordinación.
- Cambios en el humor y del comportamiento.
- Pérdida del control emocional.
- Estados de ánimo depresivos.

Algunos factores de riesgo de un ACV pueden ser prevenidos, tratados o modificados, pero otros no.

¿Cuáles son los factores de riesgo que se pueden cambiar o tratar?

- Presión arterial alta.
- Diabetes.
- Colesterol alto.
- Falta de actividad física y obesidad.
- Consumo problemático de alcohol.
- Consumo problemático de drogas.
- Otras enfermedades cardiovasculares.
- Tabaquismo.

¿Cuáles son los factores de riesgo que no se pueden controlar?

- Edad.
- Sexo.
- Herencia y etnia.
- Antecedentes de ataque cerebral.

¿Qué es?

Se trata de un proceso complejo y dinámico que está dirigido a prevenir complicaciones, recuperar, compensar y/o minimizar las alteraciones aparecidas luego de un ACV. Busca disminuir el grado de discapacidad de la persona, obtener el mayor nivel de independencia funcional y reintegro social.

Es un programa centrado en el paciente y su familia-cuidador que tiene un comienzo, un desarrollo y un fin.

Los objetivos son establecidos por el equipo de rehabilitación con el paciente y su familia. Y estará sujeto a controles y revaloraciones periódicas.

El equipo básico de rehabilitación es interdisciplinario y suele estar integrado por médico rehabilitador, fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo, enfermero, terapeuta ocupacional (T.O) y trabajador social. De acuerdo a cada caso particular podrán integrarse otros profesionales.

Fases de la rehabilitación.

En este proceso se pueden distinguir tres fases:

a. Fase aguda.

Se extiende desde el inicio del evento durante la primera semana. El tratamiento se centra en lograr la estabilidad clínica de la persona para preservar la vida.

Las acciones de rehabilitación en esta fase, serán puntuales como cuidados posturales, prevención de complicaciones por reposo y movilizaciones del paciente, si no hubiera contraindicaciones.

Existen Unidades de ACV para el tratamiento en esta fase, cuyo objetivo es realizar un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para obtener los mejores resultados.

b. Fase subaguda.

Se extiende desde el día 7 hasta los 3-6 meses. Es la fase donde se inicia un programa de rehabilitación integral cuyos objetivos estarán centrados en

alcanzar la máxima recuperación física, cognitiva y emocional posibles, para permitir la mayor independencia de la persona.

Coincide con el egreso del hospital y su retorno al hogar, lugar donde continuará con la rehabilitación y si es posible será derivado a un servicio de rehabilitación ambulatorio.

c. Fase crónica.

Se refiere a la fase posterior a los 6 meses del evento. Las acciones en rehabilitación en esta etapa, apuntan a aspectos específicos como alivio del dolor si hubiera, mejora de la marcha, compensación de las funciones perdidas y promoción de la independencia funcional.

Cabe señalar que el equilibrio, las alteraciones del lenguaje, los trastornos emocionales y de la conducta, pueden ser de recuperación más lenta, observándose mejoras incluso hasta los 2 años posteriores al ACV.

Pronóstico funcional.

Al pensar en la evolución del paciente, se deberá tener en cuenta que no existen dos personas iguales. Por lo tanto, establecer el grado de recuperación dependerá de muchos factores.

Los primeros 6 meses luego del ACV son los más importantes para favorecer los procesos de rehabilitación y evitar complicaciones.

La mayoría de las personas alcanzarán su máxima recuperación en este plazo. Posteriormente, deberán fijarse nuevos objetivos.

3

Papel de la familia-cuidador.

Cuidador/a familiar es aquella persona adulta que tiene un vínculo familiar y que asume la responsabilidad de acompañar y ayudar a un ser querido que se encuentra en una situación que le impide desempeñar por sí mismo su cuidado personal.

Algunas recomendaciones para los cuidadores familiares.

Es una tarea noble pero compleja, y pueden aparecer en el cuidador síntomas relacionados con un tipo de estrés negativo (sobrecarga del cuidador). Por esto, es importante que pueda solicitar ayuda a otros familiares, amigos o vecinos, estableciendo días y horarios para que cada uno participe en el cuidado de forma rotativa. De esta manera tendrá momentos durante el día para cuidarse, descansar, relajarse y participar en algunas actividades físicas y de recreación.

Es importante tener en cuenta que el proceso de cuidar, desgasta. Y para poder seguir cuidando, debe cuidarse a si mismo/a.

La integración de los cuidadores en el proceso de rehabilitación es fundamental para lograr los objetivos. Son el enlace entre el paciente y el equipo asistencial, pero **el acto de cuidar no caracteriza al cuidador como un profesional sanitario, por lo que no debe realizar procedimientos técnicos que sean competencia del equipo de salud, como por ejemplo, la colocación de vías venosas, sondas, etc.**

Tareas propias del/a cuidador/a familiar.

- Escuchar, estar atento y apoyar a la persona cuidada.
- Ayudar con el cuidado de la higiene.
- Vigilar y colaborar en los cuidados de la piel.
- Estimular y ayudar en la ingesta de comida.
- Ayudar con la movilidad de la persona: cambios de posición en la cama, estimular y ayudar a sentarse, a pasarse de la cama a la silla, de la silla al inodoro o water, a caminar.
- Administrar los medicamentos, según lo indicado por el equipo de salud.
- Ayudar en otras situaciones que son necesarias para mejorar la calidad de vida y la recuperación de la salud del paciente.

Cuidador/a formal es aquella persona con formación para el cuidado y que tiene vinculación laboral legal con la persona cuidada. Los/as mismos/as no deben realizar actividades propias del equipo de salud.

Actualmente el Uruguay cuenta con un SISTEMA NACIONAL DE CUIDADOS (MIDES). El mismo es un sistema estatal de apoyo al cuidado de origen público.

A la fecha actual, todas aquellas personas menores de 29 años y mayores de 80 años, que presentan una dependencia severa pueden acceder a un asistente personal (20 horas semanales), para la ayuda en las actividades de la vida diaria. El subsidio para solventar ese apoyo en el cuidado de su familiar puede ser total o parcial, dependiendo de cada situación. Para más información, debe comunicarse al 08001811 (www.sistemadecuidados.gub.uy).

4

Cuidados básicos

La rehabilitación luego del ACV comienza durante la internación. Luego de la etapa aguda del mismo y durante la permanencia del paciente en el hospital, es importante la participación del cuidador familiar en aquellos cuidados que serán impartidos y explicados por personal de Enfermería y de Rehabilitación, preparándose para el regreso al hogar.

Después de un ACV, los déficits o dificultades resultantes son diferentes en cada paciente; algunos deben permanecer en reposo en cama por largos períodos, y otros estarán en cama sólo por las noches, pudiendo estar sentados tiempos variables o caminar progresivamente.

En el curso de la evolución pueden aparecer rigideces musculares (espasticidad) ocasionadas por la lesión cerebral. La espasticidad, la mala postura, la inmovilidad pueden provocar acortamientos musculares y limitaciones articulares, provocando posturas viciosas y deformidades, que generarán dolor, dificultades para la higiene y la marcha. Por ejemplo: el pie extendido, como se ve en la figura 2.

A continuación se presentan los cuidados básicos en el reposo para evitar algunas de las complicaciones.

4.1. Postura en cama.

Boca arriba.

- La cabeza debe quedar bien apoyada y alineada sobre la almohada, en ligera inclinación hacia el lado sano.
- El brazo afectado se coloca estirado al lado del cuerpo sobre una almohada, de forma que quede levemente más alto que el cuerpo. De este modo queda el codo extendido, la muñeca levemente hacia arriba, los dedos extendidos con la palma hacia abajo (Ver figura 1).
- Evitar usar pelotas de goma u otro material para que realice ejercicios repetidos con la mano afectada.

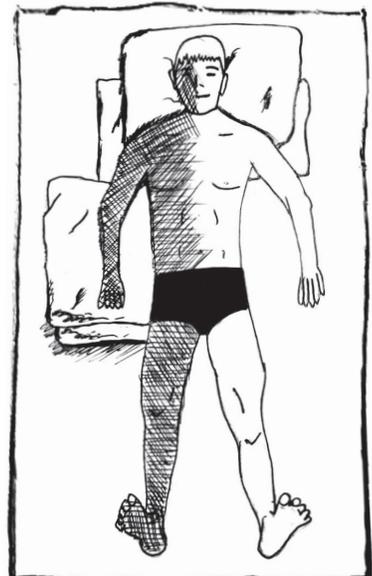


Figura 1

- Evitar que la pierna afectada se incline hacia afuera o hacia adentro, colocando almohadas para mantenerla alineada. Se puede tomar como referencia la posición de las rodillas, que deben mirar hacia arriba.
- Mantener los pies a 90° (con los dedos mirando hacia arriba) con una almohada o con dispositivos ortopédicos hechos para tal fin. (Ver figura 2).

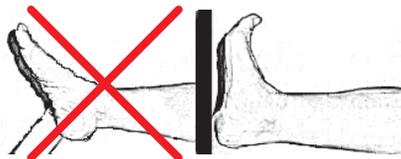


Figura 2

Reposo sobre lado sano.

- Recostar la cabeza sobre la almohada.
- El tronco debe estar alineado sobre la superficie de la cama, formando un ángulo recto con el brazo sano, como lo indica la figura 3.
- El hombro afectado debe estar flexionado hacia adelante, con el brazo sobre otra almohada, manteniendo codo y dedos extendidos.
- El hombro afectado debe estar flexionado hacia adelante, con el brazo sobre otra almohada, manteniendo codo y dedos extendidos.
- Colocar otra almohada debajo de la pierna de forma que quede alineada con el cuerpo, semiflexionada y por delante de la pierna sana.



Figura 3

Nunca tironear del hombro para evitar lesiones.

Reposo sobre el lado afectado.

En esta postura el paciente no debe permanecer mucho tiempo (hasta 1 hora máximo), ya que el lado afectado en este caso soporta el resto del cuerpo. Es necesario estar atentos y vigilar que se mantenga la postura correcta:

- Cabeza alineada con el cuello y tronco.



Figura 4

- Brazo pléjico extendido y la mano abierta.
- Es necesario dedicarle especial atención al hombro, que no debe quedar debajo del cuerpo recibiendo el peso, sino levemente hacia adelante.
- La pierna que va debajo (la afectada) reposa extendida a lo largo del cuerpo sin recibir peso de la pierna sana. Esta última estará flexionada y apoyada sobre una almohada como lo indica la figura 4.

4.2. Cambios de posición, movilizaciones en cama y transferencias.

Durante la fase donde el paciente no puede cambiar de posición en cama, ni pasarse a una silla o sillón por sus propios medios, es fundamental que el cuidador familiar sepa la forma correcta de ayudarlo. Es así que se cuida la salud del paciente y la del cuidador.

Las movilizaciones se harán de forma suave y sin provocar dolor. Nunca se tira o tracciona del brazo pléjico, ya que se puede lastimar el hombro y producir complicaciones a largo plazo.

Se realizarán manteniendo el cuerpo del paciente alineado y en varios pasos hasta llegar a la postura final que se pretende.

Es recomendable informar siempre al paciente acerca de cada movimiento que se va a realizar; y se le pedirá que ayude en todo lo que pueda.

Colocar al paciente de costado.

Si el paciente está boca arriba:

- Desde un costado de la cama se le toma con una mano la cadera y con la otra mano de la parte posterior del hombro (omóplato); éstos son los puntos donde se hará la fuerza. (Ver figura 5).
- La pierna que se moverá para hacer la fuerza debe estar flexionada y la otra pierna se mantendrá recta.
- Solicitar al paciente que agarre el brazo del cuidador (si fuera posible) para poder dirigir el movimiento de giro. El cuidador debe mantener sus piernas separadas a fin de dirigir la fuerza de forma correcta sin perder el equilibrio.
- Para volver a la posición boca arriba se dirigirá el movimiento también desde la cadera y el hombro en sentido inverso al punto anterior.



Figura 5

Sentar al paciente al borde de la cama.

- Acercar al paciente hasta el borde de la cama por su lado afectado.
- Con una mano sujetar las piernas por debajo, para sacarlas de la cama.
- Con la otra mano sujetar su espalda por debajo del cuello y desplazar la parte superior del cuerpo hacia arriba hasta alcanzar la posición sentado.
- Los pies deben quedar apoyados en el suelo o en una banqueta, **nunca deberán estar colgados de la cama o de la silla.**
- El paciente sujeta al acompañante por la cintura en la medida de sus posibilidades, durante todo el movimiento. (Ver figuras 6 y 7).



Figura 6

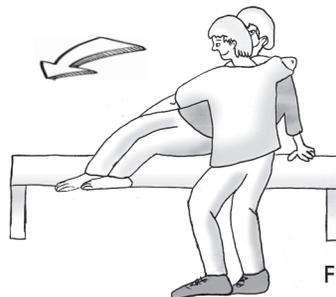


Figura 7

Pasar al paciente de la cama a la silla.

- Se parte desde el paciente sentado al borde de la cama con un pie un poco adelantado con respecto al otro, como para dar un paso.
- El cuidador se ubicará de frente al paciente, topeando con sus rodillas las del paciente para evitar que se venzan y se caiga. Se coloca una mano en la cadera y la otra en su espalda. (Ver figura 8).
- Se le pedirá al paciente que sujete a su acompañante por la cintura (nunca deberá hacerlo por el cuello). Se le pedirá que se deje caer hacia adelante mientras el acompañante lo balancea hacia atrás para ayudarlo a ponerse de pie.
- La silla estará colocada cerca de su lado sano. Se le ayudará para que cambie el peso de un pie al otro y así avance hasta situarse de espalda a la silla y que contacte sus piernas con ella para que se sienta más seguro.

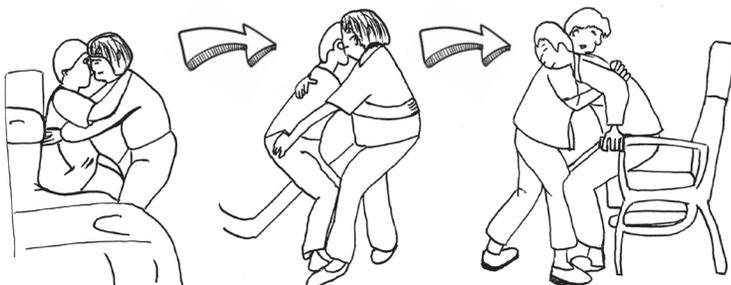


Figura 8

- Por último se le pedirá que se incline hacia adelante y se le ayudará así a terminar de sentarse.
- Existen también cinturones de seguridad para realizar la movilización con seguridad. (Ver figura 9).



Figura 9

4.3. Postura sentada.

Sentado en sillón o silla.

- **Evitar estar sentado muchas horas sin tener ninguna actividad, ya que favorece las lesiones de piel en los puntos de apoyo. (Cambiar de posición cada 3 o 4 horas).**
- Es la posición ideal para alimentarse o interactuar con el ambiente.
- Es importante cuidar que tenga buen equilibrio y no se desplace hacia los costados. Si es así, buscar un asiento con límites laterales, a los que se agregan almohadas para mantener el cuerpo alineado.
- La espalda debe estar completamente apoyada en el respaldo.
- La parte posterior de los muslos apoyada en el asiento.
- Las plantas de los pies siempre apoyadas y nunca deben quedar colgando.
- El lado afectado se apoya sobre almohadas, de forma que quede alineado y sin colgar. En esta posición no usar cabestrillo, y tampoco ninguna tela que sostenga el brazo contra el cuerpo. (Ver figura 10).
- Cuando esté sentado frente a una mesa, los brazos deben reposar sobre la misma.
- Es importante saber que, es más sencillo ayudar a levantarse a una persona desde una silla un poco más alta, que desde un sofá o sillas bajas.

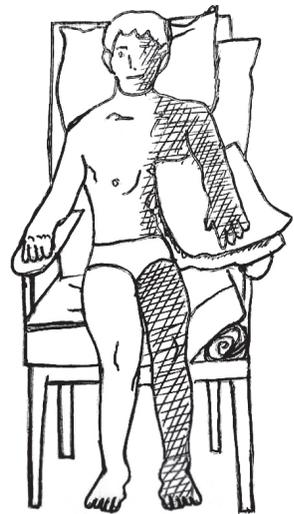


Figura 10

- Evitar usar aros de espuma circulars con orificios en el centro. (Ver figuras 11, 12 y 13).



Figura 11



Figura 12

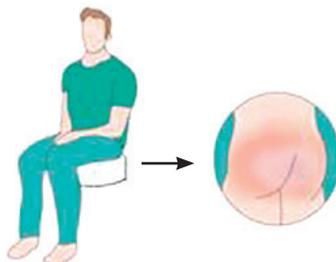


Figura 13

Sentado en la cama.

- Ésta es una posición fundamental cuando el paciente aún no tiene posibilidad de pasarse al sillón y necesita alimentarse. (Ver figura 14).
- En este caso, mantener siempre una posición alineada, con la espalda apoyada y lo más recta posible.

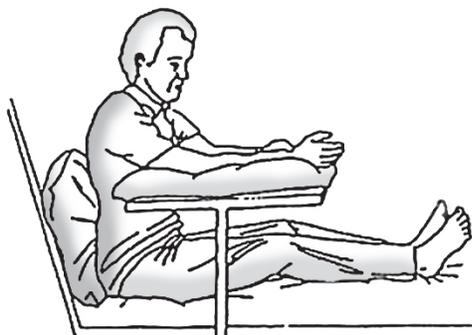


Figura 14

- Para elevar la cabecera se pueden usar almohadas o frazadas debajo del colchón. Otras opciones son los respaldos tipo cuña, o respaldos articulables. También con este fin, pueden utilizarse respaldos rectos con posabrazos y con dispositivos de sujeción al borde de la cama que son más seguros. Ambos se pueden conseguir en casas ortopédicas de nuestro país. (Ver figuras 15 y 16).



Figura 15



Figura 16

- Para evitar los desplazamiento hacia los lados, colocar rollos de toallas o frazadas a los costados debajo de la sábana inferior, y así mantener una alineación correcta.

EVITAR POSTURAS INCORRECTAS:



- Brazo y pierna afectados colgando sin apoyo.
- Mano afectada descansando sobre pierna contraria.
- Mantener una pelota en la mano y apretarla.
- Brazo afectado en cabestrillo todo el día.

4.4. Higiene.

Fomentar la mayor participación posible del paciente respetando sus tiempos.

Higiene y baño diario.

La piel es la principal barrera de protección, por ello debe cuidarse todos los días.

La higiene y el baño diario son parte de las actividades del día a día. Además del confort que representa para la persona, tienen varios beneficios: libera la piel de gérmenes, activa la circulación, cuida la piel y permite observar el estado de la misma.

Se recomienda reunir todos los elementos necesarios para realizar la higiene, antes de comenzar la actividad, y dejarlos en el orden en el que se van a usar.

Higiene de boca.

Realizar cepillado de dientes, paladar y lengua después de cada comida. Tener especial cuidado del lado afectado para evitar la acumulación de alimentos y la reproducción de gérmenes en la cavidad bucal.

Baño en ducha.

Siempre que sea posible, se realizará el baño en ducha y con la frecuencia habitual de cada persona para mejorar la autonomía y seguridad del paciente.

Para seguridad de la persona acondicionar el entorno:

- Instalar agarraderas en el espacio del baño, próximo al inodoro y en la ducha (Ver figuras 17 y 19).
- Es aconsejable el uso de sobrewater para facilitar la incorporación y el sentado del paciente (Ver figura 19).
- El suelo de la ducha debe ser antideslizante.
- Nunca usar bañeras.
- Si es necesario, colocar en la ducha una silla para que el paciente se duche sentado. Puede ser útil colocar un asiento con depósito en la ducha, ya que brinda mayor seguridad. Son de plástico y aluminio fáciles de lavar. (Ver figura 18).
- Probar la temperatura del agua previo a la entrada. Si esto lo va a realizar el paciente, debe probar la temperatura con el lado no afectado, ya que el lado afectado puede tener menos sensibilidad al calor o frío.
- Es útil la ducha teléfono; de esa forma con el brazo sano la persona puede manejarse con independencia.
- Incentivar el lavado de la mano afectada, con la mano sana.
- Insistir en el correcto enjuague y secado de todo el cuerpo, con especial atención de las axilas, ingles, pliegues mamarios o abdominales, genitales y entre los dedos.
- Asistirlo si fuera necesario.

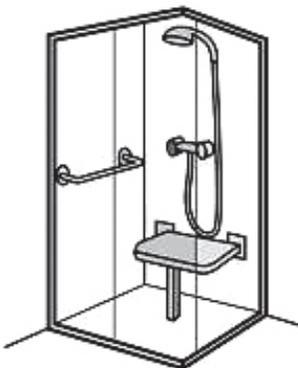


Figura 17



Figura 18

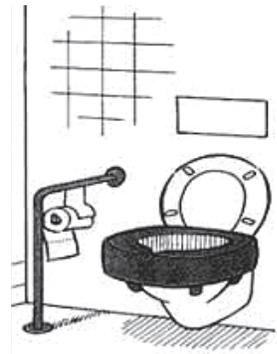


Figura 19

Baño en cama.

- Evitar corrientes de aire y si fuese posible calefaccionar el ambiente.
- Disponer de un protector impermeable (ej. nylon tubular) que cubra el colchón por debajo de las sábanas; de esta forma se evita la filtración de líquidos al mismo.
- El baño se hará por partes corporales, de forma que no quede todo el cuerpo al descubierto al mismo tiempo. Se lavará, enjuagará y secará en el mismo orden. Por último, se realizará la higiene de los genitales.
- Para lavar la espalda, es necesario colocar al paciente de costado. Luego de realizar el lavado, enjuague y secado, se debe deslizar la sábana inferior por debajo del paciente. Se secará el impermeable y se colocará la sábana limpia y seca.
- Para finalizar el proceso colocar al paciente de costado hacia el otro lado, y retirar la sábana mojada, secar el impermeable y terminar de colocar la sábana seca.
- Evitar las arrugas de las sábanas, ya que favorecen las lesiones de piel.
- Para hidratar la piel se puede usar aceite de almendras, ya que se reabsorbe en forma rápida y es de bajo costo.
- Nunca usar sobre la piel alcohol ni sustancias que lo contengan porque pueden provocar lesiones.

Higiene de genitales y cambio de pañal.

- Si la persona presenta incontinencia fecal, urinaria, o ambas, el cambio de pañal representa muchas veces un desafío. Por eso, es necesario involucrarse en el confort y la higiene cuando el paciente aún permanece en el hospital. De esta forma se logra un conocimiento básico, impartido por parte del personal de enfermería.
- Es una actividad que precisa ser realizada cada vez que se requiera; y la necesidad de contar con un ayudante va a depender de la destreza del cuidador que va a realizar la higiene, como también de cuánto puede colaborar el paciente.
- La cantidad de veces que debe realizarse la higiene y el cambio de pañal dependerá de cada persona. Es necesario comunicarse con el paciente, escucharle y además ser observadores.
- El pañal mojado visiblemente o con materia fecal, es la señal de la necesidad de realizar un cambio inmediato. De esta manera, se evitarán maceraciones e irritaciones de la piel. Y a largo plazo la higiene junto a la rotación de posición, conforman una de las bases para evitar las úlceras por presión (éscaras).

4.5. Alimentación y cuidados respiratorios.

Luego de un ACV, el estado nutricional puede verse afectado como consecuencia de presentar dificultad para alimentarse por sí solo, o dificultad para tragar que pueden impedir el consumo de energía, proteínas y nutrientes necesarios.

Evitar o tratar la desnutrición, es fundamental para la recuperación y la prevención de complicaciones como infecciones o úlceras cutáneas.

Los trastornos deglutorios o disfagia son frecuentes luego de un ACV, y pueden persistir durante un tiempo en muchos de los afectados.

Cuando se presentan, es fundamental la rehabilitación deglutoria, para proteger las vías respiratorias (evitar la aspiración de alimentos) y mejorar el estado nutricional.

La disfagia para sólidos requerirá modificar la consistencia más o menos fina y uniforme (purés, papillas, procesados o licuados, todo sin grumos). Con mucha frecuencia, la disfagia es para líquidos y habrá que espesarlos (para ello se utilizan espesantes comerciales o caseros).

En algunas situaciones debe acompañarse de reeducación intensa de la deglución, para tener una adecuada alimentación y para evitar la complicación por ahogo o infecciones respiratorias al pasar el alimento a la vía respiratoria.

En ocasiones, puede ser necesario realizar un aporte nutricional especial, con suplementos por boca, o recurrir a la alimentación por sonda cuando comer por boca no es posible. Este tipo de alimentación debe acompañarse de rehabilitación de la deglución hasta que sea posible nuevamente realizar la ingesta por boca suficiente y segura.

Es primordial seguir las indicaciones específicas realizadas durante la internación y previas al alta, de modo de garantizar un aporte nutricional individualizado, que brinde una nutrición e hidratación adecuada y adaptada a otras enfermedades ya existentes.

La posición más adecuada para una deglución segura será sentado, o lo más cercano a ello posible.

RECUERDE: SI LA PERSONA TOSE, O SE ATORA AL TOMAR LIQUIDO O AL COMER, es porque tiene problemas al tragar, y SE DEBE CONSULTAR AL MÉDICO O AL EQUIPO DE SALUD, porque es probable que el alimento se vaya a las vías respiratorias.

Recomendaciones para el momento de alimentar a los pacientes con trastornos para tragar y cuidados respiratorios:

- Es fundamental que el paciente esté alerta y bien despierto (Ver figura 20).
- Hombros rectos.
- Cabeza ligeramente adelantada nunca inclinada hacia atrás.
- Espalda apoyada en el respaldo.
- Pies apoyados en el suelo o en un banco. (Ver figura 21).
- Evitar distracciones en el entorno, como por ejemplo mirar TV, escuchar radio, etc.
- Comer sin apuro, respetando los tiempos del paciente.
- Evitar hablar mientras come, o hablar con la boca llena.
- Limitar la cantidad de alimento a un bocado por vez.
- La velocidad de la alimentación y el tamaño de los bocados dependerán de cada paciente.
- No usar sorbitos o jeringas ya que favorecen la aspiración de alimentos. (Ver figura 22).
- Evitar alimentos con diferente textura, como por ejemplo sopa con fideos, arroz con leche, etc.
- Evitar alimentos que se peguen en el paladar como por ejemplo, caramelos masticables, chocolates, etc.
- Nunca dejar solo al paciente mientras come.
- Si el paciente requiere asistencia en la alimentación, colocarse a la altura de sus ojos y colocar los alimentos por el lado sano de la boca.



Figura 20



Figura 21



Figura 22

Los problemas de la deglución y de la comunicación o lenguaje en muchas situaciones van a requerir la intervención del profesional capacitado. Las recomendaciones explicadas previamente se aplican en todos los casos, en especial para prevenir complicaciones respiratorias. En los casos que sea necesario, el especialista abordará las necesidades específicas para cada persona.

Recomendaciones para una alimentación e hidratación adecuada.

La alimentación adecuada permite mantener o mejorar el peso, mantiene la masa muscular y protege la piel, favorece la inmunidad y mejora los valores de glucosa y lípidos en sangre.

Se recomienda:

- Disminuir la ingesta de grasas saturadas y colesterol (seleccionar carnes magras y lácteos descremados; evitar fiambres y embutidos, hamburguesas, nuggets, snacks, panificados con grasa, manteca, mayonesa, patés, crema doble, frituras, entre otros).
- Aumentar el consumo de pescado (preferentemente grasos) y el empleo de aceites vegetales, que aportan grasas beneficiosas para la salud.
- Consumir alimentos con fibra como frutas y verduras e incluir legumbres; si fuera posible incluir lentejas, porotos y garbanzos que ayudan al control metabólico (regulación de la glicemia y lípidos en sangre) y evitan o mejoran el estreñimiento.
- Se recomienda evitar alimentos de consistencia dura como frutos secos (nueces, almendras, avellanas, etc.), semillas, granos y cáscaras que puedan dificultar la ingesta.
- En caso de hipertensión, continuar con la dieta sin sal y evitar los alimentos que la contienen.
- Asegurar la correcta hidratación. No se debe esperar a tener sed para tomar agua ya que sentir sed es un aviso incipiente de deshidratación. Lo recomendado sería 1 litro y medio al día.

Para lograr una alimentación adecuada, se recomienda incluir diariamente, alimentos de cada uno de los grupos que aparecen en la figura 23. Para esto, se adaptará la consistencia de los alimentos y líquidos a la capacidad que posee el paciente de tragar, pudiendo ser necesario el uso de espesantes para ayudar en el caso de que exista algún trastorno en relación a la ingestión de líquidos.

4.6. Cuidados urinarios e intestinales.

Asistencia en la micción y en la defecación.

Es importante ayudar a respetar la máxima intimidad posible de la persona. Ésta debe sentirse tranquila, cómoda y sin prisa.

Desde el principio se debe animar a la persona que ha sufrido un ACV para que avise si siente la necesidad de orinar o defecar. Siempre alentando a

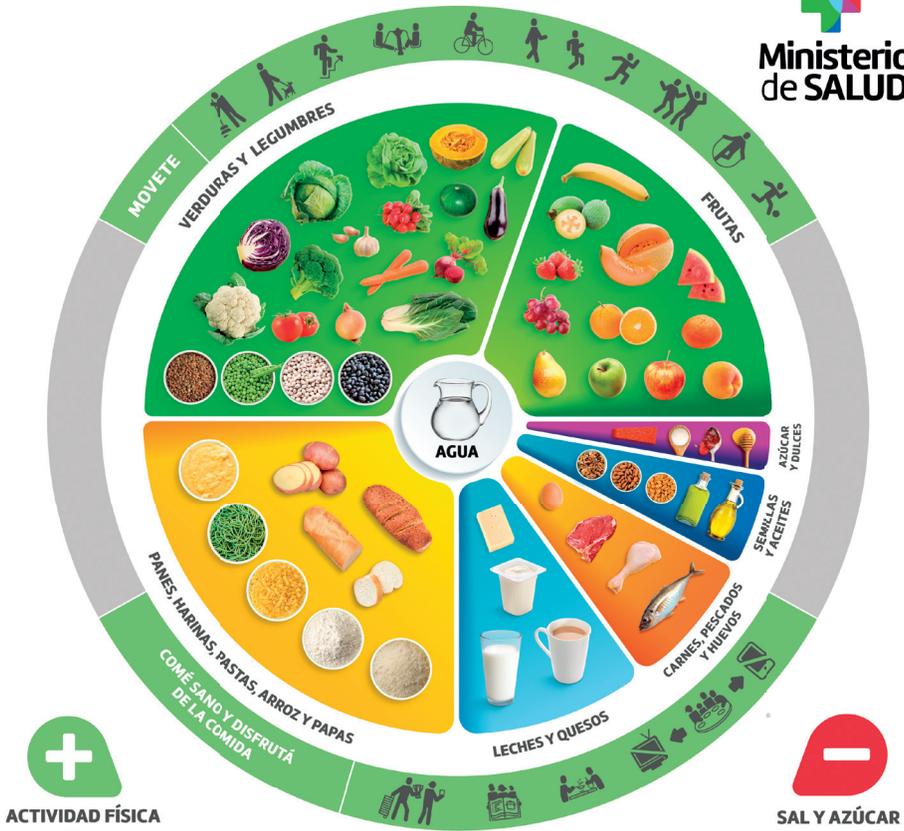


Figura 23

que es posible volver a controlar los esfínteres. No hay que dar importancia a las pérdidas miccionales ocasionales, y seguir estimulando el control, en la medida de lo posible.

Si el paciente no es capaz de comunicarse, es clave estar atentos a las señales que indican la necesidad de orinar. Hay gestos en la persona como cara de enojo, nerviosismo, sudoración... que pueden indicar esta necesidad.

Si el paciente está consciente, se le intentará enseñar alguna señal fácil con la que pueda indicar a su acompañante la necesidad de orinar.

Para ayudar a provocar la micción se podrán colocar paños tibios en la zona debajo del ombligo. También abrir alguna canilla cercana, ya que el sonido de agua corriente puede incentivar a la micción.

Si el paciente se levanta por la noche y tiene una marcha segura, es recomendable dejar el andador o bastón cercano a la cama. Este momento del

día sumado a la necesidad de orinar o movilizar intestino, genera un riesgo importante de caídas. Se deben evitar las alfombras en la casa y asegurar que exista adecuada iluminación al alcance de la mano del paciente.

Antes de ir a dormir:

- Evitar que el paciente tome líquidos.
- Intentar una micción para dejar vacía la vejiga.
- Poner a disposición de la persona un sistema para que pueda avisar en caso de precisar (Ej. timbres, llamadores, etc.).
- En ocasiones, cuando tiene pérdidas de orina en la cama por la noche, es de utilidad por ejemplo, poner un despertador para realizar una micción a mitad de la noche.

Se podrá proponer una rutina de micción y defecación. Por ejemplo: todos los días a la misma hora, preferiblemente después del desayuno o la cena. Se le podrá solicitar a la persona que acuda al baño siempre que sienta necesidad, aunque la cantidad que orine sea mínima. Así como también dejar al alcance de la mano los accesorios para orinar (violín o chata), nunca en el piso, ya que al intentar llegar a ellos puede caerse. Es de utilidad contar con una silla water para el uso nocturno.

Si la persona requiere quedar con sonda para orinar se le indicará cada cuánto tiempo se debe cambiar (puede ser en domicilio o ambulatorio). Es importante que tenga presente que no se debe tironear de la sonda, se debe vaciar antes de que se llene. Siempre que se movilice o levante al paciente **LA BOLSA DE LA SONDA NO DEBE PASAR LA ALTURA DE LA VEJIGA**, porque la orina que no es estéril vuelve para atrás y puede causar infección.

4.7. Vestido y desvestido. Calzado.

Promover que el paciente participe en la elección de la ropa y en su vestimenta.

- Colocar la ropa de forma ordenada y según el orden de uso.
- Es preferible usar prendas de vestir prácticas y holgadas, (ropa deportiva, con cintas elásticas en la cintura, velcros, etc.).
- Si el paciente puede sentarse en forma estable, lo mejor es vestirse en esta posición.
- Comenzar a vestirse primero por la extremidad afectada y después la no afectada. Y para desvestirse la secuencia correcta es al revés, es decir, empezando por la extremidad no afectada y terminando por la afectada.

- Se deben evitar realizar movimientos forzados de las extremidades afectadas.
- Usar calzado cerrado, con talón y suela antideslizante.
- No usar ojotas, chinelas, alpargatas o pantuflas.
- Preferir el uso de cierres con velcro, en lugar de cordones en los zapatos.
- En caso de no llegar a calzarse, puede ser útil el uso de calzadores con mango largo.

4.8 Actividades de la vida diaria y ayudas técnicas.

El objetivo principal de la rehabilitación es conseguir el mayor nivel de autonomía e integración de la persona en su entorno habitual. Es básica la reeducación en las actividades de la vida diaria, incorporando cuando sean necesarias las adaptaciones, ayudas técnicas y/o modificaciones en el entorno.

Las actividades de la vida diaria (AVD) son las tareas que la persona realiza de manera cotidiana. Se clasifican en:

- **Actividades básicas de la vida diaria.** Son las tareas más simples de autocuidado y movilidad que proporcionan a la persona mayor independencia: higiene personal, control de la orina, vestido, alimentación, transferencias, marcha, etc.
- **Actividades instrumentales de la vida diaria.** Son tareas más complejas o elaboradas que otorgan independencia en el entorno: ir de compras, manejo del dinero, preparación de la comida, control de la medicación, cuidado de la casa, uso de medios de transporte, etc.
- **Actividades avanzadas de la vida diaria.** Son las que hacen posible la integración en la comunidad y permiten el desarrollo de un rol social. Estas no son imprescindibles para mantener la autonomía personal en el entorno cotidiano, pero están más relacionadas con la calidad de vida. Por ej. actividades recreativas, etc.

La incorporación de ayudas, adaptaciones o modificaciones ambientales se realiza de una manera compensadora, para potenciar la autonomía funcional, la accesibilidad y la seguridad cotidiana del paciente. A su vez, pueden ser un recurso destinado al cuidador para facilitar la asistencia al cuidado. Es necesario enseñar el correcto uso de las ayudas técnicas para garantizar sus objetivos.

Ayudas técnicas o tecnologías de apoyo.

Se refieren a cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipos, instrumentos, tecnologías y software) fabricados especialmente o disponibles en el mercado, para prevenir, disminuir o compensar las deficiencias, y las restricciones en la participación social. Así permiten mejorar la independencia y autonomía de los individuos en todos los aspectos de la vida). (Ver figuras 24, 25 y 26).



Figura 24



Figura 25



Figura 26

Las ayudas técnicas destinadas a mejorar o permitir el desplazamiento.

Se debe valorar el tipo de movilidad, la forma de desplazamiento adentro y fuera del domicilio e identificar las dificultades y necesidades de la persona.

Si la persona no puede caminar, se valorará el tipo de silla de ruedas más adecuada para poder realizar los desplazamientos. (Ver figura 27).

Estas ayudas técnicas deberán ser indicadas y controladas por un médico o técnico capacitado.

Los andadores y bastones de distintos tipos, aportan seguridad y estabilidad para las transferencias y la marcha (Ver figuras 28 y 29).

Las características de la silla de ruedas dependerán del paciente, de las condiciones de la vivienda y de las necesidades de desplazamiento. Se debe considerar así: el asiento y el respaldo, los posabrazos desmontables, los posapiés desmontables, las ruedas, y otros accesorios (almohadones, bandeja, sujeciones de tronco, etc.).



Figura 27



Figura 28



Figura 29

Ortesis o férula.

Se refiere al dispositivo externo, generalmente de un material rígido, aplicado en el brazo o la pierna del paciente para evitar o tratar complicaciones en los tendones, músculos y articulaciones del lado del cuerpo afectado por el ACV. Es frecuente su uso para la mano y el pie afectado.

Será un médico o un técnico capacitado quien determine el tipo y forma de utilización, de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

Por regla general, las ortesis deben ser bien toleradas por los usuarios. Su función es de prevenir y no de elongar o estirar activamente. Deben proporcionar una postura cómoda de reposo, no deben exigir posiciones que provoquen dolor o discomfort importante.

Los cuidadores deberán estar atentos a las zonas de lesión o enrojecimiento de la piel, causadas por el uso de las férulas, ante lo cual deberán suspender su uso y comunicarlo inmediatamente al equipo de salud. También es importante la higiene de las ortesis pudiendo realizarse con un algodón con alcohol, o con agua y jabón (Ver figura 30).



Figura 30

Adaptaciones en el hogar.

Se refiere a rampas, agarraderas, mobiliarios, etc, que facilitan y dan seguridad al paciente durante el desarrollo de sus actividades de la vida diaria y el desplazamiento que realice.

4.9. Complicaciones frecuentes.

Las complicaciones más frecuentes son: infecciones respiratorias, úlceras por presión (UPP), rigidez muscular (espasticidad), dolor, infecciones urinarias y depresión. Todas ellas interfieren negativamente y retrasan el proceso de rehabilitación. Deben ser detectadas y tratadas precozmente por el equipo de salud tratante. Particularmente, todo signo que indique una depresión (tristeza, angustia, llanto, etc.) debe ser un signo de alerta y de consulta.

¿Qué es una UPP (éscara)?

Es una zona de daño localizada en la piel y los tejidos que están por debajo, causada por la presión prolongada que ejerce alguna parte del cuerpo contra una superficie dura (cama, silla, etc.). También la humedad produce lesiones en la piel, especialmente en la zona de pliegues y genitales. Éstas perjudican la salud, la calidad de vida, causan sufrimiento y en algunos casos pueden llegar a ocasionar la muerte del paciente.

¿Cómo se puede prevenir?

Cuidados de la piel.

- Inspeccionar la piel e identificar las zonas de riesgo de lesión. (Ver figuras 36, 37 y 38).
- Realizar la higiene diaria con agua y jabón neutro.
- Mantener la piel limpia y seca.
- Evitar fricciones al secar.
- Evitar el uso de talcos.
- Evitar la existencia de humedad constante en la piel.
- Higienizar cuando sea necesario.
- Mantener la ropa interior limpia y seca, al igual que las sábanas.
- Mantener secos los pliegues del cuerpo, especialmente debajo de las mamas, entre los dedos y los genitales.
- Evitar las arrugas en las sábanas y la presencia de alimentos (migas) u otros objetos que puedan lesionar la piel.
- Evitar el uso de alcohol.

Alivio de la presión.

- Realizar cambios de posición cada 2- 3 horas en las distintas posturas, según como tolere el paciente. (Ver figura 31).
- Elevar rodillas cuando la cama esté a más de 30°.
- Usar almohadas entre las piernas (técnica puente) para disminuir la fuerza de apoyo entre las prominencias óseas. (Ver figura 32).
- Priorizar la posición de pie apoyado con los dedos hacia arriba (Ver figura 34).
- Aliviar la presión en los talones, reduciendo el apoyo prolongado sobre el colchón. (Ver figuras 33, 34 y 35).

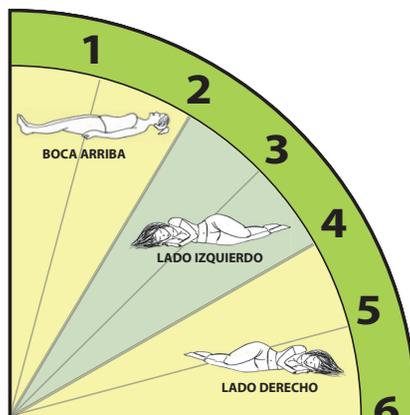


Figura 31



Figura 32



Figura 33

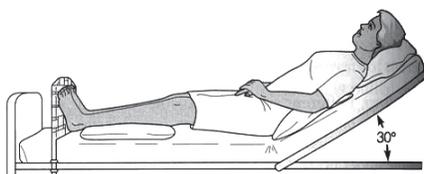


Figura 34



Figura 35



NO SE RECOMIENDA:

- **Uso de flotadores o aros de espuma en el asiento.**
- **Masajes en zonas de apoyo.**
- **Masajes en zonas enrojecidas.**
- **Uso de alcohol, colonias o talcos.**

SEÑALES DE ALERTA PARA CONSULTAR.

- **Piel enrojecida.**
- **Dolor.**
- **Pus o costra local.**

ANTE CUALQUIER DUDA consultar a su médico de referencia, quién en caso de ser necesario, le referirá a servicios especializados de salud.

5

Alta de la rehabilitación

Una vez que el paciente ha alcanzado el máximo nivel de funcionamiento, está usando las ayudas técnicas y las adaptaciones del hogar adecuadas, se debe plantear el alta de la rehabilitación y el pasaje a una nueva etapa. Para eso, se debe asesorar al paciente y la familia diseñando junto con ellos un plan de vida lo más activo e independiente posible. Se puede comenzar haciéndolo participar en tareas mínimas del hogar, reuniones familiares y actividades sociales en la medida de sus posibilidades.

Es importante disponer de una tablet, celular, o PC. En ocasiones es necesario asesorarse para el uso de algún dispositivo que facilite el manejo del equipo. Son herramientas que sirven para aumentar su capacidad de comunicación, información y favorecer la mejoría de sus capacidades cognitivas. Pueden requerir algún tipo de entrenamiento específico.

Además, debe ser complementado con un programa de ejercicios en el hogar individualizado y autocontrolado, asesorado por el equipo de salud.

Es de gran beneficio disponer de servicios de rehabilitación que cuenten con terapeuta ocupacional y trabajador social, que pueden ser de gran ayuda para orientar en las actividades más adecuadas para la persona en el uso del tiempo libre.

Se debe proveer al paciente de información y orientación acerca de actividades físicas recreativas, ocupacionales de acuerdo a sus preferencias, motivaciones y capacidades, que estén disponibles en la red de servicios comunitarios (centros comunales, clubes, plazas, asociaciones de la sociedad civil, prestaciones de seguridad social, etc).

El paciente continuará su seguimiento sanitario con su médico familiar y el centro de atención primaria en salud más cercano. Si presenta complicaciones o pérdida de funcionamiento por cualquier causa futura, será necesario un período adicional de terapias hasta lograr el máximo de recuperación y retomar sus actividades previas.

Bibliografía de referencia.

- "American Stroke Association. Stroke Resources in Spanish. Disponible en: <https://www.stroke.org/en/professionals/stroke-resource-library/stroke-resources-in-spanish> "
- Aragón, A.; Florez, C.; Galván, J.; Lopez, J.; Naz, R.; Pérez, I.; Romero, A. (2010) Manual de Protocolos y Procedimientos generales de Enfermería. Cap H5 Cuidados en la Disfagia y Prevención de la Aspiración. Hospital Universitario Reina Sofía. Junta de Andalucía. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/h5_disfagia_prevencion_aspiracion.pdf
- Aranz, L. et al. (2011). Manual de Recomendaciones para cuidadores de pacientes con gran discapacidad neurológica. Hospital Universitario Virgen de Rocío. Junta de Andalucía.
- Bolado, D. C. C., Díaz, D. E. L., Enfermera, P., Morante, D. M. M., Rivas, D. R. O., Enfermera, Á. D. F., ... & Guatti, D. S. S. (2003). Documento reconocido de interés profesional por el GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas).
- Cuadrado, Á. A. (2009). Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento. *Galicia Clínica*, 70(3), 25-40.
- Déniz, A.; Álamo, D.; Ruiz, C.; Hernández, M.; Gómez, A.; López, J.; Cubero; A. (2007). Guía para pacientes y cuidadores. Ejercicios para realizar en casa después de un accidente cerebrovascular. Servicio de Rehabilitación, Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrin, España.
- Flores, C.; Gallardo, R.; Gutierrez, A.; Romero, A.. (2010). Manual de Protocolos y Procedimientos generales de Enfermería. Cap. G1 Cambio Postural. Hospital Universitario Reina Sofía. Junta de Andalucía. Disponible en: http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upoad/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/g1_cambio_postural.pdf
- Gaye, A.; Brunet, F.; Albisu, S.; Rocha, V.; Décima, R.; Vazquez, C. (2018). Guía de diagnóstico y tratamiento del ACV-AIT. Unidad de ACV. Instituto de Neurología. Hospital de Clínicas. Uruguay.
- Gonzalez Otero, J. (2017). La relación Paciente y Familia / Personal Sanitario en Seminario Formación a capacitadotes en educación de cuidados a pacientes y familias post ACV. MSP/AECID. Uruguay.

- Goodman S, Rabow M, Folkman S.(2013). Orientación para el cuidado. Un manual para cuidadores familiares de pacientes con tumores cerebrales. 2da Ed. UCSF. University of California, San Francisco.
- Guía Clínica AUGÉ. Accidente Cerebrovascular Isquémico en personas de 15 años y más. MINSAL (2013). Chile.
- Guía de cuidados y normas posturales para el cuidador del paciente con ACV. (2013). UGC Rehabilitación HUPR, Cádiz, España.
- Lendinez-Mesa, A., del Carmen Díaz-García, M., Casero-Alcázar, M., Grantham, S. J., de la Torre-Montero, J. C., & Fernandes-Ribeiro, A. S. (2017). Prevalencia de disfagia orofaríngea en pacientes con patología cerebrovascular en una unidad de neurorrehabilitación. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 45, 3-8.
- Manual de cuidado a cuidadores de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas. MINSALUD. (2015). Colombia.
- Mesa, A. L. (Ed.). (2016). *Enfermería en neurorrehabilitación: Empoderando el autocuidado*. Elsevier España.
- Mesa, A. L., Soler, R. S., & Meléndez, A. N. (2016). Cuidados de enfermería en el ictus. In *Enfermería en neurorrehabilitación: empoderando el autocuidado* (pp. 49-59). Elsevier.
- Ministerio Da Saude. (2008). *Guía practico do cuidador*. Brasilia.
- Ministerio de Salud Pública (2018). *Guía Alimentaria para la Población Uruguaya*. Uruguay.
- Montalvo, A. et al. (2010). Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de pacientes con ACV. *Salud Uninorte* 26 (2). Barranquilla, Colômbia
- Olivera, C.; Salvador, R.; Elourduy, T. (2005). Capítulo 6: Actividades de la vida diaria. Ayudas técnicas. Em *Rehabilitación domiciliaria. Principios, indicaciones y programas terapêuticos*. MASSON S.A. Barcelona.
- Orozco, L. y col. (2016). Videoconferencia y Folleto: Éscaras, úlceras de presión. Cómo prevenir las. MSP y SUNNAAS/ Hospital de Rehabilitación. Noruega.
- POD, P. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. OMS.
- Rimoldi, M.F. et al. (2015). Programa para familiares de personas que han sufrido un traumatismo craneoencefálico o un accidente cerebrovascular. *Revista Neuropsicología Latinoamericana* ISSN 2075-9479 Vol7, N°1.

- Roa, L. M. L. (2012). Neuroplasticidad y sus implicaciones en la rehabilitación. *Rev. Univ. Salud*, 14(2), 197.
- Sánchez B, I., & Aguila M, A. M. (2006). Manual SERMEF de rehabilitación y medicina física (No. Sirsi) i8479033541). Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física.
- Sena, V. (2017). Cuidados del paciente con ACV ¿Qué tiene que saber el cuidador? En Seminario Formación a capacitadores en educación de cuidados a pacientes y familias post ACV. MSP / AECID / HC. Uruguay.
- Sociedad Científica Uruguaya de Heridas SCUH. (2014). Campaña STOP a las úlceras por presión (U.P.P). *Revista Heridas.UY1EDICION*. Año1, N°1, Agosto
- UDELAR/ Facultad de Medicina/ Cátedra de Rehabilitación y Medicina Física. Manual para pacientes y cuidadores sobre la Espasticidad. Hospital de Clínicas – Fondo Nacional de Recursos. Uruguay.



Ministerio de SALUD

-  Ministerio de Salud – Uruguay
-  @MSPUruguay
-  www.msp.gub.uy