

EDUCACIÓN MULTIDISCIPLINARIA AL

CUIDADO Y REHABILITACIÓN POST-ACV

Coordinación:
CARLA HELOISA CABRAL MORO



EDUCACIÓN MULTIDISCIPLINARIA AL CUIDADO Y REHABILITACIÓN POST-ACV

Buscando siempre desarrollar material informativo y educativo relacionado con los cuidados Post-ACV, la **Asociación Brasil AVC – ABAVC** lanza este nuevo cuaderno. Material este para ser utilizado en el auxilio del cuidado en el ámbito domiciliario realizado por el cuidador, así como en el ámbito hospitalario, por profesionales de la salud.

Todo fue desarrollado con mucho cariño y dedicación, por profesionales con experiencia en la atención de los pacientes que padecieron de un ACV. Además de este descriptivo, **usted también puede seguir los videos relacionados con los temas presentados a continuación en las redes sociales y en la página** de la Asociación Brasil AVC.

Lea, disfrute y comparta. Recuerde: ¡tiempo perdido es cerebro perdido!

Edición:

Liana Trevisan
003750-SC

Revisión:

Gabriela Yapoudjian Farto
Graciela Berriel Farto
Liliana Beatriz Etchatz Fenili

Layout y Diagramación:

Aideia Comunicação

Edición | 2020

REALIZACIÓN:



ÍNDICE

04

¿Qué es el ACV?

08

Enfermería

Cuidado y Autocuidado

- Medicamentos
 - Prevención de caídas
-

15

Fisioterapia

- Espasticidad
 - Ejercicios
 - Hombro
 - Posicionamientos y Transferencias
-

39

Fonoaudiología

Lenguaje y

Comunicación

41

Nutrición

Alimentación Saludable

Post-ACV

- Disfagia
- Dieta

57

Terapia Ocupacional

- Actividades básicas de la vida diaria - ABVDs
 - Higiene personal y cuidados de la apariencia
 - Bañarse
 - Ropa
 - Alimentación
 - Actividades instrumentales de vida diaria - AIVDs
 - Movilidad en la comunidad
 - Actividades de esparcimiento
 - Retorno al trabajo
-

77

Psicología

Daño Emocional y Cognitivo

- Casos clínicos
 - Compromisos emocionales - conductuales | casos clínicos
 - Orientaciones generales para la familia y para los cuidadores referentes a los compromisos cognitivos y emocionales-conductuales
 - Ayuda profesional: el papel de la neuropsicología
-

99

Referencias

¿QUÉ ES EL ACV?

 [Ver el video](#)

La sigla ACV significa: Accidente Cerebrovascular, comúnmente conocido como “derrame”. El ACV ocurre cuando el suministro sanguíneo a una parte del cerebro es reducido o bloqueado, ocasionando lesiones cerebrales, que pueden variar en tamaño y gravedad, y pueden ser temporarias o permanentes.

Generalmente esas lesiones cerebrales ocasionadas por el ACV llevan a la pérdida súbita de funciones neurológicas. Es importante recordar que el ACV puede ocurrir en cualquier momento del día y durante cualquier actividad, hasta incluso durante el sueño.

¿Cuáles son los tipos de ACV?

ACV Isquémico:

El ACV isquémico es más frecuente. Ocurre cuando el aporte sanguíneo a un área del cerebro es insuficiente por estar disminuido o bloqueado.

ACV Hemorrágico:

El ACV hemorrágico ocurre debido a una ruptura vascular, llevando el sangrado dentro o alrededor del cerebro.



ACV Hemorrágico



ACV Isquémico



Es muy importante descubrir la causa del ACV para realizar el tratamiento adecuado y evitar que ocurra otro ACV.

¿Qué es el AIT?

El AIT es definido como una pérdida focal aguda de la función cerebral atribuida a un flujo sanguíneo cerebral insuficiente, pero con duración menor de 24 horas (más comúnmente menor de 60 minutos).

Así, el AIT es como un ACV, aunque con la duración más breve de los déficits neurológicos. Debemos considerar el AIT como un aviso de que algo está equivocado y el paciente debe ser llevado inmediatamente al hospital para pasar por una evaluación del neurólogo y realizarse exámenes complementarios, a fin de descubrir la probable causa (etiología) y tratarla, antes que un ACV ocurra y posibles secuelas se consoliden.

¿Cuáles son los signos y síntomas de un ACV? Ver el video

Los principales signos y síntomas del ACV están descritos abajo y deben servir como alerta para la necesidad de evaluación médica de urgencia. Es importante recordar que esas alertas no ocurren solo en el ACV y pueden estar relacionadas también con otros diagnósticos:

Los síntomas descritos no ocurren solamente en los ACVs, ¡pero constituyen una **alerta!**



¿Qué hago cuando sospecho que se trata de un ACV?

El primer paso es **llamar al Servicio de Atención Móvil de Urgencia, el SAMU – 192** e informar los síntomas al médico de guardia, que deberá enviar la ambulancia para prestar atención al paciente y encaminarlo al hospital más apropiado.

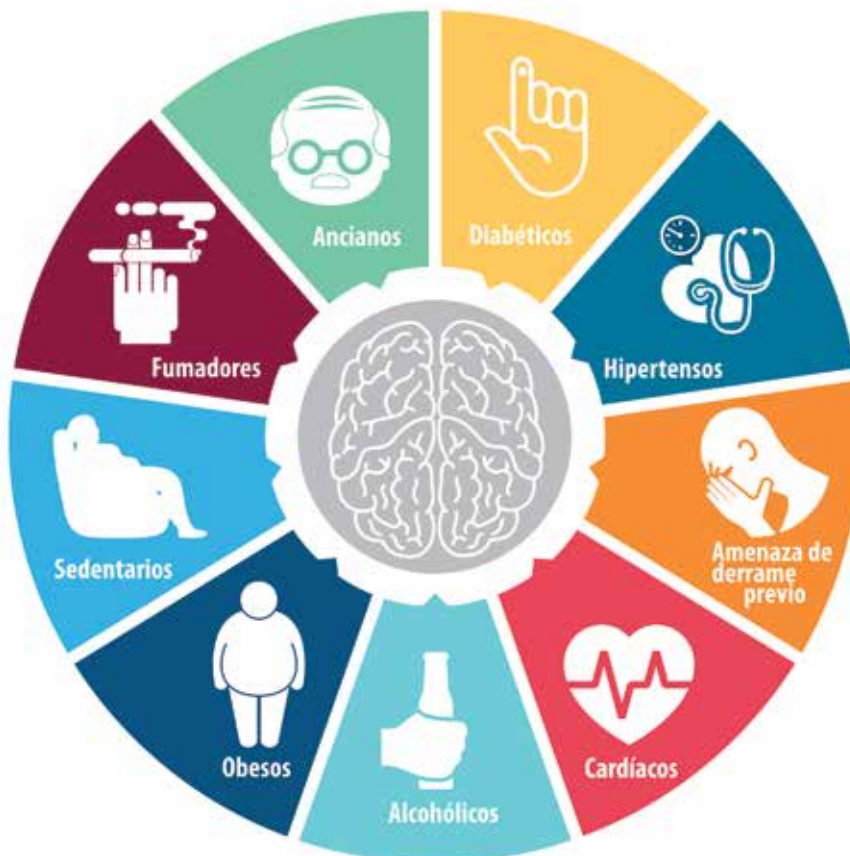
En la ciudad de Joinville, el Hospital Municipal São José es la referencia en Neurología de toda la región. Los pacientes deben ser encaminados a este servicio siempre que hubiese una sospecha de ACV. Si, por alguna razón, no hubiese ambulancia disponible, el paciente deberá ser derivado al hospital de referencia por familiares o terceros, de la forma más rápida posible.

¿Cuáles son los principales factores de riesgo?



La mejor estrategia para reducir la carga social y económica del ACV es actuar en la prevención primaria, o sea, identificar los principales factores de riesgo para actuar en la prevención, antes que el ACV ocurra.

Los factores de riesgo más comunes están entre los enumerados abajo:



¿Cómo debe ser la investigación y el tratamiento del ACV?



Como los mecanismos de AIT y ACV son comunes, la investigación de estos pacientes es similar. Sin embargo, en el AIT y en los ACV menores, debemos dar mayor énfasis a la rápida identificación y al tratamiento de la causa con el objetivo de evitar la recurrencia o el establecimiento de una lesión más seria.

En el ACV mayor, el énfasis de la investigación se concentra en evitar el empeoramiento de la lesión y recurrencias. La investigación de las posibles causas del ACV/AIT será realizada a través de varios exámenes que serán indicados por el neurólogo responsable de acuerdo con la necesidad de cada paciente.

Entre los posibles exámenes indicados están la tomografía computarizada o resonancia magnética de cráneo, exámenes de sangre, serologías, radiografía de tórax, electrocardiograma, eco Doppler de carótidas y vertebrales, ecocardiograma, angiografía cerebral y cervical, Doppler transcraneal, holter cardíaco y análisis del líquido cefalorraquídeo. Ya en relación al tratamiento, los principales objetivos son minimizar el tamaño de la lesión y la rehabilitación precoz, y esto debe ser priorizado aun cuando ya no existe indicación de tratamientos de reperfusión de trombolíticos y trombectomía.

Siendo así, es fundamental que los pacientes sean admitidos y tratados en Unidades de ACV, que representan el modelo más eficaz para el tratamiento de esos pacientes, siendo una recomendación con alto nivel de evidencia y con

potencial de beneficiar a buena parte de los pacientes tratados. Las Unidades de ACV son definidas como áreas físicas restringidas, en las cuales son internados exclusivamente pacientes con ACV. Ellas disponen de equipo multidisciplinario especializado en el tratamiento de esos pacientes y poseen protocolos específicos, teniendo como objetivos finales el aumento de la supervivencia, la preparación del retorno del paciente al domicilio y su mayor independencia para realización de las actividades de vida diaria.

En algunos casos, principalmente cuando el paciente tiene poco tiempo de evolución de los síntomas y es rápidamente encaminado al hospital, pueden ser realizados tratamientos llamados terapias de reperfusión, que buscan desobstruir el flujo sanguíneo y restablecer la circulación cerebral. Una de esas opciones son medicamentos que intentan “disolver” los coágulos o trombos, conocidos como trombolíticos.

Otra opción, principalmente cuando existe sospecha de oclusión de grandes arterias o cuando el tiempo de evolución es más prolongado, es la realización de un procedimiento llamado trombectomía, en el cual el médico intervencionista puede desobstruir la arteria por medio de un cateterismo. Esos tratamientos deberán ser indicados por el neurólogo y pueden variar en cada caso, ya que poseen algunas contraindicaciones y riesgo de complicaciones.

¿Qué sucede después de un ACV?

Además de los síntomas ya descritos, algunos pacientes podrán presentar algunas secuelas motoras como debilidad y espasticidad, dificultad en el habla, disminución de la capacidad de atención y razonamiento, sensación de hormigueo y entumecimiento en los miembros, alteraciones de humor y estados depresivos.

Así, es muy importante que el paciente tenga la garantía de mantenimiento de los tratamientos de rehabilitación después del alta hospitalario, para que esas dificultades sean abordadas y rehabilitadas, con vistas a una mayor autonomía de los pacientes y el retorno a las actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana, a fin de que las secuelas sean las menores posibles.

ENFERMERÍA

CUIDADO Y

AUTOCUIDADO

Cuidado  [Ver el video](#)

El cuidado posee un concepto amplio, significa celo, atención, responsabilidad, desvelo con personas y cosas, en fin, el cuidado se aplica en el contexto de la vida cotidiana. El enfermero ejerce el papel de gestor del cuidado y por medio de conocimiento, herramientas y técnicas, desarrolla el plan de cuidados para sus pacientes, con un enfoque educativo.

Durante la internación, el/los familiar(es)/ cuidador necesita(n) recibir instrucciones y entrenamiento del equipo multiprofesional, para que el cuidado sea aplicado también en el domicilio. Este proceso debe ser individualizado, considerando el contexto de vida de cada individuo. A continuación, destacamos algunos temas fundamentales en el cuidado del paciente.

Autocuidado

Autocuidado significa dar atención a sí mismo y su propia salud. Es un conjunto de actividades de un individuo para realizar tareas básicas de vida. No obstante, las personas que sufrieron ACV pueden acarrear secuelas y consecuentemente, tener dificultad para realizar el autocuidado, necesitando supervisión o incluso auxilio completo para ejecutar sus actividades básicas de cuidados personales.

Durante el período de rehabilitación, realizamos estímulos para que la propia persona ejecute sus actividades, aunque sea por medio de adaptaciones, hasta alcanzar el máximo de independencia en el autocuidado.

Orientaciones para el Cuidado y Autocuidado

- Lavar las manos con frecuencia para evitar infecciones, pues al contrario de lo que muchos piensan, las infecciones relacionadas con la asistencia de salud no ocurren solo en el ambiente hospitalario, sino también en la atención domiciliaria o en unidades básicas de salud. Asimismo, cuando se trate del uso de dispositivos como catéter vesical, sonda nasointestinal o gastrostomía, existe la necesidad de cuidados especiales, pues estos dispositivos pueden aumentar el riesgo de infecciones.
- Realizar la higiene oral del paciente al menos tres veces al día, preferentemente después de las comidas. Recomendada evaluación odontológica anual.



- Después del ACV, algunos pacientes pueden manifestar parálisis facial, ocasionando la acumulación de alimentos en los costados de la cavidad oral después de las comidas. En este caso, es importante retirar restos de alimentos y realizar la higiene oral, a fin de evitar infecciones y broncoaspiración e inclusive complicaciones más graves como neumonía.
- Realizar el baño una vez al día con mayor atención en las regiones genitales, sacra y prominencias óseas. Secar la piel completamente después del baño y mantener la piel siempre hidratada.
- Realizar antisepsia antes de la administración de medicaciones subcutáneas como, por ejemplo, la insulina. Realizar la rotación de los lugares de aplicaciones y observar la integridad de la piel. Entrenar al paciente o cuidador/familiar en cuanto a las técnicas de delimitación, administración, almacenamiento y transporte de medicamentos.
- No utilizar cortador de uñas en las pacientes en cama, dar preferencia a lijas, a fin de evitar lesiones cutáneas.
- Estimular al paciente para su autocuidado y su autoestima, mantener los cabellos limpios y peinados y cuidados con la barba, retirar o recortar de acuerdo con la preferencia del paciente.

Dispositivos invasivos:

Sonda Nasoenteral:

Es un dispositivo que posibilita la alimentación, hidratación y administración de medicamentos al paciente. Es importante que sea introducida por un enfermero o médico, pues debe ser colocada hasta un punto específico del tracto gastrointestinal, de acuerdo con la necesidad de cada paciente.

El cuidador debe siempre observar si la sonda está fijada correctamente en las fosas nasales, como se ilustra en la foto que sigue. Asimismo, supervisar el paciente para que el mismo no tire de la sonda, lo que puede ocasionar lesiones, como traumas nasales y resultar en la necesidad de dirigirse a un servicio de salud para que la misma sea pasada nuevamente.

Es importante enfatizar que la sonda nasointestinal es un dispositivo que debe ser utilizado preferentemente en el ambiente hospitalario. Si el paciente no tiene condiciones de alimentarse hasta el alta, es necesario una evaluación médica y fonoaudiológica para indicación de gastrostomía.



Dispositivos invasivos:

Gastrostomía: [▶ Ver el video](#)

Así como la sonda nasointestinal, la gastrostomía es una abertura en el estómago, realizada por el médico en el centro quirúrgico, por la instalación de un tubo (sonda), el cual es fijado en la piel del abdomen, posibilitando la alimentación, hidratación y administración de medicamentos.

El cuidador debe higienizar la piel alrededor del orificio, con agua y jabón y luego secar con cuidado. Colocar gasa seca y limpia alrededor del orificio (abertura por donde pasa la sonda), para proteger la piel. Este procedimiento debe ser hecho de dos a tres veces al día o cuando fuere necesario. Observar si el lugar de la inserción de la gastrostomía está limpio, sin signos de sangrados o salida de otras secreciones.

La inserción de la sonda de gastrostomía debe ser mantenida siempre limpia y seca. Asimismo, es importante que después de la administración de medicamentos y alimentos, la extensión de la gastrostomía sea debidamente lavada con 20 ml de agua filtrada y cuando no estuviere en utilización, debe ser mantenida cerrada.

Al administrar alimentos, agua o medicamentos vía sonda, elevar la cabecera y mantenerla elevada por aproximadamente 40 minutos. Este cuidado puede evitar náuseas, vómitos y otras posibles complicaciones, como la neumonía. Es importante cuidar para que el paciente no tire de la sonda, pues podrá lesionar la piel, desplazar o retirar la sonda. En estos casos, deberá procurar atención en las instituciones de salud de referencia (unidad básica de salud, ambulatorio o hospital). Se debe mantener un seguimiento con el equipo de salud para evaluar el dispositivo y la necesidad de cambiarlo, que en promedio ocurre cada seis meses.





MEDICAMENTOS

El uso incorrecto de los medicamentos puede generar graves lesiones al paciente. Los medicamentos pueden ser utilizados en diferentes formas de administración y, por eso, algunos cuidados deben ser tomados antes de su utilización.

Medicamentos:

El uso incorrecto de los medicamentos puede generar graves lesiones al paciente. Los medicamentos pueden ser utilizados en diferentes formas de administración y, por eso, algunos cuidados deben ser tomados antes de su utilización:

Vías de administración de medicamentos:



Oral:

Es siempre la vía preferencial, pues es menos invasiva y de fácil uso para el paciente y cuidador en el ambiente hospitalario y domiciliario;



Subcutánea:

Algunas medicaciones, como la insulina para pacientes diabéticos, son administradas vía subcutánea a través de inyección en las regiones que contienen mayor tejido adiposo (grasa), después de la piel;



Intramuscular:

Es la aplicación de una inyección en los músculos y debe ser realizada siempre por un profesional habilitado para su ejecución;



Endovenosa:

Es la administración de medicamentos en la vena del paciente. Debe ser realizada por un profesional habilitado.

Cuidados en el uso de medicamentos:



Se comunica de forma clara con el médico sobre cuál es la finalidad, tiempo y forma de uso de los medicamentos, pues muchos medicamentos son de uso continuo;



Verificar en la prescripción médica, si el **NOMBRE DEL MEDICAMENTO** está correcto;



Orientar al paciente y/o cuidador para que no utilice medicamentos similares o aquellos recomendados por familiares o amigos sin consultar al médico. Esto puede provocar dosis diferentes de las recomendadas, ocasionando riesgos para salud del paciente;



Verificar en la prescripción médica, si la **vía** a ser administrada esta correcta;



Verificar en la prescripción médica, si el **HORARIO** está correcto;



Verificar en la prescripción médica, si la **DOSIS** a ser administrada está correcta;



Orientar al cuidador para que monitoree el uso regular y adecuado de los medicamentos, de acuerdo con la prescripción médica;



Estar atento a las fechas de las recetas para renovaciones y entrega de medicamentos, evitando interrumpir el tratamiento;



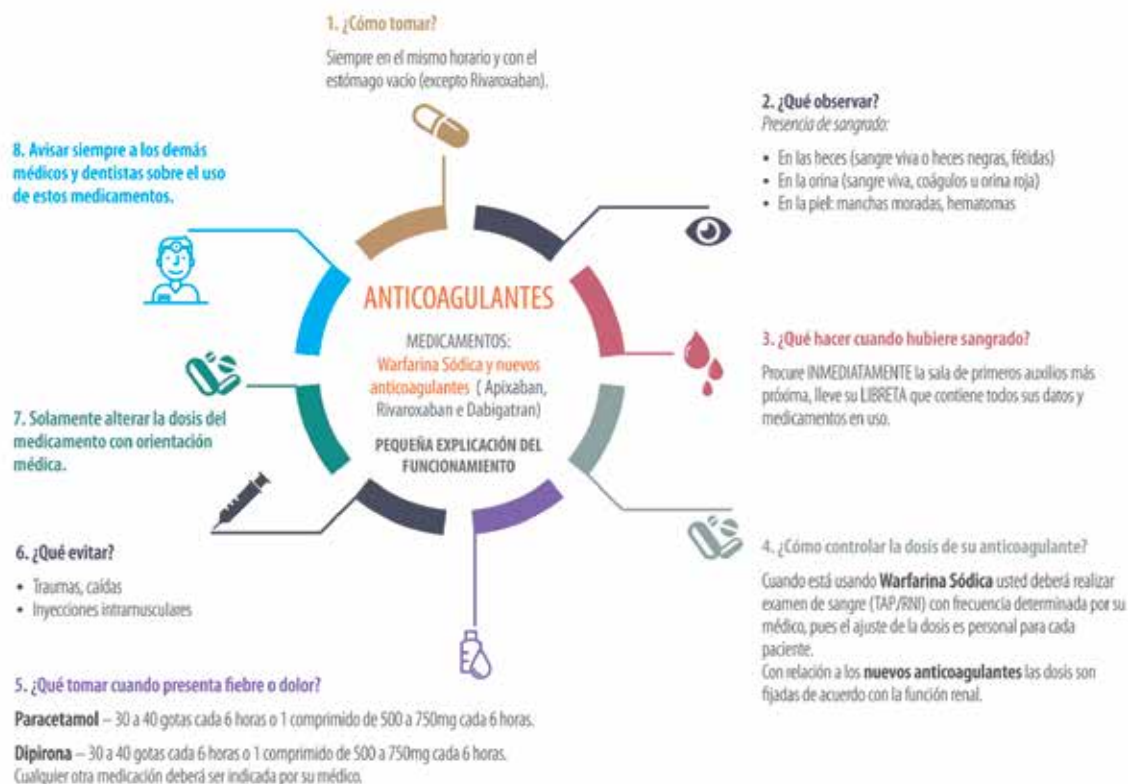
Registrar en una hoja o tabla, el nombre de los medicamentos con las informaciones sobre dosis, vía y horario, separadamente, y dejarla en lugar visible. Identificar los frascos o las cajas con etiquetas y dejarlas separadas, para evitar confusiones. Para auxiliar a los pacientes con deficiencia visual o con escolaridad incompleta o analfabetos, podrán utilizarse formas, figuras o dibujos;

Vea el modelo de tabla abajo:

CONTROL DE MEDICAMENTO		Mañana ☀️					Almuerzo 🍽️	Tarde ☀️					Cena 🍽️	Noche 🌙			
Medicación	Dosis	7h	8h	9h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h	21h	22h
01-																	
02-																	
03-																	
04-																	
05-																	

Importante:  [Ver el video](#)

Prestar atención a los medicamentos que poseen restricciones o interacciones con alimentos u otros medicamentos, por ejemplo, la **Warfarina (anticoagulante)***.



Prevención de lesiones por presión:  [Ver el video](#)

Lesiones por presión son heridas que se producen en la piel o en los tejidos subyacentes, generalmente sobre una prominencia ósea. Es muy importante adoptar medidas para la prevención de las lesiones por presión, a fin de evitar complicaciones tales como dolor, pérdidas funcionales temporarias o permanentes, deformidades, infecciones, sangrados y afectación psíquico-social.

Pueden ocurrir como consecuencia de la presión del cuerpo del paciente contra el colchón u otras superficies que impiden la circulación adecuada de sangre en esa zona, cuando mantenido en la misma posición por mucho tiempo o por la fricción del movimiento de sábanas y otros dispositivos en fricción constante con la piel.

En el ambiente hospitalario y domiciliario:

El enfermero podrá evaluar e identificar el riesgo de desarrollo de lesión por presión en los pacientes. Para eso, es posible utilizar escalas predictivas, como la Escala de Braden, que a través de las informaciones del estado de incapacidad física y nutricional de los pacientes, cuantifica el riesgo de desarrollar lesiones, prescribe cuidados individualizados y, periódicamente reevalúa el riesgo.

Asimismo, es fundamental el registro de los datos en historia clínica, para que el equipo interdisciplinario pueda actuar utilizando variadas técnicas, en la prevención de lesión del paciente.

Cuidados Domiciliarios:

- Mantener la piel debidamente higienizada e hidratada;
- Mantener el paciente hidratado;
- Reposicionar el paciente en la cama/lecho cada dos horas, para reducir la presión sobre las áreas vulnerables del cuerpo;
- Evitar movimientos que ocasionen fricción entre la piel y las sábanas;
- Mantener las sábanas extremadamente estiradas y sin pliegues;
- Movilizar el paciente en la propia cama siempre que posible;
- Realizar higienes íntimas inmediatamente después de la diuresis o evacuación.

*Para demás orientaciones sobre el tema, ver página 54.



PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Pueden ocurrir tanto en ambiente hospitalario como domiciliario.

Prevención de caídas

Las caídas pueden ocurrir tanto en ambiente hospitalario como domiciliario y por diferentes factores. Se destacan las alteraciones fisiológicas relacionadas con la edad, las afecciones como el ACV, el uso de medicamentos u otras sustancias y las condiciones ambientales, como piso resbaladizo, alfombras, calzados inadecuados y poca iluminación.

A continuación, algunas recomendaciones:

- Orientar a los cuidadores en el proceso de prevención de caídas, por la identificación de posibles facilitadores de caídas en el domicilio;
- Señalar en historia clínica, los pacientes con riesgo de caídas alto y moderado, facilitando el abordaje preventivo multiprofesional;
- Evitar superficies resbaladizas y mojadas;
- Estimular el uso de barandas;
- Utilizar protectores en las camas y barras de apoyo en el baño y lugares de circulación frecuente;
- Mantener los ambientes bien iluminados y libres para la circulación.
- Prestar atención al uso de múltiples fármacos y a los efectos colaterales que ellos puedan producir, resultando en pérdida del equilibrio;
- Evitar pisos desnivelados y alfombras en la casa;
- Orientar para el uso de calzados fijos a los pies y con suelas antideslizantes y evitar la utilización de alfombras en casa.

FISIOTERAPIA

ESPASTICIDAD, POSICIONAMIENTOS, HOMBRO Y EJERCICIOS

Después de un ACV, cuanto más temprano se inicia el tratamiento de rehabilitación, mayores serán las posibilidades de recuperación de las funciones motoras perdidas.

ESPASTICIDAD



La espasticidad se manifiesta clínicamente como una resistencia al estiramiento pasivo, como consecuencia de las alteraciones neuronales post-ACV, siendo que cuando intentamos mover rápidamente una articulación o segmento corporal, esa resistencia aumenta. Por eso es que la espasticidad es dependiente de la velocidad. Esta característica hace que los movimientos de los pacientes post-ACV se tornen lentos y muchas veces poco eficaces en el desempeño de las tareas del autocuidado, así como en desplazamientos como caminar.

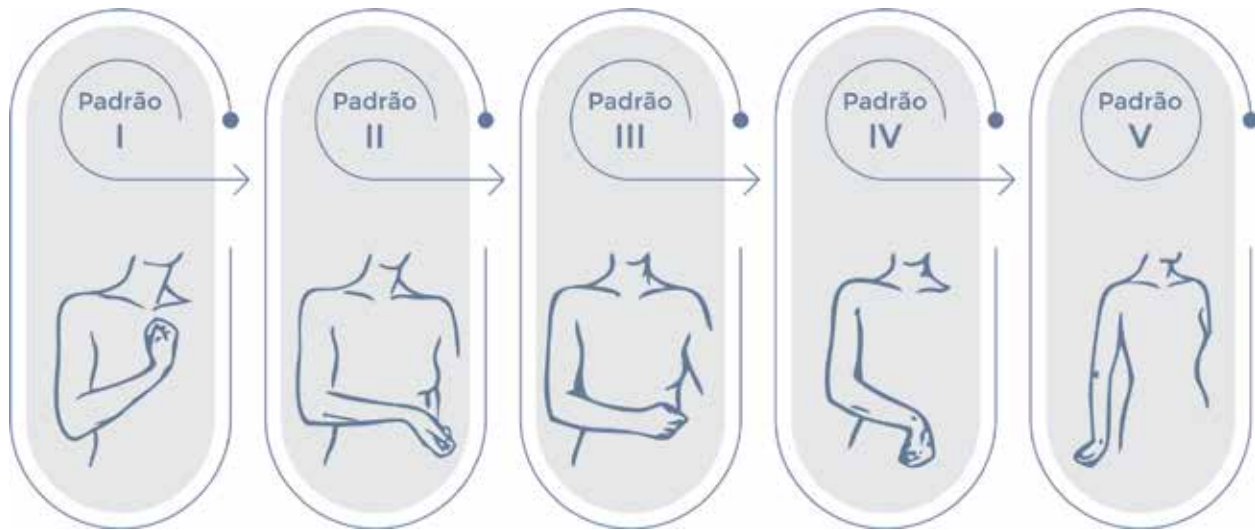
Presente en cerca del 50% de los pacientes después de un año de ocurrido el ACV, la espasticidad está asociada a las limitaciones de la amplitud del movimiento articular al desencadenamiento de dolor y el surgimiento de contracturas y deformidades articulares. Esas manifestaciones colaboran para que los pacientes necesiten ayuda para realizar las tareas cotidianas tales como alimentación, higiene, movilidad (transferencias) y marcha. Otras veces, el paciente que presenta espasticidad puede conseguir ser independiente en las tareas del día a día, aunque, debido a la resistencia muscular, impuesta por la espasticidad, necesita un gasto energético mucho mayor, lo que lleva a episodios frecuentes de fatiga y frustraciones



ante la demora en la realización de las actividades diarias.

La espasticidad se manifiesta de formas diferentes en los pacientes y el estándar espástico está relacionado a la patología que desencadenó la manifestación en el tono muscular. De esa forma, un niño con espasticidad va a presentar patrones espásticos diferentes de los pacientes post-ACV.

Los patrones espásticos más frecuentes en los pacientes post-ACV, pueden ser descriptos como en las figuras abajo:



Ítems a ser considerados en el tratamiento de la espasticidad:

- Identificar precozmente cuales pacientes obtendrán beneficios con la reducción de la espasticidad;
- Evaluación de forma interdisciplinaria, abarcando a los profesionales de la rehabilitación, paciente, familiares, cuidadores y el médico;
- Tratamiento con objetivos y metas claramente definidos;
- Mensuración de los resultados;
- Médicos capacitados en el manejo de la espasticidad, equipos de rehabilitación integrados para permitir la evaluación y el tratamiento apropiado.

Objetivos que pueden ser adquiridos con el tratamiento de la espasticidad:

- Mejora de la higiene;
- Disminución de una incomodidad provocada por el aumento del tono muscular;
- Mejoría en el desempeño de las actividades de la vida diaria;
- Disminución del dolor;
- Mejoría en la marcha, entre otras actividades de movilidad y desplazamientos.

Al decidir tratar la espasticidad es importante no olvidar las características multifactoriales de las complicaciones asociadas a la misma. De esa forma, el objetivo trazado para el tratamiento debe incluir alteraciones del cuerpo propiamente dichas, como acortamientos, dolores, espasmos involuntarios, así como las limitaciones en las actividades, que pueden ser dificultad de alimentación y/o autocuidado, necesidad de ayuda de una persona para las tareas diarias.

El objetivo debe estar enfocado también a facilitar la participación del individuo en el trabajo, la familia y la sociedad. El tratamiento de la espasticidad comprende: intervenciones no medicamentosas, medicamentosas y quirúrgicas. Las opciones no medicamentosas pueden incluir intervenciones terapéuticas como las diversas técnicas de fisioterapia, terapia ocupacional, electroestimulación, posicionamientos, uso de órtesis dinámicas y estáticas, entre otros.

Se pueden utilizar órtesis con el objetivo de prevenir las deformidades provocadas por la espasticidad. Al optar por el uso de una órtesis el paciente debe recibir el acompañamiento de un terapeuta ocupacional y/o fisioterapeuta, por la necesidad de ajustes constantes en tales dispositivos. Las órtesis son dispositivos utilizados para adecuar posicionamientos y facilitar la funcionalidad de un miembro. Ellas pueden colaborar para la prevención de contracturas en el miembro espástico, mejorar la amplitud del movimiento, permitir el mantenimiento de la articulación en posición funcional, reducir el riesgo de complicaciones y la necesidad de intervenciones quirúrgicas.



Las opciones medicamentosas para el tratamiento de la espasticidad pueden incluir medicamentos orales (por ej. baclofeno) y medicamentos neurolíticos inyectables (por ej. Fenol y toxina botulínica). Innumerables estudios indican que la aplicación de toxina botulínica en el tratamiento de la espasticidad post-ACV se ha mostrado eficaz en la reducción de la espasticidad, causando una debilidad muscular temporal y focal, con duración de tres a cuatro meses. Durante ese tiempo los rehabilitadores tienen la oportunidad de potenciar los efectos de las técnicas de rehabilitación, dado que las manifestaciones espásticas se verán reducidas. Otro beneficio, generado por la aplicación de la toxina botulínica, está relacionado con la disminución de la sobrecarga del cuidador. Cuando el objetivo de la intervención fuese facilitar la realización de la higiene básica, ante un músculo menos espástico el esfuerzo del cuidador será menor.

Las directrices actuales en rehabilitación post-ACV recomiendan la aplicación de toxina botulínica en los músculos espásticos post-ACV, como forma de aumentar la amplitud articular durante el movimiento pasivo y/o activo, mejoría de las condiciones de higiene y posicionamiento de los miembros más afectados. Esas mismas directrices recomiendan la combinación de la aplicación de toxina botulínica con la realización de las terapias de rehabilitación y el uso de órtesis como forma de optimizar los resultados del tratamiento de la espasticidad.



Posicionamiento durante la fase hospitalaria

Cuando el equipo de rehabilitación y la familia se comprometen con el cuidado del lado más afectado, el cual podrá volverse espástico, las complicaciones pueden ser disminuidas, haciendo que los resultados de la recuperación motora e independencia funcional aparezcan de forma significativa en la fase posterior al alta hospitalaria.

En ese sentido, cuando el paciente post-ACV, está hospitalizado es importante el adecuado posicionamiento de manera que no se facilite la adopción de posturas que favorezcan la instalación de la espasticidad.

EJERCICIOS



Una alteración motora es el déficit más común después del Accidente Cerebrovascular (ACV), frecuentemente resultando en alteraciones en la movilidad y en la independencia del paciente. Para la identificación del nivel de alteraciones de estas funciones es estrictamente necesaria una evaluación por parte del equipo multidisciplinario, para tomar decisiones que proporcionen la mayor recuperación posible del paciente.

Se recomienda que la rehabilitación de la persona con ACV ocurra de forma precoz e integral. La persona con alteraciones derivadas de un ACV puede presentar diversas limitaciones, y la recuperación es diferente en cada caso. El tratamiento médico inmediato, asociado a la rehabilitación adecuada, puede minimizar las incapacidades y proporcionar al individuo un retorno lo más breve posible a las actividades de rutina y participación en la comunidad.

Después de un ACV, cuanto más temprano se inicie el tratamiento de rehabilitación, mayores serán las posibilidades de recuperación de las funciones motoras perdidas. La literatura nos muestra que, en las fases iniciales post-ACV los pacientes consiguen recuperar los déficits motores de forma más rápida que en las fases tardías, y por ello la importancia del inicio del tratamiento de rehabilitación lo más rápido posible.

Durante la rehabilitación, el progreso y las habilidades del paciente deben ser discutidos y reevaluados por el equipo multidisciplinario, con adaptaciones y reconsideraciones de las estrategias y metas de tratamiento siempre que sea necesario, recordando que cada paciente es un ser con características únicas y que requiere un protocolo adecuado a sus necesidades.

Para que la persona pueda recuperarse es importante que realice ejercicios activos y desafiantes. Cuanto mayor es la intensidad y el tiempo dedicado a ejercicios, mayores son las posibilidades de recuperación.

Abajo presentamos algunos ejercicios, aunque es importante recordar consultar a su fisioterapeuta para realizar una evaluación y desarrollar un programa de rehabilitación basado en sus necesidades y objetivos.

Paciente acostado boca a arriba:  **Ver el video**

1. Use el brazo del lado menos afectado para sujetar el puño del brazo más afectado, llevándolo en dirección al techo, en dirección a las rodillas y después en dirección a la cabeza. Durante ese ejercicio sienta las escápulas moviéndose, intente hacer al menos cinco repeticiones;



2. También sujetando el brazo más afectado por el puño, ruede la parte de arriba del cuerpo, el lado derecho y después el lado izquierdo, intente hacer al menos cinco repeticiones de cada lado;



3. Si logra doblar las dos rodillas, doble una rodilla a la vez sin despegar el tobillo del colchón. Intente hacer al menos cinco repeticiones;



4. Coloque una almohada alta debajo de las rodillas y estire las piernas hacia arriba, una a la vez. Intente hacer al menos cinco repeticiones;



5. Con una de las rodillas dobladas y la otra estirada, levante la pierna hasta el nivel de la otra rodilla. Intente hacer al menos cinco repeticiones;



6. Con las piernas estiradas, separe una pierna por vez, e intente hacer al menos cinco repeticiones;



7. Con las rodillas dobladas, levante la cadera lo más alto que pueda y mantenga siempre la cadera alineada, intentando hacer al menos cinco repeticiones.



Paciente acostado de lado con el lado más afectado hacia arriba:

1. Doble la pierna, llevando la rodilla en dirección a la barriga, luego lleve la pierna hacia atrás. Intente hacer al menos cinco repeticiones;



2. Con la pierna estirada, separe y junte la pierna. Intente hacer al menos cinco repeticiones;



3. Apoye el cuerpo en el brazo más afectado y siéntese.



En la posición sentada en el borde de la cama con los pies apoyados en el piso: [▶ Ver el video](#)

1. Use el brazo menos afectado para sujetar el codo del brazo más afectado, luego balancee los brazos de un lado al otro. Intente hacer al menos cinco repeticiones para cada lado;



2. Todavía sujetando el brazo más afectado a partir del codo, apoye los dos codos en las dos rodillas, intentando hacer al menos cinco repeticiones;



3. Después, apoye el codo izquierdo en la rodilla derecha y el codo derecho en la rodilla izquierda, realizando al menos cinco repeticiones;



4. Todavía sujetando el brazo más afectado a partir del codo, apoye los brazos en la frente, realizando al menos cinco repeticiones;



5. Ahora sentado, sujetando por la muñeca el brazo más afectado con el otro brazo, gire el cuerpo a la derecha y después a la izquierda de manera que las manos pasen el medio del cuerpo, yendo en dirección a la espalda. Intente hacer al menos cinco repeticiones de cada lado.



En la posición sentada más afectada en una silla sin posa brazos:

1. Levante la pierna extendiendo la rodilla, flecte la pierna hacia atrás hasta que el pie quede debajo de la silla. Realice al menos cinco repeticiones;



2. Sentado, haga movimientos con el tobillo, de forma que levante y baje la punta de los pies, imitando el movimiento de “costurera” o de acelerar y desacelerar el automóvil. Realice al menos cinco repeticiones;



3. Use el brazo menos afectado para sujetar la muñeca del brazo más afectado y realice movimientos hacia abajo en dirección al piso, como si fuese a levantarse, hacia los lados y hacia arriba, como si fuese a alcanzar objetos. Realice al menos cinco repeticiones de cada uno;



4. Con los brazos cruzados, sujetando el brazo más afectado a partir del codo, siéntese y levántese de la silla cinco veces;



5. Sentado con los brazos extendidos a lo largo del cuerpo y con el pie más afectado atrás del otro pie, siéntese y levántese como mínimo cinco veces.



De pie y de espaldas a una silla:



1. De pie, mantener los ojos cerrados sin apoyarse en la pared ni sujetarse de en algún objeto. Permanezca en esta posición por 20 segundos;



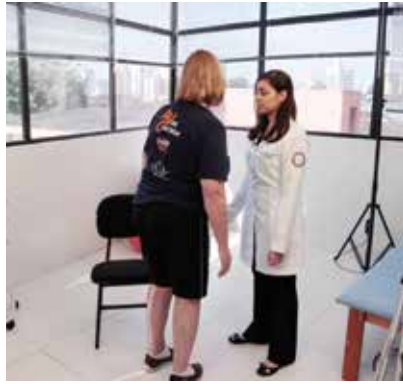
2. Junte sus pies y permanezca parado en esta posición por 20 segundos;



3. Gire el cuerpo hacia el lado derecho y después hacia el lado izquierdo de forma que pueda ver sobre los hombros. Intente cinco repeticiones de cada lado;



4. Gire el cuerpo 360°, dando una vuelta completa, y pare en la posición en que comenzó el ejercicio;



5. Posicione el pie más afectado atrás del otro pie, permaneciendo en esta posición por 20 segundos. Después cambie, posicionando el pie más afectado adelante, permaneciendo así por 20 segundos más;



6. Con el auxilio de una banqueta baja, de como máximo 15 centímetros de altura, apoye alternadamente los pies sobre ella, realizando este movimiento cinco veces de cada lado;



7. Mantenga el pie más afectado apoyado y simule dar un paso hacia adelante y otro hacia atrás con la otra pierna. Luego repita el ejercicio con la otra pierna;



8. Poner el pie menos afectado adelante y hacer la transferencia de la posición de semi arrodillado a de pie; después haga el mismo ejercicio con el pie más afectado adelante.



En la posición delante de una silla:

1. Sujétese en el respaldo de la silla y doble una rodilla a la vez. Intente como mínimo cinco veces con cada pierna.



Caminando:

1. Camine de forma que el tamaño de los pasos sea igual;



2. Camine de costado dando pasos una vez a la derecha y otra a la izquierda;



3. Camine dando pasos para atrás, o sea, de espalda;



4. Camine mirando sobre los hombros, un lado por vez;



5. Suba escalones de escaleras, usando los pies alternadamente.



PRACTIQUE PEQUEÑAS CAMINATAS REGULARMENTE.



HOMBRO

Prevención de las complicaciones en el hombro afectado.



La persona que sufrió un ACV está altamente predispuesta al desarrollo de problemas secundarios y complicaciones del hombro más afectado, que muchas veces no presenta movimiento activo y puede representar un obstáculo para la rehabilitación.

Las alteraciones del hombro son señaladas como las principales complicaciones responsables por el alto grado de incapacidad funcional y sufrimiento para el paciente post-ACV.

El dolor en el hombro está presente en el 25% al 50% de los pacientes post-ACV, principalmente en las fases posteriores al alta hospitalaria.

¿Por qué el hombro?

El hombro es el complejo articular con mayor movilidad del cuerpo. Los miembros superiores juegan un papel primordial en diversas actividades básicas de la vida diaria (ABVD), en las transferencias, en el equilibrio y también en la marcha.

Los miembros superiores pueden desempeñar tareas complejas, que exigen habilidades motoras amplias y finas.

El dolor en el hombro puede acarrear:

- Dificultad de concentración para aprender nuevas habilidades;
- Dificultad para recuperar la independencia en las ABVDs;
- Alteraciones en las reacciones de equilibrio – recelo de moverse;
- Síntomas depresivos;
- Dificultades para dormir.

Después del ACV el paciente puede experimentar:

- Dificultades de movimientos: el brazo puede estar completamente paralizado o el hombro, codo, la muñeca o la mano pueden estar moviéndose parcialmente.
- Problemas en el planeamiento motor e descoordinación motora.
- Edema (inflamación): Si la mano o el brazo presentan alteraciones en el movimiento, el fluido (líquido) puede acumularse entre los tejidos provocando edema.
- Alteraciones en la tonicidad de los músculos: puede tenerse un tono alto, lo que genera músculos espásticos o bajo, que genera los músculos hipotónicos.
- Dolor: alteraciones en los músculos, subluxación y contractura pueden causar dolor. Las alteraciones en la sensibilidad también pueden causar dolor.
- Contractura: con los músculos tensos o débiles, ellos pueden acortarse. Esto puede resultar en la fijación de la articulación en una posición.
- Alteraciones en la sensibilidad: pueden incluir alteraciones en las sensaciones que el cuerpo puede experimentar. Pueden estar disminuidas o aumentadas, lo que puede causar sensaciones como puntadas, pinchazos, quemazón, hormigueo y adormecimiento.

El paciente además podrá desarrollar el síndrome doloroso en el hombro más afectado, y ese cuadro puede ser detectado ya en la fase hospitalaria. Esta complicación puede ser causada por el inadecuado posicionamiento y movilización durante el cuidado del paciente post-ACV. Las causas más comunes para la consolidación del hombro doloroso son:

- **Capsulitis adhesiva:** también conocida como hombro congelado. Es un cuadro clínico que se manifiesta por dolor y rigidez de la articulación. El paciente posee dificultad en mover el brazo, como si estuviese “congelado”. Es una complicación que deriva de la inmovilización en pacientes que permanecen en cama por tiempo prolongado.
- **Espasticidad:** es una de las causas más importantes para el desarrollo de dolor en el hombro más afectado por provocar la limitación de la amplitud de movimiento (ADM). (Verificar capítulo de espasticidad).
- **Síndrome del dolor Regional Complejo:** caracterizada por la presencia de al menos tres síntomas y signos: sensación de frío en el brazo; alteración de la sensibilidad (amortecimiento y puntadas); piel húmeda; transpiración; edema; alteraciones de coloración; dolor en el hombro, aumentado con el movimiento; limitación de amplitud de movimiento activo en el hombro y/o brazo.
- **Subluxación:** Alteraciones en el músculo (causado por la hipotonía) pueden hacer que el hueso del brazo más afectado quede ligeramente más bajo en la cavidad del hombro. Esto sucede como consecuencia de la debilidad de los músculos, que normalmente mantienen esa articulación en el lugar.

Existen también diversos factores que pueden contribuir para el dolor en el hombro:

- Edad avanzada;
- Baja funcionalidad;
- Dependencia en las transferencias;
- Negligencia.

Medidas preventivas

La rehabilitación del hombro comienza ya en el período de hospitalización. La etiología del dolor en el hombro es multifactorial, y el tratamiento ideal es la prevención. Y para que esa profilaxis sea eficaz es necesaria la intervención inmediata por medio de acciones con un equipo multidisciplinario, cuidadores, familiares y paciente, ya en la fase de internación hospitalaria con el objetivo de:

- Enseñar al paciente lo más tempranamente posible a ser responsable en relación al posicionamiento del brazo más afectado durante las transferencias, movilidad en la cama y otras actividades que involucren el cambio de posición;

- Enseñar al paciente a evitar dejar la mano y el brazo sin apoyo;
- Evitar una amplitud de movimientos del hombro de más de 90° de flexión y abducción, a menos que haya rotación hacia arriba de la escápula y rotación externa del húmero;
- Evitar ejercicios de tracción en el hombro, porque podrá estimular una fuerza excesiva y aumentar la frecuencia del dolor;
- Movilización precoz para prevenir una contractura u hombro congelado;
- Posicionamientos con almohadillas auxilian en la prevención de edema de la mano más afectada cuando esta se posiciona en elevación;
- Alteraciones frecuentes de posición para prevenir contracturas y dolor;
- Algunos casos de dolor en el hombro post-ACV, pueden beneficiarse con el uso de órtesis para prevención de acortamiento/deformidades. Sin embargo, la prescripción y manera de como la órtesis debe ser usada, deberá ser prescrita y acompañada por un terapeuta ocupacional o por un fisioterapeuta;
- Práctica de movimientos y tareas diarias;
- Siempre que se alimente, estar atento al posicionamiento del brazo más afectado. Se recomienda que el mismo quede apoyado sobre la mesa y en el campo visual del paciente;
- Educación para el paciente, la familia y el cuidador sobre las prácticas que pueden colaborar en la disminución del dolor y de las complicaciones del hombro post-ACV;
- Si hay algún control voluntario sobre el movimiento del brazo más afectado, deberá ser incentivado a usar el miembro en tareas funcionales y de modo consistente.

Cuidados

- No es recomendado el uso de la pelotita. De esa forma, el paciente fortalece los músculos que cierran la mano, pudiendo contribuir al aumento de la espasticidad y así perjudicar la función.



- El fisioterapeuta y terapeuta ocupacional evaluarán la fuerza, el movimiento y funcionalidad del brazo. Ellos trabajarán para desarrollar un programa de rehabilitación basado en las necesidades y objetivos específicos de cada paciente. Es importante mantener los músculos del hombro y del brazo activos. Para que las contracturas y la espasticidad no se agraven, los profesionales pueden indicar ejercicios de elongación para mover la articulación del hombro en todas las direcciones (verificar capítulo de ejercicios). Ellos también pueden dar consejos sobre cómo proteger el hombro más afectado durante los movimientos cotidianos, como tomar algún objeto o vestirse (verificar el capítulo ABVDs).
- Si el paciente tuviese subluxación o dolor en el hombro, un soporte de hombro, accesorios en la silla de ruedas o soportes para el brazo más afectado durante la marcha y transferencias pueden ayudar. Ejercicios para mantener la movilidad de las articulaciones son muy importantes en el control del dolor (verificar capítulo de ejercicios).
- El uso excesivo de cabestrillos que mantienen el brazo en la misma posición por tiempo prolongado, en pronación (girado hacia abajo) y aducción (próximo al cuerpo) facilita la aparición de capsulitis adhesiva y SCDR y puede reforzar la espasticidad flexora.
- Cualquier órtesis, sea un cabestrillo, soporte de hombro u órtesis de posicionamiento debe ser evaluada, indicada y acompañada por un terapeuta del equipo.

POSICIONAMIENTO Y TRANSFERENCIAS

[▶ Ver el video](#)



La adopción de las diversas posturas, posicionamientos y transferencias, sean en camas hospitalarias, camas, sillas o sillones, son estrategias que colaboraron para mayores posibilidades de recuperación motora y de independencia funcional.

El adecuado posicionamiento del paciente que sufrió un ACV puede promover confort, evitar el surgimiento de lesión por presión y el desarrollo de posturas patológicas que pueden llevar a perjuicios en la funcionalidad del paciente. El uso de colchones, almohadones y almohadillas puede ser un recurso a utilizar para adecuar los posicionamientos y las posturas.



Preparación del dormitorio

El lado del cuerpo más afectado puede ser estimulado a través de modificaciones en el ambiente tales como, colocar la cama del paciente post-ACV de forma que el mismo tenga que salir de ella por el lado más afectado. El televisor, la radio y las mesitas de luz deben, siempre en lo posible, quedar del lado más afectado.



Acostado de espalda (boca arriba)

En esta posición es importante que el brazo más afectado esté apoyado en una almohada, de forma que la muñeca y los dedos queden en leve flexión; así como la rodilla, y el lado más afectado deberán quedar levemente flexionado, lo que puede ser logrado a través de la colocación de una almohada o almohadón pequeño debajo del mismo.



Acostado sobre el lado más afectado

El brazo y la pierna más afectados deben quedar levemente extendidos en esa posición. Debe prestarse atención especial al hombro más afectado, de forma que la escápula reciba el peso del cuerpo sin provocar dolores en esa zona.



Acostado sobre el lado menos afectado

El brazo más afectado debe quedar levemente extendido y la pierna más afectada levemente flexionada.



Desplazamiento lateral en la cama

Este desplazamiento lateral puede auxiliar en la mejoría de la posición en la cama. El paciente debe levantar la cadera e intentar desplazarse hacia el costado de la cama. Si fuese necesaria la ayuda de otra persona, esta debe ser hecha a través del apoyo en la cadera y en la rodilla del lado del cuerpo más afectado.



Girar el cuerpo a partir del lado menos afectado

Si el paciente no consigue realizar ese movimiento de forma independiente, ayúdelo a partir del apoyo del lado más afectado.

Girar el cuerpo a partir del lado más afectado

Para que esa transferencia ocurra, primero indique verbalmente, aunque si fuese necesario, otra persona puede ayudar dando apoyo a en el hombro y/o cadera más afectados.



Recuerde, cuanto más activo el paciente realice el movimiento, mejor será la recuperación del mismo. Por tanto, ayude físicamente si es realmente necesario o si la seguridad del paciente estuviese en riesgo.



¿Opciones de cómo sujetar el brazo más afectado durante las transferencias?

Sujete el brazo más afectado con el brazo menos afectado, por la muñeca.

A continuación, presentamos opciones, que hacen que el paciente sujete el brazo más afectado sin provocar lesiones en las articulaciones metacarpo-falangianas (articulaciones de la mano), y así



mantener el arco palmar, el cual será muy importante en los movimientos para tomar objetos.



Pasar a la posición sentada

Como forma de estimular la recuperación motora del lado más afectado es importante que además de intentar realizar las transferencias de la forma más activa posible, el paciente debe tratar de realizar la transferencia a partir del lado más afectado. Al principio, de esa forma va a parecer más difícil, y así, con la práctica ocurre una mejoría motora y, consecuentemente, la independencia. No obstante, si es necesaria ayuda, hágala desde del lado más afectado, teniendo un cuidado especial con el hombro más afectado.



Ponerse de pie: quedar de pie al lado de la cama hospitalaria

Muchas camas hospitalarias no presentan regulación de altura, por seguridad, el paciente puede bajar de la cama por el lado menos afectado. Permanezca de pie con la cadera apoyada en la cama para garantizar una mayor estabilidad en esa posición. Esté atento a la seguridad del paciente y se recomienda que para lavantarse cuente con la presencia y/o ayuda de otra persona.



Regresar a la cama

Coloque la escalera de dos escalones del lado menos afectado, permanezca de pie, apoye la cadera en la cama, suba el primero escalón con el pie menos afectado y siéntese en la cama. Cuide la seguridad del paciente, auxilie el paso a la cama deste el lado más afectado.



Desplácese con movimientos de la cadera

En los momentos en que el paciente precise llegar más cerca al borde de la cama para bajarse deberá intentar desplazarse con movimientos rotativos de la cadera. Si el paciente no logra realizar el movimiento solo, otra persona puede ayudar a través del apoyo en la cadera más afectada.



Sentado de forma que proporcione una mayor simetría corporal

Una de las mayores dificultades del paciente post-ACV es mantenerse simétrico (“más recto”). En esa posición, asegúrese de que el brazo más afectado esté en el campo visual del paciente y, si fuese necesario, apoye el mismo en una almohada o almohadón. Los pies también deben estar alineados.



Ponerse de pie

El paciente debe tratar de realizar el paso de sentado a estar de pie de forma independiente. Si requiere ayuda, auxiliar por el lado más afectado. Es importante destacar que cuando el paciente post-ACV recibe ayuda para la realización de las transferencias desde el lado menos afectado, él no consigue ayudar, y quien está ayudando acaba haciendo más fuerza de la necesaria. Cuando el paciente no comprende cómo realizar el movimiento de levantarse podemos utilizar elementos externos como un banco adelante del paciente.



Caminar

El paciente debe caminar siendo lo más independiente posible. Si necesita ayuda, por seguridad o incapacidad temporaria del paciente post-ACV, podemos ayudar desde el lado más afectado, entregando mayor posibilidad de independencia durante la marcha.





Entrada y salida del automóvil

Definir su ingreso al automóvil considerando que la primer pierna que debe ingresar es la menos afectada. Al entrar al automóvil el paciente debe posicionarse de espaldas a la butaca. Apoyar el brazo menos afectado en la puerta o en el panel, sentarse, poner la pierna menos afectada. Para colocar la pierna más afectada inténtelo de forma independiente, y si no lo consigue, otra persona puede ayudar. Para ajustar la postura del cuerpo en la butaca, inclínese y desplace su silla hacia el lado que sea necesario para mayor comodidad durante el viaje. Intente poner el cinturón de seguridad solo. Esta acción ayudará en el entrenamiento de transferencias del peso del cuerpo entre los dos lados del cuerpo.



Entrada y salida del automóvil post-ACV por el lado del conductor

Al entrar en el vehículo el paciente debe posicionarse de espaldas a la butaca y proceder de la forma descrita anteriormente, en la sección de la entrada y salida del automóvil. El conductor post-ACV debe priorizar automóviles con cambios automáticos y buscar las adaptaciones existentes en el mercado automovilístico para personas con deficiencia, que proporcionen más facilidades y seguridad en el momento de manejar. Las adaptaciones pueden comprender volante, freno, acelerador, embrague y otros. Puntos que permitan regular la altura del volante, abrir la puerta y el peso de los frenos podrán facilitar el día a día del conductor. El conductor post-ACV puede invertir también en controles alternativos diversos que sean fáciles de manipular, solo con el uso de una única mano. Esas adaptaciones pueden facilitar el control de los focos de luz, limpiavidrios, bocinas, señalizadores y otros.

FONOAUDIOLOGÍA

LENGUAJE Y COMUNICACIÓN

El progreso de un paciente afásico depende de diversos factores, siendo uno de ellos el auxilio y apoyo de cuidadores y familiares.. [▶ Ver el video](#)

Las alteraciones del habla y lenguaje son secuelas significativas del ACV que normalmente causan un gran impacto en la calidad de vida del individuo, familia y sociedad, en la medida que limitan la comunicación. Entre ellas es posible citar la afasia, la disartria y la apraxia (aquí hablaremos más sobre la afasia). En función de esas alteraciones, resulta necesario realizar una evaluación con un fonoaudiólogo, a fin de verificar si hay alguna alteración de esos aspectos e intentar rehabilitarlos.

La afasia puede ser definida como una alteración adquirida de lenguaje, de causa neurológica, pudiendo ser cortical o subcortical, que se manifiesta de varias maneras, como en el contenido, forma y uso del lenguaje y de sus procesos cognitivos subyacentes, como percepción y memoria. Esa alteración se caracteriza por reducción y/o disfunción, que se manifiestan tanto en la expresión como en la comprensión, en diferentes grados y tipos. De la misma forma que no existen dos personas que usen el lenguaje de manera idéntica, tampoco existen dos personas con afasias idénticas. Aún siendo así, es posible clasificarlas de acuerdo con ciertas manifestaciones clínicas generales, fluencia y lugar de la lesión cerebral.

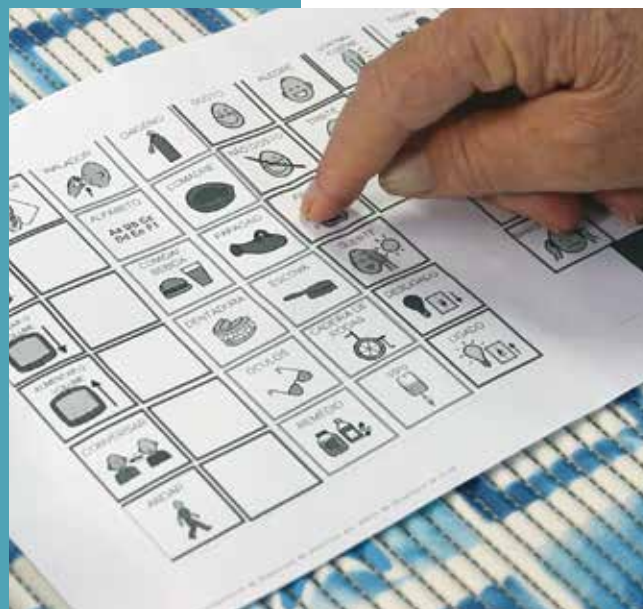
En la terapia de la afasia no se debe forzar respuestas, sino estimularlas, para una comunicación efectiva, sin enfocarse necesariamente en correcciones de errores y aciertos. Según la necesidad y posibilidad de uso, disponemos de recursos para comunicación suplementaria y/o alternativa que comprenden el uso de modos no orales de comunicación, para suplementar o substituir el lenguaje oral.



Los profesionales de la fonoaudiología y terapia ocupacional pueden desarrollar y experimentar estrategias de tecnología asistida, considerando las necesidades del paciente y la realidad del lugar donde está siendo desarrollado el trabajo. El terapeuta ocupacional interviene proporcionando los recursos, implementación e integración de los aspectos motores y sensoriales. Esas intervenciones colaboran para la realización de adaptaciones y reorganizaciones, tanto de ambientes como de mobiliarios y materiales.

Varios recursos pueden ser utilizados, como las tablas de comunicación, en las cuales puede haber símbolos gráficos, fotografías y escrituras, seleccionadas y dispuestas de acuerdo al interés y necesidad de cada usuario, teniendo en cuenta aspectos como el nivel de cognición, atención y agudeza visual, la intención comunicativa y la destreza manual. Sumado a ellos los interlocutores frecuentes ya que la utilización de los recursos será realmente eficaz si la persona con afasia consigue utilizarlos en su medio, facilitando y ampliando las posibilidades de interacción y comunicación.

Existen aplicaciones y juegos (versiones gratuitas y pagas) que pueden ser instaladas en la computadora, Tablet o teléfono celular, que ya cuentan con recursos, como audio y hasta inclusive sensibilidad para cambiar páginas (se configura según la habilidad del usuario – guiñar un ojo, abrir la boca, girar la cabeza, etc.). Para saber si existe posibilidad de uso en la terapia y en el día a día, los profesionales evaluarán y probarán los recursos en forma individual.



Daremos algunas orientaciones para comunicarse con una persona con afasia:

- La comunicación es importante para el paciente, y, aunque él no pueda hablar en algunos tipos de afasia, debe mantener un mundo social. Converse con él, simple y naturalmente. Aliéntelo a responder, siempre que él pueda hacerlo. Esto puede prevenir la tendencia natural a deprimirse. La estimulación directa e intentos continuos de comunicación son extremadamente importantes para el paciente.
- No insista para que el paciente de respuestas perfectas, “pronuncie correctamente” o “hable bien”. (No hay nada que el paciente desee tanto como poder “hablar bien”).
- Sea natural con el paciente y ayúdelo a mantener su status en la familia, (padre, madre, marido, esposa, hijos y otros). Trátele de la misma manera que lo hacía antes de su enfermedad.
- A menos que el paciente esté muy enfermo o incapacitado, inclúyalo en los asuntos de familia. Consúltelo y hágalo participar de las decisiones como anteriormente. Ayúdelo a sentirse la misma persona que era antes de enfermarse.
- Algunas veces será imposible entender lo que el paciente está intentando explicar. En estas ocasiones, intente sutilmente cambiar el tema y diga: “vamos a olvidar esto ahora y volvemos más tarde”.
- Hablar de modo simple y objetivo, eliminando ruidos extraños que no tengan valor comunicativo en ese momento.
- Hablar siempre de frente al paciente, utilizando también gestos y expresiones.
- La actividad solicitada debe estar dentro de las capacidades actuales de la persona para que no se frustre constantemente por no conseguir realizarlas.
- Presentar una tarea a la vez.
- Haga preguntas directas que requieren un simple “sí” o “no” como respuesta, en vez de aquellas que requieren respuestas complejas.
- Sepa esperar.
- No responda por el paciente si él es capaz de hacerlo solo.
- Usar repetición y redundancia.
- Usar frases cortas, claras y directas, y en algunos casos hablar un poco más pausado.
- Tratar al adulto afásico como el adulto que es, sin infantilizarlo. Intente solo simplificar el mensaje.

El mayor progreso del lenguaje es generalmente notado en los primeros seis meses después del ACV, puesto que puede ocurrir una recuperación de algún tejido cerebral originalmente, pero no definitivamente, involucrado. La Terapia del habla debe ser iniciada lo más tempranamente posible para evitar depresiones y alentar al paciente, así como utilizar la neuroplasticidad a su favor. El progreso de un paciente afásico depende de varios factores, como la extensión y el lugar de la lesión cerebral, la edad y personalidad del paciente, motivación y capacidad intelectual. Asimismo por otros problemas físicos, sociales y psicológicos, así como el apoyo de cuidadores y familiares. Pacientes que no presentan mucha dificultad de entender y recordar el lenguaje hablado, generalmente tienen una mayor posibilidad de recuperación en comparación con los que sí la tienen. La rehabilitación fonoaudiológica de pacientes afásicos normalmente es un proceso prolongado y complejo, y es necesario decir que, en algunos casos, el habla puede no recuperarse, o recuperarse parcialmente.

NUTRICIÓN ALIMENTACIÓN SALUDABLE POST-ACV

Tiene por objetivo de prevenir nuevos eventos, controlar el peso corporal y las enfermedades crónicas como hipertensión arterial y diabetes, por ejemplo, además de auxiliar en la rehabilitación.

La cantidad exacta de alimentos para cada persona es individualizada, aunque una forma simple de mantener variedad de nutrientes y el equilibrio entre los alimentos durante la comida es hacer una distribución adecuada del plato.

Nutricionistas de Canadá, Finlandia, Francia y Suecia desarrollaron el “modelo del plato saludable” para enseñar a las personas con diabetes y dislipidemia como planear y elegir mejor las comidas. A partir de allí el modelo del plato desarrollado por ellos ha sido aplicado y adaptado en todo el mundo como una forma simple de elegir la proporción de alimentos.



Podemos adaptarlo para nosotros, brasileños, haciendo la siguiente distribución de alimentos en el plato:



01

Mitad del plato conteniendo hortalizas y legumbres crudas o cocidas, pudiendo ser sazonadas con condimentos naturales, limón, vinagre o aceite de oliva, por ejemplo.



02

$\frac{1}{4}$ del plato conteniendo fuentes de carbohidratos, como granos y otros almidones, como arroz, batata, papas y otros según preferencia.



03

$\frac{1}{4}$ del plato conteniendo fuentes de proteínas como carne porcina, vacuna, de pollo, pescado o huevos; proteínas vegetales, como porotos, siempre prestando atención a opciones de corte con menor cantidad de grasa.

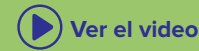


04

Además del plato saludable, como opción de postre, se puede ingerir una fruta natural o también puede ser utilizado medio vaso de jugo de uva integral sin azúcar, como fuente de antioxidantes.

DISFAGIA

¿Qué sucede con los pacientes que presentan dificultad en la deglución?



La disfagia puede ser considerada cualquier dificultad en la deglución (acto de tragar). Es una alteración en la efectiva conducción del alimento de la boca hasta el estómago, en cualquiera de las fases interrelacionadas, que son comandadas por un complejo mecanismo neuromotor.

Es una condición clínica que debe ser abordada por varios profesionales, ya que puede incapacitar al individuo desde el punto de vista funcional y emocional, interfiriendo en la convivencia social y en la relación de placer con la alimentación. El principal profesional responsable por la evaluación y rehabilitación es el fonoaudiólogo, junto con el equipo médico, pero también pueden estar involucrados un nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, enfermero y otros que se considerare necesario.

Algunos signos clínicos básicos pueden ser notados cuando hay una dificultad de tragar: tos, atragantamiento, transpiración, disnea, cianosis, voz mojada, carraspera y estornudos. Ellos pueden sugerir una posible broncoaspiración, que es definida como la inhalación de contenido gástrico, partículas alimentarias, líquidos o fluidos en la laringe y tracto respiratorio inferior. Sin embargo, es importante saber que, en algunos casos, puede ocurrir una aspiración silente, en que hay entrada de contenido en la vía aérea sin que la persona tenga reacción perceptible en el momento.

La disfagia puede llevar a consecuencias como: aspiración, desnutrición, deshidratación, disgusto, aislamiento social, neumonía, complicaciones pulmonares, y hasta incluso la muerte. Por tanto, es fundamental realizar una evaluación y respetar los procedimientos indicados por los profesionales.

La incidencia de disfagia orofaríngea post-ACV es variable según los estudios. Se encuentra del 19% al 81% en la literatura. Esta gran variación se da por varios factores, como modo y tiempo de evaluación, experiencia del evaluador, utilización de exámenes objetivos (como videodeglutograma y videoendoscopia de la deglución) y protocolos estandarizados asociados, edad (ancianos tienden a tener un peor desempeño), comorbilidades previas y asociadas, como enfermedades neurológicas progresivas, cáncer y cardiopatías, entre otros.



La frecuencia de neumonía aspirativa post-ACV es alta. Varía del 30% al 50% de los pacientes con disfagia, y también ocurre incluso cuando hay una utilización de vía alternativa para alimentación (sondas). No obstante, el índice cae al 13% en esos casos. Un estudio en paciente con ACV subagudo mostró un riesgo de neumonía 5,57 veces mayor.

Es prudente prescribir un ayuno oral en las primeras horas después de sucedido el ACV y, si fuese posible, definir vía de alimentación después de evaluación fonoaudiológica. Si hubiese disminución del nivel de consciencia, con riesgo de vómitos y consecuente aspiración traqueal, se usa la sonda nasogástrica/nasoenteral. La realimentación debe ser iniciada en cuanto sea posible, de acuerdo con la orientación fonoaudiológica.

La dificultad en la deglución después del ACV es un importante factor para reducir la aceptación de alimentos y puede causar pérdida de peso y pérdida muscular, dificultando la rehabilitación física después del ACV, y aumentando el riesgo de deshidratación y neumonía. Por eso, es importante mantener la alimentación saludable aún en consistencias alteradas de la dieta o en el uso de nutrición enteral.

NUTRICIÓN CON EL USO DE SONDAS O GASTROSTOMÍA

Si el cuadro de disfagia fuese de duración prolongada (la sonda nasogástrica deberá ser substituida por la sonda de gastrostomía). Se debe adecuar la dieta a las necesidades individuales, de acuerdo con evaluación del nutricionista y del equipo médico.

El manejo adecuado de la dieta a través de la gastrostomía en casa deberá ser orientado detalladamente por el equipo que asiste al paciente en el hospital, para que el cuidador que manipulará la dieta y la vía de alimentación esté tranquilo y seguro de los cuidados.

La dieta enteral debe proporcionar nutrientes (carbohidratos, lípidos, proteínas, vitaminas y minerales) en cantidad suficiente para suplir las necesidades diarias. La nutrición enteral puede ser realizada con fórmulas industrializadas listas para uso, semi listas o moduladas y con alimentos, dependiendo de cada municipio.

Las dietas enterales industrializadas son las que tienen menor riesgo de contaminación y pueden ser en polvo (necesita dilución), líquidas en sistema abierto (lista para consumo) y líquidas en sistema cerrado (lista para consumo, generalmente usadas con bomba de infusión en hospitales).

El cuidado del paciente con necesidad de alimentación enteral deber contar con una evaluación nutricional individualizada, direccionada a sus necesidades específicas en el momento, ya sea después del ACV agudo o en el proceso de rehabilitación. El acompañamiento para monitoreo nutricional influirá y es imprescindible en la rehabilitación y salud como un todo. Es necesario adaptar la prescripción inicial en la medida que evolucione la salud del paciente.

El apoyo y orientación en estos casos son importantes para soporte clínico y emocional, también para comprometer al paciente y la familia, aumentando así la seguridad en el cuidado, inclusive en el proceso de transición a la alimentación oral, cuando esta sea posible.



CÓMO MANEJAR LA ALIMENTACIÓN ORAL EN PACIENTES CON DISFAGIA

Se puede modificar y adecuar las consistencias alimentarias y de líquidos según la necesidad.

En la rehabilitación de las disfagias se utiliza terapia directa (con alimentos) e indirecta (con ejercicios). Estos serán definidos y realizados por el fonoaudiólogo, quien orientará cuáles, como y cuántas veces deberán ser hechos durante el día con ayuda de familiar o cuidador cuando sea necesario. La selección de ejercicios es particular, dependiendo de las alteraciones presentadas y derivadas del ACV, considerando comorbilidades previas y asociadas. En caso de hemiplejía y parálisis facial (PF), se sugiere iniciar siempre por el lado más afectado. Algunos ejemplos de ejercicios serán citados, ¡¡pero atención!! ¡No deben ser realizados sin orientación ni prescripción profesional!

Para aumentar la fuerza de labios: estalo, protrusión, retracción, lateralización, vibración, soplo, succión, y otros. Para aumentar la resistencia de la lengua: lateralización, elevación, estalo, protrusión, retracción, vibración, contra resistencia, y otros. Para resistencia de las mejillas: inflar – unilateral y bilateral, succión, soplo, contra resistencia.

 **Assista o vídeo**

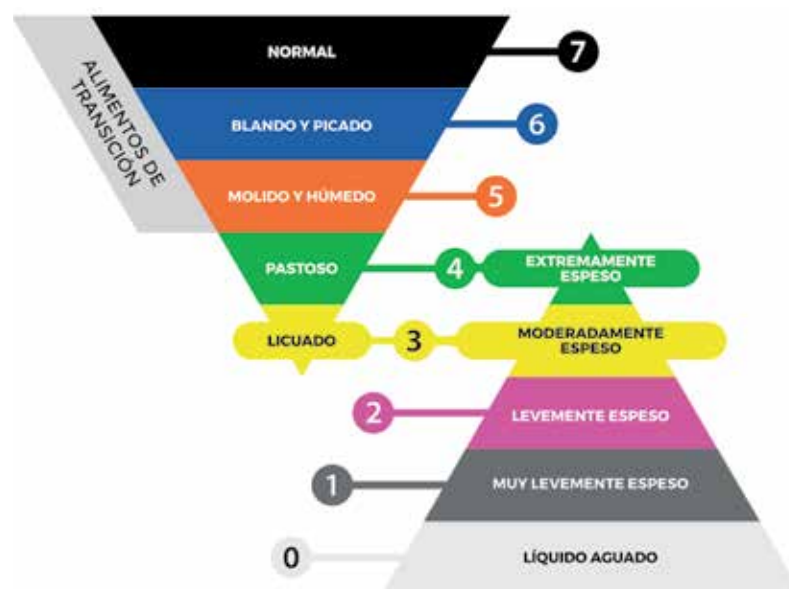


También es posible la utilización de otros medios de terapia como venda elástica, electroestimulación, masajeador, técnicas térmico-gustativas, siempre asociadas a la función o ejercicios para una mayor eficacia. Asimismo se pueden utilizar maniobras posturales de cabeza o de deglución para una mejor protección de la vía aérea y facilitación de la deglución segura.

El objetivo de las maniobras primeramente es facilitar la deglución funcional del paciente, a través de movimientos compensatorios. Gradualmente y en la medida posible, dependiendo de la evolución del caso, se pide al paciente que vaya retirando los recursos compensatorios, intentando reintroducir la deglución basal, previa al ACV.

Cuando posible y de forma segura, se le permitirá al paciente la ingesta vía oral. En este caso se adaptará la consistencia. Con respecto a la nomenclatura, encontrará innumerables y distintas, debido a que no existe una estandarización nacional y mundial para las consistencias alimentarias. Existe una iniciativa para estandarización por parte de la IDDSI (International Dysphagia Diet Standardization Initiative). Incluye líquidos y alimentos con descripciones, no con texturas relacionadas a productos comunes, como jarabe o miel o néctar.

Existen **ocho niveles** de espesor y textura:



DIETA

Líquida



Líquida pastosa



Pastosa



Semisólida



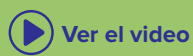
Libre



Los líquidos también pueden ser espesados.

Cuando sea necesario, y de acuerdo con la recomendación fonoaudiológica, los líquidos también pueden ser espesados en tres consistencias: néctar, miel y budín. Para llegar a esas consistencias, se utiliza espesante alimenticio, un polvo que espesa el líquido sin alterar el olor ni el sabor. Las orientaciones siempre estarán presentes en el propio embalaje, y también serán indicadas por el profesional.

¡¡ATENCIÓN!! Algunos alimentos modifican su consistencia cuando son puestos en la boca, volviéndose líquidos. Por lo tanto, no son recomendados para quien emplea espesante. Ejemplo: helado, palito helado, gelatina, etc.



Algunas orientaciones en el ofrecimiento de alimentos vía oral son fundamentales para la seguridad en la ingesta:



- Siempre sentarse erguido. En caso de estar en la cama, se debe elevar la cabecera. Nunca ofrezca alimento, líquido o medicamento a la persona con disfagia después de ACV cuando ella se encuentre acostada. El fisioterapeuta y terapeuta ocupacional orientarán y auxiliarán en el mejor posicionamiento posible;
- Comer en lugar tranquilo, evitando distracciones como televisión, radio o muchas personas conversando;
- Ofrecer pequeñas cantidades de alimento/líquido a la vez, con calma, esperando la completa deglución antes de ofrecer alimento nuevamente;
- Se pueden adaptar los utensilios y muebles según la necesidad, normalmente orientadas por el terapeuta ocupacional, buscando la mayor independencia posible;
- Ante la sospecha de un síntoma de penetración/aspiración traqueal, es necesario suspender la alimentación y comunicarlo al equipo o profesional responsable.

¡¡IMPORTANTE!

Realice la higiene oral diariamente y después de cada comida. Aún cuando no hay ingestión vía oral, la higiene debe ser realizada tanto en la cavidad oral, como en las prótesis dentales. Además del bienestar, la higiene ayudará en la prevención de infecciones.

ALIMENTACIÓN SALUDABLE PARA PACIENTES CON DISFAGIA.

Para pacientes con alteración en la consistencia alimentaria, por ejemplo, que ingieren alimentos pastosos o licuados, puede ser seguido el mismo principio, aunque con alimentos en cortes menores, bien cocidos o triturados, conforme a la orientación fonoaudiológica.

Asegurar una alimentación equilibrada, lo que muchas veces no ocurre cuando adaptamos la consistencia de los alimentos, tendiendo a elegir opciones más grasosas y con almidones, facilitando la masticación. Sin embargo, utilizando técnicas culinarias, es posible adaptar diversos alimentos a la consistencia pastosa, sin perder la variedad de los nutrientes.



ALGUNAS SUGERENCIAS DE PREPARACIONES Y ALIMENTOS CON MODIFICACIONES EN LA CONSISTENCIA, SEGÚN ORIENTACIÓN DE FONOAUDIOLÓGÍA.



Pan, Cereales, Arroz y Pastas

Puede consumir todos los que puedan ser transformados en puré, como: arroz blanco, mandioca, patata salsa y batata bien cocidos y pisados, polenta, caldo de arroz licuado. Papa de pan, solamente cuando sea permitido por el fonoaudiólogo.



Papillas

Utilizar en la preparación de papillas: avena (copos finos y harina), almidón de maíz y harina de arroz. Atención: algunas harinas industrializadas contienen azúcar, y por eso es importante cuidar el consumo excesivo, principalmente en las personas diabéticas.



Verduras y legumbres

Vegetales cocidos y pisados: zanahoria, cayote, remolacha, zapallo, coliflor, brócolis.

Las verduras de hojas pueden ser licuadas junto con la preparación de otros alimentos, como porotos con repollo a la manteca.



Frutas

Frutas crudas o cocidas transformadas en puré: manzana, pera, banana, papaya, abocado.

Jugo de frutas licuado (espesar si fuese necesario)

Licuado de frutas (puede agregar avena y licuar).



Leche y Derivados

Leche espesada con harina para hacer la papilla. Yogurt, budines, flanes (cuidar con azúcar).



Carnes, Aves, Pescados y Huevos

Carnes (pollo, vacuna, porcina y pescado) bien cocidas y licuadas.



Leguminosas (porotos, arvejas secas, garbanzos y lentejas)

Caldo y granos licuados (forma de crema).



Aceites y azúcares

La recomendación para aceite vegetal es de 1 litro al mes, para una familia de cuatro personas. Cuidar el consumo excesivo de jalea, miel y dulce de leche, principalmente en personas diabéticas. Precaución con jaleas que contienen trozos o semillas de frutas, pues pueden dificultar la masticación.



Condimentos

Usar sal con moderación, siendo recomendado una cuchara de té de sal al día por persona. Condimentar la comida con ajo, cebolla y todos los condimentos naturales frescos o deshidratados, como orégano, perejil, cebolla de verdeo y otros. No usar condimentos listos industrializados, porque contienen mucho sodio.



Sopas

En el caso de la ingestión de sopas, es importante que las recetas contengan alimentos variados y con fuentes de los diversos grupos alimentarios, como en el modelo del plato de la alimentación sólida: opción de carne, opción de almidón y opciones de legumbres.



Sandwich

Válido para consumo en el día o en la noche: utilizar una fuente de proteína (queso o carne), hortalizas como pepino, y zanahoria. Recomendamos panes integrales.

Otras orientaciones importantes:

- Buena hidratación, independiente del consumo de líquidos espesados. La hidratación adecuada para la mayoría de las personas debe ser de 1,5 a 2 litros de agua al día, pudiendo variar según el clima y el estado de salud.
- Respetar la sensación de apetito y saciedad, evitando comer por impulso o para compensar momentos de tristeza, frustración o alegría. En general, la recomendación es alimentarse en intervalos regulares, según cada organismo, evitando no desayunar o pasando muchas horas sin alimentarse, para evitar la posterior compensación.
- La recomendación internacional es consumir 400g de vegetales (frutas, verduras y hortalizas) al día. Por consiguiente, si usted consume tres frutas al día, verduras y hortalizas en el almuerzo y cena, de acuerdo con el modelo del plato, alcanzará este objetivo.
- Así, es posible mantener la alimentación saludable incluso en consistencias diferentes de lo habitual.

EJEMPLOS DE MENÚS ADAPTADOS



Desayuno y sandwiches:

- Papilla/Papilla de leche batido con frutas y avena.
- Yogurt
- Vitamina de fruta con leche
- Fruta pisada con avena en copos finos

Observação:

Puede variar las frutas diariamente.



Almuerzo y cena

- Porotos licuados o bien cocidos y pisados + arroz bien cocido y pisado + legumbres bien cocidas y pisadas.
- Sopa licuada (Incluir un tipo de carne + papa/mandioca/fideos + legumbres y/o verduras + porotos/arvejas/lentejas).
- Puré de papas/mandioca/zapallo + salsa de carne (carne desmenuzada o licuada) o caldo de porotos. Consejo: puede batir el caldo de porotos con carne para dar consistencia.
- Polenta + legumbres pisadas + salsa de carne (carne desmenuzada o licuada) o caldo de porotos.
- Postre: fruta pisada, preferentemente.

CONSEJO:

Utilizando la biomasa de banana verde como espesante:

Algunos alimentos poseen la propiedad de espesar las preparaciones, tales como el almidón de maíz, fécula de mandioca/papa/batata, harina de trigo/avena/arroz y fécula de maíz. Además de estos, la biomasa de banana es una materia prima extraída de la banana verde cocida, que presenta la propiedad de espesar las preparaciones y así puede ser utilizada en jugos, pastas y diversas preparaciones.



Recetas

Biomasa de banana verde:

Ingredientes: Bananas bien verdes y agua para la cocción.

Preparación: Lavar muy bien las bananas con cáscara. En una olla a presión colocar a hervir el agua (cantidad que cubra las bananas), cuando el agua hierva poner las bananas y tapar la olla a presión. Cuando la olla empieza a chillar, contar cinco minutos y apagar el fuego. Esperar que el vapor se evacúe naturalmente. Abrir la olla y retirar las bananas, pelar y colocar las bananas todavía bien calientes en la licuadora, agregando un poco del agua caliente de la cocción para dar consistencia. Como no tiene gusto, esta preparación puede ser agregada en recetas saladas y dulces.

Caldo de vegetales:

Ingredientes: 1 litro de agua, 1 nabo, 2 zanahorias, 1 diente de ajo, 1 cebolla, 1 mandioca, 1 mazo de berro, 1 batata, 1 cucharada sopera de aceite de oliva extra virgen, 1 cucharada sopera de biomasa de banana verde, albahaca a gusto y sal con moderación.

Preparación: Cocinar los ingredientes por 1 hora y escurrirlos. Agregar 1 cucharada sopera de biomasa y revolver. Licuar y colar.

Para obtener la receta en las diferentes consistencias, adicionar la cantidad de diluyente descrita abajo en cada 100ml de la receta lista.

Diluyente	Consistencia		
Agua (ml)	Miel	Néctar	Aguado
	14 1 cucharada sopera	71 1/3 taza de té	171 1 taza de té

Si prefiere, dosificar el agua con un vaso graduado para facilitar.

Caldo de pollo simple:

Ingredientes: 400g de pollo deshuesado y cortado en trozos, 2 batatas medianas cortadas en cubos, 1 taza (té) de arroz integral, 1 cucharada sopera de aceite de oliva extra virgen, 1,5 litros de agua hirviendo, cebolla de verdeo, apio, ajo a gusto y sal con moderación.

Preparación: Rehogar el pollo en aceite y ajo aplastado. Añadir las papas y la sal y agregar 1,5 litros de agua hirviendo. Cocinar por 40 minutos. Añadir el arroz y dejar espesarse. Añadir la salsa y la cebolla de verdeo, licuar y colar.

Para obtener la receta en las diferentes consistencias, adicionar la cantidad de diluyente descrita abajo cada 100ml de la receta lista. da receita pronta.

Diluyente	Consistencia		
Agua (ml)	Miel	Néctar	Aguado
	50 3 cucharadas soperas	100 1/2 taza de té	186 1 taza de té

Si prefiere, dosificar el agua con un vaso graduado para facilitar.



Recetas

Mousse de mango y yogurt light:

Ingredientes: 2 mangos medianos, pelados y sin carozo, 2 cucharadas soperas de biomasa de banana verde, ½ pote de yogurt natural descremado, ½ sachet de gelatina sin sabor, ¼ de taza (té) de agua, 2 claras de huevo.

Preparación: Pelar los mangos y trozarlos. Colocar los trozos mangos y la biomasa en una licuadora y licuar hasta obtener una crema homogénea. Reservar. Disolver la gelatina en ¼ de taza (té) de agua, de acuerdo a las instrucciones del embalaje (250 ml). Colocar las claras en un recipiente y batir hasta el punto de nieve. Verter la crema de mango, el yogurt, la gelatina disuelta y las claras a nieve en un recipiente. Mezclar delicadamente. Mojar una horma para budín con agua. Añadir el mousse y llevarlo a la heladera al menos por 4 horas. Retirar el mousse de la heladera y retirarlo de la horma, licuar hasta que quede cremoso y servirlo inmediatamente después.

Para obtener la receta en las diferentes consistencias, añadir la cantidad de diluyente descrita abajo cada 100 ml de la receta lista.

Diluyente	Consistencia		
Agua (ml)	Miel	Néctar	Aguado
	114 ½ taza de té + 1 cucharada soperas	143 2/3 taza de té	371 2 taza de té

Si prefiere, dosificar el agua con un vaso graduado para facilitar.

Helado de banana:

Ingredientes: 1 taza (té) de banana pisada, 1 cuchara (té) de jugo de limón, 3 cucharadas soperas de azúcar rubia (de caña), 3 cucharadas soperas de biomasa de banana verde, ½ cuchara (té) de sal, 1 huevo batido, 100ml de leche de coco, 1 cuchara (té) de esencia de vainilla, 1 taza (té) de crema de leche.

Preparación: Licuar la banana, el jugo de limón, el azúcar y la sal. Añadir el huevo, la crema de leche, la biomasa, la leche de coco y la vainilla. Pasar por un tamiz fino. Batir separadamente la crema de leche hasta que se afirme, mezclar todo con cuidado y guardar en el congelador.

Para obtener la receta en las diferentes consistencias, adicionar la cantidad de diluyente descrita abajo cada 100 ml de la receta pronta.

Diluyente	Consistencia:		
Agua (ml)	Miel	Néctar	Aguado
	114 ½ taza de té + 1 cucharada soperas	143 2/3 taza de té	371 2 taza de té

Si prefiere, dosificar el agua con un vaso graduado para facilitar.

CUIDADOS DE LA ALIMENTACIÓN QUANDO SON SUMINISTRADOS ANTICOAGULANTES ORALES

Los anticoagulantes orales son medicamentos conocidos para afinar la sangre, reducir la formación de coágulos y prevenir eventos cardíaco y neurovasculares, como el ACV. Algunos anticoagulantes, como la Warfarina, son antagonistas con la vitamina K.

La vitamina K auxilia en la formación de los factores de coagulación, dejando la sangre “más gruesa”, o sea, posee un efecto inverso del anticoagulante que tiene la finalidad de “afinar” la sangre.

Los vegetales de hojas verdes oscuras son los que contienen la mayor concentración de vitamina K, como, por ejemplo, espinaca, brócolis y algunos tipos de lechuga. Sin embargo, otros alimentos no tan verdes, como repollo y coliflor, pueden contener concentraciones elevadas de ésta vitamina.

Las segundas mayores fuentes de ésta vitamina son los aceites y grasas. Alimentos fritos u hojaldres, salsas a base de aceite, enlatados, manteca, margarina y otros, deben ser consumidos en cantidades reducidas.

Los alimentos ricos en vitamina K son nutritivos e importantes para el buen funcionamiento del organismo, inclusive, para la salud ósea. Por lo tanto, más importante que retirar completamente los alimentos fuentes de vitamina K de la dieta, es mantener la ingestión regular y constante, para mantener la coagulación estable.



ORIENTACIONES NUTRICIONALES QUANDO SON SUMINISTRADOS ANTICOAGULANTE ORAL



- Evitar bebidas alcohólicas: aumenta el riesgo de sangrado;
- Productos industrializados a base de aceites, salsa o hierbas: salsa lista, sopa de paquete, condimentos listos;
- Alimentos conservados en aceite: sardinas en lata;
- No substituir el almuerzo y la cena por sandwiches y bocadillos;
- Preparar los alimentos con la menor cantidad posible de aceites y grasas, ya que la grasa contiene vitamina K y hace que este aumente en algunos alimentos;
- No condimentar la ensalada con aceite;
- El uso de medicamentos fitoterapéuticos debe ser comunicado al médico. Evitar el uso de fitoterapéuticos, como: castaña de la India (comprimido), casia, tamarindo, flor de maracuyá (pasiflora), ginkgo biloba y ginseng (panax);
- Retire cáscaras de frutas y legumbres: poseen mayor concentración de vitamina K que la pulpa;
- Substituir la manteca y la margarina por queso blanco
- Las preparaciones vegetales secas y congeladas no difieren del contenido de la vitamina en comparación con los vegetales frescos;
- El café no afectará la anticoagulación.

¡ESTÉ ATENTO!

- Evite el cambio brusco de la alimentación: aumentar o disminuir el consumo de alimentos ricos en vitamina K;
- Avise a su médico sobre el uso de otros medicamentos, suplementos o alteración en la alimentación habitual.

¿Y CUÁNTO DEBO COMER?

- Abajo presentamos una lista que contiene los alimentos estudiados en Brasil que contienen mayor cantidad de vitamina K. Por lo tanto, estos deben ser ingeridos con moderación. Para facilitar, elija uno de los alimentos para ingerir en el día, y no consuma ningún otro de esta tabla el mismo día.

ALIMENTO	NO SUPERAR
Higo	06 unidades medianas
Kiwi	02 unidades
Manzana con cáscara	04 unidades medianas
Uva	01 racimo grande
Brócolis	01 mediano
Col	01 cucharada sopera
Repollo de Bruselas	02 cucharadas soperas
Coliflor	03 ramos grandes
Espinaca Cocida	01 cucharada sopera
Pepino con cáscara	01 unidad grande
Pepino en conserva	06 unidades pequeñas
Repollo	02 cucharadas soperas
Ensalada de hojas	01 cucharada sopera
Nueces	20 unidades
Aceite de soja	04 cucharadas soperas

CONTROL DE LA INGESTIÓN DE SODIO Y LECTURA DE RÓTULOS



La sal de cocina, o cloruro de sodio, es conocida fuente de sodio en la dieta habitual, se recomienda no adicionar sal a los alimentos para controlar la presión arterial y mejorar la circulación corporal.

Es importante estar atento a otros alimentos que puedan contener sodio en su composición.

Alimentos industrializados generalmente contienen sodio en su composición, para aumentar el sabor y para su conservación.

Atención con los alimentos industrializados durante la compra. En el rótulo, identifique la información nutricional, cantidad de sodio descrita. Consumir alimentos con menos de 480mg de sodio por porción. Recuerde que una porción no es todo el embalaje, y sí una cantidad específica determinada como estándar para cada tipo de alimento. Por ejemplo, para un paquete de pan, generalmente una porción corresponde a 2 fetas o 50g.

Otros ejemplos de alimentos con grandes cantidades de sodio son: embutidos como salchichas, chorizos, jamones y salames; quesos y quesos crema, alimentos en conserva y enlatados, condimentos industrializados, sopas y cremas de paquete, salsas listas, saladitos y bizcochos.

 [Ver el video](#)

 [Ver el video](#)

TERAPIA OCUPACIONAL

La mayoría de las personas después de un Accidente Cerebrovascular - ACV podrán presentar deficiencias: de equilibrio, de movimiento en uno de los brazos o una de las piernas, en la sensibilidad, visuales de percepción y cognitivas, entre otras. Estas deficiencias pueden ocurrir en grados variados e interfieren directamente en el desempeño de las actividades del día a día de la persona afectada.

El tratamiento de terapia ocupacional en el paciente después del ACV es fundamental para la recuperación motora y así poder desempeñar las actividades de la vida diaria, de la vida instrumental, del esparcimiento y del trabajo con autonomía e independencia.

La recuperación de la independencia es muy importante, tanto para el paciente como para sus familiares. Ambos deben entender que al inicio puede ser necesario el auxilio físico, que va del total al mínimo. Con la mejoría progresiva del paciente la necesidad de auxilio de otra persona puede ir desde preparar la tarea hasta supervisarla, para lograr su independencia.

Los familiares pueden ayudar dejando al paciente para que ejecute las actividades, aunque demore, pues la independencia pasa por el entrenamiento diario, mejorando así las habilidades. Otra forma de alcanzar la independencia es encontrar diferentes maneras de ejecutar las actividades que surgen en el día a día del paciente.

Los familiares deben considerar que las dificultades visuales, de lenguaje y cognitivas también perjudican la ejecución de las actividades y son más difíciles de comprender. En situaciones en que no es posible el uso del brazo más afectado, éste deberá estar siempre posicionado de forma adecuada y en el campo visual del paciente.

Estos aspectos deben ser tratados con el terapeuta ocupacional que acompaña al paciente, pues readquirir las diversas actividades puede ser muy frustrante, si no es bien conducido.



 [Ver el video](#)

¡Retomar la independencia es una tarea que puede ser ardua y lenta, pero reconfortante!

Actividades básicas de la vida diaria - ABVDs:

Son actividades orientadas al cuidado del individuo con su propio cuerpo, como **higiene personal** y **cuidados de la apariencia**.

Higiene personal y cuidados de la apariencia:

Higiene Oral  [Ver el video](#)

Abrir la pasta dental:

Cuando el paciente no consigue sujetar la tapa la pasta dental con el pulgar y el índice, podrá sujetarla entre el índice y el dedo medio y así rueda el tubo de la pasta dental con la otra mano.



Otra forma es sujetar el tubo con la mano más afectada y abrir la tapa con la otra mano. Colocar la pasta en el cepillo de dientes, que ya debe estar sobre la piletta.



Uso de hilo dental:

El hilo dental puede ser pasado entre los dientes con estos adaptadores, que pueden ser usados, con solo una de las manos.



Se recomienda el uso de cepillo de dientes eléctrico en dos situaciones:

1. Cuando la mano dominante estuviese con movimientos reducidos y no existe posibilidad de realizar un buen cepillado;
2. Si el paciente estuviese con sus movimientos marcadamente disminuidos en su mano dominante y tuviese que usar la otra mano y la misma no presenta una coordinación suficiente, para un buen cepillado.



Cepillo fijo para dentadura removable:

Para limpiar la dentadura con una de las manos. El lado de las cerdas curvas, las mismas tiene largos diferentes para facilitar la limpieza en áreas más difíciles de su dentadura. Las ventosas mantienen el cepillo en la posición vertical.

Lavar las manos:

Es posible usar un cepillo fijo con ventosas a la pileta o en el azulejo de la ducha.



Uso del inodoro:

Dependiendo de las alteraciones de equilibrio o de otras condiciones de movilidad reducida, se recomienda la elevación del inodoro con protección a los costados, evitando así posibles caídas.

Papel Higiénico Separado en Hojas:

El papel higiénico puede estar previamente cortado por el propio paciente o comprado ya cortado, como indica la imagen.



Cortar las uñas:

Una de las dificultades de los pacientes post-ACV puede ser la de cortar sus uñas de la mano menos afectada. El uso de esta adaptación lo hace posible, cuando hay movimiento suficiente, pero no consigue manipular el cortador, por ser demasiado pequeño. Una pequeña tabla con una fina lima pegada puede ser fijada en la mesa para limar las uñas. Un cortador de uñas puede ser estabilizado de la misma manera.

Limar las uñas:

Si hubiese dificultad para manipular la lima, se puede engrosar la misma con materiales engomados o epoxi, aumentando así la empuñadura.

[▶ Ver el video](#)



Secar el cabello:

Un secador de cabello fijado a la pared puede ser útil. El secador es fijado de modo que permita que el paciente seque el cabello con uno de sus brazos o se posicione de forma que compense los movimientos limitados.

[▶ Ver el video](#)

Peinar el cabello:

Otra opción sería el cepillo giratorio, que puede ser entrenado para usar con una sólo mano, mientras el uso de las dos no fuese posible.





BAÑARSE

El baño es una actividad que requiere cuidados especiales cuando el paciente presenta capacidad funcional reducida.

 [Ver el video](#)

La actividad comprende obtener y usar utensilios, enjabonar, enjuagar y secar las partes del cuerpo, mantenerse en la posición de baño y cambiar de posición. El uso de adaptaciones y modificaciones en el ambiente facilita el desempeño de esta función con más independencia y previene caídas.

Para contribuir con la participación constante del brazo más afectado es hacer que el mismo realice parte de la acción de lavar al otro brazo. La mano sujeta la esponja y la mueve, aunque sea de forma lenta. Si el movimiento fuese insuficiente, el terapeuta o el cuidador puede auxiliar sujetando y moviendo el brazo para que lave al otro.



Al lavar las piernas es fundamental la participación del brazo y pierna más afectados. De esa forma, la hora del baño también será un momento de estímulo a la mejoría de la funcionalidad de la mano y pierna más afectada.

A continuación, algunas estrategias para facilitar el baño y prevenir caídas:

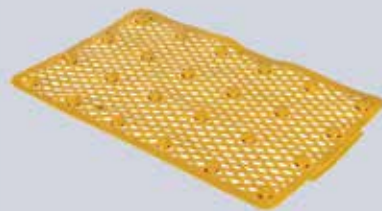


Instalación de barras de seguridad y apoyo próximas a la ducha para facilitar el movimiento.



Silla de baño (ruedas trabadas) o silla con los pies engomados apoyada en la pared.

Colocación de alfombra de goma bien fina.



Otras sugerencias para facilitar el baño:

- Jabón acoplado a la esponja, fijado a un cordón, o barra de jabón dentro de una media, atando el final de la misma en la barra de apoyo, o el uso de jabón líquido en frascos con válvula, que facilitan la colocación del jabón en la esponja;
- Guante con toalla, esponja grande y/o cepillo de mango largo para lavar la espalda y los miembros inferiores;
- Cambio de box de acrílico/vidrio por cortina plástica; pues facilita el acceso de la silla de ruedas y/o baño;
- Dependiendo de la situación, los bancos de pared articulables también pueden ser útiles;
- Para enjuagar su espalda, el paciente puede pasar la toalla por arriba de un hombro y luego tomarla atrás, sujetar la otra extremidad y tirar de la toalla cruzada en la espalda. Repetir el procedimiento sobre el otro hombro.

ROPA

Organice sus ropas antes de ponérselas y vístase sentado.



Esta actividad comprende seleccionar las ropas de acuerdo con la hora del día, con el clima y la ocasión. Vestirse y desvestirse adecuadamente y de manera secuencial, ajustar y cerrar las ropas y zapatos, ponerse y retirar dispositivos personales, como prótesis y órtesis, y los accesorios.

Estrategias como:

- Organice sus ropas antes de ponérselas y vístase sentado;
- Usar ropas cómodas.

Vestir la parte superior del cuerpo  [Ver el video](#)

Ropas abiertas adelante:

Ropas abiertas adelante: posicionar la prenda de ropa (saco, camisa, etc.) sobre las rodillas con la cavidad de la manga hacia arriba y la propia manga colgada entre las rodillas. Inclinar hacia adelante, poniendo el brazo más afectado en la manga. Sentarse recto y terminar de vestirse.



Sugerencias para facilitar la independencia en el momento de vestirse.

- Los botones delanteros de la camisa pueden ser abotonados con una mano sola, después de practicarlo. Para abotonar y desabotonar la camisa empiece por el último botón. Pueden substituirse botones por velcro;
- Una alternativa para ponerse la camisa de manga larga de forma independiente es coser los botones del puño con hilo de látex y abotonarlos antes de ponérsela;
- Uso de adaptación para ropa como un gancho para abotonar la ropa;
- Utilice argollas, anillos o cordones para tirar del cierre;
- Corbata con cierre: uso de corbata con cierre, que es más fácil de ajustar.

Diferentes opciones para el uso del corpiño:

1. Corpiño del tipo nadador.
2. Corpiño con cierre frontal.
3. Corpiño con cierre en la espalda, aunque se cierra el mismo, antes de vestirlo.

Observación: tanto para el uso del tipo nadador, como el más común (cerrado antes de vestirlo), las recomendaciones son las siguientes: ponerse el corpiño por arriba del cuerpo (como si fuese una camiseta), introduciendo primero el lado más afectado o ponérselo por debajo y subirlo hasta la cintura e introducir primero el brazo más afectado.

Vestir la parte inferior del cuerpo: Ver el video

Bermuda o pantalón:

Para ponerse una bermuda o pantalón, se recomienda sentarse, para evitar caídas. El paciente debe estar sentado y la pierna más afectada cruzada sobre la otra. Para ponerse la bermuda, la otra pierna es vestida de la forma habitual.



En pie el paciente pasa la bermuda por la cadera con las dos manos.

Ponerse las medias:

Ponerse medias y zapatos puede ser más fácil sentado con los pies apoyados o cruzando las piernas;

 [Ver el video](#)



Dejar las medias dobladas hasta el tobillo. Este procedimiento facilita a la hora de ponérselas.

Al desvestirse:

Sacar la ropa es más simple que ponérsela. Es importante que el paciente sea capaz de desvestirse solo y que involucre todo el cuerpo en la acción.



Se debe encontrar formas alternativas de desvestirse.

ALIMENTACIÓN

Actividad que permite que el paciente se sirva, prepare y lleve la comida a la boca..

Con la práctica funcional diaria podrá recuperar las habilidades para su independencia:

 [Ver el video](#)

Mantel individual antideslizante:

Use mantel individual antideslizante para apoyar el plato. Esto permite que el mismo no se deslice en la mesa.



Beber en un vaso:

Es importante que la mano más afectada participe del acto de beber. Si fuese necesario, la otra mano auxilia. Intente involucrar la mano más afectada en las actividades como beber líquidos en un vaso o taza, como forma de estimular el uso de esa mano, porque cuanto menos el paciente post-ACV usa la mano afectada, menos serán las posibilidades de mejoría de la misma.

Alimentación:

Beber con taza de dos asas:

La taza puede ser sujeta con una o las dos manos, dependiendo de la cantidad de líquido. Si fuese necesario, realice un soporte externo (con la mano) en el codo del lado más afectado, para que el mismo no se deslice sobre la mesa.



Cubiertos:

Los ensanchadores de cubiertos aumentan la empuñadura, facilitando así su manejo. Puede ser usado tanto con la mano más afectada, o si tuviese que alimentarse con la mano no dominante.

[▶ Ver el video](#)

Plato:

Con relación al plato, puede ser usado un plato con borde o agregar un borde en el plato. El borde en el plato puede ser usado cuando no hay posibilidad del uso de las dos manos para alimentarse. Es una protección que permite que los alimentos sean colocados en el tenedor con una mano sola.



Delimitar el borde del Plato:

Colocación de cinta adhesiva con color contrastante para delimitar visualmente el borde del plato. Esta sugerencia es necesaria solamente cuando el paciente busca los alimentos fuera del plato, por un déficit de percepción.

Cortar los alimentos:

Para cortar los alimentos existen adaptaciones que auxilian en esta acción. Cuando la mano más afectada estuviere con los movimientos marcadamente disminuidos, puede quedarse apoyada sobre la mesa y la otra corta los alimentos. El uso de cuchillo con lámina curva o cortador de pizza permite cortar los alimentos con una mano sola, pues no es necesario sujetar el alimento que está siendo cortado.



Movimientos de la mano más afectada:

Si los movimientos de la mano más afectada lo permiten, esta podrá sujetar el cuchillo con su mango ensanchado, posicionada en el borde del plato, auxiliando así a poner la comida en el tenedor. Si hubiese posibilidad de practicar, utilizar la mano más afectada para sujetar el tenedor, con el mango ensanchado, para que la otra corte el alimento, como, por ejemplo, alimentos más fáciles de ser cortados, como las papas, legumbres, pizza y otros.

Limpiarse la boca:

El paciente debe ser orientado a limpiarse toda la boca. Cuando hay alteración de la sensibilidad puede no percibir residuos de alimentos en el lado más afectado. Sugerencia: comenzar y terminar en el mismo lugar.





ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE VIDA DIARIA-AIVDs

Restauración de la competencia en las actividades domésticas.

Después que el paciente haya adquirido independencia en las actividades básicas y instrumentales de la vida diaria (cuidados personales), la competencia en las actividades domésticas puede ser incorporada para aumentar los sentimientos de autoestima y eficacia.

Es importante que se evalúe cuidadosamente el desempeño en las actividades domésticas para determinar:

- Cuáles actividades pueden ser realizadas con seguridad;
- Actividades que pueden ser realizadas con seguridad si fuesen modificadas o adaptadas;
- Acciones que no pueden ser realizadas con seguridad y deben ser designadas a otra persona.

El retorno a esas tareas va a depender también de aquellas que el paciente necesitará hacer, así como de las que le gustaría realizar. Los valores culturales o familiares relativos al miembro de la familia que tuvo el ACV pueden influenciar en las expectativas de los roles y el ánimo para su independencia.

La posibilidad financiera, como instalación de rampas y de barandas, adquisición de sillas de baño y la voluntad de hacer modificaciones también pueden ser determinantes, como la remoción de alfombras y muebles extras, reorganización de utensilios de cocina, adecuación de la altura de los objetos personales y otros.

Sugerencias para algunas tareas

Administración de medicamentos y el mantenimiento de la salud:

Uso de agendas para las consultas y otros compromisos y dispositivos que auxilien en la administración de los horarios correctos de los medicamentos.



Administración de las finanzas:

El paciente puede ser capaz en un inicio administrar pequeñas cantidades de dinero, o necesitar un reentrenamiento en las actividades que requieren administración de dinero, como realizar compras, controlar su cuenta bancaria o realizar un presupuesto.



Preparación de alimentos:

Muchas veces el paciente necesita ayuda para realizar aquellas tareas que deben ser ejecutadas con las dos manos. Se puede ayudar al paciente en el momento en que necesite el auxilio o adecuar el ambiente con utensilios de cocina que mejoren la función. Por ejemplo, el uso de peladores de legumbres con mangos de empuñadura mayor.

Tabla de carne:

Uso de tabla de carne con revestimiento inferior antideslizante y con clavos de acero inoxidable, para estabilizar carnes y legumbres y frutas para cortarlas.



Tareas de ordenar y de limpieza de la casa:

Usar un carrito multiuso de altura cómoda para transportar varios artículos de una sola vez.



Ajuste de Objetos:

Ajustar la tabla de planchar, para que sea posible sentarse para planchar la ropa. Uso de alcanzadores para agarrar objetos en lugares más difíciles. Uso de palas y cepillos con mango largo para juntar la basura y evitar inclinarse.



MOVILIDAD EN LA COMUNIDAD

Alternativas de movilidad urbana.

Es común que las personas procuren en su barrio casi todo lo que necesitan. Internet y los correos también ofrecen recursos valiosos, pero estos pueden ser inaccesibles para algunos e insatisfactorios en términos de interacción social.

La movilidad incluye desplazarse como peatón, en bicicleta, usar transporte público, conducir un vehículo, llamar un taxi o hacer uso de aplicaciones de transporte.

El entrenamiento del desplazamiento (con los diferentes auxilios de movilidad que van desde sillas de ruedas hasta bastones) por las calles más cercanas de donde vive el paciente, tal como cruzar la calle con seguridad, es necesario y se realiza de forma gradual.

Se debe analizar si el ambiente de la comunidad y de los servicios es facilitador, tales como aceras rebajadas, tiempo hábil en los semáforos, rampas y elevadores. El terapeuta ocupacional orienta y entrena al paciente y a sus familiares para adquirir confianza a través del enfrentamiento en las propias tareas en la comunidad.



Transporte público:

El uso del transporte público una vez más pasa por la práctica de subir y bajar del ómnibus, así como estar dentro de éste de forma segura, procurando los lugares destinados a personas con necesidades especiales y verificando si en su ciudad existe el pase gratuito o de valor rebajado.



Conductor con movilidad reducida:

Conducir es una meta frecuentemente deseada ya que forma parte del cotidiano de muchos adultos. Alcanzar este objetivo demuestra cuánta independencia fue conquistada. Muchas veces eso sólo es posible con vehículos adaptados especialmente para atender a las necesidades de un conductor con movilidad reducida.

Independencia con seguridad es difícil de resolver, pero pacientes, familiares y el equipo deben realizar un balance para que volver a conducir sea un acto seguro. Las recomendaciones son la evaluación de las funciones físicas, visuales, cognitivas y conductuales que deben ser realizadas por diversos profesionales, antes de reasumir la dirección.

El paciente puede pasar por el proceso de habilitación especial o también ser usuario de automóvil (estados más graves) para tener derecho a las exenciones de impuestos en la compra de un vehículo cero kilómetro. Se debe solicitar también la credencial para estacionar en los espacios reservados para personas con discapacidad (Cruz de Malta).





ACTIVIDADES DE ESPARCIMIENTO

La participación activa en el esparcimiento mantiene a las personas con ánimo de vivir.

Reintegración social y en actividades de esparcimiento:

Las actividades de diversión y esparcimiento son aspectos que deben ser considerados como esenciales en la vida de las personas post-ACV y el equilibrio en todas las áreas de desempeño ocupacional es fundamental para su calidad de vida. La participación activa en el esparcimiento mantiene a las personas con ánimo de vivir. El terapeuta ocupacional debe, junto con los familiares, identificar las actividades de esparcimiento en que el paciente participaba y de aquellas que el paciente deseaba alcanzar algún día.

Se sugiere realizar un estudio de recursos comunitarios para poder motivar y combinar intereses y capacidades.

Los objetivos del esparcimiento pueden abarcar los siguientes aspectos:

- Usar el tiempo libre de manera significativa;
- Desarrollar o mejorar las habilidades de socialización;
- Aumentar las capacidades físicas, como fuerza, amplitud de movimientos, coordinación y resistencia;
- Facilitar los componentes emocionales, como autoestima, confianza y relajación;
- Mejorar los componentes cognitivos, como mantener la atención y seguir instrucciones.

Bordar:

Un tipo de esparcimiento puede ser los trabajos manuales, como pintar o bordar y existen bastidores que auxilian a bordar solo con una mano.



Jardinería:

La jardinería promueve el bienestar de los pacientes y se pueden resolver las dificultades de movilidad ajustando la altura con cajas elevadas o colgantes.



Juegos de naipes:

Para las personas a las que les gusta jugar a los naipes existen adaptaciones que mantienen las cartas posicionadas y dirigidas hacia el jugador, cuando éste no puede usar las dos manos.

Turismo de aventura especial:

Otra forma de esparcimiento es participar de grupos tales como: para ir al cine, teatro, cenas y bailes. Se sugiere consultar en la comunidad si brindan transporte accesible y acompañamiento para monitorear la seguridad de los participantes.

La disponibilidad de eventos deportivos para personas con necesidades especiales, tales como, surf, artes marciales, nadar en piscinas climatizadas y con elevadores especiales auxilian a las personas a mantener la práctica o adquirir nuevos deportes.

El turismo de aventura especial ha avanzado, ofreciendo equipamientos de seguridad, por ejemplo: el rafting como chalecos salvavidas, con fluctuación en la parte frontal, equipamientos de rapel con sillas de parapente para garantizar que los aventureros sin dominio de su tronco se mantengan en la posición correcta durante el recorrido. Para recorrer una senda, el paciente deberá contar con instructores capacitados en la atención a personas con movilidad reducida.





RETORNO AL TRABAJO

El beneficio del retorno al trabajo después de ACV

Reintegrarse al mercado laboral y desarrollar un medio para ganarse la vida proporciona a la persona que tubo un ACV, identidad y valor personal. Cuando no es posible desarrollar la misma actividad anterior, el trabajador puede capacitarse para encontrar una nueva función de acuerdo con sus actuales capacidades.

Antes de prepararse para retornar al trabajo la recomendación es una evaluación de las funciones físicas, cognitivas, visuales y conductuales que deben ser realizadas por un equipo multidisciplinario, dando así una visión de la capacidad funcional. También es necesario evaluar los requisitos de las diversas ocupaciones y esta evaluación auxilia para preveer el desempeño del trabajador.



Las metas para la preparación para el retorno al trabajo son:

- Alcanzar buenos niveles de tolerancia física y mejorar sus capacidades;
- Maximizar el funcionamiento cognitivo y psicosocial;
- Desarrollar comportamientos apropiados en el trabajador;
- Reducir el miedo y aumentar la confianza en la reanudación del trabajo productivo;
- Identificar problemas que puedan significar la ubicación en un empleo alternativo.

El retorno exitoso dependerá probablemente de la función adecuada en muchos aspectos de la vida, no solo del desempeño en la tarea en el propio lugar de trabajo.

El beneficio del retorno al trabajo es poder estar apto y también ver los resultados de los esfuerzos continuos de haberse rehabilitado

Informase sobre la lei para la inclusión y contratación de personas con discapacidades en el país en que la persona se encuentre. En Brasil la lei de cupos 8213/91, desde que fue creada, establece que empresas con más de 100 empleados deben destinar del 2% al 5% de sus puestos a personas con discapacidades.

PSICOLOGÍA

DAÑO EMOCIONAL

Y COGNITIVO

Cuando una persona sufre un ACV, sufre un daño en el cerebro.

Perjuicios físicos y emocionales



Al hablar de ACV necesitamos pensar en Sistema Nervioso y en Cerebro. Son ellos los que posibilitan que las personas se muevan, tengan sensaciones, vivan emociones y razonen. Cuando una persona sufre un ACV, se produce un daño en el cerebro. Esto quiere decir que, en el lugar donde ocurre el ACV hay una destrucción de células cerebrales, causando el daño o la lesión, y, dependiendo de donde esté ubicada la lesión o con que otros lugares del cerebro ella se comunica, surgirán problemas o secuelas diferentes.

A pesar de que las secuelas físicas son las más reconocidas después de un ACV, la enfermedad también es capaz de producir otros perjuicios graves a punto de impedir que la persona continúe su vida o regrese al trabajo, por ejemplo. De ese modo, además de los problemas físicos, la persona puede presentar secuelas o alteraciones cognitivas, los trastornos emocionales y las alteraciones conductuales, pueden dividirse didácticamente a través de dos grandes categorías distintas: daño cognitivo y daños emocionales-conductuales.

Daño Cognitivo



El cerebro es un órgano extremadamente especializado, responsable por cualquier cosa que hacemos, ya que maneja el funcionamiento de nuestro cuerpo, así como las habilidades necesarias para entendernos e interactuar con el mundo exterior. Tales habilidades son encabezadas por las llamadas funciones cognitivas, que son representadas principalmente, por las capacidades de: atención, memoria, planeamiento, organización y toma de decisión, percepción y noción de espacio y comunicación.

La capa más externa del cerebro, que recubre los hemisferios cerebrales, es llamada córtex cerebral y es la mayor responsable por las funciones cognitivas. Un ACV, por la obstrucción o por la rotura de un vaso sanguíneo (arteria cerebral), compromete el tejido cerebral adyacente a ese vaso (cerca o alrededor del vaso sanguíneo), haciendo que las células cerebrales que componen el tejido mueran. Esas células son responsables por algunas funciones, las cuales quedarán comprometidas o perdidas después de la lesión. Después de un ACV, por tanto, las funciones cognitivas pueden presentar alteraciones importantes, de forma aislada o combinada, comprometiéndose la funcionalidad y el desempeño del individuo en las actividades habituales de la rutina.

El grado de alteración que se observe va a depender, esencialmente, del(as) área(s) lesionada(s) en el cerebro y está directamente relacionado con el nivel de adaptación requerido tanto por parte del paciente como de las personas que lo rodeen.





ATENCIÓN

Caso Clínico

Fernanda, 45, trabajaba en una oficina con mucho movimiento y, por tanto, estaba acostumbrada a realizar innumerables tareas al mismo tiempo y a concentrarse en ambientes agitados y ruidosos. Después de sufrir un ACV, se mantuvo un tiempo en casa, sus familiares la notaron más distraída y con dificultades para concentrarse e involucrarse en las actividades de las que participaba, como ayudar en la preparación de una comida o participar de una conversación en un círculo social de amigos. Cuando recibía una indicación, como por ejemplo el horario en que la recogerían, difícilmente lo recordaba ya que cualquier estímulo del ambiente la distraía. Por ejemplo: televisión encendida o conversación de fondo.

En todo instante nuestro cerebro recibe innumerables informaciones, lo que exige de él la habilidad de filtrar los estímulos más relevantes de aquellos considerados menos relevantes. ¡Si esto no ocurriese, ninguna actividad sería posible! La facilidad y la intensidad con que esto es realizado es lo que va a indicar la capacidad de atención del paciente, o sea, la capacidad de concentrarse en algo.

Después de un ACV, es común que la persona experimente déficits en este dominio cognitivo, especialmente después de la fase aguda (fase más reciente después del ACV), lo que genera dificultades en el proceso de ejecución de varias actividades importantes, como manejar y trabajar, causando errores y distracciones; e, inclusive, en procesos más sustanciales como el aprendizaje, ya que, al no ser posible enfocar la atención en una tarea, está no será procesada ni consolidada adecuadamente de manera que pueda ser rescatada y utilizada en el futuro.

Las dificultades asociadas a la atención más comunes después de un ACV son:

- Dificultad para aislar estímulos internos o externos, convirtiéndose en personas fácilmente susceptibles a distracciones;
- Dificultad para mantener el enfoque en una única actividad específica, como ver televisión o leer un periódico;
- Dificultad para dividir la atención en innumerables tareas al mismo tiempo, como conversar mientras se sirve agua;
- Dificultad para desplazar rápidamente la atención de una actividad a otra, como también para retomar a la actividad de origen después de interrupciones (por ejemplo, tener que atender una llamada telefónica en el momento que está viendo televisión y después tardar en concentrarse nuevamente en el programa);
- Dificultad para seguir, simultáneamente, hablas rápidas y razonamientos complejos;
- Dificultad para distinguir informaciones en círculos sociales en que hay varias personas hablando al mismo tiempo y en ambientes con mucho ruido de fondo.

Orientaciones para los familiares:

- Ser paciente y estar dispuesto a repetir las informaciones, si fuese necesario;
- Informar parceladamente y en lugares silenciosos.
- Expresar informaciones e ideas de forma simplificada y objetiva: “ir directo al punto”, “hablar poco con lenguaje simple”;
- Invertir frases negativas, convirtiéndolas en positivas. Ejemplo: en vez de decir “no se olvide de esto”, decir “recuerde esto”;
- Prestar atención a la velocidad y tono del habla, evitando hablar demasiado rápidas o con una entonación de irritable;
- Pedir al paciente que repita y/o anote las informaciones dadas más relevantes de forma que se apoye en la selección y fijación de los contenidos;
- Hacer una pregunta a la vez, evitando mezclar temas;
- Escoger actividades que sean del agrado del paciente limitando su duración.



MEMORIA

Caso Clínico

Ivone, 60, fue víctima de un ACV que, entre otras secuelas, afectó su memoria. Así, ella comenzó a tener dificultades para recordar las cosas que ya había hecho en el día, así como las tareas por hacer. Por ello, su nieto percibió que ella repetía alguna actividad que ya había concluido, como ordenar la casa más de una vez, y que olvidaba con frecuencia, tomar sus medicamentos y recordar algún compromiso.

Ivone tenía el hábito de guardar objetos y dinero en lugares que, poco después, ya no recordaba donde, convirtiéndola en más dependiente de la supervisión de sus familiares. La memoria es el proceso mental responsable por la integración, almacenamiento y recuperación de las informaciones. Un ACV es capaz de causar perjuicios en esas habilidades mentales, que pueden manifestarse de diferentes formas.

En general, las memorias más antiguas, o remotas, suelen tener más posibilidades de preservarse después de la enfermedad. En contrapartida, la memoria reciente, que está relacionada a hechos inmediatos de la vida, como recordar lo que se almorzó en el día o lo que fue dicho en el noticiero de la televisión, tiende a ser más susceptible de verse deteriorada después del ACV. La memoria de corto plazo mantiene temporalmente en la mente pequeñas cantidades de información por períodos cortos de tiempo. La memoria de largo plazo, por su parte, logra almacenar la información por extensos períodos de tiempo, o por toda la vida. Pérdidas en la memoria de corto plazo están básicamente relacionadas con fallas en el proceso de recepción y almacenamiento temporal de las informaciones proporcionadas por el medio ambiente, en nuestro banco de datos mentales. Esto resulta en la rápida desaparición de tales informaciones, lo que acaba impidiendo, por ejemplo, la capacidad de recordar nuevos hechos recién sucedidos.

La memoria de corto plazo mantiene por algunos segundos o minutos la información en nuestra mente, posibilitando el flujo de aprendizaje de nuevos contenidos y, en consecuencia, la formación de nuevas memorias de largo plazo. Perjuicios en la atención y concentración del paciente, están asociados a las dificultades de memoria, obstaculizando el proceso de selección y fijación de los materiales mentales que serán útiles e importantes en el futuro. Muchas veces la persona que sufrió un ACV se queja de estar olvidadiza, pero este olvido puede estar relacionado a un perjuicio de la atención subyacente. La persona está bien distraída no consiguiendo retener la información en la memoria de corto plazo. Por ejemplo, la persona está con la cartera en la mano y la guarda en un cajón mientras piensa en otra cosa sin darse cuenta. ¡Después no puede recordar dónde guardo la cartera! En otros casos, la persona consigue almacenar la información en la memoria de largo plazo, pero no logra “buscar” esta información cuando es necesario, mostrando un perjuicio en la memoria de largo plazo.

Otro tipo importante de memoria que también puede ser afectada después de un ACV es la llamada memoria de trabajo. La memoria de trabajo, o memoria operacional, importa la capacidad de manipular mentalmente informaciones necesarias para la ejecución de una determinada tarea, como, por ejemplo, grabar “de memoria” algún número de teléfono desconocido para, luego, discarlo y llamar a alguien; o mantener en la mente y comprender informaciones necesarias para el razonamiento y el aprendizaje. Personas que sufrieron un ACV pueden presentar perjuicio en este tipo de memoria y ser incapaces de ejecutar tareas aún más esenciales en el día a día, como mantener una conversación sin perder el tema, tomar varios medicamentos correctamente y preparar comidas.

Las dificultades más comunes asociadas a la memoria después de un ACV son:

- Dificultad para recordar rostros, nombres de personas, lugares y objetos;
- Dificultad para recordar informaciones recién recibidas;
- Dificultad para recordar qué se hizo, que se estaba por hacer, o que se debería hacer y cómo hacerlo;
- Dificultad para recordar compromisos importantes, como el regreso a la consulta médica, o un evento familiar esperado;
- Dificultad para recordar la fecha actual;
- Dificultad para recordar el lugar en que fue guardado determinado objeto e inclusive dinero.

Orientaciones para los familiares:

- Estimular a la persona a anotar todo lo que necesita hacer y activar alarmas en el teléfono celular para señalar el momento en que las tareas deben ser realizadas. Si no es capaz de leer o escribir, mantener un lugar de la casa que inspire a recordar a través de “consejos”, como exponer objetos que ayuden a recordar las actividades;
- Estimular la ejecución de tareas importantes de forma inmediata, sin postergar;
- Crear una rutina diaria y ser fiel a la misma: todo siempre a la misma hora, en el mismo orden y de la misma manera;
- Establecer un lugar donde la persona pueda dirigirse para verificar las actividades y compromisos del día, y las informaciones que precisa recordar: por ejemplo, un cartel en la puerta de la heladera o una pizarra, que contenga los horarios y actividades que deben ser realizadas en el día e informaciones puntuales como “María fue al supermercado. Salió a las 10 horas. Vuelve a las 11:30”.
- Mantener el orden de la casa tanto cuanto sea posible, manteniendo el hábito de dejar los objetos en los mismos lugares. Por ejemplo, tener un lugar destacado para guardar objetos importantes, como una caja roja en el estante del living, donde el paciente siempre guardará su cartera;
- Todos los días, incentivar al paciente para marcar en el calendario: el día de la semana, el mes y el año;
- Ante preguntas repetitivas, escribir en un papel o pizarra visibles, tanto las preguntas como respuestas;
- Dar preferencia al uso de pastilleros con divisiones para cada día de la semana;
- Jugar a los naipes, dominó, damas, armar rompecabezas, etc.



FUNCIONES EJECUTIVAS

Caso Clínico

Augusto, 39, después de recibir el alta hospitalaria debido a un ACV, volvió a casa donde vive con su esposa Laura, y su hijo de pocos meses. Laura notó que su marido tardaba en realizar las actividades más simples diarias, como bañarse y preparar un café, aparentando haber “olvidado” los procesos de cómo hacerlas y necesitando constante recordatorio y orientación. En relación al hijo, Augusto estaba acostumbrado a ayudar a su mujer en los cuidados rutinarios del bebé, aunque hoy presenta dificultades hasta para cambiar los pañales sin ayuda, lo que dejó a Laura preocupada en relación a la idea de regresar al trabajo y dejar al hijo de la pareja bajo la supervisión de su marido.

Las funciones ejecutivas son un conjunto de procesos mentales complejos y superiores, responsables por la regulación de habilidades intelectuales, emocionales, sociales y voluntarias, que permiten la interacción del individuo con el ambiente de manera adaptada. A través de ellas podemos organizar el comportamiento para solucionar problemas complejos, planear, aprender y organizar nuevas informaciones, formar conceptos y buscar sistemáticamente hechos memorizados. Una de las mayores características de las funciones ejecutivas es la capacidad de planificación, organización y producción de acciones volcadas a objetivos específicos. Esto es, la capacidad de saber el paso a paso correcto para realizar y concluir una actividad con éxito, por más simple que ella sea, como escoger la ropa para vestir en el día, por ejemplo.

Además, las funciones ejecutivas comprenden la capacidad de toma de decisiones, prever las consecuencias de las acciones realizadas y alterar las respuestas en razón de posibles cambios en la demanda del medio, buscando una mejor adecuación. Todas esas habilidades pueden verse afectadas después de un ACV, dando la impresión de que estas personas son desorganizadas, impulsivas, que desisten fácilmente de lo que están haciendo y que necesitan apoyo constante de otras personas para administrar la rutina de la vida diaria. Estas características reflejan perjuicios en la autogestión y en la calidad de la convivencia en comunidad.

Las dificultades más comunes asociadas a las funciones ejecutivas después de un ACV son:

- Dificultad para presentar iniciativa en la ejecución de actividades, necesitando del incentivo de otras personas;
- Dificultad para mantener y concluir acciones;
- Dificultad para programarse con antelación para compromisos, como, por ejemplo, llegando atrasado, olvidándose de llevar el material necesario;
- Dificultad para realizar actividades de la vida diaria como la propia higiene, cambiar el canal de televisión, hacer compras y cocinar;
- Dificultades para ejecutar las funciones del trabajo;
- Dificultad para exponer ideas y concluir razonamientos, pudiendo presentar lenguaje oral desorganizado e inconexo;
- Dificultad para controlar la impulsividad, presentando baja tolerancia con espera y necesidad de recompensas inmediatas (bajo control inhibitorio);
- Dificultad para adaptarse de manera flexible a los cambios que ocurren en el cotidiano (inflexibilidad cognitiva).

Orientaciones para los familiares:

- Alentar la participación de la persona en las actividades prácticas de casa;
- Elaborar un listado conteniendo las principales actividades a ser realizadas en el día, presentadas en orden de ejecución;
- Fragmentar una actividad en pequeñas etapas para simplificar su ejecución y evitar el cansancio, así como proporcionar el paso a paso necesario para la conclusión de cada etapa;
- Proporcionar pistas que apoyen a la persona a realizar una determinada tarea con más autonomía, como, por ejemplo, exponer todos los ingredientes de una receta en la mesada antes de su preparación;
- Proponer juegos silenciosos, como los de razonamiento lógico, estrategia y adivinanza;
- Música y movimiento: incentivar a la persona a repetir sonidos y ritmos;
- Incentivar la práctica de actividades como meditación y deportes;
- Estimular la manipulación de dinero, realizando operaciones simples de adición, sustracción, división y multiplicación.

PERCEPCIÓN VISOESPACIAL

Caso Clínico

José, 51, después de haber sufrido un ACV, intentó retomar lo más rápido posible su vida de antes de la enfermedad. Así, al notar que su condición física le permitía manejar, decidió volver a su trabajo como conductor de una camioneta escolar, algo que ya realizaba desde hacía 20 años. Al final de la primera semana, buscando y llevando los niños a la escuela, la esposa de José había percibido rayones y pequeños bollos del lado izquierdo de la carrocería del vehículo, aunque, siendo consultado sobre eso, José no sabía decir cómo ellos aparecían y culpaba a otros conductores.

Poco tiempo después, los padres de los niños comenzaron a quejarse de su servicio, preocupados por la seguridad de sus hijos. Y allí fue cuando José y su esposa notaron que algo no estaba bien. Percepción es el nombre dado a la habilidad de procesar los fenómenos que son captados por nuestros órganos sensoriales y de atribuir una interpretación a ellos, a partir de nuestros archivos de vivencias anteriores. Uno de los sentidos humanos que más genera percepción es la visión (percepción visoespacial), siendo ella responsable por gran parte de nuestra toma de consciencia al respecto del mundo y de nosotros mismos.

Después de un ACV, la capacidad perceptiva como un todo, y, más específicamente, la capacidad perceptiva visoespacial, puede ser afectada, lo que debe ser comprendido como un fenómeno neurológico y no como algo proveniente de un déficit en el órgano sensorial propiamente dicho, como, por ejemplo, en el ojo. Algunas de las consecuencias más conocidas en la habilidad perceptiva visoespacial después de un ACV, son: la diplopía, que es una condición capaz de producir una experiencia visual duplicada de los objetos, causando malestar y mareos; la agnosia visual, que se traduce en la incapacidad de reconocer objetos y rostros, inclusive de cosas y personas que son familiares para el individuo; la negligencia visual, que hace que la persona no preste atención a lo que es captado por el campo perceptual opuesto a la lesión, más común en el campo perceptual izquierdo, sin considerar elementos del ambiente donde está inserta e, inclusive, no considerando o no estando consciente de la mitad del cuerpo (hemicuerpo opuesto a la lesión), la llamada heminegligencia; y la hemianopsia, alteraciones en el campo visual que hacen que el individuo solo capte imágenes del mundo externo a través de la mitad derecha o izquierda del campo de visión de uno o ambos ojos.

Las dificultades más comunes asociadas a la percepción visoespacial después de un ACV son:

- Dificultad para desempeñar tareas rutinarias como vestirse, maquillarse y preparar comidas por la percepción visual distorsionada o insuficiente de sí mismo y del ambiente;
- Dificultad para completar informaciones respecto de objetos, como tamaño, profundidad y volumen e interactuar con los mismos (por ejemplo, abrir una jarra y servirse agua);
- Dificultad de orientación en relación a la lateralidad (derecha e izquierda), así como para discernir distancias de un punto al otro;
- Dificultad para identificar y evitar obstáculos, como desviarse de un objeto o de una persona en movimiento;
- Dificultades para ejecutar habilidades manuales.

Orientaciones a los familiares:

- Priorizar ambientes organizados, exponiendo de forma práctica los objetos más utilizados a diario;
- Crear estrategias compensatorias que faciliten la identificación de objetos. Ejemplo: guardar utensilios de cocina o personales en cajas de colores que faciliten su reconocimiento y sean de fácil acceso;
- Ayudar a la persona a “recordar” y “reconstruir” una consciencia corporal y espacial más amplia, superando a la negligencia espacial:
 - Estimular la atención de la persona en el lado del cuerpo “negligenciado”, frecuentemente el lado izquierdo, recordándola verbalmente para que direcciona su atención a objetos y miembros del cuerpo;
 - Direccionando la atención de la persona hacia las informaciones y lo que ocurre en el ambiente del lado afectado, haciendo que ella tenga que “superar” la negligencia;
 - Sugerir a la persona que ejecute acciones con el lado afectado, como sujetar objetos livianos y no cortantes puede ser beneficioso;
- Proporcionar iluminación adecuada en los ambientes de la casa y de los lugares que el paciente suele frecuentar, a fin de optimizar el encuentro y la interacción con los objetos y personas;
- Remover o reubicar obstáculos potencialmente peligrosos, como mesas de centro y luminarias, a fin de evitar accidentes;
- Contactar un profesional **Terapeuta Ocupacional*** para la evaluación, tratamiento y estimulación del cuadro.

*Para demás orientaciones sobre el tema, ver página 57.



COMUNICACIÓN

Caso Clínico

Carlos, 61, sufrió un ACV en el hemisferio izquierdo del cerebro, en áreas responsables por el lenguaje, lo que en su caso generó la pérdida de la habilidad de comprender a las otras personas. Así, durante la internación y aún después del alta hospitalaria, sus amigos y familiares notaban que él verbalizaba frases que aparentaban no tener sentido y que no tenían que ver con los temas conversados.

Aunque ellos intentaran corregirlo o explicar más pausado lo que estaban comunicando, Carlos continuaba respondiendo de forma que parecía no tener significado lógico. La impresión que daba era que él creía estar hablando correctamente e inclusive presentaba irritabilidad por no ser comprendido.

La **comunicación*** es la base de la interacción humana y se da, primordialmente, a través del lenguaje oral. Importa la comprensión de lo que es hablado, la noción del significado de las palabras, la capacidad de nombrar objetos, la capacidad de comprender figuras de lenguaje y de procesar inferencias, además de la escritura y de la lectura. Después de un ACV la persona afectada por la enfermedad puede presentar alteraciones importantes en esa habilidad cognitiva, siendo una de ellas la afasia.

La afasia comprende el **lenguaje*** en sus formas receptiva y expresiva. Puede ser dividida, de forma simplificada, en dos grandes grupos: las afasias de expresión, en la cual la persona tiene las habilidades de comprensión generalmente preservadas, aunque está con la capacidad de exteriorizar sus ideas y pensamientos perjudicada; y las afasias de comprensión, en la cual la persona es capaz de expresarse, aunque sus habilidades de entender e interpretar los mensajes del medio externo están perjudicadas. Tanto las afasias de expresión como las afasias de recepción/comprensión, son condiciones en que la calidad de la comunicación es afectada, variando en diferentes grados de compromiso: de una dificultad leve hasta la incapacidad total. La persona que sufrió un ACV también puede presentar una combinación simultánea de las características de la afasia de expresión y de comprensión, repercutiendo considerablemente en su relación con las personas y en su independencia.

***Para demás orientaciones sobre el tema, ver páginas 39 y 40.**

DAÑOS EMOCIONALES- CONDUCTUALES

Son generadoras de daños inconmensurablemente impactantes en la vida y la salud del paciente.

Además de las alteraciones cognitivas secundarias al ACV, la enfermedad también puede causar secuelas y perturbaciones de orden emocional-conductual, que ocurren tanto por la lesión neurológica propiamente dicha (causas biológicas), como por el manejo de innumerables estresores, tales como pérdidas, miedos, tristezas y desafíos psicológicamente desorganizadores (causas psicosociales).

Entre los daños emocionales-conductuales más conocidos después de un ACV, están la depresión, ansiedad, apatía, labilidad emocional y alteraciones en la personalidad. Todas esas condiciones pueden ocurrir de forma aislada o combinada, inmediatamente después del ACV o algún tiempo después del alta hospitalaria. Ellas son generadoras de daños inconmensurablemente impactantes en la vida y la salud del paciente, causando perjuicios en el trabajo y en la convivencia social y familiar, además de influir negativamente en el proceso de rehabilitación.



DEPRESIÓN

Caso Clínico

João, 55 años, fue víctima de un ACV que afectó principalmente las áreas cerebrales responsables por el movimiento del cuerpo. Así, actualmente, João no es capaz de dar continuidad a su negocio de fabricación y venta de panes, de la misma forma que lo hacía. Con la pérdida de su papel de “proveedor principal”, João desarrolló sentimientos de inutilidad en relación a sí mismo y comenzó a demandar excesivamente los cuidados de los familiares.

Rápidamente, João presentó alteraciones en el humor y en el de comportamiento, convirtiéndose en una persona irritable, triste y menos sociable. Desmotivado en relación a su recuperación, João pasó a no ir al centro de rehabilitación física donde realizaba su tratamiento, expresando pesimismo en relación a su futuro y desinterés completo por vivir.

La depresión es el trastorno emocional más común desarrollado después de un ACV, afectando aproximadamente al 33% de las personas en el primer año después del evento. Se caracteriza por sentimientos de tristeza, pesimismo y desvalorización propia y puede ocurrir debido a la lesión cerebral causada por el ACV, en zonas cerebrales responsables por el control emocional, o como un fenómeno psicológico que ocurre en respuesta a los cambios drásticos en la vida del paciente, como la pérdida de la autoimagen, del trabajo, y del papel social y familiar.

¡La depresión puede matar, pero tiene tratamiento!

La literatura científica ya comprobó la eficacia de la asociación de la psicoterapia (tratamiento psicológico) y de la terapia medicamentosa (tratamiento con medicación antidepresiva). Por eso es imprescindible incentivar o hasta proporcionar por parte del paciente la búsqueda de los profesionales Psicólogo y Médico Psiquiatra.

Sea cual fuese su origen, la depresión puede ocurrir independientemente de la gravedad del ACV, afectando a personas de ambos sexos, de todas las edades y con diferentes historias de vida. En general, la depresión se manifiesta de forma más clara después de la fase de internación hospitalaria, cuando el individuo se hace más consciente de cómo la(s) su(s) incapacidad(es) adquiridas puede(n) afectar o perjudicar las actividades que realizaba en la vida cotidiana. De cualquier forma, se cree que a partir de dos semanas de sucedido el evento el paciente ya puede experimentar los primeros signos y síntomas del trastorno, siendo ellos persistentes y no temporales.

La depresión es una enfermedad que puede durar meses, años, o la vida entera, y puede manifestarse en diferentes grados de intensidad: leve, moderado y grave. Se trata de una condición seria y potencialmente incapacitante, relacionada con un peor pronóstico para las personas sobrevivientes de ACV, o sea, indicando una peor expectativa de evolución, pues ella contribuye para el desarrollo o para el empeoramiento de perjuicios en la funcionalidad del paciente. La depresión, por tanto, puede facilitar la aparición de otras enfermedades y el enlentecimiento del proceso de rehabilitación, acarreando una peor calidad de vida y la posibilidad de muerte prematura (menor expectativa de vida).

Las principales características de la depresión son:

- Tristeza intensa;
- Desesperanza;
- Sentimientos de inutilidad;
- Falta de placer en las actividades que realiza;
- Falta de interés del mundo a su alrededor;
- Problemas para dormir (sueño en exceso o menos horas de sueño);
- Problemas con el apetito (apetito aumentado o reducido);
- Poca energía o mucha agitación;
- Baja autoestima;
- Dificultad para concentrarse;
- Sentimiento de culpa;
- Preocupación excesiva;
- Pensamientos sobre muerte (ideas suicidas).

Orientaciones para los familiares:

- Ser honesto y reconocerle al paciente que hemos notado cambios en su humor y comportamiento, mostrando disposición para conversar sobre el tema;
- Demostrar interés en relación a la persona, preguntando cómo ella se siente;
- No culpar a la persona. Recordar que la depresión es una enfermedad y no una elección;
- No menospreciar los signos de cambios conductuales y de disminución de humor, creyendo que se trata de algo temporal y naturalmente reversible;
- Incentivar el autocuidado;
- Proporcionar momentos de placer estimulando actividades y conversaciones en que la persona con depresión sienta interés, a fin de estimular buenos sentimientos y buenos pensamientos;
- Crear una red de apoyo para el individuo, con personas que demuestren empatía, afecto y lo acojan;
- Identificar el momento del día en que los síntomas depresivos se agravan y intentar estar cerca de la persona, proponiendo actividades que desvíen positivamente su atención.



ANSIEDAD

Caso Clínico

Ana, 46 años, se despertó una mañana con dificultades para levantarse de la cama debido a debilidad en el brazo y en la pierna del lado derecho del cuerpo. Después de recibir el correspondiente auxilio, fue constatado que Ana fue víctima de un ACV mientras dormía. Ya en casa, después del alta hospitalaria, comenzó a presentar crisis emocionales diarias al anochecer, que le indicaba que la hora de dormir se aproximaba. Así, Ana relató sensaciones desagradables, como corazón acelerado, falta de aire y pensamientos insistentes de que algo malo le iría a suceder.

Debido al insomnio nocturno, Ana pasó a dormir durante la mayor parte del día, lo que afectó toda la rutina de su vida y la de sus familiares. La ansiedad, en dosis apropiadas, es considerada una reacción normal del ser humano, siendo ella un mecanismo creado por nuestro organismo para prepararnos para las condiciones adversas del medio. Sin embargo, la ansiedad, cuando es excesiva, puede dejar de ser una respuesta adaptativa “buena” y convertirse en una enfermedad seria, altamente limitante.

La ansiedad, como trastorno, puede surgir como una respuesta a la exposición a situaciones traumáticas y que hayan sido generadoras de estrés y sufrimiento. El miedo relacionado a acontecimientos futuros y la preocupación aparentemente exagerada en relación a situaciones generalmente vistas como banales son algunas de las características de la ansiedad. Así, actividades simples como salir de casa para ir al supermercado o quedarse solo en casa por un período de tiempo pueden ser amedrentadoras, debiendo evitadas a cualquier costo. Desafortunadamente, es común el trastornos de ansiedad después de un ACV, pudiendo estar acompañado de la depresión o como un síntoma de ésta. Se trata de una condición no intencional (la persona “no lo hace a propósito”) y que escapa al control racional de la persona, exigiendo mucha comprensión y apoyo.

¡La ansiedad tiene tratamiento!

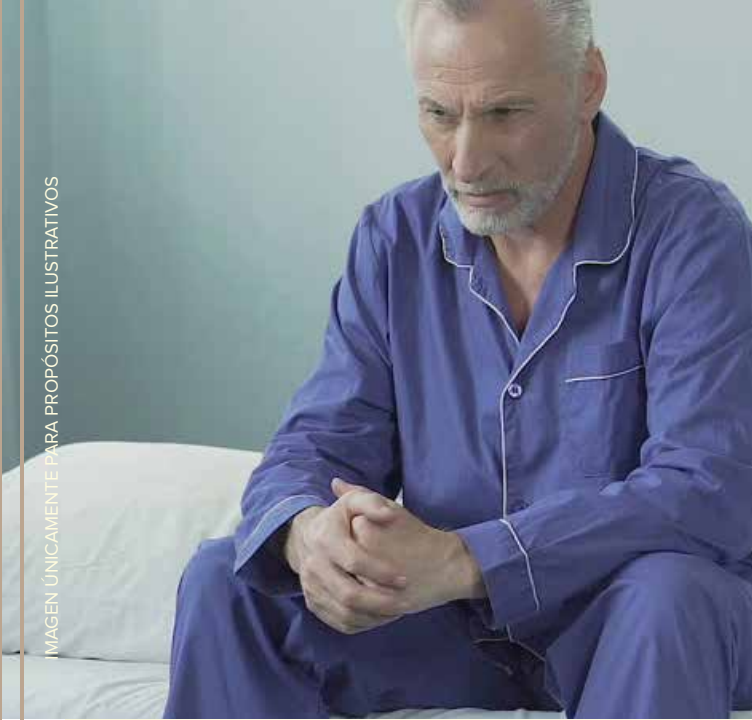
La asociación de la psicoterapia y de la terapia medicamentosa tiene eficacia comprobada. Es imprescindible incentivar o proporcionar la búsqueda de los profesionales Psicólogo y Médico Psiquiatra.

Las principales características de la ansiedad son:

- Preocupaciones insistentes:
- Miedo y nervosismo constante;
- Sensación de que va a pasar algo malo consigo o con los otros;
- Inquietud;
- Dificultad para concentrarse;
- Irritabilidad;
- Problemas para dormir;
- Sensaciones corporales: aceleración del corazón, boca seca, temblores, dificultad para respirar, sensación de sofocamiento, calor, incomodidad en el estómago, tensión muscular;
- Sensación de muerte inminente.

Orientaciones para los familiares:

- No minimizar las reacciones de ansiedad (“no es nada”), respecto de situaciones que no representan ninguna amenaza, como participar de una cena con parientes;
- No reprender a la persona ante una crisis y decir que ella está “exagerando”;
- No juzgar. Se debe encarar el trastorno de ansiedad como algo serio y no como un intento de llamar la atención o de evadir compromisos o actividades;
- No forzar situaciones que provoquen ansiedad sin el consentimiento de la persona;
- Ofrecer compañía para realizar alguna tarea que parezca ser generadora de ansiedad, demostrando apoyo y consideración;
- Comprender que la ansiedad no es sinónimo de obstinación, falta de coraje o debilidad;
- Ante una crisis, acoger (por ejemplo, abrazar y no abandonar al paciente) e incentivarlo para que respire profundo varias veces.



APATÍA

Caso Clínico

Bento, 65 años, sufrió un ACV que afectó las regiones cerebrales responsables de la expresión y regulación del comportamiento emocional, las áreas prefrontales. Durante la fase hospitalaria, Bento, que era conocido por ser una persona activa, afectuosa y alegre, pasó a comportarse de forma más “distante”, aparentando indiferencia frente a todo.

Inicialmente, los familiares creían que Bento estaba solo sufriendo una crisis emocional por haber sufrido un ACV y tener que lidiar con la internación. Sin embargo, aún después del alta hospitalaria, Bento demostraba no afectarse ni interesarse por las cosas, presentándose menos participativo en la rutina familiar.

La apatía es el nombre dado al trastorno emocional caracterizado por la falta de iniciativa y espontaneidad, que hace que la persona demuestre pasividad, falta de interés y poca reacción ante los eventos. Esta condición puede estar relacionada con la depresión, o ser consecuencia de la lesión dejada por el ACV en las regiones responsables de la regulación del comportamiento y de la expresión emocional.

Personas con el trastorno de apatía pueden aparentar estar desatentas, siendo capaces de pasar horas sentadas sin hacer nada y mirando fijo al mismo lugar. También pueden parecer insensibles, dado que no parecen verse afectados ni reaccionar de la forma socialmente esperada ante acontecimientos que normalmente desencadenarían respuestas de espanto, alegría o tristeza.

Desde el punto de vista de la rehabilitación, la apatía puede representar un gran obstáculo en el proceso de recuperación, ya que el individuo no esbozará motivación ni empeño para cumplir las tareas terapéuticas. Desde el punto de vista familiar y social, la apatía también puede ser un trastorno muy desafiante, ya que el individuo afectado difícilmente expresará interés o empatía en relación a las personas de su entorno y a los esfuerzos realizados por ellas, desencadenando en éstas, sentimientos como frustración y desvalorización, que pueden ser peligrosos para la salud de los vínculos y hasta para la calidad del cuidado prestado.

Las principales características de la apatía son:

- Aspecto de indiferencia a estímulos emocionales y/o físicos;
- Falta de expresividad y reactividad (aspecto de desánimo constante);
- Poca o ninguna demostración de afecto, tanto positivos como negativos;
- Falta de disposición y actitud para iniciar tareas;
- Aspecto de desánimo constante;
- Imposibilidad de iniciar diálogos o de realizar cuestionamientos;
- Tendencia a la inmovilidad;
- Movimientos lentos;
- Tendencia a la precariedad del autocuidado y al aislamiento.

Orientaciones para los familiares:

- Entender que la persona no está “abandonándose” y que ella no está siendo “perezosa”;
- Entender que la apatía no es sinónimo de falta de amor o de consideración;
- Crear situaciones sociales simples que comprendan la participación de la persona con apatía;
- Incentivar el movimiento, proporcionando actividades que eran del agrado de la persona y que son posibles de ser realizadas después del ACV;
- Incentivar la participación del paciente en la rutina diaria, orientándolo a lo largo del día sobre las tareas que necesita realizar;
- Incentivar el autocuidado, como afeitarse y cepillarse los dientes.



IMAGEN ÚNICAMENTE PARA PROPOSITOS ILLUSTRATIVOS

LABILIDAD EMOCIONAL

Caso Clínico

Eliane, 38, sufrió una ACV en el tronco cerebral. Cuando su cuadro de salud se estabilizó, sus familiares notaron que ella se mostraba muy “sensible” ante todo, presentando crisis de llanto y crisis de risa frente a las menores cosas dichas o hechas. Por más que esas crisis durasen pocos segundos, ellas se manifestaban con una intensidad muy fuerte, como si Eliane realmente estuviese en un momento muy feliz, en otro muy triste, lo que perturbaba a sus familiares. No obstante, al preguntársele sobre lo que estaba sucediendo, Eliane no sabía explicar el porqué de estar reaccionando de esta forma, como si ello fuera algo que estaba fuera de su control.

La labilidad emocional es un trastorno que se caracteriza por reacciones explosivas - y generalmente imprevisibles y repentinas - de llanto, rabia, agresividad, risa y crisis de ansiedad. Después de un ACV ella puede manifestarse a través del llamado Trastorno de la Expresión Emocional Involuntaria (TEEI), que es justamente una condición que surge a partir de un trauma o enfermedad neurológica en áreas específicas del cerebro y que es marcada, principalmente, por la manifestación de respuestas de llanto y/o de risa que poco tienen que ver con el real estado emocional de la persona (por ejemplo, puede estar sintiéndose bien, aunque presentar crisis súbita de llanto) o con las situaciones vividas (por ejemplo, crisis de risa en pleno velatorio).

Las principales diferencias entre el TEEI y otros trastornos, como depresión y trastorno bipolar, yacen en que la labilidad emocional presentada en estas otras condiciones se condice con el humor real de la persona (llora porque está triste; ríe porque está feliz), además de durar más tiempo. Debido a las dificultades de ajuste social generadas por el TEEI es común observar en esos individuos el desarrollo de ansiedad y aislamiento, signos que indican perjuicios nítidos en la calidad de vida.

Las principales características del TEEI son:

- Crisis de risa o de llanto pasajeras, con duración de segundos o minutos;
- Las crisis causadas por el TEEI pueden ocurrir varias veces al día, a cualquier hora y en cualquier ambiente (tendencia a provocar situaciones embarazosas);
- Expresiones emocionales exageradas (por ejemplo, llora mucho con una noticia común del noticiero) y descontextualizadas (por ejemplo, se ríe durante una reunión importante);
- La expresión emocional presentada tiene poca o ninguna relación con el humor real del individuo;
- El paciente es capaz de reconocer su comportamiento como inadecuado, aunque es incapaz de revertirlo voluntariamente;
- Reflejan una reacción que la persona normalmente no habría tenido antes de su condición neurológica;
- El paciente puede sentirse culpable, extraño, avergonzado y reacio a interactuar con otras personas.

Orientaciones para los familiares:

- No pedir a la persona que se controle y pare de reírse o de llorar;
- No pedir a la persona “que sea menos exagerada”;
- No abandonar a la persona durante una crisis, ni ignorarla;
- No demostrar reacciones fuertes si se presencia una crisis, pues, al contrario, ellas podrían agravar el llanto o la risa;
- Distracer también puede ser útil, cambiar de tema, pedir a la persona que enfoque su atención en otra cosa, o pedirle que respire calmada y profundamente;
- Ser acogedor y paciente.



CAMBIOS EN PERSONALIDAD

Caso Clínico

Antônio, 57, fue víctima de un ACV que afectó la región cerebral llamada tálamo. Antônio está casado con Sandra, su esposa hace 25 años. Durante todo este tiempo él ya era conocido por su comportamiento celoso e irritable, aunque después de ser afectado por la enfermedad, esas características que antes estaban contenidas quedaron extremadamente intensificadas, haciendo que Antônio desconfiase, inclusive, que su esposa estaba traicionándolo con cualquier persona que se acercase o interactuase con ella.

A pesar de no representar un peligro real para Sandra, ya que él también poseía secuelas físicas importantes causadas por el ACV, Antônio comenzó a realizar amenazas que atentaban contra la vida de su compañera, generando miedo y aprehensión familiar en relación a la su convivencia. Otra secuela posible post ACV es el cambio de personalidad, que, como el propio nombre lo indica, genera alteraciones en la forma en que la persona solía ser y actuar. Esto puede ocurrir debido a la lesión en el cerebro en las áreas responsables por el procesamiento y la regulación de los sentimientos y comportamientos, generando cambios de actitudes y expresiones pasando a manifestarse más intensamente que antes.

Así, alguien extremadamente sociable y calmado puede, por ejemplo, convertirse en una persona retraída y agresiva después del ACV; o alguien que ya tenía una tendencia a presentar comportamientos impulsivos e intolerantes antes de la enfermedad pase a manifestarlos más intensamente, poniendo su vida y la de terceros en riesgo. Algo importante para destacar sobre este trastorno es que la persona tiende a mantener el nuevo estándar de comportamiento en su día a día, convirtiéndose la mayoría de las veces, irreconocible por parte de aquellos con quien convive. Esto hace que la forma en que la familia y los amigos estaban acostumbrados a tratar con la persona antes del ACV no sea más eficaz, exigiendo una adaptación integral.

Las principales características de las alteraciones en la personalidad son:

- La persona puede manifestar una manera de ser totalmente opuesta a la que tenía antes del ACV (por ejemplo, antes de la enfermedad era calmado y pasivo y después de la enfermedad se convirtió en impaciente y agresivo);
- Comúnmente la persona puede presentar intensificación de sus rasgos de personalidad previos, como si estuviesen exagerados (por ejemplo, alguien que ya era nervioso e irritable, se convierte más nervioso e irritable aún);
- Dificultad o incapacidad de la persona para notar y reconocer las alteraciones en su personalidad.

Las principales características de los cambios en la personalidad son:

- Observar los gatillantes que normalmente desencadenan las respuestas de personalidad alterada y/o exagerada, como cansancio, estrés y la vivencia de situaciones específicas;
- No confrontar las reacciones de la persona y sugerir una pausa para distraerla positivamente de aquello que desencadenó la reacción no deseada;
- Buscar apoyo de otros familiares: lidiar con cambios de personalidad es algo muy difícil de enfrentar solo e inclusive puede representar un peligro para el cuidador en los casos en que la persona afectada se vuelva agresiva;
- No confrontar las reacciones de la persona;
- Incentivar de manera pacífica a la persona en la toma de consciencia sobre sus acciones y sobre las consecuencias de esta sobre la dinámica de vida.

ORIENTACIONES GENERALES PARA LA FAMILIA Y CUIDADORES REFERENTE A LOS DAÑOS COGNITIVOS Y EMOCIONALES- CONDUCTUALES



No siempre las alteraciones expuestas anteriormente surgirán aisladamente. Más aún, difícilmente ocurrirán de ésta forma. Debido a la proximidad de las zonas cerebrales o a la fuerte conexión entre los procesos cerebrales de diferentes áreas, o, también, debido al impacto psicológico y social generado por algunos tipos de daños, lo más frecuente es la combinación de las secuelas cognitivas y emocionales-conductuales (por ejemplo, aparición simultánea de problemas de memoria y depresión).

A fin de apoyar la salud de la persona que presenta esos tipos de secuelas después de un ACV, así como de aquellos que participan de su convivencia diaria, fueron sugeridas orientaciones generales para la familia y los cuidadores.

Estas orientaciones son enumeradas a continuación y pueden ser útiles para el manejo y la comprensión de la situación:

- No encarar el(los) trastorno(s) presentado(s) por el paciente como una reacción de alguien que se “entregó” a la enfermedad, o como sinónimo de debilidad o “locura”;
- No encarar el(los) trastorno(s) presentado(s) como una afronta personal o como algo hecho a propósito para “llamar la atención”;
- Expresar incentivo, apoyo y comprensión;
- Evitar críticas;
- Priorizar por ambientes no conflictivos;
- Alentar a la persona a participar de las tareas cotidianas, por menores que sean como hacer la propia cama y doblar la ropa para guardarla, inspirando sentimientos de utilidad y valor;
- Ser paciente: los primeros seis meses después de la enfermedad suelen ser los más difíciles, pues es un período de adaptaciones intensas, no solo para el individuo, sino también para las personas que conviven con ella;
- Evitar el aislamiento social, tanto del paciente como del cuidador;
- Mantenerse activo: encontrar actividades para realizar con el paciente, y que sean adecuadas a las limitaciones impuestas por la enfermedad, con el fin de estrechar vínculos y vivir momentos agradables fuera de la rutina;
- Participar de grupos de apoyo (presenciales u online), tanto relacionados con la familia, como con el paciente;
- Reservar un tiempo para cuidar de sí y realizar actividades exclusivamente de su gusto, solo o con otras personas;
- Reconocer sus propias limitaciones y priorizar su salud mental. Buscar ayuda de un profesional Psicólogo que lo apoye en la búsqueda de la aceptación y adaptación a los nuevos desafíos, ésto puede ser muy beneficioso.

Y, LO MÁS IMPORTANTE:

Valorizar los daños cognitivos y emocionales-conductuales como temas de salud, que necesitan tratamiento y rehabilitación profesional, de la misma forma que los daños físicos, nutricionales y del lenguaje, por ejemplo.

AYUDA PROFESIONAL: EL PAPEL DE LA NEUROPSICOLOGÍA



En la fase hospitalaria, que comprende el período de internación del paciente, los daños citados que comprenden tanto las funciones cognitivas, como las emocionales-conductuales, pueden no haberse establecido totalmente, siendo poco o nada observables. Es principalmente en la fase domiciliaria, o sea, en la fase en que el paciente regresa a su casa y que es confrontado con su rutina de vida (trabajo, familia, amigos) que las dificultades tienden a surgir o volviéndose más evidentes, necesitando atención y cuidado especializados.

El área profesional más adecuada para atender a las demandas generadas por las secuelas cognitivas, emocionales y conductuales después de un ACV es la Neuropsicología. El papel del neuropsicólogo, en esas situaciones, es identificar de forma sistematizada los perjuicios neurológicos dejados por la enfermedad, a través de la evaluación con instrumentos de test validados y estandarizados; definir el potencial de mejoría; y crear un plan de rehabilitación a partir del establecimiento de metas posibles y graduales, que son ajustadas a las necesidades particulares del individuo y de su familia.

El objetivo de la evaluación neuropsicológica, tanto precoz, en la fase aguda, como después del alta hospitalaria, es favorecer la reanudación - o al menos la mayor aproximación posible - del estándar funcional presentado por el individuo antes del ACV. Para esto, se recurre a técnicas de rehabilitación cognitiva (neuropsicológica) y de manejo de las secuelas constatadas, para mejorar la calidad de vida no solo del paciente, sino también de las personas de su convivencia diaria. En los casos en que se verifica inviabilidad para de hecho recuperar determinadas habilidades y funciones atingidas por el ACV, la Neuropsicología también puede hacerse útil, a través del suministro de estrategias compensatorias que apoyan en la adaptación del individuo y de su familia (por ejemplo, para aquellos que presentan déficits en la memoria, orientar la activación de alertas con avisos en el teléfono celular para señalar el momento y lo que debe ser realizado), y del apoyo emocional y de orientaciones para el manejo del comportamiento.

Por último, es importante destacar que debido a la alta complejidad del ACV como enfermedad y de sus secuelas - que como ya expuesto van más allá de lo biológico, el profesional Neuropsicólogo generalmente necesitará actuar en conjunto con otros profesionales, en particular: el Médico Neurólogo, para analizar exámenes de imágenes e identificar lesiones que puedan estar íntimamente ligadas a los daños exhibidos por el paciente, además de brindar terapia medicamentosa cuando sea necesario; el psicólogo clínico, quien será el responsable por realizar la “rehabilitación psicológica” en los casos en que se verifica viabilidad cognitiva para ello, a través de la psicoterapia (proceso que ayudará en la aceptación de las pérdidas y en la adaptación a la enfermedad, haciendo que el paciente lidie mejor con sus sentimientos y pensamientos en relación a sí y a la vida); el médico psiquiatra, que en algunos casos es necesario para orientar en el uso de medicación para el mejor control del humor y comportamiento; además de otros profesionales que con frecuencia son imprescindibles, como Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Nutricionista y Fonoaudiólogo.

REFERENCIAS

¿Qué es un ACV?

Elaboración:

Kamila Ronchi
Neuróloga

Revisión:

Carla Heloisa Cabral Moro
Neuróloga

Referencias

1. Hatano, S. (1976). Experience from a multicenter stroke register: a preliminary report. *Bull WHO*. 1976; 54:541–543.
2. US Department of Health and Human Services. 2008 Physical activity guidelines for Americans. <http://www.health.gov/paguidelines/>. Accessed February 27, 2013.
3. Meschia JF, Bushnell C, Boden-Albala B, et al; American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Clinical Cardiology; Council on Functional Genomics and Translational Biology; Council on Hypertension. Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2014;45 (12):3754-3832.
4. Thun MJ, Apicella LF, Henley SJ. Smoking vs other risk factors as the cause of smoking-attributable deaths: confounding in the courtroom. *JAMA*. 2000;284:706–712.
5. Strazzullo P, D’Elia L, Cairella G, Garbagnati F, Cappuccio FP, Scal L. Excess body weight and incidence of stroke: meta-analysis of prospective studies with 2 million participants. *Stroke*. 2010;41:e418–e426.
6. Prospective Studies Collaboration; Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, Halsey J, Qizilbash N, Collins R, Peto R. Bodymass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet*. 2009;373:1083–1096.
7. Kizer JR, Biggs ML, Ix JH, Mukamal KJ, Zieman SJ, de Boer IH, Moza arian D, Barzilay JI, Strot-meyer ES, Luchsinger JA, Elkind MS, Longstreth WT Jr, Kuller LH, Siscovick DS. Measures of adiposity and future risk of ischemic stroke and coronary heart disease in older men and women. *Am J Epidemiol*. 2011;173:10–25.
8. Suk SH, Sacco RL, Boden-Albala B, Cheun JF, Pittman JG, Elkind MS, Paik MC; Northern Manhattan Stroke Study. Abdominal obesity and risk of ischemic stroke: the Northern Manhattan Stroke Study. *Stroke*. 2003;34:1586–1592.
9. Walker SP, Rimm EB, Ascherio A, Kawachi I, Stampfer MJ, Willett WC. Body size and fat distribution as predictors of stroke among US men. *Am J Epidemiol*. 1996;144:1143–1150.

Enfermería Cuidado y Autocuidado

Elaboración:

Vanessa Nascimento dos Santos
Enfermera

Hanna Sobotka
Enfermera

Greice Torbes Lemke
Enfermera

Revisión:

Rafaela Bitencourt Liberato
Enfermera

Juliana Safanelli
Enfermera

Referencias

1. Dreyer, E; Brito, S. Terapia Nutricional e Cuidados de Enfermagem Procedimentos Padronizados para pacientes adultos. **HC/UNICAMP**, Campinas. 2003.
2. Manual de Segurança do Paciente em Domicílio, **Ministério da Saúde**, Distrito Federal. 2018.
3. Melo, A. Boas práticas na administração de medicamentos. **Hospital Israelita Albert Einstein**, São Paulo. 2012.
4. Queiros, P; Vidinha, T; Filho, A. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 4, n. 3. 2014.
5. Silva, I. et al. Cuidado, Autocuidado e Cuidado de Si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 697-703. 2009
6. Soares, C; Heidemann, I. Promoção da Saúde e Prevenção da lesão por pressão: expectativas do enfermeiro da atenção primária. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 2, p. 1-9. 2018.
7. Santos, J.L.G; Lima, M.A.D.S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Rev Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS) 2011, dez; 32(4):695-702.

REFERENCIAS

Fisioterapia – Espasticidad

Elaboración:

Tamires Cristine Bitencourt
Fisioterapeuta

Leandro Silva de Avier
Fisioterapeuta

Jane Rossi
Terapeuta Ocupacional

Revisão:

Beatriz Rangel
Fisioterapeuta Neurofuncional

Liliana Beatriz Etchatz Fenili
Terapeuta Ocupacional

Referencias

1. BRASIL. Ministério de Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Espasticidade. Portaria SAS/MS no 377, de 10 de novembro de 2009.
2. Demetrios M, Khan F, Turner-Stokes L, Brand C, McSweeney S. Multidisciplinary rehabilitation following botulinum toxin and other focal intramuscular treatment for post-stroke spasticity. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD009689.
3. Esquenazi A, Albanese A, Chancellor MB, et al. Evidence- based review and assessment of botulinum neurotoxin for the treatment of adult spasticity in the upper motor neuron syndrome. Toxicon 2013; 67: 115–128.
4. FAYAZI M, et al. The Relationship between Spasticity and Lower Extremity Strength with Functional Mobility Following Chronic Stroke. Int J Phys Med Rehabil v.2, n.4, 2014.
5. Gupta AD, Chu WH, Howell S, Chakraborty S, Koblar S, Visvanathan R, Cameron I, Wilson D. A systematic review: efficacy of botulinum toxin in walking and quality of life in post-stroke lower limb spasticity. Syst Rev. 2018 Jan 5;7(1):1.
6. Mills PB, Finlayson H, Sudol M, O'Connor R. Systematic review of adjunct therapies to improve outcomes following botulinum toxin injection for treatment of limb spasticity. Clin Rehabil. 2016 Jun;30(6):537-48.
7. Sommerfeld, D. K., Gripenstedt, U., & Welmer, A.-K. (2012). Spasticity After Stroke. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 91(9), 814–82.
8. WINSTEIN C. J. et al. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, v.47, n. 6, p.98-169, 2016.

Fisioterapia - Posicionamiento y Transferencias

Elaboración:

Tamires Cristine Bitencourt
Fisioterapeuta

Leandro Silva de Avier
Fisioterapeuta

Jane Rossi
Terapeuta Ocupacional

Revisión y Elaboración:

Beatriz Rangel
Fisioterapeuta Neurofuncional

Liliana Beatriz Etchatz Fenili
Terapeuta Ocupacional

Referencias

1. Associação Brasil ACV - Manual do Paciente / ACV Acidente Vascular Cerebral / O que você deve saber. 2009.

REFERENCIAS

Fisioterapia – Hombro

Elaboración:

Tamires Cristine Bitencourt
Fisioterapeuta

Marlei Denise G. de Oliveira
Terapeuta Ocupacional

Jane Rossi
Terapeuta Ocupacional

Colaboración:

Leandro Silva de Avier
Fisioterapeuta

Revisión:

Beatriz Rangel
Fisioterapeuta Neurofuncional

Liliana Beatriz Etchatz Fenili
Terapeuta Ocupacional

Referencias

1. Delpont B, et al. Pain after stroke: A review. *Revue neurologique*, 1-4, 2018.
2. Ingrid Lindgren, Gunvor Gard & Christina Brogårdh (2018) Shoulder pain after stroke – experiences, consequences in daily life and effects of interventions: a qualitative study, *Disability and Rehabilitation*, 40:10, 1176-1182, 2017.
3. Nadler M and Pauls MMH. Shoulder orthoses for the prevention and reduction of hemiplegic shoulder pain and subluxation: Systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 1-10, 2016.
4. STROKE FOUNDATION. Upper limb management after stroke fact sheet - Australia. Disponível em: <https://strokefoundation.org.au/About-Stroke/Help-after-stroke/Stroke-resources-and-fact-sheets/Upper-limb-management-after-stroke-fact-sheet> . Acesso em: 08/06/2019.
5. STROKE FOUNDATION. Arm and hand function - Australia. Disponível em: <https://enableme.org.au/Resources/Arm-and-hand-function> . Acesso em: 08/06/2019.
6. STROKE ASSOCIATION. Pain after stroke – Australia, 2017. Disponível em: https://www.stroke.org.uk/sites/default/files/pain_after_stroke.pdf . Acesso em: 08/06/2019.
7. TROMBLY Catherine; RADOMSKY, Mary Vining. *Terapia Ocupacional para Disfunções Físicas*. 5 ed. Santos: Livraria Editora, 2005.

Fisioterapia – Exercícios

Elaboración:

Tamires Cristine Bitencourt
Fisioterapeuta

Colaboración:

Leandro Silva de Avier
Fisioterapeuta

Revisión:

Beatriz Rangel
Fisioterapeuta Neurofuncional

Referencias

1. Bernhardt J, Hayward KS, Kwakkel G, et al. Agreed definitions and a shared vision for new standards in stroke recovery research: The Stroke Recovery and Rehabilitation Roundtable taskforce. *International Journal of Stroke* 2017;12(5):444-450. DOI: 10.1177/1747493017711816.
2. Kwakkel G, Kollen BJ. Predicting activities after stroke: what is clinically relevant? *International Journal of Stroke* © 2012 World Stroke Organization. January 2013;8:25-32. DOI: 10.1111/j.1747-4949.2012.00967.x.
3. Intercollegiate Stroke Working Party, Royal College of Physicians London. National clinical guideline for stroke. Fifth Edition 2016 [acesso em 2017 set 3]. Disponível em: <https://www.strokeaudit.org/Guideline/Full-Guideline.aspx>.
4. Lang CE, Lohse KR, Birkenmeier RL. Dose and timing in neurorehabilitation: prescribing motor therapy after stroke. *Curr Opin Neurol*. 2015 Dec;28(6):549-55. DOI: 10.1097/WCO.0000000000000256.
5. Lohse KR, Lang CE, Boyd LA. Is More Better? Using Metadata to Explore Dose-Response Relationships in Stroke Rehabilitation. *Stroke*. 2014;45:2053-8. DOI: 10.1161/STROKEAHA.114.004695
6. Pollock A, Baer G, Campbell P, Choo PL, Forster A, Morris J, Pomeroy VM, Langhorne P. Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014;4. Art. No.: CD001920. DOI: 10.1002/14651858.CD001920.pub3.
7. Pollock A, Farmer SE, Brady MC, Langhorne P, Mead GE, Mehrholz J, van Wijck F. Interventions for improving upper limb function after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014;11. Art. No.: CD010820. DOI: 10.1002/14651858.CD010820.pub2.
8. Veerbeek JM, Wegen E, Peppen R, Wees PJ, Hendriks E, Rietberg M, Kwakkel G. What Is the Evidence for Physical Therapy Poststroke? A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 2014;2:879-887. DOI: 10.1371/journal.pone.0087987.
9. Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, Deruyter F, Eng JJ, Fisher B, Harvey RL, Lang CE, MacKay-Lyons M, Ottenbacher KJ, Pugh S, Reeves MJ, Richards LG, Stiers W, Zorowitz RD; on behalf of the American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Quality of Care and Outcomes Research. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2016;47:XXX-XXX. DOI: 10.1161/STR.0000000000000098.

REFERENCIAS

Fonoaudiología - Lenguaje y Comunicación

Elaboración:

Marina Ascari
Fonoaudióloga

Jane Rossi
Terapeuta Ocupacional

Referencias

1. MAGALHAES, L.A.; BILTON, T.L. Avaliação de linguagem e de deglutição de pacientes hospitalizados após acidente vascular cerebral. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, 16(1): 65-81, abril, 2004.
2. Ortiz, Karin Zazo (org.). *Distúrbios Neurológicos Adquiridos Linguagem e Cognição*.
3. FRANCO, E.C.; CARLETO, N.G.; LAMONICA, D.A.C.; CALDANA, M.de L. Intervenção nas afasias com o uso da comunicação suplementar e/ou alternativa. *Rev. CEFAC*. 2015 Maio-Jun; 17(3):956-964. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v17n3/1982-0216-rcefac-17-03-00956.pdf>.
4. VonTetzchner S, Jensen MH. Introduction. In: von Tetzchner S, Jensen MH. *Augmentative and alternative communication European perspectives*. London: Whurr Publishers Ltd; 1996. P.1-18.
5. LIMONGI, F.P. Orientação à Família de um Adulto Afásico . Disponível em: <http://www.seremcena.org.br/documentos/carta-aberta-a-familia-de-adulto-afasico.pdf>.
6. PELOSI, Miryam Bonadiu e NUNES, Leila Regina d'Oliveira de Paula. Formação em serviço de profissionais da saúde na área de tecnologia assistiva: o papel do terapeuta ocupacional. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* [online]. 2009, vol.19, n.3, pp. 435-444.

Nutrição - Alimentación Saludable Post-ACV

Elaboración:

Ana Paula Mello
Nutricionista

Marina Ascari
Fonoaudióloga

Referencias

1. Marik PE – Aspiration pneumonitis and aspiration pneumonia. *N Engl J Med*. v. 344, 2001. p. 665-671.
2. Mann G, Hankey GJ, Cameron D - Swallowing function after stroke: prognosis and prognostic factors at 6 months. *Stroke*, v.30, 1999. p. 744-748.
3. Dziejwas R, Ritter M, Schilling M et al - Pneumonia in acute stroke patients fed by nasogastric tube. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. v.75, 2004,p. 852- 856.
4. Nakajoh K, Nakagawa T, Sekizawa K et al. Relation between incidence of pneumonia and protective refl exes in post-stroke patients with oral or tube feeding. *J Intern Med*. v. 247, 2000, p. 39-42.
5. Toufen Junior, C.; Camargo, F. P. ; Carvalho, C. R. R. Pneumonia aspirativa associada a alterações da deglutição: relato de caso. *Rev. bras. ter. intensiva* , vol.19, n.1, 2007. p.118-122.
6. Holas, M.A.; DePippo, K.L.; Reding, M.J. Aspiration and relative risk of medical complication following stroke. *Arch Neurol*, v.51, 1994. p.1051-1053.
7. INTERNATIONAL DYSPHAGIA DIET STANDARDISATION INITIATIVE. Disponível em: <http://iddsi.org/translations/>
8. Farri, A.; Accornero, A.; Burdese, C. Social importance of dysphagia: its impact on diagnosis and therapy. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*. v.27, n. 2), 2007 p.83-6).
9. Almeida, É. *Frequência e fatores relacionados à disfagia orofaríngea após acidente vascular encefálico [Dissertação]*. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.
10. Jacques, A.; Cardoso, M.C.A.F. Acidente Vascular Cerebral e sequelas fonoaudiológicas: atuação em área hospitalar. *Rev Neurocienc*. 2011; v. 19, n.2, 2011.p.229-36.

REFERENCIAS

11. Cabre, M.; Serra-Prat, M.; Palomera, E. et al. Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. *Age Ageing*. v. 39,n. 1, 2010, p. 39-45.2010;
12. Foley NC, Martin RE, Salter KL, Teasell RW. A review of the relationship between dysphagia and malnutrition following stroke. *Rehabil Med*. v.41, n.9, 2009. p.707-13.
13. Bassi D, Furkim AM, Silva CA et al. Identificação de grupos de risco para disfagia orofaríngea em pacientes internados em um hospital universitário. *CoDAS*, v. 26,n. 1, 2014.p. 17-27.
14. DISFAGIA NEUROGÊNICA: UMA ABORDAGEM FONOAUDIOLÓGICA. Disponível em: <https://fonodon.webnode.com/reabilita%C3%A7%C3%A3o/terapia-direta-terapia-indireta/>
15. Furkim, A. M. Disfagia: A Intervenção Fonoaudiológica. In: Junqueira, P. & Dauden, A. T. B. C. (org.) *Aspéctos Atuais em Terapia Fonoaudiológica*. São Paulo, Pancast Editora, 1997.
16. Escoura, J. B. Exercícios E Manobras Facilitadoras No Tratamento De Disfagias. CEFAC-Centro De Especialização Em Fonoaudiologia Clínica. Monografia de conclusão do curso de especialização em motricidade oral – fonoaudiologia hospitalar. São Paulo, 1998. 32f. Disponível em: http://www.dialoguefono.com.br/upload/cursos_realizados/EXERCICIOS_E_MANOBRAS_FACILITADORAS.pdf.
17. Almeida, A.E.M.; Alcântara, A.C.C.; Lima, F.A.M. et al. Prevalência de risco moderado e alto de aspiração em pacientes hospitalizados e custo-efetividade da aplicação de protocolo preventivo. *J Bras Econ Saúde*. v.8, n. 3, 2016. p.216-20.
18. Carmo, L. F. S. et al . Gerenciamento do risco de broncoaspiração em pacientes com disfagia orofaríngea. *Rev. CEFAC*, São Paulo , v. 20, n. 4, Aug. 2018. p. 532-540.
19. ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. Departamento de Fonoaudiologia. Broncoaspiração: Unidos para a prevenção. Disponível em : <https://www.amib.org.br/difagia2019/>
20. Itaqui, R. B. et al . Disfagia e acidente vascular cerebral: relação entre o grau de severidade e o nível de comprometimento neurológico. *J. Soc. Bras. Fonoaudiol.*, São Paulo , v. 23, n. 4, Dec. 2011. p. 385-389 .
21. Carvalho-Silva, L. B. Distúrbios da deglutição: receitas e viscosidades – Rio de Janeiro: Rubio, 2015.
22. Camelon, K. M. et al. The Plate Model: A Visual Method of Teaching Meal Planning. *Journal of the American Dietetic Association*, v.98, n 10, 1998. p. 1155 – 1158.
23. USDA Center for Nutrition Policy & Promotion. Choose My Plate. Disponível em: <https://www.choosemyplate.gov/>
24. PROGRAMA MEU PRATO SAUDÁVEL. Disponível em: <http://meupratosaudavel.com.br/>
25. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro, 2011.
26. FERREIRA, S. M. A. A importância das interações medicamento-alimento no controle da terapêutica com varfarina. Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2012. 94 f.
27. KLACK, K.; CARVALHO, J. F. Vitamina K: Metabolismo, metabolismo, fontes e interação com o anticoagulante Varfarina. *Rev. Bras. Reumat*. São Paulo, 2006. p.398- 406.
28. Lecheta, D. R.; Gonzales Gomes, K. S. et al. PROTOCOLO DO PROGRAMA DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE ALIMENTAÇÃO. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2011.
29. Guimarães, J.; Silva Jardim. C. I. et al. MANUAL DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR. Joinville: Secretaria Municipal de Saúde, Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, 2015.
30. Bretón, I.; Cuerdo, C.; Cambor, M.; Velasco, C.; Frías, L.; Higuera, I.; Carrasco, M. L.; García-Peris, P. Nutrición en el paciente con ictus. *Nutrición Hospitalaria*, vol. 6, núm. 1, 2013, p. 39-48.

REFERÊNCIAS

Terapia Ocupacional - Atividades Básicas y Instrumentales de la Vida Diaria

Elaboración:

Jane Rossi

Terapeuta Ocupacional

Neide Serli Radoll

Terapeuta Ocupacional

Revisión y Elaboración:

Beatriz Rangel

Fisioterapeuta Neurofuncional

Liliana Beatriz Etchatz Fenili

Terapeuta Ocupacional

Referencias

1. American Occupational Therapy Association. (2014). "Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process" (3rd Edition). American Journal of Occupational Therapy, 68(Supplement 1), S1-S48. <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>.
2. BAILÓN, R.; et al. Terapia Ocupacional en las actividades de la vida diaria. [S.l.]: Síntesis, 2018.
3. JIMENEZ, A. C. Rehabilitación Funcional del Miembro Superior del Paciente con Hemiplejia: Recuperar la Actividad en Terapia Ocupacional. [S.l.]: Createspace Independent Publishing Platform, 2017.
4. MOREIRA, D. Turismo de Aventura Especial: Como atender a pessoa com deficiência. 2010.
5. MORUNO, P.; ROMERO, D. Actividades de la Vida Diaria. [S.l.]: Elsevier Masson, 2006.
6. PEDRETI, I. W.; EARLY, M. B. Terapia Ocupacional: Capacidades Práticas para as Disfunções Físicas. 5ª ed. [S.l.]:Roca, 2005.
7. TROMBLY, A.C.; RADOMSKY, V.M. Terapia Ocupacional para disfunções físicas, 5 ed. Santos, 2005.
8. <https://www.stroke.org/en/life-after-stroke/recovery/daily-living/dressing-tips-for-stroke-survivors>
9. <https://www.stroke.org/en/life-after-stroke/recovery/daily-living/driving-after-stroke>
10. <https://www.stroke.org/en/life-after-stroke/recovery/daily-living/personal-care-for-stroke-survivors>
11. [https://abACV.org.br/index.php/materiais/Buscando a independência/A vida Continua](https://abACV.org.br/index.php/materiais/Buscando_a_independencia/A_vida_Continua)

Psicología - Compromiso Emocional y Cognitivo

Elaboración:

Victória Sciascia

Psicóloga

Maria das Dores O. S.

Psicóloga

Revisión:

Maria Gabriela Ferreira

Psicóloga

Referencias

1. ASSOCIAÇÃO BRASIL ACV. Importância da reabilitação psicológica e neuropsicológica. ABACV, 2016. Disponível em: <<https://abACV.org.br/index.php/2016/09/23/importancia-da-reabilitacao-psicologica-e-neuropsicologica/>>. Acesso em: 20 maio 2019.
2. ASSOCIAÇÃO NACIONAL ACV. Efeitos psicológicos do Acidente Vascular Cerebral. Barcelos, 2018. Disponível em: <<http://www.associacaoACV.pt>>. Acesso em: 9 set. 2018.
3. ASSOCIAÇÃO NACIONAL ACV. Problemas cognitivos depois de um Acidente Vascular Cerebral. Barcelos, 2018. Disponível em: <<http://www.associacaoACV.pt>>. Acesso em: 9 set. 2018.
4. ASSOCIAÇÃO NACIONAL ACV. Problemas de comunicação após um Acidente Vascular Cerebral. Barcelos, 2018. Disponível em: <<http://www.associacaoACV.pt>>. Acesso em: 9 set. 2018.
5. BADDELEY, A.; ANDERSON, M.C.; EYSENCK, M.W. Memória. Porto Alegre: Artmed, 2011.
6. FERREIRA, Maria Gabriela Ramos. ACV e comprometimento emocional. Associação Brasil ACV – ABACV, 2019. Disponível em: <http://abACV.org.br/wp-content/uploads/2019/04/Panfleto_comprometimento_emocional-150X210_4x4.pdf>. Acesso em: 15 maio 2019.
7. FERREIRA, Maria Gabriela Ramos. ACV e dificuldades cognitivas. Associação Brasil ACV – ABACV, 2019. Disponível em: <http://abACV.org.br/wp-content/uploads/2019/04/Panfleto_dificuldades_cognitivas-150X210_4x4.pdf>. Acesso em: 15 maio 2019.
8. GAZZANIGA, M.S.; IVRY, R.; MANGUN, G. Cognitive Neuroscience: the biology of the mind. New York: W.W. 3. ed. Norton & Company Inc., 2009.
9. IRONS, C. Depressão: saiba como diferenciar a depressão clínica das tristezas do dia a dia. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

REFERENCIAS

10. LEZAK, M.D.; HOWIESON, D.; LORING, D. Neuropsychological Assessment. 4. ed. Oxford: Oxford University Press, 2004.
11. MALLOY DINIZ, L.F. et al. Avaliação Neuropsicológica. Porto Alegre: Artmed, 2010.
12. MALLOY-DINIZ, L.F. et al. (Org.). Neuropsicologia: aplicações clínicas. Sociedade Brasileira de Neuropsicologia. Porto Alegre, 2016.
13. NIJSSE, Britta. et al. Social cognition impairments in the long term post stroke. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, v. 100, n. 7, p. 1300-1307, jul. 2019. Disponível em: <<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0003999319301492?token=609A920C57B167B9206FABB9BF25CA8B6673BEBEDC65E156B9C442E2EEC-DAEB11B605914F68906F20E6ED8865F4F4DE8>>. Acesso em: 10 maio 2019.
14. POLLI, Caroline Beckert; CETRARO, Victoria Sciascia. Transtorno da expressão involuntária (TEEI). Associação Brasil ACV – ABACV, 2019. Disponível em: http://abACV.org.br/wp-content/uploads/2019/04/folder_teei_.pdf>. Acesso em: 15 maio 2019.
15. REIS, Catielle; FARO, André. Repercussões psicológicas após um Acidente Vascular Cerebral (ACV): uma revisão de literatura. Psic., Saúde & Doenças, Lisboa, v. 20, n. 1, p. 16-32, mar. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862019000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 maio 2019.
16. SANTOS, Macson Silva dos. Acidente Vascular Encefálico: um olhar neuropsicológico. Psicologia.pt – O Portal dos Psicólogos, 2019. Disponível em: < <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1287.pdf>> Acesso em: 03 maio 2019.
17. SCHNEIDER, M. A.; SCHNEIDER, M. D. Pseudobulbar affect: what nurses, stroke survivors, and caregivers need to know. Journal of Neuroscience Nursing, v. 49, n. 2, p. 114-117, abr. 2017.
18. TOWFIGHI, Amytis. et al. Poststroke depression: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. AHA Journals, Waltham, v. 48, n. 2, p. 30-43, fev. 2017.
19. WINSTEIN, Carolee J. et al. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. AHA Journals, Waltham, v. 47, n. 6, p. 98-169, maio 2016.

La Asociación Brasil AVC agradece inmensamente el apoyo y la confianza recibidos para la ejecución de éste proyecto. Estamos muy felices porque una vez más alcanzamos el objetivo de reunir a profesionales de diversos segmentos para juntos elaborar un material que será utilizado, auxiliando el día a día, post-ACV.

Todo el contenido abordado en este material impreso también será puesto a disposición en las redes sociales y en la página de la ABAVC, para que más personas tengan acceso a la información.

Sin dudas, su colaboración fue fundamental para el éxito de éste trabajo.

Comisión Organizadora

Dirección de la Asociación Brasil AVC

Presidente

Ana Paula de Oliveira Pires
Coordinadora de Investigación Clínica.

Vicepresidente

Mary Larangeira Albrecht
Fisioterapeuta

1º Tesorero

Daniele Cristina Vieira dos Santos
Enfermera

2º Tesorero

Harguet Rudiger Kroeger
Secretaria Administrativa

1º Secretario

Gleise Farias
Secretaria Administrativa

2º Secretario

Luciane Beatriz Moreira
Analista Administrativa



www.abavc.org.br



REALIZAÇÃO:



[/abavcoficial](#)



[/abrazilavc](#)



www.abavc.org.br