

Consens català sobre avaluació i tractament del pacient postictus



Coordinadora:

M. Cristina López Mompó

Metgessa de Família. EAP Doctor Vilaseca-Can Mariner. Santa Coloma de Gramenet.
Membre del Grup de Malaltia Vascolar Cerebral de la CAMFiC.

Autors:

Berta Catarineu Almansa

Metgessa de Família. EAP Singuerlin. Santa Coloma de Gramenet.
Membre del Grup de Malaltia Vascolar Cerebral de la CAMFiC.

Esther Duarte Oller

Especialista en Medicina Física i Rehabilitació. Cap de Secció de Rehabilitació Neurològica
Parc de Salut Mar. Hospital del Mar i l'Esperança. Barcelona.

Roser Garreta Figuera

Especialista en Medicina Física i Rehabilitació. Cap de servei. Hospital Universitari Mútua
de Terrassa.

Presidenta de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física.

Mónica González Durán

Infermera d'Atenció Primària Adults. Bellvitge.

Unitat de Gestió L'Hospitalet Sud.

Servei d'Atenció Primària Delta del Llobregat.

Gerència Territorial Metropolitana Sud. Institut Català de la Salut.

Mercè Lapeira Viñeta

Especialista en Medicina Física i Rehabilitació.

Directora de la Unitat de RHB. SAP Baix Llobregat Centre. ICS.

Vicepresidenta de la Societat Catalana de Medicina Física i Rehabilitació.

M. Cristina López Mompó

Metgessa de Família. EAP Doctor Vilaseca-Can Mariner. Santa Coloma de Gramenet.
Membre del Grup de Malaltia Vascolar Cerebral de la CAMFiC.

Ana Rodríguez Campello

Unitat d'Ictus. Servei de Neurologia. Parc de Salut Mar. Hospital del Mar. Barcelona.

Membre del Grup de Malalties Vasculars Cerebrals de la Societat Catalana de Neurologia.

Pepita Rodríguez i Molinet

Treballadora Social CAP Casernes 9I.

ICS Àmbit Barcelona Ciutat.

Màster en Atenció Primària.

Mercè Salvat Plana

Infermera.

Pla Director Malaltia Vascolar Cerebral.

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS).

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Agustín Torrequebrada Giménez

Especialista en Medicina Física i Rehabilitació. Hospital Universitari Mútua de Terrassa.

ISBN: 978-84-966-22-5

Dipòsit legal: B. 10440-2017

El *copyright* del consens pertany a les societats científiques firmants.

© 2017 Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC).

Imatge coberta: © 123RF.

Índex

1.	Introducció i justificació	3
2.	Objectius del document.....	4
	Principal	4
	Secundaris.....	4
3.	Prevençió secundària.....	4
	Prevençió secundària de l'hemorràgia cerebral.....	5
4.	Principals problemes postictus	6
	Canvis en la funcionalitat.....	6
	Canvis en la mobilitat.....	6
	Espasticitat.....	6
	Dolor	8
	Canvis en la comunicació.....	8
	Disfàgia.....	8
	Incontinència	9
	Trastorns de l'ànim.....	9
	Deteriorament cognitiu	9
	Família.....	10
	Cuidadors.....	10
	Conducció de vehicles	10
	Funció sexual.....	11
5.	Paper d'infermeria en el control del pacient postictus en Atenció Primària	11
	Modificacions de l'estil de vida (MEV).....	11
6.	Criteris d'adequada derivació als serveis especialitzats	14
	Necessitats de rehabilitació a llarg termini	14
	Quan derivar els pacients a rehabilitació?	14
	Utilitat del qüestionari Poststroke Checklist.....	14
	Cada quan s'ha d'administrar la PSC?	15
7.	Paper del treball social en el seguiment de malalts postictus.....	18
	El pacient, la persona.....	18
	L'ictus, el tractament i la recuperació.....	19
	El capital social.....	19

El suport social.....	19
El mètode.....	20
Els recursos socials	21
El retorn a casa, la prescripció social; algunes idees	23
8. Associacions de malalts	24
Organitzacions de pacients	24
Associacions	24
9. Informació bidireccional entre Atenció Primària i especialitzada. Plataformes de comunicació.....	28
Pla d'acció conjunt.....	28
10. Pla de formació per a professionals.....	29
Objectius.....	29
Metodologia.....	29
11. Indicadors	29
Indicadors de seguiment.....	29
Indicadors de coordinació.....	29
Indicador de formació.....	29
12. Glossari de termes/definicions	30
13. Bibliografia	32

1 Introducció i justificació

L'ictus és una de les malalties més letals al món, cada any 17 milions de persones pateixen un ictus i una de cada sis patirà un ictus al llarg de la seva vida.

A Catalunya, l'ictus provoca més de 13.000 ingressos anuals. És la primera causa de mort en les dones i la tercera en els homes, amb una mortalitat de 3.889 defuncions/any. Continua sent la primera causa mèdica de discapacitat: el 45% tindran una discapacitat moderada-greu.

Els resultats dels indicadors de qualitat de l'Audit (2010) evidenciaven que en l'alta hospitalària només el 68,5% dels pacients tenien gestionada la fisioteràpia i només el 34% rebien informació sistematitzada. En l'últim Audit (2013) el compliment de l'indicador de la recomanació relativa a l'aplicació d'un programa de formació dirigida al pacient/família va millorar fins al 73,9% i s'ha iniciat en un nombre important d'hospitals, respecte a l'edició anterior (taula 1). Per tant, les actuacions efectives en l'àmbit de la rehabilitació estant millorant en el pacient amb ictus¹.

Taula 1. Compliment dels indicadors de procés del 4rt Audit de l'ictus

Indicador de qualitat de l'atenció del pacient amb ictus	Casos vàlids	% compliment (IC 95%)
Mecanisme de l'ictus	1.690	98,2 (97,5-98,8)
Antitrombòtics a l'alta	1.483	96,5 (95,4-97,3)
Neuroimatge < 24 hores de l'ictus	1.477	95,3 (94,1-96,3)
Mobilització precoç a les 48 h	1.360	85,1 (83,1-86,9)
Antiagregants precoços	1.302	83 (80,9-85)
LDL 100	1.066	79,3 (76,7-81,6)
Imatge vascular	1.556	78 (75,8-79,9)
Situació neurològica a l'alta (puntuació NIHSS)	1.690	77,8 (75,8-79,7)
Profilaxi TVP	1.682	74 (71,9-76,1)
Educació sobre l'ictus	1.589	73,9 (71,7-76)
Anticoagulació en la FA	557	73,6 (69,8-77,1)
Perfil lipídic	1.636	73,3 (71,1-75,4)
Test de la disfàgia	1.680	68,2 (65,9-70,4)
Estat d'ànim	1.603	67,6 (65,3-69,9)

El rol de la rehabilitació (RHB) és fonamental per millorar les deficiències. Per això, les diferents societats científiques catalanes involucrades han creat un Grup de Treball que ha elaborat aquest document, amb recomanacions per al seguiment adequat i criteris de derivació entre els diferents nivells assistencials del pacient postictus, i ha revisat les principals guies clíniques i articles originals rellevants.

[2] Objectius del document

Principal

Donar a conèixer l'adequat seguiment del pacient postictus amb la finalitat de millorar la seva qualitat de vida i la del seu entorn.

Secundaris

- Millorar el control de factors de risc (prevenció secundària).
- Facilitar el coneixement dels principals problemes postictus i el seu tractament (prevenció terciària).
- Definir els adequats criteris de derivació del pacient als serveis de RHB.
- Donar a conèixer l'escala Post Stroke Checklist (PSC) i la seva utilitat.
- Difondre el paper de la infermeria i del treball social a professionals, pacients i familiars.

[3] Prevenció secundària

L'atac isquèmic transitori (AIT) o l'ictus isquèmic té un risc anual de recurrència d'un 3-4%, segons les característiques de l'episodi inicial, i factors individuals com edat, comorbiditat i adheència al tractament preventiu²⁻⁵. Les mesures de prevenció secundària tenen l'objectiu de prevenir recurrències (taula 2).

Taula 2

	Objectius	Fàrmacs/accions
Factors de risc		
Hipertensió	Ictus isquèmic i hemorràgic PAS < 140 mmHg (< 130 si és ictus lacunar) PAD < 90 mmHg	Individualitzar: • Diürètics • Combinació de diürètics + IECA
Dislipèmia	Tractament en pacients amb ictus no cardioembòlic Colesterol LDL < 100 mg/dl	Estatines
Diabetis mellitus	Avaluació regular de la glucèmia HbA1c < 7%	Fàrmacs individualitzats Modificació de l'estil de vida
Tractament mèdic		
Antitrombòtics	Ictus isquèmic no candidats a rebre tractament anticoagulant	Aspirina Clopidogrel Aspirina + dipiridamol Triflusal

(Continua)

(Continua)

	Objectius	Fàrmacs/accions
Tractament mèdic		
Anticoagulants orals	Ictus cardioembòlics INR 2-3 en fibril·lació auricular INR 2,5-3,5 en valvulopaties ¹	Acenocumarol Warfarina Anticoagulants d'acció directa ² : <ul style="list-style-type: none">• Dabigatran• Rivaroxaban• Apixaban• Edoxaban
Estatines	Ictus no cardioembòlics	Atorvastatina Simvastatina Rosuvastatina
Modificacions de l'estil de vida		
Dieta	Tots els ictus	Dieta saludable amb patró de dieta mediterrània
Hàbits de vida saludable	Tots els ictus	Abstenció tabàquica Abstinència de l'alcohol Reducció de la ingesta de sal Realitzar activitat física moderada Evitar l'obesitat

¹No recomanada en malalts amb risc de caigudes, mal compliment, epilèpsia no controlada o sagnat gastrointestinal.

²En els casos d'hipersensibilitat, resistència o intolerància a dicumarítics, INR molt inestables, impossibilitat per a realitzar controls o aparició d'ictus, tot i haver-hi bon control d'anticoagulació.

Prevençió secundària de l'hemorràgia cerebral

Tractament preventiu

El risc de recurrència de l'hemorràgia intracranial (HIC) en estudis poblacionals és del 2,1 al 3,7% per pacient-any.

La HTA és el factor de risc modificable més important. Es recomana el tractament després del període agut en els pacients afectats d'HIC. Els fàrmacs recomanats són la combinació d'IECA + diürètics.

L'alcohol és un altre factor de risc per a l'HIC, i se'n recomana l'abstenció.

No hi ha evidència per a recomanar restriccions en l'activitat física o sexual i tampoc en l'ús d'estatines.

[4] Principals problemes postictus

La intenció d'aquest apartat és explicar les dificultats més freqüents que poden presentar-se en la fase de cronicitat de l'ictus i que poden ser objecte de valoració, per tal d'iniciar tractaments o mesures específiques.

Canvis en la funcionalitat

La major part de la recuperació funcional es produeix en els tres primers mesos després de l'ictus i, per tant, és en aquest període on es concentren la major part d'esforços terapèutics rehabilitadors. Passat aquest temps, poden continuar millores funcionals en alguns pacients, en especial durant el primer any, sobretot en pacients amb dany cerebral més extens. Una vegada finalitzat el procés rehabilitador, poden produir-se pèrdues funcionals de les capacitats adquirides en alguns pacients, en particular aquells de més edat, aïllats socialment o amb major comorbiditat⁶.

Tanmateix, la presència d'incidències mèdiques o quirúrgiques, els traumatismes o altres situacions que condicionin immobilitat poden donar lloc a pèrdues funcionals. En aquestes circumstàncies s'ha de valorar la conveniència de seguir el tractament rehabilitador, per tal de recuperar la situació funcional prèvia a l'event.

Canvis en la mobilitat

La reeducació de la marxa i la mobilitat és un objectiu clau del tractament rehabilitador. Una cinquena part dels pacients experimenten un deteriorament de la mobilitat en la fase crònica, entre el primer i el tercer any postictus. La presència de fatiga, problemes cognitius, depressió i inactivitat en el primer any de l'ictus són predictors de deteriorament en la mobilitat més endavant. Aquest deteriorament pot limitar les activitats bàsiques de la vida diària i restringir la participació social. Paral·lelament, el deteriorament en la mobilitat pot afavorir la presència de major fatiga i depressió⁷. El reconeixement precoç d'aquests predictors pot ajudar a implementar intervencions per prevenir el deteriorament de la mobilitat en l'ictus crònic.

Les ortesis permeten una millor transferència del pes sobre l'extremitat parètica i milloren el cost energètic de la marxa. El metge rehabilitador pot plantejar el seu ús en cas d'empitjorament de la capacitat de marxa, deformitat a l'extremitat inferior, en especial al peu i el turmell, o dificultat per al recolzament correcte del peu, amb l'objectiu d'evitar una deformitat dinàmica en flexió plantar o de substituir la musculatura debilitada.

Espasticitat

L'espasticitat afecta al voltant d'un 40% dels pacients després d'un ictus, tant a l'extremitat superior com a l'inferior. L'espasticitat pot limitar els guanys en el tractament rehabilitador, frenar la recuperació de la funció motora i interferir en les activitats funcionals.

Els patrons de deformitat espàstica a l'extremitat superior provoquen problemes per a la higiene del palmell de la mà i l'aixel·la, dificultat pel vestit de l'extremitat superior, deformitat postural

i dolor. A l'extremitat inferior, les deformitats més freqüents són l'adducció del maluc i el peu equí espàstic.

En el tractament de l'espasticitat és important plantejar amb cura uns objectius d'interès per al pacient i la seva família. Es poden indicar tota una sèrie de tractaments que van des de tractaments posturals, estiraments, entrenament motor, fàrmacs orals, tractament amb toxina botulínica i, en ocasions, fins i tot, tractaments quirúrgics. En general, el tractament postural, la fisioteràpia basada en l'exercici i els estiraments, així com el tractament amb toxina botulínica són les mesures més utilitzades.

Els **fàrmacs orals**, que inclouen el baclofèn, la tizanidina, les benzodiazepines com ara el diazepam, i el clonazepam i el dantrolè, tenen un benefici limitat i poden ser mal tolerats: provoquen sedació, alteracions cognitives i efectes secundaris anticol·linèrgics. El tractament amb **toxina botulínica**, per la seva eficàcia i tolerància, s'ha consolidat com a l'opció de primera línia per al tractament de l'espasticitat regional que origina discapacitat en el pacient postictus. El tractament l'ha d'aplicar un metge especialista amb experiència en el maneig de l'espasticitat i les habilitats tècniques necessàries.

S'aplica per via intramuscular en els músculs que es consideren implicats en els patrons de deformitat, es fa a la consulta externa, en general sense procediments anestèsics i poden utilitzar-se mètodes d'injecció guiada, com l'ecografia i l'electromiografia per facilitar la localització muscular amb precisió. El tractament millora les dificultats associades a la rigidesa espàstica de l'extremitat superior: facilita el vestit i la higiene, millora la postura, els moviments involuntaris i el dolor. En l'extremitat inferior, a més a més, pot ajudar a la reeducació de la marxa, millorar el recolzament del peu al caminar, l'adaptació del calçat i les ortesis i millorar el confort durant la marxa⁸.



Peu varo. Hiperextensió de primer dit.

Després del tractament focal amb toxina botulínica A.

Dolor

El dolor després de l'ictus és d'origen multifactorial. El dolor no tractat o tractat de manera insuficient és una causa d'insatisfacció amb el tractament rehabilitador⁹. Cada tipus de dolor pot requerir un enfoc terapèutic diferent i, per tant, una valoració clínica individualitzada detallada.

La presència d'alteracions sensitives, percepció anormal del tacte o dolors de característiques aberrants com fred, cremor o sensacions elèctriques, faran pensar en característiques neuropàtiques i en assajar fàrmacs antiepilèptics com la gabapentina o la pregabalina.

Si s'acompanya de rigidesa muscular que suggereixi que el seu origen és l'espasticitat muscular, pot tractar-se amb toxina botulínica o fàrmacs relaxants per millorar el dolor.

En altres casos, pot aparèixer un dolor associat a rigidesa articular a l'espatlla, i les articulacions del canell i mà amb presència de signes d'inflamació que fa pensar en una síndrome dolorosa regional complexa (SDRC) i, en aquests casos, el tractament amb corticoides pot ser una opció.

Si no s'aconsegueix un bon control del dolor en un pacient amb seqüeles d'un ictus, està indicat remetre'l a un servei de rehabilitació per a una valoració especialitzada.

Canvis en la comunicació

L'afàsia és una seqüela crònica i altament discapacitant que altera la comunicació i origina dificultats per a la participació social. Apareix en una quarta part dels pacients després d'un ictus, i s'associa a major consum de serveis de rehabilitació, major edat, més discapacitat, estades hospitalàries més llargues i més problemes per retornar al domicili. A més a més, poden donar lloc a menys qualitat de vida, més distress i menys participació en activitats.

La comunicació és clau en la participació social, i és aquest l'objectiu final de la rehabilitació, per tant, en tot pacient amb una limitació significativa en la comunicació s'ha de valorar la necessitat de seguir un tractament rehabilitador.

Haver superat el període agut i subagut de l'ictus no és una limitació per poder beneficiar-se de tractament rehabilitador del llenguatge¹⁰.

Disfàgia

Més del 50% dels pacients presenta disfàgia després d'un ictus. En general en les primeres dues setmanes milloren els símptomes i és possible l'alimentació per via oral amb seguretat. En aquells que, després d'aquest temps, existeixen dificultats poden ser necessaris 2-3 mesos per aconseguir la millora i, tot i així, hi ha un petit percentatge de pacients amb aquesta alteració que presentaran disfàgia crònica o que tindran un empitjorament posterior.

En la fase aguda s'ha de fer sempre un *screening* clínic de la disfàgia per iniciar la via oral amb seguretat i ajustar progressivament les textures dels aliments. En alguns casos, pot ser necessària la col·locació temporal d'una sonda nasogàstrica per a l'alimentació oral. Si es preveu que hi haurà dificultats per a l'alimentació oral de llarga durada es recomana valorar la necessitat d'alimentació enteral mitjançant una sonda de gastrostomia¹¹. Abans del retorn al domicili, ha de quedar ben establert i consensuat amb la família com s'ha de continuar l'alimentació al domicili, i si s'ha de seguir alguna restricció dietètica per tal de mantenir la seguretat.

La presència de disfàgia augmenta el risc de malnutrició, deshidratació, ennuegaments i pneumònia. En la fase de cronicitat, s'ha de mantenir l'atenció per detectar signes de disfàgia: ennuegaments, tos i canvis en la veu postdeglució. En cas de detecció d'aquests signes, ingesta insuficient, pèrdua de pes o pneumònies s'ha de considerar la consulta especialitzada en un servei de rehabilitació.

Incontinència

Fins un 80% de pacients presenten símptomes urinaris durant el primer any després de l'ictus, la nictúria és el més freqüent. Per altra banda, la incontinència d'esforç és el tipus més freqüent. L'edat avançada, el sexe femení, la incontinència urinària prèvia i la gravetat de l'ictus són factors predictius d'incontinència urinària a l'any¹².

Pot existir incontinència en la fase inicial de l'ictus. Si existeix, però no hi ha retenció d'orina, no es recomana la utilització de sondes vesicals. Poden ser útils els sistemes col·lectors o els absorbents. En alguns pacients es pot valorar la prescripció de fisioteràpia del sòl pelvià.

Trastorns de l'ànim

Aproximadament una tercera part dels pacients presenten depressió després d'un ictus. Això pot limitar la recuperació funcional i la participació en les teràpies. La depressió contribueix a la percepció de resultats escassos després de l'ictus. Es recomana practicar un *screening* per a la detecció de depressió en tots els pacients que han patit un ictus, atesa l'elevada incidència. La dependència funcional i la història de depressió prèvia, les alteracions de la comunicació i l'aïllament social es consideren possibles factors de risc. El tractament farmacològic s'ha de considerar si la depressió és persistent i interfereix en el dia a dia, en els objectius rehabilitadors o empitjora al llarg del temps¹³.

Deteriorament cognitiu

En tots els pacients s'ha d'avaluar la conveniència de realitzar un *screening* cognitiu i, si s'hi observen alteracions, realitzar una valoració més detallada.

Aquesta valoració ha de considerar l'impacte de les deficiències en la seguretat, en les activitats de la vida diària (AVD) bàsiques i instrumentals, i els efectes que la presència d'altres comorbilitats poden tenir en la capacitat cognitiva, com els problemes en la comunicació, les deficiències sensorials, el delirium, l'apatia, altres problemes mèdics coexistents i la presència de depressió. Les conseqüències i la presentació poden canviar en el temps, per la qual cosa poden ser necessàries valoracions periòdiques.

Els objectius terapèutics s'han de centrar en el pacient, i han de ser sensibles als seus valors i expectatives i als de la seva família i cuidadors.

Si el deteriorament cognitiu arriba al grau de demència moderada, és raonable que la intervenció sigui dirigida a facilitar l'educació i oferir suport als cuidadors. Entre els tractaments rehabilitadors existeixen estratègies compensadores i d'entrenament directe d'habilitats cognitives. El tractament farmacològic pot tenir efectes significatius en la qualitat de vida d'alguns pacients. Si

s'ha de valorar l'opció de fer un tractament amb fàrmacs, s'ha de remetre el pacient a un professional expert¹³.

Família

Les necessitats de les famílies van canviant en el temps, després de l'ictus. En el període inicial, la família està centrada en els aspectes mèdics i en la incertesa de la evolució en general. Posteriorment, l'atenció es desvia cap als efectes de l'ictus i apareixen sentiments de frustració i preocupació per les seqüeles cognitives. Hi ha una necessitat palesa de suport a les famílies i de provisió de serveis.

En la fase de cronicitat, les famílies tenen necessitat de normalitzar la situació i tornar a reprendre les activitats familiars i socials habituals. S'han de conèixer les circumstàncies i necessitats de cada família de manera individualitzada, per planificar les intervencions ajustades a cada una d'elles^{13, 14}.

Cuidadors

El paper del cuidador és fonamental després de l'ictus. Els resultats són millors si el cuidador disposa de més estratègies per afrontar les dificultats diàries i de més recursos per a la resolució de problemes. En general, com millor sigui la salut física i mental del cuidador i la seva qualitat de vida, millor és l'atenció que pot donar a la persona cuidada, sobretot tenint en compte que moltes vegades el cuidador principal és un familiar. Per tant, s'ha de comprovar que el cuidador principal està capacitat amb els recursos suficients per afrontar les seves necessitats^{14, 15}.

Conducció de vehicles

L'ictus pot afectar la capacitat de conducció segura a causa de la presència de diferents deficiències visuals, cognitives i motores.

Si existeix hemianòpsia, s'ha d'avaluar la recuperació amb la realització d'una campimetria. La presència de diplopia suposa la incapacitat absoluta per a la conducció, excepte si és possible la correcció amb prisma, i després de sis mesos d'estabilitat. La presència de negligència visuoespacial esquerra per lesions de l'hemisferi no dominant també és un condicionant per a la conducció.

Els pacients amb AIT no podran obtenir o prorrogar el seu permís o llicència de conducció fins que hagin transcorregut almenys sis mesos sense símptomes neurològics, i hauran d'aportar un informe del neuròleg en el qual consti l'absència de seqüeles. Si tingués seqüeles neurològiques que no li impedissin l'obtenció o pròrroga, precisarà un informe favorable de l'especialista i es limitarà el període de vigència com a màxim a un any¹⁶.

Davant del mínim dubte de la capacitat de conduir, s'ha d'INFORMAR que no poden tornar a conduir i que el pacient ha de ser valorat des del punt de vista neurològic i neuropsicològic i, si no hi ha limitacions, finalment amb una avaluació en carretera. És necessari un informe d'aptitud psicofísica, expedit per un Centre de Reconeixement de Conductors autoritzat per la Direcció General de Trànsit¹⁷. Accessible a: <http://www.dgt.es/es/seguridad-vial/centros-colaboradores/centros-de-reconocimiento-de-conductores/>

Funció sexual

La sexualitat és un aspecte important de la qualitat de vida després de l'ictus, tant per al pacient com per a la seva parella. Molts factors (discapacitat, comorbiditat, medicació, falta de coneixement, la por a patir un altre ictus, canvis en la libido...) poden afectar la funció sexual. És aconsellable que els professionals plantegin aquest tema, tenint en compte que sovint els pacients són reticents a fer-ho. Quan es detectin disfuncions, cal dirigir-los a serveis especialitzats per a rebre atenció adequada.

[5] Paper d'infermeria en el control del pacient postictus en Atenció Primària

Modificacions de l'estil de vida (MEV)

Per tal de poder incidir i treballar la correcta cura i tractament del malalt postictus el professional d'infermeria precisa conèixer les seves necessitats bàsiques i el seu grau d'afectació, valorant, treballant i potenciant els aspectes següents:

A. Valoració física i cognitiva

La infermera/l'infermer passarà els diferents tests desenvolupats per a tal efecte¹⁸.

- Funció física: índex de Barthel.
- Funció cognitiva: test de Pfeiffer i/o miniexamen cognoscitiu de Lobo.

B. Valoració d'infermeria de les 14 necessitats bàsiques^{19, 20}

El professional d'infermeria valorarà les alteracions de cada necessitat, detectarà les manifestacions de dependència del pacient i els recursos que utilitza per millorar-les.

Consens català sobre avaluació i tractament del pacient postictus

1. RESPIRAR

Tos, expectoració, dificultat respiratòria, dades d'interès.

2. MENJAR I BEURE* DISFÀGIA

Supervisar el bon compliment de la dieta prescrita i potenciar els consells.

3. ELIMINAR

Ús de sonda, bolquers...

RESTRENYIMENT

4. MOURE'S I MANTENIR UNA BONA POSTURA

Potenciar la deambulació i supervisar l'ús dels aparells ortoprotètics.

5. DORMIR I DESCANSAR

Estimulació diurna per evitar l'avoriment i afavorir el descans nocturn.

6. VESTIR-SE I DESPULLAR-SE

Roba ampla, còmoda, velcros, calçadors llargs, calçat que agafi el peu. **Vestir-se:** primer l'extremitat afectada. **Despullar-se:** a l'inrevés.

7. MANTENIR LA TEMPERATURA CORPORAL

Evitar l'ús d'esterilles i bosses d'aigua calenta.

8. MANTENIR HIGIENE I PROTEGIR LA PELL

Afavorir el confort, supervisar l'acondicionament del bany, bon control i prevenció d'escars i del risc d'infecció.

9. EVITAR PERILLS RISC DE CAIGUDA

Supervisió del bon compliment dels exercicis recomanats, valorar riscos a la llar, retirar catifes, soles antilliscants...

10. COMUNICAR-SE

Missatges curts, senzills i to de veu adequat. Preguntes de resposta S/ NO. Ús d'adaptacions tecnològiques.

11. CREENCES I VALORS

Percepció de la seva salut.

12. REALITZACIÓ DEPRESSIÓ

Detecció amb escales Yesavage i ansietat/depressió.

13. OCI

Ús de tècniques adaptades: escacs grans, enfiladors automàtics, intruments musicals, recursos de la comunitat...

14. APRENDRE

Potenciar les tècniques d'aprenentatge grupal.

* Necessitat de menjar i beure: signes de deshidratació, manca de peces dentals, pròtesi bucal, dieta, on menja, intolerància alimentària, masticació, deglució i digestió.

Un dels principals problemes postictus és la **disfàgia**. La infermera/l'infermer supervisarà el bon compliment de la dieta i els consells del personal especialitzat.

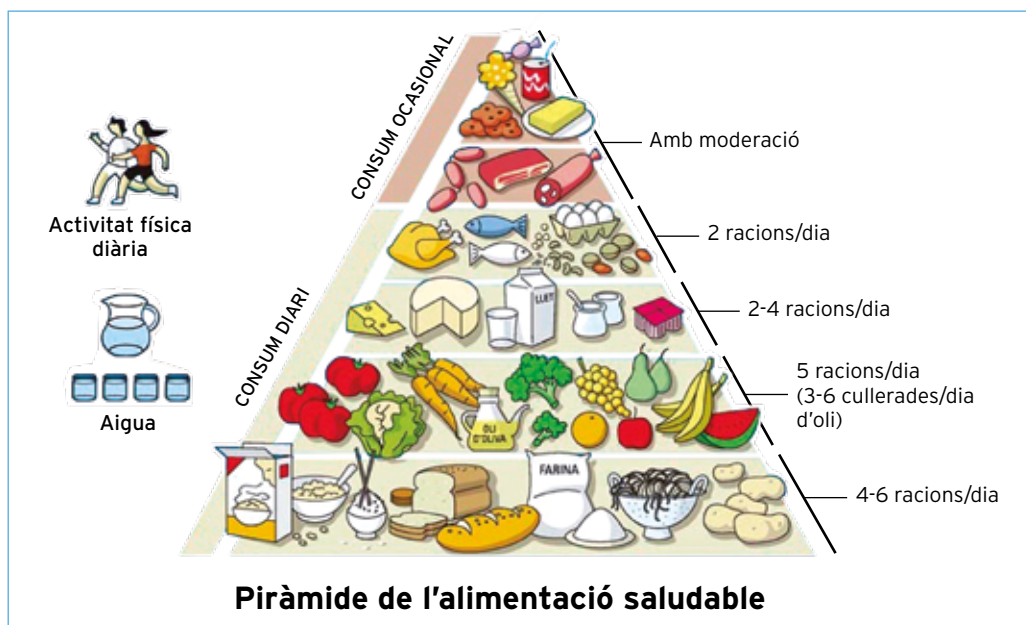
- **Alimentació oral:** es valorarà la consistència dels aliments que canviaran segons la millora, l'ús d'espessants i el manteniment de la posició correcta; el pacient ha d'estar assegut i el menjar s'ha de donar en petites quantitats pel costat de la boca no afectat i baixar-li la barbeta per afavorir la deglució.
- **Alimentació per sonda:** es supervisarà la correcta manipulació de la sonda per part del cuidador, la posició semiasseguda del malalt, la consistència correcta, la higiene bucal i/o orificis nasals, el rentat de la pell perisonda, el taponament i canvi d'apòsit de la sonda després de la ingesta.

C. Identificació del cuidador

La infermera/l'infermer haurà de valorar els coneixements i habilitats del cuidador en les cures i també el seu risc de claudicació amb el test de Zarit (periodicitat anual).

D. Incidir sobre els hàbits de vida modificables^{21, 22, 23}

- *Deixar de fumar.* Interrogatori i consell, valoració de l'ús de substituïts de la nicotina.
- *Reduir el consum elevat d'alcohol.*
- *Seguir el patró alimentari de la dieta mediterrània.* Els pacients que han patit un ictus necessiten una dieta que modifiqui el perfil dels greixos poliinsaturats i monoinsaturats i un descens dels saturats. Una preparació adequada dels aliments pot disminuir el contingut calòric de greixos saturats i colesterol.



- *Control de pes.* És convenient mantenir un índex de massa corporal (IMC) entre 18,5 i 24,9 kg/m² i un perímetre abdominal < 102 cm en homes i < 88 en dones. En cas de sobrepès o obesitat s'indicarà una dieta hipocalòrica amb l'objectiu inicial de pèrdua del 10% del pes del pacient, en un període aproximat de sis mesos.
- *Control de la TA.* En pacients hipertensos s'ha d'iniciar una dieta hiposòdica. Reduir el consum de sal a menys de 2,4 g/dia. La reducció addicional per sota d'1,5 g/dia s'associa amb la reducció de la pressió sistòlica.
- *Control de la diabetis.* S'ha de mantenir HbA1C < 7% i controlar la ingesta d'hidrats de carboni.
- *Activitat física.* Sempre s'adequarà l'exercici físic a les pautes indicades pel personal especialitzat, en funció del grau d'afectació del pacient.

E. Conciliació farmacològica

Mitjançant l'interrogatori es realitzarà el procés de reconeixement de la medicació pautaada i el seu bon compliment per part del pacient. Tanmateix, es valoraran els efectes secundaris dels fàrmacs.

F. Vacunació^{21, 22}

Es realitzaran les vacunacions gripal i pneumocòccica, segons les guies de pràctica clínica del moment.

G. Suport familiar i al propi pacient

Es vetllarà per l'elaboració del dol, la responsabilitat de cures i el foment de la independència del pacient.

6 Criteris d'adequada derivació als serveis especialitzats

Necessitats de rehabilitació a llarg termini

La rehabilitació (RHB) del pacient amb ictus té com a objectiu fonamental tractar la discapacitat per aconseguir la màxima capacitat funcional possible en cada cas, facilitar la independència i la reintegració a l'entorn familiar, social i laboral. El programa rehabilitador és un procés limitat en el temps i orientat per objectius. La seva durada i complexitat venen determinades per la identificació d'objectius funcionals a assolir en cada pacient, però habitualment no es perllonga més enllà del primer any després de l'ictus²⁴.

Un cop són donats d'alta dels serveis de RHB, molts pacients segueixen controls per part dels equips d'Atenció Primària. A partir d'aquest moment, ja no és necessari seguir tractament de RHB de manera rutinària, excepte quan s'identifiquin objectius funcionals o en determinades condicions mèdiques que ho requereixin.

Quan derivar els pacients a rehabilitació?

En la fase crònica, quan les seqüeles de l'ictus s'han estabilitzat, els pacients han de tenir accés als serveis de RHB per revisar les necessitats a llarg termini²⁵.

L'aparició de deteriorament funcional per depressió, caigudes, fractures o espasticitat pot requerir tractament rehabilitador puntual, de curta durada, per tal de retornar al nivell funcional previ²⁶.

La decisió de derivar o no els pacients a RHB depèn molt sovint de la demanda dels pacients i la família, i no hi ha criteris clars que assegurin la coordinació entre els serveis d'Atenció Primària i els especialitzats.

Utilitat del qüestionari Poststroke Checklist

Un grup internacional i multidisciplinari d'experts en l'atenció de l'ictus *The Global Stroke Community Advisory Panel (GSCAP)* han desenvolupat un qüestionari per ajudar els professionals sanitaris a identificar problemes a llarg termini tributaris de derivació a serveis de RHB²⁷.

La Poststroke Checklist (PSC) facilita al metge d'Atenció Primària la decisió de quan remetre a un pacient amb seqüeles d'un ictus als serveis especialitzats en RHB, per rebre l'atenció adequada. D'altra banda, també pot ser útil per decidir quan no s'hi han d'enviar els pacients, la qual cosa pot suposar un element de racionalització dels recursos sanitaris.

És un qüestionari validat al castellà, breu i fàcil d'utilitzar que estandarditza el seguiment dels pacients amb ictus crònic i assegura l'accés a intervencions de rehabilitació basades en l'evidència²⁸. Inclou onze preguntes amb recomanacions de derivació a RHB o no, segons la resposta del pacient.

Cada quan s'ha d'administrar la PSC?

El consens d'experts en l'atenció de l'ictus *The Global Stroke Community Advisory Panel (GSCAP)* recomana administrar aquest qüestionari cada sis mesos. No requereix més de 10 minuts i suposa una eina objectiva per derivar o no els pacients a RHB.

1. Prevención secundaria		
Desde su última revisión, ¿ha recibido consejo sobre cambios de estilos de vida relacionados con la salud o medicamentos para prevenir otro ictus?	<input type="checkbox"/> NO →	Si la respuesta es NO , consulte con el equipo de Atención Primaria para la evaluación de factores de riesgo y tratamiento si fuera apropiado.
	<input type="checkbox"/> SÍ →	Observe evolución.

2. Actividades de la vida diaria			
Desde su última revisión, ¿le resulta más difícil cuidar de si mismo?	<input type="checkbox"/> NO →	Observe evolución.	
	<input type="checkbox"/> SÍ →	¿Tiene más dificultades para vestirse, lavarse y/o bañarse? ¿Tiene más dificultad para preparar bebidas y/o comidas calientes? ¿Tiene más dificultad para salir al exterior?	Si la respuesta es sí en cualquiera de las preguntas, consulte a su médico especialista de Rehabilitación para una evaluación adicional.

(Continúa)

Consens català sobre avaluació i tractament del pacient postictus

(Continua)

3. Movilidad					
Desde su última revisión, ¿le resulta más difícil caminar o trasladarse con seguridad desde la cama a la silla?	<input type="checkbox"/> NO →	Observe evolución.			
	<input type="checkbox"/> SÍ →	<table border="1"> <tr> <td>¿Continúa recibiendo tratamiento rehabilitador?</td> <td>Si la respuesta es NO, consulte al equipo de Rehabilitación local para una evaluación adicional.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Si la respuesta es SÍ, actualice la historia del paciente y evalúelo en la siguiente revisión.</td> </tr> </table>	¿Continúa recibiendo tratamiento rehabilitador?	Si la respuesta es NO , consulte al equipo de Rehabilitación local para una evaluación adicional.	
¿Continúa recibiendo tratamiento rehabilitador?	Si la respuesta es NO , consulte al equipo de Rehabilitación local para una evaluación adicional.				
	Si la respuesta es SÍ , actualice la historia del paciente y evalúelo en la siguiente revisión.				

4. Espasticidad			
Desde su última revisión, ¿ha aumentado la rigidez en sus brazos, manos, y/o piernas?	<input type="checkbox"/> NO →	Observe evolución.	
	<input type="checkbox"/> SÍ →	<table border="1"> <tr> <td>¿Está interfiriendo en las actividades de su vida diaria?</td> <td>Si la respuesta es SÍ, consulte al médico especialista en Rehabilitación o Neurología para una evaluación y diagnóstico adicional.</td> </tr> </table>	¿Está interfiriendo en las actividades de su vida diaria?
¿Está interfiriendo en las actividades de su vida diaria?	Si la respuesta es SÍ , consulte al médico especialista en Rehabilitación o Neurología para una evaluación y diagnóstico adicional.		

5. Dolor		
Desde su última revisión, ¿ha experimentado algún dolor nuevo ?	<input type="checkbox"/> NO →	Observe evolución.
	<input type="checkbox"/> SÍ →	Si la respuesta es SÍ , derive a la Unidad de Rehabilitación para una evaluación y diagnóstico adicional.

6. Incontinencia		
Desde su última revisión, ¿tiene más problemas para controlar su vejiga o intestino?	<input type="checkbox"/> NO →	Observe evolución.
	<input type="checkbox"/> SÍ →	Si la respuesta es SÍ , consulte al médico o enfermera/o para una evaluación adicional.

(Continua)

(Continua)

7. Comunicación		
Desde su última revisión, ¿le resulta más difícil comunicarse con los demás?	<input type="checkbox"/> NO →	Observe evolución.
	<input type="checkbox"/> SÍ →	Si la respuesta es sí , consulte al especialista de Rehabilitación para una evaluación adicional de logopedia.



8. Estado de ánimo		
Desde su última revisión, ¿se siente con más ansiedad o deprimido?	<input type="checkbox"/> NO →	Observe evolución.
	<input type="checkbox"/> SÍ →	Si la respuesta es sí , consulte al médico de Atención Primaria sobre sus cambios de ánimo para una evaluación adicional.

9. Cognición		
Desde su última revisión, ¿encuentra más difícil pensar, concentrarse o recordar cosas?	<input type="checkbox"/> NO →	Observe evolución.
	<input type="checkbox"/> SÍ →	¿Interfiere esto con su actividad o participación? Si la respuesta es NO , actualice la historia del paciente y evalúelo en la siguiente revisión. Si la respuesta es sí , derívelo al especialista para una evaluación adicional.

10. Vida tras el ictus		
Desde su última revisión, ¿tiene más dificultad para realizar cosas importantes (por ejemplo ocio, aficiones, trabajo, así como relaciones con sus seres queridos)?	<input type="checkbox"/> NO →	Observe evolución.
	<input type="checkbox"/> SÍ →	Si la respuesta es sí , derive al paciente a una organización de apoyo al ictus (por ejemplo, Asociación del Ictus).

(Continua)

(Continua)

11. Relación familiar		
Desde su última revisión, ¿la relación con su familia se ha vuelto más difícil o estresante?	<input type="checkbox"/> 	Observe evolución.
	<input type="checkbox"/> 	Si la respuesta es Sí , concerte una visita al médico de Atención Primaria con el paciente y un familiar. O si un miembro de la familia está presente derive a una organización de apoyo al ictus (por ejemplo, Asociación del Ictus).

Adaptado de Philp I, et al. Development of a Poststroke Checklist to Standardize Follow-up Care for Stroke Survivors. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. December 2012. Avalado por la organización mundial del ictus (World Stroke Organization) para mejorar el seguimiento y cuidado del paciente tras un ictus.

[7] Paper del treball social en el seguiment de malalts postictus

L'aparició de l'ictus suposa un abans i un després en la vida d'una persona. És per a molts el debut en el món de la discapacitat; de fet, com ja s'ha dit, el 45% de les persones que han patit un ictus presenten una discapacitat moderada-greu.

Els problemes que es deriven, els relacionats amb la mobilitat, l'espasticitat, el dolor, els problemes de comunicació, la disfàgia, la incontinència, els trastorns de l'ànim, els trastorns cognitius... suposen una important limitació en el desenvolupament de la vida social de la persona, i poden variar en funció del grau d'afectació, però gairebé sempre tots constitueixen importants factors de risc per l'aïllament social.

Per tot això, l'objectiu principal de l'atenció social del pacient postictus és evitar l'aïllament i l'exclusió social.

És imprescindible que el treballador social sanitari conegui el pacient, la malaltia, els dèficits residuals, les possibilitats de recuperació i el seu capital social.

El pacient, la persona

El pacient és la persona sobre la qual es centra tota l'atenció i des de la observació psicosocial és fonamental conèixer la història de vida prèvia a l'ictus, especialment centrada en les activitats, obligacions, problemes i interessos dels darrers anys.

Es tracta de donar suport i acompanyar la persona en el procés dolorós que està vivint. És necessari conèixer *qui és aquesta persona que ara ha patit un ictus, com pot afectar la seva vida, les seves activitats i relacions*. Caldrà també conèixer *allò que feia que haurà de deixar de fer, la seva manera d'afrontar les dificultats i les afliccions anteriors que hagi patit, la seva capacitat de resiliència i les repercussions que tot això tindrà en la vida personal i familiar*, aquells factors de la seva situació que poden suposar un risc i alhora aquells altres factors que el protegeixen.

Cada persona és diferent, i cal fer un *diagnòstic social sanitari* per impulsar un pla de treball individualitzat orientat a que els dèficits tinguin el menor impacte possible en la seva vida.

L'ictus, el tractament i la recuperació

El tractament de l'ictus és un procés d'alta complexitat que requereix d'una gran organització i sintonia entre serveis i professionals per poder donar resposta a les necessitats de la persona. La millora de l'autonomia, la seva integració familiar, laboral i social, evitar la institucionalització i disminuir la mortalitat secundària, constitueixen importants fites que cap servei pot realitzar per si sol i sense la col·laboració i el treball conjunt amb d'altres serveis.

És imprescindible que l'abordatge de la situació social del pacient formi part indissoluble de l'atenció global que rep, i en un moment molt proper al diagnòstic, ja sigui des de l'hospital, del servei de neurologia, de rehabilitació, del centre sociosanitari o d'Atenció Primària de salut i es presti en el context del treball en equip interdisciplinari.

El treball en equip interdisciplinari, el contingut de la informació i la manera en què es transmet d'un professional a un altre, així com les decisions coordinades que es prenen amb la participació del pacient i el seu entorn, constitueixen una garantia d'atenció centrada en la persona.

El capital social

Cada persona té un capital social diferent, és a dir, un patrimoni de recursos (familiars, comunitaris, socials) que incrustats en la seva xarxa social influeixen en la seva identitat personal, delimitant oportunitats i obstacles i influint en les decisions que cal prendre (Coleman, Bordieu, 1998).

El capital social no és només la quantitat de recursos que la persona té al seu abast, sinó també la capacitat de fer-ne ús i aprofitar-los. Això ve donat també per la seva capacitat d'establir vincles i confiar en els altres, en l'entorn familiar i en el comunitari.

Per això cal fugir de simplificacions i fer un estudi per fer-se una idea del capital social de què disposa la persona. El capital social familiar (que inclou el coneixement de la composició del grup familiar, de les seves relacions i de la situació econòmica) i del capital comunitari (que inclou la vinculació concreta de la persona a grups, a xarxes de confiança, de solidaritat i reciprocitat i l'existència objectiva de xarxes de suport públiques o privades al seu abast).

El suport social

Aquest tríode de coneixement *del pacient, de la malaltia i del capital social* permet al treballador social elaborar un diagnòstic social sanitari que, amb la participació de la persona i la seva família, permeti orientar l'acció per dissenyar un pla i oferir suport social.

En la literatura trobem evidència de què el suport social:

- Pot modificar el procés de salut-malaltia individual o familiar (en funció del suport social rebut) quan han d'enfrontar-se a malalties i esdeveniments estressants²⁹.
- Proporciona una protecció més gran de la salut i benestar de les persones grans³⁰.
- Millora l'autocura i els índexs de qualitat de vida³¹.
- Possibilita l'adherència al tractament i la prevenció de l'aïllament social³².

- Segons altres estudis, millora el pronòstic d'altres malalties com, per exemple, després d'un infart de miocardi, algun tipus de càncer o en els resultats d'embaràs de dones vulnerables quan es realitzen intervencions grupals a persones amb alt risc³³.

El mètode

Per arribar a tenir el coneixement necessari, avaluar la situació social de la persona que ha patit un ictus i articular un pla d'acció, el treballador social sanitari utilitza com a tècnica principal l'entrevista.

L'entrevista de treball social té l'objectiu de descobrir i atendre les necessitats de les persones que han patit un ictus, establir el pla d'intervenció amb la col·laboració del pacient i la seva família, fer el seguiment dels acords, donar suport, intentar modificar les actituds que entorpeixen els avenços, o obrir noves perspectives de comprensió de la realitat, informar i orientar sobre recursos existents i sobre la utilització adequada dels serveis, facilitar l'accés i adaptar els recursos a les persones. També identificar els dols que acompanyaran el procés i facilitar-ne la tasca d'elaboració.

Per tant, l'entrevista és tècnica, és relació i és procés³⁴. És a dir, no és la mera aplicació d'una tècnica, és també una relació interpersonal en la qual s'estableix un vincle entre el professional i el pacient que serà l'eina principal sobre la qual treballar i al mateix temps és un procés amb unes fases diferenciades.

De manera complementària, el treballador social utilitza també escales per objectivar algunes funcions. Les més utilitzades són:

Per avaluar la funció familiar

- Escala Gijón de valoració sociofamiliar de l'ancià³⁵. Permet la determinació de risc social en ancians valorant la situació familiar, econòmica, vivenda, relacions socials, i suport de la xarxa social.
- Àpgar familiar³⁶. Permet conèixer si la família pot considerar-se un recurs per als individus del grup o si influeix empitjorant la seva salut.

Per avaluar el suport social

- Qüestionari de suport social funcional Duke-Unk³⁶. Avalua quantitativament el suport social percebut.
- Avaluació funcional multidimensional OARS³⁶. Mesura quantitativament la capacitat funcional i recull la utilització i necessitat de serveis.

Per avaluar la claudicació familiar

- Escala de sobrecàrrega del cuidador Zarit³⁶. Mesura el grau de sobrecàrrega subjectiva de cuidadors de gent gran afectada de trastorns mentals.
- Escala de detecció de la claudicació familiar SAM³⁷. Determina el risc de claudicació.

Amb tota la informació de la recollida de dades de les entrevistes i les escales, el treballador social sanitari elabora el diagnòstic social sanitari recollint els dèficits residuals, la capacitat de resiliència i l'adaptació (emocional i funcional) als canvis de la persona i l'entorn familiar, la capacitat de l'entorn de tenir cura i donar suport, de complementar o substituir les funcions que siguin necessàries, i del seu capital social.

Elabora el pronòstic que inclou els canvis que es poden esperar, els recursos que seran necessaris i l'atenció que cal oferir des del servei. És important consensuar amb la persona i la família el pla de treball i fer un seguiment que permeti verificar l'adequació de la intervenció i impulsar les mesures correctores que siguin necessàries.

Els recursos socials

La determinació dels recursos i prestacions socials que poden contribuir a desenvolupar un pla de treball és també un procés complex. Depèn absolutament de la necessitat concreta de la persona i família, de l'existència i disponibilitat dels recursos en el territori on viu la persona, de la seva idoneïtat en el perfil que atén el servei, de l'accessibilitat i de l'acceptació i aprofitament que pugui fer la persona i els seus cuidadors dels serveis que se li ofereixen³⁸. Per aquest motiu no resulta adequat relacionar aquí un ventall exhaustiu de recursos, no obstant, pot ser d'utilitat la taula que es presenta a continuació i que recull informació sobre algunes *eines facilitadores* que poden resultar fonamentals per a les persones que han patit un ictus i tenen dèficits residuals.

Facilitadors	Descripció
Reconeixement de la situació de dependència	Segons la necessitat d'ajuda que té una persona per realitzar les activitats bàsiques de la vida diària, i a partir del barem de valoració de la dependència (BVD) s'estableixen tres graus de dependència: dependència moderada (grau I), dependència severa (grau II), i gran dependència (grau III). Aquests graus donen dret a diferents modalitats d'ajut.
Reconeixement del grau de discapacitat	El reconeixement de discapacitat és el document administratiu que acredita legalment el grau de discapacitat. Aquest document facilita l'accés a diversos drets, serveis, programes i prestacions que tenen com a objecte compensar els desavantatges socials derivats de la discapacitat o de les barreres socials que limiten la participació plena i efectiva en la societat de les persones que les presenten.
Targeta Blanca per a l'ús del Servei Públic de Transport Especial	Targeta que fa possible que el seu titular pugui demanar el servei, porta a porta, de transport especial per a persones amb dificultats greus de mobilitat. El servei s'ofereix en funció de la disponibilitat dels vehicles i del recorregut.
Targeta individual d'aparcament per a persones amb discapacitat i mobilitat reduïda	Facilita la circulació, l'autonomia personal i la integració social i professional de les persones amb discapacitat i mobilitat reduïda.

(Continua)

Consens català sobre avaluació i tractament del pacient postictus

(Continua)

Facilitadors	Descripció
Targeta individual d'aparcament per a persones amb mobilitat reduïda per malalties d'extrema gravetat, per un any de durada	Facilita que les persones que presentin mobilitat reduïda, encara que no hagi estat dictaminada oficialment, a causa d'una malaltia o patologia d'extrema gravetat que li suposi fefaentment una reducció substancial de l'esperança de vida que es consideri normal per a la seva edat i la resta de condicions personals , i que raonablement no permeti tramitar amb temps la sol·licitud ordinària de targeta d'aparcament.
Targeta <i>Cuida'm</i>	Permet una atenció més adaptada a les necessitats per a aquelles persones que pertanyen a col·lectius amb malalties que comporten limitacions relacionals , facilitar la seva relació amb els professionals i l'acompanyament per part dels seus familiars o cuidadors, sempre que ho permeti la situació clínica. Les persones que poden disposar de la targeta <i>Cuida'm</i> són aquelles que pateixen una demència, una discapacitat intel·lectual greu i profunda, una discapacitat intel·lectual lleu o moderada amb trastorns de conducta transitoris de l'espectre autista i/o dany cerebral.
Servei de teleassistència (dispositius perifèrics). Pot variar en funció dels diferents territoris i administracions locals	La teleassistència consisteix en la instal·lació d'un aparell molt senzill a l'habitatge de l'usuari, connectat mitjançant la línia telefònica a una central receptora, amb la qual es pot comunicar en cas d'urgència simplement prement un botó. Hi ha dos tipus de servei: Teleassistència bàsica: <ul style="list-style-type: none"> • Des del Centre d'Atenció, uns professionals atenen la consulta i activen, si cal, el recurs més adient a la situació: localitzar els familiars o persones de contacte, desplaçar al domicili de la persona usuària una Unitat Mòbil o activar altres serveis d'urgència (061, Bombers, Guàrdia Urbana, etc...). • És un servei permanent, funciona les 24 hores del dia tots els dies de l'any. Té per finalitat ajudar les persones grans, amb discapacitat i/o amb dependència perquè puguin continuar vivint al seu domicili amb seguretat i reduint el risc d'aïllament. • A més d'actuar en casos d'emergència, el servei també actua de forma preventiva mantenint un contacte telefònic continuat amb la persona usuària. Teleassistència avançada: <ul style="list-style-type: none"> • Servei que permet afegir altres dispositius al servei bàsic per incrementar la seguretat de la persona usuària i la del seu entorn. Són complements de seguretat per a la detecció de riscos per a la salut de la persona usuària i/o de la seva llar, tal com el detector de fum, detector de gas, el dispositiu d'obertura de porta i el de passivitat de l'usuari. Es troben integrats en el funcionament del Servei de Teleassistència i, per tant, resulta imprescindible tenir un aparell de Teleassistència per disposar d'aquest servei.
LOPE	El LOPE és un dispositiu que permet la localització remota permanent de persones amb deteriorament cognitiu lleu o moderat (sobrevingut). La localització és possible a través de la xarxa de telefonia mòbil i d'un dispositiu específic que incorpora GPS (Sistema de Posicionament Global a través d'una xarxa de satèl·lits), així com la detecció de situacions potencialment perilloses en relació amb la posició geogràfica de les persones usuàries.

(Continua)

(Continua)

Facilitadors	Descripció
Serveis de voluntariat	Diverses entitats i ONG posen al servei de les persones amb dependència i discapacitat, amb situacions de vulnerabilitat social o aïllament, els serveis de voluntaris per realitzar de manera desinteressada acompanyaments a visites mèdiques, per sortir a passejar, o per passar una estona agradable i evitar la solitud.
Programes d'adaptació funcional de la llar	Accés a l'assessorament per a l'adaptació funcional de la llar de persones amb dependència i discapacitat. També pot incloure diferents tipus d'ajuts en funció de la situació econòmica.
Documents de protecció a les persones	Informació sobre documents que poden ajudar a protegir les persones amb discapacitat i dependència per poder orientar el seu futur (autotutela, voluntats anticipades, testament, l'assistència, poders notariais...).

El retorn a casa, la prescripció social; algunes idees

La fi de la rehabilitació torna a ser un altre moment crític en la vida del pacient i acostuma a coincidir amb la tornada al domicili en aquells casos en què la persona ha estat ingressada en un centre sociosanitari o en un hospital.

És el moment d'objectivar en el seu medi aquells handicaps, aquells dèficits que es mantindran en el temps i posar els ajuts tècnics i les adaptacions necessàries per fer possible una bona transició a la nova situació.

Aquesta etapa tindrà peculiaritats diferents en funció també del cicle vital familiar en què es trobi la persona. Si la persona que ha patit l'ictus és una mare amb fills petits, el patiment i els requeriments seran molt diferents de si es tracta d'una persona d'edat avançada, per exemple.

Seràn gairebé inevitables els signes depressius, la tristesa, la pena, el desinterès... propis de la situació de pèrdua i, independentment, del tractament individual que requereixi cadascun dels casos, caldrà esmerçar esforços per reconèixer el patiment de la persona i la família sense minimitzar-lo, evitant les defenses eufòriques i oferir alternatives –a ser possible no farmacològiques– per millorar l'estat d'ànim, mantenir a les persones actives, estimulades i connectades amb la xarxa social de pertinença.

En la vida familiar és altament recomanable que la persona *participi en les tasques domèstiques* en funció de les seves possibilitats (parar la taula, plegar roba, treure la pols, preparar algun àpat...), que realitzi activitats de lleure (sortides i dinars familiars, estimular les visites de familiars i d'amics, jocs de taula...).

En la vida social poden resultar de gran ajut les noves tecnologies, ja que són una via de relació i comunicació amb l'exterior mitjançant les xarxes socials. Són també una manera d'accedir a informació sanitària, de connectar amb persones i amb fòrums de pacients amb situacions similars, i una manera de connectar amb associacions i grups d'ajuda mútua.

En el context comunitari, la persona i el seu cuidador, podran trobar també alternatives ajustades als seus interessos i necessitats. Des de participació en associacions veïnals, a grups de cuida-

dors, a tallers de manualitats, de memòria, d'exercici físic, de tai-txi, de *mindfulness*, i moltes altres que poden contribuir a evitar l'exclusió social d'aquestes persones i a desenvolupar una vida activa i saludable.

[8] Associacions de malalts

Organitzacions de pacients

FUNDACIÓ ICTUS

C/ Rosselló, 102, entresòl 1a

08029 Barcelona

Web: <http://www.fundacioictus.com>

E-mail: ictus@fundacioictus.com

Organització sense ànim de lucre que treballa en col·laboració amb els pacients de l'ictus, les seves famílies i els professionals de la salut per reduir l'impacte de la malaltia. Té per objectius: 1) donar suport als pacients i a les seves famílies; 2) difondre el coneixement de la malaltia i com prevenir-la, i 3) impulsar la recerca sobre la malaltia i el seu impacte comunitari.

Associacions

Les associacions de pacients i familiars són entitats que neixen de la necessitat de donar suport, orientar, formar i informar a persones afectades per l'ictus, els seus familiars i cuidadors, professionals i societat en general. L'objectiu general és la prevenció i la recuperació de les discapacitats produïdes per aquesta malaltia.

Les associacions de pacients volem fer que les persones que han patit un ictus i els seus familiars millorin la seva qualitat de vida, a través d'activitats en grup que aporten benestar, felicitat, creativitat i els fan sentir motivats per a la seva nova vida.

Superar l'ictus BCN



C/ Rosselló, 102, entresòl 1a

08029 Barcelona

Telèfon: 672 714 144

Web: www.ictus.barcelona

E-mail: ictus@ictus.barcelona

IGi - Associació Ictus Girona



L'Associació de Malalts i Familiars d'Ictus de Girona és una entitat no lucrativa, constituïda el juny de 2014 per a orientar, formar i informar sobre la malaltia de l'ictus a persones afectades, a les seves famílies i cuidadors, professionals i societat en general. Els nostres objectius són:

- Ajudar a millorar la qualitat de vida dels malalts d'ictus i del seu entorn.
- Promoure grups d'ajuda mútua amb l'objectiu de millorar la qualitat de vida dels afectats i família.
- Informar i assessorar de manera individual i entenedora envers la malaltia.
- Facilitar la connexió entre els afectats a través de l'associacionisme.
- Representar davant de l'administració pública i altres institucions els interessos dels malalts, familiars i cuidadors.
- Donar a conèixer la malaltia de l'ictus a la societat en general a través de conferències, xerrades, cursos de formació, publicacions, vídeos, biblioteca especialitzada, participació en actes científics...
- Col·laborar en estudis que tinguin com a objectiu millorar la qualitat de vida dels afectats.

Tipus d'associats:

- a) **Socis Afectats:** tindran aquesta condició els associats afectats per la malaltia.
- b) **Socis Col·laboradors:** els familiars d'afectats i/o persones vinculades a ells.
- c) **Socis Honoraris:** les persones físiques o jurídiques que per la seva rellevant col·laboració amb l'Associació siguin reconegudes com a tals, amb aprovació de l'Assemblea General a proposta de la Junta Directiva.
- d) **Socis Benefactors:** tota persona física o jurídica que col·labori o hagi col·laborat en les activitats de l'Associació o que, mitjançant aportacions, ajudin al seu sosteniment econòmic.

Ens podeu trobar a:

Centre Cívic Barri Vell

C/ Cort Reial, 7

17004 Girona

Telèfon: 972 010 005

Web: <http://www.ictusgirona.com>

E-mail: ictusgirona@gmail.com

Associació Sobreviure a l'Ictus Tarragona



- Has sofert un greu cop en la teva vida?
- En un segon el teu món sembla enfonsar-se?
- Has de començar de nou?
- Has d'aprendre diferent?
- Tot això és cert, però NO ESTÀS SOL.

Centre Cívic de Sant Pere i Sant Pau
Camí del Pont del Diable s/n
43007 Tarragona
Telèfon: 644867850
Web: ictustarragona.blogspot.com.es
E-mail: ictustarragona@gmail.com

AGIM Mataró i Maresme



C/ Monserrat i Cuadrada, 33-37
08303 Mataró
Telèfon: 937 409 076
Web: www.agimm.org
E-mail: agimm@agimm.org

Fundació AVAN



Web: <http://www.avan.cat>

AVAN Sabadell

Carrer de l'Estrella, 110

08201 Sabadell

Telèfon: 93 715 64 85

sabadell@avan.cat

AVAN Terrassa

Centre Cívic M. Avel·lí Estrenjer

Pl. Cultura, 5

08225 Terrassa

Telèfon: 93 788 20 80

terrassa@avan.cat

AVAN Sant Cugat

Casa de la Cultura

Castellví, 8

(Jardins del Monestir)

08190 Sant Cugat del Vallès

Telèfon: 93 589 13 82

santcugat@avan.cat

AVAN Rubí

Lluís Ribas, 27-29, esc. A, 1r 5a

08191 Rubí

Telèfon: 93 588 17 90

rubi@avan.cat

AVAN Castellar

Passeig Plaça Major, s/n

08211 Castellar del Vallès

Telèfon: 655 551 901

castellar@avan.cat

Hemiweb - Associació d'Hemiparèsia Infantil



L'associació facilita el contacte amb altres famílies de nens i nenes amb hemiparèsia i ictus infantil, i facilita informació sobre recursos disponibles.

Web: www.hemiweb.org

E-mail: jorgeagusti@hemiweb.org

Associació de Malalts i Familiars d'Ictus de Lleida (AMILL)



ASSOCIACIÓ DE MALALTS I FAMILIARS D'ICTUS DE LLEIDA.

C/ Henri Dunant 1

25003 Lleida

Telèfon: 973 106 834

Web: www.amilleida.com

E-mail: amill@amilleida.com

[9] Informació bidireccional entre Atenció Primària i especialitzada. Plataformes de comunicació

És fonamental l'existència d'un sistema ràpid de comunicació entre l'Atenció Primària (AP) i l'atenció especialitzada (AE) que permeti millorar l'assistència, el tractament i l'optimització dels recursos per als malalts postictus.

A Catalunya tenim diferents proveïdors sanitaris i els sistemes d'informació clínica són heterogenis. Per això, no podem aconsellar un model únic de comunicació bidireccional. A l'hora d'establir un pla d'atenció compartit, recomanem valorar els ítems següents:

- Identificació de la població amb ictus i població compartida AP-AE.
- Identificació de professionals referents als equips.
- Comunicació mitjançant una plataforma informàtica: història compartida, fòrums, visites virtuals i correu electrònic.
- Disposar d'un equip multidisciplinari i valorar la presència d'associacions de pacients en aquest equip.

Pla d'acció conjunt

1. Implementar les recomanacions d'aquest document de consens en funció de cada territori de referència.
2. Acordar circuits segons les possibilitats de cada territori:
 - Maneig del pacient compartit on-line si el sistema informàtic ho permet.
 - Consultoria per correu electrònic o via telefònica.
3. Fomentar la participació de les associacions de pacients.

[10] Pla de formació per a professionals

Objectius

- Donar a conèixer l'adequat seguiment del pacient postictus amb la finalitat de millorar la seva qualitat de vida i la del seu entorn.
- Integració assistencial en el maneig clínic d'aquesta patologia.

Metodologia

- Identificar com a mínim un professional sanitari de cada Equip d'Atenció Primària (EAP) que actuï com a contacte per fer difusió/formació/actualització als seus companys, basada en el contingut d'aquest document i que servirà de nexa per al contacte amb l'AE del territori.
- Rotacions dels metges d'Atenció Primària pels Serveis de RHB o Neurologia dels seu territori de referència.
- Sessions periòdiques de consultoria en el centre d'Atenció Primària amb el Servei de Rehabilitació del territori.

[11] Indicadors

Indicadors de seguiment

- % de pacients amb factors de risc controlats segons les recomanacions de les guies de pràctica clínica.
- % de pacients en què es revisen les necessitats de RHB cada 12 mesos mitjançant la PSC.
- % de professionals que utilitzen l'escala PSC.
- % de pacients amb problemes nous detectats mitjançant l'escala PSC.
- % de pacients amb derivació adequada a serveis d'atenció especialitzada segons els criteris del document de consens.
- % de pacients amb malaltia cerebrovascular atesos per treball social.

Indicadors de coordinació

- % d'equips amb professional referent de malaltia cerebral.
- % d'equips que disposen d'algun sistema de consultoria.
- % d'equips amb possibilitat d'estades per als seus professionals.

Indicador de formació

- % de professionals que fan formació amb taller proposat.
- % de professionals que coneixen l'escala PSC.
- % de professionals amb coneixement de la xarxa social de la seva zona.

[12] Glossari de termes/definicions

Audit

Estudi descriptiu multicèntric que té com a objectiu l'avaluació de la qualitat de l'atenció que rep el pacient diagnosticat d'ictus agut, mitjançant la revisió d'una sèrie d'indicadors consensuats que reflecteixen les principals recomanacions recollides en les guies de pràctica clínica. És l'instrument avaluador del Pla Director de la Malaltia Vasculard Cerebral.

Fins a l'actualitat s'han dut a terme quatre Audits: 2006, 2008, 2010 i 2013.

Deficiència

Problema que afecta a una estructura o funció corporal, com per exemple l'hemiplègia o l'afàsia.

Discapacitat

Terme general que comprèn les deficiències, les limitacions de l'activitat i les restriccions de la participació. Reflecteix la interacció entre les característiques de la persona i les de la societat on viu.

Espasticitat

És un augment del to muscular involuntari, depenent de la velocitat del moviment, que causa resistència al moviment articular.

Aquesta és la definició que s'ha emprat amb més freqüència però, d'una manera més ampla i més recent, també s'ha definit com una alteració sensitivomotora secundària a una lesió de la motoneurona superior, que condueix a l'aparició de contracció muscular sostinguda o intermitent. Aquesta contracció pot donar lloc a rigidesa i escurçaments musculars i pot interferir en els moviments i les activitats.

Fisioteràpia

És l'àrea terapèutica especialitzada que aplica tècniques físiques com, per exemple, l'exercici, les teràpies manuals o l'electroteràpia per tractar símptomes i seqüeles del sistema músculoesquelètic que afecten el moviment normal o la funcionalitat.

Funcionalitat

La funcionalitat fa referència a les capacitats de cada individu per desenvolupar-se en diferents contextos. En general, la funcionalitat bàsica es considera tenir autonomia en cures bàsiques i en la mobilitat. La mesura de la funcionalitat ve a ser la mesura de la discapacitat, en termes pràctics.

Limitació de l'activitat

Dificultat per executar accions o tasques, com per exemple la limitació per caminar o per comunicar-se.

Logopèdia

És l'àrea terapèutica especialitzada que realitza avaluacions i tractament específic a persones de totes les edats que presenten alteracions de la parla, la veu, el llenguatge, la comunicació i la deglució.

Ortesi

Una ortesi o aparell ortopèdic és un dispositiu extern a l'organisme que té per objectiu millorar la funció o l'estructura de les articulacions a les quals s'aplica, en aquest cas el recolzament del peu, l'avançament de l'extremitat durant el pas o l'alineació anatòmica.

Rehabilitació

La Medicina Física i Rehabilitació és una especialitat mèdica que diagnostica, avalua i tracta la discapacitat. És un procés limitat en el temps que té com a objectiu fonamental aconseguir la màxima capacitat funcional en cada cas, facilitar la independència i la reintegració en l'entorn familiar, social i laboral.

Resiliència

És la capacitat que té una persona per a afrontar amb èxit una situació desfavorable o de risc, per recuperar-se, adaptar-se i desenvolupar-se positivament davant les circumstàncies adverses.

Restricció de la participació

Problema per participar en situacions vitals que limita o impedeix l'acompliment d'un rol que és normal en el seu cas (en funció de la seva edat, sexe i factors socials i culturals).

Síndrome dolorosa regional complexa

És una alteració musculoesquelètica que es considera secundària a canvis inflamatoris d'origen neurogènic, i secundàriament a canvis en la representació del membre a nivell del cortex somatosensorial. Després de l'íctus, pot manifestar-se com un quadre de limitació articular dolorosa de l'espatlla, juntament amb canvis inflamatoris amb dolor, edema, canvis de coloració i rigidesa articular a la mà o al canell, del costat afectat. Apareix típicament al voltant dels quatre mesos d'evolució de l'íctus.

Teràpia ocupacional

És l'àrea terapèutica especialitzada que treballa amb l'objectiu d'aconseguir la màxima recuperació per a un correcte funcionament diari. Valora de manera individualitzada les necessitats personals del pacient i la seva família, i les característiques específiques de l'entorn físic en el qual la persona desenvoluparà la seva rutina. Fa recomanacions sobre les modificacions necessàries en el domicili i la prescripció d'ajudes tècniques.

[13] Bibliografia

1. Pla Director de Malalties de l'Àparell Circulatori/Malaltia Vasculard Cerebral. Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2013.
2. Diagnòstic i tractament de les malalties vasculars cerebrals. Guies mèdiques de la Societat Catalana de Neurologia. 2a edició (2011).
3. Wang WT, You LK, Chiang CE, Sung SH, Chuang SY, Cheng HM, Chen CH. Comparative Effectiveness of Blood Pressure-lowering Drugs in Patients who have Already Suffered From Stroke. *Medicine* 2016; 95(15):e3302.WN.
4. Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, Bravata DM, Chimowitz MI, Ezekowitz MD, Fang MC, Fisher M, Furie KL, Heck DV, Johnston SC, Kasner SE, Kittner SJ, Mitchell PH, Rich MW, Richardson D, Schwamm LH, Wilson JA, American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Peripheral Vascular Disease. Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2014;45:2160-2236.
5. Stone NJ, Robinson JG, Lichtenstein AH, Bairey Merz CN, Blum CB, Eckel RH, Goldberg AC, Gordon D, Levy D, Lloyd-Jones DM, McBride P, Schwartz JS, Shero ST, Smith SC Jr, Watson K, Wilson PW. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2014;63(25):2889-934.
6. Ullberg T, Zia E, Petersson J, Norrving B. Changes in functional outcome over the first year after stroke. *Stroke* 2015; 46: 389-394.
7. Van de Port IGL, Kwakkel G, Van Wijk I, Lindeman E. Susceptibility to deterioration of mobility long-term after stroke. A prospective cohort study. *Stroke* 2006; 37: 167-171.
8. Tyson SF, Sadeghi-Demneh E, Nester CJ. A systematic review and meta-analysis of the effect of an ankle-foot orthosis on gait biomechanics after stroke. *Clin Rehabil* 2013; 27 (10): 879-91.
9. Ullberg T, Zia E, Petersson J, Norrving B. Perceived unmet rehabilitation need 1 year after stroke. *Stroke* 2016 Feb;47(2):539-41.
10. Van de Sandt-Koenderman ME, van der Meulen I, Ribbers GM. Aphasia rehabilitation: more than treating the language disorder. *APMR* 2012; (93): S1-S3.
11. Hebert D et al. Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. *International Journal of stroke* 2016; vol 11 (4): 459-84.
12. Williams MP, Srikanth V, Bird M, Thirft AG. Urinary symptoms and natural history of urinary continence after first-ever stroke- a longitudinal population based-study. *Age Ageing* 2012; 0:1-5.
13. Eskes GA, Lanctot KL, Herrmann N et al. Canadian stroke best practice recommendations: mood, cognition and fatigue following stroke practice guidelines, update 2015. World stroke organisation. October 2015, vol 10: 1130-1140.
14. Lawrence M, Kinn S. Needs, priorities and desired rehabilitation outcomes of family members of young adults who have had a stroke: findings from a phenomenological study. *Disability and Rehabilitation* 2013; 35 (7): 586-595.
15. Ekstam L, Johansson V, Guidetti S, Eriksson G. The combined perceptions of people with stroke and their carers regarding rehabilitation needs 1 year after stroke: a mixed method study. *BMJ Open* 2015; 5:e006784.

16. Manual sobre aspectos médicos relacionados con la capacidad de conducción de vehículos. 2ª ed. 2004. Dirección General de tráfico. Ediciones Doyma. ISBN: 84-7592-724-6.
17. Murie-Fernández M, Iturralde S, Cenoz M, Casado M, Teasell R. Capacidad de conducción tras un ictus: evaluación y recuperación. *Neurología* 2014; 29(3):161-167.
18. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con ictus en Atención Primaria. GPC en el SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. Ministerio de Ciencia e Innovación. Madrid, 2009.
19. Consejos y cuidados tras un ictus. Información para pacientes y familiares. Madrid. Agencia Lain Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2012.
20. Baena Diaz JM, Barceló Colomer E, Ciurana Misol R, Franci Sisó A, García Cerdán MR, Rios Rodríguez MA, Ramos Blanes R, Solanas Saure P, Vilaseca Canals J. Colesterol i risc coronari (en línia). Barcelona: Institut Català de la Salut, 2009. Guies de Pràctica Clínica i material docent, núm. 1.
21. Coll de Tuero G, Dalfó i Baqué A, de la Figuera Von Wichmann M, Gilbert i Llorach E, Isnard Blanchar MM, Martínez Alonso V, Pepió Vilaubi JM, Roca-Cusachs Coll A, Salleras Marcó N, de la Sierra Iserte A. Hipertensió (en línia) Barcelona: Institut Català de la Salut, 2012. Guies de Pràctica Clínica i material docent, núm. 6.
22. Revista española de salud pública. Vol. 82, núm. 6. Noviembre y diciembre, Madrid, 2008.
23. Navarro Moya FJ, Rodríguez González M.ª C, Viguera Lorente M.ª D, Nicolás Viguera M.ª D, Nicolás Viguera AB. Enfermería global: el paciente con AVC. La perspectiva de Atención Primaria núm. 3, noviembre de 2003.
24. Guia de Pràctica Clínica de l'Ictus. Pla Director de la Malaltia Vasculat Cerebral, Departament de Salut i Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Barcelona, 2005. <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/aaatrm/html/ca/dir303/doc9759.html>
25. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with stroke: rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. Edinburgh (United Kingdom): SIGN, 2002.
26. Duarte E, Alonso B, Fernández MJ, Fernández JM, Flórez M, García-Montes I, Gentil J, Hernández L, Juan FJ, Palomino B, Vidal J, Viosca E, Aguilar JJ, Bernabeu M, Bori I, Carrión F, Déniz A, Díaz I, Fernández E, Forastero P, Iñigo V, Junyent J, Lizarraga N, López de Munain L, Mániz I, Miguéns X, Sánchez I, Soler A. Rehabilitación del ictus: modelo asistencial. Recomendaciones de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física, 2009. *Rehabilitación (Madr)* 2010;44:60-8.
27. Philp I, Brainin M, Walker M, Ward A, Gillard P, Shields A, Norrving B. Development of a Post stroke Checklist to standardize follow-up care for stroke survivors. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2013;22(7):173-180.
28. Duarte E, Murie-Fernández M, Candau E, Spottorno P, López de Munain L, Miguéns X, Bascuñana H, Garreta R. *Post stroke checklist*: un cuestionario para detectar las necesidades de rehabilitación después del ictus. *Rehabilitación (Madr)* 2015;49:150-5.
29. De la Revilla L, Bailón E, Luna JD, Delgado A, Prados MA, Fleitas L. Validación de una escala de apoyo social funcional para el uso en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria* 1991; 8 (9):688-692.
30. Organización Panamericana de la Salud. Aspectos clínicos en la atención del envejecimiento. Evaluación del adulto mayor. Washington DC: Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 2001.
31. Jakobson U, Hallberg IR. Pain and quality of life among older people with rheumatoid arthritis and/or osteoarthritis; a literatura review. *Journal of Clinical Nursing* 2002;11:430-43.
32. Rodin GM, Craven JL, Littlefield CH. Depression in the medically ill: and integrated approach. New York: Brunner/Mazel; 1992.

33. Wilkinson R, Marmot M. Social Determinants of Health. The solid facts (OMS 2003).
34. Rossell T (1989). La entrevista en el Trabajo Social. Barcelona: Euge.
35. García González JV et al. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Atención Primaria Vol. 23, núm. 7, 30.
36. Badia X, Salamero M, Alonso J, eds. La medida de la salud: Guía de escalas de medición en español. Tecnología y Ediciones del Conocimiento, 2002.
37. De Quadras S, Hernández M.^a A, Sellares M. Validación de la escala de detección de la claudicación familiar: SAM. Revista de Treball Social. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, abril 2013, núm. 198, pág. 72-85. ISSN 0212-7210.
38. Rocabayera Andreu MA, Rodríguez Molinet P. Abordaje social de los pacientes con ictus desde la Atención Primaria de salud. Jano: Medicina y humanidades 1644 (2007): 36.



Aquest document ha estat finançat per Allergan.
Les conclusions, interpretacions i opinions expressades en ell corresponen exclusivament als seus autors.
Allergan declina qualsevol responsabilitat sobre el contingut del mateix.