

Què ve després de l'ictus?

Valoració de casos reals.



Marina Castro Rodà
I.E.S. Narcís Monturiol
2on. Batxillerat-A
Sara Pla Valls
31/01/11

AGRAÏMENTS

Vull agrair el suport i l'enriquiment de la recerca d'aquest treball, a la Dra. Osuna, neuròloga de l'Hospital de Figueres, a tot l'equip de fisioterapeutes de la unitat de rehabilitació de l'Hospital, en concret al Germán, l'Albert, l'Alicia i la Concepció.

També, a la Laia, la logopeda de l'hospital i del centre sociosanitari i a la Sònia, la terapeuta ocupacional de l'hospital.

Els meus agraïments també van dirigits per tot l'equip de professionals de la unitat de rehabilitació del centre sociosanitari Bernat Jaume de Figueres que m'han ajudat, més concretament els fisioterapeutes (en Christian, la Judit i la Marta), la terapeuta ocupacional (la Raquel) i la Nuri Rodà, infermera de la unitat de llarga estada i cosina germana meva.

Gràcies al sr. Arcadi, el responsable de la protecció de dades, per ajudar-me i donar-me informació sobre diferents casos de pacients.

Vull agrair a la meva tutora, la professora Sara Pla Valls el seguiment, interès i ajuda que m'ha mostrat durant tota la síntesi del treball.

Per últim agrair a la meva mare l'ajuda que m'ha aportat.

Índex

1- Accidents Cerebrovasculars (AVC) o Ictus	5
1.1- Què són?.....	5
1.2- Classificació	5
2. Factors que augmenten el risc d'ictus	9
2.1- Factors de risc no modificables.....	9
2.2- Factors de risc potencialment modificables	10
2.3- Factors de risc modificables.....	12
3. Simptomatologia	14
3.1- Síntomes previs.....	14
3.2- Atac Isquèmic Transitori (AIT)	14
4. Conseqüències de patir un ictus	15
4.1- Conseqüències.....	15
4.1.1- Parts del cervell afectades	15
4.1.2- Discapacitats	16
5. Rehabilitació.....	21
5.1- Professionals que hi intervenen	21
5.2- Recursos sanitaris segons la lesió establerta	22
5.3- Funcionament del centre Sociosanitari	23
5.4- Esquema/resum dels diferents itineraris que pot seguir un pacient des del seu ingrés dins que és donat d'alta.	24
5.5- Escales de valoració de pacients a diferents nivells.....	26
6. Casos clínics.....	27
6.1. Vocabulari previ.....	27
6.2- Casos clínics a l'hospital de dia	28
6.2.1- Cas clínic de rehabilitació ambulatoria (I).....	28
6.2.2- Cas clínic de rehabilitació ambulatoria (II)	29
6.3- Casos clínics a la unitat de convalescència.....	30
6.3.1- Cas clínic de la unitat de convalescència (I).....	30
6.3.3- Cas clínic de la unitat de convalescència (III)	32
6.3.4- Cas clínic de la unitat de convalescència (IV)	34
6.4- Cas clínic unitat de llarga estada.....	36
7. Vocabulari dels peus de pàgina.....	43
8. Annexos.....	48

Introducció

El meu interès ve donat pel fet de que la meua àvia ha patit 3 accidents cerebrovasculars i d'una manera o una altra sempre ha anat millorant.

El poder anar seguint i observant durant un temps els progressos que ha fet, tot el que ha millorat, em va donar el tema d'aquest treball.

Els meus objectius són:

- Estudiar què són els ictus
- Estudiar per què vénen donats
- Saber perquè tenen unes conseqüències tan greus sobre les persones
- Estudiar l'evolució i la superació d'alguns pacients que els pateixen

Inicialment, no vaig començar amb gaire informació. L'únic coneixement que tenia sobre el tema, era que a causa d'una malaltia provocada al cervell, la meua àvia tenia mig cos amb paràlisi i no podia parlar ni comunicar-se.

Després, vaig anar cercant informació, sobretot a Internet, encara que també he fet servir algunes enciclopèdies de medicina i llibres, i poc a poc em vaig anar ficant més en el tema.

També he anat a parlar amb molts professionals: una neuròloga, l'equip de fisioterapeutes de l'Hospital de Figueres, la logopeda de l'hospital i del centre sociosanitari, les terapeutes ocupacionals tant de l'hospital com del centre sociosanitari, l'encarregat de protecció de dades i una infermera de la unitat de llarga estada del centre sociosanitari.

Puc dir, que molta informació d'aquest treball, ha estat explicada a partir d'aquestes entrevistes, ja que aquests professionals, que són els que veritablement tenen experiència en aquest tema, m'han aportat moltíssima més informació que la que em pot aportar internet, per exemple.

Una de les majors dificultats ha estat establir un índex fix, perquè és un tema molt extens, que avarca massa camps, i m'havia de centrar en alguna cosa en concret, que, finalment, han estat els casos clínics.

El més sorprenent, és quan comences a veure casos reals, i les conseqüències que un ictus pot comportar, com veurem en els últims apartats del treball.

A continuació, es mostra el meu treball, estructurat en 6 punts, que expliquen des de què és un ictus fins a la rehabilitació d'alguns pacients.

1- Accidents Cerebrovasculars (AVC) o Ictus

1.1- Què són?

Un accident vascular cerebral (AVC) o ictus conegut popularment com atac de feridura, trombosis, embòlia o apoplexia és segons les fonts consultades la primera causa de mort entre les dones i la segona, darrere de l'infart cardíac, entre els homes.

Podem definir l'ictus com a un trastorn brusc de la circulació cerebral, que altera la funció d'una determinada part del cervell, al produir-se un vessament sanguini, (accident cerebrovascular hemorràgic) ocasionat per la ruptura d'una artèria o la falta de flux sanguini ocasionat per l'obstrucció d'una artèria (accident cerebrovascular isquèmic).

Dins de la sang hi circulen l'oxigen i els nutrients necessaris per a la vida cel·lular. Quan s'interromp el flux sanguini, les cèl·lules no reben el que necessiten per a viure, i, per tant, moren. La mort de les cèl·lules cerebrals s'anomena **infart cerebral**.

El cervell conté milers de milions de cèl·lules que es connecten per a formar una complexa xarxa de comunicació. N'hi ha de diversos tipus, com les anomenades cèl·lules Glia, que protegeixen les neurones contra les infeccions, les toxines i els traumes formant una barrera entre els vasos sanguinis cerebrals i la substància del cervell; però sense dubte, les cèl·lules cerebrals més importants són les neurones.

La organització de les neurones dins del cervell i la comunicació que estableixen unes amb les altres, condueixen el pensament, la memòria, la motricitat i qualsevol activitat funcional i psicològica voluntària o involuntària.

Donat que els estudis que es disposen en l'actualitat demostren que les neurones no es reproduïxen, els ictus al ocasionar la mort d'aquestes cèl·lules cerebrals, comporta la pèrdua de les activitats regulades pel cervell a les zones que es veuen afectades.

1.2- Classificació

Accident cerebrovascular isquèmic: es produeix quan un coàgul obstrueix un vas sanguini que subministra sang al cervell, tallant així el subministrament d'oxigen i dels nutrients necessaris a una part del cervell, provocant la mort d'aquestes cèl·lules; és a dir, l'**infart cerebral**.

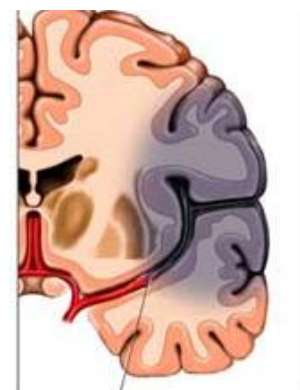


Figura 1. Detall d'un infart cerebral provocat per l'obstrucció d'una artèria.

Podem distingir dos tipus d'accident isquèmic, segons la procedència o formació del coàgul d'obstrucció:

- **Trombosi:** es produeix quan un coàgul sanguini (tromb) produït per **arteriosclerosi**¹ en un vas sanguini del cervell augmenta suficientment el seu tamany com per a obstruir el flux de sang.

A mesura que la placa de greix es fa més gran, la sang circula més lentament i amb dificultat, cosa que facilita la coagulació.

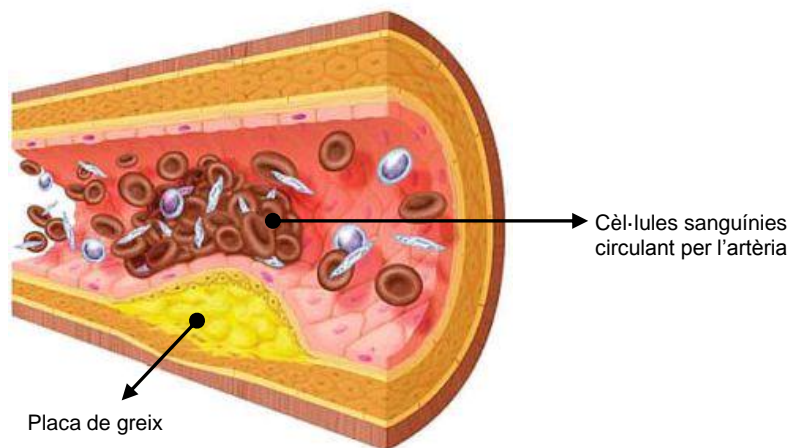


Figura 2. Formació de l'arteriosclerosi

- **Embòlia:** es produeix quan un coàgul procedent d'alguna part de l'organisme, en la majoria dels casos procedent del cor, obstrueix una artèria que condueix al cervell o una artèria cerebral, arribant a un punt on no pot avançar més i queda encallat, interrompent el flux sanguini i provocant **l'infart cerebral**.

¹ Acumulació d'una placa de greix a l'interior d'una artèria.

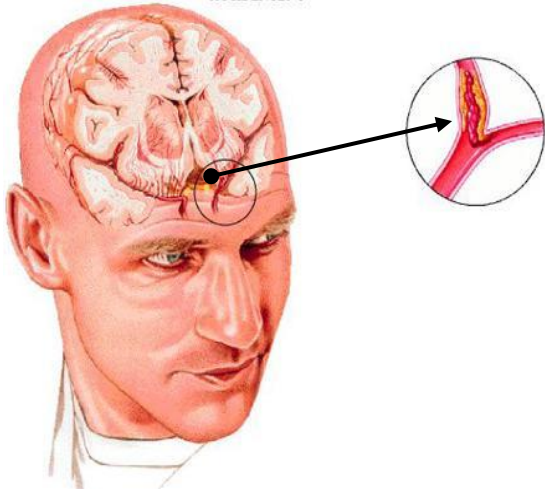
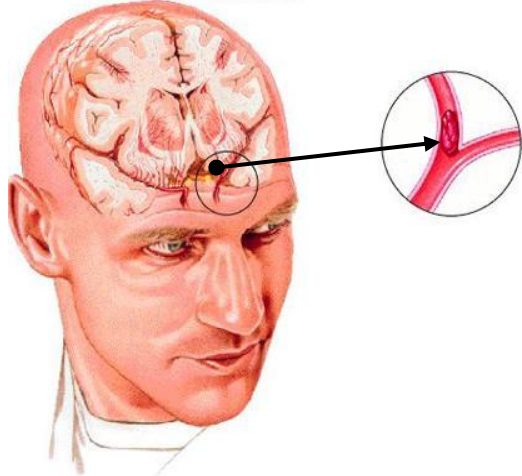
Trombosi	Embòlia
	
<p>Detall d'una trombosi provocada per una placa de greix.</p>	<p>Detall d'una embòlia formada per l'obstrucció d'un coàgul sanguini.</p>

Figura 3. Diferències entre la formació de la trombosi i la formació de l'embòlia.

Accident cerebrovascular hemorràgic: és produït pel trencament d'un vas sanguini. Com a conseqüència d'aquest trencament, hi ha un vessament de la sang, una hemorràgia, a diferents zones del cervell o a l'espai subaracnoide² del cervell.

Segons la zona afectada distingim dos tipus d'hemorràgies:

- L'**hemorràgia cerebral, intracerebral** o **intraparenquimatoso**: sol ser causada per una **aneurisma cerebral**³. Quan el vas sanguini es trenca, es produeix un vessament de sang al cervell; però pot haver-hi altres causes, com per exemple, un tumor que sagni.

La gravetat de l'hemorràgia depèn de la quantitat de sang que es vessi, i de la zona del cervell que es veu afectada.

Generalment, les conseqüències solen ser bastant similars a les dels ictus isquèmics, perquè la part del cervell afectada queda morta (**infart cerebral**).

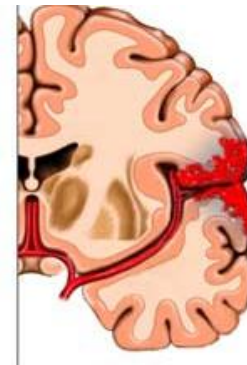


Figura 4. Detall d'un infart cerebral provocat pel trencament i posterior vessament d'una artèria.

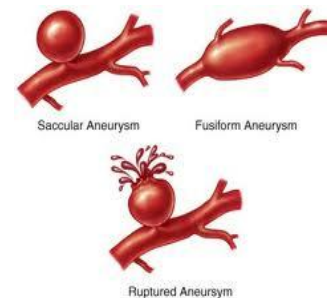


Figura 5. Diferents tipus d'aneurismes

- L'**hemorràgia subaracnoidea**: és produïda pel trencament d'un vas sanguini de la superfície del cervell. Aquest, produeix el vessament de sang a l'espai subaracnoide.

La sang no s'introdueix al cervell i, si és possible, s'intenta extreure amb una operació per evitar lesions posteriors.

Aquest tipus d'hemorràgia sol ser provocat per traumatismes cranials.

Les conseqüències de cada ictus depenen molt de cada pacient, la part de cervell afectada, l'estat emocional del pacient, i de molts altres factors. Normalment, els ictus tenen una forta repercussió en les funcions motores, del llenguatge, les funcions cognitives i sensorials.


² Espai que es troba entre el cervell i el crani.

³ Dilatació anormal d'un vas sanguini.

2. Factors que augmenten el risc d'ictus

Hi ha diversos factors que augmenten el risc de patir un accident cerebrovascular o ictus.

Aquests factors, es poden classificar en 3 tipus:

- 
- **No modificables:** edat, sexe, ètnia o raça i factors genètics.
 - **Potencialment modificables:** hipertensió, diabetis, colesterol, obesitat, malalties cardíaques.
 - **Modificables:** Tabac, alcohol, drogues, anticonceptius orals, sedentarisme i hàbits alimentaris.

2.1- Factors de risc no modificables

- **Edat:** a mesura que anem envellint-nos, som més propensos a tenir alteracions cardiovasculars, i això fa que el nostre risc de patir un ictus augmenti.
Està demostrat que a partir dels 55 anys, el risc de patir un ictus es duplica cada dècada que passa.
- **Sexe:** encara que està estudiat que els homes tenen un major risc de patir una malaltia cerebrovascular, (aproximadament d'un 15 a un 25 % superior al de la dona), també és cert que hi ha un major nombre de mortalitat en les dones, ja que tenen tendència a patir accidents a una edat més avançada, proporcionant una major fatalitat.
- **Raça i ètnia:** les races negra i la hispanoamericana són les que presenten un major risc de patir ictus, ja que per diferents motius (culturals, socioeconòmics, hàbits alimentaris,...) són les més afectades per malalties com la diabetis o la obesitat.

- **Factors genètics:** els antecedents familiars són un factor independent per a patir un ictus isquèmic. El risc d'ictus no augmenta necessàriament perquè algun familiar n'hagi patit un, sinó que augmenta hereditàriament en la transmissió d'algunes malalties que n'augmenten el risc com per exemple la diabetis o la hipertensió.

També pot ser que la constitució d'una persona, li comporti tenir uns vasos sanguinis més primers, o més sensibles, i que li augmenti el risc en el sentit de que és molt més propensa a la formació d'aneurismes o més sensible a les variacions en la tensió arterial.

2.2- Factors de risc potencialment modificables

- **Hipertensió arterial:** La pressió arterial es pot definir com la força que fa la sang bombejada pel cor contra les parets de les artèries i venes.

La hipertensió es produeix quan s'ocasiona un estrenyiment de les artèries; com que aquestes disminueixen el tamany, la sang necessita més força per passar, i la pressió és més alta.

La hipertensió és la principal causa de les hemorràgies cerebrals, ja que aquesta pressió tant alta pot ocasionar el trencament en algunes artèries.

- **Diabetis:** és el trastorn de la producció de l'hormona insulina⁴. Hi ha dos tipus de diabetis: la de tipus I, en la que no hi ha cap producció d'insulina; i la de tipus II, en la que se sintetitza insulina, però en quantitats insuficients.

Normalment s'associa el risc de patir un ictus amb la diabetis perquè es creu que la de tipus I augmenta l'agregació plaquetària i altres factors que porten a la formació d'ateromes⁵, i la de tipus II, es relaciona amb altres factors de risc com el colesterol, la hipertensió, etc.

- **Hipercolesterolèmia o colesterol:** el colesterol és un lípid que es troba en totes les cèl·lules del nostre organisme. El fetge s'encarrega de produir-lo, i és utilitzat per constituir l'estructura de les membranes cel·lulars i en la síntesi d'algunes hormones.

⁴ Hormona peptídica (proteica) que es secretada al pàncrees, i regula els nivells de glucosa a la sang.

⁵ Placa de colesterol, de greix.

Al ingerir aliments grassos, rics en grasses saturades, proporcionem una quantitat de greix addicional al nostre cos, que a la llarga ens pot perjudicar.

Els nivells de greix a la sang, es mesuren en mil·ligram per decilitre (mg/dl). Normalment, un nivell superior a 200 mg/dl, és un nivell alt. Si aquest passa dels 240 mg/dl, cal reduir-lo mitjançant la pràctica d'exercici físic, portant una dieta equilibrada i si és necessari amb medicaments, etc.

Cada tipus de colesterol té uns nivells diferents, aquí estem parlant del colesterol total. El colesterol és repartit per l'organisme a través d'unes partícules anomenades lipoproteïnes.

Existeixen dos tipus de lipoproteïnes encarregades de repartir aquests lípids per tot el cos: les lipoproteïnes de baixa densitat, (LDL)⁶, conegudes com “colesterol dolent”; i les lipoproteïnes d'alta densitat, (HDL)⁷, conegudes com “colesterol bo”.

Les LDL, són anomenades “colesterol dolent”, ja que un excés d'aquestes pot comportar una malaltia cardiovascular, ja que s'acumulen a les artèries formant el que s'anomena “placa” i poden acabar obstruint el pas de la sang.

Les HDL s'anomenen “colesterol bo”, perquè tenen com a funció recollir el colesterol acumulat en les cèl·lules i en les plaques que es formen en les artèries i el transporten fins el fetge, on és destruït pels enzims o bé reutilitzat per altres funcions.

El dèficit d'aquestes últimes impedeix els processos de destrucció de les LDL, per tant és bo tenir-ne un nivell alt.

Per tant, podem arribar a la conclusió de que una acumulació de colesterol en les artèries pot produir una placa de greix que obstrueix el pas de la sang. Si aquesta placa es forma en una artèria del cervell, es pot produir una trombosi.

- **Malalties cardíaques:** l'infart de miocardi augmenta el risc d'ictus aproximadament en un 3% les 2-4 setmanes post-infart.

La fibril·lació auricular⁸ augmenta el risc d'ictus en un 30% en les persones que tenen edats compreses entre els 80-90 anys, ja que aquesta malaltia augmenta el risc de que es formin coàguls que posteriorment viatgin fins els vasos sanguinis fins a arribar al cervell obstruint el pas d'algun d'aquests vasos.

⁶ Low Density Lipoprotein

⁷ High Density Lipoprotein

⁸ Ritme cardíac irregular i anormal, que contribueix a la formació de coàguls.

- **Obesitat:** s'associa amb la hipertensió, la diabetis i altres factors de risc. Sobretot s'associa amb un estil de vida poc saludable, poca activitat física, excés en el consum de greixos i carbohidrats o sucres.

2.3- Factors de risc modificables

- **Tabaquisme:** el consum de tabac augmenta el risc per diferents motius:
 - En primer lloc, fa que augmentin els nivells de neutròfils, un tipus de leucòcits⁹, a la sang. Aquests produeixen l'alliberació d'unes molècules que alteren les membranes cel·lulars dels vasos sanguinis, provocant arteriosclerosi.
 - En segon lloc, augmenten els nivells de monòcits, que són un altre tipus de leucòcits que tenen la facilitat d'adherir-se a la paret endotelial¹⁰ dels vasos i es dediquen a captar colesterol. Això fa que es formi una placa d'ateroma que pot acabar obstruint el pas de la sang, el que ens portaria a una trombosi.
 - També augmenta els nivells de glòbuls vermells, que en excés podrien arribar a provocar un coàgul.
 - Per últim, s'ha estudiat que les substàncies que es troben al fum del tabac augmenten els nivells de "colesterol dolent" o LDL i disminueix els nivells de "colesterol bo" o HDL.

Els fumadors augmenten fins a 3 vegades el risc de patir un ictus. Si a més, es dona el cas de que un fumador pateix hipertensió, el risc augmenta 20 vegades.

- **Alcohol:** aquest és un cas força curiós, ja que el consum moderat d'alcohol pot arribar a ser beneficiós pels ictus isquèmics, ja que redueix la capacitat de coagulació de les plaquetes a la sang.

⁹ Glòbuls blancs

¹⁰ Teixit epitelial format per una sola capa de cèl·lules

Ara bé, el consum excessiu d'alcohol provoca un augment de la pressió sanguínia i un augment de la viscositat de la sang i dels nivells de plaquetes, cosa que podria provocar l'agregació plaquetària a les artèries i la coagulació de la sang, que a la llarga podria comportar patir un ictus.

- **Altres drogues:** el consum de cocaïna ens pot portar a patir un accident isquèmic, ja que el seu consum provoca hipertensió, malalties cardíques i vasculars, redueix el flux sanguini, accelera el ritme cardíac i provoca arrítmies, augmentant així el risc de formació de coàguls.

En canvi, les amfetamines, la heroïna i els esteroides, ens porten a l'accident hemorràgic ja que poden fer que els vasos sanguinis s'estrenyin i augmenti la pressió sanguínia, comportant el risc de que aquests es trenquin produint una hemorràgia cerebral.

- Altres:

- **Anticonceptius orals:** si les dones que prenen anticonceptius (d'origen hormonal) son hipertenses, fumadores o bé diabètiques, tenen més de 36 anys i porten més de 6 anys de tractament, augmenten el risc de patir un ictus.

- **Sedentarisme:** l'exercici físic moderat ens beneficia en tots els sentits, ja que fa que la nostra sensibilitat davant de la insulina augmenti, disminueix l'agregació de les plaquetes que formen la placa que pot acabar formant un tromb, redueix la pressió arterial, fa baixar el pes i fa que els nivells d' HDL o "colesterol bo" augmentin.

- **Hàbits alimentaris:** per evitar malalties vasculars en general, hem d'intentar portar una dieta saludable, baixa en grasses saturades, ja que aquestes augmenten els nivells de colesterol a la sang.

En general, portant un estil de vida saludable, podríem modificar tots aquests factors i disminuir bastant el risc de malalties cardiovasculars i cerebrovasculars.

3. Simptomatologia

Normalment, els pacients tractats per ictus presenten una simptomatologia prèvia variada.

3.1- Síntomes previs

- Mal de cap persistent
- Formigueig en alguna extremitat i/o sensacions anormals (parestèsia)
- Mareigs
- Vòmits
- Pèrdues puntuals de visió
- Pèrdues puntuals de força
- Desviació bucal
- Trastorns del llenguatge i/o de la comprensió

3.2- Atac Isquèmic Transitori (AIT)

El pas previ a patir un ictus pot presentar-se en forma d'atac isquèmic transitori (AIT)

Aquests ictus, solen tenir una durada de menys de 24 hores, i provoquen trastorns provisionals de la parla, dificultat en la mobilitat, pèrdua de la visió, i en general, la mateixa simptomatologia del punt 3.1, la diferència amb els altres ictus estudiats està en les conseqüències posteriors ja que els AIT, per la seva durada i intensitat no acostumen a deixar lesions greus, i normalment la recuperació sol ser del 100%.

Al tractar-se de símptomes que marxen de seguida, la majoria de la gent, no se'n preocupa. Però patir un ictus transitori, és l'avís de que hi ha alguna cosa que no funciona i s'ha de consultar ràpidament al metge, perquè les possibilitats de patir un ictus són molt elevades les primeres 48 hores després de l'AIT.

4. Conseqüències de patir un ictus

4.1- Conseqüències

4.1.1- Parts del cervell afectades

Com ja hem mencionat abans, les conseqüències d'un ictus, dependran de la zona del cervell que es veu afectada.

Segons les àrees afectades trobem:

- **Ictus de l'hemisferi dret:** aquesta part del cervell és l'encarregada de dirigir el moviment del costat esquerre del cos.
Per tant, un ictus en aquesta zona provoca paràlisi a la part esquerra del cos, el que es coneix com **hemiplegia** esquerra.
Si la paràlisi és parcial i continua havent-hi un mínim grau de mobilitat, parlarem d'**hemiparèsia** esquerra.
A part de la paràlisi, poden donar-se problemes en la percepció espacial com per exemple problemes per determinar la distància entre dos punts, incapacitat de conduir les mans per a agafar un objecte, caigudes, etc.

- **Ictus de l'hemisferi esquerre:** aquesta part del cervell és l'encarregada de dirigir el moviment del costat dret del nostre cos i controla les àrees del llenguatge.
Per tant, un ictus en aquesta zona provoca paràlisi en la banda dreta del cos i **afàsia**¹¹.
Si la paràlisi que es dona és completa, parlarem d'**hemiplegia** dreta.
Si la paràlisi és parcial i continua havent-hi un mínim grau de mobilitat, parlarem d'**hemiparèsia** dreta.

- **Ictus cerebel·lós:** es produeix al cerebel. Aquesta part s'encarrega de controlar l'equilibri i la coordinació.
L'afectació d'aquesta zona produeix desequilibri, descoordinació, marejos i vòmits, el que s'anomena **atàxia**.¹²

¹¹ Discapacitat en la utilització del llenguatge.

¹² Problemes amb la coordinació, les postures corporals, el caminar i l'equilibri.

- **Ictus de tronc cerebral:** es produeix a l'encèfal. Aquesta part és l'encarregada de controlar les funcions involuntàries de l'organisme, com ara la respiració, els batecs del cor, la pressió arterial, etc.

També és l'encarregada de controlar els moviments oculars, la parla, la oïda i la deglució.

Totes les ordres que donen els hemisferis cerebrals passen per l'encèfal, per tant, un ictus en aquesta zona també pot produir la paràlisi de mig cos o de tot el cos.

4.1.2- Discapacitats

4.1.2.1- Discapacitats motores:

- **Paràlisi o problemes de control de moviment**

És la discapacitat més comuna dels malalts d'ictus.

Normalment, es perd la mobilitat en una sola part del cos, la contrària a la part del cervell danyada. És a dir, si l'ictus es produeix a la part dreta del cervell, veurem una afectació en la part esquerra del cos i viceversa.

Es pot produir paràlisi a una part de la cara, a un braç, una cama o bé a tot un costat del cos.

La paràlisi de mig cos s'anomena **hemiplegia**.

Si la part afectada és el cerebel, es produeix l' **atàxia**.

- **Trastorns musculars:** els músculs queden alterats o bé per excés, (**espasticitat** o **hipertonía**), que és quan els pacients queden rígids completament, o bé per defecte (**flaccidesa** o **hipotonía**), que és quan la part afectada queda flàccida, sense força, com si pengés.

- **Dispràxia:** trastorns dels moviments voluntaris, és a dir, no es inicien moviments.

Hi ha diversos tipus de dispràxia: dispràxia oral-verbal, apràxia construccional, apràxia de vestit, apràxia ideatòria i apràxia motora o cinètica.

Aquesta darrera és la que es produeix amb major freqüència. Per definir-la, posarem l'exemple d'un pacient que realitza un moviment espontani. Quan li dius que el torni a fer, de manera voluntària, és incapaç de fer-ho ell sol.

Necessita ajuda per començar el moviment, i llavors, si que és capaç de seguir sol.

4.1.2.2- Dèficit sensitiu

➤ **Pertorbacions sensorials**

Els pacients afectats per un ictus poden patir trastorns en la sensibilitat, com ara no ser capaços de sentir quan algú els està tocant, no sentir el dolor o no sentir la temperatura. Aquests trastorns també poden fer perdre l'habilitat de reconèixer els objectes que sostenen.

Alguns poden sentir formigueig, picors o dolor en les extremitats afectades, cosa que és coneguda com **parestèsia**.

Són molt freqüents els problemes urinaris i fecals després d'un ictus, i es consideren una combinació del dèficit sensorial i el motriu, ja que el pacient pot perdre l'habilitat de sentir necessitat per anar al lavabo o l'habilitat de controlar els músculs de la bufeta, o bé no ser capaços d'arribar a temps al lavabo.

- **Anosognòsia:** trastorn en les persones amb **hemiplegia** o **hemiparèsia** esquerra que no reconeixen les seves extremitats plègiques com pròpies o no reconeixen les discapacitats en aquestes.
- **Dèficit del camp visual:** pot sorgir el que s'anomena **hemianòpsia homònima**, que és el dèficit de visió cap a un costat del camp visual en tots dos ulls.
- **Negligència:** Fet d'ignorar els objectes i persones que se situen al costat plègic del malalt.

4.1.2.3-Deteriorament del llenguatge

L'**afàsia** és la incapacitat d'utilització del llenguatge.

Al voltant d'una quarta part dels pacients d'ictus, pateixen un deteriorament en el llenguatge que té conseqüències a l'hora de parlar, escriure i comprendre el llenguatge tant verbal com escrit.

Es coneixen diferents tipus d'afàsies segons les zones del cervell afectades, que solen estar situades al costat esquerre del cervell, i els símptomes que aquesta afàsia comporti.

Moltes vegades, trobem casos de **dispràxia** en el llenguatge també, és a dir, incapacitat de produir moviments voluntaris per parlar.

Una altra incapacitat que es troba sovint en el deteriorament del llenguatge, és la **disàrtria**, que és incapacitat d'articulació de les paraules a causa de la paralització facial que l'ictus pot haver provocat.

Tipus d'afàsia	Conseqüències
Afàsia de Broca	<ul style="list-style-type: none"> - Supressió total del llenguatge en la fase aguda - Predomini dels trastorns expressius - Defectes d'articulació - Afectació greu de l'escriptura
Afàsia de Wernicke	<ul style="list-style-type: none"> - Alteració en la comprensió en les fases agudes i en els casos més greus
Afàsia de conducció	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorn en la repetició - Escriitura lleugerament afectada
Afàsia global	<ul style="list-style-type: none"> - Afectació molt greu en l'expressió i la comprensió verbal - Frequentment, es produeix mutisme, una greu alteració en la lectura i l'escriitura
Afàsia motora transcortical	<ul style="list-style-type: none"> - Llenguatge expressiu reduït, disàrtria, verbalització incompleta i reducció en l'escriitura - En les fases agudes és força comú el mutisme
Afàsia sensorial transcortical	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitat de repetició però gran defecte a l'hora de comprendre el que estan repetint. - Pot ser que hi hagi una expressió fluent, però el que s'està expressant no té res a veure amb el tema que s'està tractant en una conversa
Afàsia mixta transcortical	<ul style="list-style-type: none"> - Greu afectació de l'expressió i la comprensió - El llenguatge escrit i la lectura tenen un grau d'afectació màxim
Afàsia anòmica	<ul style="list-style-type: none"> - Empobriment nominal que fa que hi hagi un llenguatge poc comprensiu i poc informatiu.

4.1.2.4- Disfàgies

La **disfàgia** és la incapacitat de poder empassar. És a dir, a causa de la lesió, els músculs que s'encarreguen de la deglució, han perdut la sensibilitat o el moviment involuntari, i per tant, no és possible empassar els aliments sòlids en cas de que el pacient tingui flaccidesa facial i líquids en el cas dels pacients que tinguin espasticitat facial.

Per determinar si hi ha disfàgia, es fa una prova amb 3 gotes. En un hi ha líquid, en l'altre hi ha líquid amb un espessant i en el tercer una mena de puré, que ja és més espès.

Depenent dels resultats d'aquesta prova, es determinarà si el pacient haurà de menjar aliments triturats, haurà de menjar a través d'una sonda o bé se li poden afegir espessants als líquids.

4.1.2.5- Problemes de pensament i de memòria

Les parts del cervell que es veuen afectades són les que controlen la memòria i l'aprenentatge.

Les conseqüències són sobretot les pèrdues de memòria a curt termini, incapacitats per entendre el significat de les coses, dificultats per aprendre, no ser capaços de seguir unes instruccions, de fer plans, etc.

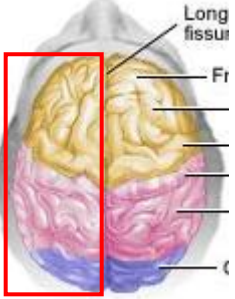
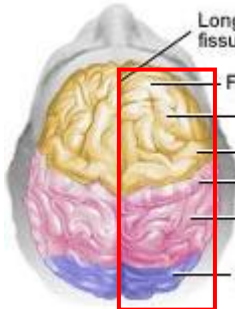
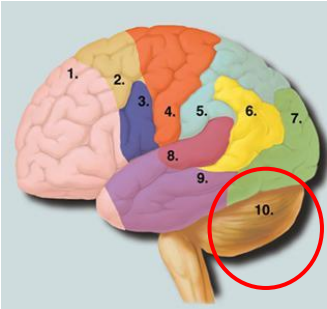
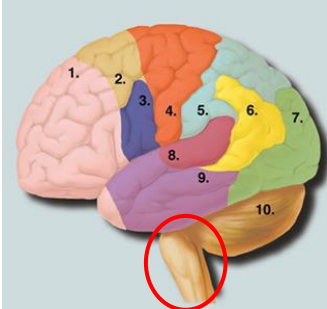
4.1.2.6- Pertorbacions emocionals

Són molt freqüents els marcs depressius en persones que acaben de patir un ictus. Sovint senten por, ansietat, frustració, ràbia, tristesa i sobretot impotència al veure's amb incapacitats físiques i mentals.

La depressió clínica és el trastorn emocional que solen patir els malalts, i es pot intuir quan hi ha trastorns en la son, canvis en l'alimentació, marginació social, angoixa, poca autoestima i fins i tot, pensaments suïcides.

Les depressions es tracten amb medicaments antidepressius i teràpia psicològica.

A continuació, veurem un esquema resum de tot aquest apartat.

Regions afectades	Il·lustració	Conseqüències
Ictus a l'hemisferi dret	 <p>Diagrama del cervell que mostra l'hemisferi dret afectat per un ictus. Una caixa vermella envolta la part posterior i lateral del hemisferi dret. Les etiquetes indiquen 'Long fissura' i 'Fr'.</p>	<p>Problemes motors i sensitius a la part esquerra del cos</p>
Ictus a l'hemisferi esquerre	 <p>Diagrama del cervell que mostra l'hemisferi esquerre afectat per un ictus. Una caixa vermella envolta la part posterior i lateral del hemisferi esquerre. Les etiquetes indiquen 'Long fissura' i 'Fr'.</p>	<p>Problemes motors i sensitius a la part dreta del cos i afàsia</p>
Ictus cerebel·lós	 <p>Diagrama del cervell que mostra el cerebel·lós afectat per un ictus. Una caixa vermella envolta el cerebel·lós. Les etiquetes indiquen '1.' a '10.'.</p>	<p>Problemes motors i sensitius a la part afectada del cos i atàxia</p>
Ictus del tronc cerebral	 <p>Diagrama del cervell que mostra el tronc cerebral afectat per un ictus. Una caixa vermella envolta el tronc cerebral. Les etiquetes indiquen '1.' a '10.'.</p>	<p>Problemes en els moviments involuntaris, com la deglució, la respiració, els moviments oculars i els facials.</p>

5. Rehabilitació

La rehabilitació després d'un ictus, es comença el més aviat possible.

En els ictus isquèmics, si es pot, es comença al cap de 48 hores.

En els ictus hemorràgics s'espera més temps, al voltant d'una setmana, perquè hi ha el perill de que al incorporar als pacients els pugi la pressió i es repeteixi l'hemorràgia.

La rehabilitació la duen a terme un conjunt de professionals que realitzen diferents teràpies.

5.1- Professionals que hi intervenen

- **Neuròlegs:** diagnostiquen el tipus d'ictus, la zona afectada i les discapacitats que això suposarà. Avalua al pacient per buscar un recurs sanitari adient a la seva discapacitat.
- **Metge de planta:** és el que porta el seguiment del pacient de manera global i és el que es posa en contacte amb els professionals per anar fent aquest seguiment.
- **Infermeres:** són les encarregades d'ensenyar als pacients a tenir cura de la seva salut, és a dir, de com seguir els tractaments, de curar ferides, d'establir uns horaris en la medicació, de controlar els factors de risc perquè no es torni a repetir l'ictus, etc.
També s'encarreguen dels canvis posturals¹³, que no és rehabilitació, és prevenció.
- **Metge rehabilitador:** s'encarrega d'estudiar l'estat del pacient i planificar la rehabilitació que haurà de seguir.
- **Fisioterapeutes:** els fisioterapeutes, seguint el programa que el metge rehabilitador els indica, ajuden als pacients a recuperar l'ús de les extremitats que han quedat afectades per l'ictus, els ensenyen a establir un equilibri entre la part que està afectada i la que no, perquè es compensin una mica, els fan jocs d'estimulació sensorial, etc.

¹³ Il·lustració dels canvis posturals a l'annex número 3.

- **Terapeutes ocupacionals:** són els encarregats d'establir activitats per tal de que el pacient pugui ser autosuficient tant en el món laboral com en la vida diària.
Es procurarà el màxim d'autonomia en el que anomenem les activitats bàsiques de la vida diària, a les que ens referirem a partir d'ara com ABVD.
- **Psicòlegs:** tracten els trastorns psíquics i emocionals.
- **Psiconeuròleg:** mesurarà el grau de demència del pacient, el grau d'afectació, si es capaç de seguir un tractament, si és capaç d'entendre les coses.
- **Logopedes:** s'encarreguen de que els pacients que pateixen trastorns en el llenguatge siguin capaços de tornar a utilitzar-lo o de buscar un sistema alternatiu de comunicació (SAC).
També s'encarreguen d'estudiar les disfàgies.
- **Treballadors socials:** són els qui valoren les situacions familiars dels pacients, els diners, les adaptacions que tenen a les cases, de tots els papers relacionats amb els canvis de centres...
Són els que es comuniquen directament amb les famílies.

5.2- Recursos sanitaris segons la lesió establerta

Pot ser que a un pacient que hagi patit un ictus, no li quedin seqüeles, o que li quedin seqüeles mínimes. En aquest cas, aquest pacient pot ser donat d'alta i tornar al seu **domicili**.

Si no és així, el pacient pot seguir el seu tractament de rehabilitació en diferents llocs del sistema sanitari, tot depenent de la lesió que tingui.

Així, un pacient al qual li hagin quedat seqüeles però mínimes, que és capaç d'anar a casa i que té un cert grau d'autonomia, poden seguir una **rehabilitació ambulatoria** a l'hospital de dia. És a dir, viuen a casa seva, però van a fer rehabilitació a l'hospital un parell de cops per setmana.

Si es preveu que aquest pacient no podrà anar a casa, (per tot un conjunt de factors, no només els recursos socials, sinó també les lesions, el grau d'autonomia, si necessita vigilància les 24 hores,...), i que a la llarga pot millorar el seu estat, es parla amb les famílies i es proposa un ingrés al **Centre Sociosanitari**, on tenen la possibilitat d'estar atesos les 24 hores i de poder fer la rehabilitació més cops per setmana.

De vegades, quan es dona l'alta en el sociosanitari, el pacient no està recuperat del tot i té un mínim de seqüeles. En aquest cas, pot seguir una rehabilitació ambulatoria a l'hospital de dia per a seguir progressant.

En el cas de que el pacient no pugui anar al centre, ja sigui perquè no vol o bé perquè es preveu que no pot millorar, s'ofereix una **rehabilitació domiciliària**, en el que un equip de professionals van a domicili i fan que el pacient es bellugui i es mogui una mica.

Normalment, això passa quan els pacients tenen una edat molt avançada, i que es veu que per molt que facin rehabilitació no milloraran, però al menys se'ls hi dona una petita oportunitat, encara que aquesta rehabilitació es fa com a molt un cop a la setmana, ja que no hi ha recursos professionals suficients per dedicar-hi més temps.

També el pacient pot ser portat a una **residència geriàtrica**, on es fa un mínim de rehabilitació per evitar el deteriorament del pacient o si és possible, assolir un cert grau de millora.

En tot cas, en aquests centres es dona més importància a la part efectiva i emocional que no a la recuperació, prioritzant les activitats lúdiques i d'esbarjo, ja que no és un residència transitòria, si no que el pacient hi ha de viure.

5.3- Funcionament del centre Sociosanitari

Cada centre sociosanitari té el seu protocol de com repartir la feina i com valorar a un pacient.

Aquí s'explicarà una mica el funcionament del centre sociosanitari Bernat Jaume de Figueres.

El centre consta de 3 plantes:

- **Primera planta:** unitat de convalescència
- **Segona planta:** llargues estades
- **Tercera planta:** terminals

A la primera planta, hi solen anar pacients que es preveu que en 3 o 4 mesos ja estaran rehabilitats i ja podran ser donats d'alta.

Quan es preveu que aquest pacient no ha tingut prou amb aquest 3-4 mesos i es creu que amb un seguiment rehabilitador pot continuar millorant, es demana una llarga estada, i es passa a la segona planta.

La tercera planta és per pacients que estan terminals o molt greus.

En la unitat de **convalescència** els metges es reuneixen cada dia, per comparar els casos dels pacients i seguir-los.

Fan valoració dels pacients amb l'índex de Barthel¹⁴ cada mes.

En la segona planta, es fan reunions quincenals de l'equip interdisciplinari.

Aquest equip, consta de:

- Metges de planta
- Infermeres
- Auxiliars
- Fisioterapeutes
- Terapeutes Ocupacionals
- Neuropsicòloga
- Psicòleg

Els neuròlegs i els metges rehabilitadors són especialistes.

Es fan valoracions en Barthel cada 4 mesos.

- Què vol dir que és un equip interdisciplinari?

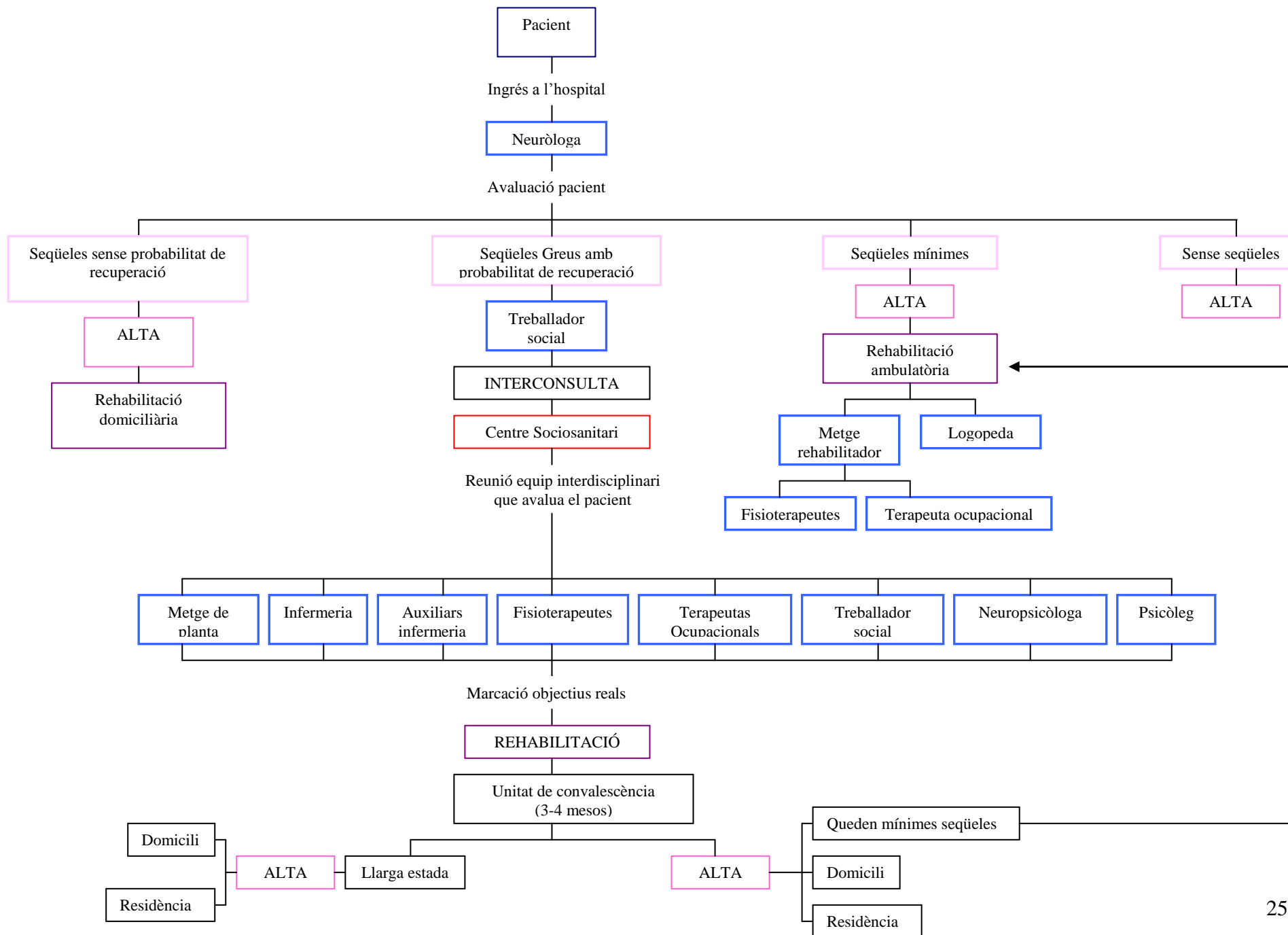
Es treballa en equip per establir un pla de treball conjunt i personalitzat amb la finalitat d'obtenir el millor resultat possible en cadascun dels casos.

Cada professional avalua de forma personal al pacient i llavors es posen els resultats en comú, s'estableix un pla de cures, un pla de treball de la persona i un pla dels objectius reals i mesurables que es poden aconseguir.

5.4- Esquema/resum dels diferents itineraris que pot seguir un pacient des del seu ingrés dins que és donat d'alta.

A continuació, he fet un esquema per resumir els diferents recursos que pot seguir un pacient des de que entra a l'hospital fins que és donat d'alta i els professionals que hi intervenen en cada recurs o itinerari.

¹⁴ Escala que mesura el grau d'autonomia de la persona sobretot en les Activitats Bàsiques de la Vida Diària(ABVD)



5.5- Escales de valoració de pacients a diferents nivells¹⁵

Per a la valoració dels pacients, els diferents professionals utilitzen diferents escales de valoració per a poder avaluar alguns trets del pacient, com per exemple el grau d'autonomia.

De fet, és el **grau d'autonomia** el que més es mira dins del centre sociosanitari, i en el cas del centre de Figueres, els pacients seran valorats amb l'escala o índex de **Barthel**, que constarà d'una puntuació del 0 al 100 per veure el grau d'autonomia a diferents nivells.

El màxim grau d'autonomia serà el 100, el de una persona normal.

Una altra escala per a veure el grau d'autonomia, és l'escala de **Katz**, que es valora sobre 10 punts.

L'escala de **Norton**, és una escala que valora el risc de les úlceres per pressió, conegudes com UPP.

Per a la valoració del nivell de la consciència, trobem l'escala de **Glasgow**, que examinarà la nostra consciència des de diferents graus.

El test de **Pfeiffer**, consisteix en 10 preguntes molt senzilles que ens serviran per a veure el deteriorament cognitiu i l'estat mental del pacient.

Per a la valoració de minusvalies, trobem l'escala de **Rankin**, que consta d'una puntuació del 0 al 5, on el 0 és l'estat normal d'una persona i el 5 és el grau màxim de minusvalia.

Podem fer una valoració muscular a partir de l'escala de **Daniels**, que es puntuarà sobre 5, on 0/5, indica paràlisi i 5/5 indica un estat normal.

Per a la valoració de les afàsies, es fan servir alguns tests, com ara el **Token Test**, que examina la comprensió del llenguatge. El pacient haurà d'anar entenent diferents fitxes que se li proposen.

També podrem valorar les afàsies amb el test de **Boston**, que consta de 60 figures amb objectes per denominar per ordre creixent de dificultat.

Per últim, per a determinar disfàgies, es fa un **test** amb 3 gots amb diferents tipus **de líquids**: un amb aigua, l'altre amb un espessant i l'altre amb una espècie de puré, per a veure quin dels 3 tipus de líquids tolera el pacient.

¹⁵ Menys les escales de les afàsies, trobem les altres restants al l'annex número 2.

6. Casos clínics

A continuació, presentaré el seguiment d'alguns casos reals de persones que han patit un ictus, per veure l'estat inicial del pacient, quins són els objectius que es marca l'equip interdisciplinari i quins d'aquests objectius s'assoleixen.

Tot i que la majoria de termes que trobarem en els casos han estat explicades abans en les conseqüències, a continuació, presento un vocabulari amb les paraules més tècniques per a poder fer un seguiment més clar dels casos.

6.1. Vocabulari previ

1. **ABVD:** activitats bàsiques de la vida diària.
2. **Bipedestació:** fet d'aixecar-se.
3. **Deambulació:** fet de caminar.
4. **Deposició:** expulsió de residus fecals.
5. **Disàrtria:** dificultat en l'articulació degut a la paràlisi facial.
6. **Disfàgia:** incapacitat d'empassar.
7. **Dispèpsia:** digestió difícil.
8. **Fèrula:** aparell braquial per al tractament de l'espasticitat.
9. **Glucèmia:** diabetis
10. **Hemianòpsia:** dèficit de visió cap a un costat del camp visual en tots dos ulls
11. **Heminegligència:** fet d'ignorar els objectes i persones que se situen al costat esquerre del malalt, que l'afectat.
12. **Hemiparèsia:** paràlisi en un costat del cos on queda un mínim de mobilitat.
13. **Hemiplegia:** paràlisi total d'una part del cos.
14. **Hipertonia o espasticitat:** trastorn muscular per excés, provocant rigidesa.
15. **Hipoacúsia:** disminució anormal de l'agudesia auditiva.
16. **Hipotonia o flaccidesa:** trastorn muscular per dèficit, provocant flaccidesa, dèficit de força.
17. **Incontinència:** fet de no poder contenir
18. **Sedestació:** fet d'estar-se assentat.
19. **Asomatognòsia:** coneixement de les diferents parts del cos i de la seva posició espacial.

20. **Sonda vesical:** tub amb una bossa en un dels extrems que s'introdueix dins la bufeta de l'orina per l'altre extrem de manera que el pipí vagi sortint del cos sense necessitat d'aixecar-se.

6.2- Casos clínics a l'hospital de dia

En els dos casos següents, ens trobem amb pacients que han estat ingressats en un hospital prèviament per haver patit un ictus, i que actualment segueixen una rehabilitació ambulatoria a l'hospital de dia.

6.2.1- Cas clínic de rehabilitació ambulatoria (I)

Aquesta pacient, ingressa el dia 03/04/10 a l'hospital Josep Trueta de Barcelona i posteriorment és traslladada al centre sociosanitari de Vilanova i la Geltrú.

Un cop donada d'alta, se li recomana rehabilitació ambulatoria, que farà a l'hospital de Figueres.

A la sortida del centre sociosanitari deambulava amb un bastó tetrapodal.

- **Data d'ingrés a la unitat de rehabilitació:** 17/09/2010
- **Perfil:** Dona, 65 anys
- **Antecedents personals:** Tabaquisme des dels 20 anys, (encara fuma), hipertensió arterial, diabetis
- **Tipus d'ictus:** Ictus isquèmic a l'hemisferi dret, de tipus trombòtic
- **Especialistes que duren a terme la rehabilitació:**
 - Fisioterapeutes
 - Terapeutes ocupacionals

Estat inicial	Seguiment
<ul style="list-style-type: none"> • Hemiplegia esquerra de predomini braquial • Espasticitat • Necessita ajuda per a la bipedestació • No és capaç d'estabilitzar el genoll 	<ul style="list-style-type: none"> • La pacient deambula a les paral·leles amb ajuda d'arnès superior, precisa un cabestrell • Dolors en l'espatlla dreta i es desequilibra cap a la dreta.

6.2.2- Cas clínic de rehabilitació ambulatoria (II)

En aquest cas, el pacient és ingressat a l'hospital i s'hi està poc més d'una setmana.

Quan se li dóna l'ALTA, se li dóna també el pla de rehabilitació que haurà de seguir. El pacient durà a terme una rehabilitació ambulatoria.

- **Data d'ingrés a l'hospital:** 27/09/2010
- **Perfil:** Home, 65 anys
- **Antecedents personals:** Tabaquisme, consum freqüent d'alcohol, hipertensió arterial.
A principis del mateix mes acudeix a l'hospital per AIT i és donat d'ALTA.
- **Tipus d' ictus:** Ictus isquèmic a l'hemisferi dret, de tipus embòlic, que produeix un infart cerebral a l'hemisferi esquerre.
- **Data d'ALTA per a començar la rehabilitació ambulatoria:** 07/10/2010
- **Especialistes que duren a terme la rehabilitació:**
 - Fisioterapeutes
 - Terapeutes ocupacionals
 - Logopeda

Estat inicial	Seguiment
<ul style="list-style-type: none"> • Hemiparèsia dreta de predomini braquial • Disfàgia a líquids, pel que utilitza espessants • Disàrtria • Deambulació normal 	<ul style="list-style-type: none"> • La parèsia braquial és lleu, adquirint un 4/5 de l'escala de Daniels • No queda cap dèficit motor a la cama dreta • Encara queda hemiparèsia dreta al braç, pel que continua amb la rehabilitació

Cal destacar que el pacient pateix un ictus a l'hemisferi dret, però l'infart cerebral té lloc a l'hemisferi esquerre, per tant, l'hemisferi paralytitzat és el dret.

Això passa perquè l'artèria que s'obstrueix està situada a la dreta però cap a la part més central, connectant amb la part esquerra del cervell, per la qual cosa, l'infart es produeix a la part esquerra.

6.3- Casos clínics a la unitat de convalsència

Casos clínics de la unitat de convalsència del centre sociosanitari Bernat Jaume de Figueres.

6.3.1- Cas clínic de la unitat de convalsència (I)

- **Data d'ingrés:** 30/07/2010
- **Perfil:** Home, 55 anys
- **Antecedents personals:** Fumador, hipertensió arterial, colesterol i dispèpsia
A l'abril ingressa per dos episodis d'AIT (atac isquèmic transitori) esquerres amb símptomes d'afàsia i parèsia a la mà dreta.
- **Tipus d' ictus:** Ictus isquèmic a l'hemisferi dret, de tipus embòlic, amb presència d'infart cerebral a l'hemisferi dret.
- **Especialistes que duren a terme la rehabilitació:**
 - Fisioterapeutes
 - Terapeutes ocupacionals
 - Se sol·licita els servei de logopèdia per millorar disàrtria i anterior afàsia
 - Probablement, intervenció del psicòleg, ja que és tractat amb antidepressius

Estat inicial	Objectius marcats	Estat final
<ul style="list-style-type: none"> • Heminegligència, hemiparèsia i hemianòpsia esquerres • Disàrtria • Hipoacúsia esquerra • Parèsia facial esquerra • Estrenyiment • Hemihipotonia (flaccidesa) esquerra • Trastorn ansiós- depressiu • Fragilitat social • Dependent en les ABVD • Risc d'úlceres • Risc de caigudes • Equilibri estable en sedestació 	<ul style="list-style-type: none"> • Reeduació de la marxa • Guanyar autonomia en les ABVD • Seguir tractament d' anticoagulants • Control de la tensió arterial • Control de la deposició • Valoració dels recursos socials • Millorar la asomatognòsia i la propiocepció 	<ul style="list-style-type: none"> • Excel·lent evolució a nivell de fisioteràpia • Pot caminar amb una crosseja sota supervisió • Necessita ajuda per a la higiene diària, per a la dutxa i per vestir la part inferior del cos • Autònom per a vestir la part superior (tronc) i anar al lavabo • Necessita ajuda per a tallar els aliments • Precisa fèrula a la mà dreta

- **Sortida:** 04/10/2010, amb un Barthel de 70/100

Com que la mà encara no està recuperada, i requereix una rehabilitació més lenta, se li sol·licita **rehabilitació ambulatoria** a l'hospital de dia

En el seguiment d'aquest cas, podem observar la milloria del pacient en quant el grau d'autonomia i la marxa, dos dels objectius marcats per l'equip interdisciplinari. Veient aquest cas, es pot veure que el pacient evoluciona molt durant tres mesos, però que mai arribarà a estar recuperat al 100%, ni ha assolit un grau d'autonomia màxima. Amb la posterior rehabilitació ambulatoria s'intentarà guanyar més mobilitat a la mà, per tal d'assolir encara més autonomia.



Figura 6. Fèrula per a evitar l'espasticitat.

6.3.2- Cas clínic de la unitat de convalescència (II)

- **Data d'ingrés:** 28/09/2010 amb un Barthel 35/100
- **Perfil:** Dona, 87 anys
- **Antecedents personals:** hipertensió arterial, colesterol, diabetis i fibril·lació auricular
- **Tipus d' ictus:** Ictus isquèmic cerebel·lós a l'hemisferi dret
- **Especialistes que duren a terme la rehabilitació:**
 - Fisioterapeutes
 - Terapeutes ocupacionals

- Aquesta pacient encara no ha sortit del centre, no té l'alta. Continua fent rehabilitació

Estat inicial	Objectius	Evolució
<ul style="list-style-type: none"> • Hemiparèsia esquerra • Disfàgia a líquids • Incontinència urinària, pel que porta una sonda vesical • Estrenyiment • Fragilitat social • Dependent en les ABVD • Risc d'úlceres • Risc de caigudes • Risc d'infecció • Desequilibri dret en bipedestació i en sedestació 	<ul style="list-style-type: none"> • Reeduació de la marxa • Guanyar autonomia en les ABVD • Líquids amb espessants • Control de la tensió arterial • Control de la glucèmia • Valoració dels recursos socials • Recuperació deposició • Prevenció úlceres • Prevenció de caigudes • Millorar asomatognòsia • Millorar el control del tronc 	<ul style="list-style-type: none"> • Segueix fent exercicis del control del tronc • Exercicis d'equilibri en bipedestació • Deambulació amb caminador i ajuda d'una persona

Com que en aquest cas la pacient encara realitza rehabilitació i no hi ha un estat final, no es pot treure cap conclusió, només que segueix una bona rehabilitació a nivell de fisioteràpia i teràpia ocupacional i que ja és capaç de deambular amb un caminador.

6.3.3- Cas clínic de la unitat de convalsència (III)

- **Data d'ingrés:** 23/03/2010
- **Perfil:** Home, 75 anys
- **Antecedents personals:** hipertensió arterial, colesterol. Deambulava amb un bastó
- **Tipus d'ictus:** Ictus hemorràgic cerebral esquerre
- **Especialistes que duren a terme la rehabilitació:**
 - Fisioterapeutes
 - Terapeutes ocupacionals
- **Sortida:** 03/06/2010

Els recursos socials, fan una avaluació del pacient i li sol·liciten una **adaptació domiciliària**, que constarà d'una dutxa assistida i d'un llit articulad

Estat inicial	Objectius marcats	Estat final
<ul style="list-style-type: none"> • Hemiplegia dreta • Lleu disàrtria • Deteriorament funcional • Risc d'úlceres • Risc de caigudes • Trastorn de la son • Deambulació amb ajuda d'un caminador i d'una persona, desequilibri cap a la dreta • No és capaç d'escriure 	<ul style="list-style-type: none"> • Intentar la recuperació funcional • Controlar el trastorn de la son • Prevenció de caigudes → subjecció nocturna • Prevenció UPP • Valoració del destí a l'ALTA i necessitat de futurs suports 	<ul style="list-style-type: none"> • Independent per fer girs al llit • Independent per poder-se vestir a la part superior (tronc) i la higiene • Independent per a l'ús dels coberts • Necessita ajuda per a entrar i sortir del llit i per a les transferències • També ha de ser ajudat en l'ús de la dutxa, del W.C. i per vestir-se a la part inferior del cos • És capaç d'escriure • Marxa estable amb bastó de puny amb passes llargues i contínues • Estabilitat en els girs i la sedestació

En l'evolució d'aquest cas, podem observar que el pacient ha aconseguit la recuperació funcional, ja que quan entra a la unitat de convalsència, necessita ajuda d'un caminador i una persona per a poder deambular, i, en canvi, quan surt és capaç de mantenir una marxa estable amb ajuda d'un bastó.

A més, assoleix l'equilibri que necessita per a realitzar girs i mantenir l'estabilitat que necessita.

També recupera l'habilitat d'escriure.

6.3.4- Cas clínic de la unitat de convalsència (IV)

- **Data d'ingrés:** 22/11/2007
- **Perfil:** Dona, 77 anys
- **Antecedents personals:** hipertensió arterial, colesterol, diabetis, ictus llacunar al 2003
- **Tipus d'ictus:** Ictus isquèmic trombòtic a l'hemisferi dret
- **Especialistes que duren a terme la rehabilitació:**
 - Fisioterapeutes
 - Terapeutes ocupacionals
 - Segurament logopedes, per les dificultats de la parla
- **Sortida:** 27/02/2008

Els recursos socials valoren el seu entorn, i li ofereixen una adaptació domiciliària, que constarà de W.C. i bany assistits.

Com que li queda hemiparèsia al costat esquerre, se li sol·licita **rehabilitació ambulatoria** a l'hospital de dia.

Valoració inicial	Objectius marcats	Estat final
<ul style="list-style-type: none"> • Hemiparèsia esquerra • Disfàgia lleu als líquids • Risc d'úlceres • Risc de caigudes • Possible estrenyiment • Problemes cognitius • Problemes socials • Dificultat en la parla • Dependent en les ABVD 	<ul style="list-style-type: none"> • Intentar aconseguir el màxim d'autonomia en les ABVD • Intentar aconseguir un grau màxim d'autonomia en la marxa • Prevenció de caigudes • Valoració dels recursos socials 	<ul style="list-style-type: none"> • No presenta alteracions en el llenguatge • Mobilitat de les 4 extremitats amb hemiparèsia esquerra • Autònoma en les ABVD • Deambulació amb una crosseja • Independent per realitzar girs al llit • Capaç de fer transferències amb l'ajuda d'un caminador per entrar i sortir del llit • Independent per a la higiene, i la vestimenta • Necessita ajuda pel W.C. i la dutxa

En el seguiment d'aquest cas, es veu una evolució força gran, ja que s'assoleixen gairebé tots els objectius marcat per l'equip interdisciplinari. Al final de la estada en la unitat de convalescència, la pacient és autònoma en les ABVD, és capaç de moure les 4 extremitats, encara que la hemiparèsia esquerra encara hi és present, per la qual cosa és enviada a rehabilitació ambulatoria.

També aconsegueix deambular amb una crossa i fer transferències amb un caminador, la qual cosa indica el seu progrés durant la estada al centre sociosanitari.



Figura 7. Caminador

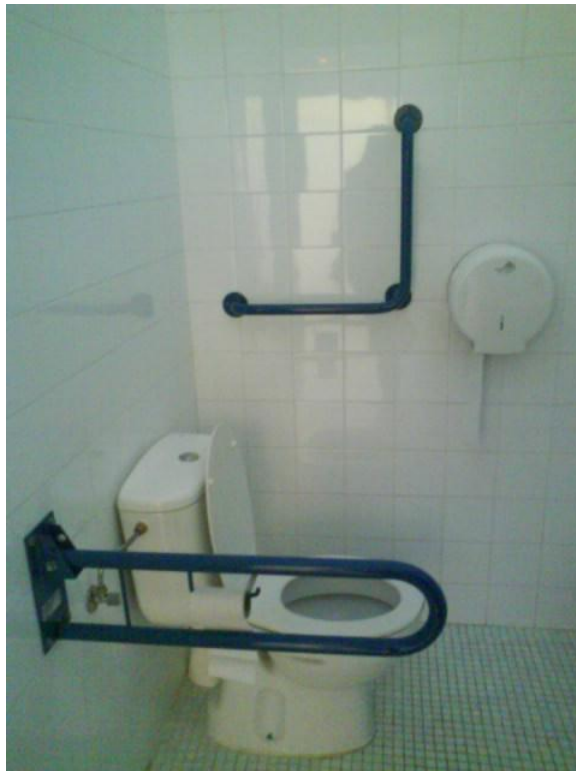


Figura 8. Exemples de banys adaptats.

6.4- Cas clínic unitat de llarga estada

A continuació, l'únic cas que he aconseguit de la unitat de llarga estada, que suposarà un any en el centre sociosanitari.

- **Data d'ingrés a la unitat de convalescència:** 30/07/2008
- **Perfil:** Dona, 78 anys
- **Antecedents personals:** hipertensió arterial, colesterol, diabetis, fibril·lació auricular.
 - Ictus isquèmic esquerre a l'any 1999, que no li deixa seqüeles
 - Ictus isquèmic esquerre al 2004, que li provoca afàsia.
 Degut a l'afàsia, segueix tractament de logopèdia i aprèn a llegir i a escriure, però no aconsegueix dominar bé el llenguatge.
- **Tipus d'ictus:** Ictus isquèmic esquerre, de tipus embòlic.
- **Especialistes que s'encarreguen de la rehabilitació a la unitat de convalescència:**
 - Fisioterapeutes
 - Terapeutes ocupacionals
 - Logopeda

Valoració inicial	Objectius marcats	Estat final
<ul style="list-style-type: none"> • Afàsia • Plègia a l'extremitat superior dreta • Parèsia a l'extremitat inferior dreta • Depenent ABVD • Incontinència • Cadira de rodes 	<ul style="list-style-type: none"> • Intentar aconseguir el màxim d'autonomia en les ABVD • Intentar aconseguir que la pacient deambuli • Recuperació dels esfínters 	<ul style="list-style-type: none"> • Deambulació lenta amb ajuda de persones o d'una crossa sota supervisió • Semidependent ABVD • Afàsia • Plègia a l'extremitat superior dreta • Parèsia a l'extremitat inferior dreta • Incontinència ocasional

En gairebé 4 mesos, la pacient ha evolucionat molt, (entra amb un índex de Barthel de 15/100, i entra a llarga estada amb un Barthel de 55/100), però d'una manera molt lenta. Per tant, es creu que pot evolucionar més, i per aquest motiu, es demana una llarga estada.

Aquesta demanda és aprovada pels recursos socials, i la pacient és ingressada a la 2^a planta del centre sociosanitari.

- **Data d'ingrés a la unitat de llarga estada:** 07/11/2008
- **Especialistes que s'encarreguen de la rehabilitació a la unitat de convalsència:**
 - Fisioterapeutes
 - Terapeutes ocupacionals
 - Logopeda
 - Neuropsicòloga
- **Sortida:** 15/09/2009

Valoració inicial	Objectius marcats	Estat final
<ul style="list-style-type: none"> • Deambulació lenta amb ajuda de persones o d'una crossa sota supervisió • Semidependent ABVD • Afàsia • Plègia ESD • Parèsia EID • Incontinència ocasional 	<ul style="list-style-type: none"> • Control factors de risc • Potenciar la marxa • Potenciar ABVD • Potenciar control d'esfínters • Evitar caigudes • Evitar úlceres • Continuar amb la logopèdia • Resolució de problemes cognitius • Valoració de recursos socials 	<ul style="list-style-type: none"> • Ajuda d'una persona per les activitats d'higiene i vestit. Pot col·laborar en aquestes tasques quan es tracta de la part superior del seu cos • Controla la bipedestació, però necessita sempre un punt de recolzament per por a caure • Dependència d'una persona i d'un punt de recolzament en les transferències • És capaç de deambular amb una crossa sota supervisió • Persistència de l'afàsia • Dependent ABVD • Factors de risc controlats per medicació • Incontinència doble → precisa bolquers

Durant la llarga estada, no hi ha una gran evolució. De fet, l'evolució màxima s'assoleix durant l'estada a la unitat de convalsència.

La pacient, durant aquesta llarga estada no avança per què li sorgeixen altres problemes mèdics no relacionats amb l' ictus, que la fan caure en depressió, desmotivació i poca participació.

A part d'això, agafa por, i encara que pot caminar amb una crossa, no vol fer-ho perquè no sent seguretat, i només practica la deambulació amb una altra persona i agafada a una barra.

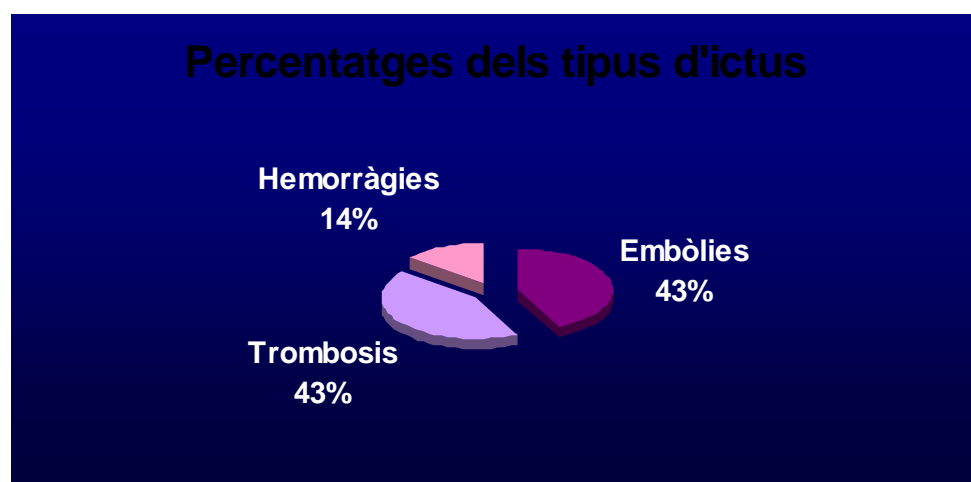
Després d'aquest any al centre sociosanitari, la família demana plaça a una residència, ja que la pacient, abans de patir l'ictus vivia sola, i ara no es pot valer per ella mateixa.

A la residència, segueixen fent-li rehabilitació a nivell de fisioteràpia, perquè no perdi les capacitats que ha assolit durant la estada al centre sociosanitari.

Actualment, la pacient es troba encara a la residència i es troba en el mateix estat que quan va sortir de la unitat de llarga estada.

Conclusions generals

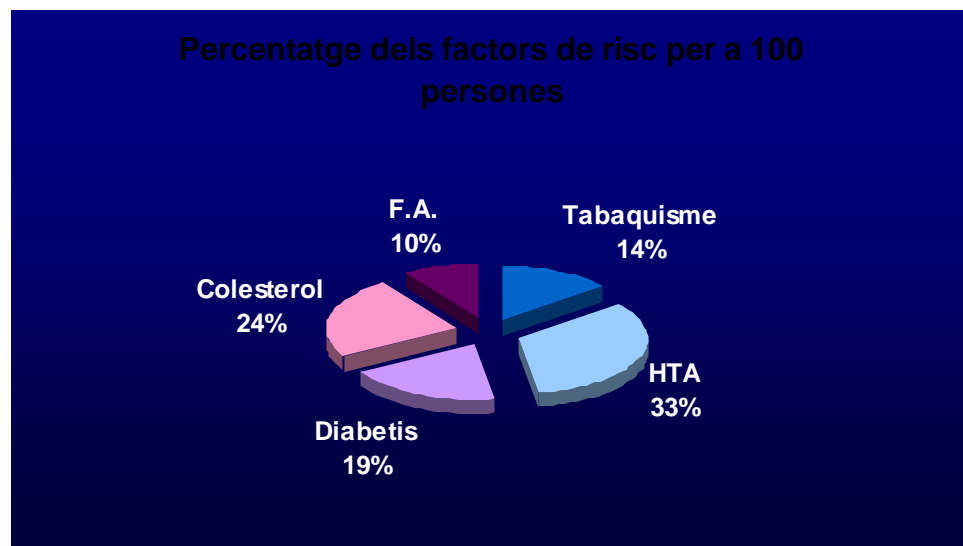
- Després de realitzar aquest treball, crec que la conclusió més clara, és que el cervell ho regeix tot. Una mínima afectació en aquest, pot crear-nos una afectació física i/o psíquica de difícil recuperació.
- En la visió dels casos clínics, també queda demostrar que un 80% dels ictus són isquèmics, i el 20% restant, està format per les hemorràgies, tal i com s'indica a la gràfica 1.



Gràfica 1. Percentatges dels diferents tipus d'ictus

- També queda demostrat amb els casos clínics que els factors de risc explicats a l'apartat 2, són realment perillosos per a la nostra salut, i que realment contribueixen al patiment dels ictus.
A continuació, veurem una taula amb els percentatges que hem pogut calcular amb els casos clínics (calculat sobre 7) dels factors de risc i els percentatges sobre 100 persones.

	F.A. (fibril·lació auricular)	Tabaquisme	Diabetis	Colesterol	HTA (hipertensió arterial)
Percentatge sobre els casos clínics (sobre 7)	$\frac{2}{7} = 28.57\%$	$\frac{3}{7} = 42.85\%$	$\frac{4}{7} = 57.14\%$	$\frac{5}{7} = 71.42\%$	$\frac{7}{7} = 100\%$
Percentatge sobre 100 persones	10%	14%	19%	24%	33%



Gràfica 2. Percentatges dels factors de risc sobre 100 persones.

- Un atac isquèmic transitori (AIT), és un avís previ a patir un ictus. Els mínims símptomes previs que notem, caldran ser valorats per professionals, ja que patir un AIT suposa un risc elevadíssim de patir posteriorment un ictus. Aquest risc pot persistir fins als 4 mesos posteriors de l'AIT.
- És molt important un cop s'ha patit l'ictus, que el pacient no caigui en un estat de depressió i desmotivació. Tot el contrari, és important que les persones que pateixen aquesta malaltia tinguin força de voluntat i no s'ensorrin, i que estiguin motivats per a realitzar les diferents teràpies de rehabilitació per poder recuperar-se.
- Les teràpies de rehabilitació, estan encaminades a que la persona assoleixi el màxim grau d'autonomia possible, perquè no hagi de dependre de ningú.

Actualment, les teràpies també s'encaminen al restabliment del cos mitjançant la "felicitat personal". Aquesta felicitat personal s'assoleix intentant aportar els elements que facin que l'individu es senti realitzat a nivell personal, social o cultural per exemple contractant serveis de perruqueria o serveis eclesiàstics, que fa que alguns pacients puguin seguir practicant algunes de les activitats que practicaven en el seu temps lliure abans de ser ingressats.

- Una de les coses més importants que destaquen tots els professionals, és el recolzament familiar, que farà que el pacient no es trobi sol davant d'aquesta situació, i tingui més motivació per tirar endavant amb la rehabilitació i aquesta mateixa motivació, suposarà un esforç major en les activitats proposades pels professionals i una millor evolució de la persona.
- L'ALTA mèdica es dona quan es considera que una persona ha assolit uns objectius i no pot avançar més. Això vol dir que un pacient amb un Barthel de 50 pot ser donat d'alta tant com un pacient que assoleixi un Barthel 85.
- Díficilment es trobarà algun cas que es recuperi al 100%. Els ictus dels pacients més joves si tenen una major possibilitat de recuperació, perquè les seves neurones tenen una major capacitat i el seu cos està molt més preparat que no pas una persona gran que en pateixi un.

Últimament es treballa amb el que s'anomena "plasticitat neuronal". Sabem que les neurones són de les úniques cèl·lules que no es reproduïxen. Per això, quan moren, s'intenta que les neurones que estan sanes facin la feina de les altres. Això es fa mitjançant estímuls que es donen en la mateixa rehabilitació. S'intenten crear noves xarxes al cervell que s'acostumin a fer coses que abans no feien.

Conclusions personals

Primer de tot, diré que estic satisfeta del meu treball i que he après moltes coses. Vulguis o no, acabes entenent una mica sobre el tema, que personalment, crec que és molt interessant.

Com a conclusions, cal dir que cuidar-se i portar un bon ritme de vida, no és cap tonteria. De fet, cal fer-ho, perquè com hem vist, no tenir cura de la nostra salut ens pot arribar a comportar unes conseqüències molt greu amb difícil recuperació.

L'home viu envoltat de perills: accidents, desastres naturals,...

Però realment, la primera causa de mort a Espanya per sobre de tots aquests riscos, són les malalties cerebrovasculars i cardiovasculars. Per tant, la nostra supervivència està a les nostres mans.

Penso que la anatomia és una cosa fascinant. Veure i comprovar que tot el que som està controlat per un únic òrgan, que és el cervell, impacta.

Per acabar, trobo realment esplèndid que persones de tan avançada edat pugui millorar tant en alguns aspectes.

Puc dir satisfactòriament que aquest treball està dedicat a la meva àvia, i que m'omple d'orgull haver vist com una persona amb 75 anys, va ser capaç de tornar a aprendre a llegir i a escriure per si sola, esforçant-se dia a dia.

I un cop haver patit el tercer ictus, quan es va quedar hemiplègica, va ser capaç durant una temporada de caminar amb la única ajuda d'una crossa.

Per a mi això sempre serà un punt de referència i la representació de l'esforç i la voluntat d'una persona que té ganes de viure.

7. Vocabulari dels peus de pàgina

1 **Arteriosclerosi**: acumulació d'una placa de greix a l'interior d'una artèria.

2 **Espai subaracnoide**: espai que es troba entre el cervell i el crani.

3 **Aneurisma cerebral**: dilatació anormal d'un vas sanguini.

4 **Insulina**: hormona peptídica (proteica) que es secretada al pàncrees, i regula els nivells de glucosa a la sang.

5 **Ateroma**: placa de colesterol, de greix.

6 **LDL**: Low Density Lipoprotein

7 **HDL**: High Density Lipoprotein

8 **Fibril·lació auricular**: ritme cardíac irregular i anormal, que contribueix a la formació de coàguls.

9 **Leucòcits**: glòbuls blancs

10 **Paret endotelial**: teixit epitelial format per una sola capa de cèl·lules

11 **Afàsia**: discapacitat en la utilització del llenguatge

12 **Atàxia**: Problemes amb la coordinació, les postures corporals, el caminar i l'equilibri.

13 **Canvis posturals**: il·lustració dels canvis posturals a l'annex número 3

14 **Índex de Barthel**: escala que mesura el grau d'autonomia de la persona sobretot en les Activitats Bàsiques de la Vida Diària (ABVD)

15 **Escales de valoració**: Menys les de les afàsies, trobarem les altres escales a l'annex número 2

Bibliografia

- Blanca Català Jiménez, Manuela Gallego Hurtado, Montserrat Talavera Seguí. *Logos Material del para rehabilitación de las afasias y otras alteraciones del lenguaje.* Editorial Labon
- Frank H. Netter. *Colección Netter de ilustraciones médicas, tomo I, sistema nervioso.* Editorial Masson.
- Frederic J. Kottke, Justus F. Lehmann. *Krusen. Medicina física y rehabilitación. Tomo I, II y III.* Editorial Panamericana
- Pilar Durante Molina, Pilar Pedro Tarrés. *Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica.* Editorial Masson.

Webgrafia

- http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/accidente_cerebrovascular.htm
- <http://geosalud.com/neurologia/avcrehabilitacion.htm>
- <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/283/28338107.pdf>
- http://www.clinicalascondes.cl/ver_pregunta.cgi?cod=970871389
- <http://www.esmas.com/salud/enfermedades/notransmisibles/553710.html>
- <http://www.fac.org.ar/publico/doc/noprof/acv.htm>
- <http://www.ineco.org.ar/clinica.php?clinica=23>
- http://www.infodoctor.org/neuro/cap5_1_7.htm
- http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135-57271997000200004&script=sci_arttext&tlng=en
- <http://www.seh-lelha.org/pdf/modelries.pdf>
- http://www.siempreatulado.com.mx/vs/vs_infPadEMB.asp
- http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-adulto/ecv_aguda.pdf
- http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/Cond/stroktsp.cfm
- http://www.tuotromedico.com/temas/accidente_cerebro_vascular.htm
- <http://www.tusalud.com.mx/site/viewa.asp?ida=337>
- http://books.google.es/books?id=82t6494lOU8C&pg=PA106&lpg=PA106&dq=tipus+d'embòlia&source=bl&ots=sU7Nnhzy_Y&sig=Qb4fr4qk2_Q0r4cV13FflJKsDLs&hl=es&ei=_GkoTPWCCtvPjAf0yPh7&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CBgQ6AEwAA#v=onepage&q=tipus%20d'emb%C3%B2lia&f=false
- http://www.estockley.com/pfw_files/cma/ArticulosR/Neurologia/2004/04/109040401600167.pdf
- <http://afectatsdavic.blogspot.com/2009/02/toxina-botulinica-per-lespasticitat.html>
- <http://apuntesmedicina.thinkingspain.com/?tag=escala-daniels>
- http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_1_01/mgi04101.htm
- <http://dempeus.nireblog.com/post/2009/03/18/factors-de-risc-per-la-salut-noves-dades-de-loms>
- http://discapacitat.net/index.php?view=article&catid=73%3Adiscapacitat-motora&id=196%3Aavc&format=pdf&option=com_content&Itemid=154&e263379728827192003a291c0ee4451b=c312ce42d42752d8959dd3aae434ba21
- http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/previniendo_la_apoplejia.htm
- <http://fonomaniachile.blogspot.com/2009/04/test-de-boston.html>

<http://ftencrisis.wordpress.com/2009/07/07/escala-de-valoracion-de-rankin/>
http://inventorspot.com/articles/scientists_work_stroke_vaccine_37775
<http://personales.mundivia.es/imlesende/cuestionarios.htm>
<http://pub.bsalut.net/cgi/viewcontent.cgi?article=1034&context=butlleti>
http://stroke.about.com/od/strokeenespanol/Enterese_de_Informacion_Importante_Acerca_de_Derrames_Cerebrales.htm
<http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/26/1/1>
<http://stroke.ahajournals.org/content/vol36/issue9/images/large/51FF1.jpeg>
<http://svneurologia.org/fc/ictustablas.htm#arriba>
<http://www.bajarcolesterol.com/niveles-colesterol/niveles-colesterol.html>
<http://www.biopsicologia.net/nivel-5-discapacidad/2.2.11.5.-evaluacion.html>
<http://www.catcardio.com/revista2.php?num=43&id=78>
http://www.cocinayhogar.com/dietasana/salud/?pagina=dietasana_salud_016_016
<http://www.cosasdesalud.es/principales-causas-provocan-ictus/>
http://www.discapacitat.net/index.php?option=com_content&view=article&id=196:avc&catid=73:discapacitat-motora&Itemid=154
<http://www.fisterra.com/guias2/fa.asp>
<http://www.forumclinic.org/enfermedades/riesgo-cardiovascular/informacion/que-es-el-riesgo-cardiovascular-rcv/factors-de-risc-cardiovascular-frcv/>
<http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/colesterol.html>
http://www.gencat.cat/ics/germanstrias/cat/habits_cor.htm
http://www.grupsagessa.com/documents/menupai/pai_malaltia%20cerebrovascular-catala.pdf
<http://www.hipocampo.org/katz.asp>
http://www.ictus-mitjans.cat/cat/content_ob.asp?id_seccio=27
<http://www.imim.es/programesrecerca/inflamacio/vascular.html>
http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2006_1/g-16-1-007.pdf
http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/publications/synopses/cp105.pdf
http://www.ninds.nih.gov/doctors/NIH_Stroke_Scale.pdf
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000184.htm>
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000726.htm>
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/tutorial.html>
http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/tutorials/atrialfibrillationspanish/htm/_no_50_no_0.htm

http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/tutorials/strokerehabilitationspanish/htm/_no_50_no_0.htm

<http://www.nuevoslicenciados.com/ictus2.html.pdf>

<http://www.parcdesalutmar.cat/ictus/>

<http://www.personasmayores.com.es/Documentos/Pfeiffer.pdf>

http://www.puritan.com/vf/healthnotes/hn75_spanish/Es-Concern/Stroke.htm

<http://www.scribd.com/doc/6499570/Analisis-Escalas-Para-Hemiplejia>

<http://www.secardiologia.es/secciones-y-grupos/cardiopatia-isquemica.html>

<http://www.slideshare.net/sanidadyconsumo/rehabilitacin-del-ictus-modelo-asistencial>

http://www.stroke.org.uk/information/stroke_rehabilitation/index.html

http://www.stroke.org/site/DocServer/choose_rehab_spanish.pdf?docID=1103

http://www.stroke-site.org/stroke_scales/stroke_scales.html

http://www.tdr.cesca.es/TESIS_URV/AVAILABLE/TDX-1222105-132542//UN_Silvia.PDF

http://www.tdx.cbuc.es/TESIS_URV/AVAILABLE/TDX-0710108-131448//esgtesi.pdf

http://www.tesisexarxa.net/TDX-0811110-134002/index_cs.html

http://www.tesisexarxa.net/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-0401109-151415//amip1de1.pdf

http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/HSmart/cholspan.cfm

http://www.vhebron.net/preventiva/docencia/classes/t23_mal_cerebrovascular.pdf

<http://www.youtube.com/watch?v=6h7Frkj96yM&NR=1>

<http://www.youtube.com/watch?v=9KREMH6zJOU>

http://www.youtube.com/watch?v=M_fo6ytlmD0&feature=related

<http://www.youtube.com/watch?v=mKyidhpld-I&feature=related>

<http://www.youtube.com/watch?v=UyyjU8fzEYU>

8. Annexos

Annex A. Entrevistes

Annex B. Escales de Valoració

Annex C. Normes i exercicis pel pacient amb ictus

ANNEX A. Entrevistes

1. Entrevista a la Dra. Osuna, neuròloga de l'hospital de Figueres

1. Quin és el % de persones que pateixen ictus a Figueres?

Depèn de la franja d'edat. Entre 30 i 50 és molt poc probable, però aquí entrarien els ictus "joves", que són els que estudiem de forma més exhaustiva, ja que les causes d'aquests ictus poden ser una mica diferents.

Al no tenir factors de risc (en principi), s'han de mirar trastorns congènits de la coagulació, els tòxics, sobretot la cocaïna.

En principi, en aquesta franja d'edat, els ictus són poc freqüents, però podem començar a trobar-ne.

Els més freqüents són a partir dels 50 anys. Entre els 50 i els 80.

2. En quin sexe és més predominant l'ictus?

És més freqüent els ictus en homes, perquè en general els homes solen ser hipertensos, diabètics, tenen colesterol, etc., una mica més que les dones. Sembla que quan passa en les dones sol ser més greu.

- Per l'edat?

No només per l'edat, sinó que normalment tarden més en consultar. Els homes de seguida acudeixen a l'hospital. En canvi, les dones quan decideixen anar a l'hospital, ja és molt més greu.

Normalment de 50 a 70 anys hi ha més homes que dones.

3. Quin tipus d'ictus predomina més?

L'ictus isquèmic és el que predomina més. El 70% o 80% són ictus isquèmics per oclusions d'artèries. L'altre 20% són hemorràgies.

De les hemorràgies, un 80% serien intracerebrals o intraparenquimatoses causades per la hipertensió, o de vegades per algun tumor que sagna, trastorns de la coagulació, etc., i un 20% serien subaracnoides, formades a les meninges, bàsicament per traumatismes cranials.

4. Quin és el perfil dels malalts?

Solen ser gent gran, el més habitual és que estiguin entre els 70-80 anys. Majoritàriament són homes fumadors, hipertensos, amb colesterol alt, diabètics, amb cardiopaties,...

5. S'ha observat un augment o una davallada en els últims anys?

No s'ha observat ni augment ni davallada...més o menys igual.

No es pot dir un número exacte de malalts, però posem que aproximadament hi ha un 20% de malalts entre la població compresa entre 60 i 80 anys.

Les malalties cardiovasculars (tant cardíques com cerebrals), són el número 1 en prevalença i mortalitat, per sobre del càncer i per sobre dels accidents.

6. Existeix algun símptoma previ que serveixi d'indicador?

Existeixen símptomes previs, el que anomenem AIT. Si tens la "sort" de patir-lo, (perquè si el pateixes vols dir que et recuperes), allò és un avís el que la gent gran anomena "sombra".

És un avís de que si no fas res, en un plaç breu pots patir un ictus.

Els símptomes de l' AIT, són: que una persona tingui trastorns de la parla, que pronunciï malament, per exemple; una altra, es la desviació de la boca, pèrdues de visió; o bé pèrdues de força o de sensibilitat en una part del cos. Tots aquests símptomes són transitoris, és a dir, et venen i et marxen. Si tens algun d'aquests símptomes, encara que et marxi, has d'anar al metge. El més habitual és que durin entre 10 minuts i mitja hora.

Després de 48 hores d'haver patit un AIT, existeix un risc molt i molt alt de tornar a repetir, fins i tot dintre dels tres mesos següents continua havent-hi un risc molt elevat.

7. Quin tractament es fa servir per a això?

Per tractar això els hi donem aspirines (que són anticoagulants). Més que donar-los un tractament, si convé, els fem un estudi per veure quines han estat les causes d'aquest AIT, per veure com tenen les artèries i el cor.

Per veure-ho se'ls poden fer una ecografia caròtida (per veure que no tinguin un tromb format a dintre) i una ecografia del cor (per veure que no tinguin embòlies).

En el cas de que n'hi hagi, els hi donem un tractament anticoagulant més fort, que seria el famós SIMTROM. És un anticoagulant que deixa la sang molt líquida.

8. Quins són els símptomes més freqüents o comuns dels malalts després d'un ictus?

Després de l'ictus, a part de les seqüeles motores, de la parla, etc., solen haver-hi problemes urinaris i fecals.

També són molt freqüents els quadres depressius.

En alguns casos poden haver-hi atacs epilèptics, com a conseqüència de la lesió cerebral (un 5%, no és massa freqüent).

9. Es pot identificar a primera vista de quin tipus d'ictus es tracta?

Pels símptomes és impossible saber si és isquèmic o hemorràgic. Els símptomes són idèntics.

De vegades les hemorràgies poden produir vòmits i tu pots intuir que és una hemorràgia, però en principi no se sap.

10. Quines proves es realitzen als malalts per diagnosticar l'ictus?

Les proves que es realitzen són les mateixes que en l'AIT: analítica (sucre i colesterol), mesures de pressió arterial, TAC del crani (hemorràgies), ecografia de caròtides (tromb), ecocardiograma (coàguls en el cor). Això sempre.

11. En alguns casos, depenent de l'edat i del tipus d'ictus, es realitzen ressonàncies per veure millor la mida i la localització, estudis especials de coagulació, i estudis de tòxics.

12. Quin tractament de tipus farmacològic es segueix?

Tractament de tipus farmacològic...pràcticament cap. En els darrers anys s'està provant la toxina botolínica, el conegut BOTOX. És una toxina que s'extreu d'un bacteri i el que fa és paralitzar els músculs.

En els pacients que queden molt rígids se'ls injecta per deixar els músculs relaxats. Els hi millora la mobilitat i el dolor.

Medicaments de prevenció secundària no es dona, tots els medicaments que es consumeixen són per prevenir factors de risc, però no per curar els danys ja causat.

Últimament es treballa amb el que s'anomena "plasticitat neuronal". Sabem que les neurones són de les úniques cèl·lules que no es reproduïxen. Per això, quan moren, s'intenta que les neurones que estan sanes facin la feina de les altres. Això es fa mitjançant estímuls que es donen en la mateixa rehabilitació. S'intenten crear noves xarxes al cervell que s'acostumin a fer coses que abans no feien.

13. Quan es comença la rehabilitació?

La rehabilitació es comença el més aviat possible. En els ictus isquèemics normalment abans. Normalment unes 48 hores després ja es comença. Però, és clar, la rehabilitació immediata és molt lleu, és aixecar-los o incorporar-los i no gaire més.

Depèn del pacient. Si té mig cos paralytat, es comença incorporant-lo, al dia següent assentant-lo, etc.

En els ictus hemorràgics esperem una mica més, més o menys una setmana, perquè si fan molts esforços, la hemorràgia podria augmentar. La rehabilitació inicial és molt lleu: incorporació 30°, després a 45°, assentant-los, etc.

14. Hi ha centres especialitzats a Figueres o a la província?

Especialitzats en ictus cap.

No hi ha especialistes en ictus ni en les residències, ni en els hospitals, ni enlloc.

A l'hospital, però, hi estan més acostumats, perquè els tracten més.

A Figueres hi ha el Bernat Jaume, però no és especialista en ictus.

A Girona tampoc n'hi ha cap.

A la clínica Guttman de Badalona, no estan especialitzats en ictus, però sí que estan especialitzats en malalties neurològiques i traumàtiques de gent jove.

Accepten ictus joves, ja que tenen una major esperança de recuperació. Una persona jove té una capacitat neuronal tremenda encara, es pot recuperar molt i val la pena.

15. Quan es considera que un pacient ha superat l'ictus?

El pacient està recuperat quan queda recuperat del tot (això passa molt poques vegades) o quan queden seqüeles mínimes. Hi ha pacients que els hi queda un mínim de formigueig que no els limita, queda una mica de seqüela però poden fer vida gairebé normal. O bé pacients que els hi costa una mica parlar, però que van fent i són autònoms. Es considera que ho han superat quan són autònoms pel que diem "autònoms per les activitats bàsiques de la vida diària": poden menjar sols, vestir-se sols, sortir al carrer,...

16. La superació la mesureu amb l'escala de Barthel?

Sí, es fan servir dos escales: Barthel i Rankin.

Pocs pacients tindran un Barthel de 100, que és el màxim, sempre hi haurà una mica de cosa que quedarà, però es considera que el malalt ho ha superat amb un Barthel superior a 80 .

El Rankin va del 0 al 5. Llavors, el Rankin és: 0, estàs perfecte; 1, tens una seqüela mínima; 2, tens una seqüela més important però mantens certa independència; 3, és que necessites ajuda parcial; 4, és que necessites molta ajuda i 5 és el pacient que està enllitat i necessita ajuda 24h.

Llavors, el que es considera dintre del Rankin com a pacient superat, seria 0,1, o 2. Per fer-te una idea: per exemple, el pacient amb Rankin 2, és el pacient que va amb bastó.

- I els que van amb caminador?

El taca-taca seria 3, que tampoc estarien malament...però la mobilitat és molt diferent. Fins el 2 que és el bastó, es considera que estàs bé.

17. Quin és el percentatge de recuperacions?

També depèn de l'edat i del tipus d'ictus. Si ets molt jove, et recuperaràs amb més facilitat.

- Les hemorràgies es recuperen més?

Les hemorràgies es recuperen una mica més. Són més greus a l'inici, més espectaculars de gravetat, però si les superes, a la llarga quedes una mica millor que els isquèmics, encara que les conseqüències de les hemorràgies intracerebrals solen ser similars a les dels ictus isquèmics.

No es pot dir un percentatge...depèn molt de la edat i del tipus, és impossible contar-les.

18. Quin és el funcionament dels centres de Figueres?

Si veiem que pot marxar a casa, els hi fem uns dies de rehabilitació ambulatoria aquí a l'hospital un parell de dies per setmana, o de vegades ni ho necessiten.

- Aquests es queden amb seqüeles?

No. Aquests són els que els hi queden seqüeles facials, els hi queda una mica de desviació a la boca, però poden estar a casa.

Quan ens ingressa un ictus que nosaltres preveiem que quedarà amb seqüeles importants, que no podrà caminar sol per exemple, al dia següent ja comences a parlar amb la família, de com vivia el pacient fins aleshores. És clar, normalment, avui en dia la gent no tenen cases habilitades per casos així, o tenen escales, o no tenen ascensor, la gent treballa i no hi ha ningú a casa per fer-se'n càrrec, etc. Llavors aquests pacients han d'anar a un centre on els cuidin durant un temps per veure si es poden recuperar i tornar a fer vida normal.

Llavors fem un paper que es diu INTERCONSULTA en el nostre cas al Bernat Jaume. Hi ha una infermera i un metge que es dediquen a valorar aquests pacients quan reben els papers. Ells venen i a més del que nosaltres els hi expliquem (el tipus d'ictus que tenen, les seqüeles,...) en fan una valoració social,(com està el domicili, quines ajudes tenen, el nivell econòmic que tenen...), i valoren si es pot ingressar. Si es pot ingressar,(si pensen que el pacient es pot beneficiar), s'accepta el pacient al Centre.

Hi ha una petita llista d'espera en funció de la gravetat del malalt i la disponibilitat del centre; quan es desocupa un llit el pacient passa directament de l'hospital al Bernat Jaume sense anar a casa.

Aquí, a l'hospital tenim uns professionals, i al sociosanitari hi ha altres rehabilitadors i fisioterapeutes diferents. Els divendres es fan reunions conjuntes on hi ha els rehabilitadors dels dos llocs, els fisioterapeutes dels dos llocs, les 3 neuròlogues i la infermera i el metge del Bernat Jaume.

El que fem és repassar l'història del pacient. Tots els pacients que hem tingut durant la setmana amb ictus, els expliquem perquè tothom sàpiga quina és la història d'aquell

malalt (els factors de risc que té, ensenyem els TACS , si és isquèmic, si és hemorràgic, les proves i totes les seqüeles que té) i així tothom sap el que estem tractant, així quan passen al Bernat Jaume no els hi ve de nou, ja saben qui és.

Aquí a vegades s'acaben de decidir pacients dubtosos (no sé si el Bernat Jaume li podria anar bé o no li podria anar bé, etc.), en aquestes reunions s'acaba de decidir si sí o si no.

És la manera de coordinar TOT el sistema en general.

Llavors hi ha el que es diu la rehabilitació domiciliària i la rehabilitació ambulatoria.

L'ambulatoria és per pacients que els hi han quedat molt poques seqüeles i que potser en qüestió de mes / mes i mig de fer rehabilitació ja estan bé. O per exemple pacients que tenen una cama una mica més dèbil però poden caminar, doncs li fem que vingui dos o tres cops per setmana. Es fa aquí a l'hospital i la previsió és que en poc temps ja quedi bé.

Aquests o bé els porta la família o bé de vegades els va a buscar una ambulància a casa, depenent de com estiguin. Aquestes són estades curtes.

Els que entren en el circuit del que parlàvem abans són els que preveus una rehabilitació de 3 o 4 mesos més o menys.

La rehabilitació domiciliària és més per pacients que solen ser gent MOLT gran, que tu creus que no es recuperaran, que encara que facin rehabilitació penses que no es milloraran però que els hi vols donar la oportunitat almenys de que es moguin una mica i els fisioterapeutes van a casa. Però és clar, hem de tenir en compte que el personal no et pot venir a casa cada dia, van un cop per setmana i mitja hora com a molt, per fer moure una mica al pacient i ja està. El que envies cap aquí ja preveus que no millorarà.

Si és jove i li pots donar una ambulatoria, millor, perquè si els fiques al Bernat Jaume se't deprimeixen, perquè una persona jove ingressada al voltant d'avis...

- Distribució del Bernat Jaume

Els pacients que estan a la 1^a planta són els que has previst que necessiten 3 o 4 mesos. Si milloren i en tenen prou, els envien a casa, però si no, si necessiten 3 o 4 mesos més o li quedaran moltes seqüeles, llavors puguen a la 2^a planta, és el que s'anomena LLARGA ESTADA. Molts es queden allà aparcats, o queda gent sense família, etc.

19. Cada quant feu una avaluació amb l'escala de Barthel?

Al Bernat Jaume ho fan més. Aquí a l'hospital fem una escala de Barthel quan surten de l'hospital. Normalment solen ser molt dolentes, perquè surten d'aquí en una

setmana, i és clar, surten amb escales de 10-20. Llavors, allà els hi agafen sovint, i quan els hi donen l'alta surten amb unes escales acceptables. No sé cada quant tenen establert fer una escala, però ho fan bastant sovint. Són aquests que dèiem que es recuperen bastant bé, els porten a casa amb Barthels de 80-90. Amb menys d'això, són aquells que pugen de planta.

20. Com funciona la rehabilitació?

Hi ha el rehabilitador que és el metge, el metge rehabilitador que és el que fa la indicació i els fisioterapeutes són els que treballen directament amb el pacient. El metge rehabilitador té poca funció, és el que diu “mira ha tingut tal tipus d'ictus, has de seguir aquesta recuperació”, ells no fan res. (I això és la teràpia ocupacional, o no?) No, la teràpia ocupacional és dintre de la rehabilitació, i és una teràpia més fina que la motora(caminar), que es fa per recuperar la motricitat de les mans (els fan agafar coses, tocar coses). Això també ho fan els fisios.

Llavors també hi ha el logopeda, per la rehabilitació de la parla.

Tot això, (rehabilitació motora, sensitiva, de la parla i teràpia ocupacional) són com branques de la rehabilitació.

- I a la sensitiva, per exemple, què fan?

Per exemple, fer-los tocar coses, si és llis, si es rugós, quina forma té, si és fred, si està calent...

Fer-los tancar els ulls i dóna'ls-hi un objecte a les mans i que reconeixin quin objecte tenen.

La majoria de vegades que els hi fas tancar els ulls, quedaràs sorpresa perquè no saben el que tenen. Perquè la part del cervell afectada és la part de la sensibilitat.

Doncs depèn de l'ictus que tinguin, els metges rehabilitadors ja diuen “ a aquest pacient l'interessa treballar la sensibilitat, la parla i la mobilitat”, i li diuen als fisioterapeutes i als terapeutes ocupacionals que treballin aquestes àrees.

Són els que fan el “plàning” de la recuperació i els que l'executen són els fisioterapeutes.

Moltes vegades s'ajuden de estiraments musculars, posen làmpades de calor, corrents i aquestes tècniques que ajuden a estirar la musculatura i a reduir el dolor.

2. Entrevista de l'equip de fisioterapeutes de la unitat de rehabilitació de l'Hospital de Figueres.

1. Quin perfil de malalts es tracta?

Normalment, el 85.5% o més, són persones que han patit una lesió en l'artèria cerebral mitjana, que controla el moviment.

2. Quines tècniques es fan servir?

Es fan servir tècniques de mobilitat de les extremitats plègiques (moure la mà, els dits, etc.)

Per què et facis una idea, es fan servir dos tipus de tècniques

- Tècniques de mobilitat
- Tècniques propioceptives → veure com treballa el cos, com tene col·locat els braços afectats, els genolls, etc.

Però és clar tècniques concretes...necessites treure't la carrera de fisioteràpia per estudiar-les totes!

3. Quin és l'objectiu principal?

L'objectiu principal és que els pacients necessitin la menor ajuda possible, que valguin per ells mateixos.

4. Pot una persona amb paràlisi tornar a recuperar el moviment mitjançant la rehabilitació?

Depèn molt de cada persona i de la consciència d'aquesta, però en principi sí.

5. Quin és el % de recuperació?

No hi ha un percentatge clar, depèn molt dels casos.

6. Quant de temps es necessita per recuperar-se?

Depèn molt de cada persona.

7. Hi ha algun perfil de malalts que es recuperi més ràpid? O menys ràpid?

-

8. Com es considera l'alta?

Quan un pacient no continua avançant, es considera recuperat.

9. Totes les persones que pateixen ictus passen per rehabilitació?

La majoria sí.

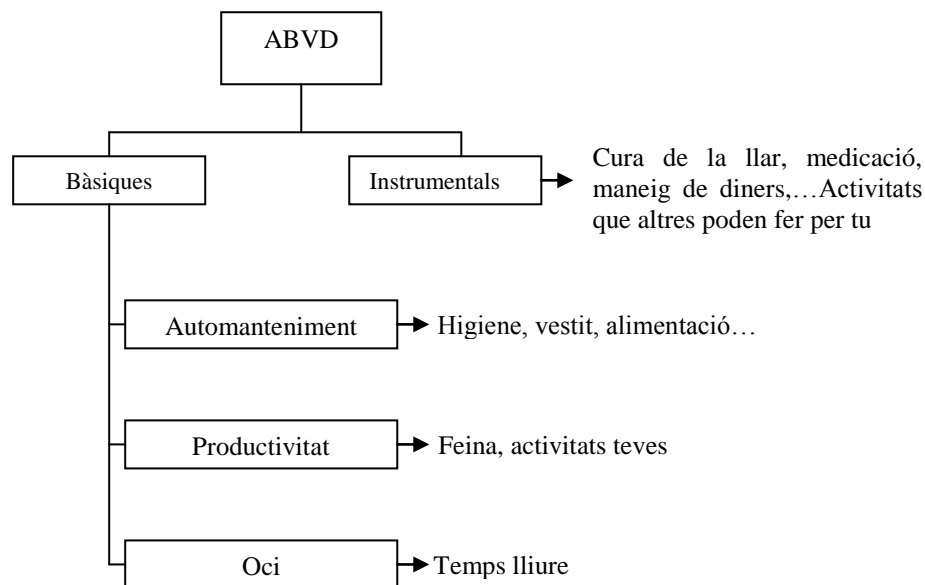
10. Se segueix algun protocol d'exercicis?

No. A mesura que el pacient avança, se li van canviant els exercicis, per tal de que continuï millorant.

3. Explicació de la Terapeuta Ocupacional de l'Hospital de Figueres.

L'objectiu principal de la T.O. és la recuperació de l'autonomia a partir de la reeducació de les ABVD.

Les ABVD es poden dividir en dos:



Bàsicament, els exercicis terapèutics es divideixen en 3:

- **Motors:** tècniques per a recuperar les ABVD. Si no hi ha una recuperació, el que es farà és una adaptació de les diferents activitats a la patologia.
Aquestes adaptacions poden ser adaptacions en la vestimenta (utilitzar velcro en comptes de cordons, per exemple), ajudes tècniques (peladors de fruites, cadires de dutxar).
La família tindrà sempre un paper molt important. Hauran de procurar de dirigir-se al pacient des del costat hemiplègic, per estimular-lo.
- **Sensitives:** tècniques per a estimular la sensibilitat. Per exemple, es fan servir moltes tècniques amb textures, les quals el pacient haurà de tocar i reconèixer.
- **Cognitives:** es fan servir per a persones que tenen una afectació de la memòria a curt termini. Per estimular la memòria, es fan servir imatges reals, les “memories”, que el pacient haurà de reconèixer i intentar recordar.

Hi ha persones que al patir un ictus, no poden tornar al món laboral i per tant, el temps que abans passaven a la feina, ara s'ha d'ocupar. El que es fa és intentar despertar nous interessos en aquesta persona, activitats d'oci que la motivin i ocupin temps.

ANNEX B. Escales de valoració

1. Escala o índex de Barthel

ALIMENTACIÓ:

- (10) Independent. Capaç de menjar per ell mateix i en un temps raonable. El menjar pot ser cuinat i servit per una altra persona.
- (5) Necessita ajuda per a tallar la carn o el pa, per posar mantega, etc., però és capaç de menjar sol.
- (0) Dependent. Necessita ser alimentat per una altra persona.

RENTAR-SE (BANYAR-SE):

- (5) Independent. Capaç de rentar-se el cos sencer. Inclou entrar i sortir del bany. Pot realitzar-ho tot sense que hi hagi una altra persona present.
- (0) Dependent. Necessita alguna ajuda o supervisió.

VESTIR-SE:

- (10) Independent. Capaç de posar-se i treure's la roba sense ajuda.
- (5) Necessita ajuda. Realitza sol al menys la meitat de les activitats en un temps raonable.
- (0) Dependent.

ARREGLAR-SE:

- (5) Independent. Realitza totes les activitats personals sense cap ajuda. Els complements necessaris poden ser proporcionats per una altra persona.
- (0) Dependent. Necessita ajuda.

DEPOSICIÓ:

- (10) Continent. Cap episodi de incontinència.
- (5) Accident ocasional. Menys d'un cop per setmana o necessita ajuda per a enemes i supositoris.
- (0) Incontinent.

MICCIÓ:

- (10) Continent. Cap episodi de incontinència. Capaç de utilitzar qualsevol dispositiu per si mateix.
- (5) Accident ocasional. Màxim un episodi de incontinència en 24 hores. Inclou necessitar ajuda en la manipulació de sondes i altres dispositius.
- (0) Incontinent.

UTILITZAR EL LAVABO:

- (10) Independent. Entra i surt sol i no necessita cap tipus d'ajuda per part d'una altra persona.
- (5) Necessita ajuda. Capaç de moure's amb poca ajuda: és capaç d'utilitzar el lavabo. Pot netejar-se sol.
- (0) Dependent. Incapaç de moure's sense ajuda major.

TRASLLAT AL SOFÀ/LLIT:

- (15) Independent. No precisa ajuda.
- (10) Mínima ajuda. Inclou supervisió verbal o petita ajuda física.
- (5) Gran ajuda. Precisa la ajuda d'una persona forta o entrenada.
- (0) Dependent. Necessita grua o alçament per dues persones. Incapaç de restar assegut.

DEAMBULACIÓ:

- (15) Independent. Pot caminar 50 m, aproximadament, a casa sense ajuda o supervisió d'una altra persona. Pot utilitzar ajudes instrumentals (bastó, crossa), excepte caminador. Si utilitza pròtesis, ha de ser capaç de posar-se-la i treure-se-la sol.
- (10) Necessita ajuda. Necessita supervisió o una petita ajuda física per part d'una altra persona. Precisa utilitzar caminador
- (5) Independent.(En cadira de rodes) .No requereix ajuda o supervisió.
- (0) Dependent.

PUJAR/ BAIXAR ESCALES:

- (10) Independent. Capaç de pujar i baixar un pis sense ajuda ni supervisió d'un altra persona.
- (5) Necessita ajuda. Precisa ajuda o supervisió.
- (0) Dependent. Incapaç de pujar i baixar escales.

Valoració.

- 1- Independent: 100 punts (95 si porta cadira de rodes).
- 2- Dependent lleu: superior a 60 punts
- 3- Dependent moderat: de 40 a 55 punts
- 4- Dependent greu: de 20 a 35 punts
- 5- Dependent total: inferior a 20 punts

2. Escala de Katz

Termes empleats:

Independent: sense supervisió, direcció o ajuda personal activa, amb les excepcions que s'indiquen a continuació. Un pacient que es nega a fer una funció, es considera incapaç de fer-la.

Rentar-se: encara que necessiti ajuda per a rentar-se una sola part (espatlla o extremitat incapacitada.)

Vestir-se: agafa la roba dels calaixos, se la posa i es corda cremalleres (el nus de les sabates no conta).

Utilitzar el lavabo: si arriba sol, hi entra i hi surt, s'arregla la roba i es neteja (pot utilitzar orinal de nit).

Mobilitat: entra i surt sol del llit, s'asseu i s'aixeca sense ajuda (amb o sense suports mecànics)

Continència: control complet de la micció i defecació.

Alimentació: porta el menjar del plat a la boca (s'exclou tallar la carn o posar mantega al pa).

A. - Independent: alimentació, continència, mobilitat, ús del lavabo, rentar-se i vestir-se.

B. - Independent: totes les funcions anteriors menys una.

C. - Independent: totes menys banyar-se sol i una més.

D. - Independent: : totes menys banyar-se, vestir-se i una més.

E. - Independent: totes menys banyar-se, vestir-se, utilitzar el lavabo i una més.

F. - Independent: totes menys banyar-se, vestir-se, utilitzar el lavabo, mobilitat i una més.

G. - Dependent per a les sis funcions bàsiques.

3. Escala de Norton

ESTAT FÍSIC GENERAL	ESTAT MENTAL	ACTIVITAT	MOBILITAT	INCONTINÈNCIA	PUNTS
BO	ALERTA	AMBULANT	TOTAL	CAP	4
MITJÀ	APÀTIC	DISMINUÏDA	CAMINA AMB AJUDA	OCASIONAL	3
REGULAR	CONFÚS	MOLT LIMITADA	ASSEGUT	URINÀRIA O FECAL	2
MOLT DOLENT	ESTUPORÓS COMATÓS	IMMÒBIL	ENLLITAT	URINÀRIA I FECAL	1

CLASSIFICACIÓ DEL RISC:

PUNTUACIÓ DE 5 A 9----- RISC MOLT ALT

PUNTUACIÓ DE 10 A 12----- RISC ALT

PUNTUACIÓ 13 A 14 ----- RISC MIG

PUNTUACIÓ MAJOR DE 14 ----- RISC MÍNIM/NO RISC

4. Escala de Glasgow

Puntuació verbal	
Pacient orientat que conversa	5
Desorientat que conversa	4
Paraules intel·ligibles, però subjecte que no conversa	3
Sons inintel·ligibles, queixes	2
No parla inclús amb aplicació d'estímuls dolorosos	1
Puntuacions d'obertura palpebral	
Obertura palpebral espontània	4
El subjecte obre els ulls només amb estímuls verbals	3
La víctima obre els ulls només amb estímuls dolorosos	2
No hi ha obertura palpebral	1
Puntuacions motores	
Compleix ordres en resposta d'un estímulo dolorós	6
Localitza i intenta retirar la zona corporal de l'estímul	5
Retira la zona corporal de l'estímul	4
Postura de flexió	3
Postura d'extensió	2
Cap moviment de les extremitats	1

5. Test de Pfeiffer

1. Quina és la data d'avui?
2. Quin dia de la setmana és?
3. Com es diu aquest lloc?
4. Quin és el seu número de telèfon? Si el pacient no té telèfon: Com es diu el carrer on viu?
5. Quina edat té?
6. Quina és la seva data de naixement?
7. Quin és l'actual president del govern?
8. Com es diu el Rei?
9. Quin és el nom de soltera de la teva mare?
10. Resti 3 a 20 i segueixi restant 3 a cada nova xifra fins arribar a 0

Puntuació de errors (sobre 10).

Afegeixi un punt si el pacient va passar de l'escola secundària; resti un si el pacient no va passar de l'escola primària.

Puntuació:

De 0 a 2 errors: funció intel·lectual intacta.

De 3 a 4 errors: deteriorament intel·lectual lleu.

De 5 a 7 errors: deteriorament intel·lectual moderat.

De 8 a 10 errors: deteriorament intel·lectual greu.

6. Escala de Rankin

0.	Sense símptomes	
1.	Sense incapacitat important	Capaç de realitzar les seves activitats i obligacions habituals.
2.	Incapacitat lleu	Incapaç de realitzar algunes de les seves activitats prèvies, però capaç de velar pels seus interessos sense ajuda.
3.	Incapacitat moderada	Símptomes que restringeixen significativament el seu estil de vida o impedeixen la seva subsistència totalment autònoma (per exemple, necessitant alguna ajuda).
4.	Incapacitat moderadament severa	Símptomes que impedeixen clarament la seva subsistència independent encara que sense necessitat d'atenció continuada (per exemple, incapaç para atendre les seves necessitats personals sense assistència).
5.	Incapacitat severa	Totalment dependent, necessitant assistència constant dia i nit.
6.	Mort	

7. Escala de Daniels

-0 = no es detecta contracció activa en la palpació ni en la inspecció visual

-1 = es veu o es palpa contracció muscular però es insuficient per a produir moviment del segment explorat.

-2 = contracció dèbil, però capaç de produir el moviment complet quan la posició minimitza l'efecte de la gravetat (p. ex. pot desplaçar la mà sobre el llit, però no pot aixecar-la)

-3 = contracció capaç d'executar el moviment complet i contra la acció de la gravetat

-4 = la força no és completa, però pot produir un moviment contra la gravetat i contra una resistència manual de mitjana magnitud

-5 = la força és normal i contra una resistència manual màxima per part de l'examinador

- signes + / - : Els signes + i - s'utilitzen quan el pacient està entre dos nombres, + quan s'aproxima al següent nombre i - quan s'aproxima més al nombre anterior.

Ex: 5/5 = normal, 0/5 = paràlisi

La diferència entre el 4 i el 5 depèn molt de qui realitza l'avaluació.

Annex C. NORMES I EXERCICIS PEL PACIENT AMB ICTUS

La major part dels pacients amb ictus presenten una alteració en major o menor grau de la mobilitat. Aquests dèficits tindran influència en les necessitats bàsiques del pacient com l'alimentació, higiene o vestir-se entre altres.

Els exercicis tenen com a objectius principals millorar la **mobilitat** i prevenir el **dolor** degut a una immobilització perllongada.

S'ha d'**estimular** positivament al pacient per a la realització dels exercicis i activitats de la vida diària sempre que li sigui possible i no estigui contraindicat.

L'exercici diari és l'única manera de millorar la força muscular i el moviment.

Recordar al pacient que exerciti també el costat sa durant el dia.

Per tal de protegir l'espatlla, utilitzarem un **cabestrell** en realitzar les transferències i també en la deambulació.

La posició del pacient s'ha de canviar regularment, inicialment cada 2-3 hores per tal prevenir les **nafrés** i millorar la **funció respiratòria**. L'interval de temps anirà augmentant quan sigui capaç de girar-se i moure's per si mateix.

Cal evitar que els llençols i els coixins estiguin en contacte permanent amb la planta dels peus, ja que això afavoreix l'espasticitat de la cama.

1. Canvis posturals

DECÚBIT SUPÍ

Cap recolzat sobre coixí. Coll i columna ben alineats.

Coixí sota l'espatlla i braç, mà en pronació, amb el dit sempre separat.

Coixí sota la pelvis i un altre situat al costat extern de la cama per evitar la rotació externa.

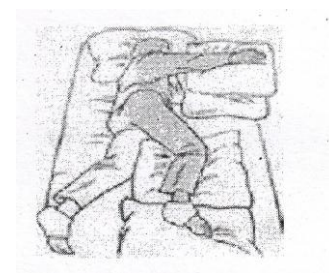


DECÚBIT LATERAL COSTAT SA

Cap recolzat sobre el coixí.

Braç hemiplègic descansa en elevació de 90° sobre un coixí que ha d'abarcà tot el braç fins l'axil·la i mantenir la cintura escapular a la mateixa altura que el tòrax.

Les cames separades per un coixí i en semiflexió.



DECÚBIT LATERAL COSTAT MALALT

Cap recolzat sobre el coixí.

El braç hemiplègic desplaçat endavant en un angle no superior a 90° amb el cos.

El braç sa descansa sobre el cos.

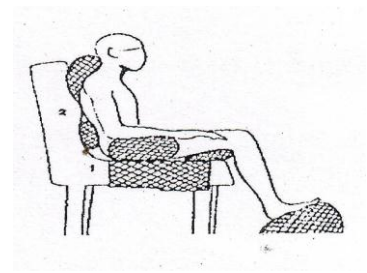
La cama sana descansa sobre l'altra. Millorar amb un coixí entre les dues cames. La cama hemiplègica es manté en extensió de maluc i lleugera flexió de genoll.



SEDESTACIÓ

El pacient un cop assegut s'ha de procurar que mantingui una posició el més recta possible.

Col·locarem un coixí darrera del costat plègic i un altre sota el braç per mantenir-lo sempre una mica elevat i evitar que es pugui caure pel costat de la cadira.



2. Exercicis pel braç

Aquests exercicis s'han de realitzar sense esgotar-se, tantes vegades com pugui.

Procurar mantenir uns segons cada posició.

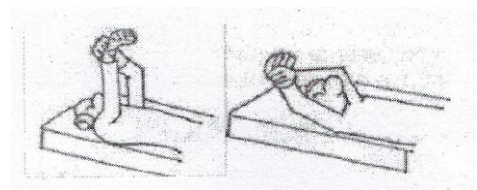
Es poden realitzar tant en decúbit com en sedestació.

No posar res sota el palmell de la mà per mantenir-la oberta ja que això afavoreix l'espasticitat de la musculatura flexora de la mà.

1. Agafar-se amb la mà sana l'altre canell.

Aixecar el braç hemiplègic fins a l'extensió completa del colze.

Portar el braç cap a dalt i tornar a la posició inicial.



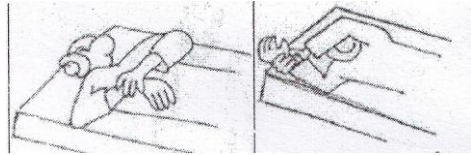
2. Agafar-se amb la mà sana l'altre canell.

Aixecar el braç hemiplègic fins a l'extensió completa del colze.

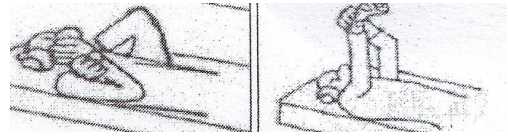
Portar el braç hemiplègic fins el tòrax del costat sa i tornar a la posició inicial.



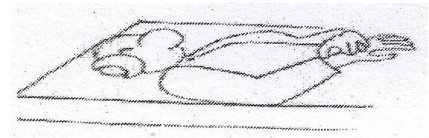
3. Agafar-se el braç hemiplègic, que es troba a 90° de separació d'espatlla i 90° de flexió de colze. Sense aixecar el braç, portar-lo endarrere cap al cap.



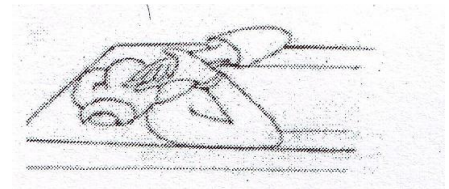
4. Flexionar el colze fins a l'alçada de l'espatlla. Estirar el colze tirant de la mà plègica cap endavant.



5. Agafar-se el canell plègic amb el braç descansant sobre el tòrax. La mà sana fa girar el canell en un sentit i l'altre.

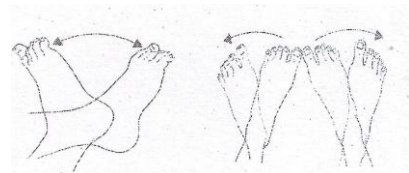


6. Amb la mà sana moure tots els dits de la mà afectada.



3. Exercicis per a la cama

1. Mobilització del turmell.



2. Mobilització del genoll i maluc.

