

ARTÍCULO ESPECIAL

Rehabilitación del ictus: modelo asistencial. Recomendaciones de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física, 2009

E. Duarte^{a,*}, B. Alonso^a, M.J. Fernández^a, J.M. Fernández^a, M. Flórez^a, I. García-Montes^a, J. Gentil^a, L. Hernández^a, F.J. Juan^a, B. Palomino^a, J. Vidal^a, E. Viosca^a, J.J. Aguilar^b, M. Bernabeu^c, I. Bori^d, F. Carrión^e, A. Déniz^f, I. Díaz^g, E. Fernández^h, P. Forasteroⁱ, V. Iñigo^j, J. Junyent^k, N. Lizarraga^l, L. López de Munain^m, I. Máñezⁿ, X. Miguéns^o, I. Sánchez^p y A. Soler^q

^aServicio de Rehabilitación, Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física

^bServicio de Rehabilitación, Hospital Joan XXIII, Tarragona, España

^cServicio de Rehabilitación, Institut Guttmann, Hospital de Neurorehabilitación, Badalona, España

^dServicio de Rehabilitación, Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona, España

^eServicio de Rehabilitación, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

^fServicio de Rehabilitación, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr Negrín, Gran Canaria, España

^gServicio de Rehabilitación, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^hServicio de Rehabilitación, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

ⁱServicio de Rehabilitación, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España

^jServicio de Rehabilitación, Consorcio Hospital General Universitario, Valencia, España

^kServicio de Rehabilitación, Hospital de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, España

^lServicio de Rehabilitación, Hospital Donostia, San Sebastián, España

^mServicio de Rehabilitación, Hospital Marqués de Valdecilla, Santander, España

ⁿServicio de Rehabilitación, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España

^oServicio de Rehabilitación, Hospital de Monforte, Lugo, España

^pServicio de Rehabilitación, Hospital Virgen de la Concha, Zamora, España

^qServicio de Rehabilitación, Hospital General de Castellón, Castellón, España

Recibido el 15 de octubre de 2009; aceptado el 15 de octubre de 2009

PALABRAS CLAVE

Accidente
cerebrovascular;
Rehabilitación;
Resultado;
Guías de práctica
clínica

Resumen

Objetivos: La Sociedad Española de Medicina Física y Rehabilitación elabora un documento de recomendaciones de buena práctica clínica sobre el modelo asistencial en la rehabilitación (RHB) del ictus basadas en la experiencia clínica y el consenso de los autores y las guías de práctica clínica de referencia.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eduarte@imas.imim.es (E. Duarte).

Estrategia de búsqueda: La búsqueda se centra en guías de práctica clínica y artículos relevantes sobre el modelo asistencial en la RHB del ictus en las bases de datos MEDLINE, Embase y Cochrane Databases desde enero de 2004 hasta enero de 2009.

Selección de estudios: Se seleccionan ensayos clínicos aleatorizados, metaanálisis, revisiones sistemáticas y artículos de revisión sobre el modelo asistencial en la RHB del ictus.

Síntesis de resultados: El programa rehabilitador del ictus es un proceso complejo que requiere un abordaje multidisciplinario, siendo elementos claves el inicio precoz, la intensidad adecuada, la evaluación periódica y la participación activa de pacientes y cuidadores.

Conclusiones: En todos los niveles de atención sanitaria y sociosanitaria, hospitalaria o comunitaria se debe asegurar la atención de RHB a cargo de un equipo multidisciplinario, coordinada por un médico especialista en RHB con adecuados niveles de organización y experiencia de los profesionales.

© 2009 Elsevier España, S.L. y SERMEF. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Cerebrovascular accident;
Rehabilitation;
Outcome;
Clinical practice guides

Stroke rehabilitation: Care model. Recommendations of the Spanish Society of Physical Medicine and Rehabilitation, 2009

Abstract

Objectives: The Spanish Society of Physical Medicine and Rehabilitation has elaborated a document of good clinical practice recommendations on the care model in stroke rehabilitation based on the clinical experience and consensus of the authors and reference clinical practice guides.

Search strategy: The search was focused on clinical practice guides and articles related with the care model in stroke rehabilitation in the *MEDLINE*, *EMBASE* and *COCHRANE DATABASES* from January 2004 to January 2009.

Selection of studies: Randomized clinical trials, meta-analyses, systematic reviews and review articles on the care model in stroke rehabilitation were selected.

Synthesis of results: The stroke rehabilitation program is a complex procedure that requires a multidisciplinary approach. Its key elements are early initiation, adequate intensity, periodic evaluation and active participation of the patients and caregivers.

Conclusions: Rehabilitation care under the responsibility of a multidisciplinary team, coordinated by a medical specialist in rehabilitation with adequate levels of organization and experience of the professionals should be assured on all health and socio-health care, hospital or community levels.

© 2009 Elsevier España, S.L. and SERMEF. All rights reserved.

Introducción

Durante el 2008, el Ministerio de Sanidad y Consumo elabora la "Estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud" dentro del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (disponible en: http://www.semg.es/doc/documentos_SEMG/estrategias_ictus_SNS.pdf). El objetivo es mejorar la organización en la prevención, atención y rehabilitación (RHB) de los pacientes que han sufrido un ictus, basadas en la excelencia clínica y en condiciones de igualdad en todo el territorio del Estado español.

Del análisis de la situación y los objetivos de dicho documento así como de la Guía Europea de Recomendaciones (2008) para el tratamiento del ictus de la European Stroke Organization (ESO), junto con las guías nacionales e internacionales de referencia, nace este documento, a través del cual la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF) pretende actualizar las recomendaciones y definir el modelo organizativoasistencial más eficaz en la RHB del ictus. Se recogen y se adaptan

recomendaciones de las siguientes guías: ESO¹, Royal College of Physicians of London (RCP)², Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)³, New Zealand Guidelines Group (NZGG)⁴, American Heart Association (AHA)⁵, American Stroke Association (ASA)⁶ y Guía de Práctica Clínica de Catalunya (GPCC) de 2005⁷ (Anexo I).

Se tienen en cuenta las sugerencias y opiniones basadas en la evidencia científica y en la buena práctica clínica (BPC) de 28 profesionales expertos que revisan el documento a modo de coautores. Se recogen los niveles de recomendación basados en la fortaleza de la evidencia, según el sistema SIGN y los criterios de la *European Federation of Neurological Societies* (EFNS), así como las recomendaciones de BPC basadas en la experiencia clínica y el consenso de los autores, los revisores y las guías de referencia. No se contemplan en el presente documento recomendaciones sobre la elección de escalas de valoración funcional que utilizar ni las intervenciones específicas que forman parte del programa rehabilitador, ampliamente desarrolladas en las guías de práctica clínica referenciadas, y únicamente nos

centramos en aquellos aspectos organizativos del modelo asistencial que hacen más eficaz la RHB del ictus.

El objetivo es disponer de un instrumento de utilidad práctica para ayudar a los profesionales y asesorar a los órganos de la administración del Estado, entes autónomos y entidades locales o provinciales en la toma de decisiones y planificación correcta de la atención en la RHB del ictus.

Estrategia de búsqueda

Se consultan las guías de práctica clínica de la RHB del ictus recogidas en el anexo I y se realiza una búsqueda bibliográfica (MEDLINE, Embase y Cochrane Databases) desde enero de 2004 hasta enero de 2009 de ensayos clínicos aleatorizados, metaanálisis, revisiones sistemáticas y artículos de revisión sobre el modelo asistencial en la RHB del ictus. Los términos de búsqueda han sido “ictus” (palabra clave principal), “rehabilitación”, “centros de rehabilitación”, “organización”, “inicio”, “intensidad”, “duración”, “cuidador”, “servicios de información”, “soporte social”, “evaluación de la discapacidad” y sinónimos de evaluación de discapacidad.

I. Rehabilitación del ictus: principios generales

La RHB del paciente con ictus es un proceso limitado en el tiempo y orientado por objetivos que tienen como finalidad fundamental tratar y/o compensar los déficits y la discapacidad para conseguir la máxima capacidad funcional posible en cada caso, facilitando la independencia y la reintegración al entorno familiar, social y laboral. El programa rehabilitador del ictus es un proceso complejo que requiere un abordaje multidisciplinario de las deficiencias motoras, sensoriales y/o neuropsicológicas existentes, y cuya interacción determina el grado de discapacidad tras el proceso de RHB postictus. El proceso de RHB debe implicar activamente al paciente y a sus cuidadores o a sus familiares en el tratamiento y en la toma de decisiones.

“Equipo multidisciplinario”: el equipo de RHB necesario para atender adecuadamente a pacientes con ictus debe estar formado por un médico especialista en Medicina Física y RHB (MFR) que coordine un grupo multidisciplinario de profesionales expertos (fisioterapeuta, enfermero, terapeuta ocupacional, neuropsicólogo, trabajador social, logopeda y técnico ortopédico); todos ellos trabajan conjuntamente para conseguir los objetivos previamente marcados⁷. El médico especialista en MFR es también el responsable de establecer un pronóstico funcional y de identificar los objetivos terapéuticos, determinar las intervenciones, controlar su eficacia y evaluar los resultados finales del programa de RHB. Es el responsable de la prescripción de órtesis y ayudas técnicas así como del manejo médico en la prevención, valoración y tratamiento de las complicaciones que pueden comprometer la recuperación y la calidad de vida de los pacientes tras el ictus (por ejemplo, hombro doloroso, espasticidad, incontinencia, disfagia, caídas, depresión, etc.). El modelo organizativo basado en un equipo multidisciplinario experto, en colaboración con

pacientes y cuidadores, ha demostrado conseguir los mejores resultados en la RHB del ictus^{8,9}.

“Recomendación de la BPC”: el equipo de RHB necesario para atender a pacientes con ictus está formado por un “médico especialista en MFR” que coordina un grupo multidisciplinario de profesionales (fisioterapia, enfermería, terapia ocupacional, neuropsicología, trabajo social, logopedia y ortoprotésica), que trabajan conjuntamente para conseguir los objetivos previamente marcados (GPCC)⁷.

“Recomendación nivel B”: el equipo multidisciplinario de RHB debe incluir a profesionales expertos con adecuados niveles de coordinación y comunicación entre ellos (SIGN)³.

“Recomendación nivel A”: en la RHB del ictus deben incluirse tratamientos de “fisioterapia y terapia ocupacional” (ESO)¹.

“Recomendación de la BPC”: todo paciente que lo requiera debe tener acceso a una evaluación neuropsicológica por un profesional experto en “neuropsicología (GPCC)”⁷.

“Recomendación nivel C”: todos los pacientes que presentan alteraciones del lenguaje deben ser tratados por un “logopeda” utilizando métodos válidos y fiables (“RCP”)².

“Inicio precoz”: aunque la evidencia de que el inicio precoz de la RHB mejora el resultado funcional tras el ictus es limitada, ésta debe iniciarse tan pronto como se haya establecido el diagnóstico y se haya asegurado el control del estado vital. Muchas de las complicaciones inmediatas tras el ictus están relacionadas con la inmovilidad, por lo que se recomienda la movilización precoz tan pronto como la situación clínica del paciente lo permita^{10,11}. Se recomienda iniciar la sedestación de los pacientes lo antes posible para evitar complicaciones respiratorias¹². El inicio del tratamiento rehabilitador durante las primeras 24–72 h tras el ictus es bien tolerado¹³ y no comporta efectos adversos¹⁴. Los pacientes que inician el tratamiento rehabilitador durante la primera semana después del ictus tienen menor grado de discapacidad y más calidad de vida a largo plazo que los que la inician más tarde¹⁵.

“Recomendación nivel B”: los pacientes que han sufrido un ictus deben ser movilizados tan “pronto” como sea posible y lo permita su situación clínica (RCP)².

“Recomendación nivel C”: las necesidades de RHB de todos los pacientes deben evaluarse “en las primeras 24–48 h” tras el ictus (NZGG)⁴.

“Continuidad”: la RHB de un paciente que ha sufrido un ictus es un proceso continuo, en el que la planificación de objetivos ha de estar coordinada a lo largo de las diferentes fases y los diferentes ámbitos de atención. Después del alta hospitalaria, los pacientes que, precisándolo, siguen programas comunitarios de RHB presentan menor riesgo de deterioro funcional y mayor independencia en las actividades de vida diaria (AVD) que aquellos que no los realizan¹⁶. Los servicios comunitarios de RHB deben activarse de manera que no haya discontinuidad a lo largo de todo el proceso, y su dotación debe ser, por tanto, suficiente para garantizar esta continuidad (GPCC). Debe evitarse fragmentar el programa rehabilitador, tratar a los pacientes en ámbitos no adecuados o reiniciar tratamientos innecesarios. Deben revisarse periódicamente los objetivos terapéuticos y las necesidades individuales de soporte psicosocial de pacientes y cuidadores, así como las alteraciones cognitivas y emocionales, las alteraciones de la comunicación, el dolor, la espasticidad, la incontinencia, la disfagia, las ayudas técnicas y las adaptaciones personales.

“Recomendación nivel C”: los servicios de RHB hospitalarios y los comunitarios deben estar “altamente coordinados” en cada territorio para asegurar la continuidad del programa rehabilitador, independientemente de la ubicación del paciente (“NZGG”)⁴.

“Intensidad”: hay evidencia de que la intensidad del tratamiento rehabilitador influye en el resultado funcional¹⁷, aunque no todos los pacientes toleran tiempos prolongados de tratamiento. Aumentando la intensidad, y siempre que el paciente lo tolere, el programa de RHB es más efectivo y eficiente, ya que consigue disminuir el grado de discapacidad al alta y reducir la estancia hospitalaria¹⁸. Aumentando el tiempo de terapia en los seis primeros meses postictus mejora la independencia en las AVD y la capacidad de marcha de los pacientes¹⁹.

“Recomendación nivel A”: la intensidad del tratamiento rehabilitador debe ser la “máxima” que el paciente pueda tolerar y esté dispuesto a seguir (RCP)².

“Duración”: aunque el mayor grado de recuperación neurológica del déficit tiene lugar en los tres primeros meses y la recuperación funcional en los seis primeros meses, el proceso de adaptación a la discapacidad y reintegración a la comunidad puede ser más prolongado. Durante los 6 primeros meses tras el ictus, si hay discapacidad, debe mantenerse el tratamiento rehabilitador y prolongarse durante el primer año hasta la estabilización del proceso, siempre que persistan los objetivos funcionales. Los programas rutinarios de RHB en pacientes de más de un año de evolución no demuestran una eficacia significativa^{20,21}. No obstante, los pacientes han de seguir teniendo acceso a los servicios de RHB en la fase crónica, ya que la aparición de deterioro funcional por depresión, caídas, fracturas, espasticidad, alteraciones de la deglución o el propio envejecimiento

pueden requerir tratamientos puntuales y de corta duración para retornar al nivel funcional previo^{22,23}.

“Recomendación nivel D”: el tratamiento rehabilitador ha de finalizar cuando no se identifiquen nuevos “objetivos funcionales” por alcanzar o cuando el paciente no quiera continuar (NZGG)⁴.

“Recomendación nivel A”: a partir de los primeros 6 meses del ictus, en los pacientes con limitación de la actividad, debe evaluarse la indicación de un período de RHB planificado por objetivos (RCP)².

“Recomendación nivel D”: en la fase crónica, cuando las secuelas se estabilizan, los pacientes deben tener “acceso” a los servicios de RHB para evaluar las “necesidades a largo plazo” (SIGN)³.

“Evaluación periódica”: para evaluar los resultados del programa de RHB, hay que diferenciar si estamos considerando el déficit, la limitación de la actividad o la restricción de la participación, siguiendo el modelo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Introduction to Community Development and Health [ICDH-2]). Mediante métodos clínicos se debe explorar y cuantificar el déficit neurológico, evaluar la presencia de complicaciones y realizar una valoración funcional. El marco general que ofrece la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF) aprobada por la World Health Assembly (WHA) en 2001 debería servir como base para que la MFR desarrollara un método de evaluación adecuada para uso clínico²⁴.

La medida objetiva de la función mediante escalas y medidas válidas y fiables permite en cada paciente identificar los problemas, establecer los objetivos, determinar las intervenciones, controlar su eficacia y evaluar los resultados. Además de los aspectos de movilidad —marcha, transferencias—, se debe evaluar también la independencia en las demás AVD básicas y en las AVD instrumentales, incluyendo comunicación y funcionamiento cognitivo. Las escalas de valoración funcional deben cumplir los requisitos de validez (de contenido, de criterio y de concepto) y las propiedades psicométricas de fiabilidad y sensibilidad. Otros aspectos por considerar son la experiencia o familiarización con la escala, el tiempo requerido para su cumplimiento, la comparabilidad, la continuidad en el tiempo y la estandarización. En los resultados del programa rehabilitador se han de tener en cuenta, además de la limitación de la actividad o discapacidad, el destino al alta y la calidad de vida.

Recomendación Nivel D: Hay que utilizar escalas de limitación de la actividad válidas, fiables y de amplio consenso como el Índice de Barthel (GPCC)⁷.

Recomendación Nivel BPC: Además de las escalas globales de función, se recomienda utilizar medidas de resultado que incluyan Actividades de Vida Diaria instrumentales y de movilidad avanzada (marcha, equilibrio, destreza manual) (GPCC)⁷.

“Participación de los pacientes y cuidadores”: los pacientes y sus cuidadores han de tener una participación activa en el proceso de RHB desde las fases iniciales, y el equipo de RHB debe garantizar la formación adecuada en el manejo y cuidados del paciente que ha sufrido un ictus. La combinación de información con sesiones educativas mejora el conocimiento y es más eficaz que la información por sí sola²⁵. Hay evidencia de que los programas de información mejoran el conocimiento del ictus y la satisfacción de los pacientes, reduciendo incluso moderadamente la depresión²⁶. La inclusión de medidas sistemáticas de información, educación y soporte al alta para pacientes y cuidadores debería contemplarse como objetivo imprescindible en los programas de RHB tras el ictus. Establecer programas sistemáticos de atención a pacientes y familiares durante el período de RHB aguda permite proporcionar el soporte físico, instrumental y emocional que el paciente necesita tras el alta hospitalaria. Al proporcionar ayuda al cuidador, aumenta la probabilidad de que el paciente retorne a su domicilio^{27,28}. Los cuidadores que participan en programas de soporte específicos presentan más habilidad y preparación, menos depresión y mejor percepción de su salud. El entrenamiento específico de los cuidadores durante la RHB de los pacientes que han sufrido un ictus reduce el coste y la carga del cuidador, mejorando los resultados psicosociales de cuidadores y pacientes al año del ictus²⁹.

Recomendación Nivel B: Los pacientes y sus cuidadores deben tener una implicación activa y precoz en el proceso de RHB.

Recomendación Nivel A: Se recomienda establecer programas sistémicos de educación y formación a pacientes y familiares (NZGG)⁴.

II. Rehabilitación del ictus: ámbitos de atención

Los ámbitos de asistencia en que se aplica la RHB tras el ictus pueden ser hospitalarios y comunitarios. Entre los primeros, destacan las unidades de ictus, las unidades de atención aguda, los servicios de RHB en hospitales de agudos, los centros monográficos de neurorrehabilitación, los centros de media estancia o las unidades de convalecencia y los centros de larga estancia. Al alta hospitalaria, el paciente puede seguir su programa rehabilitador en régimen ambulatorio o en hospital de día (atención integral durante unas horas al día, que incluye cuidados de enfermería junto con las intervenciones específicas del programa rehabilitador) o bien, si las circunstancias funcionales impiden su desplazamiento o se pretende la adaptación al entorno sociofamiliar del paciente, en régimen domiciliario. En este último caso el equipo de RHB se desplaza a la residencia del paciente.

En todos los niveles de atención sanitaria y sociosanitaria se debe asegurar la atención de RHB a cargo de un equipo multidisciplinario, coordinada por un médico especialista en

RHB con adecuados niveles de organización y experiencia de los profesionales.

Aunque la distribución de los diferentes recursos y ámbitos de atención no es uniforme en el territorio, la estructura de red asistencial ha de facilitar el acceso de los pacientes que requieran RHB tras el ictus a los ámbitos asistenciales adecuados en los que se garantice la intensidad, la especificidad y la tecnología necesarias para alcanzar la máxima eficacia y eficiencia en los resultados³⁰. Aunque la decisión debe ser individualizada y ha de implicar al paciente y a sus familiares, hay perfiles clínicos y sociofamiliares de pacientes más adecuados a cada ámbito de atención que optimizan los resultados del programa rehabilitador. Los criterios de selección deben basarse en el tipo de paciente, la intensidad necesaria del programa de RHB (número de horas al día), la tolerancia o capacidad de resistencia del paciente al tratamiento, la definición de las terapias rehabilitadoras necesarias, la necesidad de atención médica y de enfermería y el soporte familiar y social que tenga el paciente³¹. La ubicación del paciente puede ir cambiando a lo largo del proceso de RHB, pero no se debe perder la coordinación ni la continuidad (fig. 1).

“Recomendación Nivel BPC:” El médico especialista en MFR ha de evaluar en la fase aguda las necesidades de RHB y el “ámbito de atención más adecuado” para todos los pacientes que han presentado un ictus.

“Unidades de ictus/unidades de atención aguda”: el mejor resultado de los diferentes tipos de unidades de ictus en cuanto a mayor supervivencia y menor dependencia³² viene determinado por la combinación de varios factores: ser unidades especializadas con un equipo multidisciplinario de profesionales expertos, disponer de procedimientos diagnósticos, monitorización y tratamientos de fase aguda, con movilización precoz y, sobre todo, con especial énfasis en la RHB³³. Entre los objetivos iniciales de la RHB en fase aguda destacan asegurar el control postural correcto, evitar la inmovilidad y mantener eficazmente la función respiratoria y deglutoria. Concentrar los recursos únicamente en la atención aguda sería un error, ya que es la combinación de tratamientos farmacológicos de fase aguda y la RHB precoz lo que determina la eficacia de las unidades de ictus³⁴.

“Recomendación Nivel A”: Hay que “evaluar las necesidades de RHB en todos” los pacientes lo antes posible tras su ingreso (RCP)².

“Recomendación Nivel A”: Los pacientes con ictus agudo que ingresan en una “Unidad de Ictus” deben recibir RHB multidisciplinar coordinada (ESO)¹.

“Recomendación Nivel BPC”: el “médico especialista en MFR” debe evaluar la indicación de RHB, coordinar las terapias y asegurar la continuidad del programa de RHB en el ámbito adecuado al alta de la Unidad de Ictus.

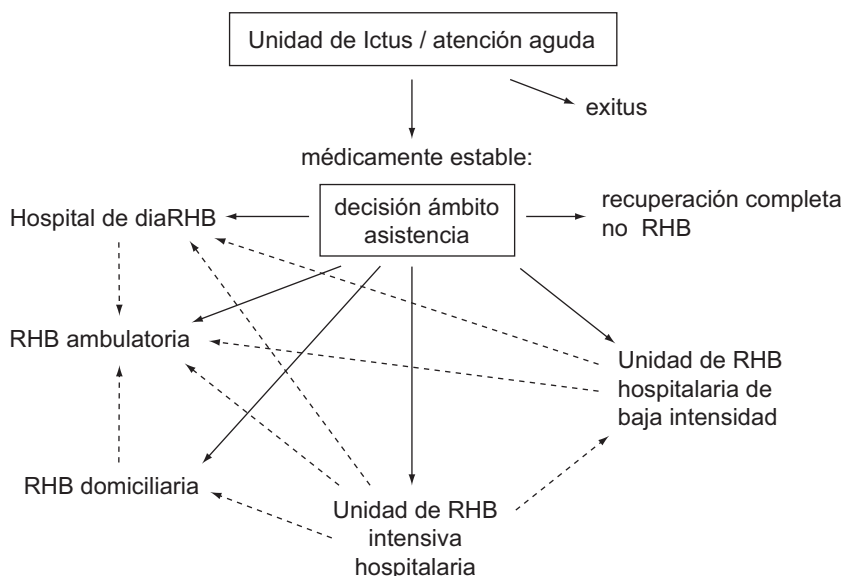


Figura 1 Flujo de pacientes en los diferentes ámbitos de atención de rehabilitación.

Unidades de RHB intensiva hospitalaria (hospital de agudos, unidades de daño cerebral adquirido, centro monográfico de neurorrehabilitación): los programas de RHB intensiva hospitalaria incluidos en la revisión sistemática que demuestra una mayor supervivencia y menor dependencia²⁷ se caracterizan por corta estancia (entre 3 y 4 semanas), alta intensidad (mínimo tres horas de tratamiento rehabilitador diario) e intervención de un equipo multidisciplinario experto coordinado por un médico rehabilitador y con posibilidad de acceso a la tecnología adecuada en la valoración y tratamiento de los pacientes (análisis de marcha y equilibrio, técnicas interactivas, robótica, tecnología de comunicación alternativa aumentativa, estudio de la deglución, etc.). Cuando se hayan conseguido los objetivos propuestos, el paciente se mantenga sin cambios funcionales y no sea necesaria la atención médica y de enfermería las 24 h, se planifica el alta hospitalaria precoz y se continúa el programa de RHB en el ámbito ambulatorio o domiciliario. La eficiencia de estos programas depende de la correcta selección de los pacientes y de la coordinación con los servicios comunitarios, sociosanitarios y sociales que facilitan el alta hospitalaria³⁵.

“Recomendación Nivel BPC”: Los pacientes candidatos a “Programas de RHB intensiva hospitalaria” son:

- Ictus Agudo.
- Nivel funcional previo de Independencia en las actividades de vida diaria (AVD).
- Necesidad de hospitalización.
- Discapacidad moderada o grave en ≥ 2 áreas funcionales (movilidad, AVD, deglución, comunicación, ...).
- Condiciones médicas y cognitivas que les permitan participar en terapias de alta intensidad.

Unidades de RHB hospitalaria de baja intensidad (centros de media estancia o unidades de convalecencia y centros de

larga estancia): “los programas de RHB de baja intensidad se caracterizan por una intensidad de tratamiento de alrededor de una hora diaria. En todos los casos deben contemplar los recursos necesarios en cuanto a profesionales del equipo multidisciplinario de RHB y deben estar coordinados por un médico especialista en MFR siguiendo los criterios de evidencia y buena práctica reflejados en las guías de práctica clínica de referencia”.

“Recomendación Nivel BPC”: Los pacientes candidatos a “Programas de RHB hospitalaria de baja intensidad” son:

- Ictus Agudo.
- Necesidad de hospitalización.
- Discapacidad moderada o grave en ≥ 2 áreas funcionales (movilidad, AVD, deglución, comunicación, ...).
- Condiciones médicas y cognitivas que no les permitan participar en terapias de alta intensidad.

Unidades de RHB ambulatoria/hospital de día de RHB: al alta de la unidad de ictus o de la unidad de RHB, cuando las condiciones del paciente hacen posible el desplazamiento al centro de RHB, es aconsejable seguir el programa de RHB en el ámbito ambulatorio, siempre con las mismas condiciones de calidad en cuanto a capacidad de los profesionales, modelo organizativo y adecuada disponibilidad de equipamiento y tecnología.

“Recomendación Nivel BPC”: Al alta hospitalaria, los pacientes candidatos a “Programas de RHB ambulatoria” son:

- Discapacidad leve o moderada en fase no estabilizada (durante el primer año tras el ictus).
- A partir del primer año tras el ictus, cuando hay un deterioro funcional puntual, se deben derivar a los

servicios de RHB ambulatorios y plantear tratamientos de corta duración (RCP).

- Adecuado soporte socio-familiar.
- Condiciones médicas y cognitivas que les permitan desplazarse al centro de RHB y participar en las terapias.

Atención de RHB domiciliaria: el equipo multidisciplinario de RHB puede desplazarse al lugar de residencia del paciente cuando las condiciones funcionales, médicas o sociales no permiten el traslado al centro de RHB o lo determinen los objetivos funcionales establecidos. El programa de RHB domiciliaria debe contemplar todas las intervenciones necesarias en cada caso (fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia). El médico rehabilitador será responsable de la indicación y de la finalización de éste una vez conseguidos los objetivos planteados, el paciente pueda desplazarse a un centro ambulatorio o bien el cuidador haya sido instruido en el manejo del paciente y ayudas técnicas necesarias. En pacientes con discapacidad muy severa en fase crónica, siempre que existan objetivos funcionales por conseguir, la RHB domiciliaria puede contribuir a evitar complicaciones a largo plazo, evitar reingresos y moderar el impacto de la discapacidad sobre la calidad de vida de pacientes y cuidadores.

“Recomendación Nivel BPC”: Al alta hospitalaria, los pacientes candidatos a “Programas de RHB domiciliaria” son:

- Discapacidad moderada o severa en fase no estabilizada (durante el primer año tras el ictus).
- A partir del primer año tras el ictus, cuando hay un deterioro funcional puntual, se pueden requerir tratamientos de corta duración.
- Adecuado soporte socio-familiar.
- Condiciones médicas y cognitivas que les permitan participar en las terapias pero no desplazarse a un centro ambulatorio de rehabilitación.

III. Reinserción en la comunidad

Volver a casa tras el ictus es un proceso complejo y difícil para el paciente y su familia: el alta hospitalaria debe abordarse de forma individualizada y con la suficiente antelación. Los programas de alta hospitalaria precoz (*early supported discharge*) han demostrado su aplicabilidad en pacientes con discapacidad leve y moderada, así como la reducción de la dependencia, institucionalización y estancia hospitalaria, sin que se observe un impacto negativo en la satisfacción de pacientes y cuidadores^{36,37}.

Planificación del alta: el alta hospitalaria nunca debe suponer una interrupción de la atención de RHB, constituyendo una responsabilidad de la organización sanitaria y de los profesionales de los equipos de RHB asegurar la continuidad del proceso. La planificación del alta hospitalaria debe abordarse desde las fases iniciales del ingreso, y en ella deben participar los profesionales, el propio

paciente y sus familiares o cuidadores. Se deben tener en cuenta las circunstancias familiares, las barreras arquitectónicas así como los recursos de atención médica, RHB y sociales necesarios al alta. Se trata de plantear los posibles problemas y necesidades con la debida antelación para facilitar la reinserción a la comunidad. Se considera útil que el terapeuta ocupacional, antes del alta hospitalaria, realice una visita al domicilio del paciente para evaluar las adaptaciones personales y del entorno necesarias en cada caso³⁸. Los equipos de atención primaria, tanto sanitarios como sociales, deberán estar informados en la medida que les afecte el seguimiento del caso. Es de especial interés la función de la enfermería para asegurar la transferencia correcta de los cuidados y manejo del paciente a los servicios comunitarios tras el alta hospitalaria.

“Recomendación Nivel A” El “alta hospitalaria precoz”, cuando el paciente es capaz de realizar las transferencias cama-silla, se puede plantear si hay una atención comunitaria coordinada a cargo de un equipo multidisciplinario de RHB (RCP, NZGG)^{2,4}.

“Recomendación Nivel A”: Antes del alta hospitalaria, todos los pacientes deben ser evaluados para “determinar los equipamientos” o “adaptaciones” que pueden aumentar la seguridad y la independencia funcional (RCP)².

“Recomendación Nivel A”: Cualquier tratamiento de continuidad que el paciente requiera al alta debe ser ofrecido “sin demora” por un servicio especializado en la comunidad (domiciliario, ambulatorio, hospital de día) (RCP)².

Soporte social: el grado de soporte social modera el impacto que la discapacidad tiene sobre la calidad de vida del paciente que ha sufrido un ictus³⁹, existiendo incluso una asociación entre un mejor soporte social y una mejor funcionalidad⁴⁰, sobre todo en los ictus con afectación moderada y severa⁴¹. Las secuelas del ictus no son sólo físicas y emocionales, sino también sociales, ya que en la mayoría de los casos se ve afectada la participación del paciente en la vida laboral, ocupacional y lúdica cotidiana. Informar sobre aspectos como la reinserción laboral, la posibilidad de volver a conducir vehículos o el acceso a sistemas de transporte adaptado, posibilitará el nivel de actividad ocupacional, social y de ocio deseables. La estructura de red organizada de servicios sociales debe contemplarse en el marco de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia. Las asociaciones de pacientes y los grupos de ayuda mutua ofrecen un soporte inestimable a largo plazo que facilita la participación social tras sufrir un ictus.

“Recomendación Nivel A”: Deben evaluarse regularmente las “necesidades de soporte social”, tanto de pacientes como de cuidadores (RCP)².

<p>Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas de Cataluña (AATRM). Guía de práctica clínica (GPC) sobre el ictus. 2004 (actualizada 2007)</p> <p>http://www.gencat.net/salut/depsan/units/aatrm/html/es/dir420/doc9763.html</p>
<p>American Heart Association. Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: A Clinical Practice Guideline. 2005</p> <p>http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/36/9/e100</p>
<p>Australian Clinical Guidelines for Stroke Management Clinical Guidelines for Stroke Rehabilitation and Recovery. 2005</p> <p>http://www.strokefoundation.com.au/component/option,com_docman/Itemid,0/task,cat_view/gid,47/dir,DESC/order,date/limit,5/limitstart,5/</p>
<p>European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee; ESO Writing Committee. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack. 2008.</p> <p>http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?doi=10.1159/000131083</p>
<p>Canadian Stroke Network. Robert Teasell et al Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation (EBRSR), 11th edition. 2009</p> <p>http://www.ebrsr.com/index.php</p>
<p>Canadian Stroke Network and the Heart and Stroke Foundation of Canada Canadian best practice recommendations for stroke care (updated 2008)</p> <p>http://www.cmaj.ca/cgi/data/179/12/S1/DC1/1</p>
<p>New Zealand Stroke Foundation Life after stroke: New Zealand guideline for management of stroke Best practice evidence-based guideline. 2003</p> <p>http://www.nzgg.org.nz/guidelines/dsp_guideline_popup.cfm?guidelineCatID=29&guidelineID=37</p>
<p>Royal College of Physicians, United Kingdom. Intercollegiate Stroke Working Party. National clinical guideline for stroke, 3rd edition, 2008.</p> <p>http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/contents/6ad05aab-8400-494c-8cf4-9772d1d5301b.pdf</p>
<p>Scottish Intercollegiate Guidelines Network Management of patients with stroke part IV: Rehabilitation, prevention and management of complications and discharge planning SIGN 64, 2002, (updated 2005)</p> <p>www.sign.ac.uk/pdf/sign64.pdf</p>

Figura A1

“Recomendación Nivel BPC”: El “Trabajador Social” es el profesional del equipo de RHB que realiza el seguimiento de las necesidades sociales durante el proceso de RHB, orientando y coordinando los recursos comunitarios disponibles.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo I

Ver [fig. A1](#).

Bibliografía

1. European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee; ESO Writing Committee. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Cerebrovasc Dis.* 2008;25:457–507.
2. Royal College of Physicians (RCP): The intercollegiate working party. National clinical guidelines for stroke. London (United Kingdom): RCP; 2004.
3. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. Edinburgh (United Kingdom): SIGN; 2002.
4. New Zealand Guidelines Group (Nzgg) Life after stroke. New Zealand guideline for management of stroke. Wellington

- (New Zealand): New Zealand Guidelines Group (NZGG); 2003.
5. Adams RJ, Albers G, Alberts MJ, Benavente O, Furie K, Goldstein LB, et al. Update to the AHA/ASA recommendations for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack. *Stroke*. 2008;39:1647–52.
 6. Adams Jr HP, Adams RJ, Brott T, del Zoppo GJ, Furlan A, Goldstein LB, et al. Stroke Council of the American Stroke Association. Guidelines for the early management of patients with ischemic stroke: A scientific statement from the Stroke Council of the American Stroke Association (ASA). *Stroke*. 2003;34:1056–83.
 7. Guia de Pràctica Clínica de l'Ictus. Pla Director de la Malaltia Vasculat Cerebral, Departament de Salut i Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Barcelona 2005 [citado 15 Oct 2009]. Disponible en: http://www.gencat.net/salut/dep_san/units/aatrm/html/ca/dir303/doc9759.html.
 8. Kalra L, Langhorne P. Facilitating recovery: Evidence for organized stroke care. *J Rehabil Med*. 2007;39:97–102.
 9. Evans A, Pérez I, Harraf F, Melbourn A, Steadman J, Donaldson N, et al. Can differences in management processes explain different outcomes between stroke unit and stroke-team care? *Lancet*. 2001;358:1586–92.
 10. Langhorne P, Stott DJ, Robertson L, MacDonald J, Jones L, McAlpine C, et al. Medical complications after stroke: A multicenter study. *Stroke*. 2000;31:1223–9.
 11. Teasell R, Foley N, Salter K, Bhogal S, Jutai JW, Speechley M. Evidence-based review of stroke rehabilitation (11th Edition). Agosto 2008 [citado 15 Oct 2009]. Disponible en: www.ebsr.com.
 12. Tyson SF, Nightingale P. The effects of position on oxygen saturation in acute stroke: A systematic review. *Clin Rehabil*. 2004;18:863–71.
 13. Diserens K, Michel P, Bogousslavsky J. Early mobilisation after stroke: Review of the literature. *Cerebrovasc Dis*. 2006;22:183–90.
 14. Bernhardt J, Dewey H, Thrift A, Donnan G. Inactive and alone: Physical activity within the first 14 days of acute stroke unit care. *Stroke*. 2004;35:1005–9.
 15. Musicco M, Emberti L, Nappi G, Caltagirone C. Italian Multicenter Study on outcomes of rehabilitation of neurological patients. Early and long-term outcome of rehabilitation in stroke patients: The role of patient characteristics, time of initiation, and duration of interventions. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003;84:551–8.
 16. Legg L, Langhorne P. Rehabilitation therapy services for stroke patients living at home: Systematic review of randomised trials. *Lancet*. 2004;363:352–6.
 17. Kwakkel G, Van Peppen R, Wagenaar RC, Wood Dauphine S, Richards C, Ashburn A, et al. Effects of augmented exercise therapy time after stroke: A meta-analysis. *Stroke*. 2004;35:2529–39.
 18. Sonoda S, Saitoh E, Nagai S, Kawakita M, Kanada Y. Full-time integrated treatment program, a new system for stroke rehabilitation in Japan: Comparison with conventional rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil*. 2004;83:88–93.
 19. Van Peppen RP, Kwakkel G, Wood-Dauphinee S, Hendriks HJ, Van der Wees PJ, Dekker J. The impact of physical therapy on functional outcomes after stroke: What's the evidence? *Clin Rehabil*. 2004;18:833–62.
 20. Green J, Young J, Forster A, Collen F, Wade D. Combined analysis of two randomized trials of community physiotherapy for patients more than one year post stroke. *Clin Rehabil*. 2004;18:249–52.
 21. Aziz N, Leonardi-Bee J, Phillips M, Gladman J, Legg L, Walker MF. Therapy based rehabilitation services for patients living at home more than one year after stroke—A Cochrane review. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Apr 16;(2):CD005952. Review.
 22. Green J, Forster A, Bogle S, Young J. Physiotherapy for patients with mobility problems more than 1 year after stroke: A randomised controlled trial. *Lancet*. 2002;359:199–203.
 23. Wade DT, Collen FM, Robb GF, Warlow CP. Physiotherapy intervention late after stroke and mobility. *BMJ*. 1992;304:609–613.
 24. Geyh S, Cieza A, Schouten J, Dickson H, Frommelt P, Omar Z, et al. ICF core sets for stroke. *J Rehabil Med*. 2004;44:135–41.
 25. Forster A, Young J, Langhorne P. Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD001730.
 26. Smith J, Forster A, House A, Knapp P, Wright J, Young J. Information provision for stroke patients and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;2 CD001919.
 27. Grant JS. Home care problems experienced by stroke survivors and their family caregivers. *Home Health Nurse*. 1996;14:892–902.
 28. Grant JS, Davis L. Living with loss: The stroke family caregivers. *J Fam Nurs*. 1997;3:36–56.
 29. Kalra L, Evans A, Pérez I, Melbourn A, Patel A, Knapp M, et al. Training care givers of stroke patients: Randomised controlled trial. *BMJ*. 2004;328:1099–103.
 30. Best Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation Management, Heart and Stroke Foundation of Ontario, 2003. Disponible en: <http://209.5.25.171/>.
 31. Duncan PW, Zorowitz R, Bates B, Choi JY, Glasberg JJ, Graham GD, et al. AHA/ASA- Endorsed Practice Guidelines. Management of adult stroke rehabilitation care. A clinical practice guideline. *Stroke*. 2005;36:e100–43.
 32. Stroke Unit Trialists's Collaboration. Organised inpatient (stroke unit care) for stroke. *Cochrane Database System Rev*. 2007;4 CD000197.
 33. Langhorne P, Pollock A, on behalf of Stroke Unit Trialists's Collaboration. What are the components of effective stroke unit care. *Age Aging*. 2002;31:365–71.
 34. Indredavik B. Stroke Unit Care is beneficial both for the patient and for the health service and should be widely implemented. *Stroke*. 2009;40:1–2.
 35. Putman K, De Wit L, Schupp W, Beyens H, Dejaeger E, de Weerd W, et al. Inpatient stroke rehabilitation: A comparative study of admission criteria to stroke rehabilitation units in four European centres. *J Rehabil Med*. 2007;39:21–6.
 36. Langhorne P, Taylor G, Murray G, Dennis M, Anderson C, Bautz-Holter E, et al. Early supported discharge service for stroke patients: A meta-analysis of individual patient's data. *Lancet*. 2005;365:501–6.
 37. Early supported discharge trialists: Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(1):CD000443.
 38. Patterson CJ, Mulley GP. The effectiveness of pre-discharge home assessment visits: A systematic review. *Clin Rehabil*. 1999;13:101–4.
 39. Clarke P, Marshall V, Black S, Colantonio A. Well-being after stroke in Canadian seniors. *Stroke*. 2002;33:1016–21.
 40. Glass TA, Matchar DB, Belyea M, Feussner JR. Impact of social support on outcome in first stroke. *Stroke*. 1993;24:64–70.
 41. Tsouna-Hadjis E, Vemmos KN, Zakopoulos N, Stamatelopoulos S. First-stroke recovery process: The role of family social support. *Arch Phys Med Rehabil*. 2000;81:881–7.