



DESARROLLO DE UN INSTRUMENTO PARA EL ASESORAMIENTO TERAPÉUTICO DOMICILIARIO EN PERSONAS SUPERVIVIENTES A UN ICTUS CEREBRAL

DEVELOPMENT OF A TOOL FOR THERAPEUTIC ADVICE AT HOME IN PEOPLE WHO SUFFER A BRAIN STROKE

José Merchán Baeza¹, Manuel González Sánchez², Antonio Cuesta Vargas³

RESUMEN

INTRODUCCIÓN La debilidad cognitiva, física y de comunicación, causadas por el impacto del ictus, combinada con los cambios del entorno, a menudo causan cambios en las rutinas diarias, las funciones y las ocupaciones de las personas supervivientes a un accidente cerebrovascular. El objetivo del estudio fue desarrollar un instrumento para evaluar el entorno y la ejecución de las actividades de la vida diaria de las personas supervivientes a un ictus y han sido dados de alta a sus domicilios, así como asesorarlos sobre la manera de adaptarse a su nueva situación.

MÉTODO Estudio para el desarrollo del instrumento para el Asesoramiento Terapéutico Domiciliario en las personas supervivientes a un Ictus (instrumento PATDI). Se realizó una revisión de la literatura a través de la base de datos electrónica PubMed y diferentes guías de práctica clínica para la recuperación de un ictus. Posteriormente, un panel de 26 evaluadores multidisciplinares valoró el instrumento.

RESULTADOS Tras establecerse una puntuación mínima de 6,5 puntos, 14 ítems fueron eliminados del instrumento inicial por no alcanzar dicha puntuación. Completándose definitivamente el instrumento PATDI con 60 ítems.

CONCLUSIÓN Con el instrumento PATDI se podrá evaluar el entorno y la ejecución de actividades de la vida diaria a través de sus ítems, localizando de esta forma los problemas que pueda haber y permitiendo al terapeuta proporcionar los consejos necesarios que ayuden a adaptarse a su nueva situación, favoreciendo el desarrollo de las actividades de la vida diaria, a las personas que han sufrido un ictus y han sido dados de alta a sus domicilios

PALABRAS CLAVE

accidente cerebrovascular, evaluación, entorno cotidiano, educación, checklist.

1 Terapeuta Ocupacional PhD Universidad de Málaga ORCID ID: 0000-0002-6893-952X. jmerchan@uma.es

2 Fisioterapeuta PhD Universidad de Málaga ORCID ID: 0000-0003-3993-5092. mgsa23@uma.es

3 Fisioterapeuta PhD Universidad de Jaén ORCID ID: 0000-0002-8880-4315. acuesta@uma.es



ABSTRACT

BACKGROUND Researchers who have examined the impact of stroke, regardless of mobility status, demonstrate that cognitive, communication and physical weakness, combined with the changing environment, often cause changes in daily routines, roles, and occupations. The objective of the study was to develop a tool to assess the environment and the implementation of activities of daily living by people who have had a stroke and have been discharged to their homes and to advise them on how to adapt to their new situation.

METHOD Study for the development of a tool for assessment and intervention. To develop the home therapeutic advice in people who suffer stroke tool (HTAS tool), a literature review was performed through the electronic database PubMed and different practice guides for stroke recovery. Subsequently, a panel of 26 multidisciplinary evaluators assesses the tool.

RESULTS A cut-off of 6.5 points for elimination of the items was established, with the result that 14 items were deleted. At the end of this phase, the HTAS tool was completed with 60 selected items.

CONCLUSION The HTAS tool will make it possible to assess the environment and the implementation of activities of daily living through its items, locating the problems and providing advice needed for the people who have suffered a stroke and have been discharged to their homes.

KEYWORDS

house calls, environment, counselling, activities of daily living, education.

Recepcionado: 23/07/2018

Aceptado: 10/01/2019

INTRODUCCIÓN

El accidente cerebrovascular (ictus) es la principal causa de discapacidad crónica en los países desarrollados (French, et al., 2010; Ilse, Feys, de Wit, Putman, & de Weerdt, 2008; Sawacha, et al., 2013). En un primer momento, el nivel de discapacidad va a depender, principalmente, de la severidad y localización de la lesión cerebral, pudiendo provocar grandes limitaciones y dependencia. Las esferas que pueden verse afectadas como consecuencia del ictus son: la estructura corporal, el desarrollo de las funciones y actividades de la vida diaria (AVD) y, por tanto, la participación en cada una de ellas (Bergström, et al., 2012; Bouffioulx, Arnould, & Thonnard, 2011; Koositamongkol, Sindhu, Pinyopasakul, Nilanont, & Redman, 2013; Sawacha, et al., 2013; Schulz, et al., 2012).

En personas supervivientes a un ictus, la participación en las AVD dentro del entorno de comodidad del paciente puede verse afectada negativamente como consecuencia de las alteraciones estructurales y funcionales mencionadas previamente (Bertilsson et al., 2014; World Health Organization (WHO), 2001). La

participación suele sufrir restricciones tres meses después que la persona haya sufrido el episodio del ictus, incluso en quienes presentan un nivel de afectación y discapacidad entre leve y moderado (Bergström et al., 2012). El nivel de participación en las AVD se considera el resultado observable de la interacción entre los cambios estructurales y funcionales, que ha sufrido el paciente, junto con los aspectos psicológicos que el paciente debe gestionar como consecuencia de su nueva situación (Bergström et al., 2012; Bertilsson et al., 2014; Heinemann, 2010). La participación se puede entender por tanto como una de las variables de resultado clínico más importante y cuya mejora se debe perseguir a lo largo de todo el proceso rehabilitativo en personas supervivientes a un ictus (Bergström et al., 2012; Bertilsson et al., 2014; Heinemann, 2010; Munce et al., 2018).

Se han identificado múltiples instrumentos para evaluar diferentes variables de resultado en pacientes supervivientes a un ictus, como la calidad de vida, el estado general de salud o el estado de la sintomatología (Gall et al., 2018; Price-Haywood et al., 2018 (Jongbloed, 1994; Rudman, Hebert & Reid, 2006; Schulz et al., 2012; van

Heugten, Rasquin, Winkens, Beusmans & Verhey, 2007). Sin embargo, según nuestro conocimiento, no se ha encontrado ningún estudio que desarrolle una herramienta específica para la evaluación y seguimiento de la participación en las AVD de las personas supervivientes a un ictus.

El objetivo de este estudio es desarrollar un instrumento para la valoración y el seguimiento de la participación en las AVD en pacientes que son supervivientes a un ictus.

MÉTODO

Diseño

Siguiendo las recomendaciones de la literatura, este estudio observacional prospectivo ha sido diseñado para desarrollar una herramienta que permita evaluar la participación de personas supervivientes a un ictus en las AVD.

Los participantes recibieron por parte de los investigadores una hoja informativa en la que se explicaba en qué consistía el estudio y cómo iban a participar en el mismo. También se les entregó el consentimiento informado en el cual se detallaba que su participación era totalmente voluntaria y podían abandonar el estudio en cualquier momento, así como que sus datos personales estarían protegidos según la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 19/55.

Para garantizar la protección de los derechos, la seguridad y el bienestar de los participantes el estudio fue llevado a cabo según los principios de la Declaración de Helsinki. Además, la aprobación ética para el estudio fue concedida por el comité ético de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga.

Desarrollo

Búsqueda bibliográfica

Para el desarrollo del instrumento para el nivel de Participación y Asesoramiento Terapéutico Domiciliario en

las personas supervivientes a un ictus (PPATDI) se realizó una revisión bibliográfica siguiendo las recomendaciones de la literatura y de acuerdo a la check-list PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses). La búsqueda de los documentos científicos fue realizada en las siguientes bases de datos: Pubmed; CINAHL; PEDro; Medline; Scopus. Las palabras clave utilizadas para la identificación de los documentos fueron: stroke, assessment, evaluation, clinical outcomes, questionnaire, function, independence y autonomy (accidente cerebrovascular, asesoramiento, valoración, resultados clínicos, cuestionario, función, independencia y autonomía). Los operadores booleanos "AND" y "OR" fueron utilizados para combinar todos los términos presentados previamente. La búsqueda fue realizada en el mes de abril de 2018. La estrategia de búsqueda y selección de los documentos fue desarrollada por dos investigadores cegados (JAMB – MGS). Las eventuales diferencias en la búsqueda y selección de los documentos fueron determinadas por un tercer revisor externo y cegado.

Selección de los artículos

En la revisión sistemática realizada fueron incorporados aquellos documentos que cumplían los siguientes criterios de inclusión: debían ser estudios primarios con un diseño de alta calidad (ensayo clínico aleatorizado) o estudios secundarios de alta calidad (revisiones sistemáticas, metanálisis o guías de práctica clínica), debían ser investigaciones, donde el perfil del paciente fueran personas supervivientes a un ictus no hospitalizados. Fueron excluidos aquellos trabajos publicados en idiomas diferentes al español, inglés, italiano, francés y/o portugués, que presentaran pacientes dependientes para el desarrollo de las AVD.

Extracción de la información

Con cada uno de los documentos seleccionados se realizó una lectura crítica y cegada por parte de cada uno de los autores del documento para identificar aquellos aspectos que pudieran influenciar la participación del paciente superviviente a un ictus. Se puso especial énfasis en aquellos aspectos que estuviesen relacionados con los espacios para el desarrollo de las AVD dentro del domicilio: domicilio, baño, habitación y vestido, cocina y alimentación, limpieza del hogar y de la ropa. Una vez finalizado se realizó una puesta en común y se identificaron aquellos ítems.



Selección de las preguntas

Los autores, sobre la base de los ítems y los resultados obtenidos tras la búsqueda bibliográfica, generaron sendas preguntas. Tras la elaboración de las preguntas, los autores se reunieron para hacer una primera puesta en común y descartar aquellas preguntas que resultarían poco relevantes o repetitivas (Gabel, C. P., Melloh, M., Burkett, B. & Michener, L. A. 2012; Patient-Reported Outcome Measurement Information Systems (PROMIS). Version 1.0 Item Banks, 2010).

Una vez que las preguntas iniciales fueron consensuadas por todos los autores, se compuso un grupo heterogéneo de profesionales clínicos que forman parte del equipo multidisciplinar, así como pacientes con diferentes años de distancia desde el episodio del ictus (ver Tabla 1). Todos los miembros del panel evaluador eran personas nacidas en España. Para evaluar la validez de contenido de un instrumento se emplea comúnmente el índice de validez de contenido (cvi), el cual deriva de la calificación de la relevancia del contenido de los ítems en un instrumento con un escala de clasificación ordinal de 4 puntos (Lynn, 1986). En el presente estudio

se adaptó el cuestionario de la PATDI entregado a cada uno de los miembros del panel para que puntuaran cada uno de los ítems del 1 al 10, siendo el 1 "Absolutamente en desacuerdo" y el 10 "Absolutamente de acuerdo".

Para eliminar los ítems que los evaluadores consideraran innecesarios en el instrumento para la PATDI, por consenso de los autores y debido al alto número de preguntas derivadas de la primera fase (elaboración de preguntas), todas aquellas preguntas que no alcanzaron un valor mínimo de 6,5 puntos no fueron seleccionadas.

Además, a través de entrevistas personalizadas y semiestructuradas se les presentaron diferentes preguntas: "¿Cree que se debería modificar alguno de los ítems anteriores?, ¿cuál?", "¿Piensa que existe algún ítem indispensable que no aparezca en el instrumento?, ¿cuál?" y "A continuación puede añadir una observación si lo considera oportuno". Con esta breve entrevista semiestructurada los autores querían conocer la experiencia y visión de los evaluadores del panel respecto a los ítems del instrumento (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007).

TABLA 1 PERFIL DE LOS MIEMBROS DEL PANEL DE EVALUADORES DE VALIDEZ DE CONTENIDOS.

PERFIL	EXPERIENCIA CON ICTUS	VISITAS AL DOMICILIO POR AÑO
TO	2 años	10 o más
TO	14 años	2-10
TO y Fisioterapeuta	3 años	2-10
TO y Fisioterapeuta	10 años	0-2
Médico y Fisioterapeuta	20 años	0-2
Médico y Fisioterapeuta	15 años	0-2
Fisioterapeuta	3.8 años	0-2
Fisioterapeuta	2.9 años	10 o más
Fisioterapeuta	2.6 años	10 o más
Médico y Fisioterapeuta	8 años	2-10
Fisioterapeuta	16 años	10 o más
Fisioterapeuta	4 años	0-2
Fisioterapeuta	2 años y 3 meses	0-2
Fisioterapeuta	35 años	10 o más
Enfermera	3 años	0-2
Enfermero	37 años	10 o más

PERFIL	EXPERIENCIA CON ICTUS	VISITAS AL DOMICILIO POR AÑO
Enfermero	23 años	10 o más
Cuidadora principal	15 años	-
Persona superviviente a un ictus	20 años y 1 mes	-
Persona superviviente a un ictus	5 años	-
Persona superviviente a un ictus	1 año y 1 mes	-
Persona superviviente a un ictus	4 años y 5 meses	-
Persona superviviente a un ictus	2 años y 7 meses	-
Persona superviviente a un ictus	4 años	-
Persona superviviente a un ictus	1 año y 6 meses	-
Persona superviviente a un ictus	12 años	-
N	26	

TO: *Terapeuta Ocupacional*

RESULTADOS

De los 74 ítems evaluados por los miembros del panel, los siguientes fueron los que obtuvieron las mayores puntuaciones: “¿Hay mobiliario innecesario en alguna habitación que dificulte la ejecución de las AVD?” (9.28), “¿Está libre el trayecto a la habitación, cocina y cuarto de baño?” (9.17), “¿Hay silla o banco en la ducha o bañera en caso de no poder mantenerse de pie en la misma?” (9.17) y “Al salir de la ducha, ¿tiene la toalla y ropa de repuesto cerca para facilitar el secado y el vestido?” (9.11). Catorce ítems obtuvieron una puntuación inferior a 6.5, de ellos, los siguientes fueron los que obtuvieron la puntuación más baja: “¿Hay una pequeña libreta y bolígrafo/lápiz que facilite la toma de notas cuando se hable por teléfono?” (6.33), “¿El detergente y productos de limpieza están al alcance, siempre en el mismo sitio y con letra clara?” (6.38), “¿Limpia zonas pequeñas y toma frecuentes descansos?” (6.39), “¿La tabla de planchar se despliega con facilidad?” (6.39), “¿Utiliza guantes de cocina para coger ollas y/o sartenes calientes?” (6.44). Todos los ítems del área ‘limpieza del hogar y de la ropa’ fueron puntuados por los evaluadores por debajo de 6.5. Atendiendo al consenso realizado por los autores previos a la evaluación de los ítems, estos no fueron incluidos en el instrumento.

Los ítems que recibieron mayor y menor puntuación en el área de domicilio fueron “¿Hay mobiliario innecesario en alguna habitación que dificulte la ejecución de

las AVD?” (9.28) y “¿Hay una pequeña libreta y bolígrafo/lápiz que facilite la toma de notas cuando se hable por teléfono?” (6.33). En el área de baño fueron “¿Hay silla o banco en la ducha o bañera en caso de no poder mantenerse de pie en la misma?” (9.17) y “¿El cepillo de dientes tiene un mango grande que permita su uso con el lado afecto?” (6.79). En el área de habitación y vestido fueron “¿La cama se encuentra a una altura en la que la persona puede apoyar los pies en el suelo?” (8.72) y “¿Utiliza ropa ajustada?” (7.00). En el área de cocina y alimentación fueron “¿Los utensilios de cocina que se utilizan con mayor frecuencia se encuentran situados siempre en el mismo sitio, ordenados y accesibles?” (7.89) y “¿Utiliza guantes de cocina para coger ollas y/o sartenes calientes?” (6.44).

Tras la evaluación del instrumento PATDI por parte del panel de evaluadores, la versión definitiva del mismo quedó compuesto por 60 ítems. De estos, 17 pertenecen al área ‘domicilio’, 22 a ‘baño’, 12 a ‘habitación y vestido’ y 9 a ‘cocina y alimentación’.

De la entrevista semiestructurada se extrajeron estas respuestas que ayudaron a ilustrar y complementar el contenido:

“Si hubiera tenido esta ayuda en los primeros meses tras el ictus hubiera sido todo mucho más fácil”.



“Creo que los ítems recogen muy bien todo el tema de entorno que puede dificultar la independencia de los pacientes en la realización de las tareas”.

“La mayoría de los pacientes no realizan ninguna tarea de limpieza o cocina, de ello se encargan los cuidadores normalmente. Con respecto al baño, habitación y vestido si intentan ser lo más independiente posible”.

“Al llegar a la casa después de salir del hospital te encuentras muy perdido, sin saber qué hacer. Al final, a base de equivocarte acabas sabiendo qué debes hacer y qué no debes hacer, pero para ello hace falta entre 9 meses y un año”.

“Sería una gran ayuda para los que sufrimos esta enfermedad y volvemos a la casa, porque en ese momento estamos completamente solos y sin saber a dónde acudir. Acabas aprendiendo al hacer las cosas una y otra vez. Pero seguramente hayamos empleado el doble de tiempo que si hubiéramos tenido esta intervención tras el alta”.

“Como habéis introducido ítems sobre actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, tal vez podríais incluir alguno sobre accesibilidad al portal, ascensor o aparcamiento. También sobre el acceso a los medicamentos, pastilleros o demás material sanitario”.

“Hubiera sido muy útil, seguro. Y una ayuda no solo para mí, sino para mi mujer también”.

DISCUSIÓN

A la finalización de este estudio y habiendo desarrollado un instrumento para el Asesoramiento Terapéutico Domiciliario en personas que sufren Ictus, mediante la valoración del entorno y la ejecución de las AVD y la intervención educativa con consejos, el objetivo planteado al inicio se ha cumplido.

Con los resultados obtenidos se puede deducir que los evaluadores consideraron prioritarios aquellos ítems que se centran en facilitar la ejecución en las actividades de la vida diaria relacionadas con el autocuidado del paciente en el domicilio en general y en las áreas de

baño, habitación y vestido y cocina y alimentación, en particular. Puesto que los ítems que recibieron la puntuación más baja, y que, por tanto, han sido eliminados del instrumento, fueron mayoritariamente los relacionados con la limpieza del hogar y la ropa.

El desarrollo del instrumento PATDI es similar al llevado a cabo por Oliver R. et al. (Oliver, Blathwayt, Brackley & Tamaki, 1993) & Tamaki, 1993 en el estudio de desarrollo de la SAFER Tool (Safety Assessment of Function and the Environment for Rehabilitation Tool). Una herramienta desarrollada y validada para localizar los problemas que podrían encontrar las personas mayores en sus domicilios y de esta forma transformarlos en recomendaciones para la intervención y el tratamiento, y así evitar el traslado de los mayores a una residencia antes de tiempo. Las características similares existentes entre ambos instrumentos y en el desarrollo llevado a cabo para su creación, hacen pensar que el instrumento PATDI podría ser un instrumento válido y útil en este tipo de intervención en personas con ictus.

Fortalezas y debilidades

Para este estudio se ha contado con un amplio y multidisciplinar panel de evaluadores que ha valorado el instrumento desarrollado previamente por los autores sobre la base de una ardua revisión bibliográfica y de guías de práctica clínica en el ictus. Por otra parte, este estudio es la fase de desarrollo de este instrumento, posteriormente deberá ser utilizada en un estudio con una amplia muestra de sujetos que hayan sufrido un ictus y sean dados de alta a sus domicilios para que, de esta forma, pueda ser validada. Es importante tener en cuenta que el 15% de los componentes del panel de evaluación eran terapeutas ocupacionales.

Conclusiones

Con el instrumento PATDI se podrá evaluar el entorno y la ejecución de actividades de la vida diaria a través de sus ítems, localizando de esta forma los problemas que pueda haber y permitiendo al terapeuta proporcionar los consejos necesarios que ayuden a las personas que han sufrido un ictus y han sido dados de alta a sus domicilios adaptarse a su nueva situación y a las barreras que se les presenten.

En estudios futuros se validará el instrumento mediante su aplicación en una amplia muestra de personas que hayan sufrido un ictus y hayan sido dados de alta a sus domicilios.

Fuente de financiamiento

Este trabajo fue parcialmente financiado por el Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Extremadura "IV Ayudas a proyectos de investigación sobre terapia ocupacional en la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia" (COPTOEX261114).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bergström, A., Guidetti, S., Tistad, M., Tham, K., von Koch, L. & Eriksson, G. (2012). Perceived occupational gaps one year after stroke: An explorative study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44(1), 36–42. <https://doi.org/10.2340/16501977-0892>
- Bertilsson, A.-S., Ranner, M., von Koch, L., Eriksson, G., Johansson, U., Ytterberg, C., Guidetti S. & Tham, K. (2014). A client-centred ADL intervention: three-month follow-up of a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 1–15. <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.880126>.
- Bouffouix, É., Arnould, C. & Thonnard, J.-L. (2011). Satisfaction With Activity and Participation and Its Relationships With Body Functions, Activities, or Environmental Factors in Stroke Patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(9), 1404–1410. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.03.031>
- French, B., Thomas, L., Leathley, M., Sutton, C., McAdam, J., Forster, A., Langhorne, P., Price, C., Walker, A., Watkins, C. (2010). Does repetitive task training improve functional activity after stroke? A Cochrane systematic review and meta-analysis. *Journal of Rehabilitation Medicine: Official Journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine*, 42(1), 9–14. <https://doi.org/10.2340/16501977-0473>
- Focused Update of Sex Differences in Patient Reported Outcome Measures After Stroke.
- Gall, S., Phan, H., Madsen, T.E., Reeves, M., Rist, P., Jimenez, M., Lichtman, J., Dong, L., Lisabeth, L.D. (2018) *Stroke*, Mar; 49(3):531–535. doi: 0.1161/STROKEAHA.117.018417. 8.
- Gabel, C. P., Melloh, M., Burkett, B., Michener, L. A. (2012). Lower Limb Functional Index: development and clinimetric measurements. *Physical Therapy*, 92(1), 184–184. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100199.cx>
- Heinemann, A.W. (2010). Measurement of Participation in Rehabilitation Research. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(9), S1–S4. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2009.08.155>
- Ilse, I. B., Feys, H., de Wit, L., Putman, K. & de Weerd, W. (2008). Stroke caregivers' strain: prevalence and determinants in the first six months after stroke. *Disability and Rehabilitation*, 30(7), 523–530. <https://doi.org/10.1080/09638280701355645>
- Jongbloed, L. (1994). Adaptation to a Stroke: The Experience of One Couple. *The American Journal of Occupational Therapy*, 48(11), 1006–1013. <https://doi.org/10.5014/ajot.48.11.1006>
- Koositamongkol, S., Sindhu, S., Pinyopasakul, W., Nilanont, Y. & Redman, R.W. (2013). Factors influencing functional recovery in patients with acute ischemic stroke. *Collegian*, 20(4), 207–213. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2012.09.002>
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, Nov-Dec, 35(6), 382–385.
- Munce, S. E. P., Perrier, L., Shin, S., Adhietty, C., Pitzul, K., Nelson, M. L. A., Bayley M. T. (2018). Impact of quality improvement strategies on the quality of life of individuals post-stroke: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 25:1–7. doi: 10.1080/09638288.2018.1512163.
- Oliver, R., Balthwayt, J., Brackley, C. & Tamaki, T. (1993). Development of the Safety Assessment of Function and the Environment for Rehabilitation (SAFER) tool. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 60(2), 78–82.
- Patient-Reported Outcome Measurement Information Systems (PROMIS). Version 1.0 Item Banks. (2010). Recuperado de <http://www.nihpromis.org/science/ItemClassification>
- Price-Haywood, E. G., Harden-Barrios, J., Carr, C., Reddy, L., Bazzano, L. A., van Driel, M. L. (2018). Patient-reported outcomes in stroke clinical trials 2002–2016: a systematic review. *Quality of Life Research*. Nov 21. doi: 10.1007/s11136-018-2053-7.
- Rudman, D. L., Hebert, D. & Reid, D. (2006). Living in a restricted occupational world: the occupational experiences of stroke survivors who are wheelchair users and their caregivers. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne d'ergothérapie*, 73(3), 141–152.
- Sawacha, Z., Carraro, E., Contessa, P., Guiotto, A., Masiero, S. & Cobelli, C. (2013). Relationship between clinical and instrumental balance assessments in chronic post-stroke hemiparesis subjects. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*, 10(1), 95. <https://doi.org/10.1186/1743-0003-10-95>
- Schulz, C. H., Hersch, G. I., Foust, J. L., Wyatt, A. L., Godwin, K. M., Virani, S. & Ostwald, S. K. (2012). Identifying Occupational Performance Barriers of Stroke Survivors: Utilization of a Home Assessment. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 30(2). <https://doi.org/10.3109/02703181.2012.687441>
- Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality*



in Health Care, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

van Heugten, C., Rasquin, S., Winkens, I., Beusmans, G. & Verhey, F. (2007). Checklist for cognitive and emotional consequences following stroke (CLCE-24): Development, usability and quality of the self-report version. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 109(3), 257–262. <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2006.10.002>

World Health Organization (WHO). (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health. Recuperado de: <https://www.who.int/classifications/icf/en/>

ANEXO 1. INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA PARTICIPACIÓN Y ASESORAMIENTO TERAPÉUTICO DOMICILIARIO EN PERSONAS QUE SUFREN ICTUS (INSTRUMENTO PATDI).

Nombre del paciente:
 N°:

VALORACIÓN PARA EL ASESORAMIENTO TERAPÉUTICO DOMICILIARIO EN PERSONAS QUE SUFREN ICTUS

ÁREA	ÍTEMS	Sí	No
Domicilio	¿Hay mobiliario que impida la marcha por el domicilio?		
	¿Está libre el trayecto a la habitación, cocina y cuarto de baño?		
	¿Hay mobiliario innecesario en alguna habitación que dificulte la ejecución de las AVD?		
	¿Hay cables sueltos que puedan molestar al paso?		
	¿Los pasillos están bien iluminados?		
	¿Hay alfombras sueltas en los pasillos o habitaciones?		
	¿Hay alfombras gruesas que impidan o dificulten el movimiento en silla de ruedas o andando?		
	¿El teléfono se encuentra a su alcance y promoviendo el uso de su miembro afecto?		
	¿Hay una lista con los números de teléfonos más importantes y necesarios junto al teléfono?		
	¿Los objetos que suele utilizar con asiduidad se encuentran siempre en el mismo sitio?		
	Estos objetos, ¿están a su alcance y promoviendo el uso de su miembro afecto? (cepillo de dientes, cubiertos en la mesa, cuchilla para afeitarse, mando de la televisión...).		
	¿La silla que utiliza para comer o en el baño tiene la altura adecuada para que pueda apoyar los pies en el suelo y las rodillas tengan una flexión de 90 grados aproximadamente?		
¿La televisión se encuentra enfrente del lugar en el que se sienta para verla u orientada al lado afecto?			

ÁREA	ÍTEMS	Sí	No
	¿El ordenador se encuentra situado de tal forma que promocióne el uso de ambos miembros?		
	¿Los pomos de las puertas permiten un correcto agarre para poder abrir y cerrar las mismas?		
	¿Existen zonas resbaladizas en la casa?		
	¿Hay pasamanos en las escaleras?		
Baño	¿El inodoro se encuentra a la altura adecuada para que los pies queden apoyados y las rodillas con una flexión de unos 90 grados aproximadamente?		
	¿El papel higiénico está accesible?		
	¿Tiene instalados asideros a los lados del váter?		
	¿Tiene establecida una rutina de micción y/o defecación?		
	¿Hay suelo antideslizante dentro de la ducha o bañera?		
	¿Hay silla o banco en la ducha o bañera en caso de no poder mantenerse de pie en la misma?		
	¿Los grifos son fácilmente regulables mediante el mango?		
	¿Poseen los grifos un indicador claro de frío y caliente?		
	¿Utiliza la mano sana para controlar la temperatura del agua?		
	¿La alcachofa es regulable o de uso manual?		
	¿El jabón de mano, gel y champú se encuentran en dosificadores?		
	¿Utiliza una esponja con mango para facilitar y poder ducharse de forma independiente todo el cuerpo?		
	¿Tiene colocada una alfombrilla que evite los resbalones a la salida de la ducha?		
	Al salir de la ducha, ¿tiene la toalla y ropa de repuesto cerca para facilitar el secado y el vestido?		
	¿El espejo del baño se encuentra a la altura adecuada o inclinado para que la persona pueda verse?		
	¿Controla diariamente su higiene bucal?		
	¿El cepillo de dientes tiene un mango grande que permita su uso con el lado afecto?		
	En caso de afeitarse, ¿utiliza una maquinilla eléctrica para facilitar y simplificar el afeitado incluso con el lado afecto?		
¿El lavabo está despejado por abajo para así poder sentarse mientras realiza las tareas de aseo?			
¿Los utensilios de aseo se encuentran a la vista, accesibles y enfocados para su uso con el lado afecto?			
¿El peine tiene un mango largo y con cierto ángulo que facilite esta tarea del peinado?			
¿El jabón de manos se encuentra en un dosificador y situado por el lado afecto?			



ÁREA	ÍTEMS	Sí	No
Habitación y vestido	¿La ropa que utiliza frecuentemente se encuentra bien clasificada y accesible?		
	¿Los pomos de los armarios y/o cajones son de fácil apertura?		
	¿Tiene un interruptor cerca de la cama y el camino despejado para ir al baño por la noche?		
	¿La cama se encuentra a una altura en la que la persona puede apoyar los pies en el suelo?		
	¿Hay objetos o mobiliario en la habitación que interrumpan la movilidad y la ejecución de las AVD?		
	¿Ordena la ropa en la correcta secuencia antes de vestirse?		
	¿Se viste sentado en la cama o en una silla?		
	¿Se viste empezando por el lado afecto?		
	¿Se desviste empezando por el lado sano?		
	¿Coloca su pierna afectada encima de la sana para facilitar el vestido de las extremidades inferiores?		
	¿Utiliza ropa ajustada?		
	¿Utiliza zapatos de suela antideslizante?		
Cocina y alimentación	¿Los utensilios de cocina que se utilizan con mayor frecuencia se encuentran situados siempre en el mismo sitio, ordenados y accesibles?		
	¿Está la cocina despejada de objetos innecesarios que aporten demasiada información y entorpezcan las AVD?		
	¿El frigorífico está organizado para que quede a una altura adecuada los alimentos más imprescindibles?		
	En la mesa, ¿coloca los cubiertos y el vaso favoreciendo la participación del lado afecto?		
	¿Se sienta de forma erguida y frente al plato?		
	¿Utiliza ambos miembros para así poder comer de forma independiente?		
	En caso de tener dificultad para pinchar algunos alimentos, ¿utiliza una alfombrilla antideslizante o alguna ayuda similar?		
	¿Utiliza cubiertos con mangos anchos?		
	¿Está la mesa a una altura correcta para que pueda entrar una silla con reposabrazos o una silla de ruedas?		

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Nº: _____

CONSEJOS PARA EL ASESORAMIENTO TERAPÉUTICO DOMICILIARIO EN PERSONAS QUE SUFREN ICTUS

(Marcar con una X aquellos consejos cuyos ítems hayan sido deficientes en la valoración)

Quitar el mobiliario que impida la marcha por el domicilio	<input type="checkbox"/>
Dejar el camino libre a la habitación, cocina y cuarto de baño	<input type="checkbox"/>
Quitar el mobiliario innecesario que dificulte la ejecución de las AVD en las habitaciones que sea necesario	<input type="checkbox"/>
Retirar los cables que estén sueltos y puedan molestar el paso	<input type="checkbox"/>
Iluminar correctamente los pasillos	<input type="checkbox"/>
Quitar las alfombras sueltas en los pasillos o habitaciones	<input type="checkbox"/>
Retirar las alfombras gruesas que puedan provocar caídas	<input type="checkbox"/>
Colocar el teléfono a su alcance, promoviendo el uso de su miembro afecto	<input type="checkbox"/>
Colocar una lista con los números de teléfonos más importantes y necesarios junto al teléfono	<input type="checkbox"/>
Situar los objetos que suele utilizar con asiduidad en el mismo sitio	<input type="checkbox"/>
Colocar dichos objetos a su alcance y promoviendo el uso de su miembro afecto (cepillo de dientes, cubiertos en la mesa, cuchilla para afeitarse, mando de la televisión...).	<input type="checkbox"/>
Utilizar sillas, para comer o en el baño, que permitan apoyar los pies en el suelo y las rodillas tengan una flexión de 90 grados aproximadamente	<input type="checkbox"/>
Situar la televisión enfrente del lugar en el que se sienta para verla u orientada al lado afecto	<input type="checkbox"/>
Colocar el ordenador de forma que promocióne el uso de ambos miembros	<input type="checkbox"/>
Utilizar pomos en las puertas que permitan un correcto agarre para poder abrir y cerrar las mismas	<input type="checkbox"/>
Evitar que existan zonas resbaladizas en la casa	<input type="checkbox"/>
Instalar un pasamanos en las escaleras	<input type="checkbox"/>
Adaptar el inodoro para que los pies queden apoyados y las rodillas con una flexión de unos 90 grados aproximadamente	<input type="checkbox"/>
Colocar el papel higiénico para que esté a su alcance	<input type="checkbox"/>
Instalar asideros a los lados del váter	<input type="checkbox"/>
Crear una rutina para la micción y/o defecación	<input type="checkbox"/>
Colocar suelo antideslizante dentro de la ducha o bañera	<input type="checkbox"/>
Colocar una silla o banco en la ducha o bañera en caso de no poder mantenerse de pie en la misma	<input type="checkbox"/>
Utilizar grifos con mangos de fácil agarre y regulación	<input type="checkbox"/>
Utilizar grifos con indicadores claros de frío y calor	<input type="checkbox"/>
Utilizar la mano sana para controlar la temperatura del agua	<input type="checkbox"/>
Utilizar una alcachofa que sea regulable o de uso manual	<input type="checkbox"/>



Utilizar dosificadores para el jabón de mano, gel y champú	
Utilizar una esponja con mango para facilitar y poder ducharse de forma independiente todo el cuerpo	
Colocar una alfombrilla antideslizante en la salida de la ducha	
Al salir de la ducha, colocar la toalla y ropa de repuesto cerca para facilitar el secado y el vestido	
Recolocar o inclinar el espejo del baño para que la persona pueda verse	
Colocar un mango ancho en el cepillo de dientes para poder ser utilizado con el miembro afecto	
En caso de afeitarse, utilizar una maquinilla eléctrica para facilitar el afeitado incluso con el lado afecto	
Despejar el lavabo por abajo para así poder sentarse mientras realiza las tareas de aseo	
Colocar los utensilios de aseo a la vista, accesibles y situados para su uso con el lado afecto	
Utilizar un peine que tenga el mango largo y con cierto ángulo que facilite el peinado	
Colocar el jabón de manos promoviendo el uso del lado afecto	
Colocar la ropa que utilice frecuentemente bien clasificada y accesible	
Utilizar pomos de fácil agarre en los armarios y/o cajones	
Tener un interruptor de luz cerca de la cama y el camino despejado para ir al baño por la noche	
Usar una cama que tenga una altura adecuada para que pueda apoyar los pies en el suelo	
Quitar los objetos o mobiliario de la habitación que interrumpan la movilidad y la ejecución de las AVD	
Ordenar la ropa en la correcta secuencia antes de vestirse	
Vestirse sentado en la cama o en una silla	
Vestirse empezando por el lado afecto	
Desvestirse empezando por el lado sano	
Colocar su pierna afectada encima de la sana para facilitar el vestido del miembro inferior	
No utilizar ropa muy ajustada	
Utilizar zapatos con suela antideslizante	
Situar los utensilios de cocina que se utilicen con mayor frecuencia en el mismo sitio, ordenados y accesibles	
Despejar la cocina de objetos innecesarios que aporten demasiada información y entorpezcan las AVD	
Organizar el frigorífico para que queden a una altura adecuada los alimentos más imprescindibles	
Colocar en la mesa los cubiertos y el vaso favoreciendo la participación del lado afecto	
Sentarse de forma erguida y frente al plato	
Utilizar ambos miembros para así poder comer de forma independiente	
En caso de tener dificultad para pinchar algunos alimentos, utilizar una alfombrilla antideslizante o alguna ayuda similar	
Utilizar cubiertos con mangos anchos	
Para comer, sentarse en una mesa cuya altura permita que entre una silla con reposabrazos o una silla de ruedas	