

Pla de rehabilitació de Catalunya

Els processos assistencials
en rehabilitació



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



CatSalut

Servei Català
de la Salut

Pla de rehabilitació de Catalunya

Els processos assistencials
en rehabilitació



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



CatSalut

Servei Català
de la Salut

Pla de Rehabilitació de Catalunya : els processos assistencials en rehabilitació

Bibliografia

ISBN 9788439378631

I. Servei Català de la Salut II. Pla de Rehabilitació de Catalunya III. Títol:

Processos assistencials en rehabilitació

1. Discapacitats – Catalunya – Avaluació 2. Discapacitats – Catalunya –

Assistència mèdica 3. Rehabilitació – Catalunya

364.4(467.1)

© Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Edició: Servei Català de la Salut (CatSalut)

1a edició: Barcelona, setembre de 2008

ISBN: 9788439378631

Disseny gràfic: Ortega i Palau, S.L.

Impressió: Gràfiques Alpres

Dipòsit legal: B-44.229-2008

Presentació

Dintre el marc d'actuacions del Pla de rehabilitació de Catalunya, el CatSalut va definir el catàleg de processos que serveix de base per a la compra de serveis de rehabilitació ambulatoria, domiciliària i logopèdica, i el 2006 van entrar en vigor els contractes de gestió d'aquests serveis.

Un cop definit i posat en marxa el nou sistema de compra de serveis es fa necessari disposar de criteris que permetin ordenar la prestació de rehabilitació.

Una altra necessitat és conèixer les característiques i la gravetat dels déficits funcionals i les discapacitats de la població que requereix els serveis de rehabilitació. Hi ha una gran varietat d'instruments i escales de valoració funcional, sense que hagi un consens respecte a quins s'han utilitzar.

Per respondre a aquestes necessitats, el CatSalut va constituir grups d'experts en els diferents grups de patologies que són tributàries de rehabilitació amb la finalitat de definir criteris d'inclusió i exclusió, circuits de derivació, i recomanar instruments i escales de valoració funcional per a cada procés del catàleg.

En la constitució dels grups d'experts es va disposar de la col·laboració de diferents institucions i societats científiques i professionals:

- Agrupació Catalana d'Empresaris de Centres de Recuperació Funcional (ACERF)
- Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya
- Col·legi de Logopedes de Catalunya
- Consorci Hospitalari de Catalunya (CHC)
- Institut Català de la Salut (ICS)
- Societat Catalana de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia
- Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària
- Societat Catalana de Pediatria
- Societat Catalana de Rehabilitació i Medicina Física
- Societat Catalana d'Otorinolaringologia i Patologia Cervicofacial
- Societat Catalanoblear de Fisioteràpia
- Unió Catalana d'Hospitals (UCH)

Aquest document recull les conclusions dels diferents grups d'experts en rehabilitació, a les quals es va arribar a partir de reunions desenvolupades entre el juny del 2006 i el setembre del 2007.

D'acord amb els objectius que tenien definits els grups, aquest document no estableix estàndards de tractament ni de qualitat en rehabilitació. No és, per tant, una guia de pràctica clínica.

Per a cada grup de patologies, s'hi fan recomanacions respecte a:

- els criteris que han de guiar la derivació cap a un servei de rehabilitació per part del personal facultatiu responsable de la persona pacient;
- des de quines especialitats s'ha de derivar, amb caràcter preferent i no exclouent;
- quins són els instruments de valoració funcional que s'haurien de fer servir per part dels serveis de rehabilitació per mesurar la discapacitat de les persones pacients a l'inici i al final del tractament rehabilitador.

En tot cas, s'ha de tenir en compte que són recomanacions i que ha de prevaler el criteri dels facultatius implicats en el procés d'atenció a cada persona pacient.

Tot i que el document segueix l'ordenació general de patologies del catàleg de processos del CatSalut, la correspondència no és exacta. Així, determinades patologies que en el catàleg estan incloses en un únic procés tenen diferents criteris d'inclusió o circuits de derivació, i en conseqüència es tracten de manera diferenciada. A l'inrevés, determinats processos del catàleg resulten homogenis des del punt de vista dels criteris d'inclusió i de circuits de derivació, i per aquesta raó en el document es tracten com una sola agrupació de patologies.

D'altra banda, determinats processos del catàleg inclouen una diversitat molt gran de patologies. En alguns casos s'han seleccionat les patologies més prevalents o d'un impacte més gran a l'hora de definir criteris d'inclusió i circuits de derivació.

Juliol de 2008

Grups d'experts

Coordinació: Josep L. Díez Betoret, CatSalut

Malalties del sistema nerviós

Abenzoza, Montse	Fundació Althaia
Bernabeu, Montserrat	Institut Guttmann
Bori, Imma	Hospital Vall d'Hebron
Cerdà, Mercè	Pius Hospital de Valls
Closa, Conxita	Fisiogestió
Duarte, Ester	Hospital del Mar
Duaso, Núria	Corporació Sanitària Parc Taulí
García Fernández, Luis	Hospital Vall d'Hebron
Garreta, Roser	Hospital Mútua de Terrassa
Marín, Josep M.	IRITEB
Medina, Josep	Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya
Minguell, Cristina	Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut
Nuevo, Montserrat	Hospital Clínic i Provincial de Barcelona
Vióquez Meya, Maria	Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

Atenció domiciliària a malalts neuromusculars amb discapacitat greu

Amelivia, A.	Hospital Vall d'Hebron
Escarrabill, Joan	Hospital Universitari de Bellvitge
Febrer, Anna	Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona
Garreta, Roser	Hospital Mútua de Terrassa
Illa, Isabel	Fundació per a la Gestió de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Labad Aramburo, Jorge	CAP Sant Pere (Reus), Institut Català de la Salut
Martinell, Montse	Institut Guttmann
Minguell, Cristina	Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut

Malalties de l'aparell locomotor i el teixit connectiu

Adalid, Antonio	Corporación Fisiogestión
Almendáriz, Ana	Hospital de Sant Celoni
Alós, Antoni	IRITEB
Aramburo, Fermín	Societat Catalana de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia
Cabot, Antoni	Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya
Cuxart, Empar	Societat Catalana de Rehabilitació i Medicina Física
Garriga, Salut	Hospital de Terrassa
Martí, Antoni	Centre de Rehabilitació Sant Antoni Abat
Möller, Mercedes	CAP Drassanes (Barcelona), Institut Català de la Salut
Muniesa, Josep M.	Hospital de l'Esperança
Puig, Lluís	Societat Catalanoblear de Fisioteràpia
Tinoco, Jesús	ConSORCI Sanitari Integral
Vidal, Alfons	CAP Güell (Girona), Institut Català de la Salut

Rehabilitació respiratòria

Castillo Sánchez, Imma	Hospital General de Granollers
Coll, Ramon	Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
García Besada, J. A.	Hospital Vall d'Hebron
Güell, Maria Rosa	Fundació per a la Gestió de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Llunell, Antònia	Hospital de Terrassa
Martí, Antoni	Centre de Rehabilitació Sant Antoni Abat
Martín Luján, Francisco	SAP Reus-Altebrat, Institut Català de la Salut
Mas, Montserrat	CAP Chafarinas (Barcelona), Institut Català de la Salut
Sangenís, Mercè	Fundació per a la Gestió de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Incontinència urinària

Alabart, Víctor	IRITEB
Arañó, Pere	Fundació Puigvert
España, Montserrat	Hospital Clínic i Provincial de Barcelona
Haimovich, Sergio	Hospital del Mar
Ostiz Zubieta, Fabián	CAP Sant Andreu (Barcelona), Institut Català de la Salut

Ramírez, Lucrecia
Ruiz, Olga
Vila, M. Antònia

Hospital Vall d'Hebron
Centre de Rehabilitació Sant Antoni Abat
ICAP Gòtic (Barcelona), Institut Català de la Salut

Logopèdia

Aracil, Asunción
Bonet, Montserrat
Duaso, Núria
Dulcet, Elisabet
Fortiana, Mireia
Fortuny, Carmela
Grandi, Diana
Herrero, Teresa
López García, Carmen
Martínez Rivero, José
Pallerés, Inés
Perelló Scherdel, Enric

Torres, Mercè
Vila, Josep M.

Societat Catalana de Pediatria
Universitat de Barcelona
Corporació Sanitària Parc Taulí
Col·legi de Logopedes de Catalunya
Centre de Rehabilitació Sant Antoni Abat
Institut Logopèdic de Barcelona
Col·legi de Logopedes de Catalunya
Hospital Vall d'Hebron
CAP Drassanes (Barcelona), Institut Català de la Salut
CAP Mataró (Mataró), Institut Català de la Salut
UTE ACERF
Societat Catalana d'Otorinolaringologia i Patologia
Cervicofacial

Centre de Rehabilitació i Llenguatge
Facultat de Psicologia Blanquerna,
Universitat Ramon Llull

Índex

Críteris generals per a la indicació d'atenció de rehabilitació	13
La derivació	14
Els instruments i les escales de valoració funcional	16
Malalties del sistema nerviós central	17
Malalties del sistema nerviós central	19
Ictus	20
Afeccions del sistema nerviós central de causa tumoral i infecciosa	23
Esclerosi múltiple	24
Malaltia de Parkinson	26
Dany cerebral per traumatisme cranioencefàlic	27
Lesions de la medul·la espinal	28
Canal vertebral estret: canal cervical estret (mielopatia) i canal lumbar estret	29
Afeccions del sistema nerviós perifèric	30
Síndromes canaliculars i/o d'atrapament	32
Neuromiopaties i determinades neuropaties perifèriques hereditàries i idiopàtiques	33
Atenció domiciliària a malalts neuromusculars amb discapacitat greu	35
Malalties de l'aparell locomotor i el teixit connectiu	37
Afeccions traumàtiques	40
Afeccions traumàtiques osteoarticulars de les extremitats	40
Fractures de fèmur en gent gran (atenció domiciliària)	41
Afeccions traumàtiques de les parts toves de les extremitats	42
Politraumatismes	43
Afeccions traumàtiques de tronc i columna vertebral sense lesió medul·lar	44
Reparacions, reemplaçaments d'estructures articulars i amputacions	45
Reparacions i reemplaçaments d'estructures articulars	45
Artroplasties de genoll i de maluc (atenció domiciliària)	47
Amputacions i reimplantacions	48
Afeccions no traumàtiques	49
Afeccions no traumàtiques osteoarticulars i parts toves	50
Artropaties degeneratives	51
Tendinopaties, bursitis i meniscopaties	51
Rigidesa articular i trastorns que limiten la mobilitat articular	52
Capsulitis retràctil de l'espatlla	52

Inestabilitat de l'articulació glenohumeral, incloses les luxacions recidivants	52
Condropatia rotuliana, síndrome d'hiperpressió externa i inestabilitat rotuliana	53
Artritis	54
Afeccions no traumàtiques de columna vertebral sense lesió medul·lar	56
Àlgies raquídies de qualsevol localització per causa degenerativa i/o inespecífica	56
Espondilolistes i espondilòlisi lumbar	58
Aixafament vertebral per osteoporosi	59
Radiculopaties cervicals i lumbars	60
Escoliosi	61
Altres afeccions no traumàtiques	62
Síndrome de dolor regional complex tipus I	62
Síndrome d'immobilitat	63
Malalties de l'aparell respiratori	65
Malalties respiratòries cròniques	67
Fisioteràpia respiratòria bàsica	68
Entrenament muscular	69
Malalties de l'aparell circulatori	73
Limfedema	75
Malalties de l'aparell genitourinari	77
Incontinència urinària	79
Logopèdia	81
Afàsia	83
Disàrtria	85
Disfàsia	86
Trastorns de la fluència	89
Disfonia i afonia	91
Anomalies funcionals dentofacials, inclosa la maloclusió	93
Referències bibliogràfiques	95
Instruments i escales de valoració funcional	103
Malalties del sistema nerviós	105
Índex de Barthel	107

Escala de força muscular del Medical Research Council (Escala d'Oxford)	108
Classificació de la malaltia de Parkinson en estadis de Hoehn i Yahr	109
Rancho Los Amigos Level of Cognitive Functioning (LCFS)	110
Mètode Brünstrom de valoració del control motor	111
Escala de Mayo de sensibilitat	112
Escala ASIA	113
Escala de discapacitat de Kurtzke	114
Escala funcional de Vignos modificada	115
Malalties de l'aparell locomotor i teixit connectiu	117
Functional Ambulation Classification de Holden (FAC)	119
Qüestionari WOMAC per artrosi	120
Valoració xifrada de Merle d'Aubigné	128
Puntuació de l'Hospital for Special Surgery (HSS)	129
Qüestionari SAT-PRO	130
Qüestionari DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand)	134
Test de Waddell	144
Qüestionari per a dolor cervical de l'Hospital Northwick Park	145
Test de Constant modificat	149
Qüestionari de dolor lumbar (Oswestry)	150
Health Assessment Questionnaire	154
Malalties de l'aparell respiratori	159
Índex BODE	161
Escala de dispnea del Medical Research Council (MRC)	162
Malalties de l'aparell genitourinari	163
Questionari ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form)	165
Logopèdia	167
Voice Handicap Index - 10	169
Escala per a l'avaluació de la conducta i actitud de la persona disfèmica	171
Avaluació de la gravetat de la quequesa	175
Annex	177
Resum de derivadors per grups de patologies	179

criteris generals per a la indicació d'atenció de rehabilitació

Amb caràcter general, la rehabilitació requereix una participació activa de la persona pacient i, segons el seu estat funcional, un suport sociofamiliar adequat. En la decisió de sol·licitar i iniciar un tractament rehabilitador caldrà tenir en compte també factors que poden afectar la seguretat de la persona pacient, com la presència de comorbiditats que puguin empitjorar amb el tractament rehabilitador, o que poden impedir assolir els objectius del tractament, com la presència de trastorns greus cognitius, mentals, de conducta o un suport sociofamiliar inadequat quan aquest és imprescindible.

Així doncs, i en general, perquè una persona pacient sigui tributària de rehabilitació ha de complir els requisits següents:

- que es puguin definir objectius de recuperació funcional assolibles amb la rehabilitació;
- ha d'estar motivada per fer el tractament rehabilitador;
- no ha de tenir trastorns greus cognitius, mentals o de conducta que impedeixin assolir els objectius del tractament rehabilitador;
- no ha de presentar comorbiditats que puguin empitjorar a causa del tractament rehabilitador.

Per tant, en general, una persona pacient no és tributària de rehabilitació quan no compleix algun dels requisits anteriors.

La rehabilitació es du a terme majoritàriament en la modalitat d'atenció ambulatoria, que consisteix en el desenvolupament de les activitats de rehabilitació en centres, serveis i establiments sanitaris per a persones pacients que no estan en règim d'internament ni d'hospitalització parcial; per exemple, durant l'hospitalització per una patologia aguda, o en hospital de dia. Per fer rehabilitació en atenció ambulatoria es requereix, a més dels criteris generals, que les persones pacients no tinguin trastorns d'orientació.

La modalitat d'atenció domiciliària consisteix en el desenvolupament de les activitats de rehabilitació en el domicili de la persona pacient, i es produeix quan, segons el parer del personal facultatiu rehabilitador responsable de l'atenció, es considera necessària per:

- circumstàncies clíniques de la mateixa malaltia, quan hi ha comorbiditats que poden empitjorar amb el desplaçament de la persona pacient al centre, o quan hi ha altres factors clínics que segons el personal facultatiu ho aconsellen;
- l'existència de factors que impedeixen o desaconsellen el desplaçament al centre, com són:
 - barreres arquitectòniques en el domicili de la persona pacient;
 - distància que fa que el desplaçament al centre tingui una duració inadequada;
 - suport sociofamiliar inadequat quan el desplaçament de la persona pacient al centre el requereix.

La modalitat d'atenció domiciliària és la més adequada per a determinats casos i patologies que s'especifiquen més endavant en aquest document.

La derivació

Els processos d'atenció de rehabilitació es duen a terme per serveis o equips multidisciplinaris que actuen sota la responsabilitat d'un metge/metgessa especialista en medicina física i rehabilitació. Els professionals que el componen actuen de manera coordinada entre ells i amb els professionals de l'entorn assistencial de l'equip.

Aquests serveis o equips de rehabilitació reben persones pacients derivades des d'altres dispositius sanitaris del sistema. En el context d'aquest document, doncs, s'entén per derivació la sol·licitud de serveis de rehabilitació per part del metge/metgessa responsable de l'atenció a les persones pacients a un servei o equip de rehabilitació. En la visita inicial de valoració de la persona pacient pel metge/metgessa especialista en medicina física i rehabilitació, si escau fer un tractament rehabilitador, aquest/a estableix la pauta terapèutica i la modalitat (ambulatoria o domiciliària) de rehabilitació. En el cas que no escaigui tractament rehabilitador, n'informa el metge/metgessa sol·licitant.

D'acord amb la normativa vigent, pot derivar persones pacients el personal facultatiu que presta serveis en unitats proveïdores del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya, i d'entitats proveïdores de serveis de rehabilitació contractades pel CatSalut.

En aquest document s'identifiquen per a cada procés les modalitats d'atenció, i en determinats processos quina és l'especialitat des de la qual es recomana fer la derivació cap a serveis o equips de rehabilitació, tenint en compte que aquestes recomanacions són d'aplicació en les circumstàncies més habituals de funcionament del sistema, ja que el criteri del personal facultatiu responsable de l'atenció a la persona pacient és el que finalment ha de prevaler.

Així doncs, quan s'especifica només l'àmbit d'atenció, qualsevol facultatiu de l'àmbit pot derivar. Per exemple:

- atenció primària
- atenció especialitzada

Quan s'especificuen una o més especialitats mèdiques dintre un àmbit, aquestes són les preferents en les condicions habituals. Per exemple:

- atenció primària: medicina familiar i comunitària
- atenció especialitzada: cirurgia ortopèdica i traumatologia, neurologia

En alguns casos en què és particularment rellevant mantenir la relació amb el metge/metgessa responsable de l'atenció que motiva la derivació, com és el cas de la rehabilitació que cal fer després de determinades intervencions quirúrgiques, s'especifica que el derivador ha de ser del centre on s'ha fet la intervenció.

Una circumstància freqüent en el sistema és que es produeixin derivacions cap a serveis de rehabilitació des d'altres serveis de rehabilitació, com és el cas, entre d'altres, de les persones pacients que inicien la rehabilitació mentre estan hospitalitzades per algun procés agut i després l'han de continuar a l'alta. En aquest document no es fa referència als metges/metgesses rehabilitadors com a derivadors per evitar repetir-ho en tots els processos, ja que poden ser derivadors per a qualsevol procés.

Al marge del mitjà amb què es reculli (paper, electrònic o d'altres), la derivació ha de contenir les dades mínimes necessàries per a una correcta valoració i establiment de la pauta terapèutica per part del metge/metgessa rehabilitador:

- identificació de la persona pacient, domicili i dades de contacte;
- identificació del metge/metgessa que sol·licita la derivació (nom, cognoms i número de col·legiat);
- identificació de la unitat proveïdora on presta serveis el metge/metgessa sol·licitant (unitat proveïdora d'origen);
- identificació de la unitat proveïdora a la qual es demana la rehabilitació (unitat proveïdora de destí);
- diagnòstic;
- resultats de les exploracions complementàries i valoració funcional de la persona pacient;
- resum de la història clínica;
- proposta d'objectius del tractament;
- modalitat d'atenció de rehabilitació (ambulatoria, domiciliària) que se sol·licita;
- si l'atenció ha de tenir un caràcter urgent o no.

Els instruments i les escales de valoració funcional

Podem entendre que la rehabilitació tracta les discapacitats enteses com a deficiències, limitacions a l'activitat i/o restriccions a la participació de les persones causades per patologies, trastorns i lesions.

S'ha desenvolupat una gran diversitat d'instruments de valoració funcional i de la discapacitat, de manera que per a problemes similars podem trobar diverses eines.

En aquest document es recomanen instruments i escales que s'han desenvolupat i/o validat en el nostre entorn, sempre que ha estat possible. Determinades escales que es basen en qüestionaris autoadministrats per les mateixes persones pacients s'han inclòs tant en català com en castellà.

Aquestes eines han de servir als professionals que integren els equips o serveis de rehabilitació per objectivar l'estat funcional i la discapacitat de les persones pacients a l'inici i al final del procés.

Malalties del sistema nerviós central

Malalties del sistema nerviós central

Des d'una perspectiva de definició de criteris d'inclusió i de circuits de derivació, resulta convenient agrupar les malalties del sistema nerviós central segons les característiques evolutives:

- Agudes i subagudes. Es caracteritzen per un episodi agut que evoluciona en un temps més o menys llarg cap a la mort o a la curació amb seqüeles variables. Dintre aquest grup cal distingir entre:
 - ictus
 - dany cerebral per traumatisme cranioencefàlic (TCE)
 - afeccions de causa tumoral i infecciosa
 - dany per anòxia cerebral
- Cròniques. Es caracteritzen per un deteriorament funcional progressiu que en algunes malalties pot ser també cognitiu. Inclouen:
 - la malaltia de Parkinson i altres malalties extrapiramidals i trastorns del moviment
 - l'esclerosi múltiple

Ictus

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix l'ictus com una síndrome clínica, presumiblement d'origen vascular, que es caracteritza pel desenvolupament ràpid de signes d'afectació neurològica focal (algunes vegades global) i que duren més de 24 hores o porten a la mort.

L'any 2004, a Catalunya l'ictus va ser la causa de rehabilitació més important entre les malalties del sistema nerviós. La rehabilitació de l'ictus va representar l'1,1% de la demanda total atesa en règim ambulatori i el 16% de la demanda total atesa en règim domiciliari.

En general, les persones pacients d'ictus en fase aguda són internades en hospitals d'aguts, on s'inicia la rehabilitació. Un cop passada la fase aguda, si la persona pacient encara requereix internament, la rehabilitació continua en centres sociosanitaris o en internament per rehabilitació en hospitals d'aguts.

Quan la persona pacient ja és al seu domicili, la rehabilitació pot continuar en els dispositius de rehabilitació ambulatoria i domiciliària existents o en hospitals de dia sociosanitaris o no.

L'any 2005, l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques va publicar, per encàrrec del Pla d'atenció a la malaltia vascular cerebral, la *Guia de pràctica clínica de l'ictus*, que ha de ser el referent.⁴⁰ En relació amb l'organització dels serveis de rehabilitació, algunes de les recomanacions van ser:

«L'oferta global de l'atenció en rehabilitació al llarg de la malaltia ha de ser complementària i integrada. Els serveis comunitaris de rehabilitació s'han d'activar de manera que no hi hagi cap discontinuïtat per a la persona pacient i la seva dotació ha de ser, per tant, suficient per garantir aquesta continuïtat.» (p. 36)

«L'estructura de xarxa assistencial ha de facilitar l'accés a la rehabilitació de les persones pacients que ho requereixin als professionals adequats, si no en disposa el nivell assistencial on la persona pacient és atesa.» (p. 64)

Críteris d'inclusió

- 1) Persones pacients de menys de sis mesos d'evolució que presenten dèficits funcionals atribuïbles a l'ictus:
 - alteracions de la comunicació i/o deglució
 - alteracions neuropsicològiques
 - deficiències de la funció motora (dificultat per deambular, espasticitat, etc.)
 - limitacions en les activitats de la vida diària (higiene, vestit, bany, control d'esfínters, etc.)

- 2) Persones pacients de més de sis i menys de dotze mesos d'evolució que presenten:
- dèficits funcionals en alguna de les àrees funcionals especificades en l'apartat anterior que encara no estan en fase estable. Especialment persones pacients joves; ictus relacionats amb malformacions vasculares i quan hi ha alteracions de la comunicació i/o deglució;
 - una complicació relacionada amb el procés de base: espatlla dolorosa, augment de l'espasticitat, etc.;
 - deficiències en àrees funcionals especificades en l'apartat anterior i que no han fet rehabilitació prèvia ni han estat valorats per un servei de rehabilitació.
- 3) Persones pacients de més de dotze mesos d'evolució que presenten:
- deteriorament en alguna de les àrees funcionals especificades en l'apartat anterior tot i que prèviament estaven en fase estable;
 - una complicació relacionada amb el procés de base: espatlla dolorosa, augment de l'espasticitat, d'altres.

Criteris d'exclusió

- En general, quan hi ha dèficits cognitius greus.
- Quan no hi ha expectatives de millora funcional.
- En atenció domiciliària, quan no hi ha un suport sociofamiliar adequat i aquest resulta imprescindible per al tractament.

Derivació

- Atenció primària
- Atenció especialitzada
- Atenció socio sanitària

Instruments de valoració funcional

Els instruments de valoració funcional amb més validesa, fiabilitat i consens, que es recomana aplicar tant al principi com al final del tractament, són:

- Índex de Barthel^{22,61}
- Mini-mental,³³ quan hi ha trastorns cognitius, sense afàsia
- Escala visual analògica,⁴⁸ quan hi ha dolor i si és possible aplicar-la
- Escala d'Asworth,^{712,38} per valorar l'espasticitat
- Escala de Mayo de sensibilitat

Quan hi ha afàsia:

- Qüestionari d'habilitats comunicatives: CETI⁵⁹
- Test de Barcelona abreujat⁶⁶
- Test Token reduït per a problemes de comprensió²⁶
- Porch Index of Communicative Ability (PICA)^{68,73,74}

En les afàsies greus es recomana el PICA. Si la persona malalta millora es recomana avaluar l'evolució amb el mateix test encara que sigui capaç de fer-ne algun dels altres.

En persones pacients menors de setze anys es recomanen els mateixos tests adaptant les preguntes al seu nivell de desenvolupament. També poden ser útils els mateixos tests que avaluen el desenvolupament del llenguatge.

En ictus de més de dotze mesos d'evolució els instruments de valoració global poden ser poc sensibles als canvis. En aquests casos s'aconsella emprar les escales específiques per a la causa principal de rehabilitació (escala visual analògica; escala d'Asworth).

Afeccions del sistema nerviós central de causa tumoral i infecciosa

En general, són persones pacients que poden requerir rehabilitació després d'un període d'internament en un hospital d'aguts, on poden haver estat intervingudes.

En tots els casos és important garantir que no hi hagi discontinuïtat entre la rehabilitació que s'inicia a l'hospital i la que s'hagi de fer extrahospitalàriament.

Críteris d'inclusió

- Persones pacients en bon estat general. Cal tenir en compte que poden estar immunodeprimides o amb una síndrome paraneoplàsica i un estat general precari.

Críteris d'exclusió

- Fases terminals de la malaltia. La rehabilitació no té com a finalitat la preparació per a la mort i, per tant, no s'ha d'indicar quan s'inicia la fase terminal.

Derivació

- Atenció especialitzada: metges/metgesses de l'hospital on s'ha dut a terme l'atenció en fase aguda i subaguda de les especialitats de neurologia, neurocirurgia, medicina interna, oncologia i pediatria.
- Atenció sociosanitària

Instruments de valoració funcional

- Balanç articular: punt neutre 0^{4,18}
- Balanç muscular: escala de força muscular modificada del Medical Research Council (escala d'Oxford)²⁵
- Índex de Barthel,^{22,61} en atenció domiciliària
- Test de Barcelona complet,⁶⁷ quan hi ha afàsia o trastorns cognitius.

Esclerosi múltiple

L'esclerosi múltiple pot causar una gran varietat de símptomes sensitius, visuals, pèrdua de força i fatiga muscular, espasticitat, trastorns de la parla i la deglució, i de l'equilibri. Les alteracions cognitives són freqüents i també l'afectació emocional i la depressió.

Inicialment, la malaltia acostuma a evolucionar en un patró de brots seguits de remissions de duració imprevisible. Els dèficits neurològics que es manifesten durant el brot es poden recuperar o no.

Emperò, una gran part de persones pacients empitjoren progressivament amb aparició de nous símptomes o empitjorament dels dèficits ja presents.

El tractament rehabilitador és una intervenció eficaç i beneficiosa.²⁰ Són persones pacients que requereixen controls periòdics per un metge/metgessa rehabilitador, que en tot cas ha d'actuar de manera coordinada amb la resta d'agents que participen en l'atenció sanitària, sociosanitària i de serveis socials.

En general, els objectius de la rehabilitació en aquestes malalties són, sobretot:

- adaptació als dèficits mitjançant ajudes tècniques i teràpia ocupacional, quan hi ha limitacions per a les activitats de la vida diària;
- evitar més pèrdua de força;
- reeducació de la parla i la deglució quan estan afectades;
- tractament de les alteracions ventilatòries amb fisioteràpia respiratòria i ventilació mecànica, si escau.

En tot cas, es recomana que les persones pacients en fase estable desenvolupin pautes d'exercici i d'activitat física tendents a mantenir la força, en dispositius que no necessàriament han de ser sanitaris, sinó que poden ser comunitaris.

Críteris d'inclusió

- Atenció ambulatoria: després de recaiguda o empitjorament dels dèficits que provoca una discapacitat classificable en estadi inferior a 6 de l'escala de discapacitat de Kurtzke.⁵⁴
- Atenció domiciliària: després de recaiguda o empitjorament dels dèficits que provoca una discapacitat classificable en estadi 6 o superior de l'escala de discapacitat de Kurtzke.⁵⁴

Escala de discapacitat de Kurtzke	
0	Examen neurològic normal.
1.0	Sense incapacitat, mínims signes en un sistema funcional.*
2.0	Mínima incapacitat en un sistema funcional.
3.0	Moderada incapacitat en un sistema funcional o incapacitat lleu en tres o quatre sistemes funcionals.
4.0	Completament ambulant, autosuficient, malgrat el compromís greu d'un sistema funcional o moderat de diversos, camina sense ajuda 500 metres.
5.0	Ambulant, pot caminar sense ajuda ni suport 200 metres; impedit/da per treballar a jornada completa sense mesures especials, amb acumulació de diversos déficits, generalment amb compromís molt greu d'un sistema funcional.
6.0	Ajuda intermitent o constant (bastó, crosses) requerides per caminar 100 metres.
7.0	Incapaç de caminar 5 metres fins i tot amb ajuda, principalment en cadira de rodes, capaç de traslladar-se en cadira de rodes 12 hores al dia.
8.0	Enllitat/da o en cadira de rodes, pot fer-se càrrec de la seva cura personal, generalment conserva l'ús efectiu dels braços.
9.0	Persona pacient enllitada, pot comunicar-se o menjar.
10.0	Mort per esclerosi múltiple.
*Sistemes funcionals: piramidal, cerebel·lós, tronc, sensitiu, cognitiu, digestiu, urinari, visual. KURTZKE JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: An expanded Neurology 1983; 33: 1444-52.	

Derivació

- Atenció primària
- Atenció especialitzada: neurologia
- Atenció sociosanitària

Instruments de valoració funcional

- Escala de discapacitat de Kurtzke⁵⁴
- Índex de Barthel,^{22,61} en atenció domiciliària
- Test de Barcelona abreujat, quan hi ha afàsia o trastorns cognitius⁶⁶

Malaltia de Parkinson

Malaltia d'evolució progressiva i altament incapacitant, com a resultat d'una deficiència dopaminèrgica associada a degeneració de la substància *nigra*. La simptomatologia clínica predominant comprèn el tremolor, la bradicinèsia, l'alteració dels reflexos posturals i la rigidesa.

L'any 2004 va representar un 5,4% de la demanda de rehabilitació en atenció domiciliària.

El tractament rehabilitador és beneficiós.²⁰ Va dirigit a intentar actuar sobre aquesta simptomatologia i compensar les discapacitats que determinen la dificultat de la manipulació, el trastorn de la marxa i la dificultat per a les activitats de la vida diària, mitjançant la correcció postural, els exercicis de coordinació, la reeducació de la marxa, l'estimulació sensorial (que inclou la visual) i la logopèdica per als trastorns de la parla i/o de la deglució.

Críteris d'inclusió

- Atenció ambulatoria: persones pacients en els estadis II i III de la classificació de Hoehn i Yahr⁴⁴
- Atenció domiciliària: persones pacients en els estadis IV i V de la classificació de Hoehn i Yahr⁴⁴

Classificació de la malaltia de Parkinson segons els estadis de Hoehn i Yahr

Estadi 0: no hi ha signes de malaltia

Estadi I: malaltia unilateral

Estadi II: malaltia bilateral sense alteració de l'equilibri

Estadi III: malaltia bilateral lleu a moderada; certa inestabilitat postural; físicament independent.

Estadi IV: incapacitat greu; encara pot caminar o estar dret/a sense ajuda.

Estadi V: roman en cadira de rodes o enllitat/da si no té ajuda

HOEHN MM, YAHR MD. Parkinsonism: onset, progression and mortality. *Neurology*. 1967 May; 17 (5): 427-42.

Derivació

- Atenció primària
- Atenció especialitzada: neurologia
- Atenció sociosanitària

Instruments de valoració funcional

- Classificació evolutiva de Hoehn⁴⁴
- Índex de Barthe^{22,61}
- Mini-mental,³³ quan hi ha trastorns cognitius

Dany cerebral per traumatisme cranioencefàlic

Les persones pacients que pateixen les conseqüències d'un traumatisme cranioencefàlic moderat o greu poden presentar seqüeles en diferents àmbits (motor, cognitiu, emocional, conductual, etc.) que condicionaran la necessitat de continuar tractament una vegada cursin alta de l'hospital.

L'afectació de les funcions superiors (funcions cognitives, conductuals i emocionals) són la causa fonamental de discapacitat en les persones que han patit un traumatisme cranioencefàlic.

Criteris d'inclusió

- Persones pacients que a l'alta de l'hospital estan en els nivells VII i VIII de l'escala Rancho Los Amigos Level of Cognitive Functioning (LCFS), amb dèficit funcional recuperable. Són persones pacients que poden tenir seqüeles físiques, cognitives i de llenguatge i que poden necessitar suport terapèutic per a una reinserció laboral i social.

Rancho Los Amigos Level of Cognitive Functioning (LCFS)

I	Absència de resposta que equival a situació de coma.
II	Resposta generalitzada que equival a situació d'estat vegetatiu.
III	Resposta localitzada que equival a una situació de mínima resposta.
IV	Resposta confusa agitada.
V	Resposta confusa, inapropiada, no agitada.
VI	Resposta confusa apropiada.
VII	Resposta automàtica apropiada.
VIII	Resposta intencionada apropiada.

Derivació

- Atenció especialitzada: metges/metgesses de l'hospital on s'ha dut a terme l'atenció en fase aguda de les especialitats de neurologia i neurocirurgia.

Instruments de valoració funcional

- Mètode Brunnstrom de valoració del control motor¹⁴
- Balanç articular: punt neutre 0^{4,18}
- Balanç muscular: escala de força muscular modificada del Medical Research Council (escala d'Oxford)²⁵
- Test de Barcelona complet, quan hi ha afàsia o trastorns cognitius⁶⁶
- Escala de resultats ampliada de Glasgow (GOS-E)⁸⁵

Lesions de la medul·la espinal

La incidència de lesions medul·lars a Catalunya s'estima en dos o tres casos per 100.000 habitants, incloses totes les causes traumàtiques i mèdiques adquirides, com la mielopatia degenerativa secundària a artrosis, les vasculars, tumorals i hematològiques, i excloses les patologies desmielinitzants, heredodegeneratives, el mielomeningocele i les lesions de motoneurona.

L'atenció a aquestes persones pacients durant la fase aguda es fa en unitats especialitzades de centres d'internament d'aguts, on també comencen a fer rehabilitació. Segons la causa i la gravetat de la lesió, un cop superada la fase aguda passen a un centre neurorehabilitador o a dispositius de convalescència.

Un cop la lesió està estabilitzada, les necessitats de rehabilitació depenen del nivell de la lesió i de factors individuals.

Les persones pacients amb lesions completes dels nivells C1-C4 tenen una gran discapacitat i una gran dependència. Requereixen indefinidament ventilació mecànica, fisioteràpia de manteniment i fisioteràpia respiratòria.

En la resta de lesions, i si la persona pacient ha seguit un procés rehabilitador correcte, normalment a l'alta no requereix més rehabilitació, sinó seguir fent una pauta d'exercicis.

criteris d'inclusió

- Atenció ambulatoria: persones pacients amb lesió medul·lar completa o incompleta de nivells inferiors a C4 estabilitzada amb alguna complicació que l'impedeix fer la pauta d'exercicis recomanada.
- Atenció domiciliària: quan hi ha alguna contraindicació pel règim ambulatori, edat avançada, barreres arquitectòniques en el domicili de la persona pacient, suport inadequat de l'entorn sociofamiliar, circumstàncies clíniques de la mateixa malaltia (mal estat general o d'altres) o comorbiditats que poden empitjorar amb el desplaçament.

Derivació

- Atenció primària
- Atenció especialitzada: metges/metgesses de l'hospital que ha prestat l'atenció en les fases aguda i subaguda i de centres de neurorehabilitació
- Atenció sociosanitària

Instruments de valoració funcional

- Escala d'ASIA (classificació de Frankel)⁷⁷
- Índex de Barthe^[22,61]

Canal vertebral estret: canal cervical estret (mielopatia) i canal lumbar estret

L'espondilosi n'és la causa més freqüent, especialment en la gent gran. El grau d'estenosi va de lleu a greu i per tant l'estadi en què es trobi la persona pacient condicionarà un tractament o un altre. La valoració neurològica és imprescindible per desenvolupar un tractament de rehabilitació.

Tot i que l'eficàcia de la rehabilitació en aquests casos és baixa, els objectius són el control i la millora del dolor derivat de la patologia subjacent de la columna vertebral i/o la recuperació funcional de la persona pacient.

Críteris d'inclusió

- Persones pacients amb dolor i/o dèficit funcional recuperable amb rehabilitació.
- Persones pacients en fase de postcirurgia que siguin candidates a millorar i/o estabilitzar lesions residuals.

Derivació

- Atenció primària: medicina familiar i comunitària
- Atenció especialitzada: cirurgia ortopèdica i traumatologia, neurologia, neurocirurgia, reumatologia

Instruments de valoració funcional

- Escala analògica visual⁴⁸
- Balanç muscular: escala de força muscular modificada del Medical Research Council (escala d'Oxford):²⁵
 - si hi ha afectació d'extremitats superiors: qüestionari DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand);^{46,81}
 - si hi ha afectació d'extremitats inferiors: Functional Ambulation Classification de Holden.⁴⁵

Afeccions del sistema nerviós perifèric

El terme neuropatia perifèrica es refereix a un grup d'afeccions d'etiologia, presentació i evolució molt variada, que poden afectar tant les funcions sensitives i motores com autonòmiques dels nervis perifèrics, i que en determinats casos poden produir discapacitats greus.

Les causes es poden agrupar en trastorns:

- Metabòlics: diabetis, alcoholisme, deficiències alimentàries, insuficiència renal, càncer, etc.
- Sistèmics i infecciosos: síndrome de Guillain-Barré, sida, artritis reumatoide, lupus eritematós sistèmic, etc.
- Intoxicacions i medicaments: síndrome tòxica, inhalació de tòxics, metalls pesants (plom, arsènic, etc.).
- Mecàniques i d'altres: compressió o atrapament, traumatisme directe, exposició al fred, isquèmia, etc.
- Hereditàries i idiopàtiques: malaltia de Charcot-Marie-Tooth, malaltia de Refsum, etc.

Les neuropaties perifèriques poden afectar un únic nervi (mononeuropaties), diferents nervis no adjacents (mononeuropatia múltiple) o presentar-se amb un patró simètric d'afectació distal predominantment sensorial en mans i peus (polineuropaties).

L'evolució és també variada, segons l'etiologia: a brots, progressives, amb evolució a cròniques o a la curació.

Les finalitats de la rehabilitació en les neuropaties perifèriques, en general i segons l'afectació individual, són:

- disminuir el dolor;
- reeducar la sensibilitat propioceptiva;
- recuperar o mantenir la força muscular;
- recuperar les activitats de la vida diària, bàsiques i instrumentals.

L'assoliment d'aquests objectius pot requerir, a més de fisioteràpia:

- teràpia ocupacional;
- indicació d'ortosis i ajudes mecàniques;
- logopèdia;
- fisioteràpia respiratòria.

En aquest document les síndromes d'atrapament es tracten com un procés específic, mentre que les neuropaties hereditàries i idiopàtiques s'inclouen en el grup de neuropaties.

Críteris d'inclusió

En general, en persones pacients que no estan en fase estable, quan hi ha símptomes i/o alteracions motores amb dèficit funcional recuperable.

Ateses les variades formes d'evolució segons l'etiologia (a brots, progressives, amb evolució a cròniques o a la curació), la rehabilitació està indicada en:

- les d'evolució aguda;
- les d'evolució crònica, durant els brots o les descompensacions funcionals atribuïbles a la neuropatia subjacent.

Derivació

- Atenció primària
- Atenció especialitzada
- Atenció sociosanitària

Instruments de valoració funcional

Atesa l'evolució crònica de moltes neuropaties perifèriques, és molt important que l'informe d'alta de rehabilitació inclogui tant els resultats objectius de la valoració funcional com una interpretació qualitativa de la situació funcional de la persona pacient i l'evolució funcional que cal esperar.

- Escala visual analògica,⁴⁸ quan hi ha dolor
- Balanç articular: punt neutre 0^{4,18}
- Balanç muscular: escala de força muscular modificada del Medical Research Council (escala d'Oxford)²⁵
- Índex de Barthel,^{22,61} quan hi ha afectació d'activitats de la vida diària

Síndromes canaliculars i/o d'atrapament

Afecten un únic nervi perifèric per causa local, habitualment compressió del nervi en diferents llocs del seu recorregut. S'ha de tenir en compte, a més, la possibilitat que es pugui produir una isquèmia.

Críteris d'inclusió

- Persones pacients no operades amb simptomatologia clínica de dolor, sensacions d'inflor, formigueig i altres disestèsies que no han cedit amb el tractament farmacològic. Amb estudi EMG o sense, i alteració lleu o moderada de la velocitat de conducció.
- Persones pacients no operades amb clínica de dolor en la qual es preveu una causa reversible (embaràs, puerperi, hipotiroïdisme, obesitat, etc.).
- Persones pacients en fase postquirúrgica que presenten cicatriu dolorosa i/o adherida, o dèficit articular i/o muscular per immobilització prolongada, o indicis de síndrome de dolor regional complex de tipus I.

Críteris d'exclusió

- Persones pacients amb signes clínics greus sensitius i/o motors i afectació de la velocitat de conducció moderada o greu, atesa la poca eficàcia de la rehabilitació en aquests casos.
- Persones pacients en fase de seqüeles: afectació sensitiva i motora de llarga evolució, astereognòsia i/o atròfia muscular de més de sis mesos d'evolució i que no s'ha resolt amb un primer temps de tractament rehabilitador.

Derivació

- Atenció primària
- Atenció especialitzada

Instruments de valoració funcional

- Escala visual analògica,⁴⁸ quan hi ha dolor
- Balanç articular: punt neutre 0^{4,18}
- Balanç muscular: escala de força muscular modificada del Medical Research Council (escala d'Oxford)²⁵
- Escala Mayo de sensibilitat

Neuromiopaties i determinades neuropaties perifèriques hereditàries i idiopàtiques

Les malalties neuromusculars (MNM) són malalties que afecten alguna part de la denominada unitat motora, entenent com a tal el conjunt de la neurona motora de la medul·la espinal, els seus àxons (nervis perifèrics), la placa neuromuscular i les fibres musculars inervades per la neurona motora.

Presenten com a tret comú la pèrdua de força muscular, que es pot manifestar des del naixement o en etapes posteriors de la vida. L'evolució és progressiva, de manera continuada, o marcada per brots que produeixen més dèficit funcional que es pot recuperar, totalment o parcialment, o no. En determinades patologies l'evolució pot ser ràpida i produir un elevat grau de discapacitat i la mort.

Algunes de les malalties més significatives d'aquest grup són:

- esclerosi lateral amiotròfica
- atròfia espinal
- neuropaties sensitivomotores hereditàries (malaltia de Déjerine-Sottas, malaltia de Charcot-Marie-Tooth, malaltia de Refsum)
- miastènia *gravis*
- distròfia muscular de Duchenne/Becker
- altres distròfies musculars (de cintura, DFEH)
- distròfia miotònica

Són persones pacients que requereixen controls periòdics per un metge/metgessa rehabilitador, que en tot cas ha d'actuar de manera coordinada amb la resta d'agents que participen en l'atenció: pediatre, metge de família, neuròleg, pneumòleg, dispositius d'atenció socio sanitària.

En general, els objectius de la rehabilitació en aquestes malalties són, sobretot:

- adaptació als dèficits mitjançant ajudes tècniques i teràpia ocupacional, quan hi ha limitacions per a les activitats de la vida diària;
- adaptació de l'habitatge i de l'entorn;
- evitar deformitats articulars;
- evitar més pèrdua de força;
- reeducació de la parla i la deglució quan estan afectades i implementació de sistemes alternatius i augmentatius de la comunicació (SAAC) quan no hi ha possibilitat d'establir una comunicació oral;
- tractament de les alteracions ventilatòries amb fisioteràpia respiratòria i ventilació mecànica, si escau.

Críteris d'inclusió

- Atenció ambulatoria: després d'episodis d'empitjorament o postcirurgia correctora en persones pacients en el nivell A o B de l'escala funcional de Vignos modificada, sense afectació de funcions bulbars.
- Atenció domiciliària: quan hi ha circumstàncies clíniques de la mateixa malaltia o comorbiditats que poden empitjorar amb el desplaçament de la persona pacient al centre, o factors que impedeixen o desaconsellen el desplaçament al centre.

Escala funcional de Vignos modificada

A. Camina i puja escales

B. Camina però no pot pujar escales

C. Camina només amb ajuda

D. En cadira de rodes o llit

VIGNOS PJ JR, SPENCER GE, ARCHIBALD KC. Management of progressive muscular dystrophy in childhood. JAMA 1963; 184: 89-96.

GARDNER-MEDWIN D, WALTON JN. Disorders of voluntary muscles. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1974. The clinical examination of the voluntary muscles; p. 517-560 (Walton JN, editor).

Derivació

- Atenció primària
- Atenció especialitzada: pediatria, neurologia, pneumologia, traumatologia
- Atenció sociosanitària

Instruments de valoració funcional

- Balanç muscular: escala de força muscular modificada del Medical Research Council (escala d'Oxford)²⁵
- Índex de Barthel,^{22,61} quan hi ha afectació d'activitats de la vida diària
- Escala de Vignos modificada^{82,36}

Atenció domiciliària a malalts neuromusculars amb discapacitat greu

Les persones afectades per malalties neuromusculars que desenvolupen un elevat grau de discapacitat constitueixen un col·lectiu diferenciat per la gravetat de l'afectació, el grau de dependència resultant i el pronòstic. Des d'un punt de vista assistencial, també varien la finalitat de la rehabilitació i les tècniques emprades.

Com a objectius generals, la rehabilitació domiciliària d'aquests malalts no té com a finalitat incrementar la força, sinó evitar les complicacions derivades de la pèrdua de força muscular i de la marxa i millorar la qualitat de vida.

Atès que la rehabilitació ambulatoria permet obtenir millors resultats, aquesta s'ha de preferir a la rehabilitació domiciliària mentre sigui possible.

criteris d'inclusió

Persones afectades per malalties neuromusculars:

- en nivells C o D de l'escala funcional de Vignos modificada;⁸²
- en el nivell B de l'escala funcional de Vignos modificada, amb afectació respiratòria greu (FVC inferior al 50%, i/o caiguda de la capacitat vital en decúbit superior al 25%, i/o P_lmax i P_Emax inferior al 50% del valor de referència, i/o pic flux de la tos, a capacitat inspiratòria màxima, entre 4 i 2,7 L/s, i/o desaturacions nocturnes amb SpO₂ inferior al 92% durant més de cinc minuts durant la nit). Aquestes persones pacients poden tenir, a més, afectació d'altres funcions bulbars, com la parla i la deglució. D'altra banda, algunes persones pacients amb poca afectació dels paràmetres de funció pulmonar poden presentar tos amb expectoració ineficaç, especialment durant les aguditzacions;
- en el nivell B de l'escala funcional de Vignos modificada⁸² sense afectació de funcions bulbars (parla, deglució, respiració), amb factors d'entorn que impedeixen o dificulten el desplaçament: barreres arquitectòniques, distància, entorn familiar.

Derivació

El grau de discapacitat d'aquest col·lectiu requereix la participació coordinada de diferents recursos assistencials, dels quals la rehabilitació n'és un. Una valoració correcta de les característiques clíniques, del grau de discapacitat i de l'entorn de les persones malaltes fa aconsellable que la indicació de rehabilitació domiciliària continuada la facin equips multidisciplinaris de determinats centres hospitalaris. Aquests equips s'han de coordinar amb els altres recursos sanitaris, socio-sanitaris i socials que estiguin participant en l'atenció d'aquest col·lectiu.

Així, la derivació correspon als metges/metgesses especialistes de medicina física i rehabilitació que formen part d'equips multidisciplinaris de centres derivadors de

referència per a l'atenció domiciliària a persones amb malalties neuromusculars amb discapacitat greu, reconegudes pel CatSalut.

La regió sanitària corresponent al lloc de residència de la persona pacient validarà les dades de la derivació, la registrarà i la tramitarà a la unitat d'atenció al client o equivalent de la unitat proveïdora de destí.

En els episodis d'agreujament respiratori el servei de rehabilitació que fa l'atenció domiciliària ho farà saber al centre derivador de referència perquè aquest indiqui, si és necessari, fisioteràpia respiratòria suplementària. En el cas que la persona pacient sigui tributària de ventilació mecànica domiciliària o que, tot i no tenir-ne tingui afectació greu de la funció ventilatòria, caldrà la valoració de l'equip de pneumologia del centre acreditat per indicar aquest procediment, perquè estableixi una pauta terapèutica i la necessitat o no d'ajudes mecàniques a la respiració.

Malalties de l'aparell locomotor i el teixit connectiu

Les afeccions traumàtiques de l'aparell locomotor són una causa molt important de demanda de rehabilitació, tant en atenció ambulatoria com domiciliària.

Inclouen una gran varietat de lesions:

- fractures
- luxacions
- esquinços
- ferides
- contusions
- lesions per esclafament
- cremades

En general, reben en primer lloc una atenció urgent, que pot anar seguida o no d'un període d'internament en un hospital d'aguts. Les persones pacients ingressades que requereixen rehabilitació solen iniciar-la abans de l'alta.

Així, quan està indicat començar o continuar la rehabilitació després de l'alta, és important que el centre iniciï la derivació amb antelació suficient per garantir la continuïtat assistencial.

Els criteris i circuits que s'exposen a continuació es refereixen a les conseqüències immediates o postagudes dels traumatismes. Les tardanes s'aborden dintre del capítol d'afeccions no traumàtiques.

Afeccions traumàtiques

Afeccions traumàtiques osteoarticulars de les extremitats

Inclou fractures tant d'extremitats superiors com d'inferiors. Són la causa principal d'aproximadament un 12% de la rehabilitació en atenció ambulatoria i d'un 7% en atenció domiciliària.

Críteris d'inclusió

- En fractures consolidades o en via de consolidació, un cop retirada la immobilització.
- Prèviament a la retirada de la immobilització, en persones pacients amb factors de risc que poden retardar o impedir la consolidació.

Derivació

- Atenció primària: medicina familiar i comunitària
- Atenció especialitzada: cirurgia ortopèdica i traumatologia

Instruments de valoració funcional

- Escala visual analògica⁴⁸
- Balanç articular: punt neutre 0^{18,4}
- Balanç muscular: escala de força muscular modificada del Medical Research Council (escala d'Oxford)²⁵
- En afeccions de la cintura escapular: test de Constant modificat^{23,24}
- En afeccions d'extremitats superiors: qüestionari DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand)^{46,81}
- En afeccions d'extremitats inferiors: Functional Ambulation Classification de Holden⁴⁵

Fractures de fèmur en gent gran (atenció domiciliària)

Les fractures de fèmur en la gent gran constitueixen una part important de la demanda d'atenció domiciliària de rehabilitació. En general requereixen una solució quirúrgica, i la rehabilitació es pot iniciar mentre les persones pacients estan ingressades. Per aquestes raons cal evitar endarreriments entre l'alta hospitalària i l'inici de la rehabilitació en el domicili.

Atès que les persones pacients poden presentar limitacions funcionals de la marxa abans de la fractura, l'objectiu de la rehabilitació en aquestes persones pacients és recuperar el nivell funcional previ a la fractura.

Críteris d'inclusió

- Persones pacients majors de 65 anys.
- Bon suport familiar.

Les persones pacients més joves de 65 anys són, en principi, tributàries de rehabilitació en règim ambulatori, excepte que es donin les circumstàncies que aconsellin l'atenció domiciliària:

- quan hi ha comorbiditats que poden empitjorar amb el desplaçament de la persona pacient al centre, al marge que sigui per mitjans propis, públics o amb transport sanitari:
- quan hi ha factors que limiten l'accessibilitat al centre, com barreres arquitectòniques en el domicili de la persona pacient, distància o entorn sociofamiliar.

Derivació

Atenció especialitzada: metges/metgesses de l'hospital on s'ha desenvolupat l'atenció, especialistes en cirurgia ortopèdica i traumatologia.

Instruments de valoració funcional

- Escala visual analògica⁴⁸
- Balanç articular: punt neutre 0^{4,18}
- Balanç muscular: escala de força muscular modificada del Medical Research Council (escala d'Oxford)²⁵
- Functional Ambulation Classification de Holden⁴⁵
- Índex de Barthel^{22,61}

Afeccions traumàtiques de les parts toves de les extremitats

Aquest procés agrupa una varietat molt àmplia d'afeccions:

- esquinços
- ferides
- contusions
- lesions d'esclafament
- cremades

Críteris d'inclusió

- Persones pacients que compleixen els críteris generals d'inclusió en rehabilitació.

Críteris d'exclusió

- Quan la limitació funcional no impedeix el desenvolupament normal de les activitats laborals ni de la vida diària.
- Ferides obertes, quan el tractament rehabilitador pot interferir en la seva curació.

Derivació

- Atenció primària: medicina familiar i comunitària
- Atenció especialitzada: cirurgia ortopèdica i traumatologia

Instruments de valoració funcional

- Escala visual analògica⁴⁵
- Balanç articular: punt neutre 0^{4,18}
- Balanç muscular: escala de força muscular modificada del Medical Research Council (escala d'Oxford)²⁵
- En afeccions de la cintura escapular: test de Constant modificat^{23,24}
- En afeccions d'extremitats superiors: qüestionari DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand)^{46,81}
- En afeccions d'extremitats inferiors: Functional Ambulation Classification de Holden⁴⁵

Politraumatismes

Es refereix a fractures múltiples d'extremitats, i no a les seqüeles neurològiques que es poden produir com a conseqüència de politraumatismes. Són persones pacients que habitualment fan rehabilitació en règim d'internament fins a l'alta hospitalària.

Críteris d'inclusió

- En fractures consolidades o en via de consolidació.
- En persones pacients amb factors de risc que poden retardar o impedir la consolidació (osteoporosi, trastorns vasculars perifèrics, diabetis, trastorns del metabolisme del calci, etc.).
- Davant la sospita o presència de complicacions tributàries de rehabilitació, com lesions de nervis perifèrics, edema, síndrome de dolor regional complex de tipus I (distròfia simpàtica reflexa o algoneurodistròfia).

Derivació

- Atenció primària: medicina familiar i comunitària
- Atenció especialitzada: cirurgia ortopèdica i traumatologia, i neurocirurgia

Instruments de valoració funcional

- Escala visual analògica⁴⁸
- Balanç articular: punt neutre O^{4,18}
- Balanç muscular: escala de força muscular modificada del Medical Research Council (escala d'Oxford)²⁵
- En lesions de raquis: qüestionari de dolor lumbar d'Oswestry³¹
- En lesions d'extremitat superior:
 - Qüestionari DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand)^{46,81}
 - Test de Constant modificat^{23,24}
- En lesions d'extremitats inferiors: Functional Ambulation Classification de Holden⁴⁵

Afeccions traumàtiques de tronc i columna vertebral sense lesió medul·lar

Aquests criteris no es refereixen als aixafaments vertebrals per osteoporosi, que es descriuen en la pàgina 59.

Criteris d'inclusió

- En fractures consolidades o en via de consolidació, un cop retirada la immobilització.

Criteris d'exclusió

- Quan el tractament rehabilitador previ ha fracassat. Es considera un fracàs del tractament quan el dolor no millora amb la rehabilitació o quan, tot i haver millorat, es produeixen reaguditzacions sense una causa desencadenant identificable en un termini inferior a un any.

Derivació

- Atenció primària: medicina familiar i comunitària
- Atenció especialitzada: cirurgia ortopèdica i traumatologia, i neurocirurgia

Instruments de valoració funcional

- Escala visual analògica⁴⁸
- Qüestionari de dolor lumbar d'Oswestry³¹
- Qüestionari per a dolor cervical del Northwick Park Hospital⁵⁸
- Opcionalment s'aconsella el test de Waddell⁸⁴

Reparacions, reemplaçaments d'estructures articulars i amputacions

En aquest grup de processos és especialment rellevant la comunicació entre el nivell d'atenció especialitzada on es desenvolupa la intervenció i l'equip rehabilitador per evitar retards innecessaris, que poden comprometre l'èxit de tot el procés d'atenció integral a la persona pacient.

Reparacions i reemplaçaments d'estructures articulars

Es tracta d'un procés que inclou intervencions molt diferents, tant en el cas de les extremitats inferiors com de les superiors. Les intervencions més freqüents es poden agrupar en:

Reemplaçaments articulars:

- maluc
- genoll
- espatlla
- colze
- canell
- interfalàngiques
- metacarpianes

Reparacions majors:

- plàsties de lligaments
- sutures meniscals
- sutures tendinoses en EEII i EESS
- sutura de manegot
- cirurgia estabilitzadora de genoll i espatlla
- acromioplàsties
- trasplantaments meniscals en genolls

Reparacions menors:

- meniscectomies
- entesitis (epicondilitis, de Quervain)
- Dupuytren

Críteris d'inclusió

- Persones pacients que compleixen els críteris generals d'inclusió en rehabilitació.
- Les reparacions menors no es consideren tributàries de rehabilitació si després de 3 o 4 setmanes de la intervenció no hi ha aparició o persistència de:
 - dolor
 - limitació de la mobilitat articular
 - dèficit muscular
- Si el procés rehabilitador no produeix millora cal una avaluació per part del metge que ha fet la intervenció.

Derivació

- Atenció especialitzada: metges/metgesses de l'àmbit hospitalari on s'ha fet la intervenció de l'especialitat de cirurgia ortopèdica i traumatologia.

Instruments de valoració funcional

En tots els casos:

- Escala visual analògica⁴⁸
- Balanç articular: punt neutre 0^{4,18}
- Balanç muscular: escala de força muscular modificada del Medical Research Council (escala d'Oxford)²⁵

En els reemplaçaments articulars:

- de maluc: Merle d'Aubigné⁶²
- de genoll:
 - Qüestionari WOMAC⁸
 - Score de l'Hospital for Special Surgery (HSS)⁴⁹
- d'espatlla:
 - Test de Constant modificat^{23,24}
 - Qüestionari DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand)^{46,81}

En reparacions majors:

- d'extremitats inferiors: Functional Ambulation Classification de Holden⁴⁵
- d'espatlla:
 - Test de Constant modificat^{23,24}
 - Qüestionari DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand)^{46,81}

Artroplàsties de genoll i de maluc (atenció domiciliària)

Les artroplàsties de genoll i de maluc generen una important demanda de rehabilitació en atenció domiciliària: el 7% i el 14%, respectivament.

En general la rehabilitació s'inicia en l'hospital en què es fa la intervenció. Cal establir criteris de prioritització per evitar endarreriments en l'inici de la rehabilitació després de l'alta hospitalària.

El domicili és en general l'àmbit idoni per al tractament rehabilitador d'aquestes persones pacients.

Criteris d'inclusió

- En tots els casos, cal que les persones pacients reuneixin els requisits generals per ser tributàries de rehabilitació:
 - que es puguin definir objectius de recuperació funcional assolibles amb la rehabilitació;
 - estar motivades per fer el tractament rehabilitador;
 - no tenir trastorns greus cognitius, mentals o de conducta que impedeixin el tractament rehabilitador;
 - no presentar comorbiditats que puguin empitjorar pel tractament rehabilitador.

Derivació

- Atenció especialitzada: metges/metgesses de l'àmbit hospitalari on s'ha fet la intervenció de l'especialitat de cirurgia ortopèdica i traumatologia.

Instruments de valoració funcional

En tots els casos:

- Escala visual analògica⁴⁸
- Balanç articular: punt neutre 0^{4,18}
- Balanç muscular: escala de força muscular modificada del Medical Research Council (escala d'Oxford)²⁵
- Functional Ambulation Classification de Holden⁴⁵

En l'artroplàstia de maluc: Merle d'Aubigné⁶²

En l'artroplàstia de genoll:

- Qüestionari WOMAC⁸
- Score de l'Hospital for Special Surgery (HSS)⁴⁹

Amputacions i reimplantacions

Les amputacions requereixen, en general, una pròtesi. La finalitat de la rehabilitació en aquests casos és obtenir la màxima funció possible de l'extremitat amb la pròtesi. Pel que fa al circuit, cal tenir en compte que les pròtesis requerides han de ser prescrites en hospitals de referència, d'acord amb la normativa vigent.

En les reimplantacions, la finalitat és obtenir la màxima recuperació possible de la funció de l'extremitat reimplantada.

criteris d'inclusió

- Persones pacients que compleixen els criteris generals d'inclusió a rehabilitació.

criteris d'exclusió

- Alteracions del monyó:
 - dehiscència de la ferida
 - úlcera
 - infecció

Derivació

- Atenció primària: medicina familiar i comunitària
- Atenció especialitzada:
 - metges/metgesses de l'àmbit hospitalari on s'ha fet la intervenció de l'especialitat de cirurgia ortopèdica i traumatologia, cirurgia vascular;
 - anestesiologia i reanimació (clíniques de dolor).

Instruments de valoració funcional

- Escala visual analògica⁴⁸
- Balanç articular: punt neutre O^{4,18}
- Balanç muscular: escala de força muscular modificada del Medical Research Council (escala d'Oxford)²⁵
- Qüestionari SAT-PRO¹⁰

Afeccions no traumàtiques

Són patologies molt prevalents, i la causa de gairebé un 80% de la demanda de serveis de rehabilitació en règim ambulatori.

A diferència de les afeccions traumàtiques, tendeixen a evolucionar amb recidives i cap a la cronicitat, de manera que la discapacitat que produeixen no és només aguda, sinó persistent i/o progressiva. A més, en l'impacte que tenen sobre la qualitat de vida dels afectats intervenen sovint factors psicològics, laborals i socials.

L'objectiu de la rehabilitació no és tan sols l'immediat de disminuir el dolor i recuperar la funcionalitat, sinó a llarg termini procurar evitar les reaguditzacions i, en tot cas, ajudar la persona pacient en l'adaptació a la discapacitat i al dolor crònic.

El tractament implica canvis en els hàbits de les persones afectades i del seu entorn familiar, i per tant la seva participació activa i coresponsabilització, així com una aproximació multidisciplinària del sistema sanitari, sobretot de l'atenció primària.

Afeccions no traumàtiques osteoarticulars i parts toves

Les articulacions més rellevants que es descriuen de manera específica, excepte la columna vertebral, que s'aborda en la pàg. 56, són:

- espatlla
- colze
- canell i mà
- maluc i pelvis
- genoll
- turmell i peu

A l'efecte d'establir criteris d'inclusió i de derivació, els trastorns es poden agrupar en:

- artropaties degeneratives
- tendinopaties, bursitis i meniscopaties
- rigidesa articular i trastorns que limiten la mobilitat articular

Es descriuen a part trastorns amb característiques específiques:

En el cas de l'espatlla:

- capsulitis retràctil de l'espatlla
- inestabilitat de l'articulació glenohumeral, incloent-hi les luxacions recidivants

En el cas del genoll:

- condropatia rotuliana, síndrome d'hiperpressió externa i inestabilitat rotuliana

Una característica comuna d'aquestes afeccions és la diversitat d'etiologies, i que sovint recidiven o tenen una evolució crònica. En aquest grup s'inclouen també les conseqüències tardanes de traumatismes, artroplasties o altres intervencions.

En la majoria d'aquests trastorns, l'objectiu immediat de la rehabilitació és disminuir el dolor i recuperar la funció articular, i a llarg termini evitar les reaguditzacions. El tractament comporta, doncs, canvis en els hàbits de vida de la persona pacient, com realitzar pautes d'exercici i de conducta orientades a controlar el pes, millorar l'economia articular (higiene postural i d'altres), potenciar la musculatura, reeducar la propiocepció i adaptar-se al dolor crònic.

En aquest sentit, l'assoliment dels objectius immediats de disminució de dolor i recuperació de la funció articular amb tractament rehabilitador no garanteix que es mantindran a mitjà i llarg termini. Per aconseguir-ho cal, entre altres coses, la implicació activa i la coresponsabilització de la persona pacient en el tractament, i una aproximació multidisciplinària per part de diferents professionals sanitaris, especialment de l'àmbit de l'atenció primària.

Artropaties degeneratives

Criteris d'inclusió

- En els períodes en què s'incrementen el dolor i el dèficit funcional, amb signes inflamatoris o sense.
- Persones pacients incloses en un programa de preparació per a artroplàstia de maluc o genoll, un mes abans de la intervenció.

Criteris d'exclusió

- Persones pacients sense signes inflamatoris i funció articular estable, o amb dolor que es pot controlar amb analgèsics.

Tendinopaties, bursitis i meniscopaties

L'objectiu immediat de la rehabilitació és millorar el dolor, i a llarg termini evitar les reaguditzacions.

Aquests criteris són d'aplicació també a la síndrome subacromial i a les meniscopaties de genoll.

Criteris d'inclusió

- Agudització del dolor.

Criteris d'exclusió

- Ruptura meniscal de genoll no intervinguda.
- Quan el tractament rehabilitador previ ha fracassat. Es considera un fracàs del tractament quan el dolor no millora amb la rehabilitació o quan, tot i haver millorat, es produeixen reaguditzacions sense una causa desencadenant identificable en un termini inferior a un any.

Rigidesa articular i trastorns que limiten la mobilitat articular

S'inclouen els dèficits funcionals deguts a limitacions de la mobilitat de qualsevol causa, i els de presentació tardana secundaris a traumatismes, infeccions, artroplasties o altres intervencions.

A diferència dels anteriors, l'objectiu de la rehabilitació en aquests trastorns és recuperar al màxim possible la funció articular prèvia.

Criteris d'inclusió

- Persones pacients amb dèficit funcional per limitació de la mobilitat articular.

Criteris d'exclusió

- Persones pacients que han seguit tractament rehabilitador previ en els quals la funció articular s'ha estabilitzat.

Capsulitis retràctil de l'espatlla

L'objectiu principal de la rehabilitació és millorar la funció articular tot controlant el dolor.

Criteris d'inclusió

- Persones pacients amb dolor i limitació de la mobilitat articular.

Criteris d'exclusió

- Persones pacients que han seguit tractament rehabilitador previ en les quals la mobilitat articular s'ha estabilitzat.

Inestabilitat de l'articulació glenohumeral, incloses les luxacions recidivants

L'objectiu de la rehabilitació és millorar el dolor i la limitació de la mobilitat, i evitar les recidives. En qualsevol cas, una part d'aquestes persones pacients són tributaris de cirurgia.

Criteris d'inclusió

- Persones pacients amb inestabilitat de l'articulació glenohumeral.
- Prèviament a cirurgia de l'articulació.

Condromatèria rotuliana, síndrome d'hiperpressió externa i inestabilitat rotuliana

L'objectiu immediat de la rehabilitació és disminuir el dolor, estabilitzar l'articulació i a llarg termini evitar les reaguditzacions.

Críteris d'inclusió

- Persones pacients amb dolor de característiques femoropatelars i/o inestabilitat rotuliana.

Críteris d'exclusió

- Quan el tractament rehabilitador previ ha fracassat. Es considera un fracàs del tractament quan amb la rehabilitació no ha disminuït el dolor ni s'ha estabilitzat l'articulació, o quan, tot i que s'hagin aconseguit els objectius immediats, es produeixen reaguditzacions sense una causa desencadenant identificable en un termini inferior a un any.

Derivació

Per a totes les afeccions no traumàtiques osteoarticulars i de parts toves descrites:

- Atenció primària
- Atenció especialitzada: cirurgia ortopèdica i traumatologia, i reumatologia

En la inestabilitat glenohumeral i les luxacions recidivants d'espatlla: cirurgia ortopèdica i traumatologia

Instruments de valoració funcional

Per a totes les afeccions no traumàtiques osteoarticulars i de parts toves descrites:

- Escala visual analògica⁴⁸
- Balanç articular: punt neutre 0^{4,18}
- Balanç muscular: escala de força muscular modificada del Medical Research Council (escala d'Oxford)²⁵
- En afeccions de les extremitats superiors: qüestionari DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand)^{46,81}
- En afeccions de pelvis i extremitats inferiors: qüestionari WOMAC⁸

Artritis

L'artritis es defineix com la presència de signes inflamatoris en una articulació.

L'estudi de la persona malalta amb poliartritis, oligoartritis o monoartritis varia segons el cas i el ventall de malalties que es relacionen amb aquestes presentacions també. Tant en la monoartritis, en l'oligoartritis com en la poliartritis podem trobar processos aguts i crònics, i per tant segons el moment evolutiu en què es presenti la persona pacient es farà un tractament o un altre. Moltes vegades una monoartritis esdevé posteriorment una poliartritis, i serà l'avaluació integral del malalt la que permetrà arribar al diagnòstic definitiu.

No farem esment aquí de l'artritis postraumàtica, ja que es tracta d'un procés agut inclòs en el capítol d'afeccions traumàtiques.

Algunes de les malalties responsables:

- artritis reumatoide
- artritis idiopàtica juvenil
- espondilitis anquilosant
- lupus eritematós sistèmic i altres connectivopaties com l'esclerodèrmia
- artritis microcristal·lines, com la gota i la condrocalcinosis
- psoriasis
- artritis de causa infecciosa

Els objectius de la rehabilitació funcional en les persones pacients amb artritis que no són de causa infecciosa són:

- alleugerir el dolor
- preservar i millorar la funció articular i muscular
- incrementar la resistència i disminuir la fatiga (en les connectivopaties)
- prevenir les deformitats i la rigidesa articular
- preservar la capacitat per realitzar les activitats de la vida diària
- millorar la qualitat de vida
- garantir l'activitat laboral habitual

Aquests objectius poden requerir mesures de protecció articular, ajudes tècniques (en la marxa, plantilles, calçat i ortesi), ajuda a l'adaptació i cinesiteràpia o teràpia ocupacional.

L'educació de la persona malalta pel que fa a la seva malaltia és una part molt important per millorar la seva qualitat de vida i prevenir limitacions i discapacitats. La informació sobre la malaltia, seguir un programa d'exercicis i aplicar tècniques

d'ergonomia articular són mesures senzilles que es poden iniciar i controlar des de l'atenció primària. És en aquest àmbit on la relació entre el metge/metgessa rehabilitador i el metge/metgessa de família pot donar més beneficis en el tractament d'aquests malalts.

Criteris d'inclusió

- Disminució de funció articular després d'un brot de la malaltia de base.

Criteris d'exclusió

- Brots inflamatoris aguts.
- Persones pacients estables i que poden seguir un programa d'exercicis en el seu domicili.
- Persones pacients en què la malaltia de base no està diagnosticada ni estudiada.

Derivació

- Atenció primària: medicina familiar i comunitària
- Atenció especialitzada: reumatologia, medicina interna, cirurgia ortopèdica i traumatologia.

Instruments de valoració funcional

- Escala visual analògica⁴⁸
- Balanç articular: punt neutre 0^{4,18}
- Balanç muscular: escala de força muscular modificada del Medical Research Council (escala d'Oxford)²⁵
- Questionari Health Assessment Questionnaire (HAQ)¹⁷

Afeccions no traumàtiques de columna vertebral sense lesió medul·lar

Aquest grup inclou:

- àlgies raquídies de qualsevol localització per causa degenerativa i/o inespecífica
- espondilolistesi i espondilòlisi
- àlgia vertebral per aixafament osteoporòtic
- radiculopaties cervicals i lumbars

Tot i que l'espondilosi és la causa més freqüent de mielopatia cervical i canal estret lumbar, aquestes entitats es tracten dintre les lesions de la medul·la espinal (pàg. 29).

Àlgies raquídies de qualsevol localització per causa degenerativa i/o inespecífica

Els estudis situen la prevalença d'aquests problemes, tant els aguts com els crònics, en un rang molt ampli, de manera que la probabilitat de patir-ne al llarg de la vida pot estar entre l'11% i el 84%.^{82,3} En tot cas són una causa important de demanda de serveis de rehabilitació ambulatoria i d'incapacitat laboral.

La gran majoria de persones pacients amb un àlgia aguda evolucionen favorablement en menys d'un mes, però entre un 10% i un 20% d'àlgies agudes evolucionen a cròniques.⁶⁵ En les àlgies cròniques són rellevants els factors psicològics, laborals i socials.

En el context d'aquest document, es defineixen les àlgies agudes com dolor de menys de dotze setmanes de duració, sense signes de patologia vertebral específica (infecciosa, tumoral, inflamatòria, congènita o d'altres) ni radicular, i les àlgies cròniques com dolor i limitació funcional continuada amb reaguditzacions o sense.

Els objectius de la rehabilitació en totes aquestes afeccions és el control i la millora del dolor, la recuperació del nivell d'activitat previ a l'episodi i evitar les recaigudes.

En el tractament és important potenciar les teràpies actives i evitar les passives. En les àlgies cròniques és especialment important aconseguir canvis d'estil de vida per part de les persones pacients, mitjançant l'educació postural i el reforç de comportaments adequats. A més, cal una aproximació multidisciplinària, sobretot quan hi intervenen factors psicològics, laborals i/o socials.

Criteris d'inclusió

- Àlgies vertebals de qualsevol localització, amb limitació de les activitats normals sense repercussió en la vida laboral, de causa degenerativa i/o inespecífica, que persisteix després de sis setmanes de tractament.
- Àlgia vertebral de qualsevol localització, amb repercussió en la vida laboral, de causa degenerativa i/o inespecífica, a partir de la segona setmana de tractament.

Críteris d'exclusió

- Quan el tractament rehabilitador previ ha fracassat. Es considera un fracàs del tractament quan el dolor no millora amb la rehabilitació o quan, tot i haver millorat, es produeixen reaguditzacions sense una causa desencadenant identificable en un termini inferior a un any.

Derivació

- Atenció primària: medicina familiar i comunitària
- Atenció especialitzada: cirurgia ortopèdica i traumatologia, i reumatologia

Instruments de valoració funcional

- Escala visual analògica⁴⁸
- Qüestionari de dolor lumbar d'Oswestry³¹
- Qüestionari per a dolor cervical del Northwick Park Hospital⁵⁸
- Opcionalment s'aconsella el test de Waddell⁸⁴

Espondilolistesi i espondilòlisi lumbar

L'espondilòlisi i l'espondilolistesi són dues entitats patològiques relacionades. Afecten més sovint la part baixa de la columna lumbar, especialment els nivells L5-S1 (aproximadament el 80%) i L4-L5 (el 15%).

L'espondilòlisi és una fractura o lisi unilateral o bilateral de les làmines que uneixen el cos vertebral a l'articulació facetària. Pot ser de causa congènita, traumàtica o degenerativa.

L'espondilolistesi és el desplaçament d'una vèrtebra sobre una altra. Algunes són precedides d'una espondilòlisi, tot i que les espondilolistesis degeneratives, que són la majoria de les que demanden tractament rehabilitador, no estan precedides de una espondilòlisi.

L'espondilòlisi pot ser totalment asintomàtica i ser una troballa radiològica. Aquests casos no requereixen tractament.

L'espondilolistesi asintomàtica es pot beneficiar d'una pauta d'exercicis, fonamentalment per potenciar la musculatura, que la persona pacient hauria de mantenir regularment, unes normes posturals i consells sobre les activitats físiques i esportives que cal descartar.

En els processos que cursen amb dolor és imprescindible mantenir els exercicis i les normes indicades de forma mantinguda i regular per evitar recaigudes i àlgies freqüents.

criteris d'inclusió

- Espondilòlisi i/o espondilolistesi que cursen amb dolor lumbar.

criteris d'exclusió

- Espondilòlisi i/o espondilolistesi asintomàtiques.
- Quan el tractament rehabilitador previ ha fracassat. Es considera un fracàs del tractament quan el dolor no millora amb la rehabilitació o quan, tot i haver millorat, es produeixen reaguditzacions sense una causa desencadenant identificable en un termini inferior a un any.

Derivació

- Atenció primària: medicina familiar i comunitària
- Atenció especialitzada: cirurgia ortopèdica i traumatologia, i reumatologia

Instruments de valoració funcional

- Escala visual analògica⁴⁸
- Qüestionari de dolor lumbar d'Oswestry³¹
- Opcionalment s'aconsella el test de Waddell⁸⁴

Aixafament vertebral per osteoporosi

L'osteoporosi és una malaltia esquelètica sistèmica que es caracteritza per una resistència òssia disminuïda i un deteriorament microarquitectònic del teixit ossi que augmenta la fragilitat òssia i el risc de fractures. L'osteoporosi té un efecte negatiu sobre la independència i la qualitat de vida. Cal per tant valorar els factors de risc davant la sospita de la seva presència.

La rehabilitació s'orienta a aconseguir una millora de la capacitat física i cardiovascular i la prevenció de caigudes i millora de l'equilibri mitjançant pautes d'exercicis i educació sanitària.

Críteris d'inclusió

- Persones pacients amb àlgia vertebral atribuïble a fractura vertebral recent sense antecedent traumàtic o amb antecedent traumàtic de mínim impacte.
- Persones pacients amb àlgia vertebral subaguda amb una o més fractures vertebrals sense antecedent traumàtic o amb antecedent traumàtic de mínim impacte.

Críteris d'exclusió

- Fractura vertebral amb afectació neurològica.
- Fractura vertebral antiga que ja ha estat orientada i ha fet tractament rehabilitador.
- Aixafaments vertebrals per altres causes no traumàtiques, com infeccioses o neoplàsiques, ja que no són tributàries de rehabilitació.

Derivació

- Atenció primària: medicina familiar i comunitària
- Atenció especialitzada: cirurgia ortopèdica i traumatologia, i reumatologia

Instruments de valoració funcional

- Escala visual analògica⁴⁸

Radiculopaties cervicals i lumbars

La patologia degenerativa crònica de la columna vertebral és la causa més freqüent.

Els objectius de la rehabilitació en aquests casos són el control i la millora del dolor, la recuperació del dèficit motor, quan n'hi ha, i la recuperació del nivell d'activitat previ a l'episodi i evitar les recaigudes.

En el tractament és important complementar les teràpies actives amb les assistides i evitar les passives. En les àlgies cròniques és especialment important aconseguir canvis d'estil de vida per part de les persones pacients mitjançant l'educació postural i el reforç de comportaments adequats. A més, cal una aproximació multidisciplinària, sobretot quan hi intervenen factors psicològics, laborals i/o socials.

Críteris d'inclusió

- Dolor d'origen radicular amb dèficit motor.
- Dolor d'origen radicular sense dèficit motor de més de sis setmanes d'evolució.
- Postcirurgia.

Críteris d'exclusió

- Radiculopaties agudes amb dèficit neurològic progressiu.
- Radiculopaties cròniques amb dèficit motor no recuperable.

Derivació

- Atenció primària: medicina familiar i comunitària
- Atenció especialitzada: cirurgia ortopèdica i traumatologia, reumatologia, neurocirurgia, anesthesiologia i reanimació (clínica del dolor)

Instruments de valoració funcional

- Escala visual analògica⁴⁸
- Balanç muscular: escala de força muscular modificada del Medical Research Council (escala d'Oxford)²⁵
- Qüestionari de dolor lumbar d'Oswestry³¹
- Qüestionari per a dolor cervical del Northwick Park Hospital⁵⁸

Escoliosi

Es defineix com una curvatura lateral de la columna amb rotació de les vèrtebres.

L'escoliosi es pot produir per malformacions vertebrals congènites, pot estar associada a malalties neuromusculars o del teixit conjuntiu, o pot ser de causa desconeguda. No hi ha evidència que relacioni l'escoliosi idiopàtica amb factors nutricionals, posturals, la pràctica de determinats esports o l'ús de motxilles en edat escolar.⁶

Els criteris que s'identifiquen a continuació són d'aplicació només a les escoliosis de causa desconeguda o idiopàtiques.

La prevalença entre els 10 i els 16 anys se situa entre el 2% i el 3%. Les escoliosis amb magnituds de corba més grans tenen una prevalença menor, de manera que en les corbes superiors a 20 graus la prevalença se situa entre el 0,3% i el 0,5%.⁶

Entre un 3% i un 9% dels adolescents amb una corba superior a 10 graus, segons la seva evolució, podrien requerir tractament, en la majoria de casos amb ortesis rígides i teràpia física. Una minoria podrien requerir tractament quirúrgic.

L'objectiu en rehabilitació de les persones pacients amb corbes superiors als 15 graus que no han finalitzat la maduració òssia és fer un seguiment de l'evolució i, si escau, instaurar un tractament actiu (ortesi rígida i teràpia física) o derivar cap a una unitat especialitzada en el tractament de deformitats de la columna.

Criteris d'inclusió

- Persones pacients que encara no han finalitzat la maduració òssia, amb una corba de més de 15 graus.

Derivació

- Atenció primària: medicina familiar i comunitària, i pediatria
- Atenció especialitzada: pediatria, cirurgia ortopèdica i traumatologia

Instruments de valoració funcional

No hi ha escales específiques que mesurin l'impacte funcional, psicològic ni en la qualitat de vida.

Altres afeccions no traumàtiques

Síndrome de dolor regional complex tipus I

La síndrome de dolor regional complex, distròfia simpaticoreflexa o algoneurodistròfia és un trastorn dolorós local causat per un trastorn de la microcirculació arran d'una hiperexcitació del sistema simpàtic que provoca una vasoconstricció arteriolar i una vasodilatació capil·lar que afavoreix l'extravasació, l'edema i el sofriment cel·lular.

És un trastorn dolorós local de patogènia no ben coneguda, sobre la qual hi ha diferents teories. Gairebé totes coincideixen en l'existència d'un trastorn de la microcirculació causat per un trastorn de la innervació vegetativa del membre afectat que produeix extravasació, edema i sofriment cel·lular.

Es manifesta com a dolor i impotència funcional acompanyats d'un estat pseudoinflamatori inconstant i transitori relacionat amb trastorns vasomotors intensos i prolongats amb estasi vascular. S'observa edema del membre afectat, canvis tròfics de la pell, alteracions vasomotores, activitat pseudomotora, sensibilitat al fred i atròfia o hipotròfia muscular de la zona. La clínica més freqüent apareix en una articulació, sobretot al carpià-metacarpà i tarsià-metatarsià, tot i que també pot aparèixer al genoll i el maluc.

En la majoria de casos s'associa a traumatismes, no necessàriament greus, períodes d'immobilització o cirurgia prèvia. A vegades no se n'identifica un desencadenant.

El tractament d'elecció és la prevenció, i un cop instaurat és fonamental el diagnòstic precoç per iniciar el tractament immediatament i evitar així possibles seqüeles irreversibles i reduir la duració del procés. La col·laboració del pacient és imprescindible.

Críteris d'inclusió

- Persones pacients amb dolor regional complex, diagnosticats o amb sospita clínica, en fase aguda o subaguda.

Críteris de exclusió

- Persones pacients estables o en fase de seqüela irreversible.

Derivació

- Atenció especialitzada: cirurgia ortopèdica i traumatologia, reumatologia, anestesiologia i reanimació (clínica del dolor)

Instruments de valoració funcional

- Escala visual analògica⁴⁸
- Balanç articular: punt neutre 0^{4,18}
- Balanç muscular: escala de força muscular modificada del Medical Research Council (escala d'Oxford)²⁵

Síndrome d'immobilitat

Més freqüent en gent gran, es caracteritza per una marcada reducció a la tolerància a l'exercici, debilitat muscular progressiva, i pèrdua d'automatismes i reflexos posturals que impossibiliten la deambulació i altres activitats de la vida diària. És en general multifactorial, potencialment reversible i a vegades prevenible.

Produeix un 16% de la demanda de rehabilitació en atenció domiciliària, i és causa freqüent d'institucionalització de persones.

D'etiologia variada, en general són multifactorials:

- malalties del sistema nerviós
- afeccions de l'aparell locomotor
- psicosocials
- enllitament per intervencions quirúrgiques o infeccions

Quan s'inicia per alguna causa aguda, la finalitat de la rehabilitació és recuperar la situació funcional prèvia.

Quan es tracta de persones pacients en què hi ha un deteriorament progressiu al qual s'afegeix alguna causa aguda, els objectius han de ser individualitzats, procurant evitar la progressió i prevenir o minimitzar les conseqüències de la immobilitat i recuperar la màxima capacitat funcional possible.

Críteris d'inclusió

- Persones pacients amb síndrome d'immobilitat amb suport sociofamiliar adequat.
- La immobilitat aguda de més de tres dies de duració s'ha de considerar una indicació prioritària que requereix assistència immediata per prevenir les conseqüències funcionals de retraccions, atròfia i rigidesa.

Críteris d'exclusió

- Fases terminals.
- En persones pacients que no disposen d'un suport sociofamiliar adequat s'ha de considerar la rehabilitació en règim d'internament.

Derivació

- Atenció primària
- Atenció especialitzada
- Atenció sociosanitària

Instrumentes de valoració funcional

- Índex de Barthel^{22,61}
- Escala de Tinetti⁷⁹



Malalties de l'aparell respiratori

Malalties respiratòries cròniques

La rehabilitació respiratòria ha demostrat que aporta beneficis en persones malaltes amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC)^{63,13,55} i també en altres tipus de malaltia respiratòria crònica³⁴ amb un alt grau d'evidència científica. Els beneficis se centren sobretot en la reducció dels símptomes, l'increment en la capacitat d'esforç i la millora en la qualitat de vida relacionada amb la salut.

Atesa la seva eficàcia es consideren tributàries de rehabilitació respiratòria les malalties següents:

- MPOC
- fibrosi quística amb afectació pulmonar
- bronquièctasi
- altres malalties respiratòries cròniques que presentin símptomes respiratoris, fonamentalment dispnea limitant.

D'altra banda, les malalties neuromusculars poden presentar símptomes i complicacions respiratòries que fins i tot poden causar la mort, i per aquesta raó també són tributàries de rehabilitació respiratòria i s'inclouen aquí.

Els objectius principals de la rehabilitació respiratòria són:

- assolir el màxim grau d'autonomia de la persona pacient;
- millorar la qualitat de vida relacionada amb la salut;
- aconseguir un millor control dels símptomes;
- optimitzar la funció pulmonar;
- millorar la capacitat d'esforç;
- controlar els factors psicosocials que modulen l'evolució de la malaltia.

La rehabilitació respiratòria inclou tècniques d'educació, fisioteràpia, teràpia ocupacional i d'entrenament muscular tant de músculs respiratoris com perifèrics que s'apliquen, en general, en forma combinada en programes de fisioteràpia respiratòria bàsica i d'entrenament muscular.

La rehabilitació respiratòria (fisioteràpia respiratòria bàsica i entrenament muscular) és eficaç tant en l'àmbit de l'atenció ambulatoria com domiciliària, si bé cal adaptar les tècniques a les circumstàncies individuals de l'entorn de cada pacient i a les seves limitacions per desenvolupar les activitats bàsiques de la vida diària.^{42,39}

Fisioteràpia respiratòria bàsica

- La finalitat de la fisioteràpia respiratòria en persones pacients en situació estable és fonamentalment educativa. Per aquesta raó es considera que un programa de fisioteràpia respiratòria bàsica s'hauria d'aplicar, en principi, un màxim de dues vegades a una mateixa persona pacient en situació estable.
- En la fase immediatament posterior a un internament per agudització de la malaltia respiratòria crònica o durant l'empitjorament dels símptomes respiratoris d'una malaltia neuromuscular amb discapacitat greu, la fisioteràpia respiratòria té una finalitat fonamentalment terapèutica i per tant s'ha d'aplicar sempre que sigui necessari.

Críteris d'inclusió

- Persones pacients amb MPOC, fibrosi quística o bronquièctasi, en situació estable de la malaltia en què persisteix dispnea, tos i/o expectoració malgrat un tractament farmacològic òptim, motivat per col·laborar en els programes.
- Persones pacients amb malaltia neuromuscular que presenten símptomes respiratoris, fonamentalment dispnea, tos i expectoració amb dificultat d'expectorar i/o una alteració de la funció pulmonar: FVC < 50% Plmax i PEmax < 50% del valor de referència i/o pic flux de la tos < 250 l/s.
- Atès que la finalitat de la fisioteràpia respiratòria en aquestes circumstàncies és fonamentalment educativa, es considera que un programa de fisioteràpia respiratòria bàsica s'hauria d'aplicar, en principi, un màxim de dues vegades a una mateixa persona pacient en situació estable.

En atenció domiciliària:

- Quan la persona malalta no es pugui desplaçar per mitjans propis al centre per ser atesa per motius de salut o condició física, o per la seva situació social de forma temporal o permanent.
- Persones pacients amb MPOC, bronquièctasi o fibrosi quística immediatament després d'un internament per agudització de la malaltia; i en persones pacients amb malalties neuromusculars amb discapacitat greu, durant les fases d'empitjorament dels símptomes respiratoris. En aquests casos, la finalitat de la fisioteràpia respiratòria és fonamentalment terapèutica i s'ha d'aplicar sempre que sigui necessari.

Críteris d'exclusió

- Persistència de l'hàbit tabàquic, sense intenció d'abandonament.
- Alteracions psiquiàtriques o cognitives que impedeixen la col·laboració.

Derivació

En la MPOC i bronquièctasi:

- Atenció primària
- Atenció especialitzada: pneumologia

En la resta d'indicacions (fibrosi quística, malalties neuromusculars i altres malalties respiratòries que cursen amb dispnea):

- Atenció especialitzada

Entrenament muscular

Criteris d'inclusió

- Persones malaltes en situació estable de la malaltia en els quals persisteix la dispnea, tos i/o expectoració malgrat un tractament farmacològic òptim, motivat per col·laborar en els programes, amb un dels diagnòstics o situacions següents:
 - MPOC (índex BODE 5-10);
 - fibrosi quística amb dispnea limitant (escala MRC 3-4);
 - pre i posttrasplantament pulmonar;
 - altres malalties respiratòries cròniques que presentin símptomes respiratoris i fonamentalment dispnea limitant (escala MRC 3-4).

En atenció domiciliària:

- quan la persona malalta no es pugui desplaçar per mitjans propis al centre per ser atesa per motius de salut o condició física, o per la seva situació social de forma temporal o permanent.

Criteris d'exclusió

- Persistència de l'hàbit tabàquic, sense intenció d'abandonament.
- Alteracions psiquiàtriques o cognitives que impedeixen la col·laboració.
- Comorbiditats que contraindiquen l'entrenament.

Índex BODE	0	1	2	3
FEV ₁ % ref.	≥ 65	50-64	36-49	< 36
Test de la marxa 6 min. Distància recorreguda (m)	≥ 350	250-349	150-249	< 150
Dispnea (escala MRC)	0-1	2	3	4
Índex de massa corporal (IMC= pes (kg) / talla ² (m))	> 21	≤ 21		

Font: CELLI BR, COTE CG, MARÍN JM, CASANOVA C, MONTES DE OCA M, MÉNDEZ RA, PINTO PLATA V, CABRAL HJ. The Body-Mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med. 2004; 350: 1005-1012.

Escala de dispnea del Medical Research Council (MRC)

- 0 Absència de dispnea excepte en desenvolupar exercici intens.
- 1 Dispnea en caminar ràpidament o en pujar un pendent poc pronunciat.
- 2 Incapacitat de mantenir el pas d'altres persones de la mateixa edat, caminant en pla, a causa de dificultat respiratòria, o haver d'aturar-se a descansar en caminar en pla al propi pas.
- 3 Haver-se d'aturar per descansar en caminar uns 100 m o pocs minuts després de començar a caminar en pla al propi pas.
- 4 La dispnea impedeix a la persona pacient sortir de casa o apareix en activitats com vestir-se o desvestir-se.

Font: FLETCHER CM (Chairman). Standardised questionnaire on respiratory symptoms: a statement prepared and approved by the MRC Committee on the Aetiology of Chronic Bronchitis (MRC breathlessness score). BMJ. 1960; 2: 1665.

Derivació

La complexitat de la valoració inicial de les persones pacients per a una correcta indicació dels programes d'entrenament muscular, que alguns poden requerir oxigenoteràpia o ventilació mecànica domiciliària, fa aconsellable que la derivació la facin metges/metgesses especialistes de determinats centres.

Així, tant per a l'atenció ambulatoria com domiciliària, la derivació correspon als metges/metgesses especialistes en pneumologia dels centres derivadors de referència per a entrenament muscular en rehabilitació respiratòria reconeguts pel CatSalut.

La derivació ha de contenir les dades mínimes necessàries perquè el metge/metgessa rehabilitador responsable pugui valorar i establir la pauta terapèutica per tal que la persona pacient sigui tractada correctament:

- identificació de la persona pacient
- diagnòstic
- resum de la seva història clínica
- proposta d'objectius del tractament
- modalitat d'atenció de rehabilitació que se sol·licita (ambulatoria o domiciliària)
- si l'atenció ha de tenir un caràcter urgent o no
- els resultats de les escales funcionals definides en els criteris d'inclusió (BODE i MRC) i de les proves diagnòstiques complementàries:
 - radiografia simple de tòrax posteroanterior i perfil
 - espirometria forçada
 - TAC toràcic en malalties hipersecretòries per orientar la pauta terapèutica
 - saturació d'oxihemoglobina, si la SpO₂ és inferior o igual al 90%, gasos arterials per valorar la necessitat o no d'oxigenoteràpia
 - ECG en repòs
 - estudi complet de la funció pulmonar
 - prova dels 6 minuts de marxa

Instruments de valoració funcional

- Índex BODE (Body-Mass Index, Airflow Obstruction, Dyspnea, and Exercise Capacity Index)¹⁹
- Escala de dispnea del Medical Research Council (MRC)³²



Malalties de l'aparell circulatori

Limfedema

El limfedema es defineix com una acumulació anormal de líquid ric en proteïnes en l'espai intersticial a causa d'una alteració en la circulació del sistema limfàtic, i es manifesta clínicament per un increment del perímetre d'una extremitat o del volum d'una zona del cos, acompanyat o no de dolor. Es produeix quan la quantitat del fluid intersticial o càrrega limfàtica sobrepassa la capacitat d'absorció del sistema limfàtic.

El limfedema més freqüent en els països industrialitzats és el secundari al tractament de la patologia tumoral. La cirurgia més freqüent és la que es du a terme en la dona per la neoplàsia de mama, encara que actualment la incidència segueix una tendència decreixent a causa del diagnòstic més precoç, a la tècnica del gangli sentinella i a una radioteràpia més precisa.

El diagnòstic és fonamentalment clínic i els factors de risc de presentació de limfedema són: extensió del tractament, dissecció axil·lar i radioteràpia; estadi de la malaltia; edat avançada de la persona pacient; sobreprès/obesitat; hipertensió arterial, i complicacions locals de la ferida quirúrgica.

El tractament recau bàsicament en la prevenció i per això es recomana prendre un seguit de mesures des del dia de la intervenció a l'hospital mateix i el control dels factors de risc. En resum, l'inici del tractament del limfedema ha de ser el més precoç possible.

No hi ha tractament etiològic. Els objectius del tractament són disminuir el volum de l'extremitat, reduir els símptomes, evitar la progressió i les complicacions. Els programes de tractament es basen en allò que es denomina teràpia física complexa, que implica un abordatge multidisciplinari, i no en l'aplicació de tècniques aïllades: cura de la pell (evitar sobreinfeccions locals), drenatge manual limfàtic, mesures de compressió i exercici.

Criteris d'inclusió

- Limfedema perifèric ja sigui lleu, moderat o greu postcirurgia per neoplàsia amb buidatge ganglionar.

Criteris d'exclusió

- Lesions cutànies.
- Sobreinfecció local.
- Malalties sistèmiques descompensades.
- Trombosi venosa profunda.
- Recidiva locoregional aïllada o malaltia disseminada.
- Nul·la resposta a un programa de teràpia física complexa correcta.

Derivació

- Atenció primària: medicina familiar i comunitària
- Atenció especialitzada: cirurgia general, ginecologia i oncologia

Instruments de valoració funcional

- Escala visual analògica
- Mesurament de perímetres del membre afectat

Malalties de l'aparell genitourinari

Incontinència urinària

La incontinència urinària es defineix com la pèrdua involuntària d'orina en quantitat suficient per causar un problema a la persona afectada.

Els tipus d'incontinència urinària són el següents:

- d'esforç: quan es produeix en fer esforços com tossir;
- d'urgència: quan es produeix en notar una necessitat sobtada i incontrolable d'orinar;
- mixta: quan es combinen els símptomes d'incontinència d'esforç i d'urgència.

No hi ha dades sobre la prevalença de la incontinència d'orina a Catalunya ni a Espanya procedents d'estudis de població. Hi ha algunes dades d'estudis fets en poblacions concretes o encarregats per la indústria farmacèutica.

La prevalença augmenta amb l'edat, de forma que, si ens basem en les dades disponibles, s'estima que la prevalença de qualsevol tipus i grau d'incontinència urinària en la dona va d'un 15% a un 30% en les dones de menys de 40 anys, fins a entre un 40% i un 50% en les majors de 65 anys. Si s'analitza la gravetat dels símptomes a fi de respondre a la pregunta de quantes dones tenen símptomes d'incontinència urinària que els afecten de forma important en la seva qualitat de vida i que necessiten ajuda del sistema sanitari, aquesta xifra es podria estimar entre un 3% i un 5% en les dones de menys de 40 anys i fins a entre un 15% i un 20% en les majors de 40 anys, i en dones ingressades en residències les xifres són molt més elevades.^{47,41}

Críteris d'inclusió

- Persones amb diagnòstic d'incontinència urinària d'esforç femenina o masculina, o incontinència urinària mixta femenina.
- Persones amb motivació per al tractament conservador.
- En el cas de la incontinència urinària d'esforç masculina postcirurgia prostàtica un cop passats com a mínim sis mesos.

Críteris d'exclusió

- Dones amb símptomes de prolapse genital (major o grau II, quan la part més prolapsada durant un cop de tos o maniobra de Valsalva sobrepassa l'introit vaginal).
- Infeccions urinàries de repetició no controlades per un especialista.
- Infecció urinària, mentre sigui activa.
- Hematúria no estudiada.
- La incontinència urinària en repòs.
- Patologies associades (especialment incontinència fecal), que necessiten un altre tipus de tractament.

- Dones embarassades.
- Persones que no deambulen o amb grans problemes per als desplaçaments.
- Dèficits cognitius o alteracions psiquiàtriques que poden impedir la col·laboració de la persona.
- El fracàs de tractament rehabilitador previ o de tractament corrector quirúrgic previ.
- Haver fet dos tractaments rehabilitadors previs, encara que el resultat de cada un d'ells hagi estat de millora, ja que també es considera com un fracàs de tractament conservador i requereix un altre tipus de tractament. En qualsevol cas, la repetició d'un tractament rehabilitador no s'hauria de fer en un interval inferior a un any.

Derivació

- Atenció especialitzada: obstetrícia i ginecologia, i urologia

Instruments de valoració funcional

- Qüestionari ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form), per avaluar la gravetat de la incontinència i l'impacte en la qualitat de vida.^{29,30} Es recomana demanar l'autocomplimentació d'aquest qüestionari en la valoració inicial de la persona, així com al final del tractament.
- Diari miccional.
- Test de la tos fet amb volum vesical de desig miccional.
- Test de la compresa de 24 h, en el cas que el test de la tos resulti negatiu. Es considera positiu si l'increment del pes de la compresa és superior a 4 grams.^{70,60}

Logopèdia

Logopèdia

Afàsia

Es defineix l'afàsia com el deteriorament o la pèrdua del llenguatge en qualsevol de les seves modalitats (oral, escrit, signat, etc.) per causa neurològica.

És un trastorn del llenguatge que es produeix com a conseqüència d'una lesió en les àrees cerebrals que controlen la seva emissió i comprensió, així com els seus components (el coneixement semàntic, fonològic, morfològic i sintàctic). Segons la localització o localitzacions de la lesió i de les formes diferents d'afàsia, aquests components poden estar alterats o preservats de forma diferenciada.

Algunes formes d'afàsia s'acompanyen de disàrtria, però l'afàsia no és un trastorn articulatori com a resultat de lesions en les àrees i vies motores de la parla. Tampoc no és un trastorn de la memòria ni una alteració del pensament.

Diverses patologies poden produir afàsia:

- L'accident vascular cerebral (AVC): pot produir fins al 50% dels casos d'afàsia. Aproximadament el 20% de les persones que tenen un ictus pateixen afàsia.
- Els traumatismes cranioencefàlics (TCE): són la segona causa més comuna d'afàsia (després de l'AVC). Aproximadament una tercera part dels TCE presenten un trastorn del llenguatge o de la parla. Actualment no hi ha estadístiques que determinin quants són afàsics, disàrtrics o estan relacionats amb el mutisme.
- Els tumors cerebrals: els símptomes d'una afàsia apareixeran en diferents formes segons el tipus de tumor, la seva localització, les dimensions i altres factors.
- Trastorns neurodegeneratius:
 - Malaltia d'Alzheimer: és la forma més freqüent de demència i en la seva variant més comuna apareixen els primers símptomes amb trastorns de memòria seguits de disfuncions verbals (anòmia i alteració de la comprensió auditiva).
 - Demència frontotemporal.
 - Demència vascular o multiinfart.
 - Afàsia progressiva primària.

La tasca del logopeda s'orienta segons tres possibilitats metodològiques:

- rehabilitar la funció alterada o perduda;
- restablir funcionalment el procés alterat;
- substituir la funció encara que no es puguin utilitzar els mecanismes que la feien possible.

No es pot subestimar la gravetat de l'afàsia, ja que desestructura la persona que la pateix fins a les seves arrels més profundes, atès el rol privilegiat del llenguatge en la nostra societat i la importància que té en la definició de la personalitat i de la identitat de l'ésser humà.

Críteris d'inclusió

En general, són tributàries de logopèdia les afàsies en persones pacients:

- amb un nivell adequat d'alerta, col·laboració i motivació que no presentin malaltia psiquiàtrica, trastorns de conducta i/o deteriorament cognitiu que impedeixi l'aprenentatge;
- que no estiguin encara estabilitzats, i per tant que hi hagi expectatives de millora amb la logopèdia;
- que hagin millorat o desaparegut circumstàncies que impedièren iniciar o continuar el tractament logopèdic, com determinades afàsies globals, comorbiditats, entorn sociofamiliar desfavorable, depressió, etc.
- que presentin un deteriorament de les capacitats de comunicació a partir d'estar prèviament en fase estable.

Críteris d'exclusió

- circumstàncies que impedeixin o interfereixin en la correcta evolució del procés i la millora funcional de la persona pacient;

Derivació

- Atenció primària
- Atenció especialitzada
- Atenció sociosanitària

Instruments de valoració funcional

Per mesurar la situació inicial i l'evolució amb el tractament, les escales següents són sensibles als canvis funcionals:

- qüestionari d'habilitats comunicatives: CETI⁵⁹
- test de Barcelona abreujat⁶⁶
- test de Token reduït per a problemes de comprensió²⁶
- Porch Index of Communicative Ability (PICA)^{68, 74, 73}

En les afàsies greus es recomana el PICA. Si el malalt millora es recomana avaluar l'evolució amb el mateix test, encara que el malalt sigui capaç de fer algun dels altres.

En persones pacients menors de setze anys es recomanen els mateixos tests, tot i que s'adaptin les preguntes al nivell de desenvolupament de la persona pacient. També poden ser útils els mateixos tests que avaluen el desenvolupament del llenguatge.

Disàrtria

La disàrtria es defineix com el trastorn de l'expressió verbal produït per una alteració en el control muscular dels mecanismes de la parla. Compromet les funcions motores de la respiració, la fonació, la ressonància, l'articulació i la prosòdia, i impossibilita o dificulta el procés comunicatiu en la seva vessant expressiva.

És una síndrome deguda a una lesió del sistema nerviós central. Pot ser adquirida en l'inici de la vida i no ser progressiva, com en el cas de la paràlisi cerebral infantil, o bé mostrar-se en altres moments evolutius formant part d'un procés d'empitjorament progressiu, com ho fan la distròfia, la miastènia *gravis*, l'esclerosi múltiple, l'esclerosi lateral amiotròfica, la malaltia de Parkinson o de Wilson, la corea de Huntington, la paràlisi bulbar progressiva i d'altres.

Pot aparèixer també com a conseqüència d'una lesió del sistema nerviós central iniciada al llarg de la vida i independentment de l'edat, com poden ser un traumatisme cranioencefàlic, un accident vascular cerebral, o un procés infecció o tumoral.

Aquestes afectacions solen anar acompanyades, a més, de dificultats per a una alimentació correcta que es manifesten en forma de disfàgia i per a les quals cal un abordatge terapèutic específic.

Els objectius terapèutics s'orienten a aconseguir una millora en la intel·ligibilitat que permeti la comunicació. El tractament dependrà de la importància dels símptomes pel que fa a la intel·ligibilitat de la parla.

criteris d'inclusió

En general, són tributàries de logopèdia les persones pacients amb disàrtria:

- amb un nivell suficient d'estat d'alerta, col·laboració i motivació;
- en què es valori el seu procés com a no estabilitzat i, per tant, hi hagi expectatives de millora;
- que presentin un deteriorament de les capacitats comunicatives a partir d'una fase estable prèvia;
- que hagin millorat o desaparegut circumstàncies que impedièren iniciar o continuar el tractament logopèdic, com poden ser l'estat cognitiu, comorbilitats, entorn sociofamiliar desfavorable, depressió o d'altres.

Derivació

- Atenció primària
- Atenció especialitzada
- Atenció socio sanitària

Instruments de valoració funcional

- Frenchay Dysarthria Assessment²⁸

Disfàsia

La disfàsia primària o trastorn específic del llenguatge (també SLI, Specific Language Impairment) s'ha definit com «un trastorn idiopàtic del llenguatge correcte», o com una «alteració en l'expressió o la comprensió del llenguatge que no es pot justificar per una afectació cognitiva, sensorial o motòrica».

Les dificultats per a la parla i el llenguatge són relativament freqüents en edats entre els tres i quatre anys, en què es poden detectar alteracions en l'expressió o en la comprensió del llenguatge respecte a infants de la mateixa edat. Es poden presentar com una dificultat secundària a deficiències cognitives, sensorials, motores, o bé es poden considerar primàries quan no es poden explicar per una causa coneguda.

La prevalença global de les dificultats de la parla i el llenguatge varia entre un 1% i un 15%, segons els criteris d'inclusió.⁵⁶ En general s'accepta que aproximadament entre el 6% i el 8% dels infants poden tenir dificultats de la parla i el llenguatge, dels quals una proporció significativa són disfàsies primàries.^{80,77}

Els estudis indiquen que el retard o trastorn primari de la parla i el llenguatge pot afectar el rendiment escolar i derivar en problemes socials, emocionals i conductuals. Entre un 30% i un 60% poden experimentar dificultats en la lectura i l'escriptura més enllà de l'adolescència.⁵⁷ Una proporció significativa d'infants diagnosticats amb trastorns primaris de la parla i el llenguatge als quatre anys aparentment es resolen entre els cinc i sis anys, ja que poden persistir dèficits fins a l'adolescència.¹¹ En canvi, els nens i nenes que presenten un retard o trastorn primari de la parla i el llenguatge als quatre anys i que no es resolen als cinc o sis anys tenen un risc elevat de patir dificultats importants de llenguatge a llarg termini,⁷⁸ fins i tot en l'edat adulta.

Els trastorns primaris de la parla i el llenguatge tenen, per tant, el potencial de repercutir significativament sobre l'individu, la família i la societat a curt i llarg termini, i són motiu de preocupació per a les persones que estan implicades en el desenvolupament de l'infant, ja que tenen conseqüències importants per a la criatura, la família i els professionals implicats en l'atenció i l'educació.

D'aquí la importància d'una detecció i valoració precoç de les alteracions de la parla i el llenguatge a partir de senyals d'alarma com els identificats dintre el Programa de seguiment del nen sa (taula Llevant, a l'apartat del desenvolupament psicomotor corresponent als *Protocols de medicina preventiva a l'edat pediàtrica*, en la versió vigent).

S'han seguit diversos criteris per identificar la disfàsia primària. En general, davant d'alteracions de la parla i el llenguatge en un infant, els criteris diagnòstics són:³⁵

- les alteracions són sobretot lingüístiques;
- les alteracions no es poden atribuir a causes com afeccions cognitives, sensorials, motores, trastorns emocionals o de l'entorn social de l'infant;
- hi ha una desviació del nivell lingüístic, en totes les àrees lingüístiques o en alguna, en relació amb el nivell cognitiu. El nivell cognitiu s'ha de mesurar amb proves no verbals per descartar un trastorn cognitiu global. En conseqüència, es considera que hi ha una alteració del llenguatge quan el nivell lingüístic, en totes les àrees lingüístiques o en alguna és inferior a 2/3 del nivell cognitiu mesurat amb proves no verbals;
- si les alteracions estaven presents des dels tres o quatre anys, no han millorat significativament entre els cinc i sis anys.

Hi ha diverses classificacions de les alteracions presents en el trastorn específic del llenguatge. La més funcional és la classificació de Rapin i Allen,⁶⁹ que defineix diversos subtipus segons l'esfera del llenguatge afectada:

- Alteracions en l'emissió:
 - síndrome de dèficit fonològic sintàctic;
 - síndrome deficitària de la programació fonològica;
 - dispràxia.
- Alteració en la recepció:
 - agnòsia auditivoverbal;
 - síndrome semanticopragmàtica.

Criteris d'inclusió

Persones amb alteracions de la parla i el llenguatge en què es compleixen tots els criteris següents:

- les alteracions són sobretot lingüístiques;
- les alteracions no es poden atribuir a afeccions cognitives, sensorials, motores, desconeixement de l'idioma, trastorns emocionals o de l'entorn social de l'infant, o a altres causes conegudes;
- el nivell lingüístic, en totes o en alguna àrea lingüística, és inferior a 2/3 del nivell cognitiu mesurat amb proves no verbals;
- si les alteracions estaven presents des dels tres o quatre anys, no han millorat significativament entre els cinc o sis anys;
- les alteracions generen discapacitat per al desenvolupament de la comunicació;
- es poden definir objectius de millora amb logopèdia.

Derivació

- Atenció primària
- Atenció especialitzada

Instruments de valoració funcional

Per al cribratge de les alteracions de la parla i el llenguatge:

- PLON-R. Prova de llenguatge oral de Navarra, revisada. 3, 4, 5 i 6 anys²

Per mesurar el nivell cognitiu no verbal:

- Ítems visomotors del test Illinoís d'aptituds psicolingüístiques, que compara els canals auditivovocals i visomotors en nens de 3 a 10 anys;⁵³
- Mitjana dels ítems no verbals de l'escala de Weschler d'intel·ligència:
 - WISC-R. Escala Weschler d'intel·ligència en infants. De 6 a 16 anys⁵²
 - WPPSI. Escala Weschler d'intel·ligència en preescolars i alumnes de primària. De 4 a 6 anys⁵²
- test d'intel·ligència no verbal:
 - Leiter International Performance Scale-Revised⁷¹
 - Escala de maduresa mental de Columbia¹⁵

Per a l'avaluació global de totes les àrees lingüístiques i diagnòstic diferencial:

- Test Illinoís d'aptituds psicolingüístiques⁵³

Per mesurar les diferents àrees lingüístiques es recomana utilitzar, quan se'n disposa, un test receptiu i un altre d'expressiu per a cada dimensió del llenguatge.

Fonètica i fonologia:

- *Evaluación fonológica del habla infantil. De 3 a 7 años.* Laura Bosch. Ed. Elsevier-Masson
- *Registro fonológico inducido.* Adoración Juárez Sánchez; Marc Monfort. Ed. CEPE

Consciència fonològica:⁵¹

- PSL: prova de segmentació lingüística
- PCI: prova de consciència intrasil·làbica
- PAF: prova d'anàlisi fonèmica
- PCF: prova de consciència fonèmica

Morfosintaxi (expressió i comprensió): TSA¹

Lexicosemàntica: Peabody (comprensió)²⁷

Pragmàtica: Children's Communication Checklist²¹

Trastorns de la fluència

Quequesa (*stuttering*)

El *Manual de Diagnòstic Internacional de Trastorns Mentals* (DSM IV-TR) (American Psychiatric Association, 2002) presenta una sèrie de criteris per al diagnòstic de la quequesa que es poden resumir així:

- 1) Alteracions de la fluència i de l'organització temporal normals de la parla en la qual es donen amb freqüència un o més dels fenòmens següents:
 - repeticions de sons i síl·labes
 - allargament de sons
 - interjeccions
 - paraules fragmentades (per exemple, pauses dins d'una paraula)
 - bloquejos audibles o silenciosos
 - circumloquis
 - paraules produïdes per un excés de tensió física
 - repeticions de paraules monosíl·labes
- 2) L'alteració de la fluència interfereix en el rendiment acadèmic o laboral o la comunicació social.
- 3) Si hi ha un dèficit sensorial o motor de la parla, les deficiències de la parla són superiors a les associades habitualment a aquests problemes.

La Societat Americana de Quequesa situa en un 2,3% la incidència d'aquesta patologia en la població general. En canvi la prevalença de la quequesa en la població escolar de les societats occidentals és aproximadament del 4% (American Psychiatric Association, 2000).

El trastorn evoluciona cap a la remissió en la majoria de casos. Emperò, com que el curs pot estar influït per molts factors, tant positivament com negativament, es fa necessària la prevenció del quequeig en la infantesa.

Un cop instaurada la quequesa les persones pacients acostumen a passar períodes d'empitjorament al llarg de la vida.

Farfalleig (*cluttering*)

Alteració del ritme de la parla que es caracteritza per excessiva rapidesa de la paraula, omissió de síl·labes o sons, disrítmia, desorganització i articulació imprecisa dels fonemes. Sovint està compromesa la intel·ligibilitat del discurs. Emperò, la majoria de persones afectades poden no ser conscients de la seva dificultat i no estar-ne preocupades.

En aquests trastorns la logopèdia té com a finalitat millorar la funció alterada, afavorint la normalització del ritme de la parla i aconseguint la intel·ligibilitat, o bé dotar la persona pacient d'estratègies suficients perquè es pugui comunicar.

Críteris d'inclusió

- Persones pacients en períodes d'empitjorament de quequesa i/o farfalleig que els generi discapacitat per al desenvolupament de la comunicació i que puguin millorar amb tractament logopèdic.
- Infants en edat d'adquisició de la parla que presenten algun trastorn de la fluència. Cal remarcar que la finalitat de la intervenció en aquesta edat és preventiva, i que es basa a donar pautes d'actuació a l'entorn sociofamiliar.

Derivació

- Atenció primària
- Atenció especialitzada
- Atenció a la salut mental

Instruments de valoració funcional

- Escala d'actituds i conducta per a l'avaluació del disfèmic⁷⁵
- Escala de Wingate⁸⁶

Altres tests útils en l'avaluació de les disfluències:

- CASS-C (Cooper Assessment for Stuttering Syndromes-children's version. Cooper i Cooper 1999-2003)
- CASS-A (Cooper Assessment for Stuttering Syndromes-Adults version. Cooper i Cooper 1999-2003)

Disfonia i afonia

Es defineix la disfonia com el deteriorament de les qualitats de la veu (freqüència, intensitat, timbre i durada) i l'afonia com la pèrdua de la veu.

Diverses patologies i circumstàncies poden ser les causants d'aquesta pèrdua o deteriorament:

- lesions orgàniques laríngies: nòduls, pòlips, edema fusiforme, pseudoquist serós, edema de Reinke, quist intracordal, *sulcus glottidis*, *vergetures*, paràlisis laríngies, traumatismes interns i externs de la laringe, neoplàsies i les seves conseqüències quirúrgiques, granulomes laríngis (postintubació, per reflux gastroesofàgic, etc.), entres d'altres;
- trastorns motors produïts per alteracions neurològiques centrals;
- alteracions funcionals: incompetència de tancament glòtic, alteracions de la resonància, alteracions musculoesquelètiques o la incorrecta gestió de l'aire en la fonació;
- relacionades amb l'envelliment (presbifonia);
- disfonia per pèrdua auditiva tant prelocutives com postlocutives;
- causes psicològiques.

En aquests casos, la logopèdia té com a finalitat recuperar la veu o les qualitats deteriorades o la instauració d'una veu substitutòria o altres sistemes alternatius de comunicació. Permet millorar les conseqüències de les excissions de laringe en la deglució i proporciona una millora significativa en els casos de disfàgia.

criteris d'inclusió

- Persones pacients amb disfonia o afonia:
 - que presentin una lesió susceptible de desaparèixer o disminuir pel tractament logopèdic;
 - que presentin lesions tributàries de cirurgia per a una rehabilitació pre i postquirúrgica i les seves conseqüències;
 - que presentin una alteració funcional que generi una discapacitat comunicativa susceptible de millora amb el tractament logopèdic.
- Persones pacients que han perdut la capacitat de generar veu laríngia (neoplàsia de laringe, traumatismes greus, etc.) i que cal que implementin altres veus substitutòries o altres sistemes alternatius de comunicació.
- Persones pacients amb disfàgia com a conseqüència d'excissions de laringe.
- Persones pacients amb trastorns de la veu atribuïbles a l'envelliment que presentin dificultats de comunicació en els seus entorns habituals, que no tinguin alteracions cognitives que impedeixin la rehabilitació.

Derivació

- Atenció especialitzada

Instruments de valoració funcional

- Voice Handicap Index (VHI)⁵⁰
- Escala GRBAS d'Hirano⁴³
- Fonetograma
- Temps màxim de fonació sobre vocal /a/ i quocient s/z en parlants catalans.

En persones pacients menors de setze anys es recomanen els mateixos indicadors i en el cas del VIH cal adaptar les preguntes al nivell de desenvolupament de la persona pacient a l'espera de la creació i validació d'instruments de valoració del handicap vocal en nens.

Anomalies funcionals dentofacials, inclosa la maloclusió

Les anomalies funcionals dentofacials, inclosa la maloclusió, comprenen alteracions d'una o més de les funcions orofacials de succió, respiració, deglució, masticació i fonoarticulació.

Les maloclusions poden derivar d'alteracions en el desenvolupament de les funcions orofacials, o ser de causa congènita i/o hereditària, traumàtica, tumoral o infecciosa.

Forma i funció són dos conceptes molt lligats en el sistema estomatognàtic. En alguns casos les disfuncions orofacials poden ser tant un factor etiològic com un factor agreujant d'una maloclusió, i en altres casos poden ser una conseqüència de la maloclusió.

La logopèdia té com a finalitat rehabilitar les funcions alterades i afavorir l'estabilitat morfofuncional del sistema estomatognàtic.

criteris d'inclusió

En general, són tributàries de logopèdia les persones pacients amb disfuncions orofacials que puguin ser rehabilitades amb tractament logopèdic, tant en el cas en què la disfunció sigui la causa com la conseqüència de la maloclusió, o que els generi discapacitat per al desenvolupament d'una o més funcions del sistema estomatognàtic, tant d'alimentació com de comunicació:

- Postcirurgia maxil·lofacial o ortognàtica (per exemple, frenectomia lingual, fissura, classe III, etc.) que requereixen adaptació funcional orofacial a la nova forma orgànica o esquelètica.
- Pre i postcirurgia de tumors de cara i coll que requereix adaptació funcional orofacial a la nova forma orgànica o esquelètica.
- Patologies neurològiques o neuromusculars que afectin el desenvolupament de les funcions del SE i que es puguin beneficiar del tractament logopèdic.
- Malformacions facials i/o craniofacials congènites que alteren les funcions orofacials.
- Traumatismes craniofacials que presentin alteracions en les funcions d'alimentació i comunicació.
- Disfuncions orofacials i/o hàbits lesius que poden afectar negativament el procés de creixement i desenvolupament de la dentició, sobretot en les etapes de dentició temporal i mixta.

Derivació

- Atenció primària
- Atenció especialitzada

Instruments de valoració funcional

Respiració:

- reflex narinari de Godin^{64,72}
- mirall de tipus Glatzel^{72,87,76}
- prova de Rosenthal^{72,77,16}

Deglució:

- tècnica de Payne⁹

Avaluació miofuncional:

- fitxa d'avaluació miofuncional³⁷

Referències bibliogràfiques

Referències bibliogràfiques

1. AGUADO ALONSO G. TSA. El desarrollo de la morfosintaxis en el niño. 3 a 6 años. Madrid: CEPE; 2006.
2. AGUINAGA G, ARMENTIA M, FRAILE A, OLANGUA P, URIZ N. Prueba de Lenguaje Oral Navarra Revisada. Tea Ediciones; 2001.
3. AIRAKSINEN O, BROX J-I, CEDRASCHI C, HILDEBRANDT J., KLABER-MOFFETT J, KOVACS F, MANNION AF, REIS S, STAAL JB, URSIN H, ZANOLI G. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain [Internet]. European Commission, Research Directorate General, Cost Action B13, Low Back Pain: Guidelines for its Management; 2004 [Citat: 12/12/2007]. Disponible a: <<http://www.backpain europe.org/>>.
4. AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS. Joint motion: method of measuring and recording. Chicago. American Academy of Orthopaedic Surgeon; 1965.
5. ANDREWS G, HARRIS M. The syndrome of stuttering, Clinics in developmental medicine, No. 17. London: William Heineman Medical Books Ltd.; 1964.
6. ARIZA G, BAGO J, BRAS J, CABRÉ J, GINER C. Escoliosi idiopàtica. Guies de pràctica clínica i material docent [Internet]. Institut Català de la Salut. 2004. Disponible a <<http://www.gencat.net/ics/professionals/guies/escoliosi/escoliosi.htm>>.
7. ASHBURN A. A physical assessment for stroke patients. Physiotherapy. 1982; Apr 68 (4): 109-13.
8. BATLLE-GUALDA E, ESTEVE-VIVES J, PIERA MC, HARGREAVES R, CUTTS J. Adaptación transcultural del cuestionario WOMAC específico para artrosis de rodilla y cadera. Rev Esp Reumatol. 1999; 26: 38-45.
9. BIGENZAHN, W. Disfunciones orofaciales en la infancia. Barcelona: Ars Médica; 2004.
10. BILODEAU S, HEBERT R, DESROSIERS J. Questionnaire on the satisfaction of persons with lower-limb amputations towards their prosthesis: development and validation. Can J Occup Ther. 1999; 66: 23-32.
11. BISHOP DV, ADAMS C. A prospective study of the relationship between specific language impairment, phonological disorders and reading retardation. J Child Psychol Psychiatry. 1990 Nov; 31 (7): 1027-50.
12. BOHANNON RW, SMITH MB. Interrater Reliability of a Modified Asworth Scale of Muscle Spasticity. Phys Ther. 1987; 67 (2): 206-7.
13. BRITISH THORACIC SOCIETY. Standars of Care Subcommittee on Pulmonary Rehabilitation. Pulmonary Rehabilitation. Thorax. 2001; 56: 827-834.
14. BRÜNNSTROM S. Movement therapy in hemiplegia. New York: Harper & Row; 1970.
15. BURGEMEISTER BB, BLUM LH, LORGE I. CMMS, Escala de madurez mental de Columbia. TEA Ediciones.
16. BUSTOS SÁNCHEZ, I. Reeducación de los problemas de la voz. Madrid: CEPE; 1991.
17. CARDIEL MH, ABELLO-BANFI M, RUIZ-MERCADO R, ALARCON-SEGOVIA D. How to measure health status in rheumatoid arthritis in non-English speaking patients: validation of a Spanish version of the Health Assessment Questionnaire Disability Index (Spanish HAQ-DI). Clin Exp Rheumatol. 1993; Mar-Apr 11 (2): 117-21.
18. CAVE, ROBERTS SM. A method for measuring and recording joint function. J Bone Joint Surg. 1936; 18: 455-465.
19. CELLI BR, COTE CG, MARIN JM, CASANOVA C, MONTES DE OCA M, MENDEZ RA, PINTO PLATA V, CABRAL HJ. The Body-Mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med. 2004; 350: 1005-1012.
20. CENTRE COCHRANE IBEROAMERICÀ. Eficàcia de les intervencions rehabilitadores en malalties neurodegeneratives i de causa traumàtica. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut / CatSalut, 2007. Pàg. 63.

21. Children's Communication Checklist. CCC-2. D. Bishop. London: Psychological Corporation; 2003.
22. CID-RUZAFÀ J, DAMIÁN-MORENO J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública*. 1997; 71: 177-137.
23. CONSTANT C R, MURLEY A H G. A clinical method of functional assessment of the shoulder. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 1987; 214: 160-164.
24. CONSTANT C R. Assessment of the shoulder. In: Watson M. *Surgical disorders of the shoulder*. New York: Churchill Livingstone; 1991, p. 39-45.
25. DANIELS L, WORTHINGHAM C. *Técnicas de Balance Muscular*. Madrid: Saunders-Elsevier; 2003.
26. DE RENZI E, FAGLIONI P. Normative data and screening power of a shortened version of the Token Test. *Cortex*. 1978; 14: 41-49.
27. DUNN LIM, DUNN LM, ARRIBAS D. *TVIP. Test de vocabulario en imàgenes*. Madrid: Tea Ediciones.
28. ENDERBY PAMELA M. *Frenchay Dysarthria Assessment*. 1st ed. Austin (TX): Pro-Ed Inc; 1983.
29. ESPUÑA M, PUIG M, REBOLLO P, VANRELL JA, IGLESIAS X. Evaluación del resultado del tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer mediante el cuestionario ICIQ-UI SF. *Med Clin (Barc)*. 2005; 124 (20): 772-4.
30. ESPUÑA M, REBOLLO P, PUIG M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)*. 2004; 122 (8): 288-92.
31. FAIRBANK JC, COUPER J, DAVIES JB, O'BRIEN JP. The Oswestry low back pain disability questionnaire. *Physiotherapy*. 1980; 66, 271-273.
32. FLETCHER CM (Chairman). Standardised questionnaire on respiratory symptoms: a statement prepared and approved by the MRC Committee on the Aetiology of Chronic Bronchitis (MRC breathlessness score). *BMJ*. 1960; 2: 1665.
33. FOLSTEIN M, FOLSTEIN S, MCHUGH P. Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psych Res*. 1975; 12: 189-198.
34. FOSTER S, THOMAS HM III. Pulmonary rehabilitation in lung disease other than chronic obstructive pulmonary disease. *Am Rev Respir Dis*. 1990; 141: 601-604.
35. FRESNEDA MZ, MENDOZA E. Trastorno específico del lenguaje: concepto, clasificaciones y criterios de identificación. *Rev Neurol*. 2005; 41 (supl 1): S51-S56.
36. GARDNER-MEDWIN D, WALTON JN. *Disorders of voluntary muscles*. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1974. The clinical examination of the voluntary muscles; p. 517-560 (Walton JN, editor).
37. GRANDI D, DONATO G. *Terapia Miofuncional. Diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: Lebón; 2006.
38. GREGSON JM, LEATHLEY M, MOORE P, et al. Reliability of the tone assessment scale and the modified Asworth scale as clinical tools for assessing poststroke spasticity. *Arch Phys Med Rehabil*. 1999; 80: 1013-6.
39. GÜELL R, DE LUCAS P, GLADIS JB, MONTEMAYOR T, RODRIGUEZ GONZALEZ-MORO JM, GOROSTIZA A, ORTEGA F, BELLÓN JM, GUYATT GH. Home vs Hospital-based Rehabilitation in COPD patients. A multicenter randomised trial. *Eur Respir J*. en premsa 2006.
40. *Guia de Práctica Clínica de l'ictus. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques*; 2005. Disponible a: <<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/aatrm/html/ca/dir303/doc9759.html>>.

41. HAY-SMITH EJC, DUMOULIN C. Entrenamiento muscular del suelo pelviano versus ningún tratamiento, o tratamientos de control inactivo, para la incontinencia urinaria en mujeres (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007, número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
42. HERNÁNDEZ MT, RUBIO TM, RUIZ FO, RIERA HS, GIL RS, GÓMEZ JC. Results of a home-based training program for patients with COPD. *Chest*. 2000; 118: 106-114.
43. HIRANO, M. Clinical examination of voice. New York: Springer-Verlag; 1981.
44. HOEHN MM, YAHR MD. Parkinsonism: onset, progression and mortality. *Neurology*. 1967 May; 17 (5): 427-42.
45. HOLDEN MK, GILL KM, MAGLIOZZI MR, NATHAN J, PIEHL-BACKER L. Clinical gait assessment in the neurologically impaired: reliability and meaningfulness. *Physical Therapy*. 1984; 64: 35-40.
46. HUDAK P, AMADIO PC, BOMBARDIER C, AND THE UPPER EXTREMITY COLLABORATIVE GROUP. Development of an Upper Extremity Outcome Measure: The DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand). *American Journal of Industrial Medicine*. 1996; 29: 602-608.
47. HUNSKAAR S, LOSE G, SYKES D, VOSS S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int*. 2004 Feb; 93 (3): 324-30.
48. HUSKISSON EC. Measurement of pain. *Lancet*. 1974; 2: 1127-1131.
49. INSALL J, RANAWAT CS, SCOTT WN, WALKER P. Total condylar knee replacement: preliminary report. 1976. *Clin Orthop Relat Res*. 2001 Jul; (388): 3-6.
50. JACOBSON BH, JOHNSON A, GRYWALSKI C, SILBERGLEIT A, JACOBSON G, BENNINGER MS. The voice handicap index (VHI): Development and validation. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 1997; vol. 6 (3), 66-70.
51. JIMÉNEZ JE, ORTIZ MR. Conciencia fonológica y aprendizaje de la lectura. Teoría, evaluación e intervención. Madrid: Síntesis; 1995.
52. KAPLAN RM, SACCUZZO DP. Psychological Testing: Principles, applications, and issues. Belmont (CA): Thomson Wadsworth; 2005.
53. KIRK SA, MCCARTHY JJ, KIRK WD. Test Illinois de aptitudes psicolingüísticas (ITPA). Madrid: TEA; 1984.
54. KURTZKE JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: An expanded disability status scale (EDSS). *Neurology*. 1983; 33: 1444-52.
55. LACASSE Y, GOLDSTEIN R, LASSERSON TJ, MARTIN S. Rehabilitación pulmonar para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
56. LAW J, BOYLE J, HARRIS F, HARKNESS A, NYE C. Prevalence and natural history of primary speech and language delay: findings from a systematic review of the literature. *Int J Lang Commun Disord*. 2000 Apr-Jun; 35 (2): 165-88.
57. LAW J, GARRETT Z, NYE C. Intervenciones de terapia del habla y el lenguaje para niños con retraso o trastorno primario del habla y el lenguaje (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007. Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

58. LEAK M, COOPER J, DYER S, WILLIAMS KA, TURNER-STOKES L, FRANK AO. The Northwick Park Neck Pain Questionnaire, devised to measure neck pain and disability. *Rheumatology*. 1994 May; 33: 469-474.
59. LOMAS J, PICKARD L, BESTER S, ELBARD H, FINLAYSON A, ZOGHAIB C. The communicative effectiveness index: development and psychometric evaluation of a functional communication measure for adult aphasia. *J Speech Hear Disord*. 1989 Feb; 54 (1): 113-24.
60. LOSE G, JORGENSEN L, THUNEDBORG P. 24-hour home pad weighing test versus 1-hour ward test in the assessment of mild stress incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1989; 68 (3): 211-5.
61. MAHONEY FI, BARTHEL D. Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*. 1965; 14: 56-61.
62. MERLE D'AUBIGNÉ R. Numerical classification of the function of the hip. 1970. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot*. 1990; 76 (6): 371-4.
63. NICI L, DONNER C, WOUTERS E, ZUWALLACK R, AMBROSINO N, BOURBEAU J, CARONE M, CELLI B, ENGELEN M, FAHY B, GARVEY C, GOLDSTEIN R, GOSSELINK R, LAREAU S, MACINTYRE N, MALTAIS F, MORGAN M, O'DONNELL D, PREFALC C, REARDON J, ROCHESTER C, SCHOLS A, SINGH S, TROOSTERS T; ATS/ERS Pulmonary Rehabilitation Writing Committee. American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med*. 2006; 173: 1390-1413.
64. PARRA, Y. El paciente respirador bucal. Una propuesta para el Estado Nueva Esparta 1996-2001 [Internet]. *Acta Odontol.Venez*. 2004; vol. 42, nº 2, p. 97-106. Disponible a: <<http://www.scielo.org.ve>>.
65. Patologia de la columna lumbar en l'adult. Direcció clínica en l'atenció primària. Institut Català de la Salut; 2004. Disponible a <<http://www.gencat.net/ics/professionals/guies/lumbalgies/lumbalgies.htm>>.
66. PEÑA-CASANOVA J, GUARDIA J, BERTRAN-SERRA I, MAÑERO RM, JARNE A. Versión abreviada del test Barcelona (I): subtests y perfiles normales. *Neurología*. 1997; 12: 99-111.
67. PEÑA-CASANOVA J. Test Barcelona. Manual. Barcelona: Masson; 1990.
68. PORCH B. Porch Index of Communicative Ability (PICA). Volume II Administration, scoring and interpretation (3a ed.). Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press; 1981.
69. RAPIN I, ALLEN DA. Developmental dysphasia and autism in preschool children: characteristics and subtypes. London: Afasic; 1987, p. 20-35. (MARTIN J, MARTIN P, FLETCHER P, GRUNWEL P, HALL D, editors. Proceedings of the First International Symposium on Specific Speech and Language Disorders in Children).
70. RASMUSSEN A, MOURITSEN L, DALGAARD A, FRIMODT-MØLLER C. Twenty-four Hour Pad Weighing Test: Reproducibility and Dependence of Activity Level and Fluid Intake. *NeuroUrol Urodyn*. 1994; 13 (3): 261-5.
71. ROID GH, MILLER LJ. Leiter International Performance Scale-Revised. Wood Dale (IL): Stoelting Co; 1997.
72. SABORIT MALLOL C, JULIÁN MARZÁ JP. L'avaluació del llenguatge infantil. Col·lecció Educació. Universitat Jaume I; 2006.
73. SANGORRÍN J. Adaptación en castellano y catalán del Porch Index of Communicative Ability. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona; 1991.
74. SANGORRÍN J. El PICA: Evaluación de la conducta comunicativa en la afasia. *Rev Logop Fon Audiología*. 1991; 11: 2-13.
75. SANGORRÍN, J. Escala de actitudes y conducta para la evaluación del disfémico. XXI Congreso de la IALP. Praga. 1989.
76. SEGOVIA ML. Evaluación clínica de los desequilibrios en el sistema estomatognático. Profono Primer Ciclo - Módulo 2. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2001.

77. Standard Neurological Classification of Spinal Cord Injury [Internet]. American Spinal Cord Injury Association; 2006 [citat el 17/12/2007]. Disponible a <http://www.asia-spinalinjury.org/publications/2006_Classif_worksheet.pdf>.
78. STOTHARD SE, SNOWLING MJ, BISHOP DVM, CHIPCHASE BB, KAPLAN CA. Language-Impaired Preschoolers: A Follow-Up Into Adolescence. *J Speech Lang Hear Res.* 1998 Apr; 41 (2): 407-18.
79. TINETTI ME. Performance-Oriented Assessment of Mobility Problems in Elderly Patients. *J Am Geriatr Soc.* 1986 Feb; 34 (2): 119-26.
80. TOMBLIN JB, RECORDS NL, BUCKWALTER P, ZHANG X, SMITH E, O'BRIEN M. Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *J Speech Lang Hear Res.* 1997 Dec; 40 (6): 1245-60.
81. UPPER EXTREMITY COLLABORATIVE GROUP. Measuring disability and symptoms of the upper limb: A validation study of the DASH Questionnaire. *Arthritis and Rheumatism.* 1996; 39 (9): S112.
82. VAN TULDER M, BECKER A, BEKKERING T, BREEN A, DEL REAL MT, HUTCHINSON A, KOES B, LÆRUM E, MALMIVARA A. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. [Internet]. European Commission, Research Directorate General, Cost Action B13. Low Back Pain: Guidelines for its Management; 2004 [Citat: 12/12/2007]. Disponible a: <<http://www.backpaineurope.org>>.
83. VIGNOS PJ JR, SPENCER GE, ARCHIBALD KC. Management of progressive muscular dystrophy in childhood. *JAMA.* 1963; 184: 89-96.
84. WADDELL G, MCCULLOCH JA, KUMMEL E, VENNER RM: Nonorganic physical signs in low-back pain. *Spine.* 1980; 5 (2) 117-25.
85. WILSON JT, PETTIGREW LE, TEASDALE GM. Structured interviews for the Glasgow Outcome Scale and the extended Glasgow Outcome Scale: guidelines for their use. *J. Neurotrauma.* 1998; 15: 573-85.
86. WINGATE ME. A standard definition of stuttering. *J Speech Hear Disord.* 1964; Nov 29: 484-9.
87. ZAMBRANA N, DALVA L. Logopedia y ortopedia maxilar en la rehabilitación orofacial. Barcelona: Masson; 1998.



Instruments i escales de valoració funcional

Instru-
ments i
escales de
valoració
funcional

Cal tenir en compte que entre els que incloem aquí no hi són tots els instruments recomanats. S'inclouen els que estan disponibles sense *copyright*, en la llengua disponible en el moment de l'elaboració del document.

Els instruments i les escales es presenten agrupats seguint l'ordenació en què se citen a la resta del document:

1. Malalties del sistema nerviós
2. Malalties de l'aparell locomotor i el teixit connectiu
3. Malalties de l'aparell respiratori
4. Malalties de l'aparell circulatori
5. Malalties de l'aparell genitourinari
6. Logopèdia

Alguns són útils en patologies de més d'un aparell o sistema. Aquests casos apareixen dintre del primer grup de patologies en què s'esmenten al document. Per exemple, l'índex de Barthel se situa dintre les malalties del sistema nerviós tot i que també està recomanat en determinats processos de l'aparell locomotor.

Algunes escales que ja s'han inclòs al document perquè són un criteri per derivar persones pacients es tornen a incloure per tal que aquest annex sigui més exhaustiu.

Malalties del sistema nerviós

Índex de Barthel

Menjar	Desplaçar-se
0 Incapaç	0 Immòbil
5 Necessita ajuda per tallar, estendre la mantega, fer servir condiments, etc.	5 Independent en cadira de rodes en 50 metres
10 Independent (el menjar és a l'abast de la mà)	10 Camina amb una mica d'ajuda d'una persona (física o verbal)
Traslladar-se entre la cadira i el llit	15 Independent almenys 50 metres amb qualsevol tipus de crosseja, llevat del caminador
0 Incapaç, no es manté assegut/da	Pujar i baixar escales
5 Necessita ajuda important (una persona entrenada o dues persones), pot estar assegut/da	0 Incapaç
10 Necessita una mica d'ajuda (una petita ajuda física o ajuda verbal)	5 Necessita ajuda física o verbal, pot dur tot tipus de crosseja
15 Independent	10 Independent per pujar i baixar
Neteja personal	Vestir-se i desvestir-se
0 Necessita ajuda per a la neteja personal	0 Dependent
5 Independent per rentar-se la cara, les mans i les dents, pentinar-se i afaitar-se	5 Necessita ajuda, però pot fer aproximadament la meitat sense ajuda
Ús del vàter/lavabo	10 Independent, inclosos els botons, les cremalleres, els cordons, etc.
0 Dependent	Control de femta
5 Necessita alguna ajuda, però pot fer alguna cosa sol/a	0 Incontinent (necessita que li subministren enema)
10 Independent (entrar-hi i sortir-ne, netejar-se i vestir-se)	5 Accident excepcional (un per setmanes)
Banyar-se/dutxar-se	10 Continent
0 Dependent	Control d'orina
5 Independent per banyar-se o dutxar-se	0 Incontinent o sondat, incapaç de canviar-se la bossa
	5 Accident excepcional (màxim un cada 24 hores)
	10 Continent, durant almenys set dies
Total = 0-100 punts (0-90 si fa servir cadira de rodes)	

CID-RUZAFÀ J, DAMIÁN-MORENO J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev Esp Salud Pública. 1997; 71: 177-137.

MAHONEY FI, BARTHEL D. Functional evaluation: the Barthel Index. Maryland State Medical Journal. 1965; 14: 56-61.

Escala de força muscular del Medical Research Council (Escala d'Oxford)

0 Absència
Múscul absent, no detectable.
1 Presència detectable
La contracció es nota sota el dit de l'examinador.
2 Molt feble
El moviment és possible solament quan la força de la gravetat s'ha eliminat.
3 Feble
El múscul mobilitza el segment en tota l'amplitud articular, contra la força de la gravetat.
4 Bona
El múscul desenvolupa el moviment contra una resistència moderada.
5 Normal
El múscul desenvolupa el moviment contra una gran resistència.

DANIELS L, WORTHINGHAM C. *Técnicas de balance muscular*. Madrid: Saunders-Elsevier, 2003.

Classificació de la malaltia de Parkinson en estadis de Hoehn i Yahr

Estadi 0
No hi ha signes de malaltia.
Estadi I
Malaltia unilateral.
Estadi II
Malaltia bilateral sense alteració de l'equilibri.
Estadi III
Malaltia bilateral lleu a moderada; certa inestabilitat postural; físicament independent.
Estadi IV
Incapacitat greu; encara pot caminar o estar dret sense ajuda.
Estadi V
Roman en cadira de rodes o enllitat si no té ajuda.

HOEHN MM, YAHR MD. Parkinsonism: onset, progression and mortality. Neurology. 1967 May; 17 (5): 427-42.

Rancho Los Amigos Level of Cognitive Functioning (LCFS)

I	Absència de resposta que equival a situació de coma.
II	Resposta generalitzada que equival a situació d'estat vegetatiu.
III	Resposta localitzada que equival a una situació de mínima resposta.
IV	Resposta confusa agitada.
V	Resposta confusa, inapropiada, no agitada.
VI	Resposta confusa apropiada.
VII	Resposta automàtica apropiada.
VIII	Resposta intencionada apropiada.

Mètode Brunnstrom de valoració del control motor

Extremitat superior

- 1 La persona pacient està flàccid. No hi ha moviments voluntaris.
- 2 Comença l'espasticitat. Apareixen els moviments en sinergies bàsiques (flexió extensió) però activats per moviments associats. S'activen millor les flexores.
- 3 Les sinergies es poden activar voluntàriament però la persona pacient es mou en bloc de l'una a l'altra.
- 4 Comença a disminuir l'espasticitat i apareixen les combinacions de moviments voluntaris. Comença a barrejar components d'ambdues sinergies: mà endavant a 90°, esquena i pronosupinació amb colze en flexió.
- 5 Segueix disminuint l'espasticitat i es poden fer combinacions de moviments més complexos: braç al costat a 90°, endavant i amunt a més de 90°, pronosupinació amb colze en extensió.
- 6 Pot fer qualsevol tipus de combinació de moviments.

Mà

- 1 Flaccidesa.
- 2 S'inicia la flexió de dits.
- 3 Flexió de tipus urpa.
- 4 Pinça lateral i comença la flexió activa dels dits.
- 5 Flexió dels dits amb premsió digitopalmar. Premsió cilíndrica o esfèrica. Avança el polze a oposició.
- 6 Fa qualsevol tipus de premsió.

Extremitat inferior

- 1 Flaccidesa.
- 2 Augmenta l'espasticitat i s'inicien les sinergies, sobretot la flexora facilitada pels moviments associats. En general, avança més ràpidament aquesta extremitat que la superior, per la qual cosa de vegades en caminar empitjora l'extremitat superior, ja que les sincinèsies la perjudiquen.
- 3 Les sinergies s'activen de forma voluntària. L'espasticitat arriba al màxim.
- 4 Comencen les combinacions d'ambdues sinergies: assegut, dorsiflexió del peu o arrossegament cap enrere.
- 5 Més dissociació i baixa espasticitat: dempeus, flexió de genoll amb maluc en extensió o dorsiflexió del peu.
- 6 Dissociació total.

Escala de Mayo de sensibilitat

0	Normal
-1	Algún error ocasional atribuible a distracció
-2	Entre -1 i -3
-3	Algún encert ocasional no atribuible a endevinació
-4	Cap encert

Es valora de 0 a -4.

Escaleta ASIA

A Completa
No hi ha funcions motores preservades en els segments sacres S4-S5.
B Incompleta
Funció sensorial preservada però no motora per sota del nivell neurològic i inclou els segments sacres S4-S5.
C Incompleta
Funció motora preservada per sota del nivell neurològic, i la funció de més de la meitat dels músculs clau per sota del nivell neurològic estan per sota del grau 3.
D Incompleta
Funció motora preservada per sota del nivell neurològic, i la funció d'almenys la meitat dels músculs clau per sota del nivell neurològic està almenys en el grau 3.
E Normal
Funcions motores i sensorials normals.

Standard Neurological Classification of Spinal Cord Injury [Internet]. American Spinal Cord Injury Association; 2006 [citad el 17/12/2007].

Disponible a: <http://www.asia-spinalinjury.org/publications/2006_Classif_worksheet.pdf>

Escala de discapacitat de Kurtzke

0	Examen neurològic normal.
1.0	Sense incapacitat, mínims signes en un sistema funcional.*
1.5	Sense incapacitat, mínims signes en més d'un sistema funcional.
2.0	Incapacitat mínima en un sistema funcional.
2.5	Incapacitat mínima en dos sistemes funcionals.
3.0	Incapacitat moderada en un sistema funcional o incapacitat lleu en tres o quatre sistemes funcionals.
3.5	Totalment ambulant, però amb incapacitat moderada en un sistema funcional i incapacitat lleu en un o dos sistemes funcionals; o moderada en dos sistemes funcionals, o lleu en cinc sistemes funcionals.
4.0	Completament ambulant, autosuficient, malgrat el compromís greu d'un sistema funcional o moderat de diversos, camina sense ajuda 500 metres.
4.5	Completament ambulant, autosuficient, pot tenir alguna limitació laboral, amb compromís greu d'un sistema funcional o moderat de diversos, camina sense ajuda 300 metres.
5.0	Ambulant, capaç de caminar sense ajuda ni suport 200 metres; no pot treballar jornada completa sense mesures especials, amb acumulació de diversos dèficits, generalment amb compromís molt greu d'un sistema funcional.
5.5	Capaç de caminar 100 metres sense ajuda, impedit en part per a les activitats quotidianes.
6.0	Ajuda interminent o constant (bastó, crosses) requerida per caminar 100 metres.
6.5	Ajuda bilateral constant per caminar 200 metres.
7.0	Incapaç de caminar 5 metres tot i amb ajuda, principalment en cadira de rodes, capaç de traslladar-se en cadira de rodes 12 hores al dia.
7.5	Incapaç de pujar pocs esglaons, en cadira de rodes, té dificultats per traslladar-se en ella sense ajuda.
8.0	Al llit o en cadira de rodes, es pot encarregar de la seva cura personal, generalment conserva l'ús efectiu dels braços.
8.5	Al llit o en cadira, conserva una mica l'ús efectiu dels braços, conserva algunes funcions de cura personal.
9.0	Persona pacient postrada al llit, es pot comunicar o menjar.
9.5	Persona pacient totalment impossibilitada, incapaç de comunicar-se efectivament o deglutir.
10.0	Mort per EM.

*Sistemes funcionals: piramidal, cerebel·lós, troncal, sensitiu, cognitiu, digestiu, urinari, visual.

Escala funcional de Vignos modificada

A	Camina i puja escales.
B	Camina però no pot pujar escales.
C	Camina només amb ajuda.
D	En cadira de rodes o llit.

VIGNOS PJ JR, SPENCER GE, ARCHIBALD KC. Management of progressive muscular dystrophy in childhood. JAMA. 1963; 184: 89-96.
GARDNER-MEDWIN D, WALTON JN. Disorders of voluntary muscles. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1974. The clinical examination of the voluntary muscles; p. 517-560. (Walton JN, editor).

Malalties de l'aparell locomotor i el teixit connectiu

Classificació funcional de la deambulació de Holden (FAC)

Categories	Descripció
0 Marxa nul·la	La persona pacient no pot caminar, ho fa únicament amb barres paral·leles o requereix supervisió o ajuda física de més d'una persona per caminar de forma segura.
1 Marxa dependent Nivell II	La persona pacient necessita una gran ajuda d'una persona per evitar caure. Aquesta assistència és necessària per suportar el pes del cos, així com per mantenir l'equilibri.
2 Marxa dependent Nivell I	La persona pacient necessita una petita ajuda d'una persona per evitar caure. Aquesta assistència és necessària per mantenir l'equilibri.
3 Marxa dependent amb supervisió	La persona pacient no requereix ajuda, sinó únicament supervisió d'una persona.
4 Marxa independent (superfície plana)	La persona pacient camina de manera independent en àrees planes, però necessita supervisió o ajuda física per pujar/baixar escales i superfícies inclinades.
5 Marxa independent	La persona pacient marxa de manera independent en qualsevol tipus de superfície i és capaç de pujar i baixar escales.

HOLDEN MK, GILL KM, MAGLIOZZI MR, NATHAN J, PIEHL-BACKER L. Clinical gait assessment in the neurologically impaired: reliability and meaningfulness. *Physical Therapy*. 1984; 64: 35-40.

Questionari WOMAC per a artrosi

Versió en català*

Instruccions

Les preguntes dels apartats A, B i C es plantejaran tal com es mostra a continuació. Les haureu de respondre escrivint una X en una de les caselles.

Per exemple, si us pregunten sobre el dolor que sentiu:

1. Si poseu la X a la casella que és més a l'esquerra:

Cap/no gens Poc Bastant Molt Moltíssim

indicareu que **NO TENIU DOLOR**.

2. Si poseu la X a la casella que és més a la dreta:

Cap/no gens Poc Bastant Molt Moltíssim

indicareu que **TENIU MOLTÍSSIM DOLOR**.

3. Sisplau, tingueu en compte:

- a) que com més a la **dreta** poseu la X, **més** dolor sentiu.
- b) que com més a l'**esquerra** poseu la X, **menys** dolor sentiu.
- c) **No marqueu** la X fora de les caselles.

Us demanarem que indiqueu en una escala d'aquest tipus quant dolor, rigidesa o incapacitat sentiu. Recordeu que com més a la dreta poseu la X indicareu que sentiu més dolor, rigidesa o incapacitat.

* Traduit al català a partir de la versió d'E. Batlle-Gualda i J. Esteve-Vives a: BATLLE-GUALDA E. ESTEVE VIVES J, PIERA MC, HARGREAVES R, CUTTS J. Adaptación transcultural del cuestionario WOMAC específico para artrosis de rodilla y cadera. Rev Esp Reumatol 1999; 26: 38-45.

Apartat A

Instruccions

Les preguntes següents tracten sobre quant DOLOR sentiu als malucs i/o als genolls com a conseqüència de l'artrosi. Per a cada situació indiqueu quant DOLOR heu notat durant els últims dos dies (sisplau, marqueu les respostes amb una X).

PREGUNTA: Quant dolor teniu?

1. Quan camineu per un terreny pla:

Cap/no gens Poc Bastant Molt Moltíssim

2. Quan pugueu o baixeu escales:

Cap/no gens Poc Bastant Molt Moltíssim

3. A la nit al llit:

Cap/no gens Poc Bastant Molt Moltíssim

4. Quan esteu assegut/da o ajagut/da:

Cap/no gens Poc Bastant Molt Moltíssim

5. Quan esteu dret/a:

Cap/no gens Poc Bastant Molt Moltíssim

Apartat B

Instruccions

Les preguntes següents són per conèixer quanta RIGIDESA (no dolor) heu notat als malucs i/o als genolls durant els darrers dos dies. La RIGIDESA és una sensació de dificultat inicial per moure amb facilitat les articulacions (sisplau, marqueu les respostes amb una X).

1. Quanta rigidesa noteu després de despertar-vos al matí?

Cap/no gens Poca Bastant Molta Moltíssima

2. Quanta rigidesa noteu durant la resta del dia després d'estar assegut/da, ajagut/da o descansant?

Cap/no gens Poca Bastant Molta Moltíssima

Qüestionari WOMAC per a artrosi II

Apartat C

Instruccions

Les preguntes següents són per conèixer la vostra CAPACITAT FUNCIONAL. És a dir, la vostra capacitat per moure-us, desplaçar-vos o tenir cura d'un mateix. Indiqueu quanta dificultat heu notat durant els darrers dos dies en dur a terme cadascuna de les activitats següents, com a conseqüència de l'artrosi de malucs i/o de genolls (sisplau, marqueu les respostes amb una X).

PREGUNTA: Quin grau de dificultat teniu en...?

1. Baixar les escales.

Cap/no gens Poca Bastant Molta Moltíssima

2. Pujar les escales.

Cap/no gens Poca Bastant Molta Moltíssima

3. Aixecar-vos després d'estar assegut/da.

Cap/no gens Poca Bastant Molta Moltíssima

4. Estar dret/a.

Cap/no gens Poca Bastant Molta Moltíssima

5. Ajupir-vos per agafar alguna cosa del terra.

Cap/no gens Poca Bastant Molta Moltíssima

6. Caminar per un terreny pla.

Cap/no gens Poca Bastant Molta Moltíssima

7. Entrar i sortir d'un cotxe.

Cap/no gens Poca Bastant Molta Moltíssima

8. Anar a comprar.

Cap/no gens Poca Bastant Molta Moltíssima

9. Posar-vos les mitges o els mitjons.

Cap/no gens Poca Bastant Molta Moltíssima

10. Llevar-vos al matí.

Cap/no gens Poca Bastant Molta Moltíssima

11. Treure'us les mitges o els mitjons.

Cap/no gens Poca Bastant Molta Moltíssima

12. Estar ajagut/da al llit.

Cap/no gens Poca Bastant Molta Moltíssima

Apartat C (continuació)

13. Entrar i sortir de la dutxa/banyera.

Cap/no gens Poca Bastant Molta Moltíssima

14. Estar assegut/da.

Cap/no gens Poca Bastant Molta Moltíssima

15. Seure al vàter i aixecar-vos.

Cap/no gens Poca Bastant Molta Moltíssima

16. Dur a terme les tasques domèstiques pesades.

Cap/no gens Poca Bastant Molta Moltíssima

17. Fer tasques domèstiques lleugeres.

Cap/no gens Poca Bastant Molta Moltíssima

Questionario WOMAC para artrosis*

Instrucciones

Las preguntas de los apartados A, B y C se plantearán de la forma que se muestra a continuación. Usted debe contestarlas poniendo una X en una de las casillas.

1. Si usted pone la X en la casilla que está más a la izquierda

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo
indica que NO TIENE DOLOR

2. Si usted pone la X en la casilla que está más a la derecha

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo
indica que TIENE MUCHISIMO DOLOR.

3. Por favor, tenga en cuenta:

- a) que cuanto más a la **derecha** ponga su X **más** dolor siente usted.
- b) que cuanto más a la **izquierda** ponga su X **menos** dolor siente usted.
- c) **No marque** su X fuera de las casillas.

Se le pedirá que indique en una escala de este tipo cuánto dolor, rigidez o incapacidad siente usted. Recuerde que cuanto más a la derecha ponga la X indicará que siente más dolor, rigidez o incapacidad.

* Traducido y adaptado por E. Batlle- Gualda y J. Esteve-Vives, en: BATLLE-GUALDA E. ESTEVE VIVES J, PIERA MC, HARGREAVES R, CUTTS J. Adaptación transcultural del cuestionario WOMAC específico para artrosis de rodilla y cadera. Rev Esp Reumatol 1999; 26: 38-45.

Apartado A

Instrucciones

Las siguientes preguntas tratan sobre cuánto DOLOR siente usted en las caderas y/o rodillas como consecuencia de su artrosis. Para cada situación indique cuánto DOLOR ha notado en los últimos dos días (por favor, marque sus respuestas con una X).

PREGUNTA: ¿Cuánto dolor tiene?

1. Al andar por un terreno llano.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

2. Al subir o bajar escaleras.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

3. Por la noche en la cama.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

4. Al estar sentado/a o tumbado/a.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

5. Al estar de pie.

Ninguno Poco Bastante Mucho Muchísimo

Apartado B

Instrucciones

Las siguientes preguntas sirven para conocer cuánta RIGIDEZ (no dolor) ha notado en sus caderas y/o rodillas en los últimos dos días. La RIGIDEZ es una sensación de dificultad inicial para mover con facilidad las articulaciones (por favor, marque sus respuestas con una X).

1. ¿Cuánta rigidez nota después de despertarse por la mañana?

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

2. ¿Cuánta rigidez nota durante el resto del día después de estar sentado/a, tumbado/a o descansando?

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

Apartado C

Instrucciones

Las siguientes preguntas sirven para conocer su CAPACIDAD FUNCIONAL. Es decir, su capacidad para moverse, desplazarse o cuidar de si mismo/a. Indique cuánta dificultad ha notado en los últimos dos días al realizar cada una de las siguientes actividades, como consecuencia de su artrosis de caderas y/o rodillas (por favor, marque sus respuestas con una X).

PREGUNTA: ¿Qué grado de dificultad tiene al...?

1. Bajar las escaleras.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

2. Subir las escaleras.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

3. Levantarse después de estar sentado/a.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

4. Estar de pie.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

5. Agacharse para coger algo del suelo.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

6. Andar por un terreno llano.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

7. Entrar y salir de un coche.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

8. Ir de compras.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

9. Ponerse las medias o los calcetines.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

10. Levantarse de la cama.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

11. Quitarse las medias o los calcetines.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

12. Estar tumbado/a en la cama.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

Apartado C (continuación)

13. Entrar y salir de la ducha/bañera.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

14. Estar sentado.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

15. Sentarse y levantarse del retrete.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

16. Hacer tareas domésticas pesadas.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

17. Hacer tareas domésticas ligeras.

Ninguna Poca Bastante Mucha Muchísima

Valoració xifrada de Merle d'Aubigné

	6	5	4	3	2	1
Dolor	Indolora	No limita l'activitat normal	Durant i després de la marxa	Intens. Activitat limitada	Intens. Activitat nul·la	Dolor nocturn
Mobilitat	Flex > 110 ABD > 40	Flex > 90 ABD = 25	Flex = 90 ABD = 0	Flex 40 - 80 ABD = 0	Flex < 40 ABD = 0 Actitud viciosa	Rigidesa. Actitud viciosa
Marxa	Normal	Sense bastó però amb coixesa	Limitada. Sense bastó	1 h amb bastó. Difícil sense	Temps limitat. Només amb dos bastons	No camina. Difícil amb dos bastons

MERLE D'AUBIGNÉ R. Numerical classification of the function of the hip. 1970. Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot. 1990; 76 (6): 371-4.

Puntuació de l'Hospital for Special Surgery (HSS)

Dolor quan camina	<input type="text"/> punts
No	15 punts
Lleu	10 punts
Moderat	5 punts
Greu	0 punts

Dolor en repòs	<input type="text"/> punts
No	15 punts
Lleu	10 punts
Moderat	5 punts
Greu	0 punts

Deambulació	<input type="text"/> punts
Il·limitada	12 punts
30 minuts	10 punts
15-30 minuts	8 punts
Menys de 15 minuts	4 punts
No pot caminar	0 punts

Escales	<input type="text"/> punts
Normal	5 punts
Amb ajuda	2 punts

Transferència	<input type="text"/> punts
Normal	5 punts
Amb ajuda	2 punts

Mobilitat	<input type="text"/> punts
8° = 1 punt	90° = 11 punts
50° = 6 punts	100° = 12 punts
60° = 7 punts	110° = 13 punts
70° = 9 punts	120° = 15 punts
80° = 10 punts	

Força muscular	<input type="text"/> punts
Pot vèncer quàdriceps	10 punts
No pot vèncer quàdriceps	8 punts
Pot fer tot l'arc de moviment	4 punts
No pot fer tot l'arc de moviment	0 punts

Deformat en flexió	<input type="text"/> punts
No	10 punts
5°-10°	8 punts
11°-20°	5 punts
> 20°	0 punts

Inestabilitat	<input type="text"/> punts
No	10 punts
0°-5°	8 punts
6°-15°	5 punts
> 15°	0 punts

Sostraccions	<input type="text"/> punts	Dèficit d'extensió	<input type="text"/> punts	Deformat	<input type="text"/> punts
1 bastó	1 punt	0°-5°	2 punts	var-valg Cada 5° = 1 punt	
1 creua	2 punts	6°-10°	3 punts		
2 creues	3 punts	11°-15°	5 punts		

Questionari SAT-PRO

1. La meva pròtesi és confortable.

- Completament d'acord Bastant en desacord No s'aplica
 Bastant d'acord Completament en desacord

2. Quan estic amb persones que no són els amics i la família estic content/a amb la pròtesi.

- Completament d'acord Bastant en desacord No s'aplica
 Bastant d'acord Completament en desacord

3. La meva pròtesi és fàcil de netejar.

- Completament d'acord Bastant en desacord No s'aplica
 Bastant d'acord Completament en desacord

4. La meva pròtesi funciona bé a qualsevol temperatura.

- Completament d'acord Bastant en desacord No s'aplica
 Bastant d'acord Completament en desacord

5. La meva pròtesi és fàcil de posar.

- Completament d'acord Bastant en desacord No s'aplica
 Bastant d'acord Completament en desacord

6. De vegades m'he fet mal amb la pròtesi.

- Completament d'acord Bastant en desacord No s'aplica
 Bastant d'acord Completament en desacord

7. Trobo fàcil desplaçar-me amb la pròtesi.

- Completament d'acord Bastant en desacord No s'aplica
 Bastant d'acord Completament en desacord

8. Les reparacions i els ajustos de la pròtesi es fan en un temps raonable.

- Completament d'acord Bastant en desacord No s'aplica
 Bastant d'acord Completament en desacord

9. La meva pròtesi està fabricada per durar molt temps.

- Completament d'acord Bastant en desacord No s'aplica
 Bastant d'acord Completament en desacord

10. Quan porto la pròtesi puc fer més coses que sense.

- Completament d'acord Bastant en desacord No s'aplica
 Bastant d'acord Completament en desacord

11. Estic satisfet amb l'aparença de la pròtesi.

- Completament d'acord Bastant en desacord No s'aplica
 Bastant d'acord Completament en desacord

12. Trobo fàcil caminar amb un bastó amb la pròtesi.

- Completament d'acord Bastant en desacord No s'aplica
 Bastant d'acord Completament en desacord

13. He entès bé com fer servir la pròtesi.

- Completament d'acord Bastant en desacord No s'aplica
 Bastant d'acord Completament en desacord

14. La pròtesi em fa mal.

- Completament d'acord Bastant en desacord No s'aplica
 Bastant d'acord Completament en desacord

15. En general estic satisfet/a amb la pròtesi.

- Completament d'acord Bastant en desacord No s'aplica
 Bastant d'acord Completament en desacord

BILODEAU S, HEBERT R, DESROSIERS J. Questionnaire on the satisfaction of persons with lower-limb amputations towards their prosthesis: development and validation. *Can J Occup Ther.* 1999; 66: 23-32.

Questionario SAT-PRO

1. Mi prótesis es confortable.

- Completamente de acuerdo Bastante en desacuerdo No se aplica
 Bastante de acuerdo Completamente en desacuerdo

2. Cuando estoy con la gente (fuera de los amigos y la familia) me siento contento con la prótesis.

- Completamente de acuerdo Bastante en desacuerdo No se aplica
 Bastante de acuerdo Completamente en desacuerdo

3. Mi prótesis es fácil de limpiar.

- Completamente de acuerdo Bastante en desacuerdo No se aplica
 Bastante de acuerdo Completamente en desacuerdo

4. Mi prótesis funciona bien a cualquier temperatura.

- Completamente de acuerdo Bastante en desacuerdo No se aplica
 Bastante de acuerdo Completamente en desacuerdo

5. Mi prótesis es fácil de poner.

- Completamente de acuerdo Bastante en desacuerdo No se aplica
 Bastante de acuerdo Completamente en desacuerdo

6. En ocasiones me he lastimado con la prótesis.

- Completamente de acuerdo Bastante en desacuerdo No se aplica
 Bastante de acuerdo Completamente en desacuerdo

7. Encuentro fácil desplazarme con la prótesis.

- Completamente de acuerdo Bastante en desacuerdo No se aplica
 Bastante de acuerdo Completamente en desacuerdo

8. Las reparaciones y ajustes de la prótesis se hacen en un tiempo razonable.

- Completamente de acuerdo Bastante en desacuerdo No se aplica
 Bastante de acuerdo Completamente en desacuerdo

9. Mi prótesis está fabricada para durar mucho tiempo.

- Completamente de acuerdo Bastante en desacuerdo No se aplica
 Bastante de acuerdo Completamente en desacuerdo

10. Cuando llevo la prótesis puedo hacer más cosas que sin ella.

- Completamente de acuerdo Bastante en desacuerdo No se aplica
 Bastante de acuerdo Completamente en desacuerdo

11. Estoy satisfecho con la apariencia de la prótesis.

- Completamente de acuerdo Bastante en desacuerdo No se aplica
 Bastante de acuerdo Completamente en desacuerdo

12. Encuentro fácil de realizar la marcha con un bastón con la prótesis.

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo | <input type="checkbox"/> Bastante en desacuerdo | <input type="checkbox"/> No se aplica |
| <input type="checkbox"/> Bastante de acuerdo | <input type="checkbox"/> Completamente en desacuerdo | |

13. He comprendido bien como utilizar la prótesis.

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo | <input type="checkbox"/> Bastante en desacuerdo | <input type="checkbox"/> No se aplica |
| <input type="checkbox"/> Bastante de acuerdo | <input type="checkbox"/> Completamente en desacuerdo | |

14. Mi prótesis me produce dolor.

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo | <input type="checkbox"/> Bastante en desacuerdo | <input type="checkbox"/> No se aplica |
| <input type="checkbox"/> Bastante de acuerdo | <input type="checkbox"/> Completamente en desacuerdo | |

15. En general estoy satisfecho/a con la prótesis

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo | <input type="checkbox"/> Bastante en desacuerdo | <input type="checkbox"/> No se aplica |
| <input type="checkbox"/> Bastante de acuerdo | <input type="checkbox"/> Completamente en desacuerdo | |

BILODEAU S, HEBERT R, DESROSIERS J. Questionnaire on the satisfaction of persons with lower-limb amputations towards their prosthesis: development and validation. *Can J Occup Ther.* 1999; 66: 23-32.

Qüestionari DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand)

Es tracta d'un qüestionari desenvolupat per l'American Academy of Orthopedic Surgeons i l'Institute for Work and Health of Canada^{1,2} per quantificar la discapacitat i la simptomatologia en persones amb patologia de l'extremitat superior. Aquesta escala sorgeix davant la necessitat de disposar d'un instrument per valorar de forma específica tot el membre superior com una unitat funcional, ja que en diferents treballs s'ha comprovat que l'afectació d'una regió del MS influeix en la funcionalitat de la resta.

Aquest qüestionari permet valorar la discapacitat percebuda pel malalt per dur a terme diferents activitats, incloses les de la vida diària, i els símptomes com el dolor, la rigidesa i la debilitat. També valora l'autoestima i a més els dos mòduls opcionals permeten mesurar l'impacte de la lesió en tocar instruments musicals, fer esport o treballar.

Consta d'un cos central amb 30 ítems i dos mòduls opcionals amb quatre ítems cadascun. Cada ítem es puntuava de l'1 al 5, amb valors creixents en funció de la intensitat de la simptomatologia. La puntuació dels ítems se suma per obtenir una puntuació total que pot oscil·lar entre 30 i 150 punts. Aquesta puntuació es transforma a una escala de 0 a 100, essent 0 la millor puntuació possible i 100, la pitjor. Els dos mòduls opcionals es puntuen separatament seguint el mateix mètode.

Es tracta d'un qüestionari autoadministrat, fàcil d'emplenar que requereix uns deu minuts per completar-lo. Tot això fa que sigui fàcil d'aplicar en la pràctica diària

1. UPPER EXTREMITY COLLABORATIVE GROUP. Measuring disability and symptoms of the upper limb: A validation study of the DASH Questionnaire. *Arthritis and Rheumatism*. 1996; 39 (9): S112.
2. HUDAK P, AMADIO PC, BOMBARDIER C, and the UPPER EXTREMITY COLLABORATIVE GROUP. Development of an Upper Extremity Outcome Measure: The DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand). *American Journal of Industrial Medicine*. 1996; 29: 602-608.

Discapacitats del braç, l'espatlla i la mà					
Qualifiqueu la vostra capacitat per dur a terme les activitats següents durant la darrera setmana. Per fer-ho, encercleu la xifra que figura sota la resposta corresponent.					
	Sense dificultat	Dificultat			Incapaç
		Lleu	Moderada	Greu	
1. Obrir un recipient ben collat o nou.	1	2	3	4	5
2. Escriure.	1	2	3	4	5
3. Girar una clau.	1	2	3	4	5
4. Preparar un àpat.	1	2	3	4	5
5. Empènyer una porta pesant per obrir-la.	1	2	3	4	5
6. Col·locar un objecte en un prestatge per damunt del cap.	1	2	3	4	5
7. Desenvolupar tasques domèstiques feixugues (per exemple, netejar parets o fregar terres).	1	2	3	4	5
8. Tenir cura de plantes al jardí o a la terrassa.	1	2	3	4	5
9. Fer un llit.	1	2	3	4	5
10. Dur una bossa de la compra o una cartera.	1	2	3	4	5
11. Dur un objecte pesant (més de 5 quilograms)	1	2	3	4	5
12. Canviar una bombeta que estigui per damunt del cap.	1	2	3	4	5
13. Rentar-se o eixugar-se els cabells.	1	2	3	4	5
14. Rentar-se l'esquena.	1	2	3	4	5
15. Posar-se un jersei.	1	2	3	4	5
16. Fer servir un ganivet per tallar aliments.	1	2	3	4	5
17. Activitats recreatives que demanen poc esforç (per exemple, jugar a cartes, fer mitja).	1	2	3	4	5
18. Activitats recreatives en les quals feu alguna força o suporteu algun impacte al braç, l'espatlla o la mà (per exemple, golf, tennis, donar cops de martell).	1	2	3	4	5

Qüestionari DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand)

	Sense dificultat	Dificultat			Incapaç
		Lleu	Moderada	Greu	
19. Activitats recreatives en què moveu lliurement el braç, l'espatlla o la mà (per exemple, jugar a tennis de taula, llançar una pilota).	1	2	3	4	5
20. Possibilitat d'anar d'un lloc a un altre.	1	2	3	4	5
21. Activitats sexuals.	1	2	3	4	5
	No gens	Lleugerament	Moderadament	Molt	Extremadament
22. Durant la setmana passada, en quina mesura el problema del braç, l'espatlla o la mà va interferir en les vostres activitats socials amb la família, les amistats, el veïnat o grups?	1	2	3	4	5
	Gens	Lleugerament	Moderadament	Molt	Incapaç
23. Durant la setmana passada, el problema del braç, l'espatlla o la mà va limitar les vostres activitats laborals o altres activitats de la vida diària?	1	2	3	4	5
Qualifiqueu la gravetat dels següents símptomes durant la setmana passada:					
	Nul·la	Lleu	Moderada	Greu	Extrema
24. Dolor al braç, l'espatlla o la mà.	1	2	3	4	5
25. Dolor al braç, l'espatlla o la mà quan feu una activitat concreta.	1	2	3	4	5
26. Sensació punxant o formigueig al braç, l'espatlla o la mà.	1	2	3	4	5
27. Debilitat al braç, l'espatlla o la mà.	1	2	3	4	5
28. Rigidesa al braç, l'espatlla o la mà.	1	2	3	4	5
	Cap dificultat	Dificultat			Tanta dificultat que no puc dormir
		Lleu	Moderada	Greu	
29. Durant la setmana passada, quanta dificultat va tenir per dormir a causa del dolor al braç, l'espatlla o la mà.	1	2	3	4	5

	Totalment en desacord	En desacord	Ni d'acord ni en desacord	D'acord	Total- ment d'acord
30. Em sento menys capaç, amb menys confiança i menys útil a causa del problema al braç, l'espatlla o la mà.	1	2	3	4	5

Mòdul laboral (opcional)

Les preguntes següents es refereixen a l'impacte que té el problema del braç, l'espatlla o la mà sobre la vostra capacitat per treballar (incloses les tasques domèstiques, si són la vostra feina principal).

Indiqueu en què consisteix el vostre ofici / la vostra feina:

.....

No treballa (podeu saltar-vos aquesta secció)

Marqueu amb un cercle el nombre que descriu millor la vostra capacitat física durant la setmana passada.

Vau tenir alguna dificultat...	Cap dificultat	Dificultat			Incapaç
		Lleu	Moderada	Greu	
1. ...per fer la feina de la manera que l'acostumeu a fer?	1	2	3	4	5
2. ...per dur a terme la vostra feina habitual a causa del dolor al braç, l'espatlla i la mà?	1	2	3	4	5
3. ...per dur a terme la vostra feina tan bé com voldríeu?	1	2	3	4	5
4. ...per dur a terme la vostra feina durant el temps que acostumeu a dedicar-hi habitualment?	1	2	3	4	5

Qüestionari DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand)

Mòdul d'esports / arts plàstiques (opcional)

Les preguntes següents es refereixen a l'impacte que té el problema del braç, l'espatlla o la mà quan toqueu un instrument musical o practiqueu esport, o en tots dos casos. Si practiqueu més d'un esport o toqueu més d'un instrument (o si practiqueu un esport i toqueu un instrument), responeu en relació amb aquella activitat que considereu més important.

Indiqueu l'esport o l'instrument que considereu més important:

.....

No practico esports ni toco instruments (us podeu saltar aquesta secció)

Encerceleu la xifra que descriu millor la vostra capacitat física durant la setmana passada.

Vau tenir alguna dificultat...	Cap dificultat	Dificultat			Incapaç
		Lleu	Moderada	Greu	
1. ...per exercitar la vostra tècnica habitual en tocar l'instrument o practicar l'esport?	1	2	3	4	5
2. ...per tocar l'instrument musical o practicar l'esport a causa del dolor al braç, l'espatlla o la mà?	1	2	3	4	5
3. ...per tocar l'instrument musical o practicar l'esport tan bé com voldrieu?	1	2	3	4	5
4. ...per tocar l'instrument musical o practicar l'esport durant el temps que acostumeu a dedicar-hi habitualment?	1	2	3	4	5

Cuestionario DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand)

Se trata de un cuestionario desarrollado por la American Academy of Orthopedic Surgeons y el Institute for Work and Health of Canada^{1,2} para cuantificar la discapacidad y la sintomatología en personas con patología de la extremidad superior. Esta escala surge ante la necesidad de contar con un instrumento que valore de forma específica todo el miembro superior como una unidad funcional, ya que en diferentes trabajos se ha comprobado que la afectación de una región del MS influye en la funcionalidad del resto.

Este cuestionario permite valorar la discapacidad percibida por el enfermo para realizar diferentes actividades, incluidas actividades de la vida diaria, y los síntomas como dolor, rigidez y debilidad. También valora la autoestima y además los dos módulos opcionales permiten medir el impacto de su lesión al tocar instrumentos musicales, realizar deporte o al trabajar.

Consta de un cuerpo central con 30 ítems y dos módulos opcionales con 4 ítems cada uno. Cada ítem se puntúa de 1 a 5, con valores crecientes en función de la intensidad de la sintomatología. La puntuación de los ítems se suma para obtener una puntuación total, que puede oscilar de 30 a 150 puntos. Esta puntuación se transforma a una escala de 0 a 100, siendo 0 la mejor puntuación posible y 100, la peor. Los dos módulos opcionales se puntúan por separado siguiendo el mismo método.

Se trata de un cuestionario autoadministrado, de fácil cumplimentación y que requiere unos 10 minutos para completarlo. Todo ello hace que sea de fácil aplicación en la práctica diaria.

1. UPPER EXTREMITY COLLABORATIVE GROUP. Measuring disability and symptoms of the upper limb: A validation study of the DASH Questionnaire. *Arthritis and Rheumatism*. 1996; 39 (9): S112.

2. HUDAK P, AMADIO PC, BOMBARDIER C, and the UPPER EXTREMITY COLLABORATIVE GROUP. Development of an Upper Extremity Outcome Measure: The DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand). *American Journal of Industrial Medicine*. 1996; 29: 602-608.

Cuestionario DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand)

Discapacidades del brazo, el hombro y la mano

Califique su capacidad para realizar las siguientes actividades durante la última semana marcando con un círculo el número que figura bajo la respuesta correspondiente.

	Sin dificultad	Dificultad			Incapaz
		Leve	Moderada	Severa	
1. Abrir un bote apretado o nuevo.	1	2	3	4	5
2. Escribir.	1	2	3	4	5
3. Girar una llave.	1	2	3	4	5
4. Preparar una comida.	1	2	3	4	5
5. Empujar una puerta pesada para abrirla.	1	2	3	4	5
6. Colocar un objeto en un estante por encima de la cabeza.	1	2	3	4	5
7. Realizar tareas domésticas pesadas (por ej.: limpiar paredes o fregar suelos)	1	2	3	4	5
8. Cuidar plantas en el jardín o la terraza.	1	2	3	4	5
9. Hacer una cama.	1	2	3	4	5
10. Llevar una bolsa de la compra o una cartera.	1	2	3	4	5
11. Llevar un objeto pesado (más de 5 kg)	1	2	3	4	5
12. Cambiar una bombilla que esté por encima de la cabeza.	1	2	3	4	5
13. Lavarse o secarse el pelo.	1	2	3	4	5
14. Lavarse la espalda.	1	2	3	4	5
15. Ponerse un jersey.	1	2	3	4	5
16. Usar un cuchillo para cortar alimentos.	1	2	3	4	5
17. Actividades recreativas que requieren poco esfuerzo (por ej.: jugar a cartas, hacer punto)	1	2	3	4	5
18. Actividades recreativas en las que se realice alguna fuerza o se soporte algún impacto en el brazo el hombro o la mano (por ej.: golf, tenis, dar martillazos)	1	2	3	4	5

Cuestionario DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand)

	Sin dificultad	Dificultad			Incapaz
		Leve	Moderada	Severa	
19. Actividades recreativas en las que mueva libremente el brazo, el hombro o la mano (por ej.: jugar al ping-pong, lanzar una pelota). ¹		2	3	4	5
20. Posibilidad de (ir de un sitio a otro).	1	2	3	4	5
21. Actividades sexuales.	1	2	3	4	5
	Nada	Ligera-mente	Moderada-mente	Mucho	Extrema-mente
22. Durante la semana pasada, ¿en qué medida el problema de su brazo, hombro o mano interfirió en sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?	1	2	3	4	5
	Nada	Ligera-mente	Moderada-mente	Muy	Incapaz
23. Durante la semana pasada, ¿el problema de su brazo, hombro o mano limitó sus actividades laborales u otras actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
Califique la gravedad de los siguientes síntomas durante la semana pasada:					
	Nula	Leve	Moderada	Severa	Extrema
24. Dolor en el brazo, hombro o mano	1	2	3	4	5
25. Dolor en el brazo, hombro o mano cuando realiza una actividad concreta	1	2	3	4	5
26. Sensación punzante u hormigueo en el brazo, hombro o mano.	1	2	3	4	5
27. Debilidad en el brazo, hombro o mano.	1	2	3	4	5
28. Rigidez en el brazo, hombro o mano.	1	2	3	4	5
	Ninguna dificultad	Dificultad			Tanta dificultad que no puedo dormir
		Leve	Moderada	Severa	
29. Durante la semana pasada, ¿cuánta dificultad tuvo para dormir a causa del dolor en el brazo, hombro o mano	1	2	3	4	5

Questionario DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand)

	Totalmente en des- acuerdo	En des- acuerdo	Ni de acuerdo ni en des- acuerdo	De acuerdo	Total- mente de acuerdo
30. Me siento menos capaz, con menos confianza y menos útil a causa del problema en el brazo, hombro o mano	1	2	3	4	5

Módulo laboral (opcional)

Las siguientes preguntas se refieren al impacto que tiene su problema del brazo, hombro o mano sobre su capacidad para trabajar (incluido en trabajo doméstico si es su tarea principal).

Indique en que consiste su oficio / trabajo:

.....

No trabajo (puede saltarse esta sección)

Marque con un círculo el número que mejor describa su capacidad física durante la semana pasada.

¿Tuvo alguna dificultad...	Ninguna dificultad	Dificultad			Incapaz
		Leve	Moderada	Severa	
1. ...para desarrollar su trabajo como es habitual?	1	2	3	4	5
2. ...para realizar su trabajo habitual a causa del dolor en el brazo, hombro o mano?	1	2	3	4	5
3. ...para realizar su trabajo tan bien como quisiera?	1	2	3	4	5
4. ...para realizar su trabajo durante el tiempo que suele dedicar habitualmente a hacerlo?	1	2	3	4	5

Módulo de deportes / artes plásticas (opcional)

Las siguientes preguntas se refieren al impacto que tiene su problema del brazo, hombro o mano cuando toca un instrumento musical o practica deporte o en ambos casos. Si practica más de un deporte o toca más de un instrumento (o si practica un deporte y toca un instrumento), responda en relación a aquella actividad que sea más importante para usted.

Indique el deporte o instrumento que sea más importante para usted:

.....

No practico deportes ni toco instrumentos (puede saltarse esta sección)

Marque con un círculo el número que mejor describa su capacidad física durante la semana pasada.

¿Tuvo alguna dificultad...	Ninguna dificultad	Dificultad			Incapaz
		Leve	Moderada	Severa	
1. ...para desarrollar su técnica habitual al tocar el instrumento o practicar el deporte?	1	2	3	4	5
2. ...para tocar el instrumento musical o practicar el deporte a causa del dolor en el brazo, hombro o mano?	1	2	3	4	5
3. ...para tocar el instrumento musical o practicar el deporte tan bien como quisiera?	1	2	3	4	5
4. ...para tocar el instrumento o practicar el deporte durante el tiempo que suele dedicar habitualmente a hacerlo?	1	2	3	4	5

Test de Waddell

Serveix per detectar signes de malaltia no orgànica en persones pacients amb predomini d'alteracions psicosocials (nivell d'evidència C). Hi ha cinc grups de signes descrits per Waddell (1980), avaluables per test, mitjançant els quals ha demostrat que quan tres de cinc són positius hi ha una probabilitat alta de malaltia no orgànica. Inicialment descrit per a patologia crònica lumbar, també s'accepta en patologia cervical crònica i posttraumàtica.

Signes	Descripció
1. Dolor inespecífic	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quan el dolor és superficial i generalitzat. ▪ Quan no segueix un patró anatòmic.
2. Test de simulació	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolor lumbar que augmenta amb la compressió axial craniocaudal. ▪ Dolor lumbar que augmenta amb la rotació d'espatlles. ▪ Dolor a la pressió d'eminències òssies.
3. Test de distracció	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maniobra d'estirament radicular, positiva en el decúbit supí i negativa en sedestació.
4. Alteracions regionals	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Moviments de residència excessiva a la mobilitat passiva. ▪ Mobilitat activa autolimitada. ▪ Anormalitat sensitiva que no segueix un patró anatòmic.
5. Hiperreacció	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Excessiva verbalització. ▪ Expressió facial de dolor. ▪ Parèsia fictícia. ▪ Sudoració.

Qüestionari per al dolor cervical de l'Hospital Northwick Park

Qüestionari autoaplicat

Instruccions

Aquest qüestionari s'ha elaborat per obtenir informació sobre com el dolor cervical afecta la vostra capacitat per desenvolupar les activitats quotidianes.

Sisplau, responeu tots els apartats i marqueu a cadascun només l'opció més d'acord amb la vostra situació. És possible que dues afirmacions d'algun apartat es puguin aplicar a la vostra situació, però, sisplau, marqueu en aquest cas també només aquella opció que s'ajusti més a la vostra situació.

Recordeu-ho, heu de marcar només una opció a cada secció.

1. Intensitat del dolor cervical

- No tinc dolor, en aquest moment.
- El dolor és lleuger, en aquest moment.
- El dolor és moderat, en aquest moment.
- El dolor és intens, en aquest moment.
- El dolor és el pitjor imaginable, en aquest moment.

2. Dolor cervical i son

- El dolor no interfereix mai en el meu descans nocturn.
- El dolor interfereix ocasionalment en el meu son.
- El dolor interfereix regularment en el meu son.
- A causa del dolor dormo menys de 5 hores en total.
- A causa del dolor dormo menys de 2 hores en total.

3. Formigueig o entumiment als braços durant la nit

- No tinc formigueig o entumiment durant la nit.
- Ocasionalment tinc formigueig o entumiment a la nit.
- Regularment el formigueig o l'entumiment altera el meu son.
- A causa del formigueig o l'entumiment dormo menys de 5 hores en total.
- A causa del formigueig o l'entumiment dormo menys de 2 hores en total.

4. Durada dels símptomes

- El meu coll i els braços estan en estat normal tot el dia.
- Tinc símptomes al coll o als braços quan em desperto, però duren menys d'una hora.
- Els símptomes estan presents, apareixen i s'aturen durant un període total d'1 a 4 hores.
- Els símptomes estan presents, apareixen i s'aturen durant un període total de més de 4 hores.
- Els símptomes estan presents contínuament, tot el dia.

5. Dur objectes al damunt (transportar)

- Puc dur al damunt objectes pesants sense dolor extra.
- Puc dur al damunt objectes pesants però això em produeix més dolor.
- El dolor m'impedeix dur al damunt objectes pesants però m'espavilo amb objectes de pes mitjà.
- Només puc aixecar objectes de pes lleuger.
- No puc agafar res en absolut.

Qüestionari per al dolor cervical de l'Hospital Northwick Park

6. Llegir i veure la televisió

- Ho puc fer durant tot el temps que vulgui sense problemes.
- Ho puc fer durant tot el temps que vulgui si estic en la posició adequada.
- Ho puc fer durant tot el temps que vulgui, però em produeix un dolor extra.
- El dolor m'obliga a aturar aquestes activitats més aviat del que voldria.
- El dolor m'impedeix fer-ho completament.

7. Treball / tasques domèstiques, etc.

- Puc desenvolupar la meva feina habitual sense dolor afegit.
- Puc desenvolupar la meva feina habitual, però m'origina dolor extra.
- El dolor m'impedeix desenvolupar la meva feina habitual més de la meitat del temps.
- El dolor m'impedeix desenvolupar la meva feina habitual més d'una quarta part del temps.
- El dolor m'impedeix completament treballar.

8. Activitats socials

- La meva vida social és normal i no fa que m'augmenti el dolor.
- La meva vida social és normal però fa que augmenti el grau de dolor.
- El dolor ha fet que es redueixi la meva vida social, però encara sóc capaç de sortir.
- El dolor ha fet que la meva vida social es restringeixi a casa.
- No tinc vida social a causa del dolor.

9. Conduir (no contesteu si no conduïu mai quan teniu bona salut)

- Puc conduir quan cal sense molèsties.
- Puc conduir quan cal, però amb incomodat.
- El dolor cervical o la rigidesa em limiten ocasionalment la conducció.
- El dolor cervical o la rigidesa em limiten sovint la conducció.
- No puc conduir en absolut pels símptomes cervicals.

10. Si ho compareu amb l'última ocasió en què vau respondre aquest qüestionari, el vostre dolor cervical està... (si no heu emplenat mai el formulari no hi responeu)

- Molt millor
- Lleugerament millor
- Igual
- Lleugerament pitjor
- Molt pitjor

Sistema de puntuació

Cadascuna de les nou primeres seccions es puntua de 0 a 4. S'hi adjudica un 0 si s'ha marcat la primera opció i 4 si s'ha marcat l'última. Se suma el total i es calcula així el percentatge de puntuació:

- Si s'han completat les 9 preguntes: $\frac{\text{puntuació total}}{36} \times 100\%$
- Si una secció no és aplicable (per exemple, conduir): $\frac{\text{puntuació total}}{32} \times 100\%$

Cuestionario para el dolor cervical del Hospital Northwick Park

Cuestionario autoaplicado

Instrucciones

Este cuestionario ha sido elaborado para obtener información acerca de cómo su dolor en el cuello afecta su capacidad para desenvolverse en sus actividades cotidianas.

Por favor, responda todos los apartados y marque en cada uno sólo la opción más acorde con su situación. Reconocemos que es posible que usted pueda considerar que dos afirmaciones de algún apartado pueden aplicarse a su situación, pero por favor, marque en ese caso también sólo aquella opción que más se ajusta a su problema.

Recuerde, marque sólo una opción en cada sección.

1. Intensidad del dolor en el cuello

- No tengo dolor, en este momento.
- El dolor es ligero, en este momento.
- El dolor es moderado, en este momento.
- El dolor es intenso, en este momento.
- El dolor es el peor imaginable, en este momento.

2. Dolor cervical y sueño

- El dolor nunca interfiere en mi descanso nocturno.
- Mi sueño se ve interferido ocasionalmente por el dolor.
- Mi sueño se ve interferido regularmente por el dolor.
- Por culpa del dolor duermo menos de 5 horas en total.
- Por culpa del dolor duermo menos de 2 horas en total.

3. Hormigueo o entumecimiento en los brazos durante la noche

- No tengo hormigueo o entumecimiento durante la noche.
- Ocasionalmente tengo hormigueo o entumecimiento por la noche.
- Mi sueño se ve regularmente alterado por hormigueo o entumecimiento.
- Por culpa del hormigueo o entumecimiento duermo menos de 5 horas en total.
- Por culpa del hormigueo o entumecimiento duermo menos de 2 horas en total.

4. Duración de los síntomas

- Mi cuello y mis brazos se encuentran en estado normal todo el día.
- Tengo síntomas en el cuello o en los brazos cuando me despierto, pero duran menos de una hora.
- Los síntomas están presentes, apareciendo y cesando durante un periodo total de una a cuatro horas.
- Los síntomas están presentes, apareciendo y cesando por un total de más de cuatro horas.
- Los síntomas están presentes continuamente, todo el día.

5. Llevar objetos encima (transportar)

- Puedo llevar encima objetos pesados sin dolor extra.
- Puedo llevar encima objetos pesados pero me producen más dolor.
- El dolor me impide llevar encima objetos pesados pero me las arreglo con objetos de peso medio.
- Sólo puedo levantar objetos de peso ligero.
- No puedo coger nada en absoluto.

Cuestionario para el dolor cervical del Hospital Northwick Park

6. Leer y ver televisión

- Puedo hacerlo tanto tiempo como lo desee sin problemas.
- Puedo hacerlo tanto tiempo como lo desee si estoy en la posición adecuada.
- Puedo hacerlo tanto tiempo como lo desee, pero me produce dolor extra.
- El dolor me obliga a parar estas actividades más pronto de lo que yo quisiera.
- El dolor me impide hacerlo por completo.

7. Trabajo / tareas domésticas, etc.

- Puedo realizar mi trabajo habitual sin dolor añadido.
- Puedo realizar mi trabajo habitual, pero me origina dolor extra.
- El dolor me impide realizar mi trabajo habitual más de la mitad del tiempo.
- El dolor me impide realizar mi trabajo habitual más de una cuarta parte del tiempo.
- El dolor me impide por completo trabajar.

8. Actividades sociales

- Mi vida social es normal y no aumenta mi dolor.
- Mi vida social es normal pero aumenta el grado de dolor.
- El dolor ha restringido mi vida social, pero todavía soy capaz de salir.
- El dolor ha restringido mi vida social a mi domicilio.
- No tengo vida social por culpa del dolor.

9. Conducir (no contestar si nunca conduce cuando su salud es buena)

- Puedo conducir cuando es necesario sin molestias.
- Puedo conducir cuando es necesario, pero con incomodidad.
- El dolor cervical o la rigidez me limitan ocasionalmente la conducción.
- El dolor cervical o la rigidez me limitan frecuentemente la conducción.
- No puedo conducir en absoluto por mis síntomas cervicales.

10. Comparando con la última ocasión en la que respondió a este cuestionario, su dolor cervical está (si no ha completado en otra ocasión el formulario no responda)

- Mucho mejor
- Ligeramente mejor
- Igual
- Ligeramente peor
- Mucho peor

Sistema de puntuación

Cada una de las 9 primeras secciones se puntúa de 0 a 4, adjudicándose un 0 si marca la primera opción y 4 si marca la última. Se suma el total y se calcula así el porcentaje de puntuación:

- Si completa las 9 preguntas: $\frac{\text{puntuación total}}{36} \times 100\%$
- Si una sección no es aplicable (por ejemplo, conducir): $\frac{\text{puntuación total}}{32} \times 100\%$

Test de Constant modificat

Dolor (15-0)

- Màxim = 15
- Gens
 - Lleu
 - Moderat
 - Intens

Activitats de la vida diària

- Màxim = 20
- Nivell d'activitat:
- Treball total
 - Total esbarjo/esport
 - Terra normal
- Col·locació:
- Fins a la cintura
 - Fins al xifoide
 - Fins al coll
 - Sobre el cap
 - Més amunt del cap

Puntació de cada paràmetre

Dolor	15
Activitats de la vida diària	20
Grau de mobilitat	40
Potència	25
Total	100

Elevació lateral (0-10)

- Màxim = 20
- Elevació (graus)
- 0-30
 - 31-60
 - 61-90
 - 91-120
 - 121-150
 - 151-180

Elevació cap endavant (0-10)

- Màxim = 20
- Elevació (graus)
- 0-30
 - 31-60
 - 61-90
 - 91-120
 - 121-150
 - 151-180

Rotació externa (2 per ítem)

- Màxim = 10
- Posició de la mà
- Rere el cap, espatlla endavant
 - Rere el cap, espatlla enrere
 - Sobre el cap, espatlla endavant
 - Sobre el cap, espatlla enrere
 - Elevació total per damunt del cap

Rotació interna (0-10)

- Màxim = 10
- Posició del dors de la mà
 - Part externa de la cuixa
 - Natja
 - Unió lumbosacra
 - Cintura (vèrtebra L3)
 - Vèrtebra T12
 - Interescapular (vèrtebra T7)

Potència (0-40)

Qüestionari del dolor lumbar (Oswestry)

Encara que pensi que en el seu cas es pot aplicar més d'una resposta, respongui només la que descriu millor el seu problema.

1. Intensitat del dolor

- Puc suportar el dolor sense necessitat de prendre calmants.
- El dolor és intens però m'arreglo sense prendre calmants.
- Els medicaments em calmen completament el dolor.
- Els medicaments em calmen poc el dolor.
- Els medicaments quasi no em calmen el dolor.
- Els medicaments no em treuen el dolor i no en prenc.

2. Cura personal (rentar-se, vestir-se, etc.)

- M'arreglo sol/a sense que augmenti el dolor.
- M'arreglo sol/a però això m'augmenta el dolor.
- Rentar-me, vestir-me, etc. em produeixen dolor i haig de fer-ho a poc a poc i amb cura.
- Necessito alguna ajuda però aconsegueixo fer la majoria de les coses jo sol/a.
- Necessito ajuda per fer la majoria de les coses.
- No puc vestir-me, em costa rentar-me i acostumo a quedar-me a casa, al llit.

3. Aixecar pesos

- Puc aixecar objectes pesants sense que m'augmenti el dolor.
- Puc aixecar objectes pesants però m'augmenta el dolor.
- El dolor m'impedeix aixecar objectes pesants del terra, però puc fer-ho si estan en un lloc còmode (per exemple, en una taula).
- El dolor m'impedeix aixecar objectes pesants, però sí que puc aixecar objectes lleugers o mitjans si estan en un lloc còmode.
- Només puc aixecar pesos molt lleugers.
- No puc aixecar cap pes.

4. Caminar

- El dolor no m'impedeix caminar.
- El dolor m'impedeix caminar més d'un quilòmetre.
- El dolor m'impedeix caminar més de 500 metres.
- El dolor m'impedeix caminar més de 250 metres.
- Només puc caminar amb croses o bastons.
- Estic al llit quasi tot el temps i he d'anar al bany arrossegant-me.

5. Estar assegut/da

- Puc estar assegut en qualsevol tipus de cadira tot el temps que vulgui.
- Puc estar assegut a la meva cadira preferida tot el temps que vulgui.
- El dolor m'impedeix estar assegut/da més d'una hora.
- El dolor m'impedeix estar assegut/da més de mitja hora.
- El dolor m'impedeix estar assegut/da més de 10 minuts.
- El dolor m'impedeix estar assegut/da.

Qüestionari del dolor lumbar (Oswestry)

6. Estar a peu dret

- Puc estar a peu dret tant temps com vulgui sense que m'augmenti el dolor.
- Puc estar a peu dret tant temps com vulgui però el dolor m'augmenta.
- El dolor m'impedeix estar a peu dret més d'una hora.
- El dolor m'impedeix estar a peu dret més de mitja hora.
- El dolor m'impedeix estar a peu dret més de deu minuts.
- El dolor m'impedeix estar a peu dret.

7. Dormir

- El dolor no m'impedeix dormir.
- Només puc dormir si prenc pastilles.
- Fins i tot prenent pastilles dormo menys de sis hores.
- Fins i tot prenent pastilles dormo menys de quatre hores.
- Fins i tot prenent pastilles dormo menys de dues hores.
- El dolor m'impedeix dormir.

8. Activitat sexual

- La meva activitat sexual és normal i no m'augmenta el dolor.
- La meva activitat sexual és normal però m'augmenta el dolor.
- La meva activitat sexual és quasi normal però m'augmenta molt el dolor.
- La meva activitat sexual s'ha vist molt limitada pel dolor.
- La meva activitat sexual es quasi nul·la a causa del dolor.
- El dolor m'impedeix tot tipus d'activitat sexual.

9. Vida social

- La meva vida social és normal i no m'augmenta el dolor.
- La meva vida social és normal però m'augmenta el dolor.
- El dolor no té un efecte important en la meva vida social, però sí que m'impedeix dur a terme les activitats més enèrgiques, com ballar, etc.
- El dolor ha limitat la meva vida social i no surto tan sovint.
- El dolor ha restringit la meva vida social a casa.
- No tinc vida social a causa del dolor.

10. Viatjar

- Puc viatjar a qualsevol lloc sense que m'augmenti el dolor.
- Puc viatjar a qualsevol lloc però m'augmenta el dolor.
- El dolor és intens, però aguanto viatges de més de dues hores.
- El dolor em limita a fer viatges de menys d'una hora.
- El dolor em limita a fer viatges curts, i només els necessaris, de menys de mitja hora.
- El dolor m'impedeix viatjar, excepte per anar al metge o a l'hospital.

Cuestionario del dolor lumbar (Oswestry)

Aunque piense que en su caso se puede aplicar más de una respuesta, responda sólo la que mejor describe su problema.

1. Intensidad del dolor

- Puedo soportar el dolor sin necesidad de tomar calmantes.
- El dolor es fuerte pero me arreglo sin tomar calmantes.
- Los medicamentos me calman completamente el dolor.
- Los medicamentos me calman poco el dolor.
- Los medicamentos casi no me calman el dolor.
- Los medicamentos no me calman el dolor i no los tomo.

2. Cuidados personales (lavarse, vestirse, etc.)

- Me arreglo solo/a sin que aumente el dolor.
- Me arreglo solo/a pero eso me aumenta el dolor.
- Lavarme, vestirme, etc. me producen dolor y tengo que hacerlo poco a poco y con cuidado.
- Necesito alguna ayuda pero consigo hacer la mayoría de las cosas yo solo/a.
- Necesito ayuda para hacer la mayoría de las cosas.
- No puedo vestirme, me cuesta lavarme y acostumbro a quedarme en casa en cama.

3. Levantar pesos

- Puedo levantar objetos pesados sin que me aumente el dolor.
- Puedo levantar objetos pesados pero me aumenta el dolor.
- El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están en un sitio cómodo (por ej. en una mesa).
- El dolor me impide levantar objetos pesados, pero puedo levantar objetos ligeros o medianos si están en un lugar cómodo.
- Sólo puedo levantar pesos muy ligeros.
- No puedo levantar ningún peso.

4. Caminar

- El dolor no me impide caminar.
- dolor me impide caminar más de un quilómetro.
- dolor me impide caminar más de 500 metros.
- dolor me impide caminar más de 250 metros.
- Sólo puedo caminar con muletas o bastones.
- Estoy en la cama casi todo el tiempo y me he de arrastrar hasta el lavabo.

5. Estar sentado

- Puedo estar sentado/a en cualquier tipo de silla todo el tiempo que quiera.
- Puedo estar sentado/a en mi silla preferida todo el tiempo que quiera.
- El dolor me impide estar sentado/a más de una hora.
- El dolor me impide estar sentado/a más de media hora.
- El dolor me impide estar sentado/a más de 10 minutos.
- El dolor me impide estar sentado/a.

*Cuestionario del dolor lumbar (Oswestry)***6. Estar de pie**

- Puedo estar de pie todo el tiempo que quiera sin que me aumente el dolor.
- Puedo estar de pie todo el tiempo que quiera pero el dolor me aumenta.
- El dolor me impide estar de pie más de una hora.
- El dolor me impide estar de pie más de media hora.
- El dolor me impide estar de pie más de diez minutos.
- El dolor me impide estar de pie.

7. Dormir

- El dolor no me impide dormir.
- Sólo puedo dormir si tomo pastillas.
- Incluso tomando pastillas duermo menos de seis horas.
- Incluso tomando pastillas duermo menos de cuatro horas.
- Incluso tomando pastillas duermo menos de dos horas.
- El dolor me impide dormir.

8. Actividad sexual

- Mi actividad sexual es normal y no me aumenta el dolor.
- Mi actividad sexual es normal pero me aumenta el dolor.
- Mi actividad sexual es casi normal pero me aumenta mucho el dolor.
- Mi actividad sexual se ha visto muy limitada por el dolor.
- Mi actividad sexual es casi nula debido al dolor.
- El dolor me impide todo tipo de actividad sexual.

9. Vida social

- Mi vida social es normal y no me aumenta el dolor.
- Mi vida social es normal pero me aumenta el dolor.
- El dolor no tiene un efecto importante en mi vida social, pero sí que me impide llevar a cabo las actividades más enérgicas, como bailar, etc.
- El dolor ha limitado mi vida social y no salgo tan a menudo.
- El dolor ha restringido mi vida social a casa.
- No tengo vida social debido al dolor.

10. Viajar

- Puedo viajar a cualquier lugar sin que me aumente el dolor.
- Puedo viajar a cualquier lugar pero me aumenta el dolor.
- El dolor es intenso, pero aguanto viajes de más de dos horas.
- El dolor me limita a hacer viajes de menos de una hora.
- El dolor me limita a hacer viajes cortos, y sólo los necesarios, de menos de media hora.
- El dolor me impide viajar, excepto para ir al médico o al hospital.

Health Assessment Questionnaire

Durant la darrera setmana, heu estat capaç de...	Sense dificultat	Amb alguna dificultat	Amb molta dificultat	Incapaç de fer-ho
1. ...vestir-vos sol/a, incloent-hi cordar-vos els botons i lligar-vos els cordons de les sabates?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...ensabonar-vos el cap?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menjar				
3. ...aixecar-vos d'una cadira sense braços?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...enllitar-vos i aixecar-vos del llit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...tallar un filet de carn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...obrir un cartró de lleu nou?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...servir-vos la beguda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar				
8. ...caminar fora de casa per un terreny pla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...pujar cinc esglaons?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene				
10. ...rentar-vos i eixugar-vos tot el cos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...seure i aixecar-vos del vàter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ...dutar-vos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atansar-se				
13. ...agafar un paquet de sucre d'1 kg d'un prestatge col·locat per damunt del cap?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ...ajupir-vos i recollir roba del terra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressió				
15. ...obrir la porta d'un cotxe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ...obrir pots de vidre tancats que abans ja havien estat oberts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ...obrir i tancar les aixetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altres				
18. ...fer els encàrrecs i anar a comprar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ...entrar i sortir d'un cotxe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ...fer tasques de casa com escombrar o rentar els plats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indiqueu per a quines activitats necessiteu l'ajuda d'una altra persona:

- | | | | |
|---|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vestir-vos, rentar-vos | <input type="checkbox"/> Aixecar-vos | <input type="checkbox"/> Menjar | <input type="checkbox"/> Caminar, passejar |
| <input type="checkbox"/> Higiene personal | <input type="checkbox"/> Atansar-vos | <input type="checkbox"/> Obrir i tancar coses | <input type="checkbox"/> Encàrrecs i tasques de casa |

Indiqueu si feu servir algun d'aquests estris habitualment:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Coberts de mànec ample | <input type="checkbox"/> Bastó, croses, caminador o cadira de rodes |
| <input type="checkbox"/> Seient o barra especial per al bany | <input type="checkbox"/> Obridor per a pots de vidre prèviament oberts |
| <input type="checkbox"/> Seient alt per al vàter | |

CARDIEL MH, ABELLO-BANFI M, RUIZ-MERCADO R, ALARCON-SEGOVIA D. How to measure health status in rheumatoid arthritis in non-English speaking patients: validation of a Spanish version of the Health Assessment Questionnaire Disability Index (Spanish HAQ-DI). Clin Exp Rheumatol. 1993; Mar-Apr 11 (2): 117-21.

Health Assessment Questionnaire

Durante la última semana, ¿ha sido usted capaz de...	Sin dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de hacerlo
1. ...vestirse solo, incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...enjabonarse la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer				
3. ...levantarse de una silla sin brazos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...acostarse y levantarse de la cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...cortar un filete de carne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...abrir un cartón de leche nuevo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...servirse la bebida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar				
8. ...caminar fuera de casa por un terreno llano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...subir cinco escalones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene				
10. ...lavarse y secarse todo el cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...sentarse y levantarse del retrete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ... ducharse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcanzar				
13. ...coger un paquete de azúcar de 1 kg de una estantería colocada por encima de su cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ...agacharse y recoger ropa del suelo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prensión				
15. ...abrir la puerta de un coche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ...abrir tarros cerrados que ya antes habían sido abiertos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ...abrir y cerrar los grifos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros				
18. ...hacer los recados y las compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ...entrar y salir de un coche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ...hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Señale para qué actividades necesita la ayuda de otra persona:

- | | | | |
|--|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vestirse, asearse | <input type="checkbox"/> Levantarse | <input type="checkbox"/> Comer | <input type="checkbox"/> Caminar, pasear |
| <input type="checkbox"/> Higiene personal | <input type="checkbox"/> Alcanzar | <input type="checkbox"/> Abrir y cerrar cosas | <input type="checkbox"/> Recados y tareas de casa |

Señale si utiliza alguna de estos utensilios habitualmente:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cubiertos de mango ancho | <input type="checkbox"/> Bastón, muletas, andador o silla de ruedas |
| <input type="checkbox"/> Asiento o barra especial para el baño | <input type="checkbox"/> Abridor para tarros previamente abiertos |
| <input type="checkbox"/> Asiento alto para el retrete | |

CARDIEL MH, ABELLO-BANFI M, RUIZ-MERCADO R, ALARCON-SEGOVIA D. How to measure health status in rheumatoid arthritis in non-English speaking patients: validation of a Spanish version of the Health Assessment Questionnaire Disability Index (Spanish HAQ-DI). Clin Exp Rheumatol. 1993; Mar-Apr 11 (2): 117-21.

Malalties de l'aparell respiratori

Índex BODE

Puntuació BODE	0	1	2	3
FEV ₁ % ref.	≥ 65	50-64	36-49	< 36
Test de la marxa 6 min Distància recorreguda (m)	≥ 350	250-349	150-249	< 150
Dispnea (escala MRC)	0-1	2	3	4
Índex de massa corporal IMC= pes (kg) / talla ² (m)	> 21	≤ 21		

CELLI BR, COTE CG, MARIN JM, CASANOVA C, MONTES DE OCA M, MENDEZ RA, PINTO PLATA V, CABRAL HJ. The Body-Mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med. 2004; 350: 1005-1012.

Escala de dispnea del Medical Research Council (MRC)

0	Exercici intens.
1	Dispnea en caminar ràpid o en pujar un pendent poc pronunciat.
2	Incapacitat de mantenir el pas d'altres persones de la mateixa edat, caminant en pla, a causa de dificultat respiratòria, o haver d'aturar-se a descansar en caminar en pla al pas propi.
3	Haver-se d'aturar per descansar en caminar uns 100 m o als pocs minuts de caminar en pla al pas propi.
4	La dispnea impedeix a la persona pacient sortir de casa o apareix en activitats com vestir-se o desvestir-se.

FLETCHER CM (Chairman). Standardised questionnaire on respiratory symptoms: a statement prepared and approved by the MRC Committee on the Aetiology of Chronic Bronchitis (MRC breathlessness score). BMJ. 1960; 2: 1665.

Malalties de l'aparell genitourinari

Questionario ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form)

1. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (Marque una opción.)

- | | |
|------------------------------|----------------------------|
| Nunca | <input type="checkbox"/> 0 |
| Una vez a la semana o menos | <input type="checkbox"/> 1 |
| Dos o tres veces a la semana | <input type="checkbox"/> 2 |
| Una vez al día | <input type="checkbox"/> 3 |
| Varias veces al día | <input type="checkbox"/> 4 |
| Continuamente | <input type="checkbox"/> 5 |

2. Nos gustaría saber su impresión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa. Cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no) (Marque una opción.):

- | | |
|-----------------------|----------------------------|
| No se me escapa nada | <input type="checkbox"/> 0 |
| Muy poca cantidad | <input type="checkbox"/> 2 |
| Una cantidad moderada | <input type="checkbox"/> 4 |
| Mucha cantidad | <input type="checkbox"/> 6 |

3. Estos escapes de orina que tiene, ¿cuánto afectan su vida diaria?

(Por favor, marque un círculo en un número entre 0 —no me afecta nada— y 10 —me afecta mucho—.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada					Mucho					

Puntuación de ICI-Q: sume las puntuaciones de las preguntas. 1+2+3 =

4. ¿Cuándo pierde orina? (Señale todo lo que le pasa a usted.)

- | | |
|---|--------------------------|
| 4.1 Nunca pierde orina. | <input type="checkbox"/> |
| 4.2 Pierde orina antes de llegar al WC. | <input type="checkbox"/> |
| 4.3 Pierde orina cuando tose o estornuda. | <input type="checkbox"/> |
| 4.4 Pierde orina cuando duerme. | <input type="checkbox"/> |
| 4.5 Pierde orina cuando hace esfuerzos físicos/ejercicio. | <input type="checkbox"/> |
| 4.6 Pierde orina al acabar de orinar y ya se ha vestido. | <input type="checkbox"/> |
| 4.7 Pierde orina sin un motivo evidente. | <input type="checkbox"/> |
| 4.8 Pierde orina de forma continuada. | <input type="checkbox"/> |

ESPAÑA M, PUIG M, REBOLLO P, VANRELL JA, IGLESIAS X. Evaluación del resultado del tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer mediante el cuestionario ICIQ-UI SF. Med Clin (Barc). 2005; 124 (20): 772-4.

ESPAÑA M, REBOLLO P, PUIG M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. Med Clin (Barc). 2004; 122 (8): 288-92.

Logopèdia

Voice Handicap Index - 10

Nom: _____

Data: _____

Descripció del perfil del parlant (senyaleu amb una creu)

Faig servir la meua veu parlada principalment en:

- La meua professió (mestre, advocat, sacerdot, venedor, etc.)
 Activitats fora de la feina (associacions, teatre, ONG, etc.)
 Cap de les anteriors

Faig servir la meua veu cantada principalment en:

- La meua professió (cantant, estudiant de cant)
 Activitats fora de la feina (cors, cantant afeccionat/da)
 Cap de les anteriors. No canto

Em considero una persona: poc parladora normalment parladora molt parladora

--	--	--	--	--	--	--

Qüestionari de discapacitat vocal

Aquestes són algunes de les frases que es fan servir per descriure la veu i els seus efectes a la vida quotidiana. Senyaleu amb una creu la resposta que indica amb quina freqüència teniu la mateixa experiència.

	Mai	Quasi mai	A vegades	Quasi sempre	Sempre
F1 Se'm sent amb dificultat per culpa de la meua veu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F3 Se m'entén malament si parlo en un ambient sorollós.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P10 La gent em pregunta: "què li passa a la teua veu?"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P14 Tinc la impressió que m'he de forçar per produir la veu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F16 Les meves dificultats vocals limiten la meua vida personal i social.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P17 La claredat de la meua veu és imprevisible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F19 Em sento desplaçat/da de les converses per culpa de la veu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F22 Els meus problemes de veu fan disminuir els meus ingressos econòmics.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E23 Els problemes de veu em preocupen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E25 La meua veu en fa sentir limitat/da.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ROSEN CA, LEE AS, OSBORNE J, ZULLO T, MURRY T. Development and validation of the voice handicap index-10. Laryngoscope. 2004 Sep; 114 (9): 1549-56.

Traducció i adaptació de J. M. Vila. Qüestionari no validat (juny de 2007).

Total

Voice Handicap Index - 10

Nombre: _____

Fecha: _____

Descripción del perfil del hablante (señale con una cruz)

Uso mi voz hablada principalmente en:

- Mi profesión (maestro, abogado, sacerdote, vendedor, etc.)
- Actividades fuera del trabajo (asociaciones, teatro, ONG, etc.)
- Ninguna de las anteriores

Uso mi voz cantada principalmente en:

- Mi profesión (cantante, estudiante de canto)
- Actividades fuera del trabajo (coros, cantante aficionado)
- Ninguna de las anteriores. No canto.

Se considera una persona: poco habladora normalmente habladora muy habladora

--	--	--	--

Cuestionario de handicap vocal

Éstas son algunas frases que se usan para describir la voz y sus efectos en la vida cotidiana. Señale con una cruz la respuesta que indica con qué frecuencia tiene usted la misma experiencia.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
F1 La gente me oye con dificultad por culpa de mi voz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F3 Se me entiende mal si hablo en un ambiente ruidoso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P10 La gente me pregunta: "¿qué le pasa a tu voz?"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P14 Tengo la impresión que debo forzar me para producir la voz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F16 Mis dificultades vocales limitan mi vida personal y social.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P17 La claridad de mi voz es imprevisible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F19 Me siento desplazado/a de las conversaciones por culpa de la voz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F22 Mis problemas de voz hacen disminuir mis ingresos económicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E23 Mis problemas de voz me trastornan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E25 Mi voz me hace sentir discapacitado/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ROSEN CA, LEE AS, OSBORNE J, ZULLO T, MURRY T. Development and validation of the voice handicap index-10. Laryngoscope. 2004 Sep; 114 (9): 1549-56.
 Traducción y adaptación de Josep M Vila Cuestionario no validado (Junio 2007).

Total

Escala per a l'avaluació de la conducta i l'actitud de la persona disfèmica

Instruccions

Llegiu acuradament cada frase i puntueu-la seguint l'escala següent:

4 = Sempre, molt

3 = Molt sovint, bastant

2 = Amb certa freqüència, una mica

1 = Poques vegades, poc

0 = Mai, gens ni mica

	4	3	2	1	0
A. Sento que no puc controlar la parla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faig un esforç per parlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esturço les frases tant com puc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Substueixo paraules per d'altres amb el mateix significat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Algunes paraules em resulten impossibles de pronunciar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com més atenció poso per parlar bé, pitjor ho faig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Procuo no haver de presentar una persona a una altra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em costa parlar per telèfon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evito intervenir en converses de grup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se'm fa difícil parlar amb persones més grans que jo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Davant de desconeguts intento ocultar el meu problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No m'agrada parlar, em resulta desagradable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Em poso nerviós/a quan parlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M'espanto si de sobte em demanen que parli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La sola idea de parlar en públic em fa por	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em poso vermell/a per la meua forma de parlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M'inquieto si he de parlar amb persones desconegudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estic en tensió quan parlo amb algú superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Sento que no tinc habilitat per parlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crec que la meua manera de parlar resulta desagradable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crec que la gent em considera inferior per la meua parla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sento que causo mala impressió quan parlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A causa de la meua parla em sento rebutjat/da pels altres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La gent se sent incòmoda quan parlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em sembla impossible solucionar el meu problema de parla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escala per a l'avaluació de la conducta i l'actitud de la persona disfèmica

Registre						
Data: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	A: <input type="text"/>	B: <input type="text"/>	C: <input type="text"/>	D: <input type="text"/>	Total: <input type="text"/>	
Data: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	A: <input type="text"/>	B: <input type="text"/>	C: <input type="text"/>	D: <input type="text"/>	Total: <input type="text"/>	
Data: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	A: <input type="text"/>	B: <input type="text"/>	C: <input type="text"/>	D: <input type="text"/>	Total: <input type="text"/>	
Data: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	A: <input type="text"/>	B: <input type="text"/>	C: <input type="text"/>	D: <input type="text"/>	Total: <input type="text"/>	

SANGORRIN, J. Escala de actitudes y conducta para la evaluación del disfémico. XXI Congreso de la IALP. Praga. 1989.

Escala para la evaluación de la conducta y la actitud de la persona disfémica

Instrucciones

Lea cuidadosamente cada frase y valore qué medida es característica de usted. Asigne un punto a cada frase según la siguiente escala:

4 = Siempre, mucho

3 = Muy a menudo, bastante

2 = Con cierta frecuencia, algo

1 = Pocas veces, poco

0 = Nunca, nada

	4	3	2	1	0
A. Siento que no puedo controlar el habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hago esfuerzo para hablar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acorto las frases todo lo posible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sustituyo palabras por otras de igual significado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Algunas palabras me resultan imposibles de pronunciar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuanta más atención pongo por hablar bien, peor lo hago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Procuero no tener que presentar una persona a otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me cuesta hablar por teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evito intervenir en conversaciones de grupo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me resulta difícil hablar con personas mayores que yo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ante desconocidos trato de ocultar mi problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No me gusta hablar, me resulta desagradable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Me pongo nervioso/a cuando hablo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me asusto si me piden, de repente, que hable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La sola idea de hablar en público me da miedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me sonrojo por mi forma de hablar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me inquieto si tengo que hablar con personas desconocidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy en tensión cuando hablo con alguien superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Siento que no tengo habilidad para hablar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que mi forma de hablar resulta desagradable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que la gente me considera inferior por mi habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento que causo mala impresión cuando hablo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A causa de mi habla me siento rechazado/a por los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La gente se siente incómoda cuando hablo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me parece imposible solucionar el problema de mi habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escala para la evaluación y la actitud de la persona disfémica

Registro					
Fecha: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	A: <input type="text"/>	B: <input type="text"/>	C: <input type="text"/>	D: <input type="text"/>	Total: <input type="text"/>
Fecha: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	A: <input type="text"/>	B: <input type="text"/>	C: <input type="text"/>	D: <input type="text"/>	Total: <input type="text"/>
Fecha: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	A: <input type="text"/>	B: <input type="text"/>	C: <input type="text"/>	D: <input type="text"/>	Total: <input type="text"/>
Fecha: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	A: <input type="text"/>	B: <input type="text"/>	C: <input type="text"/>	D: <input type="text"/>	Total: <input type="text"/>

SANGORRIN, J. Escala de actitudes y conducta para la evaluación del disfémico. XXI Congreso de la IALP. Praga. 1989.

Avaluació de la gravetat de la quequesa

Avaluació global	Avaluació descriptiva		
	Freqüència (per paraules parlades)	Esforç	Trets secundaris
1. Molt lleugera	1/100 1%	Cap tensió aparent	Cap
2. Lleugera	1/50 2%	Tensió perceptible, però amb "bloqueigs" superats amb facilitat	Mínim (ulls oberts, parpelleigs, moviment de la musculatura facial)
3. Moderada	1/15 7%	Clara identificació de tensió o esforç durant dos segons (aproximadament) de durada	Moviments perceptibles de la musculatura facial
4. Greu	1/7 15%	Clara identificació de tensió o esforç durant dos a quatre segons de durada	Moviments perceptibles de la musculatura facial
5. Molt greu	1/4 25%	Esforços considerables; cinc o més segons de durada; intents repetits i consistents	Activitat muscular enèrgica. Facial o qualsevol altra

WINGATE ME. A standard definition of stuttering. J Speech Hear Disord. 1964; Nov 29: 484-9.

Annex

Es presenta un resum de quines són les especialitats des de les quals es recomana fer la derivació cap a serveis o equips de rehabilitació per a cada grup de patologies, tenint en compte que aquestes recomanacions són aplicables en les circumstàncies més habituals de funcionament del sistema, ja que el criteri del personal facultatiu responsable de l'atenció de la persona pacient és el que finalment ha de prevaler. Així, quan s'especifiquen una o més especialitats mèdiques dintre d'un àmbit assistencial, aquestes són les preferents en les condicions habituals.

En alguns casos en què és particularment rellevant mantenir la relació amb el metge o metgessa responsable de l'atenció que motiva la derivació, com és el cas de la rehabilitació que cal fer després de determinades intervencions quirúrgiques, s'especifica que el derivador ha de ser del centre on s'ha fet la intervenció.

No es fa referència a l'especialitat de medicina física i rehabilitació per evitar repeticions, ja que pot fer la derivació per a qualsevol procés.

Resum de derivadors per grups de patologies

Malalties del sistema nerviós				
	Atenció primària	Atenció especialitzada	Atenció socio sanitària	
Ictus	Tots	Tots	Tots	
Afeccions del SNC de causa tumoral i infecciosa		1 Neurologia Neurocirurgia Medicina Interna Oncologia Pediatria	Tots	
Esclerosi múltiple	Tots	Neurologia	Tots	
Malaltia de Parkinson	Tots	Neurologia	Tots	
Dany cerebral per traumatisme craneocefàlic (TCE)		1 Neurologia		
Lesions de la medulla espinal	Tots	1 Tots	Tots	
Canal vertebral estret: canal cervical estret (mielopatia) i canal lumbar estret	Tots	C.O. i Traumatologia Neurologia Neurocirurgia Reumatologia	Tots	
Afeccions del sistema nerviós perifèric	Tots	Tots	Tots	
Síndromes canaliculars i/o d'atrapament	Tots	Tots	Tots	
Neuromiopaties i determinades neuropaties perifèriques hereditàries i idiopàtiques	Tots	Pediatria Neurologia Pneumologia C.O. i Traumatologia	Tots	
Atenció domiciliària a malalts neuromusculars amb discapacitat greu		2 Rehabilitació		

1. Metges/metgesses de l'hospital que ha fet l'atenció en fase aguda i subaguda.

2. Metges/metgesses de centres derivadors de referència.

Malalties de l'aparell locomotor i el teixit connectiu

	Atenció primària	Atenció especialitzada	Atenció socio sanitària
Afeccions traumàtiques			
Afeccions traumàtiques osteoarticulars de les extremitats	Tots	C.O. i Traumatologia	
Fractures de fèmur en gent gran (atenció domiciliària)	1	C.O. i Traumatologia	
Afeccions traumàtiques de les parts toves de les extremitats	Tots	C.O. i Traumatologia	
Politraumatismes	Tots	C.O. i Traumatologia Neurocirurgia	
Afeccions traumàtiques de tronc i columna vertebral sense lesió medullar	Tots	C.O. i Traumatologia Neurocirurgia	
Reparacions i reemplaçaments destructures articulars i amputacions			
Reparacions i reemplaçaments destructures articulars	1	C.O. i Traumatologia	
Artroplasties de genoll i de maluc (atenció domiciliària)	1	C.O. i Traumatologia	
Amputacions i reimplantacions	Tots	C.O. i Traumatologia Cirurgia vascular Anestesiologia i Reanimació (clínica de dolor)	

1. Metges/metgesses de l'hospital que ha fet l'atenció en fase aguda i subaguda.

Malalties de l'aparell locomotor i el teixit connectiu (continuació)

	Atenció primària	Atenció especialitzada	Atenció socio sanitària
Afeccions no traumàtiques			
Afeccions no traumàtiques osteoarticulars i de parts toves	Tots	C.O. i Traumatologia Reumatologia	
Artropaties degeneratives	Tots	C.O. i Traumatologia Reumatologia	
Tendinopaties, bursitis i meniscopaties			
Rigidesa articular i trastorns que limiten la mobilitat articular			
Capsulitis de l'espatlla			
Condromatgia rotuliana, síndrome d'hiperpressió externa i inestabilitat rotuliana			
Inestabilitat de l'articulació glenohumeral, incloent les luxacions recidivants		C.O. i Traumatologia Reumatologia	
Artritis	Tots	C.O. i Traumatologia Reumatologia	

Malalties de l'aparell locomotor i el teixit connectiu (continuació)			
	Atenció primària	Atenció especialitzada	Atenció socio sanitària
Afeccions no traumàtiques (continuació)			
Afeccions no traumàtiques de columna vertebral sense lesió medullar	Tots	C.O. i Traumatologia Reumatologia	
Àlgies raquídies de qualsevol localització per causa degenerativa i/o inespecífica	Tots	C.O. i Traumatologia Reumatologia	
Espondilolistesi i espondilòlisi lumbar	Tots	C.O. i Traumatologia Reumatologia	
Aixafament vertebral per osteoporosi	Tots	C.O. i Traumatologia Reumatologia	
Radiculopaties cervicals i lumbars	Tots	C.O. i Traumatologia Neurocirurgia Reumatologia Anestesiologia Reanimació (clínica de dolor)	
Escoliosi	Tots	C.O. i Traumatologia Reumatologia	
Altres afeccions no traumàtiques			
Síndrome de dolor regional complex tipus I		C.O. i Traumatologia Reumatologia Anestesiologia i Reanimació (clínica de dolor)	
Síndrome d'immobilitat	Tots	Tots	Tots

Malalties de l'aparell respiratori

	Atenció primària	Atenció especialitzada	Atenció socio sanitària
Fisioteràpia respiratòria bàsica	Tots	Pneumologia	
Entrenament muscular	1	Pneumologia	

1. Metges/metgesses de centres derivadors de referència.

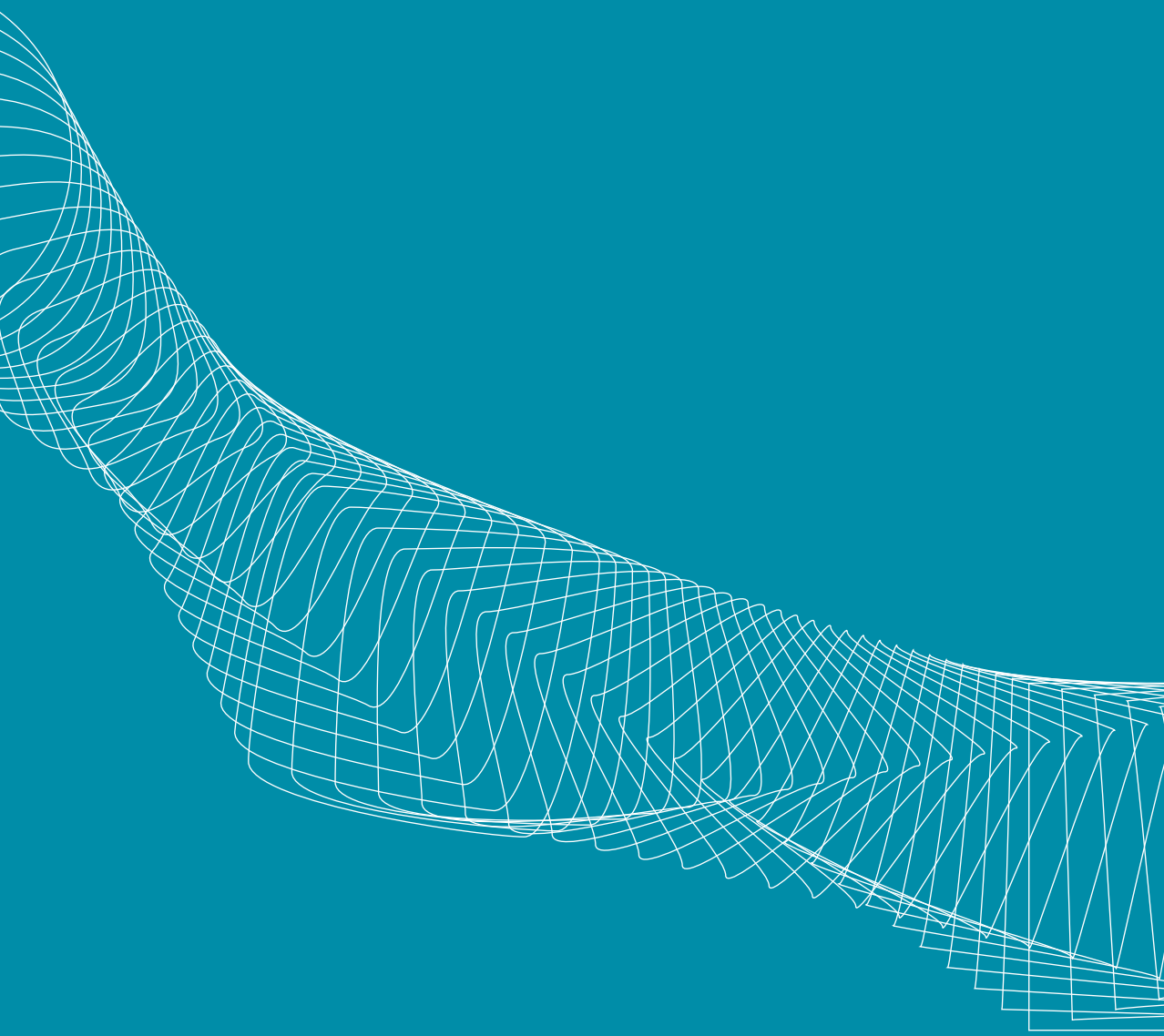
Malalties de l'aparell circulatori

	Atenció primària	Atenció especialitzada	Atenció socio sanitària
Limfedema		Cirurgia general Obstetrícia i ginecologia Urologia	

Malalties de l'aparell genitourinari

	Atenció primària	Atenció especialitzada	Atenció socio sanitària
Incontinència urinària		Obstetrícia i ginecologia Urologia	

Logopèdia			
	Atenció primària	Atenció especialitzada	Atenció socio sanitària
Afàsia	Tots	Tots	Tots
Disàrtria	Tots	Tots	Tots
Disfàsia	Tots	Tots	
Trastorns de la fluència	Tots	Tots	
Disfonia i aфонia		Tots	
Anomalies funcionals dento facials, inclosa la maloclusió	Tots	Tots	



www.gencat.cat/salut