

# CUESTIONARIO POST- ICTUS (PSC, por sus siglas en inglés):

## VIVIR DESPUÉS DE UN ICTUS



Este cuestionario post-ictus (PSC, por sus siglas en inglés) ha sido desarrollado para ayudar a los profesionales de la salud a identificar problemas post-ictus susceptibles de tratamiento y/o derivación. El PSC es una herramienta breve y fácil de usar para llenar con el paciente, con la ayuda de su cuidador si es necesario. La realización del PSC ofrece un enfoque estandarizado para identificar problemas a largo plazo en pacientes que hayan superado un ictus, y facilita la derivación apropiada para el tratamiento.

### Instrucciones de uso:

Por favor, pregunte al paciente cada una de las cuestiones numeradas e indique la respuesta en el apartado correspondiente. En general, si la respuesta es NO, actualice la historia del paciente y evalúelo en la siguiente revisión. Si la respuesta es Sí, realice la acción apropiada. Por favor, tenga en cuenta que las acciones descritas en esta versión son de carácter orientativo y que los cuadros de texto "Si la respuesta es Sí", "Si la respuesta es NO" (resaltados en amarillo) pueden y deben ser editados para su cumplimentación local. Se intenta detectar el deterioro o empeoramiento desde la anterior revisión médica.

### 1. PREVENCIÓN SECUNDARÍA

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

### 2. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Desde su última revisión, ¿le resulta <u>más</u> difícil cuidar de sí mismo?	<input type="checkbox"/> NO →	Observe evolución
	<input type="checkbox"/> Sí →	<p>¿Tiene más dificultad para vestirse, lavarse y/o bañarse?</p> <p>¿Tiene más dificultad para preparar bebidas y/o comidas calientes?</p> <p>¿Tiene más dificultad para salir al exterior?</p>

### 3. MOVILIDAD

Desde su última revisión, ¿le resulta <u>más</u> difícil caminar o trasladarse con seguridad desde la cama a la silla?	<input type="checkbox"/> NO →	Observe evolución
	<input type="checkbox"/> Sí →	<p>¿Continúa recibiendo tratamiento o rehabilitador?</p>

### 4. ESPASTICIDAD

Desde su última revisión, ¿ha <u>aumentado</u> la rigidez en sus brazos, manos, y/o piernas?	<input type="checkbox"/> NO →	Observe evolución
	<input type="checkbox"/> Sí →	<p>¿Está interfiriendo en las actividades de su vida diaria?</p>

## 5. DOLOR

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

## 6. INCONTINENCIA

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

## 7. COMUNICACIÓN

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

## 8. ESTADO DE ÁNIMO

Desde su última revisión, ¿se siente con <u>más</u> ansiedad o deprimido?	<input type="checkbox"/> NO	Observe evolución
	<input type="checkbox"/> Sí	Si la respuesta es <b>Sí</b> , consulte al médico de atención primaria sobre sus cambios de ánimo para una evaluación adicional

## 9. COGNICIÓN

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

## 10. VIDA TRAS EL ICTUS

Desde su última revisión, ¿encuentra más dificultad para realizar cosas importantes (por ejemplo ocio, aficiones, trabajo, así como relaciones con sus seres queridos, en su caso)?	<input type="checkbox"/> NO	Observe evolución
	<input type="checkbox"/> Sí	Si la respuesta es <b>Sí</b> , derive al paciente a una organización de apoyo al ictus (por ejemplo, Asociación del Ictus)

## 11. RELACIÓN FAMILIAR

Desde su última revisión, ¿la relación con su familia se ha vuelto <u>más</u> difícil o estresante?	<input type="checkbox"/> NO	Observe evolución
	<input type="checkbox"/> Sí	Si la respuesta es <b>Sí</b> , concerte una visita al médico de atención primaria con el paciente y un familiar. O si un miembro de la familia está presente derive a una organización de apoyo al ictus (por ejemplo, Asociación del Ictus)