

[Recomanacions per a
l'avaluació i maneig de
l'estat d'ànim en pacients
amb ingrés per ictus agut]

L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) és una entitat de dret públic adscrita al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya que actua al servei de les polítiques públiques. L'AQuAS té la missió de generar coneixement rellevant mitjançant l'avaluació i l'anàlisi de dades per a la presa de decisions amb la finalitat de contribuir a la millora de la salut de la ciutadania i la sostenibilitat del sistema de salut de Catalunya. L'AQuAS és membre fundador de la International Network of Agencies of Health Technology Assessment (INAHTA) i de la International School on Research Impact Assessment (ISRiA), és membre corporatiu de la Health Technology Assessment International (HTAi), del grup Reference site "quatre estrelles" de l'European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing de la Comissió Europea, del CIBER d'Epidemiologia i Salut Pública (CIBERESP), del grup de Recerca en Avaluació de Serveis i Resultats de Salut (RAR) reconegut per la Generalitat de Catalunya i de la Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC) i és Unitat Associada a INGENIO (CSIC-UPV). L'any 2019 AQuAS ha estat reconeguda amb la medalla Josep Trueta al mèrit sanitari per part del Govern de la Generalitat de Catalunya.

Es recomana que aquest document sigui citat de la manera següent: Hidalgo V, Salvat M, coordinadores, i Grup de treball per l'avaluació i maneig de l'estat d'ànim. Recomanacions per a l'avaluació i maneig de l'estat d'ànim en pacients amb ingrés per ictus agut Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2023.

Les persones interessades en aquest document poden adreçar-se a:
Pla director de les malalties vasculars cerebrals. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)
Roc Boronat, 81-95 (segona planta). 08005 Barcelona
Tel.: 93 551 3924 | Fax: 93 551 7510 | pdictus.salut@gencat.cat | <http://aquas.gencat.cat> |

© 2023, Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya Edita: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
Primera edició: Barcelona, novembre 2023
Correcció: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar al web [Creative Commons](https://creativecommons.org/)

Recomanacions per a l'avaluació i maneig de l'estat d'ànim en pacients amb ingrés per ictus agut

Coordinació:

Verónica Hidalgo. Infermera, Cap d'Unitat de Neurologia, Neurocirurgia i Unitat d'Epilèpsia de l'Hospital del Mar de Barcelona

Mercè Salvat-Plana. Infermera, Pla director de les malalties vasculars cerebrals (PDMVC). Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). CIBER en Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP, Spain

Autoria. Grup de treball per l'avaluació i maneig de l'estat d'ànim

Verónica Hidalgo. Infermera, Cap d'Unitat de Neurologia, Neurocirurgia i Unitat d'Epilèpsia de l'Hospital del Mar de Barcelona

Mercè Salvat-Plana. Infermera, PDMVC. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). CIBER en Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP, Spain

Àngels Arroyo. Infermera especialista en salut mental, INAD Hospital del Mar de Barcelona

Montserrat Fiter. Infermera de neurologia, Hospital U. Arnau de Vilanova de Lleida

Marta Linares. Psicòloga, Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa

Montserrat Navarra. Infermera, SEM Alt Pirineu

Silvia Oller. Psiquiatra, Hospital del Mar de Barcelona

Natàlia Pérez de la Ossa. Neuròloga, Hospital U. Germans Trias i Pujol (Direcció del Pla director de les malalties vasculars cerebrals [2020-2022])

Sílvia Reverté-Villarroya. Infermera, Sotsdirectora Campus Terres de l'Ebre

Universitat Rovira i Virgili

Joana Rodrigo. Infermera. Supervisora de neurologia, Hospital U. Dr. Josep Trueta de Girona

Ana Rodríguez-Campello. Neuròloga, Hospital del Mar de Barcelona

Jordi Sánchez. Neuropsicòleg clínic, Xarxa assistencial Universitària de Manresa

Mònica Serrano. Infermera de Pràctica Avançada en Malaltia Vasculat Cerebral, Hospital Clínic de Barcelona

Sònia Abilleira. Direcció del Pla director de les malalties vasculars cerebrals. CIBER en Epidemiologia y Salud Pública, CIBERESP, Spain

Revisió externa

Montserrat Gasol. Cap de Divisió de l'Ús Racional del Medicament. Gerència del Medicament Àrea Assistencial. Servei Català de la Salut.

Roser Vives Vilagut. Farmacòloga clínica. Divisió de l'Ús Racional del Medicament. Gerència del Medicament Àrea Assistencial. Servei Català de la Salut.

Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental.

Presentació

Aquest document resumeix l'evidència científica disponible i l'experiència dels experts i pretén ser un recurs pràctic de suport als professionals en l'atenció de les alteracions de l'estat d'ànim.

Posa en relleu, la necessitat de tenir cura del benestar psicològic de les persones que han patit un ictus, des de la prevenció al maneig i el suport psicològic, en l'àmbit de l'hospitalització per l'episodi agut.

Índex

1. Introducció i justificació.....	7
2. Alteracions de l'estat d'ànim i depressió post ictus. Característiques clíniques	9
3. Avaluació inicial	10
3.1. Identificació dels factors de risc per a l'alteració de l'estat d'ànim.....	10
3.2. Eina de cribatge per a la detecció de l'estat d'ànim	11
3.3. Quan avaluar l'estat d'ànim	12
3.4. Entrenament dels professionals i registre.....	12
4. Estratègies d'intervenció	14
4.1. Estratègies generals de prevenció de les alteracions de l'estat d'ànim durant l'ingrés	14
4.1.1. Relacionades amb els trastorns emocionals.....	14
4.1.2. Relacionades amb els trastorns de la conducta	16
4.2. Maneig i tractament dels trastorns de l'estat d'ànim en pacients amb cribatge positiu	17
4.2.1. Estratègies no farmacològiques.....	17
4.2.2. Tractament farmacològic.....	17
4.3. Recomanacions a l'alta i seguiment del pacient	19
5. Implementació i monitoratge.....	20
6. Bibliografia.....	22
7. Annex 1. Principals eines disponibles per avaluar l'estat d'ànim.....	30
8. Annex 2. Guia per a l'avaluació dels diferents ítems de l'escala SODS.....	34
9. Annex 3. Criteris diagnòstics de depressió.....	35

1. Introducció i justificació

La malaltia vascular cerebral o ictus agut és un problema de salut creixent i complex que apareix de forma brusca i devastadora, amb un gran impacte emocional en les persones que el pateixen (1). A Catalunya, l'any 2019 va representar la tercera causa de mort, segona en el cas de les dones (2), i la primera causa mèdica de discapacitat física en persones adultes (dues de cada tres persones presenten alguna seqüela). Pel que fa a les dades epidemiològiques, a Catalunya la incidència de casos és de 150-200/100.000 habitants/any amb una prevalença total de 500-600 casos per cada 100.000 individus (3). Tot i els avenços pel que fa a la prevenció i el tractament de l'ictus, es preveu que aquesta incidència s'incrementi un 35% entre 2015 i 2035 a causa de l'envelliment poblacional (1,4). L'actuació ràpida amb el codi ictus i l'atenció en unitats d'ictus, redueix la mortalitat, la discapacitat i la necessitat d'institucionalització.

D'entre les conseqüències en salut en persones que pateixen un ictus, és important destacar la freqüent aparició de trastorns de l'estat d'ànim tant en la fase aguda com en fases posteriors de la malaltia. L'alteració de l'estat d'ànim suposa un impacte en la qualitat de vida, la recuperació funcional i cognitiva i la supervivència dels pacients, per la qual cosa es recomana una intervenció terapèutica precoç (5–8). La **depressió post ictus (DPI)** és el trastorn afectiu més freqüent després d'un ictus, present en el 30% dels pacients en algun moment al llarg de la seva evolució, i és el principal factor que limita la recuperació i rehabilitació, a més de poder incrementar la mortalitat (9)(7). La depressió en les persones que han patit un ictus és fins a tres vegades més freqüent que en la població general (10). Alguns estudis mostren que les dones tenen més risc de DPI (11). S'estima que en la meitat dels casos, la DPI no es diagnostica de manera adequada, a causa de la presència associada d'altres símptomes, especialment els derivats del dany cognitiu, com ara l'afàsia, l'agnòsia i els problemes de memòria (6–8). De fet, les dificultats de comunicació causades per dèficits del llenguatge i alteracions cognitives s'associen amb la DPI (6).

A causa de l'impacte de les alteracions de l'estat d'ànim en el benestar i recuperació de les persones que pateixen un ictus és important poder establir un diagnòstic precoç que, de forma ideal, ha d'iniciar-se durant l'ingrés hospitalari a les unitats d'ictus. Tanmateix, també són necessàries estratègies de prevenció i intervencions destinades a l'abordatge de la necessitat social tant del pacient com del cuidador.

Les guies de pràctica clínica de l'American Heart Association / American Stroke Association (AHA/ASA) recomanen amb un nivell d'evidència alt (classe IB) la realització del cribatge de la depressió en pacients que han patit un ictus, tot i les discrepàncies sobre quina és la millor eina per avaluar-ho, així com el moment idoni per realitzar-lo (12). Malgrat aquesta recomanació, el darrer Audit clínic de l'ictus de Catalunya publicat pel Pla director de la Malaltia Vascular Cerebral de Catalunya (PDMVC) el 2019, mostrà un descens en el

compliment de l'indicador sobre l'avaluació de l'estat d'ànim en els i les pacients ingressades, amb una reducció dels casos avaluats del 67% a l'edició de l'any 2015 al 39% l'any 2019, i mostra a més un ús heterogeni dels instruments de mesura (13).

Es tracta, doncs, d'un problema freqüent, potencialment greu, en el que s'ha d'actuar ràpidament amb un abordatge multidisciplinari per posar en marxa intervencions personalitzades per part de tot l'equip assistencial.

L'objectiu d'aquest document de recomanació és **oferir eines de cribatge** per als professionals que permetin realitzar la detecció precoç de les alteracions de l'estat d'ànim en pacients ingressats per ictus agut, unificar escales de valoració per ajudar al contínuum de les cures a diferents nivells assistencials, establir mesures preventives per reduir les alteracions de l'estat d'ànim i oferir recomanacions per al maneig precoç.

2. Alteracions de l'estat d'ànim i depressió post ictus. Característiques clíniques

La DPI es classifica al DSM-5 com un trastorn depressiu secundari a una altra condició mèdica. Els símptomes diagnòstics consisteixen en ànim trist i/o anhedonia i 4 dels següents símptomes: alteració de la gana, alteració de la son, dificultats de concentració i per prendre decisions, alteració de la psicomotricitat amb agitació o retard psicomotriu, culpa inapropiada i sentiments d'inutilitat, desitjos de mort o de suïcidi, pèrdua d'energia o fatiga, amb una duració de 2 o més setmanes (14).

La simptomatologia associada als trastorns de l'estat d'ànim afecta a més d'un terç dels i les pacients amb ictus, sent els trastorns més freqüents la depressió (30%), l'ansietat (25%), l'apatia (20%), la irritabilitat (20%), i les reaccions catastròfiques (20%), situacions emocionals que influeixen negativament en el benestar del pacient (15,16). El risc de suïcidi és més elevat en persones que han patit un ictus, i l'existència de depressió i fatiga postictus són els principals factors predictius associats a la ideació suïcida (17). La DPI s'associa a pitjor pronòstic: augment de mortalitat, pitjor funcionament i recuperació més lenta amb pitjor qualitat de vida.

Els símptomes solen aparèixer en els tres primers mesos després de l'ictus, i són similars als símptomes de pacients amb depressió que no han patit un ictus, però amb algunes peculiaritats com ara major trastorn del son, símptomes vegetatius i introversió per a les relacions socials.

Les alteracions emocionals després de l'ictus podrien ser conseqüència de canvis cerebrals o de l'adaptació als canvis patits en el pacient (18). Els mecanismes implicats inclouen aspectes biològics, conductuals i socials. La relació entre depressió i localització de l'ictus no s'ha pogut demostrar en estudis epidemiològics, però algunes publicacions suggereixen una major predisposició en lesions hemisfèriques frontals esquerres (19). La hipòtesi biològica indica que el trastorn depressiu postictus és conseqüència d'una alteració en els circuits frontó-subcorticals, ganglis basals i sistema límbic, amb una hiporregulació serotoninèrgica i monoaminèrgica (20).

3. Avaluació inicial

Totes les persones que han patit un ictus s'han de considerar en risc de patir una depressió postictus, que pot passar en qualsevol etapa de la recuperació [Nivell d'evidència A] (21).

Totes les persones que han patit un ictus han de ser avaluades per detectar i prevenir la depressió postictus [Nivell d'evidència B] (21).

L'avaluació inicial de l'estat d'ànim en pacients que pateixen un ictus agut és el primer pas com a mesura preventiva i ha de permetre identificar els i les pacients amb necessitats de suport psicològic, susceptibles d'una avaluació i maneig posterior amb més profunditat.

En el context de l'ingrés per ictus agut, l'avaluació inicial de l'estat d'ànim consisteix en la identificació dels factors de risc, l'observació i la utilització d'una **eina de cribratge** validada.

3.1. Identificació dels factors de risc per a l'alteració de l'estat d'ànim

L'avaluació inicial ha d'incloure l'**avaluació dels factors de risc** per a la depressió, especialment un historial de depressió [Nivell d'evidència C] (21).

L'etiologia de la depressió postictus és complexa i determinada per múltiples factors. Els quatre factors de risc comuns més destacats per al desenvolupament de depressió postictus són (6,21–25):

- Antecedents de depressió previs a l'ictus
- Grau de discapacitat i dependència funcional
- Gravetat de l'ictus: dèficit neurològic greu
- Presència de deteriorament cognitiu

S'han descrit també altres factors de risc amb menor grau d'evidència:

- Alteració de la comunicació (21)
- Aïllament social (21), falta de suport familiar i social (6)
- Sexe femení (11)
- Història prèvia d'ictus
- Factors genètics
- Localització de l'ictus (20,26)
- No hi ha evidència de la relació entre depressió i el nivell educatiu del pacient

3.2. Eina de cribratge per a la detecció de l'estat d'ànim

El cribratge l'han de dur a terme professionals entrenats **amb una eina validada** per maximitzar la detecció [Nivell d'evidència B] (21).

Existeixen múltiples escales per a la detecció dels trastorns de l'estat d'ànim (Annex 1). El seu ús en pacients amb ictus en fase aguda està condicionat per les característiques de les persones, moltes d'elles amb trastorns de comunicació o agnòsia, el que suposa una dificultat per a l'ús d'escales autoadministrades o que requereixin la col·laboració de la persona. A banda, la majoria d'aquestes escales estan focalitzades per a etapes subagudes de la malaltia.

Com a eina de cribratge en la fase aguda de la malaltia, per les seves característiques, s'ha considerat adequada la utilització de la **Signs of Depression Scale (SODS)**, descrita per Margaret Hammond l'any 2000 (27). Malgrat que la sensibilitat i l'especificitat d'aquesta escala són limitades (28), és una eina senzilla, que consta de 6 ítems, i pot ser administrada pel personal sanitari mitjançant l'observació clínica. A més, cal tenir en compte que la seva sensibilitat és major si s'avalua amb participació de la família. És útil per a pacients amb alteració de la parla i/o de comprensió i problemes de memòria. Ha estat validada en pacients d'edat avançada hospitalitzats per processos aguts i en pacients amb ictus amb afàsia (28,29) i sense afàsia (28,30). A més, es considera que també podria ser vàlida en pacients amb ictus amb afectació del nivell de consciència. En aquest sentit, l'escala SODS és possible d'administrar sense interferències en els casos que tenen una puntuació d'1 en l'ítem de nivell de consciència de l'escala NIHSS – National institute of Health Stroke Scale (31) (somnolent amb resposta a mínims estímuls) en el moment de la valoració.

S'ha realitzat una adaptació transcultural del qüestionari de l'escala SODS a l'espanyol (32) per tal que l'instrument sigui equivalent a nivell semàntic, conceptual i de contingut al de la versió original (33). Posteriorment, s'ha traduït al català:

Escala de signes de depressió (ESD) – SODS

1. La persona a vegades sembla trista, infeliç o deprimida?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2. La persona en ocasions plora o sembla plorosa?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3. La persona sembla agitada, inquieta o ansiosa?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4. La persona sembla ensopida o reticent a moure's?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
5. La persona necessita molt estímulo per fer coses per ella mateixa?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
6. La persona sembla retreta i mostra poc interès en el seu entorn?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Puntuació total (0-6)		
(Puntua 1 per SI i 0 per NO)		

A l'**annex 2** es mostra la definició i guia per l'avaluació dels diferents ítems de l'escala SODS.

Segons la literatura, el punt de tall de l'escala SODS per a la detecció d'alteracions de l'estat d'ànim és de ≥ 2 punts. Tot i això, en l'íctus agut, la valoració pot estar interferida pel nivell de consciència o l'associació de quadre confusional, de manera que cal fer una avaluació continuada abans de decidir intervencions concretes (vegeu apartat 3.2).

3.3. Quan avaluar l'estat d'ànim

El **cribratge de la depressió postictus** pot tenir lloc en totes les etapes al llarg del continu de l'atenció a l'íctus, especialment en les transferències d'un dispositiu de salut a l'altre o al domicili. Durant l'ingrés agut, sobretot si s'observen canvis d'humor o si hi ha factors de risc per a la depressió (21,34).

Les guies internacionals no especifiquen la freqüència ni el moment en el qual es recomana avaluar l'estat d'ànim durant l'episodi d'hospitalització aguda. En el present document s'ha consensuat el millor moment per puntuar l'escala, establint la seva avaluació dues vegades al dia (una cap a migdia i l'altra a final de la tarda), a partir de les primeres 24 hores d'ingrés a la unitat d'íctus o semicrítics.

Si el pacient ingressa o es trasllada a la planta d'hospitalització convencional, es recomana l'avaluació un cop al dia, preferiblement al final d'un torn d'infermeria (matí o tarda).

Per assegurar la continuïtat assistencial, és important que es continuï realitzant el cribratge a les unitats de rehabilitació, hospitalització intermèdia i de llarga durada, on es recomana la valoració un cop per setmana, així com a les visites de seguiment ambulatori quan el pacient retorna a domicili. En aquests entorns assistencials d'atenció subaguda, es recomana considerar l'ús d'eines amb una millor sensibilitat i especificat.

Cal tenir en compte que aquestes són recomanacions generals que s'hauran d'adaptar a les necessitats de cada pacient i de les característiques de la unitat d'hospitalització.

3.4. Entrenament dels professionals i registre

El cribratge l'han de dur a terme **professionals entrenats** amb una eina validada per maximitzar-ne la detecció [Nivell d'evidència B] (21).

El cribratge el pot fer qualsevol integrant de l'equip assistencial responsable del pacient, tot i que es recomana l'administració per part dels professionals d'infermeria. Si és possible, és convenient comptar amb la col·laboració de persones properes al pacient a l'hora d'administrar-la.

La utilització de l'Escala SODS és senzilla, no necessita un entrenament especial. No obstant això, es recomana realitzar una formació als professionals sobre la necessitat del cribratge de l'estat d'ànim per afavorir el seu ús i fer-ne una pràctica rutinària (35) i sobre l'avaluació dels seus ítems per tal d'homogeneïtzar la interpretació d'aquests.

Es recomana el registre de l'escala SODS i el resultat obtingut a la trajectòria clínica d'infermeria, per poder fer el seguiment de l'estat d'ànim durant l'ingrés i posteriorment. S'aconsella la incorporació de l'escala SODS als sistemes informàtics, per afavorir tant el registre de les dades com per la millora de la presa de decisions.

4. Estratègies d'intervenció

4.1. Estratègies generals de prevenció de les alteracions de l'estat d'ànim durant l'ingrés

La persona que pateix un ictus sovint experimenta una alteració en la seguretat, tant física com mental, moral i familiar. Quan la persona se sent insegura, l'emoció principal viscuda és la por, i la presència d'aquesta por està lligada a un augment d'ansietat. És per això que les intervencions en aquestes situacions van dirigides al fet que el pacient recuperi un nivell d'ansietat tolerable.

Per a poder realitzar una prevenció adequada en els pacients amb ictus, és important tenir en compte els factors propis de la persona i de l'entorn que predisposen a un major risc de depressió (trastorns emocionals i conductuals) (36), i implementar mesures per tal de reduir aquest risc.

Per una banda, cal tenir en compte els factors psicosocials, de personalitat i psicoeducatius que tenen relació amb **els trastorns emocionals**. Per altra banda, cal valorar també els factors que tenen a veure amb l'entorn hospitalari i la situació clínica de la persona, que es poden relacionar amb **els trastorns de la conducta**. També és important considerar el malestar emocional que la situació genera en la família i en concret en el cuidador principal, així com la interrelació entre l'angoixa del pacient i la del cuidador després de l'ictus (37). A continuació es detallen un seguit de recomanacions i activitats, dirigides al conjunt pacient-cuidador, que es poden dur a terme per controlar el risc:

4.1.1. Relacionades amb els trastorns emocionals

Factors psicoeducatius: les famílies sovint no disposen d'eines i recursos a l'hora de fer front a les dificultats anímiques que poden sorgir, que, d'altra banda, suposen un factor preventiu molt important, donat que la relació entre l'entorn familiar i la depressió postictus és molt rellevant.

Recomanacions:

- Oferir informació als familiars i a la persona sobre la situació en què es troba, sobre l'ictus i sobre els factors de risc (programa d'educació).
- Informar sobre el risc d'aparició d'alteracions de l'estat d'ànim.
- Facilitar la informació fent servir un llenguatge entenedor i respectar el temps del pacient i la seva família per facilitar la seva comprensió.
- Mantenir contacte freqüent entre els professionals i el pacient, mostrant una actitud positiva.
- Identificar-se cada vegada que es faci una activitat i explicar-la.

Factors psicosocials: La família és sovint el millor suport pel pacient hospitalitzat. És important que el pacient que ingressa a la unitat d'hospitalització compti amb un bon suport familiar i social i aquests puguin participar del procés de recuperació des del principi (37).

Recomanacions:

- Potenciar les relacions i la comunicació interpersonal durant l'ingrés.
- Facilitar el suport familiar i social, adaptant el règim de visites si cal.
- En cas de dificultats per poder fer un acompanyament presencial, facilitar la seva presència mitjançant altres canals: videotrucades, gravació de vídeos, mostrar fotografies o llegir els missatges, etc.
- Facilitar que el pacient tingui el seu propi telèfon mòbil disponible i al seu abast, sempre que sigui possible i la situació clínica ho permeti.

Factors de personalitat: Les estratègies d'afrontament, centrades en el problema i en l'emoció, per adaptar-se als canvis ocasionats per l'ictus permeten un millor control de la depressió en pacients amb ictus (38). En aquest sentit, es recomana:

- Treballar la resiliència o capacitat d'adaptar-se als canvis, sobreposar-se o restablir l'estat emocional, tenint en compte altres trastorns amb símptomes similars que poden influir sobre aquesta com són la labilitat emocional, la fatiga, el catastrofisme, l'apatia o l'anosognòsia (36).

Recomanacions:

- Acompanyar i treballar l'acceptació de la realitat amb el pacient, especialment en relació amb el dèficit neurològic que presenti, donant un missatge d'esperança.
- Ajudar a centrar-se en el present, en la resolució de problemes.
- Donar espai a pacient i família per expressar sentiments, escoltar com se senten i validar les seves emocions i pensaments.
- Animar en la implicació, el manteniment d'interessos i la connexió amb l'entorn (p. ex. televisió, ràdio, fotos familiars).
- Oferir eines per reduir l'ansietat, per exemple música, àudios de meditació, exercicis de relaxació (p. ex. visualització d'escenes relaxants i llocs tranquils, tensar/destensar un grup muscular, automassatges...).

- **Treballar l'autoeficàcia percebuda**, és a dir, sobre com la persona percep les pròpies capacitats per assolir els objectius establerts. L'autoeficàcia té relació amb la motivació i la confiança, i ha demostrat influir positivament en la capacitat d'autocura i, aquesta, sobre la qualitat de vida (39).

Recomanacions:

- Reforçar tots els avenços que el pacient va realitzant (“ho fa molt bé”, “continui així” ...), posant el focus en l’esforç personal i els canvis que realitza de cara a fomentar la idea de control d'allò que està passant, establir objectius diaris i donar una visió positiva de l’evolució del procés.
- Fomentar l’autonomia del pacient i la família i el paper actiu d’ambdós (37) en el procés neurorehabilitador des de l’inici.
- Promoure la capacitat de control dels factors de risc recomanant l’adopció d’hàbits saludables i fent educació sobre els factors de risc.

4.1.2. Relacionades amb els trastorns de la conducta

Factors relacionats amb l’hospitalització: l’organització de la unitat, les intervencions i les proves diagnòstiques poden crear confusió i inestabilitat emocional en el pacient. En aquest sentit, les recomanacions van dirigides a orientar i garantir el benestar físic de la persona:

- Fomentar el manteniment del ritme de son i vigília d’acord amb els ritmes circadianis de la persona. Evitar trencar el son si no és imprescindible.
- Afavorir un bon control del dolor i del malestar (40).
- Mantenir rutines i horaris.
- Mantenir un ambient relaxat intentant reduir els estressors ambientals. Fomentar el silenci, controlar el to de veu, adequar la intensitat de la llum en horari nocturn.

Prevenir el delírium:

- Ajudar en l’orientació facilitant que el pacient tingui a l’abast el rellotge, les ulleres i/o l’audiòfon per evitar l’aïllament sensorial.
- Iniciar la sedestació, la mobilització precoç i la fisioteràpia tan aviat com sigui possible (41).
- Evitar l’ús de benzodiazepines, si és possible (42,43).

En pacients amb tractament antidepressiu/psiquiàtric previ, a l’episodi d’ictus, cal mantenir el tractament i reiniciar-lo com més aviat millor.

4.2. Maneig i tractament dels trastorns de l'estat d'ànim en pacients amb cribratge positiu

Les persones que han patit un ictus, el cribratge dels quals indica un alt risc de depressió, han de ser **avaluades de manera oportuna per un professional sanitari amb experiència** en diagnòstic, gestió i seguiment de la depressió [Nivell d'evidència C] (21).

En els i les pacients en els que es detecti un trastorn d'ànim amb les eines de cribratge:

- Puntuació a l'escala SODS major o igual a 2 de forma repetida i persistent durant l'ingrés
- O bé una puntuació ≥ 2 i antecedents de depressió previs

Es recomana:

- 1) Iniciar estratègies no farmacològiques
- 2) Valorar derivar a un equip especialitzat (psiquiatria / psicologia) per facilitar l'accés a una avaluació especialitzada i l'inici d'estratègies específiques.
- 3) Confirmar el **diagnòstic de depressió major** (Annex 3) i valorar la necessitat d'iniciar tractament farmacològic a criteri del facultatiu responsable del pacient.

4.2.1. Estratègies no farmacològiques

Les teràpies psicològiques (e.x. resolució de problemes, entrevista motivacional) poden ser útils per prevenir la depressió [Nivell d'evidència C] (44).

En pacients que han patit un ictus amb símptomes depressius, es poden utilitzar programes d'exercici estructurat, en particular els d'alta intensitat [Nivell d'evidència C] (45).

En general, quan es detecta una alteració de l'estat d'ànim en pacients amb ictus durant els primers dies d'ingrés, es recomana oferir estratègies d'afrontament i autogestió, és a dir, cal potenciar les mesures generals de prevenció que es feien fins al moment i que es considerin beneficioses. Es recomana mantenir un període d'observació i seguiment estret d'unes 2 setmanes per valorar la necessitat d'iniciar tractament específic segons l'evolució dels símptomes i si es confirmés el diagnòstic de depressió major (Annex-3).

4.2.2. Tractament farmacològic

No es recomana l'ús rutinari d'antidepressius com a tractament de prevenció en tots els pacients que han patit un ictus [Nivell d'evidència C] (21,44,46).

Tot i que el tractament farmacològic antidepressiu profilàctic en pacients que han patit un ictus ha demostrat reduir l'aparició i intensitat dels símptomes depressius, no hi ha evidència del fet que el tractament antidepressiu millori el grau de dependència funcional a llarg

termini, i, en canvi, pot associar-se a un major risc de complicacions com caigudes, fractures i crisis comicials (46–50).

L'inici del tractament farmacològic antidepressiu es considerarà en pacients amb **diagnòstic de trastorn depressiu**, així com en pacients amb síndrome pseudobulbar, en els que aparegui labilitat emocional, o plor persistent i molest.

El tractament farmacològic està indicat en les persones en les quals persisteixen símptomes depressius (>2 setmanes), que presenten empitjorament de símptomes inicialment lleus i/o que interfereixen amb els objectius de recuperació clínica i la confirmació diagnòstica de depressió major (Annex-3).

L'elecció del fàrmac es realitzarà de forma individualitzada i segons el perfil d'efectes secundaris, antecedents mèdics del pacient i interaccions farmacològiques. Es recomana revisar les taules de maneig i interaccions dels fàrmacs inclosos en el document *Pautes per a l'harmonització del tractament farmacològic de la depressió major en adults* (51).

En general, els fàrmacs recomanats són els ISRS (citalopram, paroxetina, fluoxetina, sertralina) per ser generalment ben tolerats, amb efectes ansiolítics i d'inici d'acció relativament ràpida (7-10 dies). S'aconsella seguir les recomanacions actuals sobre el maneig farmacològic de la depressió (51). Algunes consideracions a tenir en compte en relació amb els diferents antidepressius:

- ISRS: risc d'hiponatrèmia, sobretot en combinació amb l'ús de diürètics, en dones i en edat avançada (21).
- Citalopram i escitalopram: risc d'augmentar problemes de conducció cardíaca (allargament interval QT). Dosis màximes de 20 mg/dia en majors de 65 anys.
- Sertralina: més efectes secundaris en l'àmbit digestiu. Bona seguretat cardíaca.
- Fluoxetina, paroxetina i antidepressius tricíclics: risc d'interaccions per inhibició de l'isoenzim CYP450 amb fàrmacs habituals en pacients amb ictus, com són els betabloquejants, clopidogrel o antiepilèptics.

La resposta al tractament ha de ser monitorada de forma regular per un professional especialitzat mitjançant escales estandarditzades, incloent-hi una valoració de la intensitat dels símptomes de depressió i la presència d'efectes secundaris. Si la resposta clínica és favorable, es recomana mantenir el tractament un mínim de 6-12 mesos. Si no s'observa una resposta favorable en 4-6 setmanes (51), es recomana assegurar el compliment del tractament, augmentar la dosi o canviar l'antidepressiu. Com a criteris de resposta es considera la disminució de la puntuació de la depressió mesurada per escales estandarditzades: resposta total (disminució $\geq 50\%$), resposta parcial (disminució 25-49%) i no resposta (disminució $< 25\%$).

La retirada del tractament farmacològic s'ha de considerar tenint en compte els antecedents de depressió i el risc de recaiguda, i es recomana fer-ho de forma esglaonada durant 1-2 mesos.

4.3. Recomanacions a l'alta i seguiment del pacient

Per a assegurar una continuïtat assistencial entre diferents nivells assistencials, és important fer constar a l'informe mèdic d'alta i a l'informe d'alta d'infermeria els resultats obtinguts de la valoració de l'estat d'ànim i les intervencions portades a terme a l'hospital.

Cal fer constar la necessitat de seguiment per equips de salut mental ambulatori en els casos en els quals s'hagi identificat un trastorn de l'estat d'ànim durant l'ingrés. D'aquesta manera, l'equip d'atenció primària o del centre on es derivi el pacient podrà fer el seguiment.

Recomanacions generals a l'alta hospitalària:

- Oferir informació als familiars i a la persona sobre l'ictus i sobre el risc d'aparició de síndromes neuropsiquiàtriques.
- Assegurar una bona adherència al tractament i, control dels factors de risc vascular, per reduir potencials recurrències vasculars.
- Potenciar una alimentació saludable basada en la dieta mediterrània (52), practicar exercici de forma regular en la mesura del possible, reduir la por a les caigudes, controlar la fatiga, l'artropatia i el dolor (53).
- Fomentar l'activitat física com a una altra eina rehabilitadora.
- Potenciar les activitats socials i d'oci, en funció dels interessos de la persona.
- Oferir eines i recursos a les famílies per fer front a les dificultats anímiques que poden sorgir, donat que la relació entre recursos familiars i la depressió postictus és molt rellevant (programes psicoeducatius). Es pot facilitar el contacte amb dispositius/associacions d'ajuda i suport tant pel pacient com pels seus familiars.
- Donar informació sobre associacions de suport a familiars i persones afectades de la seva zona de residència.

5. Implementació i monitoratge

A Catalunya des de l'any 2007 es porten a terme de manera periòdica els Audits clínics de l'ictus. L'avaluació de l'estat d'ànim forma part del conjunt bàsic d'indicadors d'atenció clínica de l'ictus agut que s'utilitzen per mesurar la qualitat de l'atenció hospitalària a les persones que han patit un ictus (13). La salut mental i el benestar emocional són aspectes que contempla el Pla de Salut de Catalunya 2021-2025 identificats com a problemes prioritaris d'intervenció (54).

Es proposen els següents indicadors pel monitoratge i la identificació de les necessitats de millora:

- Percentatge de pacients amb ictus en què hi ha constància de l'avaluació de l'estat d'ànim durant l'ingrés (13,55).
- Percentatge de pacients amb ictus avaluats durant l'ingrés amb una eina de cribatge validada (55).
- Percentatge de pacients amb cribatge positiu (55).
- Percentatge de pacients que prenen medicació antidepressiva abans de l'ictus.
- Percentatge de pacients avaluats per un professional especialitzat (psicòleg, neuropsicòleg, psiquiatria) després d'un cribatge positiu (55).
- Percentatge de pacients en què s'ha prescrit medicació antidepressiva.

Resum de la intervenció recomanada en l'àmbit hospitalari:

1. Explorar existència d'antecedents de trastorns de salut mental i mantenir el seu tractament específic si existeix.
2. Aplicar estratègies generals de prevenció de les alteracions de l'estat d'ànim durant l'ingrés:
 - Mantenir el contacte professional-pacient el més sovint possible (acompanyament) i proporcionar informació real i adequada al pacient i família sobre l'ictus i el risc d'alteracions de l'ànim.
 - Identificar-se cada vegada que es faci una activitat i explicar-la
 - Potenciar les relacions i la comunicació interpersonal, facilitar el contacte amb la família i amb el seu entorn, sigui de manera presencial o mitjançant altres canals, i adaptar el règim de visites i la disponibilitat de dispositius (telèfon, tauleta...).
 - Reconèixer i treballar l'acceptació de la realitat, però donar esperança facilitant la visió d'evolució positiva del procés, reforçant els progressos, animant i ajudant en la resolució de problemes.
 - Fomentar l'expressió de sentiments i emocions mitjançant l'escolta activa.
 - Estimular l'autonomia, la rehabilitació, el paper actiu en el procés tant del pacient com de la família, el manteniment dels interessos, la connexió amb l'entorn i l'adopció d'hàbits saludables.
 - Oferir eines per la reducció de l'ansietat: música, àudios de meditació...
 - Promoure el manteniment dels ritmes circadianis, horaris i rutines i assegurar un ambient relaxat, tranquil i confortable (adaptar llums, afavorir la llum natural, reduir els sorolls, etc.).
 - Evitar el dolor i el malestar.
 - Prevenir el delírium: ajudar en l'orientació, iniciar sedestació i mobilització precoç.
3. Cribatge amb l'escala SODS
4. Quan el cribatge és positiu, aplicar les mesures no farmacològiques descrites. Si existeixen antecedents personals de depressió i símptomes intensos, encara que no hagin complert 2 setmanes, activar si és possible el recurs de salut mental per la valoració.
5. Si la clínica depressiva dura més de 2 setmanes i compleix criteris de depressió major, confirmar el **diagnòstic de depressió major** (Annex 3) i valorar la necessitat d'iniciar tractament farmacològic a criteri del facultatiu responsable el pacient.
6. Gestió del seguiment a l'alta

6. Bibliografia

1. Stevens E, Emmett E, Wang Y, McKeivitt C, Wolfe C. El impacto del ictus en Europa. King's College London. Alianza Europea contra el Ictus (SAFE); 2018. [consultat 03/06/2022]. Disponible a: <http://strokeeurope.eu>
2. Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística de defunciones según la causa de muerte. Madrid: INE; 2019. [consultat 04/08/2022]. Disponible a: https://public.tableau.com/views/CAUSAS_DE_MUERTE/Dashboard1?:showVizHome=no&:embed=true#4
3. Gomis M, Martí-Fàbregas J, Purroy F, Rodríguez-Campello A. Diagnòstic i tractament de les malalties vasculars cerebrals. Guies mèdiques de la Societat Catalana de Neurologia. Barcelona: Societat Catalana de Neurologia; 2018. [consultat 01/06/2022]. Disponible a: https://www.scneurologia.cat/wp-content/uploads/2019/03/Guia-Vascular-Societat-Catalana-de-Neurologia_2018.pdf
4. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet. 2012;380(9859):2095–128. [consultat 01/06/2022]. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23245604/>
5. Gallego J, Herrera M, Jericó I, Muñoz R, Aymerich N, Martínez-Vila E. El ictus en el siglo XXI. Tratamiento de urgencia. An Sist Sanit Navar. 2008;31 Suppl 1:15–29. [consultat 03/06/2022]. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18528441/>
6. Towfighi A, Ovbiagele B, el Husseini N, Hackett ML, Jorge RE, Kissela BM, et al. Poststroke Depression: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2017 48(2):e30–43. [consultat 03/06/2022]. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27932603/>
7. Carnes-Vendrell A, Deus J, Molina-Seguín J, Pifarré J, Purroy F. Depression and Apathy After Transient Ischemic Attack or Minor Stroke: Prevalence, Evolution and Predictors. Sci Rep. 2019;9(1):16248. [consultat 03/06/2022]. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31700058/>
8. Herrera M, Lama J, De-la-Cruz J. Factores de riesgo de depresión post ictus isquémico. Revista Medica Herediana. 2020;31(3):181–9. [consultat 01/06/2022]. Disponible a: <https://dx.doi.org/10.20453/rmh.v31i3.3808>
9. Hackett ML, Pickles K. Part I: frequency of depression after stroke: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies. Int J Stroke.

- 2014;9(8):1017–25. [consultat 01/06/2022]. Disponible a:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25117911/>
10. Jørgensen TSH, Wium-Andersen IK, Wium-Andersen MK, Jørgensen MB, Prescott E, Maartensson S, et al. Incidence of Depression After Stroke, and Associated Risk Factors and Mortality Outcomes, in a Large Cohort of Danish Patients. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(10):1032–40. [consultat 03/06/2022]. Disponible a:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27603000/>
 11. Guiraud V, Gallarda T, Calvet D, Turc G, Oppenheim C, Rouillon F, et al. Depression predictors within six months of ischemic stroke: The DEPRESS Study. *Int J Stroke*. 2016;11(5):519–25. [consultat 03/08/2022]. Disponible a:
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1747493016632257>
 12. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2018;49(3):e46–110. [consultat 03/06/2022]. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29367334/>
 13. Pla director de les malalties vasculars cerebrals. 5è Audit clínic de l'ictus. Catalunya 2018/2019. Barcelona; 2021. [consultat 01/06/2022]. Disponible a:
<https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/10489>
 14. Asociación Americana de Psiquiatria. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5th ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2014. [consultat 01/06/2022]. Disponible a: <https://www.federaciocatalanatahdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
 15. Caeiro L, Ferro JM, Santos CO, Figueira ML. Depression in acute stroke. *J Psychiatry Neurosci*. 2006;31(6):377–83. [consultat 07/06/2022]. Disponible a:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1635801/>
 16. Tampi RR, George E. Different Strokes: How to Spot and Treat Poststroke Depression. *Psychiatric times*. 2021;38(5):32–5. [consultat 07/06/2022]. Disponible a:
<https://www.psychiatristimes.com/view/different-strokes-spot-treat-poststroke-depression>
 17. Vyas M v, Wang JZ, Gao MM, Hackam DG. Association Between Stroke and Subsequent Risk of Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Stroke*. 2021;52(4):1460–4. 2021 [consultat 07/06/2022]. Disponible a:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33691505/>

18. Fure B, Wyller TB, Engedal K, Thommessen B. Emotional symptoms in acute ischemic stroke. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006 ;21(4):382–7. [consultat 07/06/2022]. Disponible a: <https://europepmc.org/article/med/16534769>
19. Zhang Y, Zhao H, Fang Y, Wang S, Zhou H. The association between lesion location, sex and poststroke depression: Meta-analysis. *Brain Behav*. 2017;7(10):e00788. [consultat 07/06/2022] Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5651383/>
20. Robinson RG, Jorge RE. Post-Stroke Depression: A Review. *American Journal of Psychiatry*. 2016;173(3):221–31. [consultat 07/06/2022]. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26684921/>
21. Lanctôt KL, Lindsay MP, Smith EE, Sahlas DJ, Foley N, Gubitz G, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Mood, Cognition and Fatigue following Stroke, 6th edition update 2019. *Int J Stroke*. 2020;15(6):668–88. [consultat 07/06/2022]. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31221036/>
22. Kutlubaev MA, Hackett ML. Part II: Predictors of Depression after Stroke and Impact of Depression on Stroke Outcome: An Updated Systematic Review of Observational Studies. *Int J Stroke*. 2014;9(8):1026–36. [consultat 01/06/2022]. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25156411/>
23. Babkair LA. Risk Factors for Poststroke Depression: An Integrative Review. *J Neurosci Nurs*. 2017;49(2):73–84. [consultat 07/06/2022]. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28277449/>
24. Taylor-Rowan M, Momoh O, Ayerbe L, Evans JJ, Stott DJ, Quinn TJ. Prevalence of pre-stroke depression and its association with post-stroke depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2019;49(4):685–96. [consultat 07/06/2022]. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30107864/>
25. Green TL, McNair ND, Hinkle JL, Middleton S, Miller ET, Perrin S, et al. Care of the Patient With Acute Ischemic Stroke (Posthyperacute and Prehospital Discharge): Update to 2009 Comprehensive Nursing Care Scientific Statement: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Stroke*. 2021;52(5). [consultat 07/06/2022]. Disponible a: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/STR.0000000000000357>
26. Carson AJ, MacHale S, Allen K, Lawrie SM, Dennis M, House A, et al. Depression after stroke and lesion location: a systematic review. *Lancet*. 2000;356(9224):122–6. [consultat 07/06/2022]. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10963248/>
27. Hammond MF, O’Keeffe ST, Barer DH. Development and validation of a brief observer-rated screening scale for depression in elderly medical patients. *Age Ageing*.

- 2000;29(6):511–5. [consultat 07/06/2022]. Disponible a:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11191243/>
28. Lightbody CE, Auton M, Baldwin R, Gibbon B, Hamer S, Leathley MJ, et al. The use of nurses' and carers' observations in the identification of poststroke depression. *J Adv Nurs*. 2007;60(6):595–604. [consultat 07/06/2022]. Disponible a:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18039246/>
29. van Dijk MJ, de Man-van Ginkel JM, Hafsteinsdóttir TB, Schuurmans MJ. Psychometric evaluation of the Signs of Depression Scale with a revised scoring mechanism in stroke patients with communicative impairment. *Clin Rehabil*. 2017;31(12):1653–63. [consultat 07/06/2022]. Disponible a:
<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0269215517708328>
30. Watkins C, Leathley M, Daniels L, Dickinson H, Lightbody CE, van den Broek M, et al. The signs of depression scale in stroke: how useful are nurses observations? *Clin Rehabil*. 2001;15(4):447-57.
31. Domínguez R, Vila JF, Augustovski F, Irazola V, Castillo PR, Rotta Escalante R, et al. Spanish cross-cultural adaptation and validation of the National Institutes of Health Stroke Scale. *Mayo Clin Proc*. 2006;81(4):476–80. [consultat 07/06/2022]. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16610567/>
32. Rodríguez-Campello A, Hidalgo-Benítez V, Posso M, Pascual-Barbero E, Revert-Barbera A, Estragués-Gazquez I, et al. Adaptación transcultural al español de la Signs of Depression Scale (SODS) para la evaluación precoz del estado de ánimo en pacientes ingresados en una unidad de ictus. *Rev Neurol*. 2022;74(6):175–80. [consultat 07/06/2022]. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35275393/>
33. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health*. 2005;8(2):94–104. [consultat 07/06/2022]. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15804318/>
34. Karamchandani RR, Vahidy F, Bajgur S, Vu KYT, Choi HA, Hamilton RK, et al. Early depression screening is feasible in hospitalized stroke patients. *PLoS One*. 2015;10(6):e0128246. [consultat 07/06/2022]. Disponible a:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26039704/>
35. Rogers SC. Poststroke Depression Screening: An Executive Summary. *J Neurosci Nurs*. 2017;49(2):66–8. [consultat 07/06/2022]. Disponible a:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28277448/>

36. Quemada J, Mimentza N. Los trastornos emocionales y conductuales postictus. *Informaciones psiquiátricas*. 2017;(228):55-62. [consultat 01/06/2022]. Disponible a: <https://www.informacionepsiquiaticas.com/informe228/files/assets/basic-html/page55.html>
37. McCurley JL, Funes CJ, Zale EL, Lin A, Jacobo M, Jacobs JM, et al. Preventing Chronic Emotional Distress in Stroke Survivors and Their Informal Caregivers. *Neurocrit Care*. 2019;30(3):581–9. [consultat 07/06/2022]; Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30421266/>
38. Reverté-Villarroya S, Dávalos A, Font-Mayolas S, Berenguer-Poblet M, Sauras-Colón E, López-Pablo C, et al. Coping Strategies, Quality of Life, and Neurological Outcome in Patients Treated with Mechanical Thrombectomy after an Acute Ischemic Stroke. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(17):6014. [consultat 01/06/2022]. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32824892/>
39. Gutiérrez Barreiro R, Gómez Ochoa AM. Agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas con cardiopatías isquémicas. *Avances en Enfermería*. 2018;36(2):161–9. [consultat 01/06/2022]. Disponible a: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v36n2/0121-4500-aven-36-02-161.pdf>
40. Reverté-Villarroya S, Suñer-Soler R, Font-Mayolas S, Dávalos Errando A, Sauras-Colón E, Gras-Navarro A, et al. Influence of Pain and Discomfort in Stroke Patients on Coping Strategies and Changes in Behavior and Lifestyle. *Brain Sci*. 2021;11(6). [consultat 01/06/2022]. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8235021/>
41. Guia d'abordatge del delírium. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2022. [consultat 02/06/2022]. Disponible a: <https://salutweb.gencat.cat/web/.content/ departament/ambits-estrategics/atencio-sociosanitaria/docs/guia-abordatge-delirium.pdf>
42. Blanco Artola C, Gómez Solórzano N, Arce Chaves A. Delirium en el adulto mayor. *Revista Médica Sinergia*. 2020;5(3):e391.
43. Benzodiazepines per l'insomni en gent gran. Recomanació del projecte Essencial. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2014 [consultat 02/06/2022]. Disponible a: https://essencialsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/essencial/fitxes_cercador/2014/benzodiazepines_insomni/essencial_benzodiazepines_insomni_gentgran_aguas2014.pdf
44. Clinical Guidelines for Stroke Management. Australian and New Zealand Clinical Guidelines for Stroke Management - Chapter 6 of 8: Managing complications - Stroke Foundation. Melbourne (Australia); 2020. [consultat 02/06/2022]. Disponible a: <https://app.magicapp.org/#/guideline/WE8wOn/section/nyQ6Vn>

45. Eng JJ, Reime B. Exercise for depressive symptoms in stroke patients: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil.* 2014;28(8):731–9. [consultat 07/06/2022]. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24535729/>
46. Allida S, Cox KL, Hsieh CF, House A, Hackett ML. Pharmacological, psychological and non-invasive brain stimulation interventions for preventing depression after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews.*;2020(5). [consultat 02/06/2022]. Disponible a: <https://www.cochrane.org/CD003689/interventions-preventing-depression-after-stroke>
47. Legg LA, Rudberg AS, Hua X, Wu S, Hackett ML, Tilney R, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for stroke recovery. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2021;2021(11). [consultat 02/06/2022]. Disponible a: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009286.pub4>
48. FOCUS Trial Collaboration. Effects of fluoxetine on functional outcomes after acute stroke (FOCUS): a pragmatic, double-blind, randomised, controlled trial. *Lancet.* 2019; 393(10168):265–74. [consultat 02/06/2022]. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6336936/>
49. Lundström E, Isaksson E, Näsman P, Wester P, Mårtensson B, Norrving B, et al. Safety and efficacy of fluoxetine on functional recovery after acute stroke (EFFECTS): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Neurol.* 2020;19(8):661–9. [consultat 02/06/2022]. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32702335/>
50. AFFINITY Trial Collaboration. Safety and efficacy of fluoxetine on functional outcome after acute stroke (AFFINITY): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Neurol.* 2020;19(8):651–60. [consultat 02/06/2022]. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32702334/>
51. Pautes per a l'harmonització del tractament farmacològic de la depressió major en adults. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Programa d'Harmonització Farmacoterapèutica de Medicaments en l'Àmbit de l'Atenció Primària i Comunitària del Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 01/2014). [consultat 08/08/2022]. Disponible a: https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/medicaments_farmacia/harmonitzacio/pautes/depressio-major/pauta_depressio_major_PHFAPC.pdf
52. Psaltopoulou T, Sergentanis TN, Panagiotakos DB, Sergentanis IN, Kosti R, Scarmeas N. Mediterranean diet, stroke, cognitive impairment, and depression: A meta-analysis. *Ann Neurol.* 2013;74(4):580–91. [consultat 07/06/2022]. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23720230/>

53. Prior PL, Suskin N. Exercise for stroke prevention. *Stroke Vasc Neurol*. 2018;3(2):59–68. [consultat 07/06/2022]. Disponible a:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30191075/>
54. Pla de Salut de Catalunya 2021-2025. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2022. [consultat 07/06/2022]. Disponible a:
<https://salutweb.gencat.cat/web/.content/ departament/pla-de-salut/pla-de-salut-2021-2025/pla-salut-catalunya-2021-2025.pdf>
55. Stroke Foundation. National Stroke Audit – Acute Services Report [Internet]. Melbourne (Australia); 2019. [consultat 02/06/2022]. Disponible a:
https://informme.org.au/media/0bzk42xf/2021_acute-services-national-report.pdf
56. Laures-Gore JS, Farina M, Moore E, Russell S. Stress and depression scales in aphasia: relation between the aphasia depression rating scale, stroke aphasia depression questionnaire-10, and the perceived stress scale. *Top Stroke Rehabil*. 2017;24(2):114–8. [consultat 08/06/2022]. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27348232/>
57. Benaim C, Cailly B, Perennou D, Pelissier J. Validation of the aphasic depression rating scale. *Stroke*. 2004;35(7):1692–6. [consultat 08/06/2022]. Disponible a:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15143288/>
58. Burton LJ, Tyson S. Screening for mood disorders after stroke: a systematic review of psychometric properties and clinical utility. *Psychol Med*. 2015;45(1):29–49. [consultat 08/06/2022]. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25066635/>
59. Berg A, Lönnqvist J, Palomäki H, Kaste M. Assessment of depression after stroke: a comparison of different screening instruments. *Stroke*. 2009;40(2):523–9. [consultat 09/06/2022]. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19074478/>
60. Williams MW, Li CY, Hay CC. Validation of the 10-item Center for Epidemiologic Studies Depression Scale Post Stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2020;29(12):105334. [consultat 08/06/2022]. Disponible a:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7686250/>
61. Meader N, Moe-Byrne T, Llewellyn A, Mitchell AJ. Screening for poststroke major depression: a meta-analysis of diagnostic validity studies. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2014;85(2):198–206. [consultat 08/06/2022]. Disponible a:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23385849/>
62. Quaranta D, Marra C, Gainotti G. Mood disorders after stroke: diagnostic validation of the poststroke depression rating scale. *Cerebrovasc Dis*. 2008;26(3):237–43. [consultat 08/06/2022]. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18648195/>
63. Todorov V, Dimitrova M, Todorova V, Mihaylova E. Assessment of Anxiety and Depressive Symptoms in the Early Post-stroke Period. *Folia Med (Plovdiv)*.

- 2020;62(4):695–702. [consultat 08/06/2022]. Disponible a:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33415913/>
64. de Man-van Ginkel JM, Hafsteinsdóttir T, Lindeman E, Burger H, Grobbee D, Schuurmans M. An efficient way to detect poststroke depression by subsequent administration of a 9-item and a 2-item Patient Health Questionnaire. *Stroke*. 2012;43(3):854–6. [consultat 08/06/2022]. Disponible a:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22156689/>
65. Turner A, Hambridge J, White J, Carter G, Clover K, Nelson L, et al. Depression screening in stroke: a comparison of alternative measures with the structured diagnostic interview for the diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (major depressive episode) as criterion standard. *Stroke*. 2012;43(4):1000–5. [consultat 08/06/2022]. Disponible a:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22363064/>
66. Williams LS, Brizendine EJ, Plue L, Bakas T, Tu W, Hendrie H, et al. Performance of the PHQ-9 as a Screening Tool for Depression After Stroke. *Stroke*. 2005;36(3):635–8. [consultat 08/06/2022]. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15677576/>
67. van Dijk MJ, de Man-van Ginkel JM, Hafsteinsdóttir TB, Schuurmans MJ. Psychometric evaluation of the Signs of Depression Scale with a revised scoring mechanism in stroke patients with communicative impairment. *Clin Rehabil*. 2017;31(12):1653–63. [consultat 08/06/2022]. Disponible a:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5697565/>

7. Annex 1. Principals eines disponibles per avaluar l'estat d'ànim

ESCALES	BIBLIOGRAFIA	AVANTATGES	INCONVENIENTS	SENSIBILITAT (%)	ESPECIFICITAT (%)
Aphasic Depression Rating Scale (ADRS)	Laures-Gore JS et al. Top Stroke Rehabil. 2017 (56) Benaim C, et al. Stroke. 2004 (57) Burton LJ. Psychol Med. 2015 (58)	Avaluada per professional sanitari o cuidador Avalua els símptomes externs de la depressió, com l'insomni, la pèrdua de pes, els signes externs d'ansietat i la fatiga Alta fiabilitat i alta sensibilitat i especificitat Pacient hospitalitzat	Ús en fase subaguda, poc adient en fase hiperaguda	83%	71%
Beck Depression Inventory Scale (BDI)	Berg A et al. Stroke. 2009 (59)	Autocompletada No necessita personal entrenat	Més sensible a la fase subaguda Fa referència a aspectes de les dues últimes setmanes, poc adient en fase hiperaguda Poden tenir dificultats per completar-la els pacients amb afàsia o dèficit cognitiu	80%	70-85%
Center of Epidemiologic Studies Depression Scale Post Stroke (CESD-10)	Williams MW et al. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2020 (60) Burton LJ. Psychol Med. 2015 (58) Meader N et al. J. of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry 2014 (61)	Sensibilitat i especificitat per identificar la depressió post ictus. Qualsevol síndrome depressiva Menys de 15 minuts en realitzar-la	Avalua amb quina freqüència el pacient ha tingut símptomes depressius en la darrera setmana	60-86%	76-100%

ESCALES	BIBLIOGRAFIA	AVANTATGES	INCONVENIENTS	SENSIBILITAT (%)	ESPECIFICITAT (%)
Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)	<p>Quaranta D et al. Cerebrovasc Dis. 2008 (62)</p> <p>Meader N et al. J. of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry 2014 (61)</p> <p>Todorov V et al. Period. Folia Med . 2020 (63)</p>	<p>Autocompletada pel pacient</p> <p>Avalua l'estat d'ànim, la culpa, la ideació suïcida, l'agitació i els símptomes somàtics</p> <p>Diagnòstic fiable</p> <p>Molt alta sensibilitat</p> <p>Especificitat satisfactòria</p>	<p>Menys efectiva en el diagnòstic de la sd. depressiva major (vs PDRS)</p> <p>Pot ser influenciada per dèficits cognitius habituals de l'ictus</p> <p>Fase subaguda, poc adient en fase hiperaguda</p> <p>Baixa sensibilitat per diagnosticar la gravetat de la depressió</p> <p>Requereix col·laboració per part del pacient, per tant, poden tenir dificultats per completar-la els pacients amb afàsia o dèficit cognitiu.</p>	84%	83%
Hamilton Anxiety Rating Scale	<p>Todorov V et al. Period. Folia Med. 2020 (63)</p>	Símptomes psíquics i somàtics			
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	<p>Todorov V et al. Period. Folia Med. 2020 (63)</p> <p>Burton L J. Psychol Med. 2015 (58)</p>	<p>Autocompletada pel pacient (2-6 minuts)</p> <p>Avalua depressió i ansietat</p> <p>S'utilitza a l'àmbit hospitalari</p> <p>Fàcil i ràpida</p> <p>Bona opció per cribatge inicial</p> <p>Centrada en símptomes psíquics de la depressió més que somàtics</p> <p>Importància significativa anhedonia</p>	<p>Fa referència a aspectes de l'última setmana, poc adient en fase hiperaguda</p> <p>Poden tenir dificultats per completar-la les persones amb afàsia o dèficit cognitiu.</p>	<p>Dep. Major 92%</p> <p>Sd. Depressiva 90%</p>	<p>Dep. Major 75%</p> <p>Sd. Depressiva 83%</p>

ESCALES	BIBLIOGRAFIA	AVANTATGES	INCONVENIENTS	SENSIBILITAT (%)	ESPECIFICITAT (%)
Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)	Todorov V et al. Period. Folia Med. 2020 (63)	Autocompletada pel pacient 10 ítems, ràpida d'utilitzar Mesura la gravetat de la depressió	Baixa sensibilitat per símptomes somàtics de depressió En pacients ja diagnosticats.		
PHQ-2	de Man-van Ginkel et al. 2012 (64) Turner et al. 2012 (65)	Autocompletada pel propi pacient Fàcil i ràpida de realitzar Utilitzen una escala de quatre punts per dos ítems preguntant sobre la presència de símptomes depressius les dues setmanes prèvies	Només inclou anhedonia i humor depressiu. No es pot utilitzar en pacients afàsics ni amb deteriorament cognitiu Fa referència a aspectes de les dues últimes setmanes, poc adient en fase hiperaguda	75-100	76-95
PHQ-9	Turner et al. 2012 (65) Williams et al. 2005 (66) de Man-van Ginkel et al. 2012 (64) - Meader N et al. J. of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry 2014 (61)	Autocompletada pel pacient Fàcil i ràpid de realitzar Utilitzen una escala de quatre punts per nou ítems sobre la presència de símptomes depressius les dues setmanes prèvies Inclou simptomatologia somàtica	Es recomana només utilitzar-la quan la PHQ-2 hagi sortit positiva per a més sensibilitat No es pot utilitzar en pacients afàsics ni amb deteriorament cognitiu Fa referència a aspectes de les dues últimes setmanes, poc adient en fase hiperaguda	69-100	78-89

ESCALES	BIBLIOGRAFIA	AVANTATGES	INCONVENIENTS	SENSIBILITAT (%)	ESPECIFICITAT (%)
Poststroke Depression Rating Scale (PDRS)	Quaranta D et al. Cerebrovasc Dis. 2008 (62)	Diagnòstic fiable Molt alta sensibilitat Especificitat satisfactòria Bona en afàsics, no influenciada per disfunció cognitiva Sensible en detectar lleu simptomatologia i molt específica pel que fa a la síndrome depressiva major	Poc adient en fase hiperaguda	92,3%	75%
Signs of Depression Scale (SODS)	Hammond M et al. Age Aeging, 2000 (27) van Dijk MJ et al. Clin Rehabil. 2017 (67) Burton LJ. Psychol Med. 2015 (58)	Avaluada pel sanitari o familiar (<5 minuts) Cribratge inicial de la depressió Útil en pacients amb deteriorament cognitiu.	Avaluació repetida de la depressió a causa de la naturalesa fluctuant dels estats d'ànim després de l'ictus, que pot limitar l'efecte de la poca especificitat.	64-86%	56-62%
SODS amb format de resposta Likert Scale	van Dijk MJ et al. Clin Rehabil. 2017 (67)	Avaluada pel sanitari o familiar (<5 minuts)	No millora el valor diagnòstic vs. SODS		
Stroke Aphasia Depression Questionnaire (SADQ-10)	Laures-Gore JS et al. Top Stroke Rehabil. 2017 (56) Burton LJ. Psychol Med. 2015 (58)	Avaluada per sanitari o cuidador (<5 minuts) Pregunta sobre la presència de conductes depressives		70-100%	69-78%
Visual Analogue Mood Scale (VAMS)	Berg A et al. Stroke. 2009 (59)		No satisfactori, poca sensibilitat i especificitat No es recomana en pacients amb afàsia i deteriorament cognitiu	20-60%	

8. Annex 2. Guia per a l'avaluació dels diferents ítems de l'escala SODS

És important aprofitar els moments de contacte directe amb el pacient per poder observar si existeixen signes que puguin donar indicis d'alteració de l'ànim.

Els tres primers ítems: 1. *La persona a vegades sembla trista, infeliç o deprimida?*, 2. *La persona a vegades plora o sembla plorosa?*, i 3. *La persona sembla agitada, inquieta o ansiosa?*, són fàcilment observables pel personal assistencial d'infermeria.

Per valorar l'ítem número 4: *La persona sembla ensopida o reticent a moure's?*, podem fixar-nos en l'actitud del pacient en el moment de les mobilitzacions. Per exemple: mostra interès per sedestar?, demana a l'equip assistencial canvis posturals?, col·labora durant la sessió de rehabilitació?, fa els exercicis proposats pels fisioterapeutes fora de les sessions?

Per valorar l'ítem número 5: *La persona necessita molt estímul per fer coses per ella mateixa?*, podem fixar-nos en l'actitud del pacient enfront de les activitats bàsiques de la vida diària: col·labora durant la higiene?, intenta menjar amb la mà no afectada encara que no sigui la mà dominant?, intenta corregir la incontinència?, mostra iniciativa per dur a terme activitats de manera autònoma dins de les seves possibilitats?

Per valorar l'ítem 6: *La persona sembla retreta i mostra poc interès en el seu entorn?*, ens podem fixar en com es comporta el pacient quan el personal entra a l'habitació: ens mira?, s'interessa i pregunta pel que li fem?, o la manera de contestar a les preguntes dels professionals, sigui en context o no de l'exploració neurològica. També es pot obtenir informació durant la visita de familiars/amics: com es relaciona amb els acompanyants?, de quina manera viu la visita?, s'interessa per la persona que ha vingut?, pregunta per la resta de familiars/amics? Es pot tenir en compte l'interès del pacient per utilitzar els seus dispositius habituals com els audiòfons o les ulleres i per reprendre activitats adaptades al moment: escoltar la ràdio o música, fer encreuats o sudokus, veure la televisió, etc.

Aquestes són només algunes idees per poder explorar l'evolució anímica del pacient durant l'estada hospitalària. L'observació haurà de ser individualitzada i adaptada a les capacitats i necessitats del pacient.

9. Annex 3. Criteris diagnòstics de depressió

El diagnòstic de la depressió es basa en l'entrevista i l'observació clínica obre els símptomes, de l'impacte sobre les funcions i la qualitat de vida, de la durada i de context en què apareixen.

Per al diagnòstic acurat de la depressió es disposa de criteris normalitzats, els més utilitzats són CIM-10 i DSM-IV-TR (Taules 1 i 2).

Taula 1. Criteris diagnòstics generals d'episodis depressius segons CIM-10

A. L'episodi depressiu ha de durar almenys dues setmanes.

B. L'episodi no és atribuïble a l'abús de substàncies psicoactives o a trastorn mental orgànic.

C. Síndrome somàtica: habitualment es considera que els símptomes "somàtics" tenen un significat clínic especial i en altres classificacions se'ls denomina melancòlics o endogenomorfes.

- Pèrdua important de l'interès o capacitat de gaudir d'activitats que normalment eren plaents.
 - Absència de reaccions emocionals davant esdeveniments que habitualment provoquen una resposta.
 - Despertar-se al matí 2 o més hores abans de l'hora habitual.
 - Empitjorament matutí de l'humor depressiu.
 - Presència d'alentiment motor o agitació.
 - Pèrdua marcada de la gana.
 - Pèrdua de pes d'almenys un 5% en el darrer mes.
 - Notable disminució de l'interès sexual.
-

Font: Pautes per a l'harmonització del tractament farmacològic de la depressió major en adults. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2014.

Taula 2. Criteris diagnòstics DSM-IV-TR

A. Presència ≥ 5 dels següents símptomes durant un període de 2 setmanes (canvi respecte a l'activitat prèvia).

Nota: cadascun dels símptomes considerats ha d'estar present gairebé diàriament.

- Estat d'ànim depressiu la major part del dia.
 - Disminució marcada de l'interès o la capacitat per gaudir d'activitats que normalment eren plaents.
 - Pèrdua/augment important de pes o de la gana.
 - Insomni/hipersòmnia.
 - Agitació o alentiment psicomotors.
 - Fatiga o pèrdua d'energia.
 - Sentiments d'inutilitat o culpa excessius o inapropiats.
 - Disminució de la capacitat per pensar o concentrar-se, o indecisió.
 - Pensaments recorrents de mort (no només por a la mort), ideació suïcida recurrent, temptativa de suïcidi, o un pla específic per a suïcidar-se.
-

B. Els símptomes no compleixen els criteris per a un episodi mixt.

C. Els símptomes provoquen malestar clínicament significatiu o deteriorament social, laboral o d'altres àrees importants de l'activitat de l'individu.

D. Els símptomes no són deguts als efectes fisiològics directes d'una substància (drogues, medicaments) o a una malaltia mèdica.

E. Els símptomes no s'expliquen millor per la presència de dol, persisteixen més de dos mesos, o es caracteritzen per una marcada incapacitat funcional, preocupacions mòrbides d'inutilitat, ideació suïcida, símptomes psicòtics o alentiment psicomotor

Font: Pautes per a l'harmonització del tractament farmacològic de la depressió major en adults. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2014.

