



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**TESIS *DOCTORAL***

**PREVALENCIA DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DE RIESGO EN  
PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ICTUS E INCLUIDOS EN UN  
PROGRAMA DE GESTIÓN DE CASOS EN EL MOMENTO DE SU  
ALTA HOSPITALARIA**

DOCTORANDA: MARÍA VICTORIA REQUENA TORO

DIRECTORA: DRA. D<sup>a</sup> MARÍA TERESA LABAJOS MANZANARES

CO-DIRECTORA: DRA. D<sup>a</sup> MARÍA ROSA IGLESIAS PARRA

MÁLAGA, OCTUBRE 2015





UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

AUTOR: María Victoria Requena Toro

 <http://orcid.org/0000-0002-5396-1708>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): [riuma.uma.es](http://riuma.uma.es)





UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

Facultad de Enfermería, Fisioterapia, Podología y Terapia Ocupacional

---

Dña. María Teresa Labajos Manzanares, Doctora en Medicina y Cirugía por la Universidad de Málaga y Catedrática de la Escuela Universitaria del Departamento de Psiquiatría Fisioterapia de la Universidad de Málaga.

CERTIFICA que el trabajo presentado como Tesis Doctoral por D<sup>a</sup> María Victoria Requena Toro, titulado **PREVALENCIA DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DE RIESGO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ICTUS E INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE CASOS EN EL MOMENTO DE SU ALTA HOSPITALARIA**, ha sido realizado bajo mi dirección y considero que reúne las condiciones apropiadas en cuanto a contenido y rigor científico para ser presentado a trámite de lectura.

Y para que conste donde convenga firmo el presente en Málaga a veintiocho de octubre de dos mil quince.

Fdo.: M<sup>a</sup> Teresa Labajos Manzanares





UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

Facultad de Enfermería, Fisioterapia, Podología y Terapia Ocupacional

---

Dña. M<sup>a</sup> Rosa Iglesias Parra, Dra. Por la Universidad de Málaga, Profesora del Departamento de Enfermería de la Universidad de Málaga.

CERTIFICA que el trabajo presentado como Tesis Doctoral por D<sup>a</sup> María Victoria Requena Toro, titulado **PREVALENCIA DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DE RIESGO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ICTUS E INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE CASOS EN EL MOMENTO DE SU ALTA HOSPITALARIA**, ha sido realizado bajo mi dirección y considero que reúne las condiciones apropiadas en cuanto a contenido y rigor científico para ser presentado a trámite de lectura.

Y para que conste donde convenga firmo el presente en Málaga a veintiocho de octubre de dos mil quince.

Fdo.: M<sup>a</sup> Rosa Iglesias Parra



A todas aquellas personas anónimas que con su proceder hacen cada día que mi trabajo merezca la pena.



# AGRADECIMIENTOS

A la Dra. M<sup>a</sup> Teresa Labajos Manzanares, por la dirección de esta tesis y por el ánimo que siempre me ha dado, apoyándome en todo momento y dedicándome con paciencia todo el tiempo que he necesitado.

A la Dra M<sup>a</sup> Rosa Iglesia Parra, mi otra directora de tesis, compañera y amiga que siempre ha estado ahí como un faro para que no me perdiese, sin tensar la cuerda pero sin soltarla hasta que hemos conseguido llegar a puerto.

Al Dr. Francisco Javier Barón López, por su ayuda incomparable en ese océano profundo de los números.

A mi compañera Esperanza Martín Salvador, que siempre ha estado dispuesta a colaborar con todo lo necesario, sin ahorrar en esfuerzo ni en horas de trabajo para permitirme llegar con éxito al final de esta empresa.

A todos mis compañeros de la planta de neurología del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, que siempre han colaborado conmigo en todo lo que he necesitado y de cuya excelente profesionalidad, de todos y de cada uno de ellos, tanto he aprendido.



A mis padres en el recuerdo, ellos siempre apoyaron y fomentaron mi inquietud por aprender.

A mi familia, a mi hijo Carlos que es el motor de mi vida.

A Gloria que me enseñó a ser enfermera. Su paciencia, su sabiduría y su buen hacer me marcaron el camino.

A Ana que siempre ha sido como la hermana que nunca tuve, (Benjamín Franklin decía que un hermano podrá no ser siempre un amigo, pero un amigo siempre será un hermano).

A Lourdes que sin su apoyo e ilusión constantes este barco no hubiera llegado a buen puerto.

A Gema que siempre ha creído con fe ciega en este proyecto y me ha dado la confianza necesaria para hacerlo realidad.

A MIS AMIGOS en general que me han apoyado en esta empresa dando lo mejor de cada uno.

“Mis amigos han hecho la historia de mi vida. De mil formas han convertido mis limitaciones en hermosos privilegios y me han permitido caminar serena y feliz”

Helen Keller.



# DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Tanto la doctoranda, como la Directora de la tesis, declaran no tener ningún conflicto, ni interés derivado con terceros como consecuencia del desarrollo de este estudio.



# ÍNDICE

<b>I MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>27</b>
<b>CAPÍTULO 1. SITUACIÓN SANITARIA ANTE EL CAMBIO DEMOGRÁFICO.....</b>	<b>27</b>
1.1 ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN.....	34
1.2 CRONICIDAD.....	50
1.3 GASTO SANITARIO.....	56
<b>CAPÍTULO2. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: ICTUS.....</b>	<b>65</b>
2.1 CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN DEL ICTUS .....	65
2.2 EPIDEMIOLOGÍA Y SITUACIÓN DEL ICTUS EN ESPAÑA.....	71
2.3 COSTES Y CARGA GLOBAL DE LA ENFERMEDAD.....	75
2.4 FACTORES DE RIESGO.....	79
2.5 EVOLUCIÓN DESPUÉS DEL ICTUS: DÉFICIT Y DISCAPACIDAD.....	83
<b>CAPÍTULO3. SEGURIDAD.....</b>	<b>91</b>
3.1 EVENTOS ADVERSOS.....	96
3.2 ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD.....	103
3.3 LA ENFERMERA: PIEZA CLAVE EN LA SEGURIDAD .....	113
<b>CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE CASOS .....</b>	<b>117</b>
4.1 GESTIÓN DE CASOS: DEFINICIÓN Y CONCEPTO.....	117
4.2 LA GESTIÓN DE CASOS EN ANDALUCÍA.....	123
4.3 ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA .....	129
<b>CAPÍTULO 5. LENGUAJE ENFERMERO.....</b>	<b>135</b>
5.1 TAXONOMÍA NANDA-NOC-NIC.....	136
5.2 TAXONOMÍA NOC .....	148
5.3 TAXONOMÍA NIC.....	154

<b>II MARCO EMPÍRICO.....</b>	<b>159</b>
<b>CAPÍTULO 6. JUSTIFICACION .....</b>	<b>159</b>
<b>CAPÍTULO 7. OBJETIVOS .....</b>	<b>165</b>
7.1 OBJETIVO GENERAL.....	165
7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....	165
<b>CAPÍTULO 8. MATERIAL Y MÉTODO.....</b>	<b>167</b>
8.1 DISEÑO.....	167
8.2 PROCEDIMIENTO .....	170
8.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	173
8.4 ESTUDIO ESTADÍSTICO.....	174
<b>9. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS .....</b>	<b>175</b>
<b>10. DISCUSIÓN.....</b>	<b>199</b>
<b>CAPÍTULO11. CONCLUSIONES .....</b>	<b>207</b>
<b>CAPÍTULO 12. LIMITACIONES.....</b>	<b>211</b>
<b>CAPÍTULO 13. PROSPECTIVA.....</b>	<b>213</b>
<b>14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>215</b>
<b>15. ANEXOS .....</b>	<b>251</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Esperanza de vida al nacer en 2012.....	28
Tabla 2. Causas de defunción según sexo 2013 .....	30
Tabla 3.el old-age-dependency ratio Europa .....	41
Tabla 4. Gasto Sanitario Público .....	56
Tabla 5.Hospitalizaciones por enfermedad cerebrovascular en el Sistema Público de Salud (diagnósticos al alta con códigos CIE 9-MC: 430-438).....	62
Tabla 6. Estudios epidemiológicos de eventos adversos a nivel mundial.....	98
Tabla 7. Resultados de estudio empírico sobre errores y EA en Hospitales .....	99
Tabla 8.EA más frecuentes relacionados con los cuidados en centros sociosanitarios y residencias .....	100
Tabla 9. Procesos más complejos .....	127
Tabla 10. Utilización de sondas .....	177
Tabla 11. Riesgo de caídas.....	180
Tabla 12. Utilización de dispositivos .....	182
Tabla 13- Deterioro del equilibrio.....	187
Tabla 14. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea .....	189
Tabla 15. Inmovilidad física .....	192

## INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1Pirámide de población de España .....	29
Gráfico 2 Causas de defunciones 2013.....	30
Gráfico 3. Personas con discapacidad .....	32
Gráfico 4. Incidencia y mortalidad en ACV.....	33
Gráfico 5. Pirámide de población mundial.....	35
Gráfico 6. Evolución estimada de la población Europea.....	36
Gráfico 7.Porccentaje de población mayor de 60 años.....	37
Gráfico 8. Pirámide población europea 2008-2060 .....	40
Gráfico 9. Pirámide población España 2014.....	43

Gráfico 10. Pirámide de población España-Andalucía .....	44
Gráfico 11. Pirámide población Andalucía.....	45
Gráfico 12. Pirámide Población de Malaga 2014.....	46
Gráfico 13. Gasto Sanitario Público consolidado según clasificación funcional. Estructura .....	57
Gráfico 14. Estancias medias hospitalarias .....	61
Gráfico 15. Tipos de EA en Hospitales.....	105
Gráfico 16. Tipos de EA en Atención Primaria.....	105
Gráfico 17. Características de la muestra.....	168
Gráfico 18. Edad de la muestra .....	168
Gráfico 19. Edad de las mujeres de la muestra .....	169
Gráfico 20. Edad de los hombres de la muestra .....	169
Gráfico 21. Sexo Riesgo de Aspiración .....	176
Gráfico 22. Edad mujeres Riesgo de Aspiración .....	176
Gráfico 23. Edad hombres Riesgo de Aspiración.....	176
Gráfico 24. Sexo SNG .....	177
Gráfico 25. Edada SNG Hombres .....	178
Gráfico 26. Edad SNG Mujeres .....	178
Gráfico 27. Sexo deterioro de la deglución .....	179
Gráfico 28. Edad deterioro de la deglución mujeres.....	179
Gráfico 29. Edad deterioro de la deglución hombres .....	179
Gráfico 30. Factores de riesgo de aspiración .....	180
Gráfico 31. Sexo riesgo de caídas .....	181
Gráfico 32. Edad riesgo de caídas mujeres.....	181
Gráfico 33. Edad riesgo de caídas hombres .....	181
Gráfico 34. Sexo utilización de dispositivo .....	182
Gráfico 35. Edad utilización dispositivos mujeres .....	183
Gráfico 36- edad utilización de dispositivos hombre .....	183
Gráfico 37. Utilización de dispositivos.....	184
Gráfico 38. Sexo silla de ruedas.....	184
Gráfico 39. Edad utilización silla de ruedas mujeres.....	185
Gráfico 40. Edad utilización silla de ruedas mujeres.....	185

Gráfico 41. Edad utilización andador mujeres .....	186
Gráfico 42. Edad utilización andador hobres .....	186
Gráfico 43. Sexo deterioro del equilibrio .....	187
Gráfico 44. Edad deterioro equilibrio mujeres.....	187
Gráfico 45. Edad deterioro equilibrio hombres .....	188
Gráfico 46. Factores riesgo de caídas.....	188
Gráfico 47. Sexo riesgo de deterioro de la integridad cutánea.....	189
Gráfico 48. Edad Riesgo de deterioro de la integridad cutánea mujeres .....	189
Gráfico 50. Humedad .....	190
Gráfico 49. Edad riesgo de deterioro de la integridad cutánea hombres.....	190
Gráfico 51. Sexo humedad .....	191
Gráfico 52. Edad humedad mujeres .....	191
Gráfico 53. Edad humedad hombres.....	191
Gráfico 54. Sexo inmovilidad física .....	192
Gráfico 55. Edad Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea mujeres .....	193
Gráfico 56. Edad Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea hombres.....	193
Gráfico 57. Sexo ambos factores de riesgo.....	194
Gráfico 58. Sexo Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea .....	194
Gráfico 59. Factores de riesgo: Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea .....	195
Gráfico 60. Riesgos manifestados .....	196
Gráfico 61. Niveles de riesgo .....	196
Gráfico 62. Riesgos.....	197
Gráfico 63. Riesgos.....	198

## INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Crecimiento de la población mayor de 60 años .....	38
Figura 2. Adaptación pirámide de Kaiser .....	127
Figura 3. Variables de Investigación.....	175



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

### **INTRODUCCIÓN:**

El envejecimiento de la población que está experimentando todo el planeta y con ello el aumento de la cronicidad y de la dependencia de las personas de más de 65 años, hace reflexionar a toda la comunidad internacional, desde las administraciones sanitarias a las económicas y políticas, con el fin de desarrollar iniciativas que disminuyan el creciente aumento de esta situación, potenciando el auto cuidado y el seguimiento de las patologías crónicas para evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida de estas personas .

Dentro de este contexto se encuentran las enfermedades circulatorias y, en concreto, las enfermedades cerebrovasculares como el ICTUS, que provocan numerosas situaciones de dependencia. Dentro de las iniciativas que existen para dar respuesta a las necesidades de estos pacientes complejos y para mejorar su calidad de vida y evitar complicaciones, están las Enfermeras de Práctica Avanzada como las Gestoras de Casos que, entre otras competencias, tienen la de velar por la seguridad del paciente.

Los pacientes que han sufrido un ICTUS con secuelas invalidantes son especialmente vulnerables ya que, en un instante, han pasado en muchos casos de tener una vida autónoma a depender de otra persona para poder satisfacer las necesidades de su vida diaria. Es por ello que ni el paciente ni su entorno familiar están preparados para afrontar la nueva situación de dependencia y realizar un manejo seguro del paciente en su domicilio. Es necesario conocer las situaciones de vulnerabilidad en el momento del traslado al domicilio donde serán atendidos por los cuidadores informales cuya situación de cuidador suele ser nueva y con escasos conocimientos de la enfermedad y de las situaciones adversas que pueden ocurrirle. De esta forma se les podrá adiestrar durante su ingreso en habilidades y conocimientos para que puedan satisfacer las necesidades del paciente en el entorno más seguro posible tras el alta hospitalaria.

Este trabajo pretende conocer las situaciones de riesgo que presentan los pacientes de ICTUS en el momento del alta a su domicilio desde el ámbito de la Gestión de Casos Hospitalaria.

En el Capítulo I se realiza una aproximación a la situación de envejecimiento de la población mundial, las causas que la están produciendo y de que forma está afectando a Europa, España y Andalucía. El aumento de la cronicidad y la atención a estos pacientes se ha convertido en un reto para todas las administraciones ya que provocan un consumo importante de recursos y entre ellos un importante gasto sanitario.

En el Capítulo II se aborda la descripción del Accidente Cerebrovascular: ICTUS, tanto desde el punto de vista epidemiológico y fisiológico como desde el punto de vista de la prevención, secuelas y carga global de la enfermedad.

En el Capítulo III se habla de la seguridad del paciente dentro de los entornos socio-sanitarios. En ellos cada vez son más complejos y sofisticados los tratamientos y las transiciones al domicilio más precoces, con el fin de dotar a los hospitales de mayor eficacia en la rotación de sus camas. Aunque esta situación también puede tener inconvenientes como los Eventos Adversos que pueden sufrir los pacientes tanto dentro como fuera del hospital.

En el Capítulo IV y V se desarrolla la evolución de la enfermera hacia la práctica avanzada y se define que es la Gestión de Casos y cuáles son sus competencias. Se hace especial hincapié en el desarrollo del Modelo Andaluz de Gestión de Casos donde está enmarcado este trabajo. Todo dentro del lenguaje enfermero donde se explica brevemente la taxonomía enfermera NANADA-NOC-NC.

La segunda Parte, el marco empírico, es donde se refleja el trabajo de investigación llevado a cabo.

En los Capítulos VI, VII y VIII se expone el planteamiento y la originalidad de nuestro proyecto de investigación, los objetivos de la misma, el diseño y procedimiento que se ha desarrollado para llevarla a cabo, la muestra, variables e instrumentos de medida que hemos utilizado, plasmando una justificación de los mismos. Se describe el estudio estadístico desarrollado y se abordan las consideraciones éticas llevadas a cabo para la realización del mismo.

En los Capítulos IX y X se describen y analizan los resultados obtenidos en la investigación y a continuación se realiza la discusión, teniendo en cuenta la evidencia disponible hasta ahora.

En el Capítulo XI se exponen las conclusiones de nuestro trabajo, en base a los resultados y objetivos.

En el Capítulo XII se exponen las limitaciones encontradas en nuestro trabajo

En el Capítulo XIII se realiza una prospectiva donde se especifican posibles líneas de investigación futura en relación con la nuestra, que representen un avance en la misma.

Finaliza con las referencias bibliográficas y anexos.



## I MARCO TEÓRICO

### CAPÍTULO 1. SITUACIÓN SANITARIA ANTE EL CAMBIO DEMOGRÁFICO.

Los avances tecnológicos y científicos de los últimos tiempos han originado un envejecimiento de la población a nivel mundial. Por primera vez en la historia de la humanidad se puede decir que la mayoría de las personas puede aspirar a vivir hasta los 60 años y más (Bongaarts, 2008). La mayor esperanza de vida, sumada a descensos importantes en las tasas de fecundidad, es la causa del rápido envejecimiento de las poblaciones de todo el mundo.

La población mundial está envejeciendo muy rápidamente. Entre 2000 y 2050 la proporción de los habitantes del mundo mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. Las mujeres viven por término medio entre 6 y 8 años más que los hombres.

El cambio demográfico será más rápido e intenso en los países de bajos y medianos ingresos. En Francia tuvieron que transcurrir 100 años para que el grupo de habitantes de 65 años o mayores se duplicara de un 7% a un 14%; sin embargo en países como Brasil o China esa duplicación ocurrirá en menos de 25 años. El número de personas de 80 y 90 años en el planeta será más numeroso que nunca. Según informes de la OMS, entre 2000 y 2050 la cantidad de personas de 80 años o más aumentará casi cuatro veces hasta alcanzar los 395 millones (OMS.2015).

Es un acontecimiento sin precedentes que la mayoría de las personas de edad madura e incluso mayores tengan unos padres vivos que, en muchas ocasiones, tienen que cuidar como está ocurriendo en nuestro entorno.

Este fenómeno epidemiológico es especialmente relevante en nuestro país. A 1 de enero de 2014 el número de personas mayores (65 y más años) era de 8.442.427, el 18,1% sobre el total de la población (46.771.341), según los datos del Padrón Continuo (INE, 2014); aumenta en mayor medida la proporción de octogenarios. El

sexo predominante en la vejez es el femenino: hay un 34% más de mujeres (4.828.972) que de hombres (3.613.455).

**Tabla 1. Esperanza de vida al nacer en 2012**

Esperanza de vida al nacer en hombres y mujeres en 2012 en los 10 países con mayores cifras					
Hombres			Mujeres		
Orden	País	Esperanza de vida	Orden	País	Esperanza de vida
1	Islandia	81,2	1	Japón	87,0
2	Suiza	80,7	2	España	85,1
3	Australia	80,5	3	Suiza	85,1
4	Israel	80,2	4	Singapur	85,1
5	Singapur	80,2	5	Italia	85,0
6	Nueva Zelanda	80,2	6	Francia	84,9
7	Italia	80,2	7	Australia	84,6
8	Japón	80,0	8	República de Corea	84,6
9	Suecia	80,0	9	Luxemburgo	84,1
10	Luxemburgo	79,7	10	Portugal	84,0

Fuente: Estadísticas Sanitarias Mundiales OMS. 20014

El ratio de apoyo familiar (o ratio de disponibilidad de cuidadores) es un indicador del potencial de cuidado. Relaciona el número de personas de 45-64 años (edades centrales en que se encuentran la mayoría de los cuidadores) y las personas de 80 y más años; a partir de esta edad más de la mitad de las personas tienen discapacidad, aunque no todas están en situación de dependencia, como tampoco todas las personas de 45-64 años están disponibles para un cuidado inmediato, ni son ellas las únicas que cuidan, ni son los octogenarios los únicos dependientes. Se le llama ratio de apoyo familiar pues hasta ahora la inmensa mayoría de los cuidadores son familia directa del dependiente. Este ratio de apoyo es un indicador bruto. Se construye utilizando la distribución por edades y las proyecciones de población.

Este ratio ha ido aumentando progresivamente en los últimos años y se estima que seguirá haciéndolo en el futuro, de manera que cada vez serán menores los recursos familiares disponibles para apoyar a una cifra tan alta de mayores.

Castilla y León, Galicia, Asturias, Aragón y País Vasco son las comunidades autónomas más envejecidas con proporciones de personas mayores que superan el 20%. Andalucía, Cataluña y Madrid son las comunidades con más población de edad. La esperanza de vida al nacer de las mujeres españolas se sitúa en los 85,6 años, entre las más altas de la Unión Europea; los hombres ya han alcanzado los 80,0 años. Los mayores suponen el 42,5% de todas las altas hospitalarias; no se han reducido en los años de la crisis, como ha sucedido con el resto de la población.

Más de la mitad de todas las estancias causadas en hospitales se debe a población de 65 y más años. Los hombres tienen tasas de morbilidad hospitalaria más altas que las mujeres

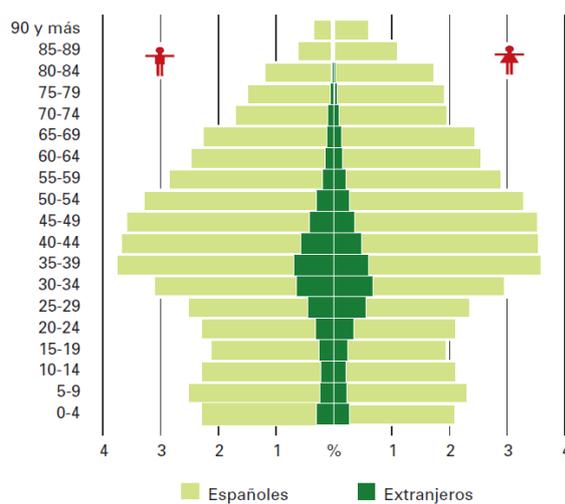
La consecuencia de este envejecimiento para la asistencia sanitaria es un importante incremento de determinadas patologías, entre ellas, la enfermedad vascular cerebral (Abellán et al., 2015).

La población residente en España se situaba en 46,5 millones de habitantes a 1 de enero de 2014. A lo largo de 2013 se redujo en 215.691 personas, un 0,5%, según las Cifras de Población. Continúa así el descenso poblacional iniciado en 2012. Si se mantuvieran las tendencias demográficas actuales, España perdería un millón de habitantes en los próximos 15 años y 5,6 millones en los próximos 50 años, según las Proyecciones de la Población.

El porcentaje de población mayor de 64 años, que actualmente se sitúa en el 18,1% pasaría a ser el 24,9% en 2029 y del 38,7% en 2064 (INE 2015).

### Gráfico 1 Pirámide de población de España

Pirámide de población de España. A 1 de enero 2014



A medida que aumenta la esperanza de vida también lo hacen el número de las enfermedades crónicas con sus consecuencias económicas, sociales y políticas.

Según la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria en 2013 se produjeron 4,6 millones de altas hospitalarias, un 0,1%

más que el año anterior. Las altas atendidas en hospitales de dependencia pública disminuyeron un 0,3% respecto a 2012, mientras que en los privados aumentaron un 1,0%. La principal causa de hospitalización de las altas son las enfermedades circulatorias (13,3% del total), seguida de enfermedades del aparato digestivo (12,2%) y del aparato respiratorio. (10,9%). La estancia media por alta hospitalaria es de 6,64 días y la edad media de los pacientes dados de alta se sitúa en 54,7

### Gráfico 2 Causas de defunciones 2013

#### Defunciones según las principales causas de muerte. 2013

	Total	Mujeres %	Variación interanual % Total
<b>Todas las causas</b>	<b>390.419</b>	<b>48,8</b>	<b>-3,1</b>
Enfermedades isquémicas del corazón <sup>1</sup>	33.413	41,9	-3,9
Enfermedades cerebrovasculares	27.850	58,4	-5,7
Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	21.689	19,0	0,8
Insuficiencia cardíaca	16.888	63,7	-8,5
Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil	16.323	67,3	-0,4
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto asma)	14.434	22,5	-9,8
Enfermedad de Alzheimer	12.775	69,9	-1,8

Fuente : INE. España en cifras 2015

(INE.2015).

Como se aprecian en los datos anteriores, las enfermedades cerebrovasculares como el ICTUS han cobrado gran relevancia en los últimos años, siendo la primera causa de mortalidad en las mujeres y la tercera en los hombres.

### Tabla 2. Causas de defunción según sexo 2013

#### Principales causas de defunción según sexo. 2013

<b>Mujeres</b>		<b>Hombres</b>	
Causas	%	Causas	%
Enfermedades cerebrovasculares	8,5	Enfermedades isquémicas del corazón	9,7
Enfermedades isquémicas del corazón	7,4	Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	8,8
Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil	5,8	Enfermedades cerebrovasculares	5,8
Insuficiencia cardíaca	5,6	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto asma)	5,6
Enfermedad de Alzheimer	4,7	Tumor maligno de colon	3,5

Fuente : INE. España en cifras 2015

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la incidencia promedio mundial de ICTUS es aproximadamente 200 casos por 100.000 habitantes al año, aunque existen marcadas diferencias entre los distintos países. La incidencia de ICTUS aumenta de forma progresiva cada diez años de vida a partir de los 55 años, ocurriendo más de la mitad de los casos en pacientes mayores de 75 años. (OMS 2007).

La OMS define el Accidente Vascular Cerebral como la “aparición rápida de signos clínicos de una alteración focal (a veces global) del funcionamiento cerebral, que dura más de 24 horas o que produce la muerte sin más causa aparente que su origen vascular”. En esta definición es importante resaltar que se excluye a los accidentes isquémicos transitorios ya que la duración de los déficits es inferior a las 24 horas.

Barroso y Balmaseda (2002) consideran que los déficits presentes en un ACV también se pueden clasificar como cognitivos, emocionales y conductuales. Dentro de los cognitivos están la desorientación, disminución de la atención, mnésicos, trastornos del lenguaje, alteraciones de las funciones ejecutivas, alteraciones visoconstructivas y visoperceptivas, apraxias, agnosias, deterioro intelectual, etc. Otro grupo lo constituyen los déficits o alteraciones emocionales; los más comunes suelen ser, depresión, ansiedad, apatía, desmotivación, labilidad emocional, o alteraciones de la personalidad (Barroso et al .2002).

Con estos datos se puede observar que las limitaciones físicas o psíquicas son variables y muy numerosas. En líneas generales se puede afirmar que, tras el primer evento vascular agudo, un gran número de los pacientes precisan ayuda para cualquier actividad. El conjunto de trastornos que presente una persona que sufre un ICTUS afectará por lo tanto a la realización de sus actividades cotidianas, dando como resultado un deficit en la ejecución de las actividades de la vida diaria del paciente disminuyendo su calidad de vida así como la de sus familiares (Ávila, 2014).

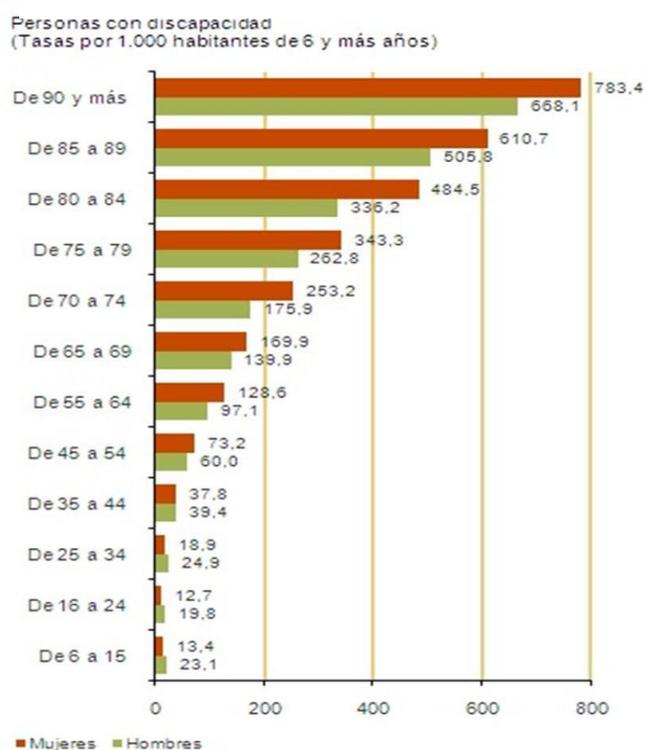
En España, según la Encuesta Europea de Salud 2014, más 300.000 habitantes han presentado alguna limitación en su capacidad funcional por haber sufrido un ICTUS (INE, 2014).

Estas limitaciones afectan a la función motora y suelen acompañarse de déficit sensoriales y cognitivos, alteraciones de la visión, del lenguaje e inestabilidad del humor como secuelas más frecuentes tras un episodio de AVC (Kell-Hayes M, 1998)

La recuperación de estos pacientes es lenta y no se consigue siempre. Cuando estas limitaciones e incapacidades no permiten la autonomía del individuo, implica la presencia de otra persona que preste estos cuidados. Este papel de cuidador informal lo desempeña, en la mayoría de los casos, un familiar que mayoritariamente es del sexo femenino (Jofré Aravena & Sanhueza Alvarado, 2010).

Esta enfermedad tiene una magnitud social importante y es necesario continuar desarrollando estudios centrados en la identificación de los factores de riesgo, en la mejora de los programas de prevención y tratamiento, potenciando la recuperación funcional y la reinserción familiar, y social. Es también muy importante tener en cuenta el impacto de la enfermedad y sus secuelas, tanto en la capacidad funcional como en el estilo de vida del individuo, la manera en la que éste percibe y valora su situación para poder abordar de forma interdisciplinar todas sus necesidades tanto en Atención primaria como desde el Hospital (Ana et al., 2007).

**Gráfico 3. Personas con discapacidad**



FUENTE: Encuesta de discapacidad. Autonomía personal y situaciones de dependencia 2008.INE

El ICTUS es responsable de una gran atención por parte de los servicios sanitarios, lo cual implica elevados costes económicos.

Los ICTUS consumen el 5% del presupuesto nacional de salud: un 2,4% debido a gasto sanitario total y el 2,6% a la pérdida de producción por mortalidad (SAS, 2012)

Sin duda, los accidentes cerebrovasculares son la causa

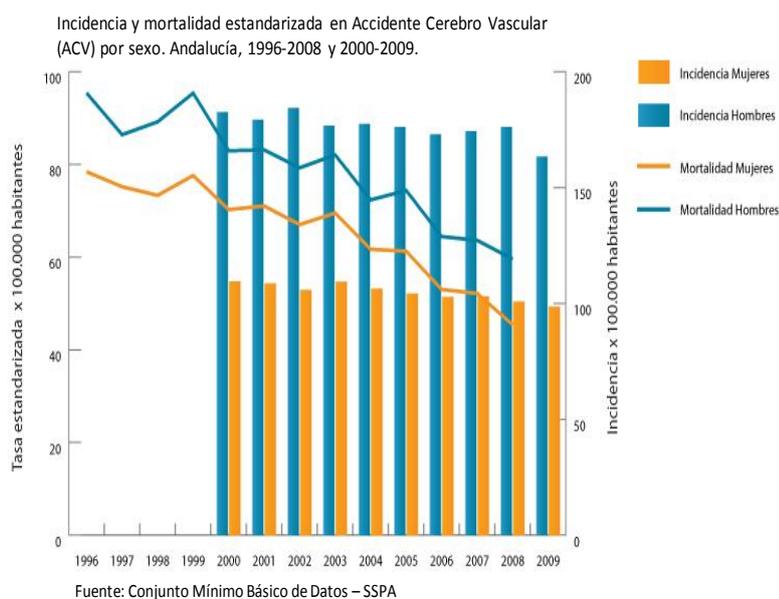
más común de incapacidad neurológica en la población adulta.

En nuestro país, según un informe del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) la situación a 31 de Diciembre de 2014 con respecto a las solicitudes de dependencia a nivel nacional era de 1.594.692 personas de las cuales 376.169 pertenecían a Andalucía.

Desde al año 2012, inclusive, se han producido un total de 385.375 nuevas incorporaciones de personas beneficiarias con prestación. En cuanto al perfil por edad de los beneficiarios, el 74,92 % tienen más de 65 años. En concreto un 20,73 % tienen una edad comprendida entre los 65 y 79 años, mientras que un 54,19 % tienen 80 o más años (IMSERSO 2014).

En España se produce un nuevo caso de ICTUS cada seis minutos y una muerte por este motivo cada 14 minutos. En Andalucía, los centros coordinadores de urgencias reciben más de 15.000 peticiones de atención por accidente cerebrovascular cada año; de ellos, en torno a un 10%, son casos que requieren la intervención de los equipos de emergencias. Este sistema de alerta es fundamental para aplicar el tratamiento y cuidados adecuados a estos pacientes que pueden tener importantes secuelas físicas y cognitivas si no se actúa a tiempo (SAS 2013).

#### Gráfico 4. Incidencia y mortalidad en ACV



Según datos del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología (GEECV-SEN), cada año se diagnostican casi 120.000 nuevos casos de ACV en España. Un tercio de los pacientes fallece por esta causa y más de 400.000 personas sufren una discapacidad que les impide valerse por sí mismos.

Estos datos van a aumentar en los próximos años, y se espera que “para 2025 más de 1.200.000 personas habrán sufrido un accidente cerebrovascular, de los cuales más de 500.000 tendrán una discapacidad” (SEN 2015).

En Andalucía, los ICTUS constituyen una de las causas más frecuentes de ingreso en los Servicios de Neurología de los hospitales en relación con su etiopatogenia, el 20% corresponden a procesos hemorrágicos y el 80%, a etiología isquémica (trombosis y embolismo). Según el conjunto mínimo de datos de Andalucía, la incidencia de Accidente Cerebrovascular (ACV) en Andalucía tanto en hombres como en mujeres se mantiene en valores muy similares durante la última década. En hombres la incidencia se sitúa para el año 2009 en 163,4 por 100.000 siendo en mujeres de 98,6 por 100.000, algo inferior a los valores de años anteriores.

Por el contrario, la tasa de mortalidad por ACV ha experimentado un notable descenso, de casi la mitad de su valor, durante el mismo periodo, tanto en hombres como en mujeres, atribuible a una mejor atención sanitaria a este proceso. En el año 2000 la tasa de mortalidad por ACV era de 83 por 100.000 en hombres y de 70,3 por 100.000 en mujeres, descendiendo en el año 2008 a 59,6 por 100.000 y a 45,4 por 100.000 respectivamente (SAS. 2012).

### 1.1 ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

En los últimos años estamos sufriendo una serie de cambios socio demográficos y de morbilidad similares al del resto de países occidentales que repercute directamente sobre su salud y, como consecuencia, sobre sus necesidades y patrones de uso de los servicios sanitarios (Abellán et al, 2015).

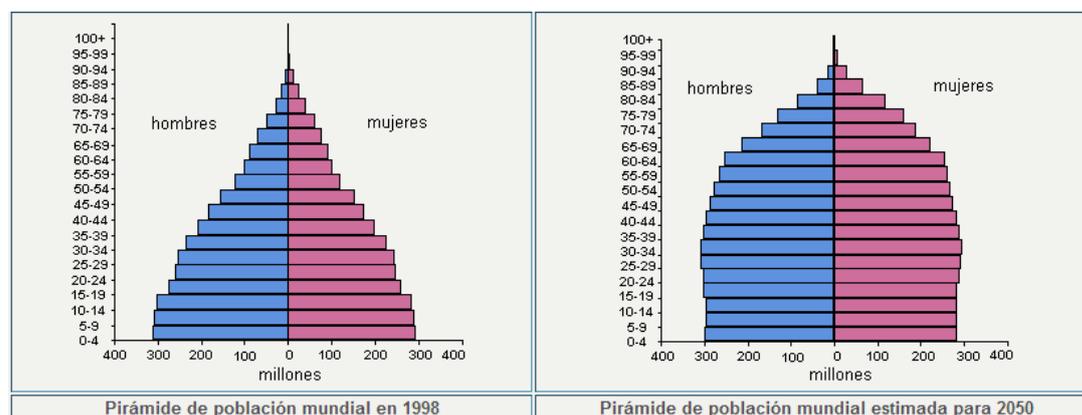
Entre los cambios producidos se pueden destacar: el envejecimiento poblacional, la cronificación de enfermedades, el aumento de las personas con discapacidades, los cambios en la estructura familiar, y la incorporación de la mujer al mundo laboral. Además, la búsqueda de una mayor eficiencia de los cuidados y de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos acompañada de una alta presión

asistencial y financiera se traduce en un aumento de los ingresos junto con una reducción de la estancia media y de las camas hospitalarias (EASP 2012).

En la mayoría de los países desarrollados se están produciendo en las últimas décadas, de forma simultánea, dos cambios demográficos claves: por un lado, un descenso en las tasas de natalidad y, por otro, un aumento en la esperanza de vida al nacer. La consecuencia irremediable de ambos fenómenos es el envejecimiento global de su población. Dicho fenómeno puede objetivarse en la siguiente pirámide de población.

Después de los 60 años, la discapacidad y la muerte sobrevienen en gran parte debido a las pérdidas de audición, visión y movilidad relacionadas con la edad y a las enfermedades no transmisibles, que incluyen las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer y la demencia. No se trata de problemas solo de los países ricos. De hecho, la carga asociada con muchas de estas afecciones en las personas mayores es mucho mayor en los países de ingresos bajos y medianos (OMS 2015).

**Gráfico 5. Pirámide de población mundial**



FUENTE: Datos de las Naciones Unidas, División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales

La tasa de natalidad ha disminuido desde 1994 en cifras globales, de unos 4,5 hijos por mujer a unos 3 hijos por mujer a principios de los años 1970. En 2014, la fertilidad del mundo se sitúa en cifras globales en torno a 2,5 hijos por mujer (OMS, 2013).

La población mundial avanza hacia el envejecimiento como se aprecia en las anteriores pirámides de población estimada para 2050; se observa la disminución de los grupos más jóvenes de la población en su parte inferior, sobre todo entre los menores de 15 años, y el aumento de la población en edades laborales y de los adultos mayores. Es también evidente que, debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres, su número y peso relativo en las edades avanzadas será mayor. (United Nations 2014).

Esta transformación, ha provocado un progresivo aumento del tamaño de la población mundial y, simultáneamente, su envejecimiento.

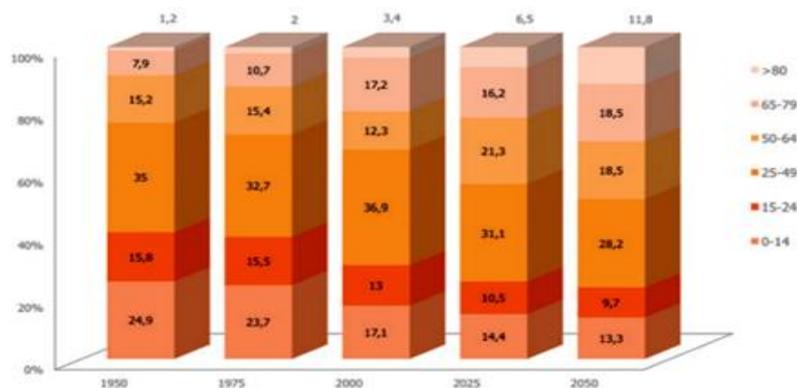
Según proyecciones de las instituciones especializadas, se espera que los niveles de natalidad y mortalidad continúen disminuyendo en la primera mitad del siglo en curso. La primera disminuirá hasta alcanzar 13.7 ‰ en 2050, mientras que la mortalidad se espera que alcance sus menores niveles alrededor del 9 ‰ en el año 2015. A partir de ese momento se prevé que aumente hasta alcanzar 10.49 ‰ en 2050, en estrecha relación con el incremento de la población de edades avanzadas. (Chamie, 2004).

Según indica un informe de Naciones Unidas, la población mundial alcanzó 7.200 millones en 2014, y se espera que para 2050 haya aumentado más de 2.000 millones.

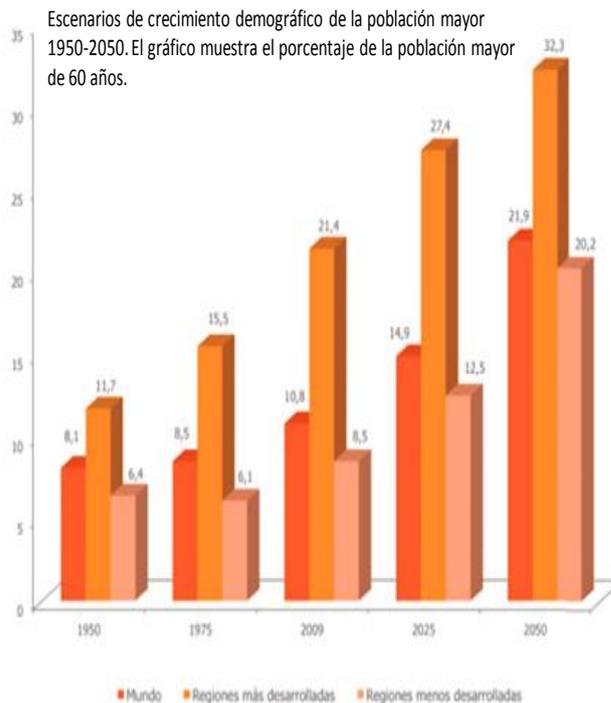
La mayor parte del crecimiento de la población se producirá en las regiones menos desarrolladas. Existe una diversidad considerable en la trayectoria prevista en los cambios que afectarán a la población entre los distintos países que obedece, en principio, a diferencias en los niveles y las tendencias de la fertilidad. La población de África y de Asia aumentará en gran medida en las próximas décadas.

### Gráfico 6. Evolución estimada de la población Europea

Evolución de los grupos de población estimados en la UE 1950-2050



Fuente: Eurostat 2004

**Gráfico 7. Porcentaje de población mayor de 60 años**

Fuente: Informes de Naciones Unidas. 2009

Por otra parte, se espera que varios países como los europeos experimenten un descenso de población debido a la persistencia de índices de fertilidad por debajo de la tasa de reemplazo. (United Nations 2015).

En el contexto europeo las cifras del envejecimiento se estiman según la proyección realizada por el Eurostat en el 2004 para los 25 países miembros de la Unión Europea, donde se dividen en

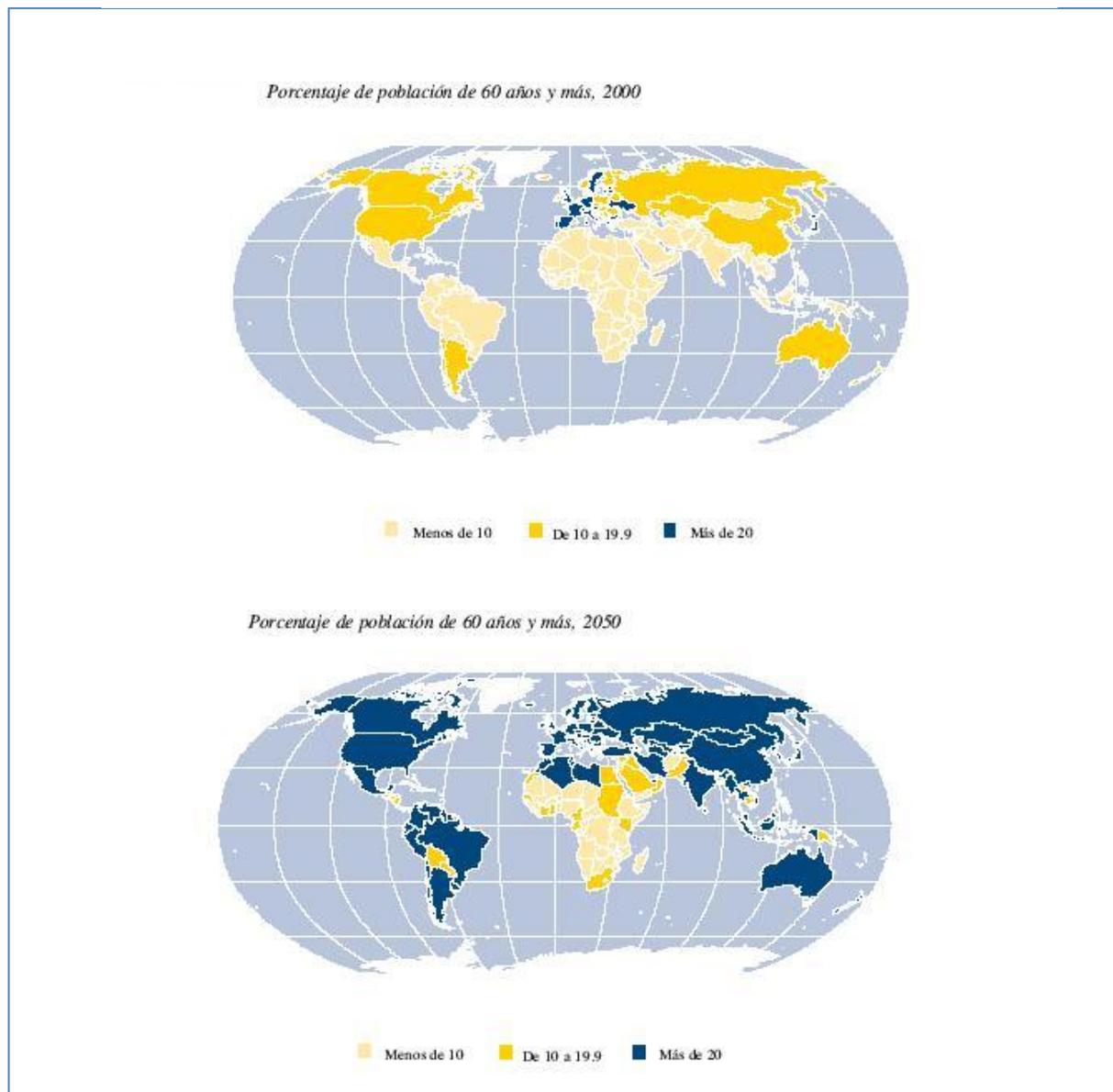
los diferentes grupos de población de distintas edades, cubriendo un periodo de tiempo de 100 años desde 1950 hasta 2050. En esta prospectiva se aprecia un aumento en la estructura de la población que representan los grupos de edad más avanzada de 65 a 79 años y de 80 años en adelante. De tal forma que del aproximadamente 10% que representaba este grupo de población en 1950 pasa hasta casi el 30% previsible para el 2050. (Barrera, et al., 2010).

El factor clave que más ha influenciado en el proceso de envejecimiento de la población es el aumento de la esperanza de vida en personas de edad avanzada. Según el informe de Naciones Unidas sobre el envejecimiento de la población mundial en el 2009 se llega a la conclusión de que actualmente la población de personas mayores de 60 años es de 737 millones (10,8% de la población), de los cuales casi dos tercios viven en países en desarrollo (54% en Asia y 21% en Europa). Se estima que esta franja de población alcanzará los 2.000 millones en 2050 (21,9%), superando en número a la población infantil (población de 0 a 14 años). Pero, además, la franja de población de mayor edad (personas de más de 80 años) supone ya un 14% de la población mayor, teniendo previsiones de crecimiento por encima del 20% para el 2050. También se espera un crecimiento,

incluso más acelerado, de las personas centenarias, aumentando su número unas nueve veces; esto es, de 454.000 en 2009 a 4,1 millones en 2050. (Parapar, et al 2010).

Habrà cerca de dos mil millones de adultos mayores en 2050. Actualmente los paìses desarrollados tienen las poblaciones más envejecidas, pero en unas cuantas décadas muchos paìses en desarrollo alcanzarán esos niveles de envejecimiento. Todos los paìses, en menor o mayor medida, enfrentarán un proceso de envejecimiento en los años venideros como se observa al comparar los siguientes mapas. (OMSa, 2014).

**Figura 1. Crecimiento de la población mayor de 60 años.**



Fuente: United Nations. World Population Prospects: The 2002 revision.

Ante el dilema del envejecimiento de la población se nos presenta el reto de cual es la mejor forma de afrontar las consecuencias de vivir una vida más larga.

El envejecimiento significa en las personas un proceso biológico que se produce en cada organismo humano que paulatinamente conduce a pérdidas funcionales y a la muerte.

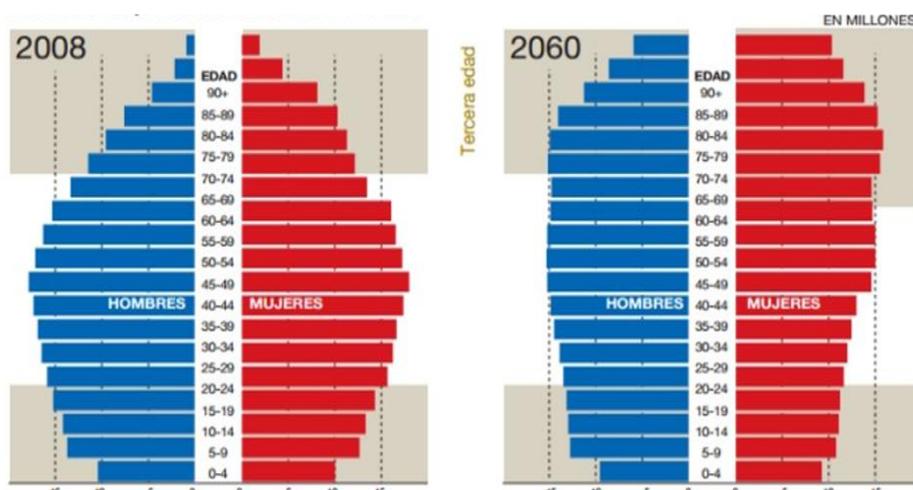
En el sentido demográfico este envejecimiento es provocado por dos factores fundamentales: el primero la desaceleración del crecimiento del grupo de menor edad, lo que significa el descenso de la tasa de fertilidad y natalidad, y el segundo factor es el aceleramiento del crecimiento de las personas de mayor edad que es la consecuencia de la disminución de la mortalidad.

En Europa existe una alta densidad de población por su rápido crecimiento durante el siglo XX, pasando de 400 millones a 800 millones hasta la década de los años 80 en que se paró este crecimiento hasta hacerse prácticamente nulo.

Este envejecimiento de la población es un gran motivo de preocupación ya que más de uno de cada tres europeos tiene entre 25 y 45 años. Además la esperanza de vida es muy elevada, sobrepasando en todos los países europeos los 70 años de edad, lo que, previsiblemente, signifique que el envejecimiento será cada año mayor.

Con la tasa actual de crecimiento de un 0.4%, la Unión Europea necesitaría 150 años para duplicar su población. En algunos países europeos el crecimiento demográfico ha aumentado por inmigración.

Se estima que para el año 2050 el número de europeos descenderá un poco, de 457 millones a 454 millones. La población activa de 15 a 64 años bajará en 48 millones lo que supone un 16% para el 2050, mientras que la población con más de 65 años aumentará en 58 millones, un 77%. (Eurostat 2011 Population projections.).

**Gráfico 8. Pirámide población europea 2008-2060**

Fuente EUROSTAT [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product\\_details/metadata?product\\_code=DEMOREG\\_ESMS](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/metadata?product_code=DEMOREG_ESMS)

Las causas del envejecimiento en la población europea se deben a la disminución de la fertilidad que baja drásticamente en los últimos años. En el año 2010 la tasa de fertilidad de la Unión Europea oscila en torno a 1.51 lo que se considera insuficiente ya que el número óptimo para mantener constante el nivel de la población es de 2.1.

La fertilidad ha disminuido por varias razones: el aumento de los costos sociales y económicos vinculados al nacimiento de los hijos, la emigración de las zonas rurales a las ciudades y una sociedad más avanzada que ofrece a las mujeres muchas más alternativas de trabajo y poder de decisión con respecto al número de hijos que desea tener. Nuestra sociedad ofrece a las mujeres un amplio abanico de posibilidades distintas a la de vivir en familia y criar de sus hijos, ya no está confinada en el ámbito de lo privado, los problemas de conciliación entre la vida laboral y familiar hace que las mujeres retrasen la maternidad y disminuyan el número de hijos. (Ortega & Marín, 2015).

El indicador que facilita la expresión del problema del envejecimiento de la población es el old-age-dependency ratio. Este indicador demográfico, expresa la relación existente entre la población en edad no productiva de 65 años o más y la población de la que dependen individuos menores de 65 años.

En las estadísticas internacionales se suele simplificar la definición de ambas poblaciones en términos de edad. Cada vez habrá menos trabajadores pagando impuestos y cada vez aumentará más la demanda de ayuda estatal (Zaidi, 2012).

Tabla 3. el old-age-dependency ratio Europa

## Predicción del desarrollo de Old-age-dependency ratio en la UE25

Año	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
EU25(%)	24.9	26.3	28.9	32.1	35.7	40.3	44.8	48.5	51.0	52.8

Fuente: Eurostat: Sustainable Development Indicators, Ageing society: Old-age-dependency ratio.  
[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?\\_pageid=1996,45323734&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&screen=welcomeref&open=/&product=sdi\\_as&depth=2](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,45323734&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=welcomeref&open=/&product=sdi_as&depth=2)

En España, el fenómeno del envejecimiento se encuentra especialmente acelerado, como consecuencia de una mayor longevidad ya que en menos de 30 años se ha duplicado el número de personas mayores de 65 años. Este proceso se ve acentuado por la baja tasa de natalidad que se viene registrando desde hace algunas décadas. Esta reducción se registra en España desde mediados de los años 70. En 1975, la cantidad promedio de hijos era de casi 3 por mujer en edad fértil, mientras que actualmente apenas es de 1,2.

España sigue su proceso de envejecimiento. A 1 de noviembre 2011 había 8.116.347 personas mayores (65 y más años), el 17,3% sobre el total de la población (46.815.916), según los Censos de Población y Viviendas 2011. Sigue creciendo en mayor medida la proporción de octogenarios; ahora representan el 5,2% de toda la población. La generación del baby-boom, nacida entre 1958-1977 se encuentra ahora en plena edad laboral. Entre esas fechas nacieron casi 14 millones de niños, 4,5 millones más que en los 20 años siguientes y 2,5 más que en los 20 años anteriores. La generación del baby-boom llegará a la jubilación en torno al año 2024. La presión sobre los sistemas de protección social aumentará. El sexo predominante en la vejez es el femenino. Hay un 34% más de mujeres (4.646.092) que de varones (3.470.259), (Abellán et al., 2013).

Esta situación está generalizada en Europa. Todos los países se encuentran por debajo del nivel de reemplazo establecido en 2,1 hijos por mujer, aunque ha habido diferentes velocidades y calendarios. España se encuentra por debajo de 1,4 hijos por mujer, junto a países como Alemania, Grecia, Hungría, Italia o Polonia, aunque ha iniciado un repunte siguiendo el camino de Francia, Reino Unido o Suecia, países

que muestran una tasa superior. El aumento de nacimientos se inició en los últimos años del siglo XX.

Si el crecimiento de esta población continúa de la misma forma, se estima que en el 2050 habrá 12 millones de personas mayores de 65 años en España, lo que supondrá aproximadamente el 30% de la población (IMSERSO 2011).

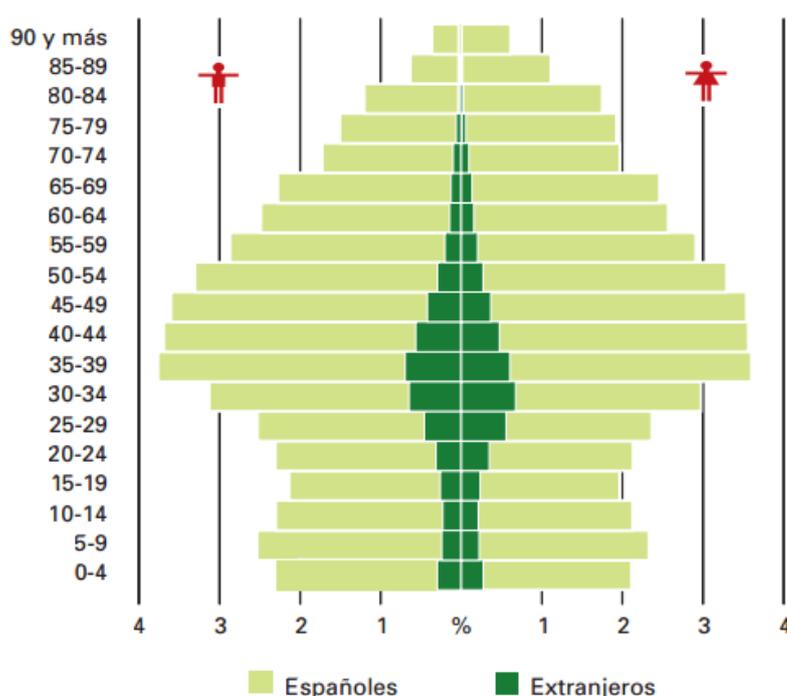
Sin duda el envejecimiento de la población tiene que ver con dos aspectos bien diferenciados; por un lado, los avances en Medicina que han permitido tratar mejor los procesos agudos ya sea de origen vascular o infeccioso y hacer que muchas enfermedades que hasta ahora tenían un desenlace fatal, como el cáncer, se transformen en procesos crónicos permitiendo una calidad de vida adecuada para el individuo. Pero por otro lado, y no menos importante, los avances económicos que han permitido una importante mejora social (Reino & Seijo, 2008).

Otro dato a tener en cuenta es que desde hace varios decenios, pero acentuándose en los últimos años, España ha visto surgir una tendencia migratoria nueva: el retiro de jubilados europeos hacia sus costas. Zonas litorales del Mediterráneo y de las Islas Canarias han recibido miles de extranjeros jubilados gracias a su confort climático, coste de vida más bajo y disponibilidad de infraestructuras. En 2009, había en España 5,5 millones de extranjeros. De ellos, 280.000 eran personas mayores. Las personas mayores extranjeras procedentes de la Unión Europea se concentran en un 90% en cinco comunidades autónomas: Comunidad Valenciana, Andalucía, Canarias, Cataluña, Baleares, agrupándose un 64% en las dos primeras (Comunidad Valenciana 41,5% y 22,5% Andalucía). El 51% de los mayores extranjeros son británicos que suelen residir en provincias costeras mediterráneas Alicante, Málaga, Baleares y Canarias. El segundo grupo más numeroso de extranjeros mayores lo representan los alemanes, con un 29%, seguido de los franceses. La principal consecuencia del modelo de concentración de esta población en lugares de la costa es la creación de espacios demográficos municipales sobre-envejecidos. Existe una preocupación sobre el impacto que esta demanda puede tener sobre servicios sanitarios (IMSERSO 2011).

Además de producirse el fenómeno de envejecimiento de una forma generalizada en la sociedad europea, en determinados países, como es el caso español, se produce de una forma más acentuada. Por lo tanto el hecho de abordar los retos de una población en proceso de envejecimiento se planteará en algunas sociedades antes que en otras (United Nations, 2009)

**Gráfico 9. Pirámide población España 2014**

**Pirámide de población de España. A 1 de enero 2014**



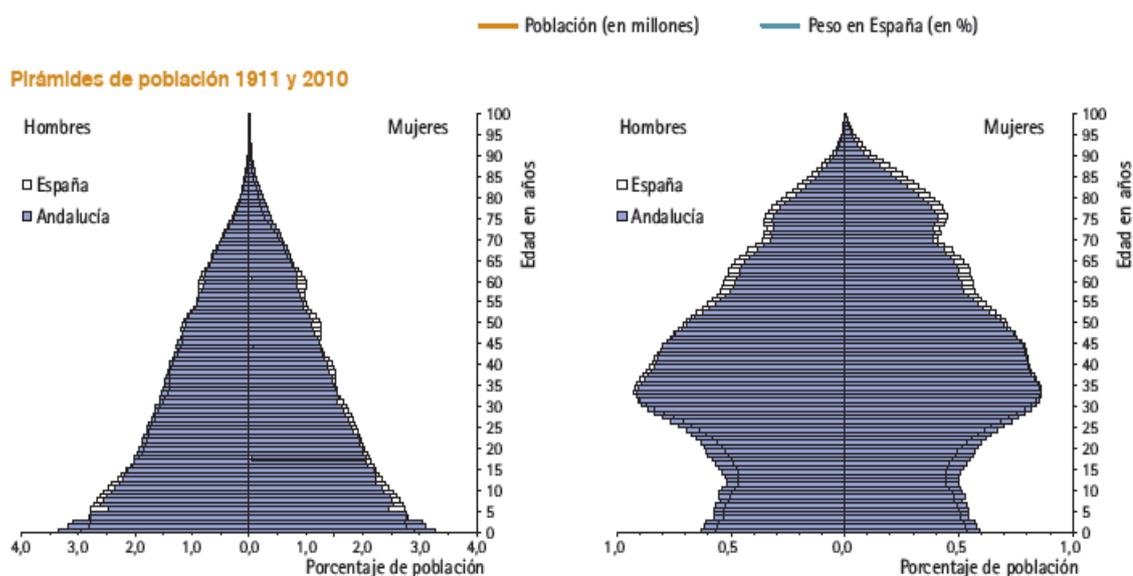
Fuente: INE. España en cifras 2015

Con respecto a Andalucía, en 1975 la población andaluza era de 6.133.416 habitantes. Treinta y ocho años después esa cifra se eleva a 8.421.274 habitantes. Un crecimiento de más de dos millones de personas que hace que, hoy en día, asistamos al máximo histórico de población de la región. Desde 1996, el incremento demográfico anual ha sido siempre positivo.

Andalucía es la región más poblada de España, representando el 17,8% de su población. Mayor población y, también distinta en su composición: hay menos niños y jóvenes, más población madura y envejecida, aunque todavía con un cierto diferencial respecto a la situación a escala nacional.

Andalucía cuenta con más habitantes que algunos países europeos, como Austria, Bulgaria, Dinamarca o Irlanda; es sólo ligeramente inferior a otros países como Portugal, Bélgica o Suecia.

**Gráfico 10. Pirámide de población España-Andalucía**



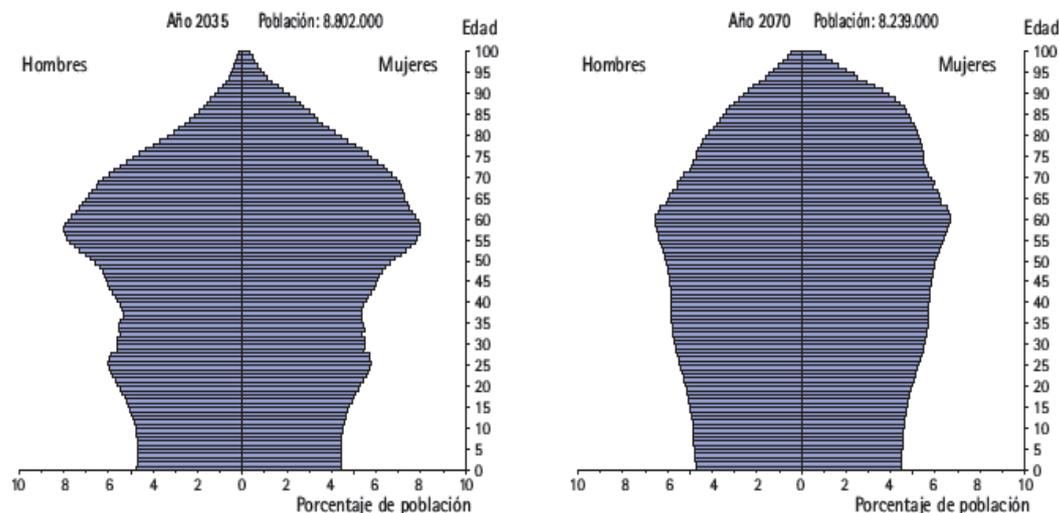
Fuentes: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Instituto Nacional de Estadística. *Padrón municipal de habitantes y Censo de población.*

En todos los escenarios considerados, la población andaluza seguirá creciendo en el corto plazo, si bien se espera una significativa moderación del ritmo de crecimiento. El escenario más bajo calcula una población de 8.389.000 habitantes para el año 2020. En el caso de mayor crecimiento esperado, la cifra de población alcanzaría los 8.676.000 habitantes en la misma fecha.

El número de mayores de 65 años crece de forma importante en todos esos escenarios gracias a las mejoras de la esperanza de vida y la llegada a esas edades de generaciones muy numerosas (Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía 2013).

### Gráfico 11. Pirámide población Andalucía

Pirámides de población 2035 y 2070. Escenario medio



Fuente: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. *Proyección de población de Andalucía 2009-2070*.

En consecuencia, la previsión a medio y largo plazo es de un aumento importante de ancianos mayores de 80 años susceptibles en mayor medida de sufrir la pérdida o reducción de su autonomía personal.

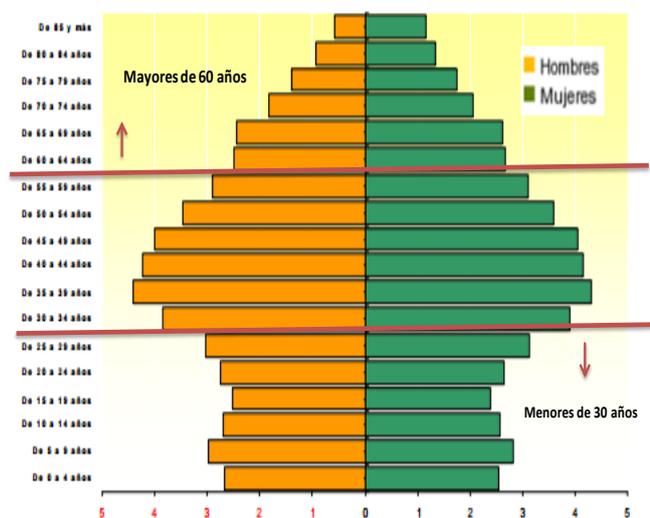
Actualmente el cuidado de los ancianos está asegurado sobre todo por los miembros de su familia, mayoritariamente por mujeres, aunque no convivan con ellos. En el futuro, la capacidad de cuidado de la familia irá reduciéndose debido a la disminución de su tamaño, al incremento de la actividad laboral femenina y al distanciamiento de los domicilios. El problema de la dependencia pesará de forma creciente sobre el gasto público (Arroyo 2011).

Con respecto al crecimiento de Andalucía en relación a las demás Comunidades Autónomas, se ha concluido que en el año 2013 y en cifras absolutas Andalucía aportaba más de un tercio del crecimiento vegetativo del total nacional (nacimientos-defunciones).

La dinámica de la población andaluza ha tenido un comportamiento heterogéneo durante los últimos 10 años. Ha crecido la población especialmente en los municipios del litoral y las capitales de provincia, junto con sus áreas metropolitanas. Sin embargo, se ha producido un proceso migratorio norte-sur con

despoblamiento y envejecimiento de municipios de zonas de sierra situadas al norte de las provincias andaluzas (Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, 2013)

**Gráfico 12. Pirámide Población de Málaga 2014**



Fuente: IECA.Explotación del Padrón municipal de habitantes del Instituto Nacional de Estadística

La esperanza de vida al nacer en 2014 en la provincia de Málaga era de 79,5 años para los hombres y 84,1 años para las mujeres y el índice de dependencia era del 48,82%. (Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía 2014).

Con estos datos se puede concluir que existirá un gran número de población anciana que esté afectada por una

situación de dependencia, es decir, que necesite ayuda para desempeñar las tareas habituales y necesarias de su vida cotidiana. Según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia, se considera que en España existen cerca de 4 millones de personas con discapacidad o con limitaciones que pueden llegar a causar discapacidades, de las cuales un millón y medio se encuentra en alguna situación de dependencia, y se cree que esta cifra de dependientes alcanzará los 2,3 millones en el año 2020 (INEa, 2008).

Con estos datos, las políticas sanitarias deben asumir nuevos retos en los cuidados de larga duración. Un aspecto estratégico a potenciar para paliar los costes derivados del envejecimiento de la población, reside en promover mejoras en la salud y el estado funcional de las personas en la última etapa de su vida mediante la instauración de medidas preventivas.

Respecto a las provisiones de las políticas públicas, las sociedades en proceso de envejecimiento tendrán que facilitar el suministro de mecanismos, tanto formales como informales de cuidados, para así responder a las necesidades de cuidados de larga duración de los más mayores. Para ello es esencial que las políticas públicas

sigan asegurando la provisión de cuidados informales, y estas sigan desempeñando un papel importante en el futuro. Es por ello que los sistemas públicos necesitan incentivar a los miembros individuales de las familias para que cuiden de sus familiares ancianos. También es muy importante la coordinación entre todos los agentes implicados en la provisión de cuidados asumibles a largo plazo (Casado Marin 2006).

Esta situación de envejecimiento de la población y junto a ello el aumento de las personas con enfermedades crónicas y dependientes, ha movilizado a los elementos políticos de los distintos países y entre ellos a la Unión Europea a llevar a cabo nuevas estrategias (Zaidi, 2012).

Desde el Consejo de Europa, se han propuesto diversas iniciativas y recomendaciones con el objeto de mejorar la situación de las personas dependientes y la de sus cuidadores. El Consejo de Europa constituyó a mediados de la década de los noventa un grupo de expertos que trabajó durante dos años en la elaboración de un texto de consenso que pudiese ser asumido desde la mayoría de los países miembros de este organismo internacional. El resultado de ese trabajo fue la aprobación, en septiembre de 1998, por el Comité de Ministros del Consejo de Europa, de una recomendación relativa a la dependencia.

En dicha Recomendación el Consejo de Europa define la dependencia como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”, o, de manera más precisa, como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal” (Gómez-Jarabo & Peñalver González, 2007).

De hecho, el desarrollo de las políticas protectoras sobre la discapacidad ha sido muy intenso en algunos países desde la posguerra y en la mayoría de los países de la Unión Europea, incluyendo España, desde comienzos de los años ochenta.

Sin embargo, el proceso acelerado de envejecimiento de nuestra población está dando una dimensión nueva al problema, tanto cuantitativa como cualitativamente,

al coincidir con cambios profundos en la estructura social de la familia y de la población cuidadora.

La dependencia puede entenderse, por tanto, como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad o accidente. Este déficit comporta una limitación en la actividad. Cuando esta limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca una restricción en la participación que se concreta en la dependencia de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana.

La evidencia empírica disponible muestra que existe una estrecha relación entre dependencia y edad, pues el porcentaje de individuos con limitaciones en su capacidad funcional aumenta conforme consideramos grupos de población de mayor edad.

Todo ello hace de la dependencia una carga que es a la vez social y familiar, y al mismo tiempo abre un nuevo campo de intervención social que pone a prueba la capacidad de la sociedad y de sus instituciones para adaptarse a las nuevas realidades de fragilidad social.

Las personas dependientes requieren una intervención continuada, aunque no necesariamente permanente, basada en el apoyo y los cuidados.

La dependencia se asocia al envejecimiento, pero afecta también a personas que han sufrido accidentes, enfermedades de distinto tipo, malformaciones congénitas, etc. Todas ellas son susceptibles de recibir cuidados sanitarios y sociales hasta ahora no suficientemente desarrollados.

El incremento de personas con dependencia ya sea por soportar limitaciones en su capacidad funcional en aquellas poblacionales de mayor edad o por el hecho de padecer enfermedades crónicas invalidantes, ha evidenciado la necesidad de desarrollar un Sistema de Atención a la Dependencia que cubra los aspectos de cuidado social y los relacionados con la cobertura de las necesidades sanitarias que las personas con dependencia puedan presentar.

Las personas dependientes pueden requerir prestaciones sociales y/o sanitarias (de atención clínica y de cuidados sanitarios) que deben estar coordinadas en todo momento para dar una adecuada respuesta sociosanitaria. (IMSERSO, 2004)

El envejecimiento de la población mundial en los países desarrollados y en desarrollo es un indicador de la mejora de la salud en el mundo. Esto es algo positivo ya que las personas mayores realizan una importante contribución a la sociedad, ya sea en el seno de sus familias, realizando labores de carácter voluntario o participando de forma activa en la fuerza de trabajo. La experiencia que han adquirido a lo largo de su vida los convierte en un recurso social fundamental. Sin embargo, estas ventajas van acompañadas de desafíos sanitarios especiales para el siglo XXI. Es importante preparar a los proveedores de atención sanitaria y a las sociedades para que puedan atender las necesidades específicas de las personas de edad. Esto incluye proporcionar formación a los profesionales sanitarios sobre la atención de salud de las personas de edad; prevenir y tratar las enfermedades crónicas asociadas a la edad; elaborar políticas sostenibles sobre la atención paliativa de larga duración; y diseñar servicios y entornos adaptados a las personas de edad. (OMS, 2011).

El aumento de la demanda sanitaria y la limitación de los recursos, son la causa de un replanteamiento de la asistencia sanitaria, más acorde con la realidad socioeconómica de finales del siglo XX.

Todos estos cambios se traducen en un significativo aumento de personas que presentan importantes y complejas necesidades de cuidados en el domicilio familiar, muchas de las cuales aparecen derivadas del alta hospitalaria, que tienden cada vez a ser más precoces con el fin a hacer un sistema sanitario más sostenible.

## 1.2 CRONICIDAD

La atención a los pacientes crónicos constituye uno de los principales retos para la mayoría de los sistemas de salud. En Europa existe una gran preocupación por implantar buenas estrategias para su abordaje, problema que deriva de la situación existente ante el progresivo envejecimiento de la población.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) viene alertando desde hace más de una década y haciendo recomendaciones a los países para que instauren estrategias para el abordaje de las enfermedades no transmisibles. El informe de la directora de la OMS publicado en marzo de 2000 ya estimaba que en 1998 solamente las enfermedades no transmisibles contribuyeron a casi el 60% (31,7 millones) de las defunciones mundiales y al 43% de la carga mundial de morbilidad. Sobre la base de las tendencias actuales se prevé que, para 2020, estas enfermedades serán la causa del 73% de la mortalidad y del 60% de la carga de morbilidad (OMS, 2000).

Este envejecimiento está produciendo un aumento importante en las enfermedades crónicas, dolencias prolongadas en el tiempo y que no tienen cura, lo que resulta una carga para los sistemas sanitarios.

En un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital, publicado, en 2005, ya se avisaba del problema de las enfermedades crónicas y señalaba que un esfuerzo mundial de prevención de las enfermedades crónicas permitiría salvar la vida a 36 millones de personas de aquí a 2015.

Según este informe, las muertes provocadas por enfermedades crónicas representaban el 57% del total de fallecimientos al año. El informe estima que unos 17 millones de personas morirían cada año como resultado de la "epidemia mundial" de enfermedades crónicas.

Las enfermedades crónicas que causan mayor mortalidad son las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes (OMS, 2005).

La mortalidad por enfermedades crónicas supone el doble del número de defunciones correspondientes al conjunto de todas las enfermedades infecciosas incluidos el VIH/Sida, la tuberculosis y la malaria (OMS, 2014).

España se encuentra entre los cuatro países de la Unión Europea, después de Francia, Austria e Irlanda, con menor mortalidad por enfermedades cerebrovasculares. La tasa de mortalidad es un 65% inferior a la media de la Unión Europea. Ha disminuido también la mortalidad por cáncer, por enfermedad isquémica del corazón, y por diabetes mellitus.

En Andalucía también se ha observado un descenso progresivo de la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares. Este descenso en la mortalidad provoca un aumento en el número de pacientes crónicos (Alfaro et al., 2008).

España, Italia y Japón, son los países más envejecidos a nivel mundial. Una de las consecuencias inmediatas de este fenómeno es el rápido aumento de pacientes con múltiples enfermedades crónicas. En España la Encuesta Nacional de Salud de 2006 mostró una media de 2,8 problemas entre los individuos de entre 65-74 años y de 3,2 en aquellas personas mayores de 75 años (INEb, 2006). Las personas con múltiples enfermedades crónicas representan más del 50% de la población. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009)

Las tasas de enfermedades crónicas han aumentado en todos los países. En 2002, el 60% de los 56 millones de muertes en todo el mundo se debieron en parte a las enfermedades crónicas. Casi tres cuartas partes de las muertes relacionadas con enfermedades crónicas en el mundo ese año se produjo en los países en desarrollo (OMS, 2005).

A nivel mundial, los problemas principales de la enfermedad crónica son: enfermedades cardiovasculares (incluyendo accidentes cerebrovasculares), el cáncer, la enfermedad pulmonar crónica (incluyendo el asma) y la diabetes (OMS, 2011)

El aumento de la esperanza de vida y el auge de las enfermedades crónicas está trayendo consigo el rápido incremento del número de personas con varias enfermedades crónicas. El 15% de aquéllos que padecen 3 ó más problemas de salud contabiliza el 30% de días de hospitalización. Además los costes en los pacientes con más de una enfermedad crónica se multiplican por 6 respecto a los

que sólo presentan una. De esta manera está surgiendo un nuevo fenómeno: las Enfermedades Crónicas Complejas. De entre todos los pacientes con enfermedades crónicas algunas personas son consideradas grandes consumidores de servicios sanitarios. El 10% de pacientes consume 55% de días de hospitalización, y un 5% de pacientes ingresados puede llegar a consumir el 40% de días de hospitalización. Entre este grupo de grandes consumidores de recursos se encuentran los enfermos con múltiples problemas crónicos.

El término Enfermedad Crónica Compleja hace referencia a pacientes que viven con dos o más enfermedades crónicas y que requieren la atención de diferentes proveedores en distintos ámbitos asistenciales. Por tanto el concepto de Enfermedad Crónica Compleja es muy similar al concepto que se utiliza en España de Pacientes Pluripatológicos con el que se identifica a los pacientes con una especial fragilidad clínica (Manuel et al., 2011).

En España existe una gran preocupación por abordar de la mejor manera posible el problema de la cronicidad. Se han publicado numerosos estudios, como el de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de 2003, que muestra los resultados de un estudio de la revisión de intervenciones en atención primaria para mejorar el control de las enfermedades crónicas. (De Sancho et al, 2003). Tras el análisis de diferentes modelos y estrategias de atención a crónicos, una de las conclusiones que propone para mejorar la calidad y efectividad de las intervenciones en las enfermedades crónicas, es combinar dentro de las mismas estrategias organizativas de diseño asistencial y de autocontrol de la enfermedad por los propios pacientes para conseguir buenos resultados clínicos. Plantean en dicho estudio que es preciso adoptar una visión sistémica con pacientes y sistema sanitario proactivos para poder mejorar la calidad asistencial y la efectividad de las intervenciones en las enfermedades crónicas. Sugiere la necesidad de hacer a los pacientes protagonistas activos en el manejo de su enfermedad.

La situación actual en nuestro país ha cambiado en las últimas décadas. España es uno de los países más envejecidos y por tanto tiene un incremento importante de personas con problemas de salud crónicos. Además, distintos estudios muestran la importancia que tiene la plurimorbilidad o la concurrencia de diferentes problemas de salud crónicos en el consumo de recursos (Bodenheimer et al., 2009).

Esta situación de envejecimiento natural de la población y el aumento de las enfermedades crónicas en los últimos años están obligando a que los sistemas sanitarios adapten sus recursos y los reorienten para ofrecer una atención integral a estos pacientes.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía tiene una orientación, desde hace años, hacia los pacientes con enfermedades crónicas. Esto se refleja, tanto en la cartera de servicio de Atención Primaria, como en la puesta en marcha de herramientas orientadas a facilitar la accesibilidad, la continuidad asistencial y el automanejo de la propia situación de salud. También ha dado respuesta a las nuevas necesidades de la ciudadanía, impulsando el desarrollo de nuevas competencias profesionales y favoreciendo nuevos espacios asistenciales más cercanos y accesibles, que favorezcan el que cada paciente con enfermedad crónica y sus cuidadores, se sientan únicos (Alguacil et al. 2012a).

Para ello en Andalucía, como respuesta a la necesidad de identificación y atención a estos pacientes, se ha desarrollado en el año 2002 el Proceso Asistencial Integrado (PAI). Atención al Paciente Pluripatológico, por parte de un grupo de trabajo de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía que consiguió identificar y caracterizar clínicamente a este grupo de pacientes con múltiples enfermedades crónicas y una especial fragilidad clínica (Ollero 2002.). La definición de Paciente Pluripatológico trata de identificar a pacientes con dos o más enfermedades crónicas que no tienen cura, que generan deterioro progresivo y pérdida gradual de la autonomía, y con riesgo de sufrir distintas patologías interrelacionadas, ocasionando todo ello importantes repercusiones sociales y económicas.

También se ha puesto en marcha en 2012 el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016 (Alguacil Herrero et al., 2012) que nace para afrontar esta nueva situación del aumento de la cronicidad y complejidad de sus ciudadanos, adaptando la visión multidimensional que aportan los Modelos de Gestión de Enfermedades Crónicas al escenario planteado en el Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público Andaluz. Dentro de la perspectiva multidimensional se identifican seis líneas estratégicas:

- Prevención y promoción de Salud.
- Autonomía y co-responsabilidad del paciente.
- Modelo de atención integral e integrada.
- Gestión poblacional.
- Orientación a resultados.
- Gestión del conocimiento.

Estas seis líneas estratégicas interaccionan con la comunidad y el paciente como expresión de la ciudadanía, con los profesionales, y con el espacio compartido en donde el ciudadano tiene la percepción del continuo asistencial. Se han definido cinco escenarios para estas seis líneas estratégicas.

- La Comunidad.
- El Paciente.
- Los Profesionales.
- Las Tecnologías de la Información y Comunicación.
- Espacio compartido

La atención a personas con problemas crónicos constituye uno de los retos más importantes que tienen que afrontar el sistema de salud ahora y en los próximos años. (Bodenheimer et al 2009) También la incorporación reciente de un sistema de protección universal para personas en situación de dependencia introduce un elemento nuevo en nuestro país, ( Ministerio de Sanidad y Política Social. 2008) por lo que el abordaje de estos pacientes debe ser diferente, multidisciplinar y holístico.

La atención a pacientes crónicos provoca la mayor parte de consultas en los equipos de atención primaria pero también es el grupo de personas que genera la mayor proporción de ingresos urgentes o no programados en los hospitales. Además, un 5% de los pacientes ocasionan casi la mitad de consumo de hospitalización urgente (Rosen & Ham, 2008).

Se cuenta con una Ley estatal de protección a la dependencia, pero no se ha generalizado un modelo de atención compartida entre el ámbito sanitario y social (BOE-A-2006-21990).

Se han desarrollado potentes sistemas de información dentro de las organizaciones aunque aún no está suficientemente garantizada la interoperabilidad entre éstas, ni se garantiza la trazabilidad de los pacientes más vulnerables en los tránsitos por el sistema que éstos llevan a cabo, especialmente en el acceso al internamiento ni en el proceso de planificación al alta.

En el análisis del sistema sanitario observamos que existen ingredientes pero sin tener bien definido un modelo. Para construirlo es necesario integrar, en un marco conceptual adecuado, muchas de las iniciativas ya desarrolladas: sistemas de información, guías de práctica clínica informatizadas, competencias enfermeras avanzadas en la atención al paciente crónico, la Gestión de Casos (Contel. et al., 2012).

La fragilidad es un concepto todavía hoy difícil de definir y delimitar. Los criterios que hacen que una persona se considere que está en situación de fragilidad son muy dispares y aún hay grandes diferencias conceptuales entre profesionales dentro del ámbito de la salud. Tampoco se sabe aún con toda certeza cómo la fragilidad afecta la evolución del estado de salud. Tradicionalmente se han establecido algunos criterios que definen esta situación de fragilidad como sería la definición clásica de Salgado en función de los siguientes elementos: edad > 80 años, vivir solo, viudedad reciente, cambio de domicilio reciente, afectación crónica que condiciona una incapacidad funcional permanente (AVC con secuelas, infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca reciente, EPOC, enfermedad osteoarticular degenerativa, caídas de repetición, déficit auditivo o visual, enfermedad terminal grave por neoplasia o demencia avanzada), polifarmacia, ingreso hospitalario en los últimos 12 meses, incapacidad para la realización de actividades de la vida diaria, deterioro cognitivo, situación económica precaria (Martín et al. 2010).

### 1.3 GASTO SANITARIO

El gasto público español en atención sanitaria está principalmente compuesto por atención hospitalaria y servicios de especialista (54%), productos farmacéuticos (21%). y servicios de atención primaria (15%) (López Casanovas & Mosterín Høpping, 2008).

**Tabla 4. Gasto Sanitario Público**

*Gasto sanitario público consolidado. Millones de euros, porcentaje sobre PIB y euros por habitante. España, 2009-2013*

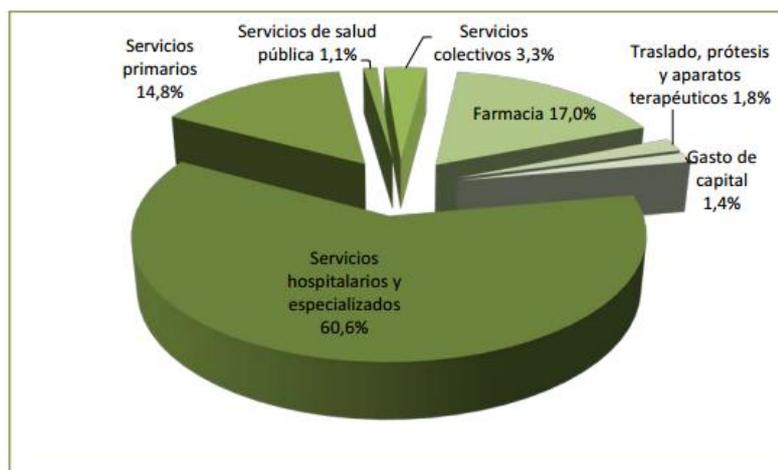
	2009	2010	2011	2012	2013
Millones de euros	70.579	69.417	68.050	64.153	61.710
Porcentaje sobre PIB	6,5%	6,4%	6,3%	6,1%	5,9%
Euros por habitante	1.510	1.475	1.442	1.357	1.309

Fuente: Ministerio de Sanidad. Estadística de gasto sanitario público 2013

Según datos del Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, el gasto sanitario público en el año 2013 en España supuso 61.710 millones de euros, lo que representa el 5,9 por ciento del producto interior bruto (PIB). El gasto per cápita ascendió a 1.309 euros por habitante.

La función que mayor peso tiene en el ámbito de la asistencia sanitaria pública es la de los servicios hospitalarios y especializados, que representaron un 60,6 por ciento del gasto total consolidado en el año 2013. Para el conjunto de comunidades autónomas, en 2013 el 60,6 % del gasto sanitario correspondía a asistencia hospitalaria y especializada, el 22,4% a farmacia y el 14,1% a atención primaria.

**Gráfico 13. Gasto Sanitario Público consolidado según clasificación funcional. Estructura**



Además, cabe destacar el gasto en farmacia, con un 17% por ciento, y los servicios primarios de salud, con un 14,8 % (Ministerio de Sanidad 2013).

En los últimos años el gasto de atención primaria ha perdido peso con relación a la especializada (Simó, 2012).

Las enfermedades crónicas pueden ocasionar hasta el 80% de las consultas a atención primaria, el 60% de los ingresos hospitalarios y el 70% del gasto sanitario. Las estimaciones indican que para el 2030 se doblará el número de individuos mayores de 65 años con enfermedades crónicas.

El envejecimiento de la población trae consigo el aumento de las enfermedades crónicas con la aparición de múltiples enfermedades en un mismo paciente y el aumento de la discapacidad.

Las ECV engloban tanto a las enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio, como la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular como el ICTUS. Un Informe de la OMS que quiere prevenir las enfermedades crónicas ha estimado que

Fuente: Estadística de gasto sanitario público 2013 Ministerio de Sanidad

el 60% de las muertes mundiales en 2005, al menos en países desarrollados, eran ya debidas a enfermedades crónicas.

Además, la OMS cifra en 650 millones, un 10% de la población, las personas que sobreviven con discapacidades. Más preocupante es el hecho de estimar que para 2020 estas enfermedades crónicas serán la principal causa de discapacidad y que en 2030 se doblará la incidencia actual de enfermedades crónicas en los mayores de 65 años (Jadad, et al. 2013).

Las encuestas nacionales de salud evidencian que la mitad de la población tiene un problema crónico de salud y de esta la mitad tiene dos o más. El número de enfermedades crónicas aumenta rápidamente en cuanto se incrementa la edad (Cofiño, et al 2012).

Algunos de estos pacientes con enfermedades crónicas son grandes consumidores de los servicios sanitarios. El 5% de la población consume el 50% de los recursos. A nivel hospitalario un 5% de pacientes ingresados puede llegar a consumir el 40% de días de hospitalización. Los hospitales de agudos se están convirtiendo en hospitales de pacientes crónicos con eventos agudos y especialmente de pacientes con múltiples enfermedades crónicas. Los pacientes Pluripatológicos representan el 74,95% de los ingresos de pacientes con condiciones crónicas susceptibles de cuidados ambulatorios y el 56% de los ingresos por condiciones agudas susceptibles de cuidados ambulatorios (Baturone, 2015).

El gasto sanitario varía mucho con la edad. Casi el 60% de lo que gastará una persona en sanidad a lo largo de su vida se produce después de los 65 años, y una tercera parte después de los 85 (Alemayehu & Warner, 2004).; por consiguiente a mayor envejecimiento de la población, mayor gasto sanitario.

Aunque los costes por ingresos hospitalarios agudos disminuyen en edades avanzadas, el gasto sanitario global aumenta con edad, no solo por el envejecimiento en si mismo, sino por la respuesta que a éste se le da desde los dispositivos asistenciales.

Esos meses de deterioro de los individuos con la proximidad a la muerte acumulan buena parte de lo que supone el gasto sanitario de una persona a lo largo de su vida. Tanto en la pluripatología como en la cronicidad aguda, la oferta sanitaria despliega

sus máximos esfuerzos de curar y cuidar, en ocasiones olvidando el imperativo económico coste-beneficio (López Casanovas & Mosterín Hõpping, 2008).

El estudio del Foro Económico Mundial, realizado junto con la Escuela de Salud Pública de Harvard, reveló que el impacto económico de las enfermedades cardiovasculares era muy elevado. (Bloom et al., 2012). Según un estudio realizado en 6 países europeos entre los que se encuentra España, se calcula que el coste total de las enfermedades cardiovasculares (ECV). para estos países era cercano a los 102.100 millones de euros en 2014, lo que equivale aproximadamente al producto interior bruto de un país europeo de tamaño mediano como Hungría.

Los costes sanitarios directos atribuibles a las ECV sumaban 81.100 millones de euros en 2014, representando el mayor coste, un 70-80%, en los seis países.

Se prevé que los costes de las ECV en los seis países aumenten a 122.600 millones de euros a finales del decenio, lo que supone un incremento de 20.500 millones de euros en seis años (Bernick 2014).

En España se calcula que en 2050 el 27% del total de población serán pacientes con problemas de cronicidad. Este sector de la población tiene una alta prevalencia de enfermedades y precisa de muchos más cuidados por lo que consume más recursos sanitarios. El gasto sanitario atribuible a este grupo poblacional se ha estimado en 4-12 veces superior al correspondiente a personas de menos edad.

Con respecto al sexo de pacientes con enfermedades crónicas, se estima que los hombres tendrán como expectativa una media de 7 años de incapacidad, mientras que en las mujeres aumentará hasta los 11 años (Junta de Andalucía 2010).

El aumento de la demanda sanitaria y la limitación de los recursos son la causa de un replanteamiento de la asistencia sanitaria, más acorde con la realidad socioeconómica de finales del siglo XX.

El sistema sanitario español ha de hacer frente a una incidencia significativa de problemas de salud entre una población muy numerosa que, casi en una tercera parte, considera que su estado de salud es regular, malo o muy malo.

En Europa se espera que el gasto sanitario público aumente de media un 25 por 100 entre 2000 y 2050 (del 5,3 por 100 al 6,6 por 100 del PIB en el 2000).. Las cifras para España se sitúan por encima de la media: el crecimiento previsto del gasto sanitario público es del 5,0 al 6,7 por 100 del PIB, es decir, un aumento del 35 por 100. Ello se debe sobre todo a que se espera que tanto la tasa de dependencia (% de ancianos sobre adultos). como la inmigración aumenten más rápido que en otros países. (Bains 2003).

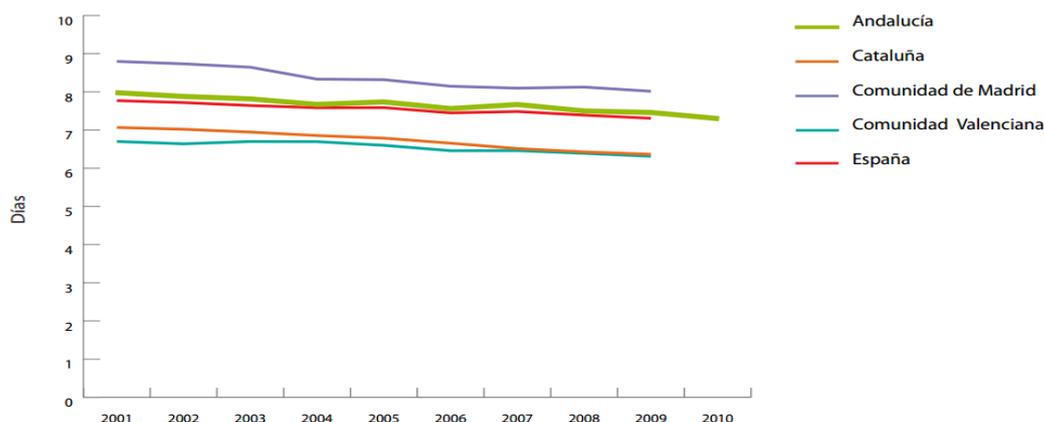
Estas predicciones presentan importantes problemas pues asumen que para la misma patología, la utilización de servicios y el gasto sanitario por paciente es semejante, independientemente de la edad. Sin embargo, se sabe que los mayores que están enfermos utilizan los servicios más que otros adultos. En el año 2000 los mayores de 65 años generaron el 35 por 100 de las altas cuando representaban solo el 17,1 por 100 de la población. Se sabe también que los mayores de 65 años no sólo ingresan con mayor frecuencia sino que lo hacen con patologías más graves y, a menudo, con más de una patología Además, la estancia media de los mayores es superior (Baztán, 2004)

El estudio de las causas de variabilidad en la práctica médica entre pacientes de características similares, así como el desarrollo del pago prospectivo por proceso, hizo necesario el establecimiento de agrupaciones de pacientes susceptibles de consumir un nivel similar de recursos. Con este propósito, se desarrolló el sistema los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD)., en la década de los años sesenta en la Universidad de Yale, por Fetter y Thompson (Fetter, 1984)., para facilitar una mejora de la calidad de la asistencia sanitaria. Los GDR constituyen un sistema de clasificación de episodios de hospitalización con definiciones clínicamente reconocibles y en la que los pacientes de cada clase se espera que consuman una cantidad similar de recursos, como resultado de un proceso de cuidados hospitalarios parecidos (González Chordá & Maciá Soler, 2011).

La estancia media en los hospitales refleja la duración media, medida en días, del ingreso en hospitalización. Una baja estancia media puede ser indicativa de una baja tasa de complicaciones y efectos adversos, una práctica clínica adecuada y resolutive, una adecuada continuidad de los cuidados en otros niveles de asistencia o un uso adecuado de dispositivos de asistencia post-hospitalización en el entorno del paciente, ya sean de carácter domiciliario o de apoyo sociosanitario.

Dicha estancia ha ido disminuyendo claramente en España, de 6,90 días de estancia media en 2009 a 6,70 días en 2011, según la última encuesta de morbilidad hospitalaria publicada por el Instituto Nacional de Estadística (INE 2011).

**Gráfico 14. Estancias medias hospitalarias**



Fuente: iCMBD - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad  
Conjunto Mínimo Básico de Datos - SSPA (dato Andalucía 2010)

En Andalucía, la evolución la estancia media en los hospitales del sistema sanitario público ha disminuido en casi 1 día en los últimos 10 años, similar al comportamiento observado de España, por debajo de la Comunidad de Madrid y con estancias medias superiores a la de Cataluña y la Comunidad Valenciana.

La estancia media en 2010 fue de 7,30 días en Andalucía (7,31 en España en 2009), con una reducción del 8,5% en Andalucía en estos últimos años (del 5,9 en España) (Junta de Andalucía, 2012).

Dentro del conjunto de los pacientes hospitalizados, El GRD correspondiente a la enfermedad cerebrovascular tiene un peso importante, por su alta incidencia y utilización de recursos sanitarios.

El conjunto mínimo básico de datos de altas hospitalarias, recogidos por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad durante el período 2000-2011, muestra el número absoluto de ingresos en el sistema público de salud con diagnósticos al alta correspondientes a la Enfermedades cerebrovasculares, así como el tiempo de hospitalización y su coste (Brea, 2013)

**Tabla 5. Hospitalizaciones por enfermedad cerebrovascular en el Sistema Público de Salud (diagnósticos al alta con códigos CIE 9-MC: 430-438)**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hospitalizaciones	87.168	90.187	91.692	93.364	93.733	94.353	95.463	97.682	99.971	99.728	101.065	99.082
Muertes intrahospitalarias	11.439	11.530	12.081	12.277	11.888	12.308	12.094	12.383	12.491	12.211	12.236	11.898
Estancia media (días)	11,7	11,8	11,5	11,3	11,1	11,0	11,0	11,0	10,9	10,7	10,5	9,8
Peso español medio <sup>a</sup>	1,28	1,34	1,37	1,32	1,37	1,34	1,34	1,36	1,42	1,45	1,33	1,34
Coste medio (€)	3.243	3.704	4.063	4.154	4.631	4.675	4.909	5.185	5.888	6.080	6.525	6.739
Coste total (millones €)	282,69	334,03	372,58	387,81	434,08	441,12	468,66	506,49	588,68	606,37	659,40	667,67

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Datos elaborados a partir del Registro de altas del (CMBD) en: Brea et al 2013

En los últimos años se ha intensificado el interés por la capacidad que los países desarrollados tendrán en el futuro para financiar el estado del bienestar. El fenómeno del envejecimiento de la población, muy intenso en la Unión Europea y, en particular, en España, tiende a incrementar el gasto público destinado a distintas prestaciones sociales, entre ellas la sanidad. Además, la preocupación por la capacidad de los sectores públicos para mantener las políticas de protección social ha crecido entre otros factores debido a la crisis económica internacional, si bien los estudios que tratan de estimar la magnitud del gasto público futuro y, en concreto, del gasto sanitario cuentan con una larga tradición (EUROPEA, 2009).

Según el Grupo de Trabajo sobre Envejecimiento de la Población y Sostenibilidad de la Unión Europea (Europeañá, 2008), se considera que los motores del gasto sanitario son cuatro:

- El aumento de la población cubierta públicamente,
- Los cambios en el tamaño y la composición de la población.

- El incremento de los precios
- La evolución de la denominada "prestación real" que incorpora diversos elementos (cambios en el estado de salud, cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios, incorporación de nuevas tecnologías, etc.). y se obtiene calculando la diferencia entre la variación del gasto total y la que corresponde a los otros tres factores mencionados (Moreno, et al. 2013).

Aunque la mayor parte de la investigación en este ámbito se ha dedicado a estudiar el impacto esperado de la evolución demográfica, la evidencia disponible apunta a que no es el envejecimiento el factor con mayor peso en el crecimiento del gasto sanitario, sino el aumento del número de enfermedades crónicas y la proximidad a la muerte (EUROPEA, 2009).



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

## CAPÍTULO 2. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: ICTUS

### 2.1 CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN DEL ICTUS

A lo largo de la historia de la medicina todas las denominaciones con las que se han conocido este proceso clínico-patológico han estado asociadas a una connotación de mal pronóstico y de imposibilidad de recuperación. Sin embargo, en las dos últimas décadas se ha producido un cambio espectacular en las acciones de prevención, pero, sobre todo, en cómo debe realizarse el manejo de los pacientes, lo que ha llevado a una marcada disminución de la mortalidad y las secuelas (Sánchez, 2009).

El ICTUS clásicamente se ha caracterizado por un déficit neurológico atribuido a una lesión focal aguda del sistema nervioso central por una causa vascular, incluyendo el infarto cerebral, hemorragia intracerebral y hemorragia subaracnoidea (Culebras et al., 2013).

Se denomina ICTUS al trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del encéfalo. (Denominación derivada del latín que significa “golpe” debido a su presentación clínica súbita y violenta; término análogo del vocablo inglés stroke).

El Grupo de Estudio de las Enfermedades Vasculares Cerebrales de la Sociedad Española de Neurología (SEN) recomienda la utilización de este término para referirse de forma genérica a la isquemia cerebral y a la hemorragia intracerebral o la subaracnoidea. Como términos sinónimos se han venido utilizando de forma indistinta “ataque cerebral” o “accidente cerebrovascular (ACV)”, pero estas expresiones cada vez se usan menos (Masjuan, 2011).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define ICTUS como: “signos clínicos de trastorno focales de la función cerebral, que se desarrollan rápidamente, con síntomas que duran 24 horas o más, o que llevan a la muerte, sin otra causa aparente que un origen vascular”, pero es ésta una definición controvertida, ya que deja fuera de la misma a la mayoría de las hemorragias subaracnoideas y a todos

los accidentes isquémicos transitorios (AIT).

Los ICTUS se clasifican en diversos subtipos siguiendo criterios clínicos, topográficos, patogénicos, diagnósticos y pronósticos (Amarenco, et al, 2009).

Generalmente los ICTUS se dividen en dos grandes grupos según su mecanismo de producción: isquémicos y hemorrágicos.

Dentro de la isquemia cerebral puede diferenciarse la isquemia cerebral global que afecta al encéfalo de forma difusa y la isquemia cerebral focal que afecta a una sola zona del encéfalo. Del mismo modo, dentro de los ICTUS hemorrágicos se diferencian la hemorragia intracerebral y la hemorragia subaracnoidea (Arboix et al., 2006).

### **ICTUS ISQUÉMICO**

Atendiendo a la duración del proceso isquémico se consideran dos tipos de isquemia cerebral: el ataque isquémico transitorio (AIT) y el infarto cerebral.

La isquemia cerebral, que causa aproximadamente el 85% de los ICTUS, es provocada por un déficit de aporte sanguíneo a un determinado territorio del encéfalo (cerebro, cerebelo, tronco). Puede ser un déficit focal afectando a una parte del encéfalo o un déficit de aporte general afectando en este caso a todo el encéfalo (Martínez-Vila, et al 2011).

En la última revisión de la definición del AIT por la American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council (AHA/ASA) (Easton et al., others, 2009) destaca la necesidad de confirmar la ausencia de tejido isquémico afectado y pone en duda la arbitrariedad temporal de la duración del déficit neurológico, ya que en dicho periodo también puede haber infarto cerebral evidenciado mediante las modernas técnicas de neuroimagen. Por tanto, los AITs deben ser considerados como episodios transitorios de disfunción neurológica focal cerebral, espinal o retiniana de naturaleza isquémica, pero sin evidencia de infarto agudo, sin tener en cuenta por lo tanto la duración de la sintomatología y dejando atrás el antiguo concepto de las 24 horas de duración (Kernan et al., others, 2014).

Por el contrario, el infarto cerebral necesita demostrar que existe presencia de lesión parenquimatosa. Esta nueva definición de AIT se basa en la ausencia de tejido cerebral infartado, de forma similar a la diferenciación entre la angina y el infarto de miocardio.

El infarto cerebral se define como el conjunto de manifestaciones clínicas, anatomopatológicas o de imagen que aparecen como consecuencia de la alteración del aporte circulatorio a una zona del encéfalo, determinando un déficit neurológico concreto. El ICTUS isquémico o infarto cerebral se produce cuando la isquemia cerebral es tan prolongada que produce un área de necrosis tisular (Martínez-Vila et al., 2011).

Según la etiología de la lesión se distinguen distintos subtipos de infarto cerebral (Arboix et al., 2006).

### **Infarto aterotrombótico**

Aterosclerosis de arteria grande. Es un infarto generalmente de tamaño medio o grande, de topografía cortical o subcortical y localización carotídea o vertebro basilar en el que se cumple alguno de los dos criterios siguientes:

1. Aterosclerosis con estenosis: estenosis mayor del 50% del diámetro u oclusión de la arteria extracraneal correspondiente o de la arteria intracraneal de gran calibre (cerebral media, cerebral posterior o troncobasilar), en ausencia de otra etiología.

2. Aterosclerosis sin estenosis: presencia de placas o de estenosis menor del 50% en la arteria cerebral media, cerebral posterior o basilar, en ausencia de otra etiología y en presencia de más de dos de los siguientes factores de riesgo vascular cerebral: edad superior a 50 años, hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo o hipercolesterolemia (Martínez-Vila et al., 2011).

### **Infarto cardioembólico**

El infarto cerebral de origen cardioembólico se produce por la oclusión total o parcial de una arteria cerebral o precerebral por material embólico proveniente del

corazón producido por arritmias, liberación de material desde superficies anormales valvular o miocárdicas o por embolismo paradójico.

Son infartos generalmente de tamaño medio o grande, de topografía habitualmente cortical, con un inicio frecuente de la sintomatología en vigilia, una instauración habitualmente instantánea (minutos) o aguda (horas). de la focalidad neurológica, y generalmente con un máximo déficit neurológico desde el inicio de la enfermedad. Representa entre el 14-30% de los infartos cerebrales (Arboix et al., 2010).

### **Enfermedad oclusiva de pequeño vaso arterial. Infarto lacunar**

Infarto de pequeño tamaño en el territorio de una arteria perforante cerebral, que suele ocasionar clínicamente un síndrome lacunar (hemiparesia motora pura, síndrome sensitivo puro, síndrome sensitivo motriz, hemiparesia atáxica y disartriamano torpe) en un paciente con antecedente personal de hipertensión arterial u otros factores de riesgo vascular cerebral, en ausencia de otra etiología. (Barragán & Vallejo, 2012).

### **Infarto cerebral de causa rara**

Infarto de tamaño pequeño, mediano o grande, de localización cortical o subcortical, en el territorio carotídeo o vertebrobasilar en un paciente en el que se ha descartado el origen aterotrombótico, cardioembólico o lacunar. Se suele producir por trastornos sistémicos (conectivopatía, infección, neoplasia, síndrome mieloproliferativo, alteraciones metabólicas, de la coagulación, etc.) o por otras enfermedades, como disección arterial, displasia fibromuscular, aneurisma sacular, malformación arteriovenosa, trombosis venosa cerebral, angeítis, migraña, etc

### **Infarto cerebral de origen indeterminado**

Infarto de tamaño medio o grande, de localización cortical o subcortical, en el territorio carotídeo o vertebrobasilar en el cual, tras un exhaustivo estudio diagnóstico, han sido descartados los subtipos aterotrombótico, cardioembólico, lacunar y de causa rara, o bien coexistía más de una posible etiología. Dentro de esta etiología indeterminada se podrían plantear unas subdivisiones que aclararían mejor este apartado; estudio incompleto, más de una etiología y desconocida (Martínez et al., 2015).

### **Isquemia cerebral global**

Está originada por un descenso importante, rápido y normalmente breve del aporte sanguíneo total al encéfalo, como el que ocurre después de un paro cardíaco o durante episodios de hipotensión sistémica grave o de arritmia cardíaca.

Clínicamente puede dar lugar a síndromes cerebrales focales, secundarios a infartos en los territorios fronterizos o en zonas de unión de las tres grandes arterias intracraneales (cerebrales anterior, media y posterior). En casos más prolongados de hipotensión grave, la afectación cerebral no se limita a las zonas fronterizas, sino que abarca áreas más extensas del encéfalo, pudiendo llegar a ocasionar necrosis laminar amplia del manto cortical, la cual conduce al paciente a un estado vegetativo persistente. En las personas con anoxia más profunda se produce una necrosis del córtex y el tronco encefálico, lo que origina la muerte cerebral (Martínez et al., 2015) (Arboix et al., 2006).

### **ICTUS hemorrágico**

Los hematomas o hemorragias cerebrales son extravasaciones de sangre al parénquima cerebral. Entre los ICTUS hemorrágicos, se distinguen dos grandes subtipos de hemorragia cerebral: la hemorragia intracerebral y la hemorragia subaracnoidea.

La causa más frecuente de la hemorragia intracerebral es la hipertensión arterial; otras causas incluyen la angiopatía amiloide más común en los ancianos, malformaciones vasculares, fármacos como los anticoagulantes, tóxicos como el alcohol o la cocaína, y los tumores.

Son el tipo de ICTUS con mayor mortalidad intrahospitalaria (28%), alcanzando hasta el 40% en el primer mes (Fuentes et al., 2015).

### **Hemorragia intraparenquimatosa**

La hemorragia intracerebral es una colección hemática dentro del parénquima cerebral (intraparenquimatoso), debido a una rotura de un vaso encefálico. Se presenta con doble frecuencia que la hemorragia subaracnoidea. La hemorragia

intraparenquimatosa es la causa de entre un 5% y un 16% de los ICTUS. La etiología más habitual es la hipertensión. Se produce con frecuencia en pacientes hipertensos

mal controlados o no conocidos. Se van a afectar zonas cerebrales profundas o del troncoencéfalo.

Se pueden producir hemorragias intraparenquimatosas de forma secundaria, por enfermedades como son las anomalías vasculares, en enfermedades hematológicas, por tumores y en la ingesta de fármacos y drogas tóxicas como la cocaína (Carcelén et al., 2012).

### **Hemorragia intraventricular**

Normalmente es secundaria a una hemorragia intraparenquimatosa. Las hemorragias intraventriculares primarias suelen ser debidas a rotura de una malformación arteriovenosa observándose una imagen de sangre limitada al espacio ventricular.

### **Hemorragia subaracnoidea**

En esta hemorragia el acúmulo de sangre se produce en el espacio subaracnoideo y de forma secundaria puede provocar infarto cerebral o vasoespasmos. La más frecuente es la producida por rotura de un aneurisma cerebral (Arboix et al., 2006).

## **2.2 EPIDEMIOLOGÍA Y SITUACIÓN DEL ICTUS EN ESPAÑA**

La enfermedad cerebral es aquella en la que un área del encéfalo está afectada de forma transitoria o permanente por una isquemia o hemorragia, existiendo uno o más vasos sanguíneos cerebrales afectados por un proceso patológico.

El término ICTUS representa de forma genérica a un grupo de trastornos que incluyen el infarto cerebral, la hemorragia cerebral y la hemorragia subaracnoidea. 'ICTUS' es un término latino que, al igual que su correspondiente anglosajón - stroke - significa 'golpe', ambos describen perfectamente el carácter brusco y súbito del proceso. Son sinónimas las denominaciones de accidente cerebrovascular, ataque cerebrovascular y apoplejía (Díez-Tejedor, et al., 2001), (Ruiz-Ares et al., 2015).

El ICTUS es un problema importante de salud pública. En los países desarrollados es una de las primeras causas de muerte, junto con la enfermedad cardiovascular y el cáncer y la primera causa de discapacidad permanente en la edad adulta. Muchos de

los pacientes que sobreviven sufren secuelas importantes que les limitan en sus actividades de la vida diaria. Su morbimortalidad no sólo ocasiona sufrimiento a los pacientes y a sus familiares, sino que además lastra gravemente la economía de la sociedad (Martínez-Vila et al., 2011).

En las dos últimas décadas del siglo pasado y los primeros años del actual la progresión de los conocimientos neurológicos ha sido exponencial, tanto en la vertiente básica como en la clínica. Estos avances también se han producido en el campo de las enfermedades cerebrovasculares, lo que ha conducido a que se conozcan mejor las entidades específicas causales, la fisiopatología y la patogenia del ICTUS, a conseguir su diagnóstico específico de forma precoz, y a que se hayan desarrollado múltiples medicamentos o técnicas terapéuticas no farmacológicas eficaces para tratar una enfermedad para la que no se conocía ninguna opción de tratamiento hace tan sólo unos pocos años.

El ICTUS ocupa el segundo lugar en cuanto a la carga de enfermedad en Europa. Datos extraídos del estudio GBD (Carga global de las enfermedades) 2002, indican que en toda Europa un 23% de los años de vida sana perdidos y un 50% de los años vividos con discapacidad (AVD) se deben a enfermedades cerebrales. (Mathers, 2002)

Las tres cuartas partes de los ICTUS afectan a pacientes mayores de 65 años y se prevé que la prevalencia de la enfermedad aumente en España, ya que, según las previsiones, nuestro país será uno de los más envejecidos del mundo en el año 2050.

En España, el ICTUS es la segunda causa de muerte directa y la primera de la mujer; además, un 44% de los afectados sufre alguna dependencia funcional.

En nuestro país fallecieron en 2006 por esta causa 32.887 personas, de las cuales 19.038 fueron mujeres y según datos de la Sociedad Española de Neurología, actualmente más de 300.000 españoles presentan alguna limitación en su capacidad funcional tras haber sufrido un ICTUS (Diez-Tejedor, 2006)

En España, las enfermedades vasculares cerebrales (EVC) son una causa muy frecuente de morbilidad y hospitalización, constituyendo la segunda causa de mortalidad en la población general, y la primera en las mujeres (INE). Además, suponen un gasto sociosanitario muy elevado, que se estima se incrementará en los

próximos años, debido al envejecimiento de nuestra población y a que el número de casos de ICTUS ha aumentado (Díaz-Guzmán, 2009).

Los datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del Instituto Nacional de Estadística del año 2011 registraron 116.017 casos de accidentes cerebrovasculares (ACV). y 14.933 de isquemia cerebral transitoria, lo que correspondería, respectivamente, a una incidencia de 252 y 32 episodios por cada 100.000 habitantes, aumenta con la edad (INE 2011).

En España no disponemos de estudios epidemiológicos ideales sobre el ICTUS. La mayoría de la información disponible se basa en registros hospitalarios, en encuestas puerta a puerta en población total por muestreo o mediante el registro de defunciones.

Existen varios estudios de incidencia de ICTUS. Cuando se comparan grupos de población, se ve que la incidencia aumenta progresivamente con la edad, y que es algo más alta en los varones que en las mujeres (Brea, 2013;)

En estudios anteriores como el llevado a cabo en Cantabria, publicado en 1993, se analizó la incidencia de accidentes cerebrovasculares (ACV) en adultos jóvenes de dicha comunidad, obteniendo una tasa bruta de incidencia anual de 13,9 por 100.000 en el grupo de edad de 11 a 50 años, y de 12 por 100.000 en el grupo de edad de 16 a 45 años (Leno, 1993). En 2 trabajos posteriores, realizados en poblaciones de Girona y de Asturias, se encontraron unas tasas brutas de incidencia anual para todas las edades de 174 y 132 por 100.000 habitantes, respectivamente (López-Pousa, 1995), En Alcoy (Alicante) se calculó una incidencia anual de 290 por 100.000 en la población mayor de 20 años; en el estudio de Girona, de 64 por 100.000, y en el estudio de Segovia, de 80 por 100.000.

En otro estudio, indican que 3 de cada 4 ICTUS afectan a pacientes mayores de 65 años. Las mujeres presentaron su primer ICTUS a una edad superior a la de los hombres ( $74,6 \pm 11,4$  vs  $68,8 \pm 11,9$  años (Brea, 2013).

Uno de los últimos trabajos epidemiológicos publicados en España, IBERICTUS (Díaz, 2012) (que recogió los casos de ACV atendidos en los centros sanitarios de Lugo, Segovia, Toledo, Almería y Palma de Mallorca) estima que en España cada año

se producen 187 nuevos casos de EVC por cada 100.000 habitantes, con una incidencia superior en hombres que en mujeres, alcanzando un pico máximo hacia los 85 años. Treinta casos por 100.000 corresponden a Accidentes Isquémicos Transitorios (AIT), y 150 a ICTUS. De estos, el 80% son isquémicos, mientras que el 20% son de origen hemorrágico.

En 2006 se publicó un metaanálisis que recogía siete estudios de prevalencia de ICTUS en mayores de 70 años que se habían llevado a cabo entre 1991 y 2002 en siete poblaciones distintas del centro y noreste de España. En conjunto dichos estudios evaluaron un total de 10.647 personas y detectaron 715 casos. Las tasas de prevalencia ajustadas por edad fueron 7,3% para los varones, 5,6% para las mujeres, y 6,4% para ambos sexos.

La prevalencia era significativamente más baja en las mujeres pero con la edad se producía un aumento de la prevalencia. En las edades más avanzadas, la proporción de afectados era más alta en el sexo femenino. (Boix et al., 2006).

Por otra parte había diferencias geográficas importantes. La prevalencia era mayor en zonas urbanas con un 8,7% y menor en la población rural, un 3,8%. Al comparar estos datos con los de otros estudios europeos, se vio que las tasas de prevalencia de ICTUS en España ocupaban un lugar intermedio y que seguían las mismas tendencias en cuanto a distribución por sexo y edad.

Las tres cuartas partes de los ICTUS afectan a pacientes mayores de 65 años, y debido a las previsiones de población, en las que España sería en el año 2050 una de las poblaciones más envejecidas del mundo, se prevé un incremento de la incidencia y prevalencia de este tipo de enfermedad en los próximos años. Las mujeres presentan su primer ICTUS con una edad mayor que la de los hombres ( $74,6 \pm 11,4$  años Vs  $68,8 \pm 11,9$ ). (Roquer, Campello, & Gomis, 2003).

Según los datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, se ha producido un incremento constante de pacientes ingresados con el diagnóstico principal al alta de enfermedad cerebrovascular (INE, 2011)

### 2.3 COSTES Y CARGA GLOBAL DE LA ENFERMEDAD

El ICTUS es una enfermedad que ocasiona una gran discapacidad en los supervivientes, siendo la primera causa de dependencia en el adulto y la segunda causa de demencia en el mundo, lo que la convierte en una de las afecciones que genera mayor carga social y económica (Mar et al., 2011). En las últimas décadas, los países desarrollados han tenido en el centro de sus políticas sanitarias el control del gasto sanitario intentando que no repercuta sobre el mantenimiento del nivel de salud de la población (Caro, et al. 2000).

Al considerar el impacto de las distintas enfermedades sobre el gasto sanitario, cada una de ellas tiene un peso específico distinto. Para ello se tiene en cuenta la prevalencia e incidencia del proceso, su cronicidad, la comorbilidad, la frecuencia y gravedad de las secuelas, el número y complejidad de las técnicas utilizadas para el diagnóstico, así como el tipo y duración de los tratamientos requeridos.

Se han realizado numerosos estudios tanto en Europa como en Norteamérica que han puesto de manifiesto el gran impacto económico del ICTUS que han obligado a replantear las medidas de actuación y los protocolos a fin de mejorar la relación coste-efectividad. (Martínez-Vila, et al., 2009).

La carga global de enfermedad engloba tanto la mortalidad como la discapacidad. En este sentido el ICTUS ocupa el segundo lugar en cuanto a la carga de enfermedad en Europa, es responsable del 6,8% de la pérdida de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), mientras que la enfermedad de Alzheimer y otras demencias ocupan el quinto lugar con un 3,0% y los accidentes de tráfico el séptimo con un 2,5%. (Alvarez-Sabín et al., 2006).

En términos de carga desde una perspectiva socioeconómica, entendiéndose como tal el coste de la enfermedad. Se estima que el ICTUS consume entre el 3% y el 4% del gasto sanitario en los países de rentas elevadas, distribuyéndose los 76% de los costes sanitarios directos en el primer año concentrado mayoritariamente en costes hospitalarios (Evers et al., 2004).

En el análisis de estudios europeos de Ekman entre 1994 y 2003 se estima el coste del ICTUS, tras el primer año del episodio, entre 20.000 y 30.000 euros (Ekman, 2004).

En un estudio realizado sobre los cuidados informales prestados a personas con dependencia a partir de la información contenida en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES). del INE, se identifica que casi 130.000 personas que han sufrido un ICTUS tienen una persona a su cuidado. Centrándose exclusivamente en aquellas personas cuidadas por otra persona que no recibe prestación monetaria alguna por sus servicios, se identificaron a casi 115.000 cuidadores principales informales (Oliva, et al., 2008).

Por lo que respecta a la distribución de las horas de cuidado, se evidencia la fuerte carga asistencial que soporta el cuidador. En el caso del ICTUS, un 46% de los cuidadores prestan más de 60 horas semanales de cuidados.

Pese a emplear estimaciones conservadoras sobre la valoración monetaria del tiempo de los cuidadores, la conversión del tiempo de cuidado a cifras monetarias hace que el coste estimado de los cuidados informales oscile entre los 801,7 y 1.243,9 millones de euros. (Oliva et al., 2008).

El coste hospitalario estimado de la enfermedad cerebrovascular en España durante el primer año tras el evento el año es de 20.000 euros

En un estudio realizado en Italia se indica que la incidencia anual de ICTUS en ese país es de aproximadamente 130.000 personas que debutan con ICTUS a lo que hay que sumar 50.000 personas más a las que les ha repetido el ICTUS (Antonio Di Carlo et al., 2003). Al ser una enfermedad con consecuencias a largo plazo, se crea una considerable carga social y económica de los individuos y la sociedad. El coste de estos pacientes fue de 19.953€ durante el primer año después del evento. (Fattore et al., 2012).

En estudios realizados en Alemania y Suecia con seguimiento durante un año y con una perspectiva social, el coste alcanzó los 20.239€ y 25.493€ respectivamente (Di Carlo et al 2011).

En un estudio poblacional grande utilizando un registro de ICTUS alemán, los costes sanitarios directos globales para los sobrevivientes de primer año del ICTUS se estimaron en € 18.517. (Rossnagel et al., 2005).

La comparación directa de las estimaciones globales de costes entre los estudios realizados en diferentes países está inevitablemente influenciada por sistemas sanitarios de cada país, los recursos que contemplan y los días de las estancias hospitalaria de cada sistema sanitario.

En el año 2002, el coste de hospitalización por cada ICTUS en España se estimó en 3.047 €. El importe asistencial total a lo largo de la vida de un paciente con ICTUS se calcula en 43.129 €. Internacionalmente, los costes directos del infarto cerebral constituyen el 3% del gasto sanitario nacional, siendo esta cantidad similar en distintos países de nuestro entorno. (Brea et al., 2013).

La carga provocada por la enfermedad cerebrovascular está aumentando rápidamente debido al envejecimiento de la población (Lozano et al., 2013)..

En el primer año son fundamentalmente los costes hospitalarios los que suponen mayor cuantía, mientras que en los años siguientes al ICTUS van a tener más repercusión los costes en otras partidas, especialmente rehabilitación, medicación y consultas externas, así como los costes por asistencia social y/o familiar, sin olvidar los costes indirectos ocasionados por la incapacidad o pérdida laboral (Lopez-Bastida et al., 2012).. La importancia de conocer los costes es cada vez más relevante como demuestra el aumento de estudios que se han realizado de este tipo en los últimos años .(Hervás, et alt., 2007)., (Navarrete et.al 2007).

Se ha estimado que el coste hospitalario de la enfermedad cerebrovascular en España durante el año 2004 fue de 1.526 millones de euros. (Mar et al., 2013). La suma de los costes por pérdidas laborales indirectos y otros costes directos no sanitarios genera estimaciones de alrededor de 6.000 millones de euros anuales. (Jorgensen, et alt., 2008)..

En España, el Estudio CONOCES ha analizado el impacto económico y social que tiene el ICTUS sobre los pacientes ingresados en una Unidad de ICTUS. Los

resultados de este estudio establecen que el coste medio por paciente de los ICTUS por fibrilación auricular supone 9.813 euros, mientras que el coste de los ICTUS sin fibrilación auricular es de 9.438 euros. De estos costes totales, más del 70 por ciento se deriva de los gastos de estancia hospitalaria, seguido de las pruebas de imagen que se realizan a estos pacientes. Los costes sanitarios registrados durante el primer año tras el diagnóstico del ICTUS son considerablemente elevados debido al ingreso hospitalario y a la rehabilitación. (Alvarez-Sabin et al., 2012).

El ICTUS es una de las enfermedades que más carga social y económica generan. El impacto socioeconómico del ICTUS en España es muy importante debido a la propia magnitud de esta enfermedad, a la pérdida de productividad que ocasiona y al enorme consumo de recursos que genera. Por ello está justificada cualquier estrategia que logre disminuir la morbilidad asociada al ICTUS. (Catalá-López et al., 2011).

Desde una perspectiva socioeconómica se estima que el ICTUS consume entre el 3 y el 4% del gasto sanitario total en los países desarrollados. (Evers et al., 2004). Las estimaciones sobre las repercusiones económicas del ICTUS en España consideran que el coste medio sanitario directo por paciente es de alrededor de 15.268 euros el primer año, destinándose el 70% al periodo de hospitalización. (Matías-Guiu, et al., 2009). Los costes indirectos y los cuidados informales de los pacientes dependientes tras el ICTUS son superiores al gasto sanitario, estimándose en torno a 21.500 euros por paciente y año, con un rango que oscila entre 6.500 y 31.400 euros. (Jorgensen et al., 2008).

La supervivencia tras el ICTUS unida a una recuperación total del individuo, sino que el 90% de ellos quedan con secuelas que le provocan la dependencia de otra persona en un 35-45% de los casos, las cuales son incapaces de forma parcial o total de realizar las actividades de la vida diaria. Esto genera una demanda de cuidados y por consiguiente un considerable gasto sanitario. (Feigin, et al. 2003).

Este aspecto tiene especial importancia, dado que un 25% de los ICTUS afectan a personas todavía en situación laboral activa.

#### **.4 FACTORES DE RIESGO**

Un factor de riesgo vascular (FRV) es una característica biológica o una conducta, que aumenta la probabilidad de padecer o morir por una enfermedad vascular en aquellos individuos que lo presentan. (Collazos, 2014).

Son numerosos los factores de riesgo que se han relacionado con el ICTUS: los más importantes son la hipertensión arterial y la edad, pero también destacan el tabaquismo, la diabetes, el consumo de alcohol y otras drogas, las dislipemias, la obesidad, la presencia de cardiopatías embolígenas (fundamentalmente la fibrilación auricular y las valvulopatías) y el sexo.

La carga de enfermedad que un factor de riesgo (FR) genera en la población depende de su prevalencia, de la intensidad de la asociación de dicho factor con la enfermedad y de su valor predictivo. Estos factores de riesgo son los responsables de una parte muy importante de los ICTUS en la población andaluza. Además, los FR se potencian entre sí y se presentan frecuentemente asociados.

La frecuencia de FR en Andalucía es superior a la media española. El estudio DRECA 2 (Evolución del riesgo vascular en la población andaluza, 1992-2007) realizado en una muestra representativa de la población andaluza, estudiada inicialmente en 1992 y posteriormente en 2007, con una edad de 20 a 74 años, (2007) da respuesta a la situación en nuestra comunidad de los FR clásicos, en términos de prevalencia y evolución temporal y recoge información sobre el nivel de ejercicio físico y el grado de adherencia al patrón de dieta mediterránea, como indicadores del estilo de vida. (Jiménez, et al., 2011).

La prevención primaria es la piedra angular de los esfuerzos para reducir la discapacidad y la mortalidad global por ICTUS. Es importante detectar pacientes que puedan beneficiarse de un tratamiento que modifique el riesgo de un ICTUS y sus consecuencias. Además, el control y manejo de estos factores de riesgo reduce la posibilidad de que vuelva a sufrir un nuevo episodio (Kernan et al., 2014).

Cada paciente debe ser valorado de forma individual para calcular su nivel de riesgo con el fin de identificar pacientes candidatos a una intervención sobre los diferentes factores de riesgo (Goldstein et al., 2006).

Dentro del grupo de los factores de riesgo no modificables del ICTUS se encuentran la edad, el sexo, la raza y la herencia genética.

**Edad** : Existe una relación entre la edad y el riesgo de primer episodio de ICTUS, llegando a incrementarse hasta el doble por cada diez años desde los 55 años (Martínez-Vila et al., 2011).

**Sexo**: Aunque el número de episodios de ICTUS es mayor en el sexo masculino que entre el sexo femenino, el porcentaje de casos fatales es mayor entre las mujeres que entre los hombres (Goldstein et al., 2001).

**Raza**: Los indicadores de incidencia y prevalencia varían entre las diferentes etnias. En diversos estudios observacionales desarrollados en Estados Unidos se ha visto que las personas de origen afroamericano e hispanoamericano presentan una mayor incidencia y mortalidad por ICTUS. En concreto, un estudio mostró que la incidencia de ICTUS en población negra fue un 38% superior que en población blanca. (Botrán, et al., 2013).

**Herencia Genética**: Es más frecuente la aparición de un episodio de ICTUS entre personas con antecedentes familiares de episodios de ICTUS (Goldstein et al., 2001).

Otro grupo de factores de riesgo son los modificables, donde se contemplan la hipertensión, hábito tabáquico, la diabetes, las diferentes formas de resistencia a la insulina, la estenosis carotídea asintomática, la fibrilación auricular y las hiperlipidemias. Por otra parte estaría el grupo de factores de riesgo menos documentados o potencialmente modificables como la obesidad, la inactividad física, los defectos de nutrición, el abuso de alcohol, la hiperhomocisteinemia, el consumo de drogas de abuso, los estados de hipercoagulabilidad, la terapia hormonal sustitutiva, el uso de contraceptivos hormonales y los procesos inflamatorios (Lobos et al., 2008).

Factores Modificables:

- Presión arterial alta (hipertensión arterial). La presión arterial alta es el principal factor de riesgo cerebrovascular. Según la Asociación Americana del Corazón (AHA) la hipertensión afecta a casi 1 de cada 3 estadounidenses adultos. Generalmente no presenta síntomas. (Goldstein et al., 2006). A menudo los individuos no descubren que sufren de hipertensión hasta después de haber tenido un accidente cerebrovascular o un ataque al corazón. El control de la hipertensión reduce el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular. La hipertensión puede a menudo controlarse con ejercicio físico, una alimentación sana y ciertos medicamentos (Zhang, Thijs, & Staessen, 2006).
- El Tabaquismo: es un factor de riesgo independiente e importante para la enfermedad cerebrovascular, tanto de enfermedad isquémica como de ICTUS hemorrágico. El término tabaquismo engloba a los fumadores actuales, a los fumadores que han dejado el hábito de fumar e incluso a los fumadores pasivos.

El tabaco afecta al sistema vascular de forma multifactorial aumentando la viscosidad sanguínea, la adhesividad de las plaquetas y el fibrinógeno. También es un factor de riesgo de la progresión de la placa de ateroma, potenciando además, el efecto de los otros factores de riesgo vascular.

El riesgo atribuible a la población por el tabaco es del 18% para fumadores activos, 6% para fumadores anteriores y 12% para fumadores pasivos (Martínez-Vila & Irimia, 2009).

- Diabetes Melitus (DM): las personas con DM tienen una mayor predisposición para desarrollar arterioesclerosis y una mayor prevalencia de HTA, obesidad y dislipemia. El riesgo para sufrir un ICTUS aumenta entre 2,5 y 4 veces en los hombres y entre 3,6 y 5,8 veces en las mujeres. En pacientes con diabetes mellitus, el control estricto de la presión arterial se asocia con una disminución del riesgo de ICTUS de hasta del 40% (Martínez-Vila et al., 2011).
- Dislipemia: existe una relación entre los niveles de lípidos plasmáticos y el riesgo de ICTUS, aunque esta relación es menos intensa que en el caso de la enfermedad

vascular cardíaca. Un aumento de las cifras de colesterol total está asociado con un aumento del riesgo de ICTUS isquémico. En los hombres, los valores disminuidos de colesterol HDL en plasma son un factor de riesgo de ICTUS. Algunos estudios han encontrado que el riesgo de ICTUS aumentaba un 25% por cada 38,7mg/dl de aumento de los niveles totales de colesterol (Fuentes et al., 2014).

- Fibrilación auricular: es uno de los principales FR de ICTUS, se estima que uno de cada 6 ICTUS ocurre en pacientes con fibrilación auricular, siendo responsable de casi la mitad de los ICTUS isquémicos de origen cardioembólico. La presencia de fibrilación auricular se asocia a un incremento de 3 a 4 veces el riesgo de ICTUS (Thom et al., 2006).
- Estenosis carotídea asintomática: se calcula que aproximadamente un 10% de los hombres y un 7% de las mujeres de más de 65 años tiene estenosis carotídea asintomática de más del 50% entre los cuales existe un riesgo anual del 3,4% de sufrir un ICTUS (Goldstein et al., 2001).
- Obesidad: en general predispone a enfermedad cardiovascular general y a ICTUS en particular. En el caso de los hombres parece que es la obesidad abdominal la relacionada con el ICTUS y entre las mujeres la asociación es más clara con el IMC y la ganancia de peso desde la juventud (Genique, et al., 2010).
- Tratamiento hormonal sustitutivo y anticonceptivos: distintos estudios han confirmado que la terapia hormonal sustitutiva se asocia con un incremento en el riesgo de sufrir un ICTUS del 30%. En cuanto a los anticonceptivos, aunque no está del todo claro, en mujeres fumadoras, con migraña o con antecedentes de episodios tromboembólicos no se recomienda el uso de anticonceptivos orales y se deben valorar otro tipo de medidas anticonceptivas. En mujeres con trombofilia congénita no se recomiendan los anticonceptivos orales (Martínez-Vila et al., 2011).
- Factores dietéticos y nutricionales: los hábitos dietéticos están relacionados ampliamente con el riesgo cerebrovascular; el consumo excesivo de sal, las grasas animales o los déficits de folato, vitamina B6 y vitamina B12 están relacionados con

un mayor riesgo de ICTUS. Por el contrario, la dieta mediterránea constituye el patrón de alimentación ideal para la prevención de las enfermedades vasculares (Collazos, 2014).

- Sedentarismo: el ejercicio físico favorece la homeostasis de la insulina, reduce la agregación plaquetaria, reduce la presión arterial, contribuye a la pérdida de peso, promueve el bienestar psicológico, ayuda en el abandono del hábito tabáquico y aumenta los niveles de colesterol HDL. Se recomienda el ejercicio físico moderado, durante al menos 30 minutos diarios, ya que se asocia a una reducción en el riesgo de ICTUS (Martínez-Vila et al., 2011).
- Alcohol: el consumo agudo de alcohol tiene mayor descripción en la literatura como un factor de riesgo independiente para el ICTUS, en relación al consumo crónico la relación es controvertida. El consumo elevado de alcohol tiene un efecto dosis dependiente sobre el riesgo de ICTUS isquémico y hemorrágico. El consumo de más de 150 g/día de alcohol se asocia a un riesgo dos veces superior de ICTUS hemorrágico (Gutiérrez & Libuy, 2013).
- Drogas: el consumo de drogas es una causa cada vez más frecuente de ICTUS en los adolescentes y los adultos jóvenes. El abuso en el consumo de cualquier droga como la cocaína y los simpaticomiméticos, fundamentalmente, cada vez más extendido, representa el 10% de los ICTUS en el joven. La cocaína o el crack se asocian a un elevado riesgo de ICTUS isquémico y hemorrágico y las anfetaminas y sus derivados, como el éxtasis, con el ICTUS isquémico, la HSA y la hemorragia cerebral (Varona, et al., 2004).

## 2.5 EVOLUCIÓN DESPUÉS DEL ICTUS: DÉFICIT Y DISCAPACIDAD

El ICTUS es la primera causa de discapacidad en el adulto, hasta el 53% de los pacientes queda con algún grado de dependencia y la segunda de demencia, entre el 30 y el 50% de pacientes presentan deterioro cognitivo (Martínez Barandalla, 2014) lo cual implica un importante consumo de recursos, aproximadamente el 4% del

gasto sanitario, sin contar los costes indirectos y a largo plazo (Arrazola, et al., 2005). El ICTUS ocupa el segundo lugar en cuanto a la carga de enfermedad en Europa, de manera que un 6,8% de los años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVAD: años de vida perdidos + años vividos con discapacidad) son atribuibles a esta enfermedad (Mathers et al., 2002). Según datos del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología, en la actualidad un 30% de los pacientes con ICTUS presenta un problema de discapacidad que se manifiesta con parálisis, problemas de equilibrio, trastornos del habla y déficits cognitivos. De hecho, sólo el 40% de los enfermos pueden valerse por sí mismos (Cuenca, et al., 2014).

La OMS define la discapacidad como: “un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive” (OMSb, 2014)

Según el Consejo de Europa, la dependencia es “el estado de carácter permanente en el que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, enfermedad o discapacidad y ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) básicas” (Castedo, 2005).

La dependencia, según la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) es fruto del déficit en el funcionamiento corporal, la limitación en la actividad y/o la restricción en la participación social con traducción en una inadecuada realización de las AVD. La autonomía personal es “la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales sobre cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como la capacidad de desarrollar las AVD básicas” (OMS, 2001).

El ICTUS es una de las principales causas de invalidez y morbimortalidad en los países desarrollados, y conlleva un elevado coste económico y social; en los países occidentales es la tercera causa de mortalidad tras las enfermedades cardíacas y las neoplasias, suponiendo un 10% de las causas de mortalidad. La prevalencia general se sitúa entre 500 y 700 casos por 100.000 habitantes (Baztan et al., 2007).

A largo plazo, los supervivientes a un ICTUS pueden presentar deficiencias como alteraciones cognitivas, emocionales, trastornos de la comunicación, dolor, espasticidad, fatiga, limitaciones de la movilidad y actividades de la vida diaria, incontinencia urinaria, aislamiento social, así como problemas en la relación con sus cuidadores. Por lo menos uno de estos problemas no satisfechos está presente en el 50% de pacientes (McKevitt et al., 2010) cuya calidad de vida se ve reducida. Existe pues una falta de identificación, así como una falta de atención para los problemas que pueden presentarse a largo plazo después del ICTUS.

Se pueden destacar los déficits motores que presentan un 50-75% de los pacientes, las alteraciones cognitivas que sufre más del 60% y otros trastornos como la depresión que acaba afectando a un 30% de la población con ICTUS (Han, Kim, & An, 2013).

Los ICTUS provocan gran variedad de déficit, discapacidad y complicaciones (Durán, 2004).

Los déficits neurológicos en relación con el territorio vascular y cerebral afectado; según la American Heart Association Stroke Outcome Classification (Kelly-Hayes et al., 1998) los divide en seis áreas:

1. Déficit motor (hemiparesia, hemiplejía). Entre las alteraciones motoras tras un ICTUS se engloban secuelas tales como falta de coordinación, pérdida selectiva de movimientos, pérdida de control motor y/o debilidad.
2. Déficit sensorial. Los pacientes pueden sufrir alteraciones sensoriales en el tacto, sentido de la posición y otras. Probablemente la gravedad esté asociada al déficit motor, por lo que se desconoce la importancia de este déficit de manera aislada. Se debe valorar si existe una pérdida o alteración sensorial del lado afectado e instruir a los pacientes en el cuidado del miembro afectado

3. Déficit visual (hemianopsia). En algunas ocasiones los pacientes que han sufrido un ICTUS presentan alteraciones visuales, por lo que la capacidad visual de los pacientes debería ser examinada
4. Trastornos del lenguaje o la comunicación.
5. Déficit cognitivo o intelectual. Debido a la disparidad en los criterios definitorios entre estudios es difícil saber cual es la incidencia y prevalencia del deterioro cognitivo en aquellos pacientes que han sufrido un ICTUS. De manera global se considera que hasta dos tercios de los pacientes pueden presentar deterioro cognitivo, y un tercio desarrollar demencia.
6. Déficit emocional o trastornos del ánimo. Es frecuente que los pacientes que han sufrido un ICTUS presenten alguna alteración del humor, especialmente depresión. Además pueden presentar ansiedad o labilidad emocional, en solitario o acompañando a la depresión (de la Guía, 2009).

Los pacientes que superen la fase aguda de un ICTUS sufren, en su mayoría, una disminución de su capacidad funcional. Esta varía de unos pacientes a otros y depende del grado de afectación y de la recuperación espontánea que se pueda producir.

Aproximadamente a los seis meses del ICTUS el 26,1% de los pacientes ha fallecido, el 41,5% es independiente y el 32,4% es dependiente. Se estima de forma global que entre los supervivientes del ICTUS el 44% tiene una dependencia funcional de por vida (Heras, et al., 2004).

El ICTUS sigue siendo la principal causa de discapacidad en el adulto en España. Según los datos de la Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Dependencia en nuestro país existen 329.544 personas con discapacidad secundaria a un daño cerebral adquirido tras un ICTUS (Prieto, et al., 2010).

Los problemas de movilidad como la pérdida de equilibrio, el riesgo de caídas y las dificultades para caminar suelen ser los más prevalentes. Los problemas más comunes que acaban repercutiendo en la independencia de los afectados son: deterioro del estado físico, problemas del control motor, alteración del tono, afectación del equilibrio, disminución de la velocidad del movimiento, alteración de

la capacidad de analizar, comparar y seleccionar la información sensorial, empobrecimiento de la percepción de la orientación de la verticalidad de su cuerpo en el espacio, reducción de la capacidad de esfuerzo, mayor riesgo de caídas y otras patologías físicas coexistentes o que sumadas acaba dificultando aquellas tareas que requieren de un procesamiento cognitivo más rápido, una ejecución física precisa así como una correcta realización de las transferencias y una participación plena en las actividades de la vida diaria (Tyson et al, 2006).

Las personas que han sufrido un ICTUS presentan un alto riesgo de caídas durante el periodo agudo y permanecen en el grupo de alto riesgo durante los primeros meses después de volver a su casa. Durante el tiempo de hospitalización el porcentaje de incidencia de caídas es de 25-39% (Mackintosh, et al. 2006).

Por ello, tras sufrir un ICTUS, y una vez superada la fase de estabilización clínica, los pacientes experimentan problemas complejos que contribuyen a disminuir de forma considerable su calidad de vida.

**Alteraciones motoras:** la consecuencia física más frecuente es la hemiplejía o hemiparesia, que se define como la parálisis o debilidad de los músculos del miembro superior, del miembro inferior y del tronco. (Fredericks, Saladin, & Fredericks, 1996). Afectan fundamentalmente al hemicuerpo contrario del hemisferio cerebral lesionado, y afecta tanto a la pérdida de control motor, debilidad, falta de coordinación como a la pérdida de movimientos selectivos.

**Alteraciones sensoriales:** Estos pacientes también pueden sufrir alteraciones sensoriales en el tacto, en el sentido de la posición del cuerpo y cualquier otra característica sensorial. Con frecuencia están asociadas a déficit motor (De la Guía, 2009).

**Alteraciones perceptivas:** Estas pueden afectar a la totalidad del cuerpo, son frecuentes y no pueden detectarse a simple vista. El paciente presenta alteraciones de cómo percibe el mundo que le rodea y su propio cuerpo, en ocasiones puede presentar heminegligencia (falta de percepción de estímulos en el lado afectado del cuerpo) (Allegri, 2000). En estos casos, el paciente no percibe el mundo que se

relaciona con ese lado, no reconoce su hemicuerpo más afectado, pudiendo lesionarse con facilidad ya que incluso en ocasiones no es consciente del déficit de ese lado.

Alteraciones Cognitivas: poco más de la mitad de los supervivientes a un ICTUS, presentan deterioro cognitivo en algún grado. Los factores que explican el deterioro cognitivo post ICTUS son: el grado de afectación neurológica, la presencia de depresión mayor, y tener mayor edad.

La demencia post ICTUS ha sido objeto de una intensa actividad investigadora desde la década de los noventa; los estudios han mostrado frecuencias que oscilan entre el 25% y el 41%. (Fernández-Concepción et al., 2008). Además, hasta un 46% de los pacientes con ICTUS presentan deterioro al menos en dos áreas cognitivas (Sachdev et al., 2004). El ICTUS aumenta el riesgo de sufrir demencia entre 4 y 12 veces (O'Brien et al., 2003).

Alteraciones en la deglución: entre 27% y 76% de los pacientes con ICTUS agudo presentan disfagia. Aproximadamente, el 50% queda con algún grado de alteración de la deglución. (Teasell et al., 2003). En los casos en los que el paciente presenta una disfagia de alto riesgo, suele ser alimentado por vía enteral, bien a través de sonda nasogástrica, bien a través de gastrostomía endoscópica percutánea.

La presencia de disfagia se ha asociado con un mayor riesgo de muerte, debido a neumonías por aspiración, entre otras complicaciones, mayor discapacidad, aumento de la estancia hospitalaria y necesidad de cuidados específicos (Smithard et al., 1996).

Incontinencia urinaria: en la fase aguda del ICTUS, la incontinencia urinaria suele aparecer en el 40-60% de los pacientes, persistiendo en un 25% de los pacientes al alta del hospital y persistiendo en torno al 15-20% al año del ICTUS.

En los pacientes con un déficit motor grave es aproximadamente del 50% a los cuatro meses de evolución (Divani, et al., 2011).

La incontinencia urinaria según el estudio realizado por (Thomas et al., 2011) se presta poca atención a la incontinencia en los pacientes con ICTUS dejando de poner en marcha tras el alta hospitalaria medidas específicas para su recuperación

como reeducación vesical, ejercicios del suelo pélvico, o anticipación de la micción, en paralelo con la utilización de absorbentes. La incontinencia urinaria supone una sobrecarga importante para la familia y/o cuidador/as y un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes (Mehdi, Birns, & Bhalla, 2013).

**Alteraciones visuales:** Un alto porcentaje de personas que han sufrido un ICTUS presentan problemas visuales. Estos pueden afectar a todos los aspectos de la visión, dependiendo de la gravedad y de la localización de la lesión. Una de las complicaciones más frecuentes es la pérdida de campo visual, con una incidencia próxima al 20%, fundamentalmente la hemianopsia homónima. (Leora, 2001). Esto provoca un deterioro en las Actividades de la vida diaria y un mayor riesgo de sufrir caídas (Brown et al., 2003).

**Depresión post ICTUS:** es un problema frecuente en estos pacientes que afecta al 53% de los afectados en los primeros 3 meses. En el estudio realizado por (Espárrago et al., 2015) en los hospitales, la prevalencia de depresión mayor fue del 21,6% y la de depresión menor del 20,0%. En los pacientes dados de alta, con una variabilidad de entre 3 meses y 3 años tras el ICTUS, la prevalencia para depresión mayor fue del 24,0% y para depresión menor del 23,9%. Tradicionalmente, los sistemas de atención hospitalaria, de rehabilitación y de seguimiento se han focalizado casi exclusivamente en la rehabilitación motora pero distintos estudios demuestran que la depresión post ICTUS es un problema muy frecuente, se presenta en uno de cada 3 pacientes con ICTUS, y que es el principal factor que limita la recuperación y la rehabilitación de estos pacientes (Lenzi, Altieri, & Maestrini, 2008).

**Alteraciones en la Comunicación:** la afasia es el trastorno del lenguaje más frecuente tras un ICTUS ya que se presenta en el 30% de los casos aproximadamente. (García & Las, 2014). En ella se recogen casi todas las habilidades de expresión, la dificultad en la comprensión del lenguaje hablado o escrito, lectura (alexia) y escritura (agrafia). Las personas con afasia a menudo presentan ansiedad cuando tienen que utilizar el lenguaje para la comunicación, pudiendo afectar negativamente su autoestima (Cahana-Amitay et al., 2011).



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

**CAPÍTULO 3. SEGURIDAD**

Los avances de la Medicina y la disminución de la natalidad en los últimos tiempos han producido un envejecimiento de la población en los países desarrollados. En España, el fenómeno del envejecimiento se encuentra especialmente acelerado ya que en menos de 30 años se ha duplicado el número de personas mayores de 65 años. Este proceso se ve incrementado por la baja tasa de natalidad que se viene registrando.

España cerró 2014 con una población de 46.464.000 personas, lo que supone un descenso de 48.199 personas, 75.392 mujeres y 140.299 hombres, respecto a 2013, en el que la población fue de 46.512.199 individuos.

Los datos actuales en España muestran que la población mayor de 65 años se sitúa alrededor del 17% de la población total, con más de 7 millones de personas), de las que aproximadamente un 25% son mayores de 80 años (INE 2013)

En este sentido y según las proyecciones realizadas por el INE, en el año 2050 las personas mayores de 65 años estarán por encima del 30% de la población y los octogenarios llegarán a ser más de 4 millones, lo que supondría más del 30% del total de la población mayor.

Según un informe de Naciones Unidas, en el año 2050 España será el país más envejecido del mundo; el 44,1% de la población española será mayor de 60 años y la mediana de edad será de 55,2 años frente a una mediana global mundial de 36,2 años. (United Nations. Population Division, 2002)

Los mayores suponen el 42,5% de todas las altas hospitalarias; datos que no se han reducido en los años de la crisis, como ha sucedido con el resto de la población. Más de la mitad de todas las estancias causadas en hospitales se debe a población de 65 y más años (2013).. Los hombres tienen tasas de morbilidad hospitalaria más altas que las mujeres

La principal causa de muerte entre los mayores está relacionada con enfermedades del aparato circulatorio: provocó 111.704 fallecimientos (2012).. El cáncer es la segunda causa de muerte (83.115 fallecidos).. En tercer lugar, a distancia, se encuentran las muertes por enfermedades respiratorias. Destaca el aumento de

mortalidad por enfermedades mentales y nerviosas (demencias, Alzheimer). en los últimos lustros. (Abellán et al. 2013).

La dependencia asociada al envejecimiento y a los cambios en la estructura familiar debido entre otras cosas a la incorporación de la mujer al mundo laboral, se convierten así en un problema socio-sanitario y económico muy importante.

A medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacitantes, que tienden a provocar complicaciones y secuelas que dificultan la independencia y la autonomía de las personas (Triadó, 2013).

La consecuencia de este envejecimiento para la asistencia sanitaria es un importante incremento de determinadas patologías, entre ellas, la enfermedad vascular cerebral.

El ICTUS es la primera causa de discapacidad permanente en la edad adulta. Muchos de los pacientes que sobreviven sufren secuelas importantes que les limitan en sus actividades de la vida diaria. Su morbimortalidad no sólo ocasiona sufrimiento a los pacientes y a sus familiares, sino que además lastra gravemente la economía de la sociedad (Matías-Guiu et al., 2009).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la incidencia promedio mundial de ICTUS es aproximadamente 200 casos por 100.000 habitantes al año, aunque existen marcadas diferencias entre los distintos países (Feigin et al., 2003)

La incidencia de ICTUS aumenta de forma progresiva cada diez años de vida a partir de los 55 años, ocurriendo más de la mitad de los casos en pacientes mayores de 75 años. Estos datos suponen un problema importante en los distintos países y especial mente en España, a esta situación hay que añadir la incapacidad de los pacientes que sobreviven a un ataque cerebrovascular. Las limitaciones físicas o psíquicas son variables, aproximadamente tras el primer evento vascular agudo, el 25% de los pacientes precisan ayuda para cualquier actividad básica de la vida diaria. Se estima que existen unos 50 millones de personas que han sobrevivido a un ICTUS en el mundo y que sufren secuelas físicas y cognitivas (Bonita et al., 2004).

Los estudios muestran que un 12-18% de los supervivientes tienen afasia, un 22% no son capaces de andar, y 24-53% dependen de una tercera persona para las actividades de la vida diaria (Fernández, 2011).

En estudios recientes de ICTUS, se destaca que solo en un 25% de los pacientes la recuperación después del ICTUS es total, mientras un 50% presentan en los tres meses siguientes al ICTUS distintos grados de minusvalía o discapacidad, situación que se mantienen de forma similar en el periodo de un año después del accidente agudo (Jiménez Hernández et al., 2011). Según la encuesta de discapacidad y dependencia de Andalucía de 2008, del 12% al 14% de los problemas de movilidad están relacionados con hemiplejias derivadas de los accidentes cerebrovasculares (Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, 2012)

España presenta uno de los mejores balances del mundo en materia de salud (OMS, 2000) pero su población parece excesivamente dependiente del sistema sanitario. Esto ocurre en la mayoría de los países avanzados en los que el acceso de la población a los servicios sanitarios de calidad es universal y masivo, fundamentalmente a través de la sanidad de carácter público.

Claramente la mejora de la salud en estos países se produce mediante una intensificación de la tecnología médico-hospitalario-farmacéutica, de naturaleza sobre todo curativa con un aumento de los ingresos sanitarios para diagnósticos y tratamientos cada día más sofisticados y complejos, centrando cada vez más los episodios agudos en los hospitales y derivando a domicilio a los pacientes cada vez con cuidados más complejos (San Miguel, 2002).

El aumento de la demanda sanitaria y la limitación de los recursos son la causa de un replanteamiento de la asistencia sanitaria, más acorde con la realidad socioeconómica actual. Abundan las políticas de sustitución del uso del hospital por intervenciones en régimen ambulatorio, y de los cuidados en régimen residencial por diversas formas de atención domiciliaria (SAS 2004).

Esta situación está provocada por las presiones demográficas derivadas del envejecimiento de las poblaciones que suponen un aumento de la necesidad de cuidados de salud, sobre todo de los orientados a suplir o compensar la pérdida de

capacidad para el autocuidado, a esto se le suma el problema de la disminución de la disponibilidad de cuidadores informales, en la mayoría de los países, debido a las tendencias en la fertilidad hacia familias más pequeñas, a la creciente participación femenina en el mercado laboral y a una mayor dispersión geográfica de los miembros de la familia por lo que las distintas instituciones han tenido que adoptar nuevas estrategias centradas en la atención domiciliaria (Gonzalo et al., 2007).

A medida que vamos avanzando en el siglo XXI la ciencia y en particular la asistencia sanitaria va aumentando en complejidad y especialización tanto en los procesos como en las técnicas asistenciales empleadas, esto sin duda ha aumentado la calidad, la eficiencia y la eficacia pero también qué duda cabe, ha supuesto un aumento del coste sanitario. (Bohigas., 2001) Con el aumento de los costos hospitalarios ha aumentado las demandas de mejora de la eficiencia en el uso de camas de hospital, con frecuencia se hace uso de indicadores de calidad como herramientas para medir la práctica habitual y evaluar la eficacia de las medidas establecidas que pueden seguirse a través del tiempo o compararse con otras instituciones similares por lo que mediante estos indicadores se pretende valorar la actividad de un servicio y la posibilidad de mejorar, aspectos determinados por esos indicadores, como la disminución de la estancia media del paciente en el hospital entre otros (Martín et al., 2008).

Además de la búsqueda de una mayor eficiencia en los cuidados y en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos se suma una alta presión asistencial y financiera que se traduce en un aumento de los ingresos, junto con una reducción de la estancia media y de las camas hospitalarias (García-Abad 2010).

El creciente volumen de actividad asistencial, unido a la progresiva complejidad y especialización de los procesos y técnicas sanitarias y asistenciales empleadas, ha aportado sin duda una mayor calidad, eficiencia y eficacia de la atención sanitaria que se presta en los sistemas de salud de los países desarrollados. Sin embargo, esos mismos avances han sido los responsables de aumentar el riesgo de que se produzcan efectos adversos (EA) asociados a la atención sanitaria.

Esta situación cada vez más presente en los hospitales provoca que los pacientes se trasladen al domicilio con gran parte de esa “especializada asistencia” y con una alta necesidad de cuidados que, en un momento, pasa de depender de un numeroso equipo de profesionales sanitarios al cuidado informal, mayoritariamente prestado por su entorno familiar.

Si los pacientes que son atendidos en instituciones por profesionales cualificados, según numerosos estudios tanto nacionales como internacionales, son susceptibles de sufrir un Evento Adverso (EA) durante su estancia en las mismas, la situación pudiera empeorar una vez se trasladen a su domicilio en situación de dependencia, y sean atendidos por cuidadores informales y no por profesionales sanitarios; en estos casos también pueden sufrir la mayoría de los EA que suceden en hospitales, residencias u otras instituciones como: caídas, úlcera por presión, bronco aspiraciones o mal manejo de la medicación. Por tanto creo que en estas situaciones también se puede calificar de Eventos Adversos a aquellos accidentes que pueden ocurrir en el domicilio, sobre todo en los primeros días tras un alta hospitalaria compleja.

Los problemas de seguridad en los pacientes han sido muy investigados en la comunidad internacional y por supuesto en España.

En nuestro país se ha investigado la incidencia de EA en el ámbito de los Hospitales como el proyecto ENEAS o en Atención Primaria como el proyecto APEAS, e incluso se ha estudiado, aunque en menor medida, en las instituciones sociosanitarias y residencias con el estudio EARCAS. Sin embargo, sólo unos cuantos estudios y en la comunidad internacional han utilizado un enfoque similar al de los problemas de seguridad en las instituciones sanitarias pero en el domicilio del paciente. Teniendo en cuenta que muchos de esos pacientes son complejos y en su mayoría dependientes en alguna medida de otras personas, por tanto también están expuestos al “error humano”.

### 3.1 EVENTOS ADVERSOS

La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de Eventos Adversos ya que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas.

Tomando como definición de evento adverso (EA) el daño no intencionado relacionado con la atención sanitaria más que por el proceso nosológico en sí, se han realizado varios estudios de cohortes históricas (retrospectivas) con una metodología similar mediante la revisión de historias clínicas. En una primera fase fueron realizadas por personal de enfermería que detectaban posibles alertas en pacientes que podían haber padecido un EA. Posteriormente, en una segunda fase, los pacientes que habían sido detectados por la guía de cribado eran reevaluados por médicos para decidir si se trataba verdaderamente de un EA o no (Aranaz et al., 2011).

El estudio más importante fue el que se desarrolló en 1984 en Nueva York, conocido como Harvard Medical Practice Study (Brennan et al., 1991) que estimó una incidencia de EA del 3,7%. En el 70% de estos pacientes el suceso adverso condujo a discapacidades leves o transitorias, pero en el 3% de los casos las discapacidades fueron permanentes y en el 14% de los pacientes contribuyeron a su muerte. El motivo de la revisión era establecer el grado de negligencia en la ocurrencia de estos EA y no para medir la posibilidad de prevenirlos. Las reacciones a los medicamentos eran el EA más frecuente (19%), seguido de infecciones nosocomiales de herida quirúrgica (14%), y de complicaciones técnicas (13%).

La seguridad del paciente ha preocupado siempre a los profesionales sanitarios, con más relevancia desde el estudio Brennan, pero sobre todo con la publicación por el Instituto de Medicina de los EE.UU (OIM) en 1999 del informe “To Err Is Human” (Kohn, et al., 2000). En este informe *Error es humano: Construyendo un Sistema de Salud Más Seguro*, la OIM destacó el alcance de las lesiones y muertes evitables que ocurren en hospitales de Estados Unidos cada año. El informe indica que entre 44.000 y 98.000 norteamericanos fallecían anualmente debido a fallos y errores cometidos en el sistema sanitario de EEUU, más que por accidentes de automóvil, el

cáncer de mama o el SIDA, y que un 14% de las hospitalizaciones presentaban un evento adverso (EA) relacionado con la atención sanitaria. Esto supuso un punto de inflexión para el desarrollo de actividades orientadas hacia la mejora de la seguridad. Además de evidenciar los problemas de seguridad debidos a la atención sanitaria, identificó que estos EA se producían por múltiples fallos en el complejo sistema sanitario actual y que un elevado porcentaje eran prevenibles.

En un estudio realizado en 28 hospitales del sur de Australia y de Nueva Gales del Sur, se encontró una tasa de EA del 16,6%, siendo un 51% de ellos prevenibles. Los sucesos altamente prevenibles fueron asociados con los que produjeron mayor discapacidad (Ackermann, 1996).

En Canadá y Nueva Zelanda, cerca de 10% de los pacientes hospitalizados sufren consecuencias negativas debidas a errores médicos. En Australia (Kohn et al., 2000) esta cifra es de aproximadamente un 16,6% y en España, según el Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS) (Aranaz, 2005) realizado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, la incidencia de Eventos Adversos relacionados con la asistencia sanitaria es del 9,3%; de estos, el 43% serían evitables según el estudio EARCAS, estudio multicéntrico a nivel nacional que mide los EA en atención sociosanitaria (EARCAS) (Aibar, 2011).

A las consecuencias directas en la asistencia se suman las repercusiones económicas: hospitalizaciones adicionales, demandas judiciales, infecciones intrahospitalarias, y al propio dolor de los pacientes y sus familias, junto con la pérdida de ingresos, discapacidades y gastos médicos, representan en algunos países un costo anual de entre 6.000 millones y 29.000 millones de dólares estadounidenses (Agra & Terol, 2006).

Esta información ha conducido a la comunidad internacional a la reflexión acerca de la necesidad de adoptar medidas eficaces que permitan reducir el creciente número de Eventos Adversos derivados de la atención sanitaria y sus repercusiones en la vida de los pacientes.

Un estudio realizado en EE.UU en 1999 investigó los problemas de seguridad del paciente de cuidado en domicilio, utilizando los datos recogidos a través de los resultados y la evaluación del conjunto de información (OASIS) (Hittle et al., 2004)

(Shaughnessy et al., 2002). Los resultados indicaron que el 13% de todos los pacientes de atención domiciliaria había experimentado un evento adverso. Los clientes que experimentaron este tipo de eventos fueron generalmente personas mayores (Madigan, 2007). Los tipos de Eventos Adversos experimentados fueron la muerte inesperada, la infección del tracto urinario, caída o accidente en el hogar, el deterioro de heridas, ingreso en residencia inesperado aparición o aumento en el número de úlceras por presión, administración de medicamentos o efectos secundarios indebidos y la hipo / hiperglucemia. Estudios recientes sugieren que Canadá experimenta una gama similar de temas de seguridad del paciente entre la población de atención domiciliaria (Masotti, McColl, & Green, 2010).

Estudios posteriores han sido llevados a cabo en los estados de Utah y Colorado (Studdert et al., 2000), Australia (Vincent, 2002), Reino Unido, Dinamarca (Schiøler et al., 2001), Francia (Michel, 2004), o España (Aranaz et al., 2005). Todos ellos han confirmado la magnitud y la evitabilidad del problema, pero también una significativa variación de resultados como consecuencia de la diferente metodología utilizada.

Son destacables otros estudios específicamente dirigidos a analizar la frecuencia y gravedad de los efectos adversos en atención pediátrica (Woods, et al. 2005) de aquellos que se manifiestan tras el alta hospitalaria del paciente (Forster, et al., 2003), de los ocurridos en atención primaria de salud y otros que utilizan la metodología cualitativa (Rubin, et al., 2003).

**Tabla 6. Estudios epidemiológicos de eventos adversos a nivel mundial**

Estudios realizados a nivel mundial, muestran que un % alto de los eventos adversos que suceden en la práctica asistencial son evitables					
	Autor y año	Nº hospitales	Nº pacientes	Incidencia	% evitables
EE.UU - Harvard	Brennan 1984	51	30.195	3,8	27,6
EE.UU - UTCOS	Thomas 1992	28	14.565	2,9	27,4 - 32,6
Australia - QAHCS	Wilson 1992	28	14.179	16,6	51,2
Reino Unido	Vincent 1999	2	1.014	11,7	48,0
Dinamarca	Schiøler 2002	17	1.097	9	40,4
Nueva Zelanda	Davis 1998	13	6.579	11,3	37
Canadá	Baker 2002	20	3.720	7,5	36,9
España	Aranaz 2005	24	5.624	9,3	42,6

Como demuestran las investigaciones, en todos los sistemas de atención de salud se producen Eventos Adversos de forma sistemática. Aunque varíe el contexto, nadie puede anunciar que ha resuelto totalmente el problema de la seguridad del paciente.

**Tabla 7. Resultados de estudio empírico sobre errores y EA en Hospitales**

ESTUDIO	TAMAÑO DE LA MUESTRA	FRECUENCIA DE ERROR/ EA
Steel et al 1981(Steel, Gertman, Crescenzi, & Anderson, 1981)	815 pacientes admitidos en un servicio médico general de un hospital universitario americano	36% enfermedad iatrogénica 9% incidente mayor 2% contribución en la muerte del paciente
California Medical Association, 1977 (Mills,1977)	20.864 registros de 2 hospitales en California	4,6% de posibles eventos indemnizables 0,8% eventos adversos negligentes
Harvard Medical Practice Study (Brennan, Leape, Laird, Hebert, et al ,1991)	30.121 casos de 51 hospitales no-psiquiátricos de agudos en el estado de Nueva York durante el año 1984	3,7% frecuencia global de eventos adversos 1% eventos adversos negligentes (27,6% de todos los eventos adversos) 13,6% de los eventos adversos contribuyeron a la muerte
Quality in Australian Health Care Study (Wilson, Runciman, Gibberd, Harrison, et al 1995)	14.655 registros médicos de admisión de 28 hospitales de New South Wales y South en Australia	16,6% eventos adversos globales (de los cuales el 51% fueron considerados prevenibles y el 4,9% contribuyeron a la muerte del paciente)
Utah & Colorado study (Thomas, Studdert, Burstin, Orav, Brennan, et al, 2000a)	15.000 altas de hospitales no-psiquiátricos en Utah y Colorado	2,9% eventos adversos globales (32,6% atribuibles a negligencia y en el 6,6% se produjo la muerte)
Revised Quality in Australian Health Care Study (Thomas, Studdert, Runciman, Webb, Brennan, et al, 2000b)	14.655 registros médicos de admisión de 28 hospitales de New South Wales y South de Australia, clasificados de acuerdo a los métodos de Utah/Colorado	10,6% eventos adversos globales
(McGuire et al. 1992)	44.603 procedimientos quirúrgicos sucesivos en un hospital durante el periodo de 1977-1990	6,3% de complicaciones (49% de ellas atribuibles a error y el 4,1% de errores condujo a la muerte)
(O'Hara & Carson ,1997)	Todas las altas en 247 hospitales de agudos de Victoria, Australia en 1994-95	5% eventos adversos globales 1,6% eventos adversos contribuyen a la muerte
(Davis, Lay-Yee, Briant, Schug, et al 2002)	6.579 altas de 13 hospitales públicos de Nueva Zelanda en 1998	12,9% eventos adversos globales
Estudio Piloto 2 Hospitales ingleses (Vincent, Neale & Woloshynowych 2001)	1.014 registros médicos y de enfermería	11,7% eventos adversos globales (48% catalogados como prevenibles y el 8% contribuyó a la muerte)
Fenn, Gray, Rickman, Diacon, et al ,2002)	Encuesta a 8.206 individuos de una muestra aleatoria de la población	1,6% de la población /año manifestó eventos adversos (enfermedad, daño o empeoramiento)

Adverse events and the National Health Service: an economic perspective. Health Economics Research Centre Department of Public Health University of Oxford. Noviembre 2003. Fuente: Estrategia para la Seguridad del Paciente. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2006.

En el estudio español Proyecto Séneca se evidencian errores evitables que provocan EA relacionados con los cuidados tales como errores en la medicación, lesiones por presión, flebitis, falta de información del paciente, infecciones nosocomiales y caídas. Estos EA desempeñan un papel importante en los resultados en salud que se obtienen de la asistencia sanitaria y por tanto están muy implicados en la seguridad del paciente (Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud 2010).

El primer estudio en abordar de forma general la seguridad del paciente en los centros sociosanitarios es el estudio EARCAS (Eventos Adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios)

Este estudio refleja que los Eventos Adversos más comunes y que requieren atención prioritaria están relacionados con los cuidados (caídas, broncoaspiraciones y úlceras por presión), el incumplimiento de las prescripciones, los derivados del manejo de la medicación sobre todo antidiabéticos orales e insulina y las infecciones del tracto urinario. Los pacientes con enfermedades neurológicas tuvieron un 84% de riesgo de sufrir un EA.

**Tabla 8. EA más frecuentes relacionados con los cuidados en centros sociosanitarios y residencias**

Caidas en el baño, habitación	64%
Caidas de la cama, silla de ruedas.	61%
Aspiración Broncopulmonar	57%
Úlceras por presión	56%
Enfermedades Neurológicas	84%

Fuente : Elaboración propia con los datos de estudio EARCAS

En la revisión de la literatura, existen muy pocos estudios sobre la seguridad de los pacientes en domicilio, las investigaciones Canadienses son las que aportan los primeros datos seguidas de las de EE.UU, habiendo encontrado una escasa investigación descriptiva para determinar la prevalencia de los EA en la atención domiciliaria (Harrison et al., 2013).

En la revisión sistemática que realizan Masotti et al. sobre los Eventos Adversos experimentados por los pacientes de atención domiciliaria, se encontraron tasas de incidencia de EA en domicilio de hasta de un 15%, asociados en su mayoría a problemas de comunicación, infecciones urinarias y caídas (Masotti et al., 2010).

En Canadá, donde se sitúan el mayor número de investigaciones relacionadas con los Eventos Adversos en domicilio, Sears et al., realizaron un estudio en el que

encontraron una incidencia de EA de un 13,2 por cada 100 casos de atención en domicilio de los cuales un 50% serían evitables. Los EA más frecuentes fueron las caídas y los relacionados con medicamentos (Sears, et al., 2013).

El estudio más relevante es el publicado por Blais y et al., en el que estudiaron la incidencia y tipos de Eventos Adversos domiciliarios en tres provincias canadienses de diferentes regiones del país: Oeste de Canadá (Manitoba), Centro de Canadá (Quebec) y Este de Canadá (Nueva Escocia) donde se pretendía identificar los factores que contribuyen a EA. En este estudio la incidencia por paciente al año fue del 10.1% de los que el 56% de los EA se consideraron evitables. Los EA más frecuentes fueron similares a los estudios anteriores, las caídas, las infecciones de heridas y los errores en la medicación (Blais et al., 2013).

En el estudio de Doran et al., se utilizan los métodos de investigación del hospital para evaluar la incidencia de reacciones adversas en la población, la atención domiciliaria y los factores que influyen en la aparición de Eventos Adversos en el domicilio, identificándose los riesgos de seguridad en esta población. El evento más frecuentes fue la caída (Doran et al., 2009).

Este estudio demuestra que los pacientes en su domicilio están en riesgo de una lesión como consecuencia de su cuidado. Los estudios de seguridad del paciente en los hospitales se han centrado en el daño resultante de las acciones del personal profesional. Sin embargo, la atención domiciliaria a menudo incluye la atención prestada por los familiares y amigos de los pacientes. De las acciones de este personal no cualificado pero que va a realizar complejas intervenciones de cuidado hay muy poco estudiado. Esto plantea nuevos retos para la mejora de la seguridad.

El autocuidado fue calificado como un factor que contribuye en más de la mitad (52,6%) de los EA y es más importante que la contribución de la atención prestada por el personal de atención de salud. El autocuidado junto a la prestación de cuidados informales fueron considerados como un factor de riesgo en dos tercios de las muertes asociadas a los EA. Estos hallazgos sugieren que puede haber beneficio en una mayor educación del paciente y del cuidador informal, el desarrollo de habilidades y la planificación clínica como intervenciones para reducir los EA. Sin embargo, sólo un tercio de los EA fueron evaluados como evitables, lo que sugiere

que las mejoras en la seguridad del paciente en la atención domiciliaria será un reto (Coleman et al., 2004). Este estudio identifica que los EA llevan a una mayor utilización de la atención sanitaria, incluyendo las visitas a urgencias y reingresos hospitalarios, lo que refuerza las preocupaciones planteadas por los estudios que se han centrado en estos problemas desde una perspectiva hospitalaria (Liliford et al., 2003).

En otro estudio de EE.UU realizado en 2003 tras entrevistar a 400 pacientes tres semanas después de su alta hospitalaria, encontraron que el 20% de los mismos habían experimentado un evento adverso tras el alta hospitalaria de los cuales el 33% era prevenible. La mayoría de estos eventos se debieron a la inadecuada comunicación del plan de seguimiento entre el personal del hospital y el paciente, sus familiares o los médicos de atención primaria (Forster et al., 2003).

Estos datos sugieren un número significativo de Eventos Adversos en la atención en domicilio donde un tercio de los cuales fueron considerados prevenibles.

En otro de los estudios realizados en Canadá se encontró una tasa de incidencia de un 5,5% de Eventos Adversos en una muestra de 279 clientes de atención domiciliaria en Winnipeg. De los EA ocurridos en el domicilio, las caídas representaron casi la mitad, un 46%, seguido por los acontecimientos relacionados con la medicación, un 23%, y las úlceras por presión un 3,8% (Johnson, 2006).

En otro estudio Sears, en Toronto, recopiló datos sobre los Eventos Adversos en una muestra estratificada y aleatoria de los pacientes que habían recibido los servicios de enfermería de atención domiciliaria y fueron dados de alta entre los años 2004-2005 a partir de tres programas de Ontario. Sears encontró que la tasa de Eventos Adversos fue de un 13,2%. Esta tasa es similar a la del estudio americano. Treinta y tres por ciento de los Eventos Adversos se clasificaron con un 50% de probabilidad de ser evitados (Sears, 2008).

Muchos son los factores que contribuyen a la aparición de los Eventos Adversos, Masotti y sus colaboradores, en su revisión bibliográfica, encontraron que los factores que contribuyen a Eventos Adversos en la atención domiciliaria incluyen: problemas de comunicación, problemas relacionados con el manejo de la tecnología,

la complejidad del cliente y el ambiente familiar. Catalogaron los Eventos Adversos en el domicilio de acuerdo a las siguientes categorías:

- Los relacionados con las caídas que supusieron el 61% de los Eventos Adversos; de ellos el 46% dieron lugar a lesiones.
- Los medicamentos.
- El uso de la tecnología (utilización de equipos médicos).
- Las infecciones.
- Las heridas (úlceras por presión, úlceras vasculares, quemaduras),

Una de las conclusiones de este estudio fue que la educación del paciente y/o el cuidador están íntimamente relacionados con la aparición de Eventos Adversos en domicilio, por lo que existe una clara necesidad de realizar un mayor enfoque del sistema en los cuidados y el entorno familiar (Masotti et al., 2010).

### 3.2 ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD

Todos los gobiernos y las organizaciones internacionales han desarrollado estrategias que contribuyan a la mejora de la seguridad de los pacientes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en la 55 Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Ginebra en el 2002, aprobó la resolución WHA55 en la que se insta a los estados miembros a prestar “la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente” y a establecer y consolidar “sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología” (OMS, 2009).

En dicha resolución los estados miembros de la OMS pedían a la Organización que tomara la iniciativa para definir normas y patrones mundiales, alentar la investigación y apoyar el trabajo de los países para concebir y poner en práctica normas de actuación concreta. En la Asamblea Mundial del 2004 se acordó organizar una Alianza Internacional para la seguridad de los pacientes que fue puesta en marcha el 27 de octubre de ese mismo año. El programa de la Alianza Mundial de la Salud del paciente (OMS 2004) incluye una serie de medidas

consideradas clave para reducir el número de enfermedades, traumatismos y defunciones que sufren los pacientes al recibir atención sanitaria. Su objetivo puede resumirse en el lema “Ante todo, no hacer daño”.

A la iniciativa de la OMS han seguido en el 2005 las de la Comisión Europea y del Consejo de Europa. El 5 de abril del 2005, la Comisión Europea bajo la presidencia luxemburguesa y la Dirección General de Salud y Protección del consumidor consensuaron la declaración “Patient security: making it happen” en la que se hace recomendaciones a las instituciones europeas. (Perneger, 2008).

El Consejo de Europa, asimismo, organizó otra reunión el 13 de abril de 2005 en Varsovia, con todos sus estados miembros, que concluyó con la “Declaración de Varsovia sobre la Seguridad de los Pacientes. La seguridad de los pacientes como un reto europeo”.

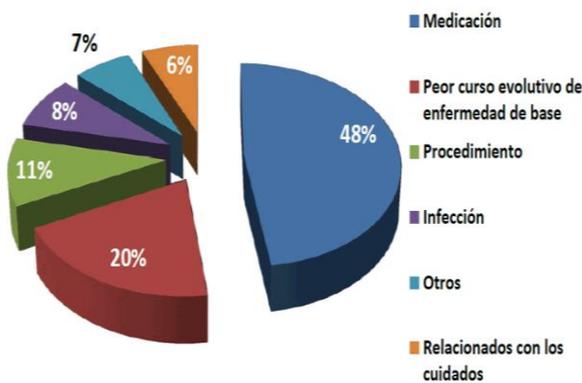
En ella se aconseja a los países que acepten el reto de abordar el problema de la seguridad de los pacientes a escala nacional mediante:

- El desarrollo de una cultura de la seguridad del paciente con un enfoque sistémico y sistemático.
- El establecimiento de sistemas de información que apoyen el aprendizaje y la toma de decisiones.
- La implicación de los pacientes y de los ciudadanos en el proceso.

Mientras que la OMS y el Consejo de Europa son órganos cuyas directrices no son de obligado cumplimiento y por tanto solamente recomiendan a los estados miembros ciertas pautas de actuación, enfocándolo directamente hacía los pacientes y las instituciones, la UE enfoca el problema dentro de las directivas del libre intercambio de productos y profesionales, y de las normativas de confidencialidad, la necesidad de cumplimiento de estándares en los productos médicos, tanto de equipo como de medicamentos, y el uso de recursos dentro de la propia UE para con seguir los objetivos (Gonzalez Acero, 2012).

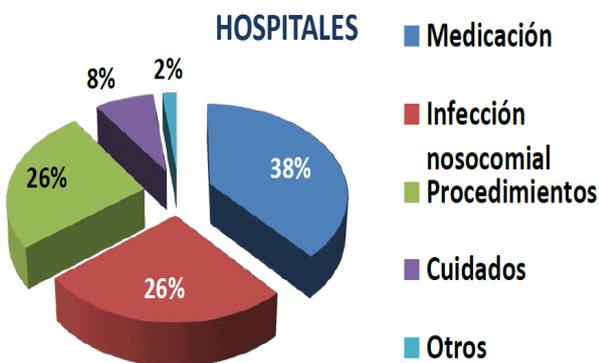
En nuestro entorno las estrategias de seguridad están muy presentes en las políticas sanitarias. El Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, en su edición de 2010 (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010) estableció que uno de los objetivos de la estrategia para mejorar la seguridad de los pacientes era “promover y desarrollar una cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y los pacientes, en

**Gráfico 16. Tipos de EA en Atención Primaria**



Fuente: Estudio APEAS

**Gráfico 15. Tipos de EA en Hospitales**



Fuente: Estudio ENEAS

cualquier nivel de la asistencia sanitaria”.

La Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha promovido en los últimos años diversos estudios que informan del estado de la seguridad de pacientes en distintos aspectos de la atención sanitaria: Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS) (Aranaz et al., 2005). Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud (APEAS) (Aranaz et al., 2008). y Eventos Adversos en Residencias y Centros asistenciales Sociosanitarios (EARCAS) (Aibar, 2011). Estos estudios reflejan la preocupación de los profesionales por la seguridad e incluyen recomendaciones que favorezcan una cultura proactiva para la seguridad del paciente.

En la Comunidad Autónoma de Andalucía, el III Plan de Calidad 2010-2014 y la Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2011-2014 (Barrera et al., 2011) establecieron que los profesionales, en el entorno organizativo basado en el modelo de Gestión Clínica, debían constituirse como agentes facilitadores y garantes de una provisión de servicios sanitarios seguros y de alta calidad.

El domicilio es el medio natural de atención en el caso de los enfermos crónicos y dependientes ya que es donde pasan la mayor parte del tiempo conviviendo con su enfermedad. Es el medio en el que, además, los cuidadores se desenvuelven a diario. Es por tanto donde se generan o agudizan necesidades y problemas de seguridad sobre todo en los casos de dependencia y fragilidad (Martínez et al., 2008), (Gomes, et al., 2008). Se considera que este es el ámbito donde se debe dar con mayor contundencia un modelo de atención centrado en las personas, liderado por enfermeras, donde se desarrolle un plan de intervención que permita coordinar a todos los actores implicados en el proceso para caminar hacia un modelo integrado (Arnedo, 2009).

En Andalucía, El Plan de Mejora de la Atención Domiciliaria y la Guía de Atención al Paciente Pluripatológico considera al profesional de enfermería como el agente de salud que lidera la atención en el domicilio, que garantiza la continuidad de los cuidados y por consiguiente aumenta la seguridad, en estrecha colaboración con el resto del equipo multidisciplinar (Santos, et al 2003), (Ollero et al, 2002).

Las enfermeras comunitarias en el ámbito domiciliario valoran de manera individual las necesidades del paciente y sus cuidadores, diseñan planes de intervención negociados con los pacientes. Además, utilizan programas de educación para la salud y de entrenamiento y resuelven la coordinación con otros niveles, sistemas y miembros del equipo asistencial en bien de su paciente (Fernández, et al, 2006).

El Código Deontológico de Enfermería estadounidense establece que “el enfermero fomenta, apoya y se esfuerza en el cuidado de la salud, la seguridad y los derechos del paciente... incluyendo la responsabilidad de proteger su seguridad...”(Leape & Berwick, 2000).

El 95% de pacientes con enfermedades crónicas y necesidad de ser cuidados por otras personas residen en sus domicilios, a cargo de un cuidador informal que asume el cuidado del paciente, por lo que tiene especial relevancia educar y adiestrar a estos cuidadores para aumentar la seguridad de estos pacientes (Masotti et al., 2010).

Las personas con enfermedad crónica y las familias que las cuidan han de realizar un aprendizaje que les permita afrontar la enfermedad y sus cuidados de forma óptima y con las mayores garantías de seguridad posibles.

El conocimiento junto con la motivación y las creencias son cruciales para seguir las indicaciones del personal sanitario que aseguren una buena adherencia al tratamiento y cumplimiento.

La educación terapéutica es una intervención de aprendizaje que tiene como objetivo que el enfermo y la familia adquieran conocimientos, habilidades y actitudes que le capaciten para gestionar el manejo diario de la enfermedad. Esta educación debe integrarse a la realidad física, psicológica y sociocultural de cada paciente. Para ello se necesita la participación activa de los pacientes y de sus cuidadores (Ollero et al., 2011).

El objetivo principal de las nuevas tendencias es pasar de un modelo en el que el paciente y el sistema se relacionan de forma pasiva a otro de relación proactiva.

En estos modelos proactivos tienen un papel crucial las enfermeras, tanto de hospitales como de atención primaria. En Andalucía en 2014 había 23.860 enfermeras que suponen cerca del 40% del total de profesionales sanitarios. De ellas, 6.143 desempeñaban su función en Atención Primaria y 17.717 en Atención Hospitalaria. (SAS, 2014)

Las enfermeras tienen una visión integral que les permite realizar un diagnóstico bio/psico/social de las necesidades de cuidados que presenta la población en situación de dependencia y utilizar instrumentos para graduarla.

Andalucía está inmersa, como el resto de las sociedades industrializadas, en las transformaciones progresivas de la sociedad en las últimas décadas, la evolución de sus expectativas y sus necesidades, así como en profundos cambios demográficos y sociales que perfilan nuevos escenarios y dan lugar a nuevas prioridades y áreas de actuación desde las que atender más adecuadamente las necesidades emergentes de la sociedad. A ello hay que sumar el avance indudable del Estado del Bienestar al que recientemente se ha unido el nuevo pilar de atención a las situaciones de Dependencia.

Todo ello ha conducido a las administraciones sanitarias a encontrar distintas alternativas como una nueva orientación del sistema hacia los cuidados.

Por ello ha elaborado una estrategia cuyo objetivo es el desarrollo de los cuidados en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), del que puedan beneficiarse la totalidad de los ciudadanos y ciudadanas de nuestra Comunidad.

Esta Estrategia para los Cuidados en la Andalucía del Siglo XXI supone una nueva visión de la atención sanitaria más cercana a las necesidades cotidianas de la ciudadanía andaluza.

Esta nueva tendencia forma parte de las principales líneas de modernización del Sistema Sanitario Andaluz, contenidas en el II Plan de Calidad y el III Plan Andaluz de Salud, con la integración de nuevas herramientas como la Gestión Clínica, los Procesos Asistenciales, la Acreditación de la Calidad, la Gestión por Competencias y la Gestión del Conocimiento.

Al incorporar la perspectiva de cuidar, con el ciudadano como eje central, en el Sistema Sanitario se proporciona una respuesta asistencial única, integrada y continua a los problemas de salud, con la implicación y el compromiso de la totalidad de los profesionales del Sistema Sanitario cuyas actuaciones son complementarias en función de sus distintas competencias y responsabilidades, dentro de una visión colaborativa del trabajo en equipo para, entre otros objetivos, mejorar la seguridad en la prestación y provisión de los cuidados.

El marco de la Estrategia de Seguridad de los Pacientes en Andalucía, incorpora objetivos de seguridad relacionados con los cuidados en los diferentes acuerdos de gestión:

Participar en el desarrollo e implantación de indicadores sobre los efectos adversos derivados del cuidado, que incorpore un sistema de alerta y un plan de mejora continua.

Ampliar la oferta de enfermeras gestoras de casos en el ámbito de consultas y pruebas diagnósticas para la población frágil.

Facilitar información de los servicios que oferta el equipo sanitario.

Con esta línea de actuación se optimizan instrumentos y sistemas de gestión más efectivos y eficientes que permiten dar respuesta a las necesidades, demandas y expectativas de la población mediante el avance de la práctica clínica en el cuidado de la salud. La consolidación de herramientas como la Gestión de Casos y la Continuidad de Cuidados son piezas claves que facilitan el recorrido hacia un sistema sanitario que proporcione cuidados más efectivos, sostenibles y seguros (Pérez et al., 2007).

Andalucía, dentro de sus políticas de asistencia sanitaria de protección a las familias andaluzas, crea a los Enfermeros Gestores de Casos que constituye un puesto clave de interconexión entre los pacientes, los cuidadores, los proveedores y el sistema sanitario. Por tanto están en condiciones de mejorar la seguridad del paciente al adoptar un enfoque holístico para la identificación proactiva de los problemas de seguridad y abordar las necesidades de estos pacientes desde la perspectiva de la seguridad (Gómez & Fuster, 2014).

Indudablemente nuestra sociedad se enfrenta a nuevos retos económicos, políticos, demográficos, sociales y culturales que requieren de unos servicios sanitarios capaces de satisfacer las crecientes necesidades en salud de la población, especialmente en el abordaje de los procesos crónicos.

Una gran proporción de la actividad clínico-asistencial de la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) se centra en promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de enfermedades tales como hipertensión, diabetes mellitus, enfermedades coronarias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y problemas cerebrovasculares. La evidencia a nivel internacional pone de manifiesto la imperiosa necesidad de incorporar nuevos modelos de EPA para mejorar la atención a los pacientes, especialmente en los procesos crónicos.

La EPA proporciona una mayor satisfacción por parte de los usuarios, unos resultados positivos en términos de salud, una mejora en la coordinación de los servicios y en la continuidad asistencial, y una mayor cohesión de los equipos multidisciplinares, a través de una atención integral e integrada (Ball, 2005).

En la actualidad, asistimos a un crecimiento exponencial en el número de publicaciones, informes y proyectos de investigación destinados a aumentar el conocimiento sobre la incidencia y tipo de EA. Son numerosos los países que ya están abordando el problema y definiendo sus estrategias (Inglaterra, Dinamarca, Países Bajos, Suecia, Canadá, Francia, EE.UU, etc.). Es destacable el esfuerzo económico en muchas de estas estrategias, sirva como ejemplo la AHRQ (Agency of Health Research and Quality) que ha destinado en los últimos años 165 millones de dólares a la investigación en la seguridad de los pacientes (Barrera et al., 2011).

Desde la comunidad internacional se han puesto en marcha distintas iniciativas dirigidas a garantizar que la seguridad del paciente se sitúe en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos inherentes a la calidad y a su mejora. Entre las actuaciones emprendidas en este sentido una de las más significativas ha sido la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes, que emprendió la OMS en 2004 con el objetivo principal de disminuir las consecuencias negativas de los cuidados médicos.

La mayor parte de la evidencia actual sobre EA proviene del medio hospitalario, debido en parte al mayor riesgo que comportan los cuidados en este entorno. Pero muchos EA ocurren en otras instituciones sanitarias, consultas médicas, cuidados de enfermería, farmacia, domicilio de los pacientes, etc.

Andalucía también ha puesto en marcha diversas estrategias para estudiar y prevenir los EA como se desarrolla en el documento “Estrategia para la seguridad del paciente” que editó la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en 2006. Este documento se enmarca dentro del II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público Andaluz con el objetivo de aumentar la calidad de la asistencia sanitaria proporcionando atención y cuidados más seguros a los pacientes y disminuyendo la incidencia de Eventos Adversos (Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2006).

La dependencia asociada al envejecimiento y a los cambios en la estructura familiar debido, entre otras cosas, a la incorporación de la mujer al mundo laboral, se convierte así en un problema socio-sanitario y económico muy importante.

A medida que la población envejece aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacitantes que tienden a provocar complicaciones y secuelas que dificultan la independencia y la autonomía de las personas (Casado 2006).

Las Enfermedades Cerebrovasculares son la primera causa de incapacidad en los países desarrollados y la tercera causa de mortalidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la incidencia promedio mundial de ICTUS es aproximadamente 200 casos por 100.000 habitantes al año, aunque existen marcadas diferencias entre los distintos países (Feigin et al., 2003).

Anualmente 15 millones personas en todo el mundo sufren un accidente cerebrovascular. De estos, 5 millones mueren y otro 5 millones se quedan permanentemente discapacitados, siendo una carga importante social y económica para la familia y la comunidad.

Las limitaciones físicas o psíquicas son variables; aproximadamente tras el primer evento vascular agudo, el 25% de los pacientes precisan ayuda para cualquier actividad básica de la vida diaria. Se estima que existen unos 50 millones de personas que han sobrevivido a un ICTUS en el mundo y que sufren secuelas físicas y cognitivas (Bonita et al., 2004).

Los estudios muestran que un 12-18% de los supervivientes tienen afasia, un 22% no son capaces de andar, y un 24-53% dependen de una tercera persona para las actividades de la vida diaria (Wolfe, 2000).

El aumento exponencial de la actividad asistencial, junto a la progresiva complejidad y la sofisticación de las técnicas sanitarias empleadas en los procesos, han aportado sin duda una mayor calidad, eficiencia y eficacia de la atención sanitaria, pero esos mismos avances han sido los responsables de aumentar el riesgo de que se produzcan eventos adversos (EA) asociados a esta.

Esta situación, cada vez más presente en los hospitales, provoca que los pacientes se trasladen al domicilio con gran parte de esa “especializada asistencia” y con una alta necesidad de cuidados que, en un momento, pasa de depender de un numeroso

equipo de profesionales sanitarios al cuidado informal, mayoritariamente prestado por su entorno familiar.

Aunque ninguna actividad puede ofrecer una solución total para hacer frente a los Eventos Adversos, las acciones combinadas entre los profesionales de vanguardia y los administradores de salud pueden ofrecer una hoja de ruta hacia un sistema de prestación de asistencia sanitaria más segura (Carr, 2007).

Es fundamental evaluar la capacidad y la voluntad del paciente y su cuidadora para satisfacer las necesidades del cuidado personal, necesarias para conseguir su participación en el plan.

La seguridad del paciente seguirá siendo una prioridad para los próximos años, y la Gestión de Casos está en la vanguardia de cualquier cambio que se produzca en este ámbito.

La Gestión de Casos como enfermería de Práctica Avanzada se anticipa y ejecuta intervenciones precoces con una proactividad necesaria (Snoddon, 2010) sobre todo en el ámbito de la transición al domicilio que repercute, tanto en el paciente como en sus cuidadores, ya que estos serán los encargados de los cuidados diarios en el domicilio de los pacientes.

Esto supone un aumento en su seguridad puesto que las enfermeras son capaces de detectar los posibles riesgos y realizar actuaciones para prevenirlos. Estos modelos de Práctica Avanzada suponen una fuerte apuesta por la sostenibilidad del sistema sanitario y por la calidad, al tiempo que responden a las crecientes expectativas en salud de la población (Seva Llor, 2012).

Las personas dependientes están expuestas a sufrir un evento adverso al necesitar la intervención de otras personas, preparadas o no, para satisfacer sus necesidades básicas. Las complicaciones del paciente con ICTUS como la hemiplejía, de perfil

crónico, son frecuentes e invalidantes en muchos casos. En el estudio de Lombillo la discapacidad funcional, se manifestó como factor clínico asociado a la presencia de complicaciones, se identificó un 92 % de discapacitados severos, un 72 % de discapacitados moderados y un 42 % de discapacitados ligeros con complicaciones de algún tipo entre ellas la bronconeumonía con un 6% en el primer año. Las caídas y fracturas son complicaciones frecuentes en pacientes hemipléjicos (Hurtado & Fernández, 2007) no fueron comunes en su estudio que atribuyen a que los pacientes están bajo un programa de tratamiento hospitalizado, en un medio controlado, con personal adecuado, lo que supone una ventaja para el enfermo (Lombillo et al., 2014).

### **3.3 LA ENFERMERA: PIEZA CLAVE EN LA SEGURIDAD**

La profesión enfermera es promotora de la seguridad del paciente, desde Florence Nightingale, que documentó las condiciones no seguras en los hospitales y demostró con resultados que las enfermeras formadas sistemáticamente podían hacer más seguro el entorno de los pacientes bajo sus cuidados (Attewell, 1998). Posteriormente, en la década de los 50 del siglo XX, fueron las enfermeras las que iniciaron los informes de incidencias para ayudar a identificar los riesgos, contribuyendo así a la iniciación de la gestión de riesgos hospitalaria (Baeza, 2001).

Las anteriores contribuciones han hecho que las enfermeras sean reconocidas como la clave de la calidad y seguridad en los hospitales (Mason, 2008), y líderes positivos como promotores y educadores de una cultura de la seguridad (Sammer & James, 2011). En las últimas décadas, esto ha sido reconocido en estudios que señalan a las enfermeras como una variable crítica en la identificación de los factores de riesgo tanto potenciales como reales en la atención de los pacientes. (Tourangeau et al., 2007).

Las políticas públicas centradas en la atención de la salud basada en la evidencia científica, han incluido en su gestión el concepto de riesgo en cuanto probabilidad de ocurrencia de un daño y, por tanto, posible de gestionar, así como la mejora en la percepción y valoración de la seguridad asistencial. Esto ha hecho que hoy la seguridad del paciente, y la consecuente gestión de riesgos, se conformen como un imperativo en la prestación de servicios de enfermería.

La enfermera, de un modo universal, sociológica o jurídicamente, es la depositaria de la gestión del cuidado, entendida ésta como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización y control de la provisión de cuidados directos, oportunos, seguros, integrales, continuos y personalizados, en el contexto de la atención en salud (Hurtado, 2015). El concepto de un cuidado seguro, que encierra la gestión del cuidado, es destacado por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) que declara, entre otros, que el fomento de un entorno seguro es una función esencial de las enfermeras (Ramírez et al., 2011).

La seguridad del paciente es un desafío del equipo de salud desde que el control de los riesgos y la reducción de EA necesitaron de un abordaje organizacional e interdisciplinar. En este contexto, los profesionales de enfermería se encuentran en una situación estratégica debido a que la posición que ocupan les permite obtener y compartir información con el paciente, sus cuidadoras y los diversos profesionales de la salud. El aporte de las enfermeras tiene un impacto positivo en la seguridad (Córdoba & Espinosa, 2006) y también en la prevención de los EA.

En este sentido, el Ministerio de Sanidad (2009) señala que las enfermeras coordinan y crean un entorno en el cual se pueden implantar nuevos protocolos multidisciplinares, además de influenciar en su adherencia. Mantienen un mayor contacto con los pacientes; tienen un vasto conocimiento de la realidad de la calidad de la atención y son una importante fuente de propuestas de mejora. Sobre estas observaciones establece como una buena práctica “la ampliación de las responsabilidades de las enfermeras en la gestión de la calidad y de los riesgos”. En igual sentido, teniendo en consideración la cooperación específica de las enfermeras a la gestión de riesgos en la atención en salud, algunos autores han concluido que una “cultura centrada en las enfermeras” permite reducir los riesgos y mejorar la calidad (García, et al. 2009).

Las mejoras en la educación de los cuidadores de pacientes, el desarrollo de habilidades y la planificación clínica pueden ser intervenciones útiles para reducir los EA, que un tercio de ellos fueron considerados prevenibles (Friedman, 2005).

Para mejorar la seguridad de estos pacientes según Ackley deberían establecerse procesos de planificación de altas basados en necesidades identificadas. Debe

tenerse un método para identificar a pacientes que tienen un riesgo elevado de sufrir algún evento adverso en su domicilio para planificar adecuadamente la continuidad de su atención (Ackley, 2008).

Las estrategias de seguridad que se plantean para los profesionales sanitarios deben ampliarse a los cuidadores informales, dado que la atención domiciliaria incluye la supervisión y la asistencia prestadas por la familia y amigos del paciente, que asumen la responsabilidad para realizar intervenciones de atención de la salud. El cuidado en el domicilio de pacientes con alta complejidad de cuidados al cuidado de sus familiares es cada vez más común en la atención sanitaria (Terol & Agra 2008).

Muchos pacientes, además del problema clínico principal, presentan otras circunstancias como incapacidades, alteraciones psicofísicas, etc., que les hacen estar en situación de mayor inseguridad o de exposición al riesgo. A estos pacientes se les denomina “vulnerables” (Rico et al. 2014). Distintos estudios han identificado que la vulnerabilidad del paciente tiene un papel destacado en la aparición de los Eventos Adversos relacionados con la asistencia (Carr, 2007).

Aquellos pacientes con ICTUS a los que les han quedado secuelas como las expresadas en los capítulos anteriores y que necesitan de otra persona para la realización de las actividades de la vida diaria, son extremadamente vulnerables. Por ese motivo las enfermeras aplicando su juicio clínico velan por su seguridad, tanto en el ámbito hospitalario como fuera de él, incluyendo en sus planes de cuidados todas las intervenciones necesarias tanto con el paciente como con su cuidadora que garantizan su seguridad y disminuyen la posibilidad de que ocurra un evento adverso.

Se puede concluir diciendo que la esencia de los servicios de la enfermera es la provisión de un entorno seguro, ofrecer cuidados humanizados basados en la evidencia científica, y que los pacientes perciban en la atención, confianza y seguridad.



## CAPÍTULO 4. GESTIÓN DE CASOS

### 4.1 GESTIÓN DE CASOS: DEFINICIÓN Y CONCEPTO

A principios del siglo XX la medicina avanza de forma importante convertida en una disciplina científica en la que las nuevas necesidades generan la llegada de médicos especialistas. Empiezan a surgir los sistemas sanitarios, con médicos generalistas, especialistas que trabajan en hospitales y en los domicilios, y salubristas que se integran en la estructura del estado.

Con el desarrollo de los seguros sociales la atención sanitaria tiene una cobertura pública que convive con la atención sanitaria privada.

Todos los países desarrollados del mundo establecieron sistemas sanitarios públicos generales de cobertura universal, o casi universal, con la excepción de Estados Unidos (Laín Entralgo, 1978).

Los médicos especialistas se agruparon para trabajar fuera del hospital en clínicas y ambulatorios además de sus consultas privadas. Más tarde se crearon los centros de salud y consultorios donde se agruparon médicos generales y otros trabajadores sanitarios. Esta nueva organización empezó de forma experimental en Canadá, Israel y el Reino Unido y, después de la Segunda Guerra Mundial, en otros países como Finlandia, España, Holanda, Portugal y Suecia. Sin embargo, en los países desarrollados, el médico general sigue siendo mayoritariamente un profesional independiente que trabaja en solitario (Bojke, et al. 2001).

Con estos cambios, la organización de la atención sanitaria se complicó. En España el paciente podía ser atendido en instituciones de salud pública, en urgencias, en las casas de socorro, en la consulta del médico de cabecera, en su domicilio o en un consultorio. También podía recibir atención especializada en el ambulatorio, en las urgencias hospitalarias y/o ingresar en hospitales públicos o concertados.

Al final del siglo XX se potencian los hospitales públicos, trasladándose a ellos los especialistas ambulatorios. Se inició una gran reforma de la atención primaria y se establecieron centros de salud con atención continuada y algo similar a lo que

ofrecían los médicos de la Asistencia Pública Domiciliaria. El sistema público aseguraba lo básico, pero no la coordinación de cuidados.

La evolución del sistema sanitario no se acompañó de una mejora en la coordinación de cuidados y los pacientes, que un siglo antes recibían todo de un solo profesional “el médico”, fueron dependiendo de más y más profesionales distintos, especialmente si padecían varias enfermedades (Gérvas & Rico, 2005). Situación que con el envejecimiento de la población, los continuos y sofisticados avances de la medicina, la tecnología y el aumento de los enfermos crónicos se ha visto extraordinariamente agravada. El sistema sanitario está completamente fragmentado, por lo que cada vez cuesta más garantizar la continuidad de cuidados sobre todo a aquellos pacientes más vulnerables, frágiles e incapacitados.

En este contexto de fragmentación de la atención, de cronicidad y complejidad de las situaciones de salud es cuando se potencia el modelo de gestión de casos.

La Gestión de Casos aparece como una innovación para mejorar la coordinación de servicios múltiples en torno a pacientes complejos que requieren de la intervención de diversos proveedores, disciplinas, niveles asistenciales e incluso sectores (Sarabia, 2011).

En la última década del siglo XX la Gestión de Casos recibe un impulso debido a la complejidad de la transición desde sistemas de salud tradicionalmente fragmentados hacia la provisión de servicios de salud integrados y controlados desde la gestión de cuidados. Se utiliza como mecanismo para coordinar la atención desde los hospitales para poder controlar mejor los costes que pudieran resultar de estancias hospitalarias prolongadas o de duplicación de servicios. La Gestión de Casos también se utiliza como mecanismo de coordinación entre servicios para facilitar el tránsito entre el hospital y el entorno comunitario sobre todo en los pacientes más frágiles (Posada & Torres 2009).

El origen de la Gestión de Casos procede de la década de los 50 y emerge en EEUU de la mano del movimiento de la antisiquiatría, incorporándose más adelante a otros contextos como Canadá, Australia, Israel u Holanda, y a otros ámbitos de atención diferentes al de la salud mental, como la gerontología, la atención a la infancia, o las drogodependencias.

Este modelo se crea ante la necesidad de dar respuesta a la población “desinstitucionalizada” y a sus familias, proporcionándoles atención y servicios en el propio entorno y así facilitar la integración activa en la comunidad, aprovechando de este modo el creciente desarrollo de los servicios sociales en un contexto histórico de construcción de los Estados de Bienestar en el norte y centro de Europa, y del crecimiento económico en los EEUU. En este contexto la Gestión de Casos será la orientación y la metodología nuclear de soporte y ayuda a los pacientes desinstitucionalizados (Rimbau i Andreu, 2009).

La metodología de la Gestión de Casos será asumida como paradigma por la entonces incipiente disciplina de trabajo social que, desde sus inicios, postula principios precursores de la misma como son la coordinación entre proveedores, la conceptualización de la persona integrada en su contexto, el enfoque dual (cliente/sistema) y la intervención multidimensional (persona, familia, comunidad y servicios sociales) (Sánchez, 2007).

En EE.UU los programas de Gestión de Casos recibieron un fuerte impulso al instalarse sistemas de gestión del cuidado que buscaban en la integración asistencial un mejor control de los costes de los servicios, especialmente en paciente complejos, con múltiples transiciones y reingresos. Este modelo de gestión, conocido como Case Management, fue definido por la American Nurses Credentialing Center (ACNN) como “proceso de colaboración sistemático y dinámico para proveer y coordinar servicios sanitarios a una población determinada”. El Case Management aparece estrechamente vinculado a los procesos de desinstitucionalización enmarcados en el ámbito de la salud mental; de allí se extienden en los años 70 a países europeos como Italia y Reino Unido. El traslado de esta experiencia a otros ámbitos y a sistemas menos fragmentados ha ido modificando el propósito inicial de optimizar la utilización de servicios a proporcionar una atención personalizada, coordinada y costo-efectiva (Bodenheimer & Berry 2014).

La Gestión de Casos se utiliza en la atención a personas con situaciones de salud complejas y de alto coste, con el fin de mejorar la eficiencia y disminuir la variabilidad. Es conocida internacionalmente como Case Managements.

Inglaterra, Países Bajos y Canadá tienen los modelos bien desarrollados y han influido considerablemente en nuestro entorno. La Gestión de Casos pretende, ofrecer servicios coordinados e integrados de atención sanitaria y socio sanitaria en el entorno habitual de la persona orientados a las necesidades del individuo, familia y circunstancias individuales, con un abordaje multidimensional y de manera eficiente y sostenible. Ayudar a las personas a encontrar su máximo potencial de salud y mejorar su autonomía (Espelt, 2009).

La gestión de casos y la gestión de cuidados cobran actualidad y son recuperadas como alternativa para que las personas con problemas de salud especialmente complejos obtengan del sistema los servicios que necesitan, con rapidez y de forma coordinada.

La necesidad de integrar servicios múltiples en torno al paciente, mediante la valoración integral, la planificación de la atención, la movilización de recursos y la coordinación parece ser la esencia de la gestión de casos.

### **DEFINICIÓN Y CONCEPTO**

Existen diversas concepciones teóricas sobre la definición del modelo de Gestión de Casos aunque todos consideran que se trata de un proceso compuesto de actividades de coordinación de los servicios y recursos sanitarios sobre una determinada población, de un modo sistemático y con base interdisciplinar y en el fomento de la continuidad asistencial con el fin de conseguir tanto resultados en el paciente como su satisfacción y la de los profesionales (Ethridge & Lamb, 1989).

Hay cinco áreas principales de intervención en la gestión de casos:

1. Proyección de la población en riesgo.
2. Proporcionar acceso oportuno a la información sobre los recursos sociales y de salud y cómo acceder a ellos.
3. La prestación de apoyo para la toma de decisiones informadas.
4. Facilitar la integración de múltiples servicios.
5. Garantizar la asignación eficiente de los escasos recursos disponibles, así como la maximización de la continuidad de la atención (Morales-Asencio, et al., 2008).

La Sociedad Americana de Gestión de Casos (Case Management Society of America). lo define como: *un proceso de colaboración mediante el que se valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y los recursos disponibles para promover resultados de calidad y costo-efectivos* (Powell & Wekell, 1996).

La Gestión de Casos aplicada a los cuidados es un proceso dirigido a recoger información específica sobre las necesidades de los usuarios, identificar los problemas, diseñar un plan de intervención y coordinar las actividades con los profesionales y familiares implicados. Mediante este la enfermera vela para que el paciente alcance los objetivos marcados en su plan asistencial coordinándose con diferentes profesionales y movilizandolos recursos necesarios garantizando así una atención integral y continuada que resuelva las necesidades de cuidados del paciente y su cuidadora.

Según la definición de López Izuel, la Gestión de Casos "tiene como objetivo integrar, coordinar las distintas intervenciones adaptándolas a los recursos de la organización y a las particularidades del usuario, controlando la ejecución de los cuidados preestablecidos en el plan". En este sentido "es un sistema de atención individual, focalizado en la consecución de objetivos específicos, estructurado en un tiempo y que utiliza correctamente los recursos adecuados para conseguirlos" (López et al, 1995).

La definición que aporta la Asociación Americana de Enfermería (ANA) del modelo es la siguiente: "la Gestión de Casos es un método sistemático de acercamiento al cuidar. Sus objetivos principales son: proporcionar unos cuidados de calidad, reducir la fragmentación de los cuidados, mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de salud y la racionalización de los costes sanitarios. El marco conceptual para la Gestión de Casos incluye cinco componentes: valoración, planificación, implantación, evaluación e interacción" (ACNN, 1988).

La Joint Comisionon Accreditation of Health Care Organizations realiza la siguiente definición "la Gestión de Casos es el proceso de colaboración interdisciplinario que asesora, planifica, implementa, coordina, monitoriza y evalúa las opciones y los

servicios para dar respuesta a las necesidades de salud de las personas, utilizando la comunicación y los recursos disponibles para promover la calidad de la asistencia y los resultados dentro de los parámetros de coste-efectividad” (Kanter, 1989).

Para Teixidor, la Gestión de Casos es: “el esfuerzo sistemático dirigido a la coordinación de la atención de la persona y de sus familiares que se centra en la consecución de resultados, siendo una opción que permite un mayor y más eficaz control del gasto sanitario. La orientación de la Gestión de Casos destaca dos líneas fundamentales de actuación: por un lado, la calidad, entendida como la oferta de un servicio integral, personalizado y riguroso; por el otro, los costes, considerados como la óptima administración de los recursos de todo tipo imprescindibles para alcanzar los objetivos de salud” (Teixidor, 2005).

El Servicio Andaluz de Salud define la Gestión de Casos como una Práctica avanzada de cuidados mediante la cual se desarrolla un proceso de colaboración para satisfacer las necesidades de salud de personas con elevada complejidad clínica y/o necesidades de cuidados, así como de su entorno cuidador.

El objetivo de las intervenciones de la Enfermera Gestora de Casos es mejorar la seguridad de un individuo, la productividad, la satisfacción y calidad de vida (Case Management Society of America, 2001). En esta nueva era de la seguridad del paciente, la Enfermera Gestora de Casos como facilitadora de la atención, tiene un papel fundamental en la primera línea de la asistencia sanitaria para garantizar la continuidad de la atención. La Enfermera Gestora de Casos realiza múltiples funciones cuyas intervenciones hacen especial hincapié en la evaluación y asimilación de la información, la coordinación y la planificación para la transición del cuidado, la educación del paciente y su familia, y la colaboración con otros cuidadores con el propósito fundamental de facilitar y optimizar la comunicación a lo largo de la estancia hospitalaria del paciente. Estas intervenciones mejoran y garantizan la seguridad del paciente (Carr, 2007).

Desde el ingreso y durante la estancia hospitalaria del paciente, la Enfermera Gestora de Casos realiza un plan de cuidados que le permite anticipar, identificar y monitorizar los acontecimientos cruciales y problemas que pueden afectar al

paciente en su tránsito a través del sistema garantizando la continuidad asistencial. Dado que la presencia de la Gestión de Casos se extiende tanto al Hospital como al Centro de Salud o al domicilio, las Gestoras de Casos son facilitadoras clave del proceso de transición de la atención. Errores de la salud pueden ser minimizados al garantizar la preparación tanto del paciente como de la cuidadora y la comunicación de información adecuada, correcta y concisa (Greenberg, 2004.).

La Gestión de Casos reduce la fragmentación que a menudo han experimentado los pacientes que tienen múltiples proveedores involucrados en su cuidado.

La Gestión de Casos tiene una responsabilidad esencial para asegurarse de que cada miembro del equipo cumple con su obligación a la hora de planificar el proceso de transición.

Evaluar de forma fiable y consistente la seguridad del paciente es importante y promueve la calidad de la atención, pero hacerlo sobre un conjunto diverso de organizaciones y comunidades es extraordinariamente difícil.

La Enfermera Gestora de Casos debe establecer metas a largo y corto plazo teniendo en cuenta las preferencias y el entorno del paciente, así como el proceso de su enfermedad para determinar los cuidados necesarios que se requieren para alcanzar los objetivos.

Es fundamental evaluar la capacidad y la voluntad del paciente y su cuidadora para satisfacer las necesidades del cuidado personal, necesario para conseguir su participación en el plan.

#### **4.2 LA GESTIÓN DE CASOS EN ANDALUCÍA**

La Enfermera Gestora de Casos surgió en el año 2002 en el SSPA como respuesta al Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas, (BOJA nº 52, 4 mayo 2002) con el objetivo de mejorar los cuidados domiciliarios de personas mayores, personas con discapacidad y sus cuidadores/as familiares, creándose la figura de la Enfermera Comunitaria de Enlace; desarrollándose asimismo en el ámbito Hospitalario la Enfermera de Enlace Hospitalaria como elemento garante de la continuidad de cuidados, ya que la mayor eficiencia de cuidados y procedimientos diagnósticos con

la consecuente reducción de la estancia media provoca un significativo aumento de personas con importantes necesidades de cuidados en el domicilio familiar, muchas de las cuales aparecen derivadas del alta hospitalaria .

Las Enfermeras Gestoras de Casos (EGC) como enfermeras de Práctica Avanzada tienen la capacidad de ejercer liderazgo clínico y prestar cuidados de alta calidad y gran efectividad en la toma de decisiones así como la integración de cuatro sub-roles: clínico experto, consultor, docente e investigador(Manley, 1997).

Según el Manual de la Gestión de Casos en Andalucía “la Gestión de Casos es un proceso de colaboración en el cual se valora, planifica, aplica, coordina, monitoriza y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y el acceso a los recursos disponibles para promover resultadoscosto-efectivos” (Hernández, et alt- 2005).

La Gestión de Casos surge en Andalucía para dar respuesta a las necesidades de la población, con un desarrollo progresivo hacia un modelo de práctica avanzada. La enfermería de práctica avanzada (EPA) que, como hemos visto anteriormente, se caracteriza por ofrecer un nivel avanzado de práctica enfermera, que maximiza la utilización de competencias especializadas y de conocimiento enfermero a fin de responder a las necesidades de los clientes en el dominio de la salud (García, et alt. 2002).

Existen estudios en nuestro entorno que han medido la efectividad de la implantación de un modelo de Gestión de Casos guiado por profesionales de enfermería, que hace mas eficiente el acceso a los recursos y servicios de salud, con un impacto positivo sobre la capacidad funcional de pacientes y la sobrecarga de la persona que cuida, con elevados niveles de satisfacción (Morales-Asencio et al., 2008).

Se puede referenciar otro estudio en nuestro entorno que ha demostrado como las intervenciones de las EGC mejoran la salud emocional de las personas que cuidan y sitúa a éstas en disposición de asumir el cuidado en el domicilio, lo que tiene impacto directo en la estancia media y sus costes asociados (García-Fernández et al., 2009).

Otros estudios en el ámbito hospitalario muestran cómo la Gestión de Casos puede reducir la institucionalización en pacientes geriátricos, previene reingresos, influye en las disminuciones significativas en la hospitalización (Moral, 2008). Existen datos también sobre la influencia de la misma en la disminución de costes (Ziguras & Stuart, 2000).

Por tanto, la atención a las personas que cuidan con intervenciones avanzadas de apoyo, formación y asesoramiento en el ámbito familiar, es uno de los valores de la Gestión de Casos en el SSPA.

Las posibles áreas de intervención para las prácticas avanzadas se relacionan directamente con grupos específicos de población o contextos, determinados habitualmente por las necesidades que presentan los sistemas sanitarios para dar respuestas costo-efectivas.

En dichos ámbitos, lo que caracteriza esencialmente a las EPA no son las tareas o técnicas realizadas, (independientemente de la complejidad de las mismas), sino el conocimiento experto, la autonomía para la toma de decisiones complejas, las habilidades clínicas necesarias para hacerse cargo de los pacientes, tales como utilización de sistemas de valoración avanzada, juicio diagnóstico, o prescripción de fármacos y las competencias en docencia, investigación y/o gestión de los cuidados.

La Filosofía del Modelo de Gestión de Casos Andaluz se basa en el trabajo interdisciplinar y en equipo, que ofrece un entorno centrado en la persona y la familia desde una perspectiva de atención biopsicosocial. Quiere lograr el mayor bienestar y calidad de vida posibles en la persona, promueve la auto responsabilidad, la autonomía y el autocuidado como pilares para la recuperación funcional y reincorporación a la comunidad, así como el acompañamiento en la fase final de la vida, además de contribuir a la toma de decisiones compartidas entre profesionales y pacientes.

Este modelo permite aprovechar las posibilidades de continuidad e integración asistencial que ofrece el Sistema Sanitario Andaluz al tiempo que mejora la capacidad de respuesta a la demanda, coordinando los diferentes niveles asistenciales que participan en la atención de la persona.

Las características de este modelo son:

La personalización del servicio. Entendida como guía, acompañamiento y referencia profesional durante todo el proceso del continuum salud-enfermedad de la persona y su entorno de cuidados.

La atención integral. Apostando por un modelo biopsicosocial de atención que integre los factores biológicos, el contexto social, los acontecimientos vitales y la percepción subjetiva del proceso vital de la persona.

Consideración de la ciudadanía como centro del sistema, tal y como establece el I, II y III Plan de Calidad del SSPA.

El domicilio como ámbito central de la provisión de servicios. El hospital es un ámbito temporal de provisión de cuidado y en él el objetivo último de la Gestión de Casos debe ser la reincorporación planificada de la persona a su domicilio y comunidad. La Gestión de Casos vela para que se cumplan los objetivos del plan asistencial independientemente de donde se sitúe el paciente, pero con el horizonte del escenario natural del domicilio.

El último modelo de Gestión de Casos ha tenido en cuenta para definir la población diana susceptible de beneficiarse de la Gestión de Casos en el SSPA las directrices que estableció la OMS para hacer frente a los problemas crónicos de salud como son:

- Apoyar el cambio de la primacía del modelo de atención aguda hacia un modelo de atención a la cronicidad.
- Impulsar la atención integrada como protección frente a la prevalente fragmentación de los servicios.
- Generar modelos nuevos de competencias basados en la evidencia para manejar los problemas crónicos de salud.
- Enfatizar la auto responsabilidad del paciente en la atención a su proceso de salud-enfermedad.

El modelo de atención que propone el SSPA establece un sistema de provisión de servicio muy relacionado con el

**Figura 2. Adaptación pirámide de Kaiser**



“Modelo de la Pirámide de Riesgo” procedente de la Organización Kaiser Permanente (KP) (Solinís, 2007), y adaptado para el SSPA por Morales Asencio (Morales Asencio, 2010).

Este modelo, basado en el Modelo de cuidados crónicos de Wagner (CCM), estratifica la población susceptible de recibir atención por procesos crónicos en tres niveles, con arreglo a su grado

Fuente: Modelo de Gestión de Casos

de complejidad y comorbilidad y el uso de recursos. Según este modelo, es

posible organizar la atención de los pacientes en función de la complejidad del caso y, por tanto, permite una mejor utilización de los recursos.

Así, la mayoría de pacientes crónicos, tienen un nivel de complejidad que puede ser manejado potenciando el apoyo para el autocuidado y el empoderamiento de su capacidad para manejar su enfermedad y corresponderían a la base de la pirámide de riesgo.

**Tabla 9. Procesos más complejos**

PROCESOS CON MAYOR COMPLEJIDAD	
Artroplastia de Cadera	Dolor Crónico no Oncológico
Asma adulto y niños	EPOC
Ataque cerebrovascular	Fibromialía
Cáncer Colo-rectal	Fractura de cadera en el anciano
Cáncer de Cervix y/o Utero	Insuficiencia Cardíaca
Cáncer de Mama	Pacientes pluripatológicos
Detección precoz del Cáncer de mama	Riesgo Vascular
Cáncer de Pulmón	Trauma grave
Cuidados Paliativos	Dialisis/ Trasplante renal
Demencia	VIH/ SIDA
Diabetes Tipo I y II	Enfermedades Raras (ELA, Lesiones Medulares, Esclerosis múltiples etc.)

Dentro de la población diana, que incluye los siguientes procesos con más complejidad (Tabla 9), para esta investigación es relevante de entre estos procesos, los pacientes ingresados en centros hospitalarios con situaciones de salud de brusca aparición, que suponen un cambio en sus condiciones de vida y su entorno familiar. Entre los más

Fuente: Modelo de Gestión de Casos SSPA

frecuentes se encuentra el ICTUS que, según los datos del Plan Andaluz de Atención al ICTUS (2011-2014), tiene una prevalencia en Andalucía del 7% en mayores de 65 años (5,6 en mujeres y 7,3 en hombres) (Jiménez Hernández et al., 2011).

En Andalucía se han definido competencias específicas para las Enfermeras Gestoras de Casos, entendiendo competencia como el estado de tener el conocimiento, juicio, habilidades, energía, experiencia y motivación necesarios para responder adecuada y eficientemente a las demandas derivadas de las propias responsabilidades profesionales. A su vez, se considera marco competencial al conjunto de competencias que han de considerarse fundamentales para cumplir con la práctica profesional encomendada sin necesidad de supervisión de otro profesional.

Según los datos que se extraen del nuevo modelo Andaluz de Gestión de Casos, tras los análisis realizados se concluye la siguiente propuesta de marco competencial para un primer nivel.

- Práctica avanzada de enfermería clínica
- Coordinación de cuidados complejos.
- Gestión proactiva de problemas crónicos de salud.
- Apoyo al autocuidado, la autogestión y la independencia.
- Práctica profesional y liderazgo.
- Identificación de personas de alto riesgo, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Gestión de cuidados en el final de la vida.
- Trabajo interinstitucional y en asociación.

Dentro de la oferta formativa que se propone para conseguir el nivel avanzado de Gestión de Casos se encuentra la competencia “Cuidados transicionales. Seguridad clínica y cuidados transicionales. Planificación de alta. Métodos y modelos para la

planificación del alta hospitalaria. Herramientas de predicción de complejidad y selección de casos.” Siendo la base contextual donde se desarrolla esta investigación.

### 4.3 ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA

Ante los cambios demográficos que ya hemos mencionado anteriormente, donde se evidencia el envejecimiento de la población y la cronicación de las enfermedades, la sociedad se enfrenta a nuevos retos tanto económicos como políticos y sociales que requieren de unos servicios sanitarios capaces de satisfacer las crecientes necesidades en salud de la población.

La atención a la cronicidad constituye para los servicios de salud un desafío a nivel mundial por lo que se hace necesaria la búsqueda de alternativas. En este contexto se evidencian a nivel internacional tendencias que intentan conseguir reorientar los servicios sanitarios apoyándose entre otros recursos en las enfermeras; para ello se ha optado por la redefinición de las competencias profesionales, en términos de capacitación y de responsabilidades (Appleby & Camacho-Bejarano, 2014), aprovechando el gran potencial que ofrece este colectivo. Como resultado se están desarrollando nuevos perfiles como el de la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) (Sánchez-Martín, 2014a).

Este desarrollo de nuevos perfiles enfermeros se viene realizando desde hace años en distintos países como EEUU, Canadá, el Reino Unido Australia, Bélgica e Irlanda, entre otros, con el fin de responder a las necesidades de cuidados y mejorar los servicios de salud. La aparición de estos nuevos roles ha estado condicionada por el contexto histórico de cada país, en función de su situación político-económica, social y sanitaria.

Inicialmente la EPA surge como alternativa a la falta de médicos, como respuesta a las crecientes demandas de la población y, más recientemente, como fórmula a la búsqueda de sistemas organizativos más costo-efectivos y que garanticen la accesibilidad de los usuarios a unos servicios ágiles, coordinados y de calidad (Sheer & Wong, 2008).

El término **“Enfermería de Práctica Avanzada”** (EPA) es relativamente muy reciente.

A partir de la segunda guerra mundial las enfermeras americanas desarrollan la especialización en distintas aéreas. Durante los años 70 empieza a utilizarse en EE.UU el término de “Enfermería de Práctica Avanzada” delimitándose a cuatro áreas: enfermera matrona, enfermera anestésista, enfermera clínica y enfermera practicante (Fulton, et al., 2014). Siempre con el mismo fin, la utilización de los recursos al nivel más alto posible y convirtiendo a la enfermera en referente de la asistencia sanitaria, en educación para la salud, en evidencia científica; en definitiva, en práctica avanzada. En los años noventa aparece en Canadá, con una evolución muy similar en la figura de las Nurse Practitioners.

Según la Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (AIIC) “la práctica avanzada de enfermería como expresión global describe un nivel avanzado de la práctica enfermera que maximiza la utilización de competencias especializadas y de saber enfermero a fin de responder a las necesidades de los clientes en el dominio de la salud”. Esta práctica utiliza un modelo en cuidados enfermeros apoyado sobre un saber teórico, empírico y de experiencia del dominio de la práctica, con el objetivo de ofrecer un cuidado holístico, integral y completo (Kaasalainen et al., 2010).

El Consejo Internacional de Enfermería define a la enfermera de Práctica Avanzada como *“una enfermera especialista que ha adquirido la base de conocimientos de experto, las capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado...”* (Schober & Affara, 2009).

En nuestro país, numerosas comunidades autónomas han desarrollado perfiles de enfermeras con competencias ampliadas para dar respuesta a las nuevas demandas de la población, en los ámbitos asistenciales.

**Canarias:** Desarrollan la figura de la enfermera comunitaria de enlace que se encuadra dentro del denominado Servicio de Continuidad de Cuidados en Domicilio. Su trabajo es el de gestión de casos. Realiza una captación de las personas inmovilizadas y sus cuidadoras, y tras una completa valoración inicial, propone y consensúa un plan de cuidados con los profesionales responsables de la atención, y gestiona, si fuera necesario, recursos complementarios para el cuidado. Asimismo dan formación a las personas cuidadoras, a través de talleres periódicos, y gestionan

el material de apoyo para el cuidado en el hogar, siendo responsables de la continuidad de los cuidados cuando los pacientes ingresan o son dados de alta del hospital (Duarte et al., 2001).

**Andalucía:** La figura de la Enfermera Comunitaria de Enlace, como Gestora de Casos, se desarrolla en el Servicio Andaluz de Salud para proveer a sus ciudadanos de una asistencia sanitaria de alta calidad y coste-efectiva como respuesta a los cambios que se están produciendo en la población (similares al resto de los países occidentales) que repercuten de forma directa sobre el estado de salud general y, por consiguiente, sobre sus necesidades y patrones de uso de los servicios sanitarios. Estos cambios se están traduciendo en un incremento de personas con importantes necesidades de cuidados en el domicilio.

A partir del Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas es cuando se crea la figura de la Enfermera Gestora de Casos tanto Comunitaria como Hospitalaria orientada a dar servicios a pacientes en domicilio y a sus cuidadoras/es con carácter integrador y colaborativo entre los diferentes proveedores de servicios sanitarios (atención primaria, atención especializada, servicios sociales, etc.). Con este propósito, las enfermeras ayudan al paciente y familia a transitar por el sistema de salud con eficiencia, minimizando elementos de fragmentación, discontinuidad y/o duplicidad en la asistencia (Pérez Hernández et al., 2006).

**País Vasco:** a partir de la puesta en marcha de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en Euskadi (Vasco, 2010) se inicia un proyecto para la definición e implementación de competencias avanzadas de Enfermería con el fin de desarrollar e implementar roles mejor adaptados a las necesidades de los pacientes crónicos complejos. Surge la propuesta de la creación de tres nuevos perfiles, enfermera gestora de enlace hospitalario (EGEH), enfermera gestora de continuidad (EGC) y enfermera gestora de competencias avanzadas (EGCA) (Sánchez-Martín, 2014b).

**Cataluña:** Desarrollan la figura de la Enfermera Gestora de Casos de AE y de AP. Este modelo hace un abordaje integral en las situaciones de complejidad, dependencia y fragilidad desarrollando prácticas avanzadas y dando respuesta a las necesidades crecientes de la población; asimismo, la función de enlace asegura la

continuidad de cuidados entre los diferentes niveles asistenciales. La gestora de casos ofrece servicios coordinados e integrados de atención sociosanitaria orientados a las necesidades de la persona, la familia y el entorno, promoviendo la independencia y el autocuidado, con un abordaje multidimensional, de forma efectiva, eficiente y sostenible, sistematizando la coordinación para garantizar la continuidad asistencial (Blancas et al., 2010).

**Comunidad Valenciana.** El Modelo Valenciano se enmarca en el denominado Plan de Mejora de la Atención Domiciliaria según el cual se establece la potenciación del desarrollo profesional y el protagonismo de la enfermera como estrategia corporativa para poder abordar, en cantidad y calidad adecuadas, la atención de los dos clientes fundamentales de la atención domiciliaria (AD), el paciente y su cuidador. Incorporan dos figuras: la EGC hospitalaria y la EGC comunitaria, con objetivos y actividades específicas que en cada uno de los niveles de atención, para garantizar la continuidad de la atención en la transición del hospital al domicilio, favoreciendo la coordinación y la continuidad de los cuidados, por medio de la identificación y control de pacientes complejos, la actuación integrada de los agentes domiciliarios, la gestión personalizada de los casos complejos y el apoyo a los cuidadores (Sánchez-Martín, 2014a). Su razón de ser es la mejora de la atención de los casos complejos y de sus cuidadores; trabajan en colaboración con las enfermeras referentes del paciente tanto en AP como en hospital-UHD (Arriaga Piñeiro & Martínez Riera, 2006).

Como puede observarse, el perfil de enfermeras que realizan Práctica Avanzada en España está centrado en la Gestión de Casos. Aunque existen enfermeras que realizan Práctica Avanzada en consultas de cardiología o en algunas urgencias no tienen reconocido este perfil. (López & Linares, 2012).

La actualización y ampliación de las competencias de los profesionales sanitarios es una preocupación permanente, compartida tanto por estos como por las instituciones sanitarias (De Almeida Souza, 2008) en Andalucía (SSPA). Se identifica la Gestión por Competencias como una herramienta fundamental para garantizar la gestión de la calidad de los servicios sanitarios. Se define un Modelo de Gestión por Competencias (Consejería de Salud, 2006) del SSPA, configurado como

un elemento integrador de las estrategias de gestión de personas y las estrategias para la generación, incorporación e intercambio del conocimiento.

En este marco, y en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía, la acreditación de competencias profesionales se convierte en un elemento clave de las estrategias de evaluación de los profesionales del SSPA, designándose a la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) como entidad certificadora del Sistema de Acreditación para el SSPA (Resolución de 25 de julio de 2003).

Desde 2004, la ACSA ha desarrollado un Modelo de Acreditación propio y singular orientado a reconocer los logros del profesional en su día a día. (Almuedo, et al., 2011)

Entre sus manuales para la acreditación de competencias profesionales se encuentra el manual de competencias específico para la Enfermera Gestora de Casos.

En los últimos tiempos se han desarrollado manuales de competencias donde ya se contempla en su enunciado la Práctica Avanzada Enfermera como son:

Manual de Competencias de Práctica Avanzada Enfermero/a Coordinador/a de Trasplantes, en marzo de 2014. Manual de Competencias de Enfermero de Recursos Avanzados de Cuidados Paliativos, en mayo de 2015 y el Manual de Competencias de Práctica Avanzada de Enfermero/a Perfusionista, en junio de 2015 (ACSA 2015).



**CAPÍTULO 5. LENGUAJE ENFERMERO.**

La enfermera de práctica avanzada y por ende la Enfermera Gestora de Casos es una profesional que toma decisiones responsables basadas en conclusiones de investigación; sus intervenciones están enmarcadas dentro de un modelo establecido y con la aplicación de un método científico que propone de forma clara la valoración de las necesidades del paciente, con sus manifestaciones de dependencia e independencia, la detección de problemas derivados de esta valoración, el establecimiento de unos objetivos o criterios de resultados esperados que minimicen o favorezcan la desaparición de esos problemas y ejecuta para ello una serie de intervenciones con sus respectivas actividades, realizando después una evaluación del proceso para determinar en qué medida se han modificado los indicadores de resultados esperados.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que permite a los profesionales de enfermería prestar los cuidados que demandan el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática (Ferrín & Martí, 1993).

Está sobradamente demostrado que el empleo del proceso enfermero implica una garantía científica, profesional y de calidad, que beneficia por encima de todo al ciudadano, sin olvidar al profesional en sí mismo y a la Institución que lo ampara. En la actualidad, se ha conseguido alcanzar un lenguaje enfermero con un grado de consenso y estandarización que permite gracias a las diferentes taxonomías y clasificaciones internacionales reflejar las etapas del proceso de la práctica enfermera.

La enfermera tiene un campo de competencia propio centrado en identificar las respuestas humanas y la capacidad de la persona para funcionar de forma independiente. Por tanto, la enfermera debe realizar una valoración que permita la formulación de una hipótesis diagnóstica enfermera y clínica.

Las EGC en Andalucía utilizan sistemáticamente una metodología enfermera basada en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), un método sistemático para brindar

cuidados humanistas que se caracteriza por ser planificado, centrado en el paciente, orientado a problemas y dirigido a objetivo (Amaro, 2004). En la actualidad, la enfermera utiliza el proceso de enfermería para identificar y sintetizar los datos clínicos, y para decidir intervenciones de enfermería que reduzcan, eliminen o prevengan las alteraciones de salud que pertenezcan al dominio legal y educativo de la enfermera con un lenguaje común (Rodríguez, 2004).

Como todo proceso desde el punto de vista operativo consta de una sucesión de etapas correlativas e interrelacionadas; el PAE consta de cinco etapas:

- 1 Valoración. Recogida de datos antecedentes y actuales, objetivos y subjetivos
- 2 Diagnóstico. Análisis de los datos y formulación de un juicio clínico.
- 3 Planificación. Identificación de los objetivos que se han a conseguir y de la actuación más adecuada para lograrlos.
- 4 Ejecución. Puesta en marcha del plan de intervención.
- 5 Evaluación. Determinación de la eficacia de la intervención en términos de logro de los objetivos propuestos (Morán & Mendoza, 2006).

### 5.1 TAXONOMÍA NANDA-NOC-NIC

Este lenguaje común necesita de Sistemas de Lenguaje Estandarizado. Son tres elementos (NANDA-NOC-NIC) los que componen el lenguaje estandarizado. La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) define los diagnósticos de enfermería como: "... juicio clínico sobre un problema de salud actual o potencial, de forma individual, familiar o comunitaria, que facilitan la elección de intervenciones y objetivos de enfermería, que la enfermera está capacitada para realizar" (Lunney, 2009). Junto a estos se incluyen los resultados Nursing Outcomes Classification (NOC) (Moorhead & Johnson, 2009) de enfermería, asociados de manera inequívoca a aquellos problemas que la enfermera de manera autónoma es capaz de identificar, intervenir y medir resultados y, por último, las intervenciones Nursing Interventions Classification (NIC) (Bulechek, 2009). Son estos tres elementos (NANDA-NOC -NIC) los que componen el lenguaje estandarizado de la enfermería (Cachón et.al 2012).

La unificación del lenguaje que se utiliza para identificar y registrar los juicios y actuaciones enfermeras, es un aspecto relevante en la asistencia clínica de la

enfermería, además de la valoración y el seguimiento de los cuidados. El empleo de un lenguaje estandarizado evita que los problemas detectados por la enfermera en el paciente y la familia se describan mediante un estilo “libre”. La estandarización del lenguaje no solo permite la unificación de las intervenciones y objetivos de las enfermeras sino que también facilita la informatización de las actividades, y es una herramienta básica para el desarrollo de la investigación y de la enfermería basada en la evidencia (Cachón et al. 2012).

La taxonomía NANDA es la más conocida y utilizada actualmente, en general a nivel mundial, y en particular en nuestro país.

En EE.UU Medicare y Medicaid crearon la necesidad de aplicar códigos de facturación para los servicios de enfermería; esto a su vez, generó interés en la codificación de la labor de las enfermeras. En 1973 un grupo de enfermeras, más tarde conocido como North American Nursing Diagnosis Association, se reunió para establecer una lista de diagnósticos para ser utilizados por las enfermeras. Realizaron un panel de expertos e identificaron un conjunto inicial de 37 diagnósticos de enfermería. Los diagnósticos fueron creados usando la perspectiva de respuestas humanas, es decir, nombrar los problemas del cliente, la respuesta del cliente para las enfermedades (Gebbie, 1976). El nombre del idioma que desarrollaron fue referido como NANDA; a lo largo de los años ha ido evolucionando hasta convertirse en un referente internacional donde, en su última edición publicada en Septiembre de 2014 “Diagnósticos de Enfermería de NANDA International: Definiciones y Clasificación 2015-2017”, fueron revisados y aprobados 235 diagnósticos apoyados por definiciones, así como características definatorias y factores relacionados, o factores de riesgo (Herdman, 2011).

Existen numerosas definiciones que describen el concepto de Diagnóstico Enfermero (DE), entre las cuales se pueden destacar:

“El diagnóstico de enfermería es la expresión del problema de un paciente a la cual se llega haciendo deducciones sobre los datos recogidos. Este problema puede ser recogido por la propia enfermera” (Mundinger & Jauron, 1975).

“Diagnóstico de enfermería es un problema de salud real o potencial que los enfermeros, en virtud de su formación y experiencia, tienen capacidad y derecho legal de tratar. Los diagnósticos de enfermería son, por lo tanto, problemas que pueden prevenirse, resolverse o reducirse, mediante actividades independientes de enfermería” (Gordon, 1990).

“El diagnóstico de enfermería es un problema de salud real o potencial (de un individuo, iniciando las actividades de enfermería necesarias para prevenirlo, resolverlo o reducirlo” (Alfaro-LeFevre, 1999).

La Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería (AENTDE) define el diagnóstico enfermero como “Juicio clínico, sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a etapas de la vida/problemas de salud reales o potenciales, que el enfermero identifica, valida, y trata de forma independiente” (Luque Ballesteros et al., 2011).

“El diagnóstico de enfermería es la explicación que describe una respuesta humana de un individuo o grupo, a los procesos vitales que la enfermera puede legalmente identificar, y prescribir las actividades para mantener el estado de salud y reducir, eliminar o prevenir sus alteraciones” (Carpenito & Martínez, 2002).

“El diagnóstico enfermero es el juicio clínico que formulan las enfermeras sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a las afecciones o procesos vitales. A tenor de dicho juicio, la enfermera será responsable de la monitorización de las respuestas del cliente, de la adopción de decisiones que culminarán en un plan de cuidados y de la ejecución de las intervenciones, incluyendo la colaboración interdisciplinar y la derivación del cliente si fuera necesario” (NANDA, 2008).

La Taxonomía NANDA surge de la necesidad de tener un lenguaje enfermero estandarizado para definir el conocimiento de la enfermería y para permitir que se detecte su presencia y se midan sus efectos mediante sistemas informáticos. La Taxonomía Nanda es el método por el que se organizan los diagnósticos enfermeros.

## TAXONOMÍA DIAGNÓSTICA

La Taxonomía II NANDA aparece por primera vez en el año 2002 y estructura la clasificación utilizando tres niveles: dominios, clases y diagnósticos enfermeros. Los 216 diagnósticos enfermeros contemplados en la revisión de NANDA 2012-2014 se ordenan en 13 dominios y 47 clases.

El primer nivel de la Taxonomía II NANDA lo constituyen los 13 Dominios similares a los patrones funcionales de salud, que se dividirán en Clases, donde se agrupan los diagnósticos:

Dominio 1.-Promoción de la salud:

Clase 1.-Toma de conciencia de la salud

Clase 2.-Gestión de la salud

Dominio 2.-Nutrición: Introducción:

Clase1.-Ingestión

Clase2.-Digestión

Clase3.-Absorción

Clase4.-Metabolismo

Clase5.-Hidratación

Dominio 3.-Eliminación:

Clase1.-Función urinaria

Clase2.-función gastrointestinal

Clase3.-Función integumentaria

Clase4.-Función respiratoria

Dominio 4.-Actividad/Reposo:

Clase1.-Reposo/sueño

Clase2.-Actividad/ejercicio

Clase3.-Equilibrio de la energía

Clase4.-Respuestas cardiovasculares/respiratorias

Dominio 5.-Percepción/Cognición:

Clase1.-Atención

Clase2.-Orientación

Clase3.-Sensación/percepción

Clase4.-Cognición

## Clase5.-Comunicación

## Dominio 6.-Autopercepción:

Clase1.- Autoconcepto

Clase2.-Autoestima

Clase3.-Imagen corporal

## Dominio 7.-Rol/Relaciones:

Clase1.-Roles de cuidador

Clase2.-Relaciones familiares

Clase3.-Desempeño del rol

## Dominio 8.-Sexualidad:

Clase1.-Identidad sexual

Clase2.-Función sexual

Clase3.-Reproducción

## Dominio 9.-Afrontamiento/Tolerancia al estrés:

Clase1.-Respuesta postraumática

Clase2.-Respuestas de afrontamiento

Clase3.-neurocomportamental

## Dominio10.-Principios vitales:

Clase1.-Valores

Clase2.-Creencias

Clase3.-Congruencia de las acciones con los valores/creencias

## Dominio11.-Seguridad/Protección:

Clase1.-Infección

Clase2.-Lesión física

Clase3.-Violencia

Clase4.-Peligros del entorno

Clase5.-Procesos defensivos

Clase6.-Termorregulación

## Dominio 12.-Confort:

Clase1.-Confort físico

Clase2.-Confort del entorno

Clase3.-Confort social

Dominio 13.-Crecimiento/Desarrollo:

Clase1.-Crecimiento

Clase2.-Desarrollo

(Herdman, et alt. 2013).

La nueva edición de Diagnósticos de Enfermería de NANDA International: Definiciones y Clasificación 2015-2017 ha sido rigurosamente revisada y actualizada completamente. Presenta 235 diagnósticos. Cada diagnóstico nuevo y cada diagnóstico revisado se basa en los últimos datos globales, y han sido aprobados por expertos en diagnóstico de enfermería, investigadores y educadores (Gallagher-Lepak, 2014).

Según se extrae de la edición NANDA 2011-2014 (Herdman et al., 2013) la taxonomía diagnóstica NANDA tiene tres niveles:

•**Dominios:** Un dominio es “una esfera de actividad, estudio o interés”. Hay 13 dominios.

•**Clases:** Una clase es “una subdivisión de un grupo mayor; una división de personas o cosas por su calidad, rango o grado”. Hay 47 clases.

•**Diagnósticos:** Un diagnóstico es “un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales”. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los resultados de los que la enfermera es responsable”. Hay 235 en la última edición

**Cada diagnóstico está compuesto por:**

**Etiqueta:** nombre. Proporciona una denominación para el diagnóstico, es una frase concisa y puede incluir calificativos, es decir descriptores.

**Características definitorias:** Son evidencias clínicas que describen una serie de conductas o manifestaciones objetivas y subjetivas que indican la presencia de una

etiqueta diagnóstica. Signos y síntomas observables y verificables identificados durante la valoración.

**Factores relacionados:** elementos que tiene una relación directa o indirecta con el Diagnóstico Enfermero.

**Factores de riesgo:** Factores ambientales, fisiológicos, psicológicos genéticos que aumentan la vulnerabilidad del individuo, familia o comunidad a la aparición de una respuesta poco saludable.

Básicamente existen cuatro tipos diferentes de diagnósticos de enfermería, cada uno con unas características propias que van a condicionar la composición de su enunciado diagnóstico; en este sentido, existen diagnósticos de enfermería con uno, dos o tres de los apartados básicos que componen el enunciado diagnóstico (Problema, Etiología, Signo/Síntoma).

**Diagnósticos reales:** Reflejan los juicios clínicos de cuidados que realiza el profesional sanitario en relación a problemas de salud o respuestas adaptadas de la persona, presentes en el momento de la valoración. Describen la respuesta en ese momento de la persona, familia o comunidad a una situación de salud o proceso vital, y su identificación se apoya fundamentalmente en la existencia signos y síntomas representativos de la presencia del problema en la persona.

**Diagnósticos de salud:** Son diagnósticos de enfermería que describen situaciones en las que existe un funcionamiento eficaz, pero existe un deseo de mejorar el nivel de salud y/o bienestar mejorando dicho funcionamiento. La NANDA los define como “un juicio clínico respecto a una persona, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado”. Estos diagnósticos no describen ningún problema, ni presente ni potencial, motivo por el cual en su enunciado no puede existir ni factores etiológicos ni manifestaciones.

**Diagnósticos de síndrome:** Son aquellos diagnósticos que en su definición incluyen una serie de diagnósticos reales o de riesgo predeterminados, cuya presencia es

previsible, en relación al problema o situación de salud sobre el que se emite el juicio clínico. El enunciado de un diagnóstico de síndrome no garantiza la aparición de todos los diagnósticos reales o de riesgo que delimita; es decir, pueden aparecer todos o alguno de ellos. Estos diagnósticos revelan a la enfermera la presencia de un problema complejo que puede ser concomitante con otros diagnósticos no asociados al síndrome.

Los diagnósticos de síndrome recogen en su mismo enunciado el motivo o la causa, pero no reflejan los signos y síntomas más frecuentes dada de la gran variabilidad con la que nos podemos encontrar dependiendo de la activación de todos o algunos de los diagnósticos que lo componen.

**Diagnósticos de riesgo:** La NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) los define como “juicios clínicos que la enfermera realiza sobre un individuo, una familia o una comunidad que están más predispuestos a desarrollar el problema que otros en una situación igual o parecida”. Describen, por tanto, problemas de cuidados en los que existe una alta vulnerabilidad para su presencia en caso de no iniciarse medidas de prevención sobre los factores de riesgo existentes. Dado que el problema de cuidados no está instaurado en el momento de la valoración, no se puede describir ni su etiología ni las manifestaciones, ya que no existen, aunque sí se deben reflejar las situaciones que provocan en la persona una mayor vulnerabilidad a padecer el problema que el resto de población de características similares, los factores de riesgo.

Los factores de riesgo son factores ambientales y fisiológicos, psicológicos, genéticos o elementos químicos que incrementan la vulnerabilidad de una persona, familia o comunidad a un acontecimiento no saludable. En los diagnósticos de riesgo, se identifican los factores de riesgo (Herdman et al., 2013).

Para esta investigación nos centraremos en los diagnósticos de riesgo que son motivo del estudio.

El Diagnóstico enfermero de riesgo: describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerable. Está apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad.

El diagnóstico de riesgo describe un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo o grupo a presentar un problema.

Los datos de la persona contienen evidencias de factores relacionados, pero no hay evidencias de las características definitorias (signos y síntomas).

Si las hubiera sería un diagnóstico real, no de riesgo (Herdman et al., 2013).

Los Diagnósticos de riesgo que están recogidos en el DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN

Son:

- Riesgo de infección (00004).
- Riesgo de asfixia (00036).
- Riesgo de aspiración (00039).
- Riesgo de caídas (00155).
- Riesgo de disfunción neurovascular periférica (00086).
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047).
- Riesgo de lesión (00035).
- Riesgo de lesión postural perioperatoria (00087).
- Riesgo de lesión térmica (00220).
- Riesgo de ojo seco (00219).
- Riesgo de sangrado (00206).
- Riesgo de shock (00205).
- Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (00156).
- Riesgo de traumatismo (00038).
- Riesgo de traumatismo vascular (00213).
- Riesgo de automutilación (00139).
- Riesgo de suicidio (00150).
- Riesgo de violencia autodirigida (00140).
- Riesgo de violencia dirigida a otros (00138).
- Riesgo de contaminación (00180).
- Riesgo de intoxicación (00037).
- Riesgo de reacción adversa a medios de contraste yodados (00218).
- Riesgo de respuesta alérgica (00217).
- Respuesta alérgica al látex (00041).

- Riesgo de respuesta alérgica al látex (00042).
- Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal (00005).

De todos los diagnósticos de riesgo que se contemplan en la NANDA, se han considerado para nuestra investigación aquellos que están relacionados con la sintomatología y secuelas del ICTUS que se han desarrollado en capítulos anteriores. Los Diagnósticos Enfermeros que están considerados en nuestro estudio se encuentran según la Clasificación de la taxonomía NANDA dentro del:

#### DOMINIO 11. SEGURIDAD / PROTECCIÓN

Ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario, prevención de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad.

Clase 2. Lesión física: Lesión o daño corporal.

Diagnósticos:

00039 Riesgo de aspiración.

00155 Riesgo de caídas.

00046 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

#### **00039. RIESGO DE ASPIRACIÓN (1988)**

Definición:

Estado en que la persona presenta riesgo del paso al árbol traqueobronquial de secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, o sólidos o líquidos.

Factores de riesgo:

Reducción del nivel de conciencia; depresión de los reflejos nauseosos y de la tos; presencia del tubo de traqueotomía o endotraqueal; incompetencia del esfínter esofágico inferior; tubos gastrointestinales; alimentación por sonda; administración de medicamentos; situaciones que impiden la elevación de la parte superior del cuerpo; aumento de la presión intragástrica; aumento del volumen gástrico; disminución de la motilidad gastrointestinal; retraso del vaciado gástrico; deterioro de la deglución; cirugía o traumatismo facial/ oral/del cuello; cerclaje mandibular.

De todos los factores de riesgos que la NANDA propone para este diagnóstico hemos considerado que los factores de riesgo **Alimentación por sonda y deterioro de la deglución** se ajustan al perfil del paciente con ICTUS ya que como demuestra la literatura, un alto porcentaje de estos pacientes tienen problemas con la deglución. (Barbié et al., 2009). (Quesada et al., 2015). (Suárez et al., 2015). (Oliveira et al., 2015) por tanto son los dos factores que hemos considerado como variables de investigación para este diagnóstico

### **00155. RIESGO DE CAÍDAS (2000)**

Definición:

Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

Factores de riesgo:

Adultos: Edad igual o superior a 65 años. Historia de caídas. Vivir sólo. Prótesis en las extremidades inferiores. Uso de dispositivos de ayuda (p. ej., andador, bastón). Uso de sillas de ruedas.

Niños: Edad < 2 años. Cama situada cerca de una ventana. Falta de sujeciones en el coche. Falta de barandilla protectora en la escalera. Falta de protección en las ventanas. Falta de supervisión parental. Sexo masculino cuando tiene < 1 año. Niños desatendidos en una superficie elevada.

Cognitivos: Disminución del estado mental.

Ambientales: Entorno desordenado. Habitación débilmente iluminada. Falta de material antideslizante en la bañera. Falta de material antideslizantes en la ducha. Sujeciones. Alfombras. Habitación desconocida. Condiciones climatológicas (p. ej., calles húmedas, hielo)..

Medicación: Inhibidores de la enzima conversadora de la angiotensina (IECA). Consumo de alcohol. Ansiolíticos. Agentes antihipertensivos. Diuréticos. Hipnóticos. Narcóticos. Tranquilizantes. Antidepresivos tricíclicos.

Fisiológicos: Anemias. Artritis. Diarrea. Disminución de la fuerza en las extremidades inferiores.

Dificultad en la marcha. Mareos al extender el cuello. Mareos al girar el cuello. Problemas en los pies. Dificultades auditivas. Deterioro del equilibrio. Deterioro de la movilidad física.

De todos los factores de riesgos que la NANDA propone para este diagnóstico hemos considerado que los factores de riesgo **Uso de dispositivos de ayuda como el andador y la silla de ruedas y el deterioro del equilibrio** se ajustan con las secuelas que padecen los pacientes con ICTUS ya que, como demuestra la literatura, un alto porcentaje de estos pacientes tienen problemas para la deambulación (Cavalcante, 2008a).(Carbonell et al., 2014). (Soto et al., 2013). Son los dos factores que hemos considerado como variables de investigación para este diagnóstico.

#### **00047. RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (1975)**

Definición:

Riesgo de alteración cutánea adversa.

Factores de riesgo:

Externos: sustancias químicas; factores mecánicos (deslizamiento, presión, sujeciones); hipertermia o hipotermia; radiación; inmovilidad física; humedad; secreciones.

Internos: efectos de la medicación; alteración del estado; nutrición; obesidad, emaciación; alteración del estado metabólico; alteración de la circulación; alteración de la sensibilidad; alteración de la alimentación; prominencias óseas; factores del desarrollo; déficit inmunológico; alteraciones del turgorcutáneo (cambios en la elasticidad); inmunológicos (Herdman et al., 2013).

De todos los factores de riesgos que la NANDA propone para este diagnóstico hemos considerado que los factores de riesgo **inmovilidad física y humedad**, se ajustan con las secuelas que padecen los pacientes con ICTUS ya que, como demuestra la literatura, un alto porcentaje de estos pacientes presentan secuelas como la incontinencia tanto urinaria como fecal y un alto grado de dependencia por

deterioro de la movilidad (Sampedro et al., 2015). (Medrano, et al., 2013). (Tizón & Espino 2014). (Luque et al., 2012). Son los dos factores que hemos considerado como variables de investigación para este diagnóstico.

## 5.2 TAXONOMÍA NOC

Los investigadores de la Universidad de Iowa han elaborado una clasificación de resultados de enfermería NOC (Nursing Outcomes Classification), complementaria a las taxonomías de los diagnósticos NANDA y de las intervenciones de enfermería NIC. Se entiende como resultado un estado, conducta o percepción de un individuo (familia o comunidad), medida a lo largo de un continuo en respuesta a las intervenciones realizadas por enfermería. La clasificación NOC incluye en su cuarta edición 385 resultados y en cada uno de ellos se contempla: nombre, definición, indicadores, escalas de medida y bibliografía.

La Taxonomía NOC fue creada para ordenar de forma estable los resultados de enfermería, permitiendo la incorporación de otros nuevos y facilitando su uso a los profesionales de enfermería. Permite, además, un fácil uso de la clasificación NOC en los sistemas informáticos y una mejor evaluación de los resultados del cliente para mejorar la calidad de los cuidados.

Cada resultado representa un concepto que puede utilizarse para evaluar el estado, condición o percepción variable de un paciente, cuidador familiar, familia o comunidad para evaluar los efectos de las intervenciones enfermeras a lo largo del proceso de cuidado del paciente.

La clasificación de NOC contiene cuatro términos que son claves para la comprensión de la estructura organizativa que presenta dicha clasificación.

Estos términos son:

### **Dominio:**

Es el nivel más abstracto de la clasificación. Con los dominios se trata de identificar y describir resultados de comportamiento y/o conducta de la persona que tienen relación con su salud, desde una perspectiva integral y tanto individual como colectiva.

**Clase:**

Es el segundo nivel de la clasificación y describe resultados más concretos de los dominios.

**Resultados:**

Representa el nivel más concreto de la clasificación y expresan los cambios modificados o mantenidos que se quieren alcanzar en los pacientes como consecuencia de los cuidados enfermeros.

**Indicador:**

Se refiere a los criterios que permiten valorar los resultados, incluyendo una escala para su valoración.

Se organiza en 3 niveles:

Nivel 1. Dominios (7)

Nivel 2. Clases (31)

Nivel 3. Resultados (385)

Dominio1. Salud funcional: resultados que describen la capacidad y la realización de las tareas básicas de la vida.

Clases

A. Mantenimiento de la energía.

B. Crecimiento y desarrollo.

C. Movilidad.

D. Autocuidado.

Dominio 2. Salud fisiológica: resultados que describen el funcionamiento humano.

Clases

E. Cardiopulmonar.

F. Eliminación.

G. Líquidos y electrolitos.

H. Respuesta inmune.

I. Regulación metabólica.

J. Neurocognitiva.

K. Nutrición.

a. Respuesta terapéutica.

L. Integridad tisular.

Y. Función sensitiva

Dominio 3. Salud psicosocial: resultados que describen el funcionamiento psicológico y social.

Clases

M. Bienestar psicológico.

N. Adaptación psicológica.

O. Autocontrol.

P. Interacción social.

Dominio 4. Conocimiento y conducta en salud: resultados que describen actitudes, comprensión y acciones con respecto a la salud y a la enfermedad

Clases

Q. Conductas de salud.

R. Creencias sobre la salud.

S. Conocimientos sobre la salud.

T. Control del riesgo y seguridad.

Dominio 5. Salud percibida: resultados que describen impresiones sobre la salud individual.

Clases

U. Salud y calidad de vida.

V. Sintomatología.

e. Satisfacción con los cuidados

Dominio 6. Salud familiar: resultados que describen el estado de salud, conducta o el funcionamiento en salud de la familia en conjunto o de un individuo como miembro de la familia.

Clases

W.Estado del cuidador familiar.

Z. Estado de salud de miembros familiares.

X. Bienestar familiar.

d. Ser padre.

Dominio 7. Salud comunitaria: resultados que describen la salud, el bienestar y el funcionamiento de una comunidad o población.

Clases

b. Bienestar comunitario.

c. Protección de la salud comunitaria

Cada dominio incluye un número indeterminado de clases y cada una de estas incluirá un conjunto de resultados que en total suman, en la 4ª edición de la NOC, 385.

### **Componentes de un resultado.**

**Etiqueta:** denominación del resultado.

**Definición:** expresa de forma clara y precisa el título.

**Indicador:** estado, conducta o percepción más concreta de un individuo, familia o comunidad que sirve como indicación para medir un resultado.

**Escala de medidas:** Escalas tipo Likert de cinco puntos que cuantifica el estado del resultado o indicador, desde una escala de menos a más. Sirve para proporcionar una puntuación en un momento preciso. En la cuarta edición de la NOC, se utilizan 14 escalas diferentes para medir los resultados. Cada escala está identificada con un código alfabético. Cada uno de los resultados de la clasificación NOC tiene una escala precisa.

**Lista de referencias bibliográficas.** Al final de cada resultado se especifica un listado de referencias bibliográficas para el mismo.

(Moorhead & Johnson, 2009).

Para nuestro estudio se han utilizado las siguientes NOC como variables de investigación:

Código Noc: 0202

Resultado: **EQUILIBRIO**

Definición: Capacidad para mantener el equilibrio del cuerpo.

Dominio 1: Salud funcional.

Clase C: Movilidad.

Escala de medida Likert: 1: Dependiente, no participa. 2: Requiere ayuda personal y de dispositivos. 3: Requiere ayuda personal. 4: Independiente con ayuda de dispositivo. 5: Completamente independiente. (NOC 2ª Edición) (Jonson et al., 2003).

12 Indicadores:

20202 Mantiene el equilibrio mientras está sentado sin respaldo.

20203 Mantiene el equilibrio al caminar.

20205 Tambaleo.

20206 Mareo.

20207 Temblor.

20208 Tropiezo.

20209 Mantiene el equilibrio sobre un pie.

20210 Mantiene el equilibrio mientras cambia el peso de un pie a otro.

20211 Postura.

20212 Mantiene el equilibrio al levantarse desde la posición de sentado.

20213 Mantiene el equilibrio mientras gira 360 grados.

Para nuestra investigación se ha utilizado la NOC equilibrio, midiendo su indicador 20203 Mantiene el equilibrio al caminar. Con la escala de Likert 1: Dependiente, no participa. 2: Requiere ayuda personal y de dispositivos. 3: Requiere ayuda personal. 4: Independiente con ayuda de dispositivo. 5: Completamente independiente.

En las puntuaciones 1,2 y 3 el individuo no puede caminar sin la ayuda de al menos una persona por lo que está en riesgo de caerse si realiza la acción de caminar por sí mismo.

Código Noc: 1010

Resultado: **ESTADO DE DEGLUCIÓN**

Definición: Tránsito seguro de líquidos y/o sólidos desde la boca hacia el estómago.

Dominio 2: Salud fisiológica.

Clase K: Digestión y Nutrición.

Escala de medida Likert: 1: Gravemente comprometido 2: Sustancialmente comprometido 3: Moderadamente comprometido 4: Levemente comprometido 5: No comprometido

20 Indicadores:

101001 Mantiene la comida en la boca.

101002 Controla las secreciones orales.

101003 Producción de saliva.

101004 Capacidad de masticación.

101005 Distribución del bolo alimentario a la hipofaringe en concordancia con el reflejo de deglución.

101006 Capacidad para limpiar la cavidad oral.

101007 Momento de formación del bolo.

101008 Número de degluciones apropiadas para el tamaño/textura del bolo.

101009 Duración de la comida con respecto a la cantidad consumida.

101010 Momento del reflejo de deglución.

101011 Cambios en la calidad de la voz.

101012 Atragantamiento, tos o náuseas.

101013 Esfuerzo deglutorio aumentado.

101014 Reflujo gástrico.

101015 Mantiene la cabeza relajada y el tronco erecto.

101016 Acepta la comida.

101017 Incomodidad con la deglución.

101018 Estudio de la deglución.

101020 Tos.

101021

Mordaza.

Para nuestra investigación se ha utilizado la NOC estado de deglución, midiendo su indicador 101012 Atragantamiento, tos o náuseas.

Con la escala de Likert 1: Gravemente comprometido. 2: Sustancialmente comprometido. 3: Moderadamente comprometido. 4: Levemente comprometido. 5: No comprometido. En las puntuaciones 1,2 y 3 tiene comprometido el estado de deglución. Cuando el paciente tras la ingesta de líquidos o sólidos presenta atragantamiento o tos, indica que el estado de deglución está deteriorado.

### 5.3 TAXONOMÍA NIC

La Taxonomía NIC es la organización sistemática de las intervenciones de enfermería en función de sus similitudes. Dado el alto volumen de intervenciones enfermeras y su complejidad, ha sido necesario ordenarlas siguiendo una estructura que vaya más allá del simple listado alfabético.

La "clasificación de intervenciones de enfermería NIC" es una clasificación normalizada y completa de todas las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Las siglas NIC (Nursing Interventions Classification) hacen referencia a todo tratamiento que, basado en su conocimiento y juicio clínico, realiza un profesional de enfermería para favorecer la situación del paciente. Cada intervención lleva implícita una serie de actividades específicas que nos acercan al resultado esperado.

Una intervención de enfermería (NIC) es "cualquier tratamiento, basado sobre el juicio y el conocimiento clínico, que una enfermera realiza para alcanzar resultados sobre el cliente." Las intervenciones de la NIC incluyen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales.

En 1992 se publicó la primera edición de la NIC (Nursing Interventions Classification), que fue elaborada por un equipo de enfermeras de la Universidad de Iowa como un intento de normalizar el lenguaje que describía las actuaciones de las enfermeras/os. En aquella ocasión se incluyeron 336 intervenciones, que han ido aumentando en cada una de las revisiones; así en la 3ª del año 2000 se contemplaban 486 y en la quinta edición, vigente en la actualidad, hay descritas 542 intervenciones y más de 12.000 actividades.

Estructura de la Taxonomía NIC. La taxonomía NIC tiene 3 niveles:

Campos.

Clases.

Intervenciones.

Actualmente hay 7 campos, 30 clases, 542 intervenciones y más de 12.000 actividades (Bulechek, 2009).

La taxonomía propuesta por McCloske y Bulechek consta de tres niveles (McCloskey & Bulechek, 1999):

**Campo:** Es el nivel de mayor abstracción de organización de la clasificación. Cada campo trata de dar unidad al conjunto de cuidados que se relacionan con un aspecto de la persona.

**Clase:** Supone un mayor nivel de concreción dentro de la clasificación. Especifica cuidados que están relacionados con un aspecto determinado del campo.

**Intervención:** Es el nivel de mayor concreción de la clasificación. Dentro de la taxonomía son los tratamientos que se relacionan con los aspectos contenidos en las clases. Cada intervención se desarrolla con actividades concretas.

Los campos y su definición son los siguientes:

1. Campo Fisiológico básico: integra los cuidados dirigidos al funcionamiento físico del organismo.

Clases que lo integran:

A. Control de actividad y ejercicio.

B. Control de la eliminación.

C. Control de la inmovilidad

D. Apoyo nutricional.

E. Fomento de la comodidad física.

F. Facilitación de los autocuidados.

2. Campo Fisiológico complejo: integra los cuidados dirigidos a la regulación homeostática del organismo.

Clases integrantes:

G. Control de electrolitos y ácido-base.

H. Control de fármacos.

I. Control neurológico.

J. Cuidados perioperatorios.

K. Control respiratorio.

3. Campo Conductual: integra los cuidados dirigidos hacia el funcionamiento psicosocial y la promoción de los cambios en el estilo de vida de la persona.

Clases que lo integran:

O. Terapia conductual.

P. Terapia cognitiva.

Q. Potenciación de la comunicación.

R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.

S. Educación de los pacientes.

T. Fomento de la comodidad psicológica.

Campo 4. Seguridad: integra los cuidados dirigidos hacia la protección contra los peligros para la persona, tanto de carácter físico como psicológico.

Las clases son:

U. Control en casos de crisis.

V. Control de riesgos.

5. Campo Familia: integra los cuidados dirigidos hacia la unidad familiar, centrados en alguno de sus miembros o en el conjunto de la familia.

Lo integran las clases:

W. Cuidados de un nuevo bebé.

Z. Cuidados de crianza de un nuevo bebé.

X. Cuidados de la vida.

6. Campo Sistemas de salud: cuidados dirigidos a promover el uso eficaz de los sistemas de prestación de asistencia sanitaria por parte de los usuarios de dicho sistema.

Clases que lo integran:

Y. Medición del sistema sanitario.

a. Gestión del sistema sanitario.

b. Control de la información.

7. Campo Comunidad: cuidados dirigidos hacia el fomento y la promoción de la salud de la comunidad.

Clases que lo integran:

c. Fomento de la salud de la comunidad.

d. Control de riesgos de la comunidad.

Dentro de estos Campos y Clases se reparten ordenadamente las intervenciones, cada intervención se describe en la clasificación con su definición, la relación de las actividades que la componen y la bibliografía en la que se apoyan.

Estas tres clasificaciones proporcionan instrumentos metodológicos para el proceso de cuidar, la utilización conjunta NANDA-NOC-NIC como guía para la práctica, los diagnósticos NANDA ofrecen los referentes metodológicos para la valoración de la persona y el análisis de la situación y el lenguaje normalizado para formular los

problemas detectados en forma de diagnósticos. Los resultados NOC proporcionan una guía para valorar/evaluar los indicadores que evidencian la medida en la que se presenta/resuelve un problema, y delimitar las situaciones del paciente. Las Intervenciones NIC proporcionan un lenguaje común, es la relación ordenada de las actuaciones que las enfermeras llevan a cabo en el desempeño de su papel de cuidado.

Sin duda la utilización de clasificaciones de la metodología enfermera significa un desarrollo para la profesión. La enfermera, al utilizar cualquier clasificación en el proceso de cuidados, debe hacer la adaptación de los resultados, las intervenciones y las actividades a la respuesta de la persona, la familia o la comunidad.

## II MARCO EMPÍRICO

### CAPÍTULO 6. JUSTIFICACION

Los avances científico técnicos y la disminución de la natalidad en los últimos tiempos han producido un envejecimiento de la población en los países desarrollados.

En España, el fenómeno del envejecimiento se encuentra especialmente acelerado, ya que en menos de 30 años se ha duplicado el número de personas mayores de 65 años (INE 2013).

Según un informe de Naciones Unidas, en el año 2050 España será el país más envejecido del mundo; el 44,1% de la población española será mayor de 60 años y la mediana de edad será de 55,2 años frente a una mediana global mundial de 36,2 años (United Nations. Population Division, 2002).

La dependencia asociada al envejecimiento y a los cambios en la estructura familiar debido, entre otras cosas, a la incorporación de la mujer al mundo laboral, se convierte así en un problema socio-sanitario y económico muy importante.

A medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacitantes que tienden a provocar complicaciones y secuelas que dificultan la independencia y la autonomía de las personas (Otero, et al., 2004).

Las Enfermedades Cerebrovasculares son la primera causa de incapacidad en los países desarrollados y la tercera causa de mortalidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS). la incidencia promedio mundial de ICTUS es aproximadamente 200 casos por 100.000 habitantes al año, aunque existen marcadas diferencias entre los distintos países (Feigin et al., 2003).

Anualmente, 15 millones de personas en el mundo sufren un accidente cerebrovascular. De estos, 5 millones mueren y otro 5 millones se quedan permanentemente discapacitados, siendo una carga importante social y económica para la familia y la comunidad.

Las limitaciones físicas o psíquicas son variables; aproximadamente tras el primer evento vascular agudo, el 25% de los pacientes precisan ayuda para cualquier

actividad básica de la vida diaria. Se estima que existen unos 50 millones de personas que han sobrevivido a un ICTUS en el mundo y que sufren secuelas físicas y cognitivas (Bonita et al., 2004).

Los estudios muestran que un 12-18% de los supervivientes tienen afasia, un 22% no son capaces de andar, y 24-53% dependen de una tercera persona para las actividades de la vida diaria. (Wolfe, 2000).

El creciente volumen de actividad asistencial, unido a la progresiva complejidad y especialización de los procesos y técnicas sanitarias y asistenciales empleadas, ha aportado sin duda una mayor calidad, eficiencia y eficacia de la atención sanitaria que se presta en los sistemas de salud de los países desarrollados. Sin embargo, esos mismos avances han sido los responsables de aumentar el riesgo de que se produzcan efectos adversos (EA) asociados a la atención sanitaria.

Esta situación cada vez más presente en los hospitales provoca que los pacientes se trasladen al domicilio con gran parte de esa “especializada asistencia” y con una alta necesidad de cuidados que, en un momento, pasa de depender de un numeroso equipo de profesionales sanitarios al cuidado informal, mayoritariamente prestado por su entorno familiar.

Históricamente la enfermería ha tenido muy presente los cuidados relacionados con la prevención de algunos Eventos Adversos, como las caídas. En los últimos años ha cobrado gran relevancia la seguridad de los pacientes en las grandes instituciones y desde los distintos organismos nacionales e internacionales se ha llegado a consensos generalizados para prevenir los Eventos Adversos, entre otros las caídas.

Desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) se ha impulsado y promovido la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (SNS), desarrollada desde el año 2005 en colaboración con las Comunidades Autónomas, que integra las aportaciones de los profesionales sanitarios y de los pacientes a través de sus organizaciones.

Los objetivos de la estrategia inicialmente se orientaron a promover y mejorar la cultura de la seguridad en las organizaciones sanitarias, incorporar la gestión del

riesgo sanitario, formar a los profesionales y a los pacientes en aspectos básicos de seguridad del paciente, implementar prácticas seguras e implicar a pacientes y ciudadanos.

Uno de sus objetivos generales era: promover la implantación de prácticas seguras en los cuidados de los pacientes.

Se propone promover de forma sistematizada procedimientos para la implementación de prácticas seguras de efectividad demostrada en los cuidados realizados a los pacientes y como, objetivo específico, promover la inclusión de aspectos de seguridad del paciente en el plan de cuidados de la historia clínica del paciente y en el informe de alta.

Haciendo referencia específica a los siguientes aspectos relevantes para la seguridad del paciente, prevención de caídas y lesiones asociadas, prevención de úlceras por presión y prevención de la broncoaspiración (Ministerio de Sanidad, 2015).

Aunque ninguna actividad puede ofrecer una solución total para hacer frente a los Eventos Adversos, las acciones combinadas entre los profesionales de vanguardia y los administradores de salud pueden ofrecer una hoja de ruta hacia un sistema de prestación de asistencia sanitaria más segura (Carr, 2007).

Es fundamental evaluar la capacidad y la voluntad del paciente y su cuidadora para satisfacer las necesidades del cuidado personal, necesarias para conseguir su participación en el plan de cuidados.

La seguridad del paciente seguirá siendo una prioridad para los próximos años, y la Gestión de Casos está en la vanguardia de cualquier cambio que se produzca en este ámbito.

Los diagnósticos de enfermería se utilizan en diversos ámbitos del trabajo enfermero y en la atención a los pacientes en diferentes situaciones del proceso Salud / enfermedad, en las áreas de atención clínica y quirúrgica, en el hospital, y la comunidad (Valverde Jiménez & Corominas, 2012).

Es importante que se realicen estudios de investigación de prevalencia de diagnósticos enfermeros tanto en atención primaria como hospitalaria, considerando sus factores relacionados o sus factores de riesgo ya que se han encontrado muy pocos documentos (Cavalcante et al., 2013). Estas investigaciones enriquecerán a la comunidad científica enfermera y sobre todo es necesario investigar desde el ámbito de la Gestión de Casos Hospitalaria sobre todo en el campo de la seguridad y prevención en este tipo de pacientes como los que han padecido un ICTUS y que son especialmente vulnerables. En la literatura no se ha encontrado ninguno.

Los pacientes con ICTUS se encuentran en una situación especial de vulnerabilidad, ya que es un proceso agudo que invalida en muchas ocasiones la capacidad del individuo de satisfacer las necesidades básicas por el mismo. Las secuelas del ICTUS como los problemas de movilidad y la disfagia pueden ocasionar situaciones que pongan en peligro la integridad física de los pacientes con caídas, broncoaspiraciones o úlcera por presión que en muchas ocasiones podrían ser evitables. Tanto el paciente como sus cuidadores se encuentran ante una situación nueva de salud que han de manejar en su domicilio tras un periodo no muy largo de hospitalización. Es importante que se detecten las situaciones de riesgo con las que el paciente se traslada al domicilio, para implementar las acciones necesarias que mejoren la calidad de los cuidados y la seguridad. La Enfermera Gestora de Casos mediante la Práctica Avanzada, la valoración integral del paciente y su familia y el plan de cuidados, detecta y expresa a través de las taxonomías enfermeras las situaciones reales y de riesgo que se presentan en el momento del alta.

En este trabajo se presentan los resultados de un estudio que examina la prevalencia de Diagnósticos Enfermeros de Riesgo en el ámbito de la seguridad, en el momento del alta hospitalaria y que favorecen la aparición de EA en el domicilio, en los pacientes ingresados en el hospital Virgen de la Victoria de Málaga durante el periodo 2007-20012 con el diagnóstico de ICTUS y que han sido incluidos en un programa de Gestión de Casos Hospitalario.

El presente estudio tiene como objetivo conocer los diagnósticos Enfermeros detectados en la planificación del alta hospitalaria que pueden poner en riesgo la

seguridad del paciente en el domicilio, con el fin de realizar las intervenciones necesarias que disminuya la probabilidad del EA en el domicilio, haciendo consciente al paciente y a sus cuidadores tanto formales como informales del riesgo potencial y que les permita adquirir los conocimientos y habilidades necesarias dentro del Hospital.



## **CAPÍTULO 7. OBJETIVOS**

### **7.1 OBJETIVO GENERAL**

El objetivo general de este estudio es detectar los riesgos que tienen los pacientes ingresados con el diagnóstico de ICTUS, en un Programa de Gestión de Casos, en una unidad de neurología de un Hospital Universitario Regional, en el momento de su transición al domicilio. Mediante la prevalencia de diagnósticos enfermeros de riesgo.

### **7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- 1.-Conocer la prevalencia del diagnóstico enfermero: Riesgo de aspiración, en el momento de la transición al domicilio. Desde una perspectiva de género en pacientes con ICTUS
- 2.-Conocer la prevalencia del diagnóstico enfermero: Riesgo de Caídas en el momento de la transición al domicilio. Desde una perspectiva de género en pacientes con ICTUS
- 3.- Conocer la prevalencia del diagnóstico enfermero: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, en el momento de la transición al domicilio. Desde una perspectiva de género en pacientes con ICTUS
- 4.- Identificar la población de pacientes con ICTUS incluidos en Gestión de Casos, con mayor número de riesgos al alta. Desde una perspectiva de género en pacientes con ICTUS



## **CAPÍTULO 8. MATERIAL Y MÉTODO**

### **8.1 DISEÑO**

Se trata de un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y analítico sobre diagnósticos enfermeros de riesgo en pacientes con ICTUS, incluidos en un programa de Gestión de Casos.

Este estudio se ha realizado en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga en 2015

### **POBLACIÓN Y MUESTRA**

**POBLACIÓN:** Todos los pacientes con diagnóstico de ICTUS incluidos en de Gestión de Casos.

El periodo de estudio comprende desde el 1 Enero de 2009 al 31 de diciembre de 2013. Este estudio se ha realizado en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Pacientes ingresados por ICTUS que están incluidos en un programa de Gestión de Casos.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

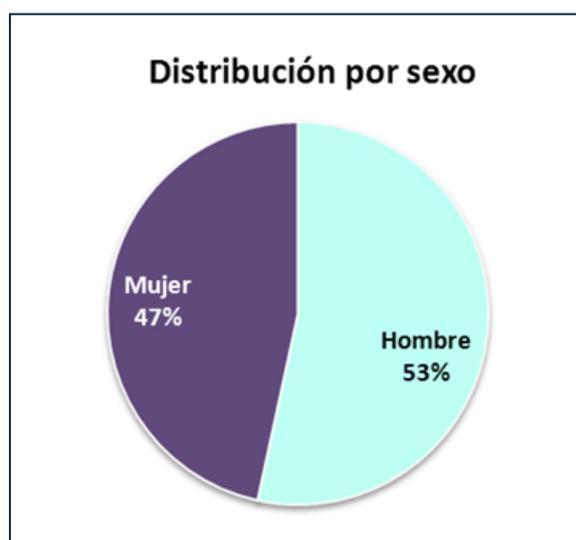
Pacientes incluidos en programa y que no corresponden al Sistema Público Andaluz (Pacientes pertenecientes a aseguradoras privadas, pacientes de vacaciones pertenecientes a otras comunidades autónomas o a otros países). y no tener posibilidad de continuidad de cuidados

Pacientes fallecidos durante el ingreso

## CARACTERÍSTICA DE LA MUESTRA

Nuestra muestra está compuesta por 586 pacientes provenientes de una población de 740 pacientes incluidos en el programa de Gestión de Casos con diagnóstico de ICTUS.

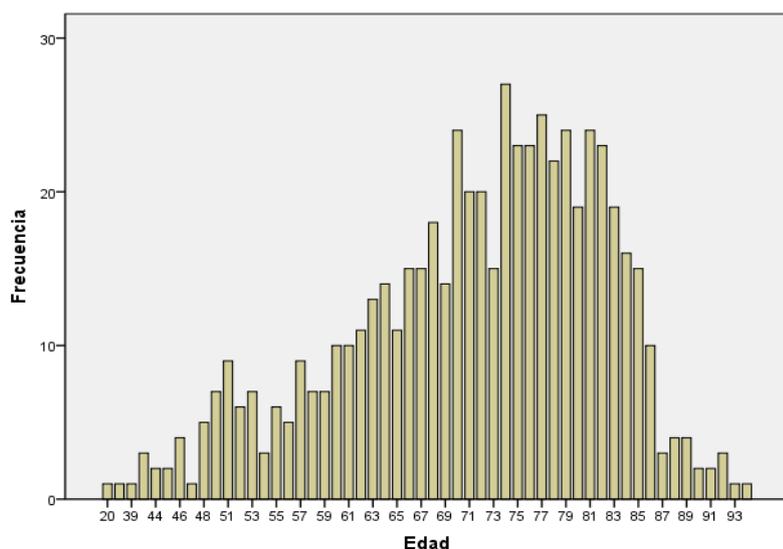
**Gráfico 17. Características de la muestra**



De toda la población de pacientes incluidos en el programa de Gestión de Casos se han desestimado un total de 96 pacientes por no pertenecer al Sistema Público Andaluz (Pacientes pertenecientes a aseguradoras privadas, pacientes de vacaciones pertenecientes a otras comunidades autónomas o a otros países). y no tener continuidad de cuidados y 58 pacientes que fallecieron durante el ingreso.

De los 586 pacientes de la muestra, 313 (53%) fueron hombres y el 273 (47%) mujeres.

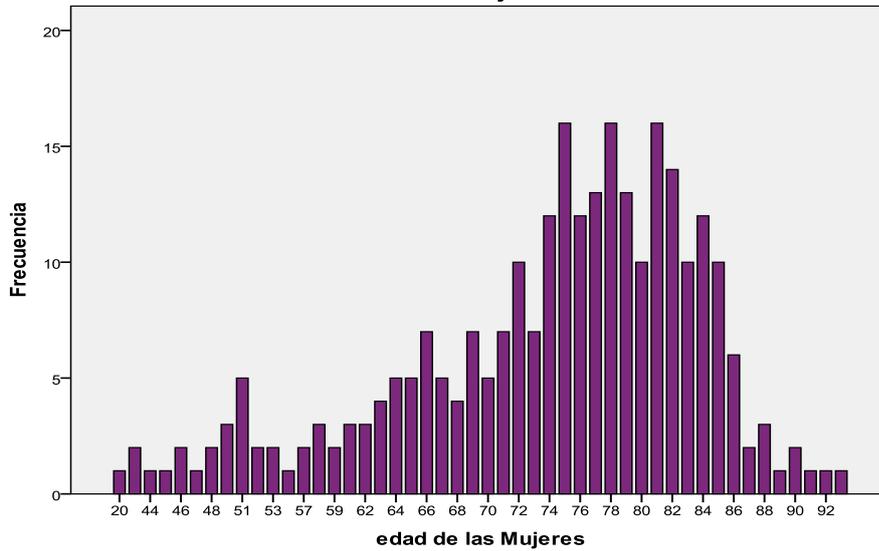
**Gráfico 18. Edad de la muestra**



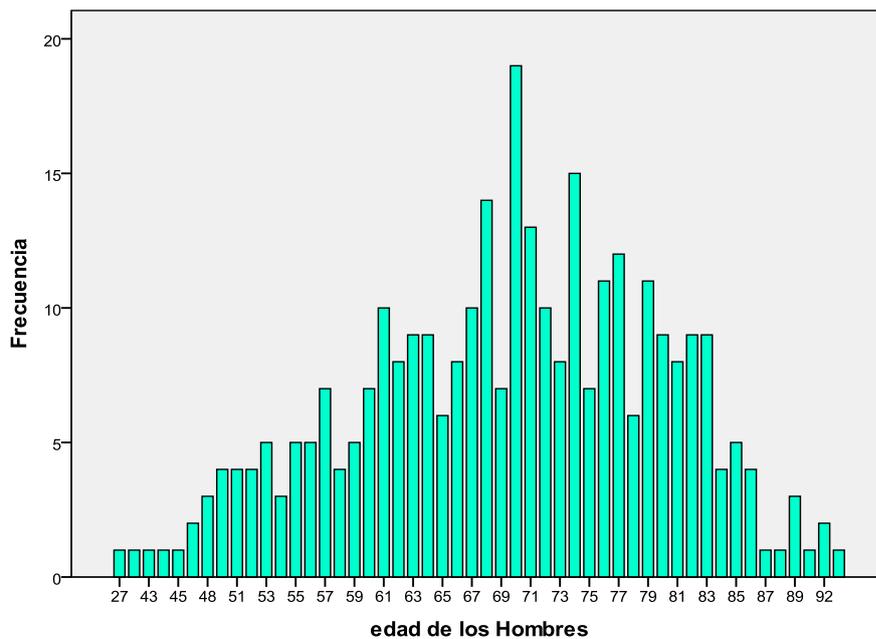
Esta muestra presenta una edad media global de 71 años, mediana 73, Moda 74 y una desviación típica de 10,96. El más joven fue de 20 años y el mayor de 93. Con respecto a la diferencia de edad por sexos, para las mujeres de la muestra la edad media es de 74 años, la mujer de menor

edad tiene 20 años y la de mayor edad 94. Para los hombres de la muestra, la edad media es de 69 años; el hombre de menor edad es de 27 años y el de mayor edad de 93.

**Gráfico 19. Edad de las mujeres de la muestra**



**Gráfico 20. Edad de los hombres de la muestra**



## 8.2 PROCEDIMIENTO

Al ser éste un estudio de investigación descriptivo, no existe hipótesis como punto de partida

Para el estudio se ha utilizado la información del informe de continuidad de cuidados que contiene la base de datos que se diseñó ex profeso por los enfermeros de la unidad y que está ubicada en el servidor del hospital Virgen de la Victoria. Cada una de las enfermeras Gestoras de Casos de este centro hospitalario tiene acceso a esta base de datos para el registro de información de los pacientes de su cartera de clientes. Esta base de datos está confeccionada en el programa File Maker Pro versión 8.01 Advanced; es utilizada indistintamente por las tres Enfermeras Gestoras de Casos del Hospital y en ella está incluida toda la población que reúne criterios para entrar en el programa de Gestión de Casos.

### **Captación del Paciente**

La inclusión en el programa de Gestión de Casos se realiza tras la derivación del caso por cualquier miembro del equipo multidisciplinar (médicos especialistas, médicos rehabilitadores, trabajadores sociales, enfermeras o supervisoras de las unidades de hospitalización).

### **Inclusión en Programa**

La Enfermera Gestora de Casos realiza una entrevista con el paciente y la persona que va a asumir el rol de cuidadora en el domicilio (al ser el ICTUS una enfermedad que se presenta de forma aguda, los pacientes mayoritariamente eran previamente independientes y no necesitaban de ninguna persona cuidadora) o la cuidadora habitual, si era previamente dependiente.

Tras un cribado de complejidad y de acuerdo con las características de la población diana que contiene la cartera de clientes de la Enfermera Gestora de Casos, se incluye o no al paciente en el programa de Gestión de Casos.

### **Proceso de Atención de Enfermería.**

A aquellos pacientes incluidos en programa, se les realiza una valoración según modelo de Virginia Henderson<sup>1</sup> (Henderson, 1994) lo que permite la elaboración de un juicio clínico, la formulación de un diagnóstico enfermero y la realización de un plan de cuidados personalizado que se expresa con la terminología NANDA-NOC-NIC, conforme al Real Decreto 1093/2010 (BOE núm. 225, de 16 de septiembre de 2010) que regula el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, donde se establece que la enfermera tiene la obligación de registrar los cuidados en la historia clínica y en el informe de alta con las taxonomías NANDA, NOC y NIC.

El plan de cuidados, tras la valoración inicial, consta de diagnósticos enfermeros reales o potenciales (DE), los resultados que se esperan obtener NOC y las intervenciones enfermeras (NIC) que se realizan.

Esta información es volcada en la base de datos de las Enfermeras Gestoras de Casos del Hospital.

Al alta se emite un informe de continuidad de cuidados donde quedan reflejados los diagnósticos enfermeros resueltos y los que quedan pendientes de resolver, así como el estado de los resultados y las intervenciones realizadas.

De este informe de continuidad de cuidados se han obtenido los datos que se analizan, aquellos diagnósticos de riesgo que necesitan una continuidad de cuidados en domicilio.

### **8.3 VARIABLES DE INVESTIGACIÓN**

De los diagnósticos de riesgo de la NANDA se han seleccionado como variables de investigación, dos factores de riesgo expresados por la NANDA en cada diagnóstico de riesgo estudiado, eligiendo aquellos factores que se encuentran dentro de las complicaciones más frecuentes en los pacientes con ICTUS (Duarte et al., 2010).

---

<sup>1</sup> Modelo Conceptual de Virginia Henderson:

La función de la enfermería es, ayudar al individuo enfermo o sano en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, o a su recuperación, actividades que llevaría a cabo por sí mismo si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios y buscará la forma de ayudarlo a independizarse lo más rápidamente posible.

**DIAGNÓSTICO NANDA 00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA.**

Definición: Riesgo de alteración en la epidermis y/o en la dermis.

Necesidad 8: Higiene/Piel

Patrón 2: Nutricional y metabólico

Dominio 11: Seguridad/Protección

Clase 2: Lesión física

Factores de riesgo seleccionados para el estudio:

Factor de riesgo N<sup>o</sup>1 **Humedad**: se considera positivo este factor de riesgo en todos aquellos pacientes que tengan algún tipo de incontinencia y utilicen absorbentes.

Factor de riesgo N<sup>o</sup>2 **Inmovilización física**: se considera positivo este factor de riesgo en todos aquellos pacientes que tengan un test de Barthel por debajo de 60 (Anexo1) (Baztán et al., 1993).

**DIAGNÓSTICO NANDA 000155 RIESGO DE CAÍDAS**

Definición: Riesgo de aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico.

Necesidad 9: Seguridad

Patrón 1: Percepción y manejo de la salud

Dominio 11: Seguridad/Protección

Clase 2: Lesión física

Factores de riesgo seleccionados para el estudio:

Factor de riesgo N<sup>o</sup>1 **Uso de dispositivos de ayuda**: se considera positivo este factor de riesgo en todos aquellos pacientes que utilicen andador, bastones o silla de ruedas.

Factor de riesgo N°2 **Deterioro del equilibrio**: se considera positivo este factor de riesgo en todos aquellos pacientes que tengan el indicador de la NOC 0202 Equilibrio. (020203) equilibrio al caminar sea =>3.

Los NOC facilitan la identificación de factores de riesgo en poblaciones susceptibles (Morales Asencio, 2004).

### **DIAGNÓSTICO NANDA 00039 RIESGO DE ASPIRACIÓN**

Definición: Riesgo de que penetren en el árbol traqueobronquial secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, sólidos o líquidos.

Necesidad 1: Respirar normalmente

Patrón 2: Nutricional y metabólico

Dominio 11: Seguridad/Protección

Clase 2: Lesión física

Factores de riesgo seleccionados para el estudio:

Factor de riesgo N°1 **Alimentación por sonda**: se considera positivo este factor de riesgo en todos aquellos pacientes que utilicen sonda nasogástrica o gastrostomía para alimentarse.

Factor de riesgo N°2 **Deterioro de la deglución**: se considera positivo este factor de riesgo en todos aquellos pacientes que tengan el indicador de la NOC 1010 Estado de Deglución (101012) atragantamiento, tos, náuseas sea =>3.

### **8.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Esta investigación está sujeta a las normas éticas comprendidas en las disposiciones de la Declaración de Helsinki por la Asociación Médica Mundial, como un cuerpo de principios éticos que deben guiar a la comunidad científica. Asimismo, se ha protegido la identidad de los pacientes teniendo en cuenta la normativa legal sobre

la confidencialidad de los datos según se establece en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección Datos de carácter personal. (BOE-A-1999-23750).

La información es confidencial protegiendo en todo momento la privacidad y el anonimato de los sujetos involucrados en el estudio.

De la explotación de la base de datos, no se han utilizado datos identificativos de ningún paciente, solo los diagnósticos enfermeros y factores de riesgo de forma anónima.

Además, se ha garantizado la confidencialidad de los datos obtenidos, limitando el acceso a la información de manera exclusiva a la investigadora.

Se ha solicitado autorización al jefe de la Unidad de Gestión Clínica de Neurociencias (Anexo2) y a la de la Dirección del Hospital Regional de Málaga y Virgen de la Victoria (Anexo 3).

#### **8.4 ESTUDIO ESTADÍSTICO**

Una vez tabulados los datos del estudio, los resultados se analizaron mediante los programas estadísticos IBM SPSS 19.00 Statistics

Se realiza una descripción general de las distintas variables del estudio, presentando las variables cuantitativas mediante las medidas de tendencia central (media y/o mediana) y las medidas de dispersión (desviación típica -DT-, valor mínimo y valor máximo). El resumen de la información de las variables cualitativas se presenta mediante su distribución de frecuencia absoluta y porcentaje.

ESTADÍSTICA ANALÍTICA. La evaluación de la asociación entre variables cualitativas se realizó mediante el test de “Chi cuadrado de Pearson”.

## 9. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Figura 3. Variables de Investigación

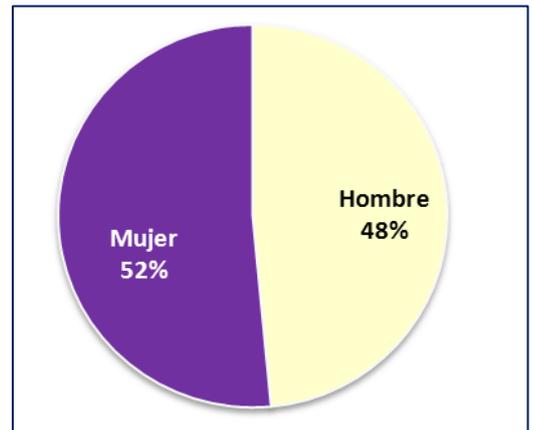


**Objetivo 1.-Conocer la prevalencia del diagnóstico enfermero: riesgo de aspiración en el momento de la transición al domicilio.**

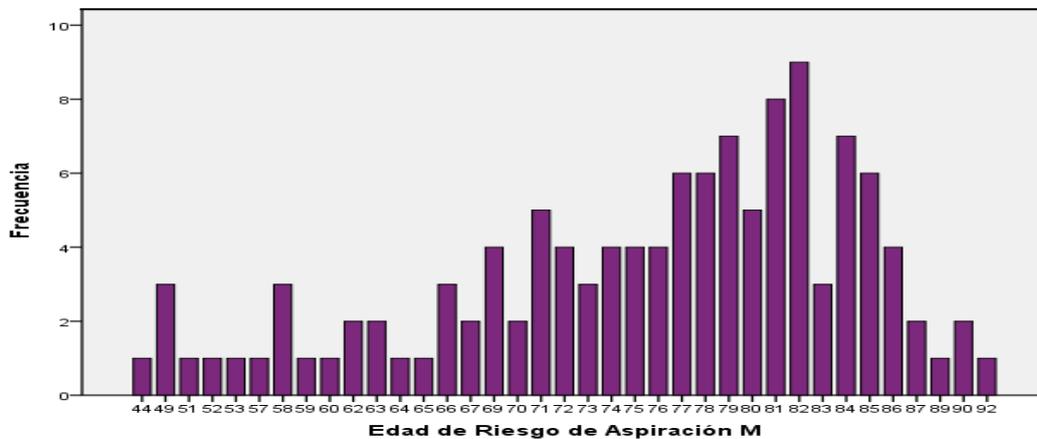
En nuestra muestra, 233 (40%) pacientes presentan riesgo de aspiración; el cual es definido en la NANDA como: Riesgo de que penetren en el árbol traqueobronquial secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, sólidos o líquidos.

De los pacientes de la muestra que presentaron este riesgo, 113 (48%) fueron hombres y 120 (52%) mujeres.

**Gráfico 21.Sexo Riesgo de Aspiración**

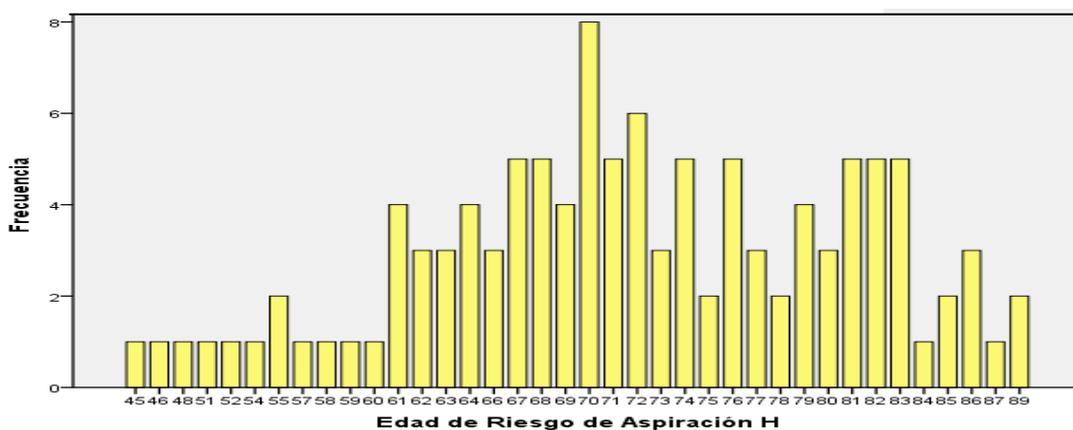


**Gráfico 22. Edad mujeres Riesgo de Aspiración**



La edad media de este riesgo para las mujeres es de 75 años y 71 años para los

**Gráfico 23. Edad hombres Riesgo de Aspiración**



hombres

**Factor de riesgo N°1 Alimentación por sonda: se considera positivo este factor de riesgo en todos aquellos pacientes que utilicen sonda nasogástrica o sonda por (PEG) gastrostomía percutánea para alimentarse.**

Se observa que 54 (23%) pacientes presentaron riesgo de aspiración por el factor de riesgo N°1 Alimentación por sonda. 27 hombres (50%) y 27 mujeres (50%). La edad media de las mujeres es de 76 años y la de los hombres de 71

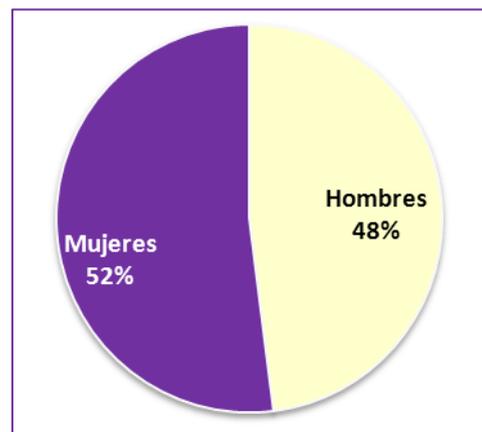
**Tabla 10. Utilización de sondas**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No tiene Sonda	532	90,8	90,8	90,8
Tiene Sonda	54	9,2	9,2	100,0
Total	586	100,0	100,0	

De los 54 individuos que utilizaron algún tipo de sonda para alimentarse 50 (93 %) fue del tipo sonda nasogástrica (SNG) y 4 (7%) por sonda por (PEG) gastrostomía percutánea.

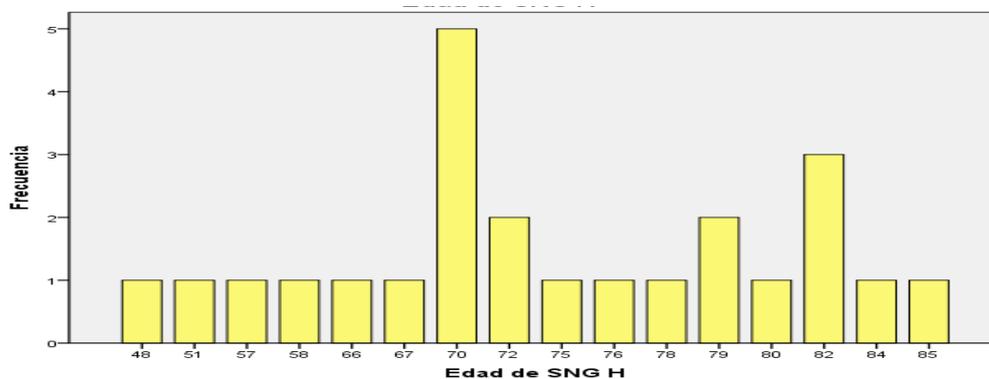
**Gráfico 24. Sexo SNG**

De los pacientes que utilizaron SNG 24 (48%) fueron hombres y 26(52%) mujeres.

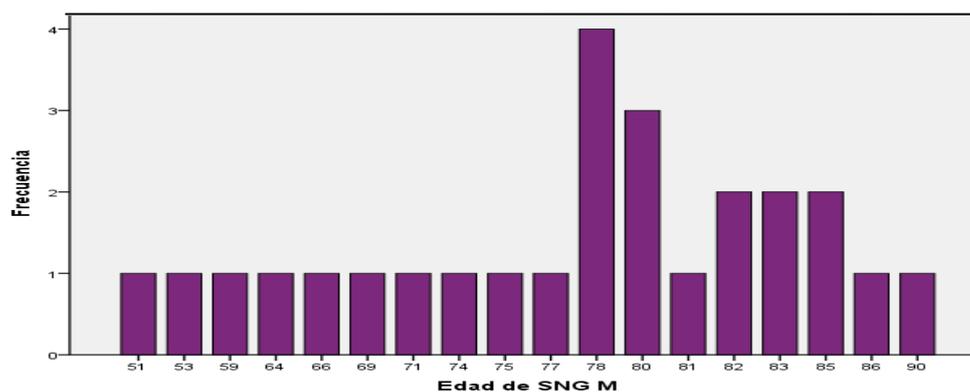


La edad media de las mujeres es de 76 años y de 72 años para los hombres.

**Gráfico 25. Edad SNG Hombres**



**Gráfico 26. Edad SNG Mujeres**



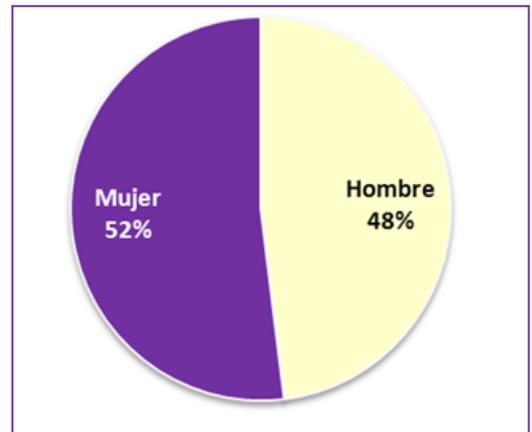
**Factor de riesgo N°2 Deterioro de la deglución: se considera positivo este factor de riesgo en todos aquellos pacientes que tengan el indicador de la NOC 1010 Estado de deglución (101012) atragantamiento, tos, náuseas sea =>3.**

Se observa que 179 (77%) pacientes presentaron riesgo de aspiración por el factor de riesgo N°2 Deterioro de la deglución.

De los 179 pacientes en los que se observó este factor de riesgo 86 (48%) son hombres, 93 (52%) mujeres.

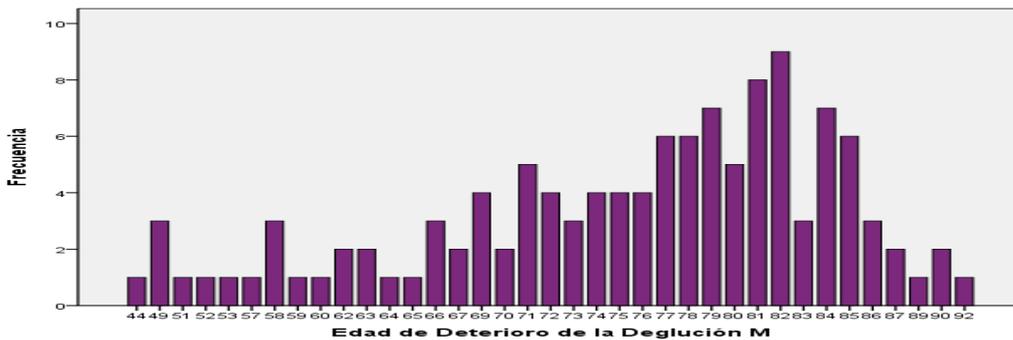
Presentando una diferencia significativa  $p < 0,05$

**Gráfico 27. Sexo deterioro de la deglución**

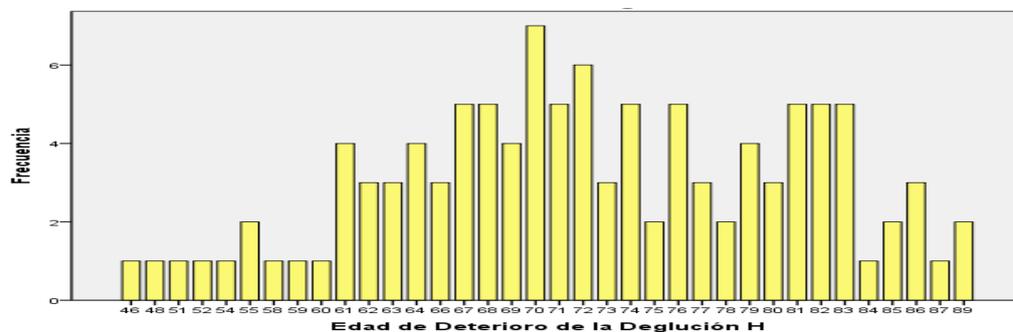


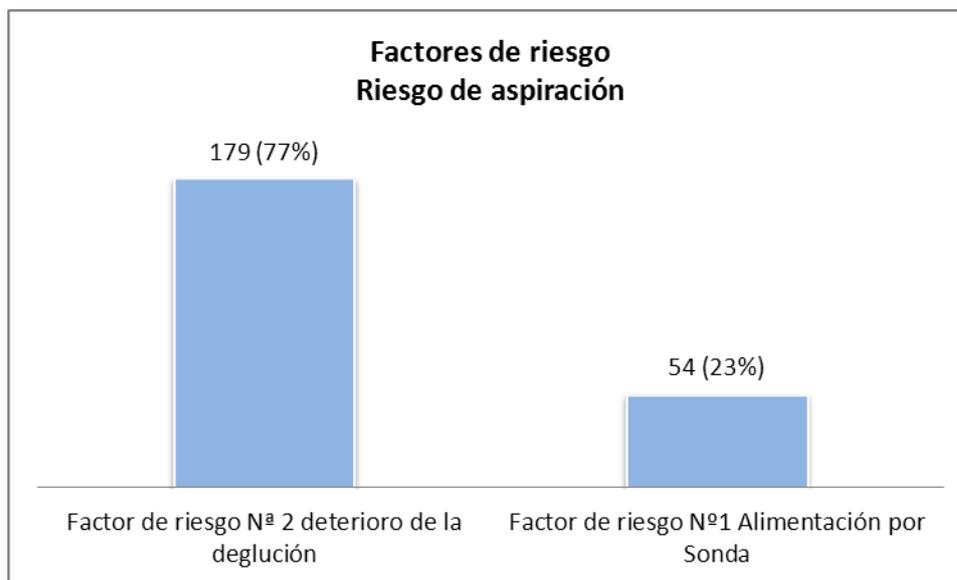
La edad media de los hombres es 72 años y la de las mujeres 75 años.

**Gráfico 28. Edad deterioro de la deglución mujeres**



**Gráfico 29. Edad deterioro de la deglución hombres**



**Gráfico 30. Factores de riesgo de aspiración**

**Objetivo 2.-Conocer la prevalencia del diagnóstico enfermero: riesgo de caídas en el momento de la transición al domicilio.**

De los 586 pacientes estudiados 576 (98%) presentaron riesgo de caídas en el momento del alta, definido por la NANDA este riesgo como: Riesgo de aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico.

**Tabla 11. Riesgo de caídas**

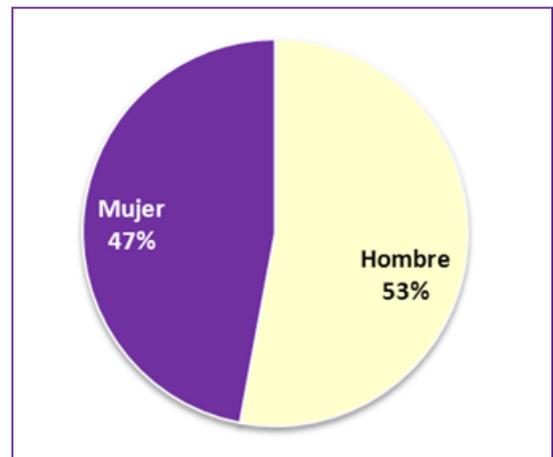
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No tiene Riesgo	10	1,7	1,7	1,7
Tiene Riesgo por Deterioro del Equilibrio	64	10,9	10,9	12,6
Tiene Riesgo por utilizar Dispositivo	512	87,4	87,4	100,0
Total	586	100,0	100,0	

De los pacientes de la muestra que presentaron este riesgo, 305 (53%) son hombres y 271 (47%) mujeres.

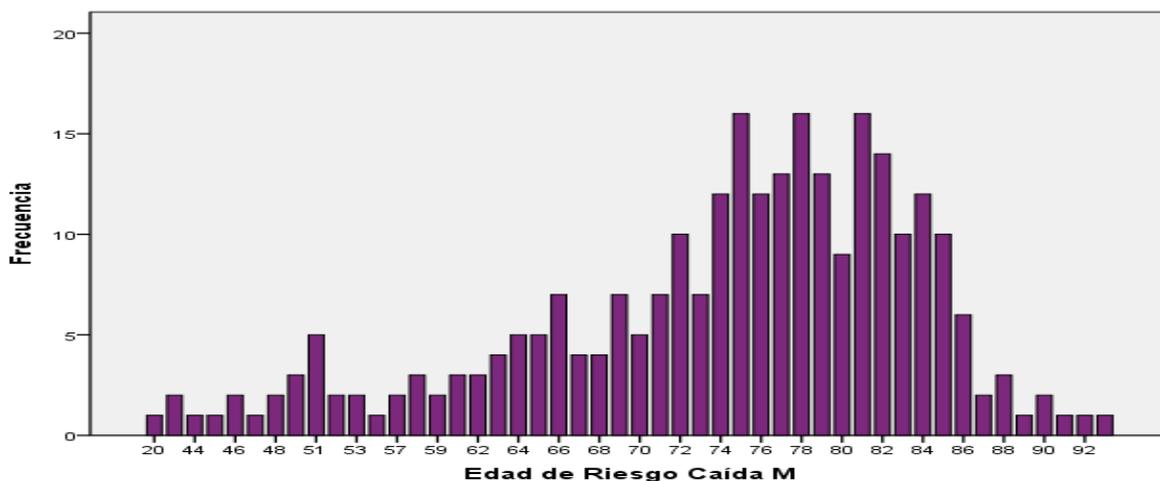
Presentando una diferencia significativa  $p: 0,05$

La edad media de este riesgo para las mujeres es de 74 años y para los hombres de 70 años

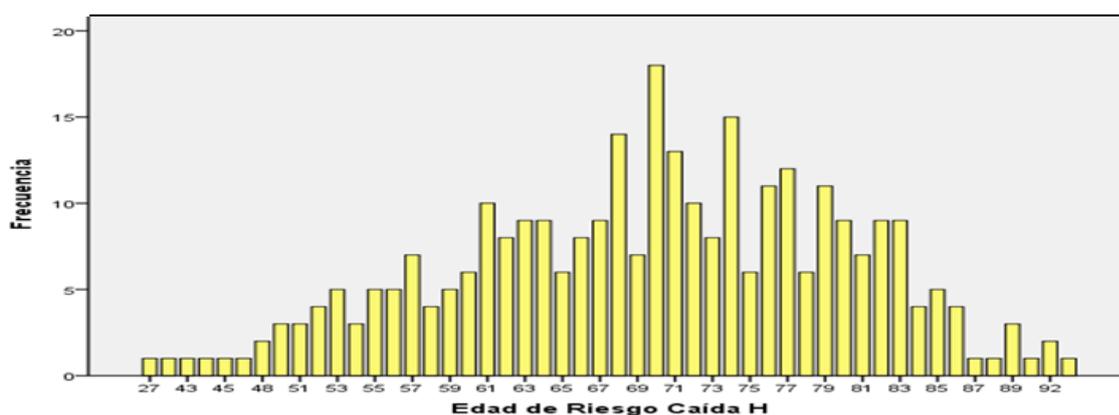
**Gráfico 31. Sexo riesgo de caídas**



**Gráfico 32. Edad riesgo de caídas mujeres**



**Gráfico 33. Edad riesgo de caídas hombres**



**Factor de riesgo N°1 Uso de dispositivos de ayuda: se considera positivo este factor de riesgo en todos aquellos pacientes que utilicen andador, bastones o silla de ruedas.**

Se observa que 512 (89%) pacientes de la muestra presentaron riesgo de caídas por el factor de riesgo N°1 Uso de dispositivos de ayuda.

Utilización de Dispositivo (Andador y Silla de Rueda).

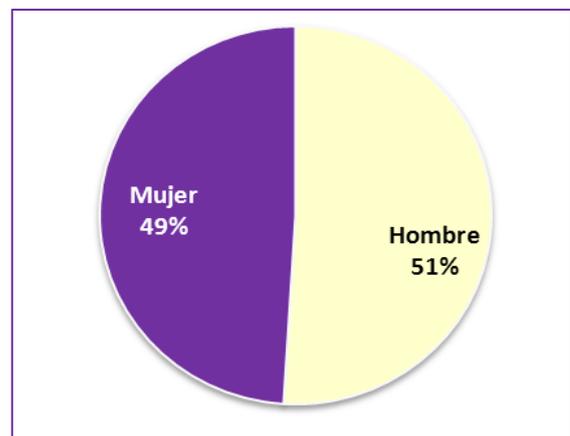
**Tabla 12. Utilización de dispositivos**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No tiene ningún Dispositivo	74	12,6	12,6	12,6
Tiene Dispositivo (Andador).	149	25,4	25,4	38,1
Tiene Dispositivo (Silla de Rueda).	363	61,9	61,9	100,0
Total	586	100,0	100,0	

**Gráfico 34. Sexo utilización de dispositivo**

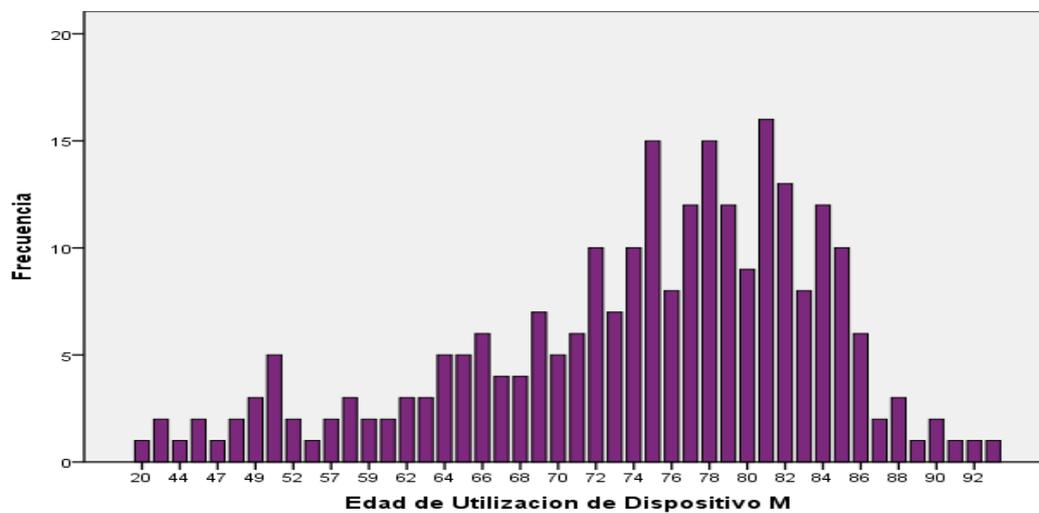
De los cuales 261(51%) son hombres y 251 (49%) mujeres.

Presentando una diferencia significativa  
 $P < 0,05$

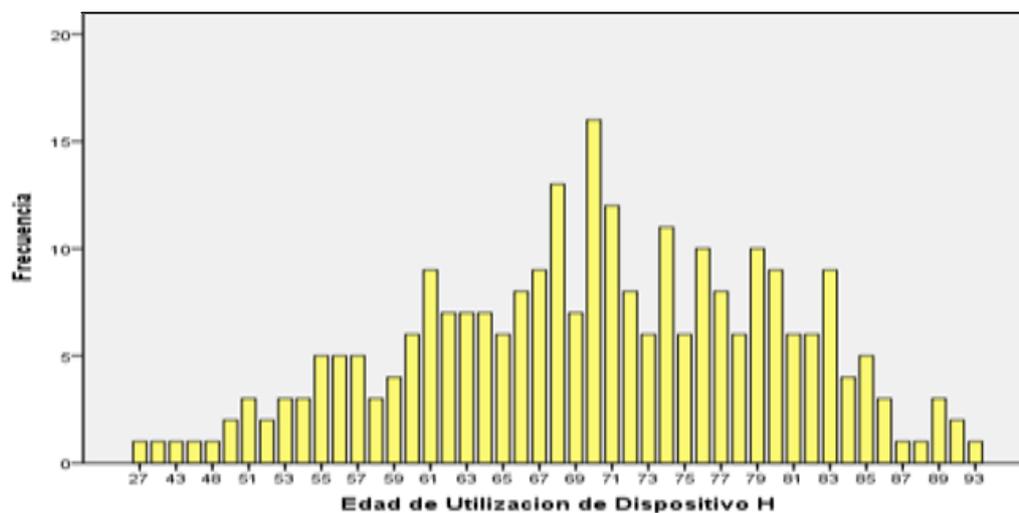


La edad media de las mujeres es de 74 años y la de los hombres 70 años.

**Gráfico 35. Edad utilización dispositivos mujeres**

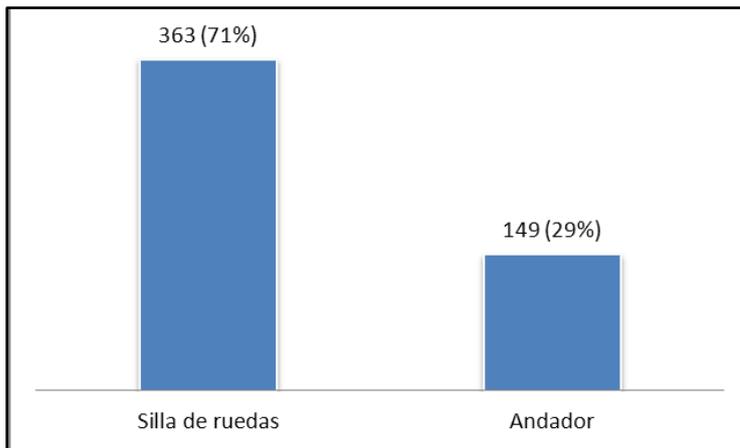


**Gráfico 36- edad utilización de dispositivos hombre**

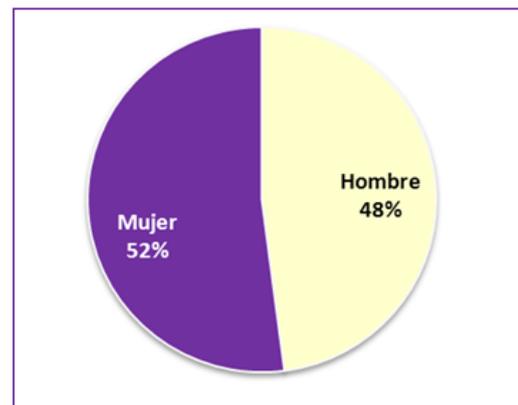


Los dispositivos utilizados son: silla de ruedas o andador

De todos los pacientes que presentaron riesgo de caídas por uso de dispositivos, 363 (71%) utilizaban silla de ruedas y 149 (29%) andador.

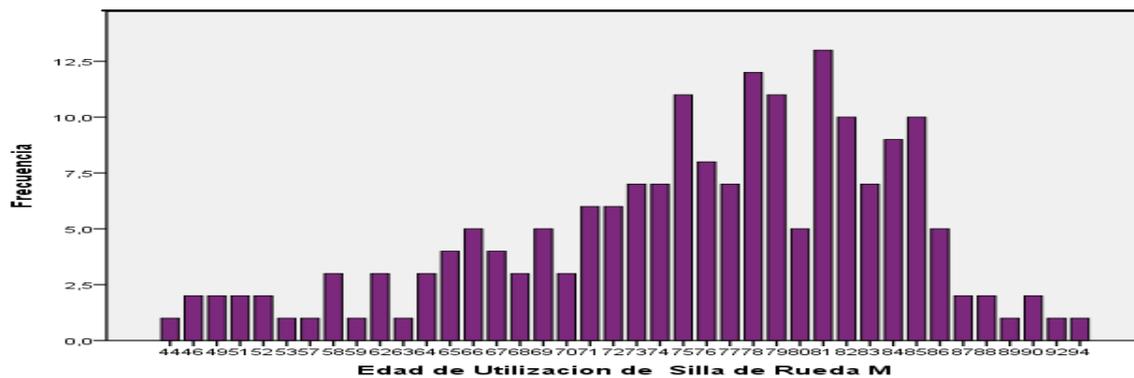
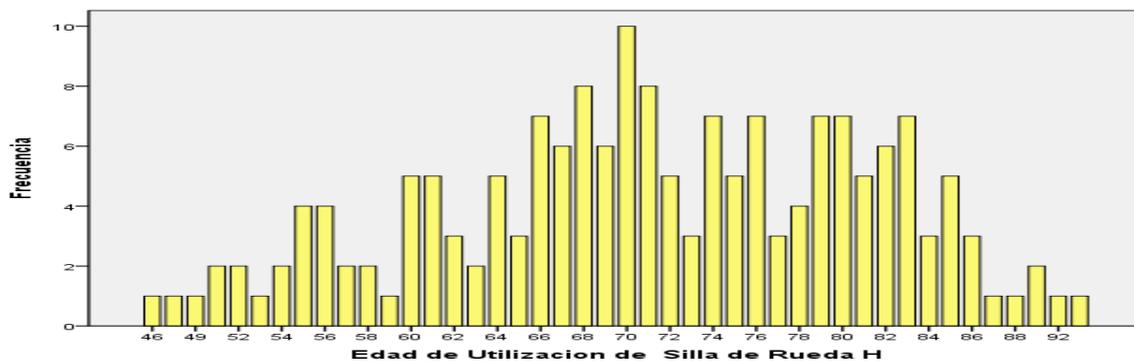
**Gráfico 37. Utilización de dispositivos****Gráfico 38. Sexo silla de ruedas**

De los 363 pacientes que utilizaban silla de ruedas 174(48%) son hombres y 189(52%) mujeres.



Presentando una diferencia significativa  
 $p < 0,001$

La edad media de las mujeres que utilizan silla de ruedas es de 75 años; la de los hombres, 71 años

**Gráfico 40. Edad utilización silla de ruedas mujeres****Gráfico 39. Edad utilización silla de ruedas mujeres**

Con respecto a la utilización de andador 149 (29%) paciente lo necesitaban para desplazarse.

De ellos 87 (58%) son hombres y 62 (42%) mujeres.

La edad media de de las mujeres que utilizaban andador es de 70 años y la de los hombres de 67.

Gráfico 41. Edad utilización andador mujeres

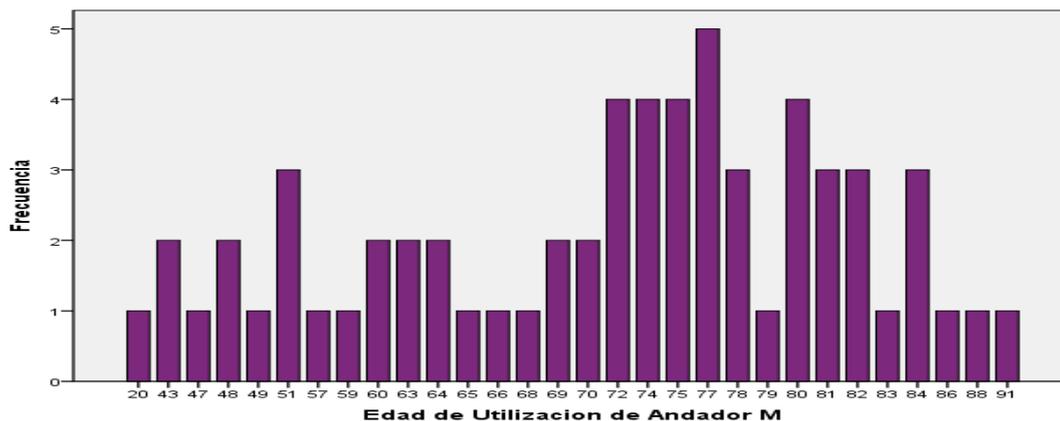
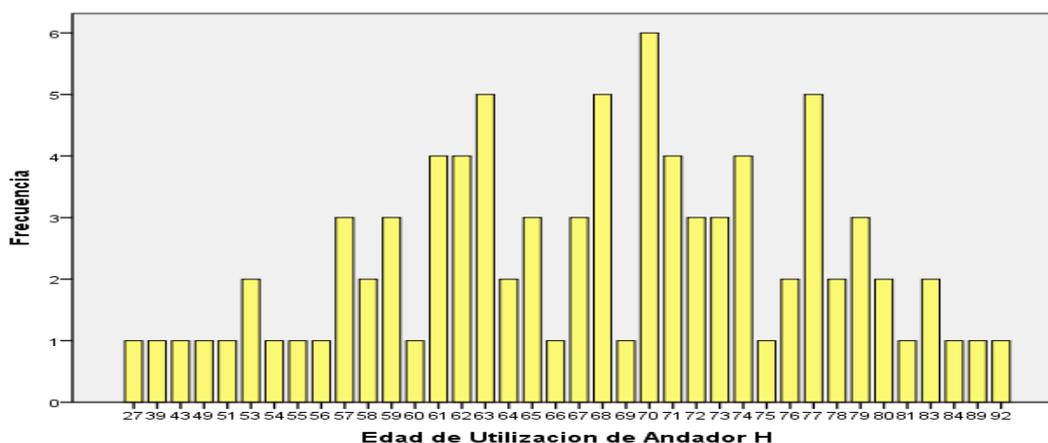


Gráfico 42. Edad utilización andador hombres



**Factor de riesgo N°2 Deterioro del equilibrio:** se considera positivo este factor de riesgo en todos aquellos pacientes que tengan el indicador de la NOC 0202 Equilibrio. (020203) equilibrio al caminar sea =>3. (El 3 en la escala de likert indica que necesita la ayuda de otra persona para mantener el equilibrio).

Se observa que 65 (11%) pacientes presentaron riesgo de caídas por el factor de riesgo N°2 Deterioro del equilibrio.

Tabla 13- Deterioro del equilibrio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No tiene Deterioro del Equilibrio	521	88,9	88,9	88,9
Tiene Deterioro del Equilibrio	65	11,1	11,1	100,0
Total	586	100,0	100,0	

Gráfico 43. Sexo deterioro del equilibrio

45 (69%) son hombres y 20 (31%) mujeres.

Presentando una diferencia significativa.

$p < 0,05$

La edad media de los hombres es de 68 años y de las mujeres 71 años

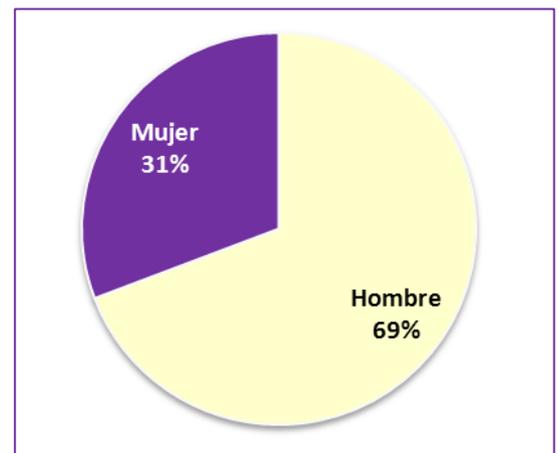
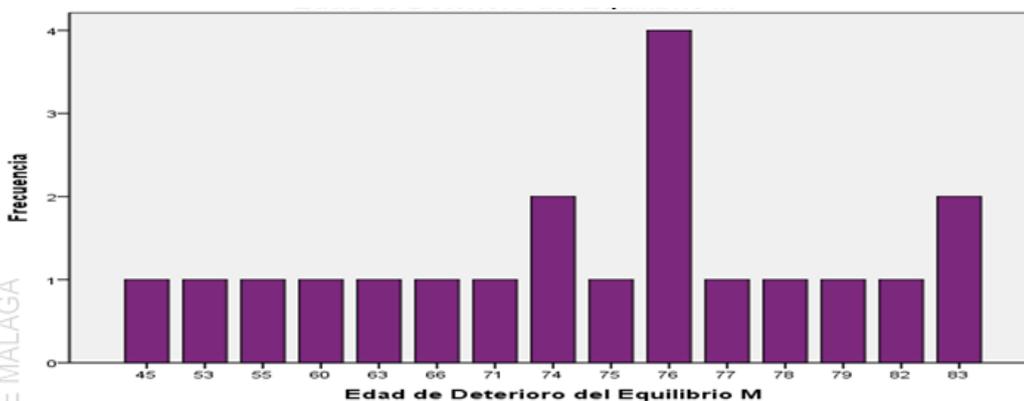
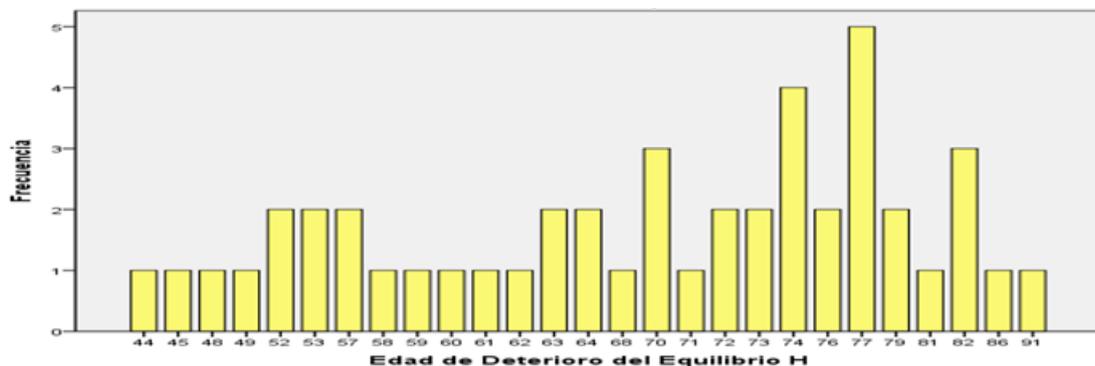
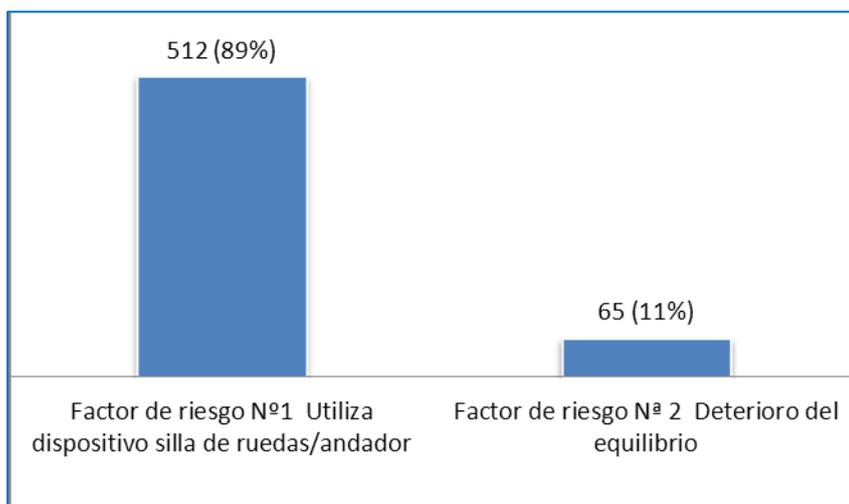


Gráfico 44. Edad deterioro equilibrio mujeres



**Gráfico 45. Edad deterioro equilibrio hombres****Gráfico 46. Factores riesgo de caídas**

### 3.- Conocer la prevalencia del diagnóstico enfermero: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea en el momento de la transición al domicilio

De los 586 pacientes de nuestra muestra, 485 (83%) manifestaron riesgo de deterioro de la integridad cutánea en el momento del alta hospitalaria. Este riesgo es definido por la NANDA como: Riesgo de alteración en la epidermis y/o en la dermis.

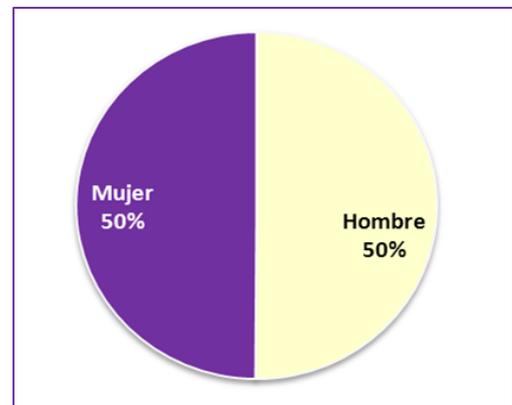
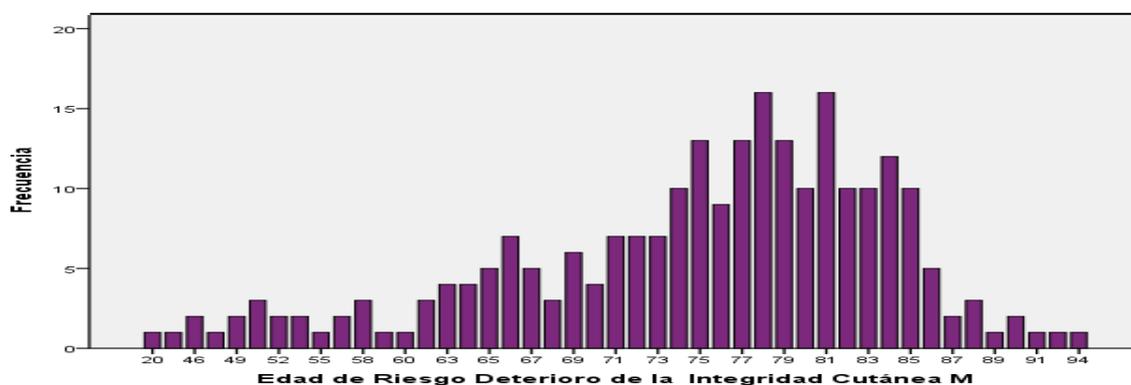
**Tabla 14. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea**

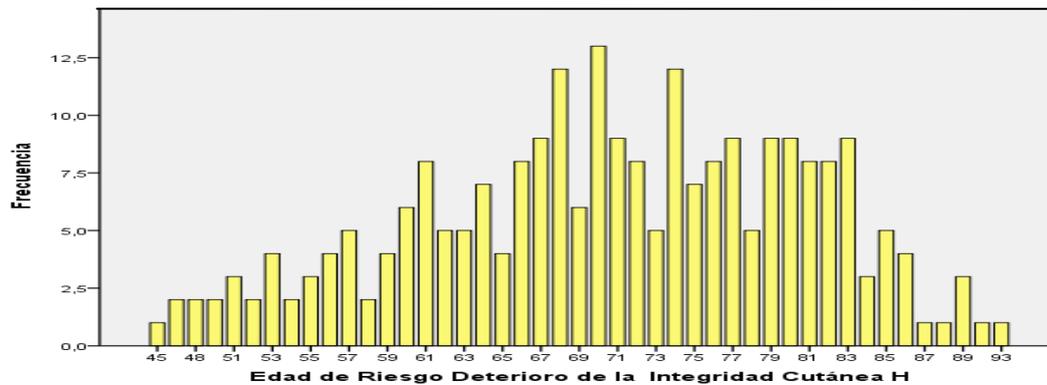
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No tiene Riesgo	101	17,2	17,2	17,2
Tiene Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea	485	82,8	82,8	100,0
Total	586	100,0	100,0	

**Gráfico 47. Sexo riesgo de deterioro de la integridad cutánea**

243 (50%) son hombres y 242 (50%) son mujeres.

La edad media de los hombres es de 70 años y de las mujeres 75 años

**Gráfico 48. Edad Riesgo de deterioro de la integridad cutánea mujeres**

**Gráfico 49. Edad riesgo de deterioro de la integridad cutánea hombres**

**Factor de riesgo N°1 Humedad:** se considera positivo este factor de riesgo en todos aquellos pacientes que tengan algún tipo de incontinencia y utilicen absorbentes

Se observa que de los 485 pacientes que presentaron riesgo de deterioro de la integridad cutánea 410(85%) los hicieron por el factor de riesgo humedad.

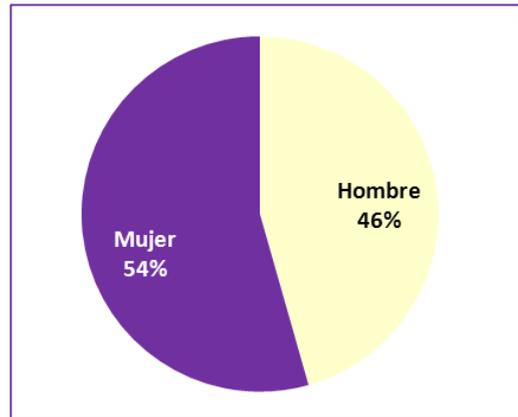
**Gráfico 50. Humedad**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No tiene Humedad	176	30,0	30,0	30,0
Tiene Humedad	410	70,0	70,0	100,0
Total	586	100,0	100,0	

**Gráfico 51. Sexo humedad**

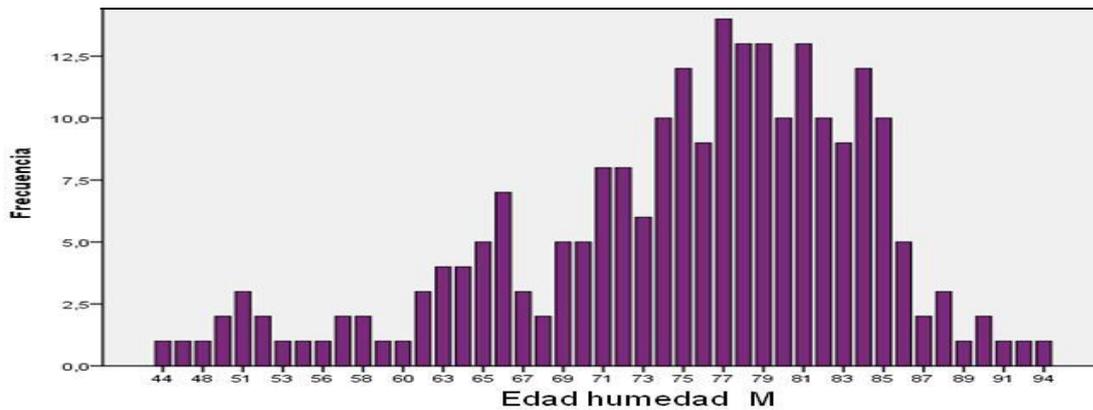
187 (46%) son hombres y 223 (54%) mujeres.

Presentando una diferencia significativa  $p < 0,001$

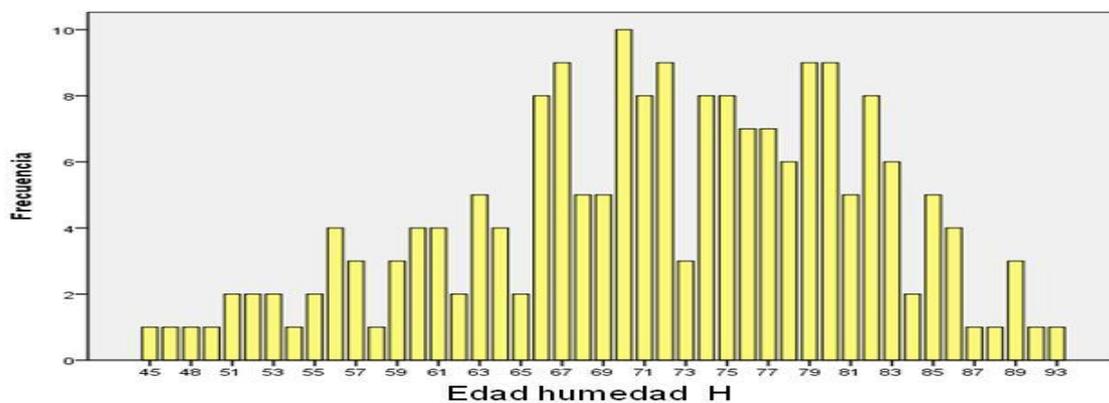


La edad media de los hombres es de 72 años y de las mujeres 75 años

**Gráfico 52. Edad humedad mujeres**



**Gráfico 53. Edad humedad hombres**



**Factor de riesgo N°2 Inmovilización física:** se considera positivo este factor de riesgo en todos aquellos pacientes que tengan un test de BARTHEL: por debajo de 60.

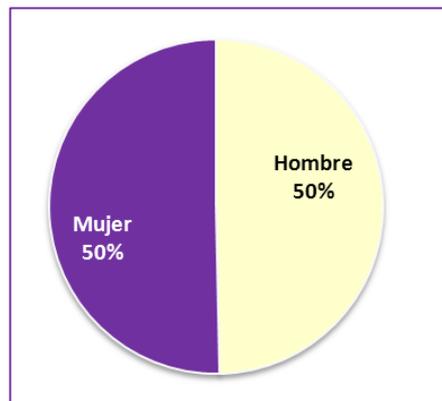
De los pacientes que presentaron riesgo de deterioro de la integridad cutánea 461 (95%) los hicieron por el factor de riesgo inmovilización física.

**Tabla 15. Inmovilidad física**

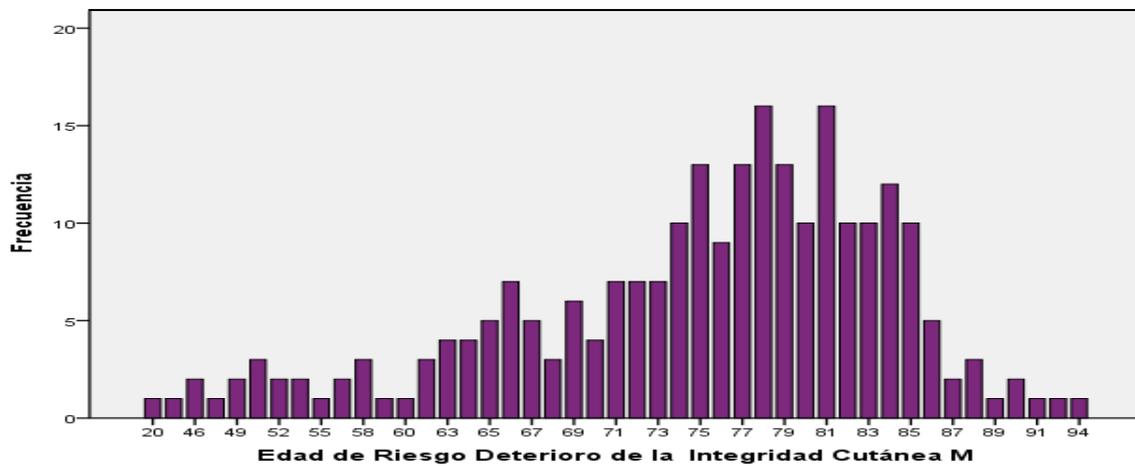
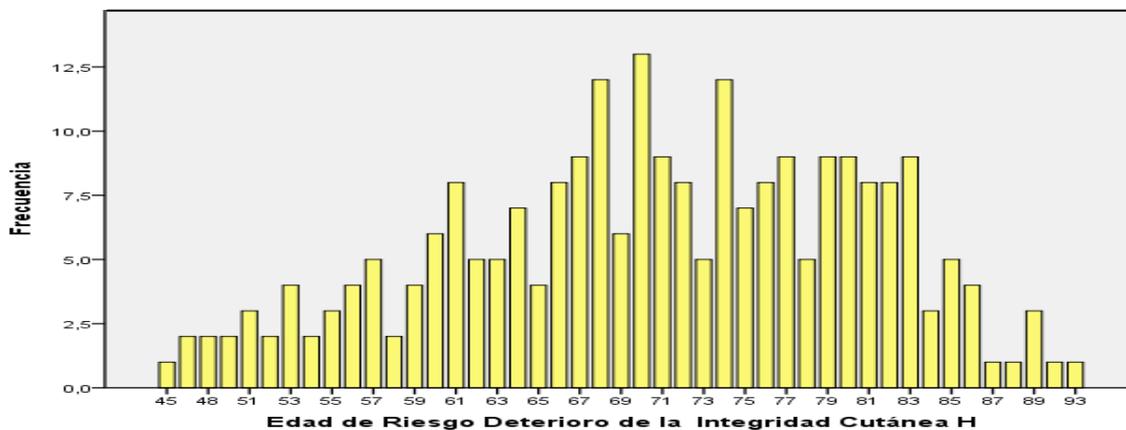
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
BARTHEL inferior a 60	461	78,7	78,7	78,7
BARTHEL superior 60	125	21,3	21,3	100,0
Total	586	100,0	100,0	

229 (50%) son hombres y 232 (50%) mujeres.

**Gráfico 54. Sexo inmovilidad física**



La edad media de los hombres con este factor de riesgo es de 71 años y la de las mujeres 75 años

**Gráfico 55. Edad Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea mujeres****Gráfico 56. Edad Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea hombres**

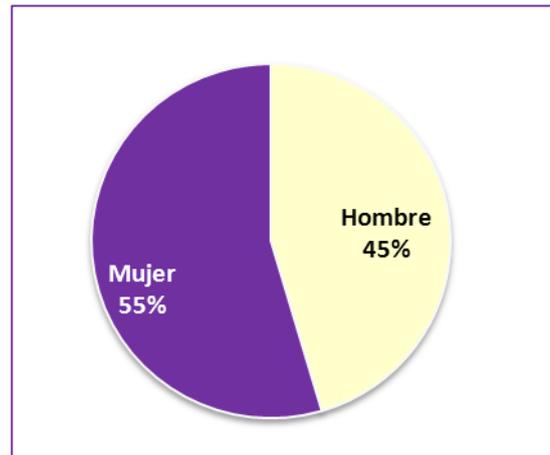
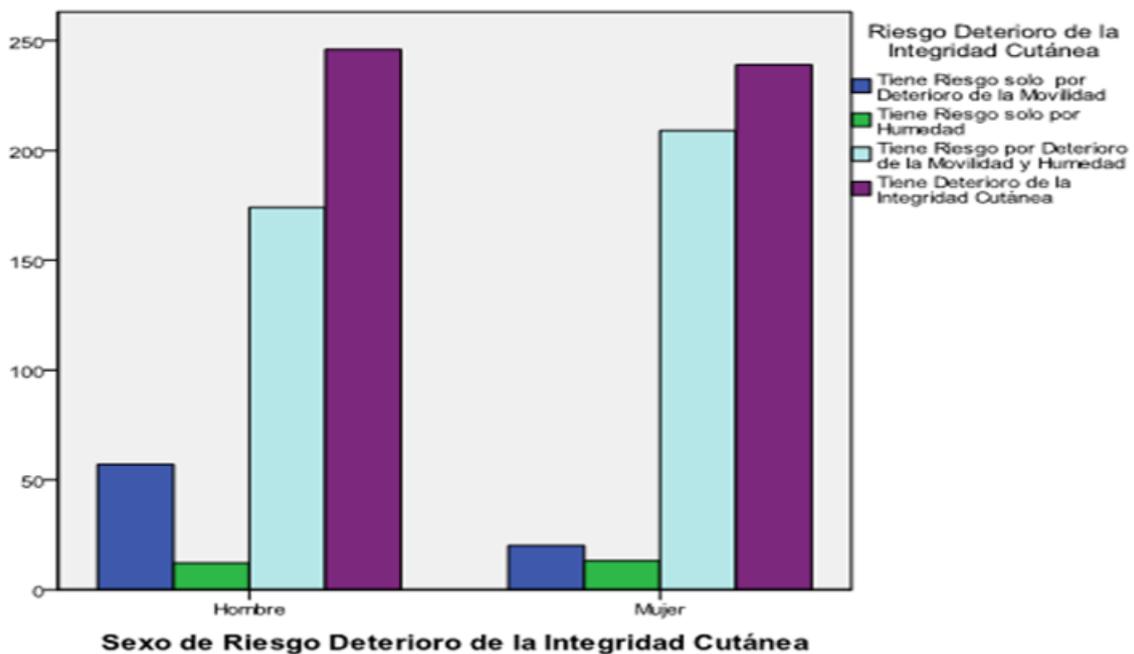
Observamos que 383 (79%) pacientes presentaron el riesgo de deterioro de la integridad cutánea por ambos factores de riesgo, el factor de riesgo humedad y el factor de riesgo inmovilización física.

**Gráfico 57. Sexo ambos factores de riesgo**

174 (45%) son hombres y 209 (55%) mujeres

Presentando una diferencia significativa.

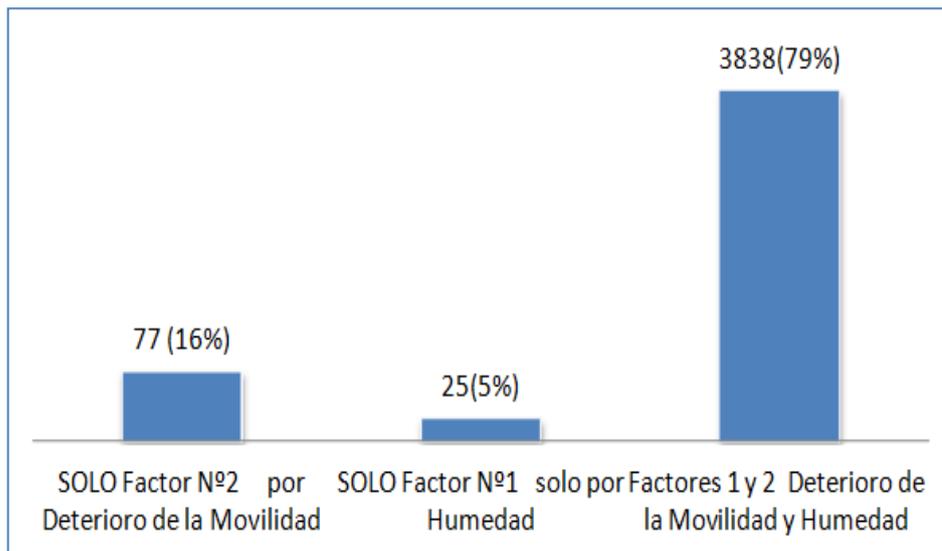
$p < 0.001$

**Gráfico 58. Sexo Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea**

Presentando una diferencia significativa.

$p < 0.001$

### Gráfico 59. Factores de riesgo: Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea



#### 4.- Identificar la población con mayor número de riesgos al alta.

Observamos que de los 586 pacientes de nuestra muestra, 99 (17%) salieron de alta hospitalaria con un diagnóstico de riesgo, 265 (45%) con dos diagnósticos y 222 (38%) con tres diagnósticos.

Según los resultados obtenidos, se puede establecer una clasificación de riesgo por niveles y quedaría establecido de la siguiente manera.

Nivel 0: aquellos pacientes que no tienen ningún riesgo

Nivel 1: aquellos pacientes que tienen 1 solo riesgo

Nivel 2: aquellos pacientes que tienen 2 riesgos

Nivel 3: aquellos pacientes que tienen 3 riesgos

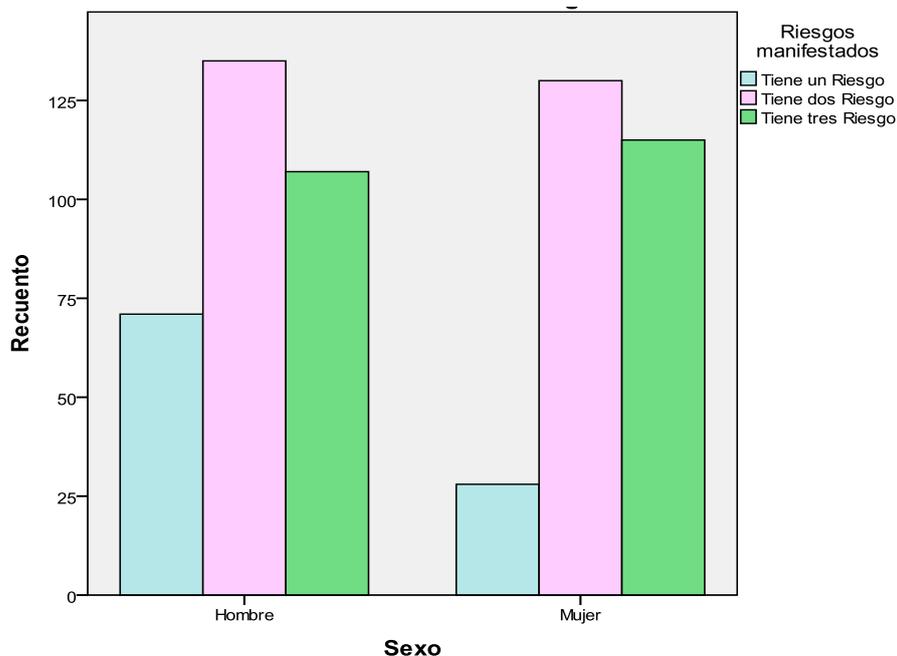
**Gráfico 60. Riesgos manifestados**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Tiene un Riesgo	99	16,9	16,9	16,9
Tiene dos Riesgos	265	45,2	45,2	62,1
Tiene tres Riesgos	222	37,9	37,9	100,0
Total	586	100,0	100,0	

De los pacientes de Nivel 1: 71(72%) son hombres y 28(28%) mujeres.

De los pacientes de Nivel 2: 135(51%) son hombres y 130(49%) mujeres.

De los pacientes de Nivel 3: 107(48%) son hombres y 115 (52%) mujeres.

**Gráfico 61. Niveles de riesgo**

Presentando una diferencia significativa

$p < 0.001$

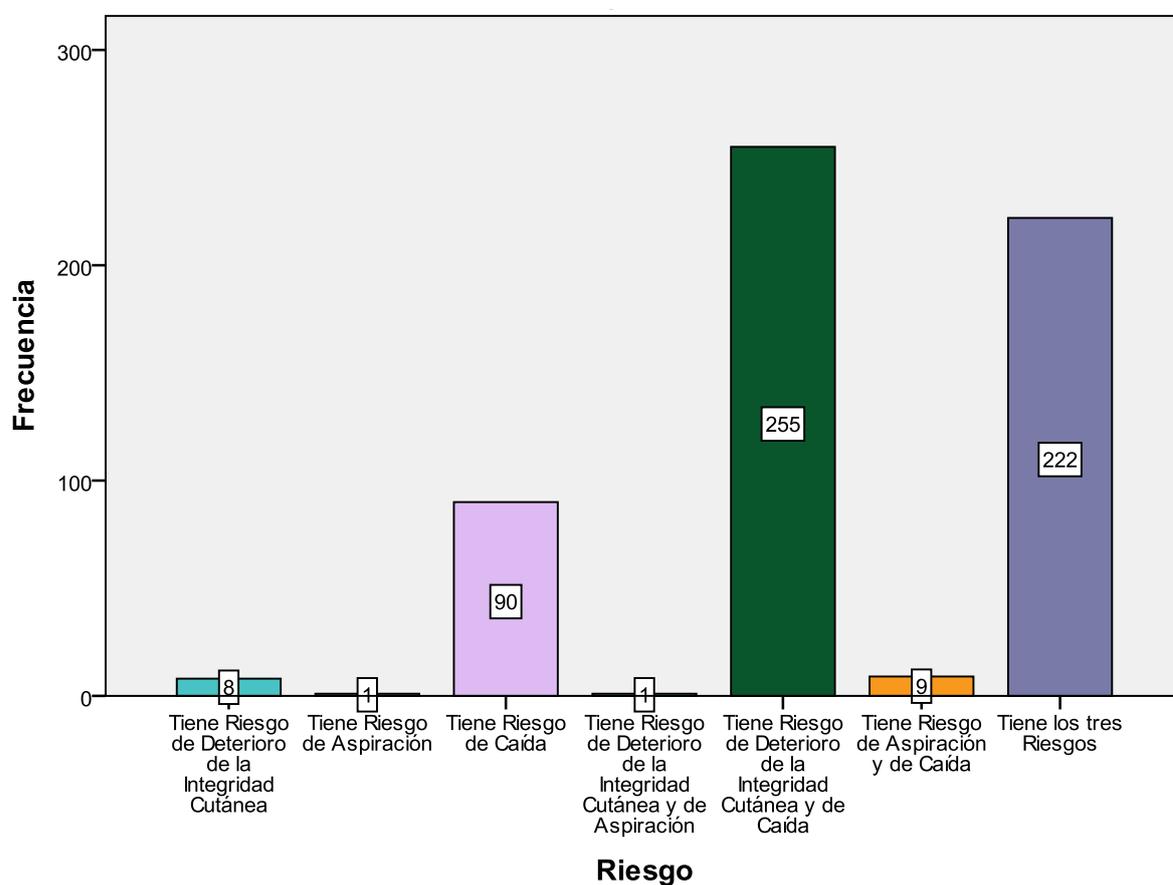
**Gráfico 62. Riesgos**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Tiene Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	8	1,4	1,4	1,4
Tiene Riesgo de aspiración	1	,2	,2	1,5
Tiene Riesgo de caída	90	15,4	15,4	16,9
Tiene Riesgo de deterioro de la integridad cutánea y de aspiración	1	,2	,2	17,1
Tiene Riesgo de deterioro de la integridad cutánea y de caída	255	43,5	43,5	60,6
Tiene Riesgo de aspiración y de caída	9	1,5	1,5	62,1
Tiene los tres Riesgos	222	37,9	37,9	100,0
Total	586	100,0	100,0	

De los pacientes que se fueron **con un solo riesgo**: 8 (8%) por riesgo de deterioro de la integridad cutánea; 1 (1%) por riesgo de aspiración y 90 (91%) por riesgo de caídas.

De los pacientes que se fueron **con dos riesgos**: 1 (0,4%) por deterioro de la integridad cutánea y riesgo de aspiración; 255 (96,2%) por deterioro de la integridad cutánea y riesgo de caídas y 9 (3,4%) por riesgo de aspiración y riesgo de caídas.

**Gráfico 63 .Riesgos**



## 10. DISCUSIÓN

En el Modelo de Gestión del SSPA, *“La Enfermera Gestora de Casos atiende a.....personas ingresadas en centros hospitalarios con situaciones de salud de brusca aparición, que suponen un cambio en sus condiciones de vida y su entorno familiar. Entre las más frecuentes se encuentran: AVC, con una prevalencia en Andalucía del 7% en mayores de 65 “Consejería de Salud (s. f.).* Hasta ahora la atención era por el diagnóstico; en nuestro estudio se corrobora dicha inclusión en base a que el 100% de los pacientes de este estudio han presentado al menos un diagnóstico de riesgo al alta, hecho que coincide con el perfil de los pacientes que se incluyen en la cartera de servicios de este programa.

Como los pacientes con los que trabaja la EGCH son los más vulnerables, es coherente que las situaciones de riesgo sean altas.

La EGCH como enfermera de práctica avanzada y dentro de las competencias que especifica el Marco de Competencias Enfermeras del Consejo Internacional de Enfermería (CIE) aporta un valor añadido para los pacientes, con un gran potencial de mejorar la seguridad de los mismos, promoviendo resultados positivos en salud (García, 2011).

El perfil de los pacientes de nuestro estudio coincide con el estudio de epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en España publicado por Brea. En este estudio se muestra que la probabilidad global de que una mujer sufra un ICTUS, comparada con la de los hombres, es significativamente menor. También en nuestra muestra la incidencia en mujeres es menor: el 47% frente al 53% de los hombres. (Brea et al., 2013).

Igual que en los estudios de Pérez se observa un aumento de la prevalencia del ICTUS con la edad, particularmente entre las mujeres, por lo que en las edades más avanzadas la proporción de afectados es más alta en el sexo femenino (Pérez, et al., 2015).

En el estudio de Díaz-Guzmán se aprecia que 3 de cada 4 ICTUS afectan a pacientes mayores de 65 años. Las mujeres presentan el ICTUS a una edad superior a la de los hombres ( $74,6 \pm 11,4$  vs  $68,8 \pm 11,9$  años) (Díaz-Guzmán et al., 2012).

La edad media de las mujeres de nuestro estudio es de 74 años, claramente superior a la media de edad de los hombres que es de 69 años.

A nivel internacional existen varios registros poblacionales que también analizan la diferente incidencia del ICTUS entre sexos. Varios estudios realizados en Oxford, Suecia y Estados Unidos (Greater Cincinnati-Northern Kentucky stroke study) demuestran que para edades inferiores a 75 años la incidencia de ICTUS es menor en la mujer, aunque a partir de los 75 años aumenta considerablemente, llegando a superar en un 50% la incidencia de los hombres de la misma edad (Feigin et al., 2009).

En cuanto a las diferencias en la evolución del ICTUS en función del sexo, las diferentes publicaciones existentes coinciden en que la recuperación funcional es peor en las mujeres (Tafreshi, et al., 2010). Esto implica una menor autonomía tras el ICTUS. Sin embargo, algunos estudios ajustaron la discapacidad al alta con el grado de discapacidad previa del paciente y no encontraron diferencias significativas en función del sexo (Petrea et al., 2009). En nuestro estudio no existen diferencias entre sexos con respecto al grado de dependencia (Barthel inferior a 60). Sí hay que tener en cuenta que en nuestra muestra no se ha estudiado el grado de dependencia previa. Sí se puede destacar que las mujeres presentan una mayor frecuencia de uso de silla de ruedas con respecto a los hombres. 189 mujeres versus 174 hombres.

También son semejantes los datos con los contemplados en el Plan Andaluz de Ataque Cerebral Agudo (PLACA) donde se indica que la incidencia durante el periodo de estudio 2004-2008 fue mayor en hombres que en mujeres. 8140 hombres en 2008 y 6.420 mujeres. También se analiza en este estudio que la incidencia de ICTUS aumenta claramente con la edad, sobre todo en las mujeres. En los hombres el 66,5% de los ICTUS se da en personas de 65 ó más años y en las mujeres este porcentaje aumenta al 80,3%

En nuestro estudio también existen más incidencias en los hombres (313) que en mujeres (273). La edad media global es de 71 años, El más joven, de 20 años y el mayor de 93. La edad media de las mujeres de la muestra es superior a la de los hombres.

Tras realizar una búsqueda bibliográfica no se han encontrado estudios de frecuencias de diagnósticos de riesgo en pacientes con ICTUS en el momento del alta hospitalaria; ni con los factores de riesgo analizados, ni en un programa de gestión de gestión de casos, y tampoco se han encontrado estudios de este tipo con perspectiva de género.

El estudio de Cavalcante sobre prevalencia de diagnósticos de enfermería en pacientes ingresados por ICTUS, contempla los diagnósticos enfermeros desde el punto de vista del ingreso hospitalario, estudia los diagnósticos que aparecen en el hospital, no los que presenta el paciente en el momento del alta y que necesitan seguimiento domiciliario. Tampoco contempla la diferencia de género según diagnóstico. En su análisis encuentran como diagnóstico de riesgo más frecuente el riesgo de aspiración en un 50,5% de pacientes, el riesgo de deterioro de la integridad cutánea en un 52,7% y riesgo de infección en un 96,7%. El riesgo de caídas es solo del 26%. El estudio está basado en las primeras 72 horas, en la fase aguda (Cavalcante, 2008a).

La muestra de este estudio no es comparable con la nuestra ya que se trata de pacientes mucho más jóvenes, con una edad media de 64 años. Nuestra media de edad global es de 71 años y aumenta a 74 años si son mujeres.

Otro estudio realizado en una unidad de cuidados intensivos encontró un promedio de 6 Diagnósticos de Enfermería por paciente (De Lucena & De Barros, 2006). Entre los diagnósticos más prevalentes detectados, se encuentran: Déficit auto-cuidado para el baño/higiene, Riesgo de infección, Deterioro de la movilidad y Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

También un estudio que se basa en la fisiopatología de la enfermedad cerebrovascular, relacionada con los diagnósticos de enfermería que presentan los pacientes con ICTUS, ha encontrado que los más comunes fueron el deterioro de la

movilidad física, el deterioro de la integridad cutánea, el riesgo de aspiración entre otros (Robles, 2002).

En los estudios anteriores se contemplan como presentes en los pacientes con ICTUS el riesgo de deterioro de la integridad cutánea y el riesgo de aspiración, no así el riesgo de caídas que en nuestra muestra es del 98%

Nuestro estudio trata de conocer no ya los diagnósticos de enfermería más prevalentes en el ICTUS sino aquellos que pueden causar problemas en el domicilio tras el alta.

### **RIESGO DE ASPIRACIÓN:**

La disfagia es una complicación frecuente en los pacientes con ICTUS y se asocia con un incremento del riesgo de broncoaspiración. Se estima que entre un 19 y un 81% de los pacientes con ICTUS presentan disfagia y, de ellos, la mitad experimentarán broncoaspiración en la primera semana. En la fase aguda del ICTUS el 30% de los pacientes presentan disfagia. En la fase de rehabilitación del AVC su prevalencia está en torno al 44%. Además de eso, están asociadas al aumento de la mortalidad y de la dependencia (Cocho et al., 2015).

Existe evidencia científica que demuestra que la detección y el tratamiento precoz de la disfagia en pacientes con ICTUS reduce tanto las broncoaspiraciones, como la estancia y el gasto hospitalario (Masrur et al., 2013).

En el estudio de Cavalcante los tres factores de riesgo más importantes para el establecimiento de este diagnóstico fueron: **sondas de alimentación**, disminución del nivel de conciencia y **la deglución** (Cavalcante, 2008b).

Los factores de riesgo elegidos en nuestro estudio para este diagnóstico han sido la utilización de sondas para alimentación y el deterioro de la deglución, coincidiendo con los factores de riesgo que se asociaron con el diagnóstico de riesgo de aspiración en los estudios de Cavalcante.

Otro trabajo de Cavalcante tenía por objeto la validación clínica del diagnóstico de enfermería "riesgo de aspiración" en pacientes con accidente cerebrovascular. Evaluó 24 pacientes en la fase aguda del ICTUS. En el estudio se encontró una prevalencia del 58,3% para el diagnóstico de riesgo de aspiración y, después de 72

horas, el 37,5% de los pacientes desarrollaron aspiración respiratoria. Al evaluar la relación entre la disfagia (deterioro de la deglución) y el riesgo de aspiración, encontró que ese factor se mostró preciso para la determinación del diagnóstico (especificidad de 88,8% y valor predictivo positivo de 90,9%) (Cavalcante et al., 2013).

En el estudio de De Souza se investiga también la asociación de los factores de riesgo con el diagnóstico de enfermedad riesgo de aspiración y la aspiración respiratoria en pacientes con ICTUS. Entre otros factores analizan el factor de riesgo disfagia (deterioro de la deglución) con una incidencia del 23,8% de los pacientes. Y el de utilización de sonda para alimentarse el 2,9%. Obtuvieron resultados estadísticamente significativos  $<0,002$  en la asociación del factor de riesgo: disfagia (deterioro de la deglución) para la ocurrencia del diagnóstico de enfermedad riesgo de aspiración en pacientes afectados por accidente vascular cerebral. No obtuvieron resultados estadísticamente significativos para el factor utilización de sonda para alimentarse (De Souza Oliveira et al., 2015).

En ambos estudios se encontró que entre los factores de riesgo que se asociaron de forma evidente al diagnóstico riesgo de aspiración, se encontraba la disfagia (deterioro de la deglución).

En nuestra muestra el factor de riesgo **deterioro de la deglución** se observa en 179 pacientes (77%), de los 233 que presentaron riesgo de aspiración.

La existencia de la disfagia (deterioro de la deglución) en el ICTUS es consistente en distintos estudios.

Específicamente en relación con la prevalencia de disfagia, esto era consistente con los datos de varios estudios (Trapl et al., 2007), (Hammond et al., 2009), (Campbell-Taylor, 2008).

Existen otros estudios donde el factor de riesgo Utilización de sondas de alimentación también se asocia con un mayor riesgo de aspiración (Alegría et al., 2002).

En cuanto a la aspiración respiratoria, su incidencia en los pacientes con accidente cerebrovascular es de alrededor de un 50% y aproximadamente la mitad de estos pacientes experimentan aspiración silenciosa (Falsetti et al., 2009).

La disfagia es una complicación muy prevalente en los pacientes con ICTUS, aumentando el riesgo de mal pronóstico funcional y morbimortalidad. Diferentes estudios han demostrado la importancia de la detección y el tratamiento precoz de la disfagia, lo cual consigue reducir la morbimortalidad, la estancia hospitalaria y los costes sanitarios (Cocho et al., 2015).

Por tanto, en base a estos estudios, es fundamental la detección precoz del riesgo de aspiración para evitar las neumonías en estos pacientes, aumentando de este modo la seguridad, sobre todo cuando se traslada a su domicilio al cuidado de algún familiar. Tanto el paciente como la cuidadora deben conocer cómo prevenir el riesgo.

#### **RIESGO DE CAÍDAS:**

Los pacientes con ICTUS se caen más que otro tipo de pacientes según el estudio multicéntrico de Olmo y colaboradores en el que comparaban el riesgo de fractura en una población de pacientes con ICTUS frente a un grupo de control (Olmo et al., 2014).

Desde el Proyecto SENECA se han aportado datos que indican que el 3.7 % de los pacientes hospitalizados sufren caídas. Del total de pacientes que sufrieron el evento, un 70% aseguraba que el accidente no había tenido consecuencias en su estado de salud, mientras que el 30% restante reconocía algún tipo de resultado adverso (Ministerio de Sanidad, 2010)

Las caídas de pacientes son el sexto evento más notificado de la base de datos de Sucesos Centinela de la Joint Commission (Joint Commission 2007).

Los problemas de movilidad son causa directa de caídas involuntarias, problemas que se manifiestan como alteraciones en la marcha y la deambulación. Los pacientes con patologías orgánicas como el Parkinson o discapacidades derivadas de eventos cerebrovasculares, aumentan considerablemente la susceptibilidad de sufrir una caída (Olvera-Arreola et al., 2013).

En el estudio de Morais se evaluó la presencia del diagnóstico de enfermería Riesgo de caídas en pacientes ancianos con accidente cerebrovascular. Los participantes en el estudio fueron 37 individuos, el 54,1% femenino, con una edad media de 70,6 años. Las personas mayores de 65 años representaban el 83,7% de su muestra. El 43,3% de los participantes tenían la movilidad física alterada y el 78,4% tenían problemas para la marcha. El riesgo de caídas se encontró en todas las personas mayores. Entre los factores de riesgo identificados se resalta: alteración del equilibrio (100%), los mayores de 65 años (83,7%) y el déficit propioceptivo (83,7%) (Morais et al., 2012).

Similares resultados obtuvieron en el estudio de Costa et al., cuyo objetivo era identificar el diagnóstico enfermero Riesgo de Caídas en personas de edad avanzada afectadas por un ICTUS. El estudio se realizó en unidades de rehabilitación. La muestra fue de 73 personas de edad avanzada, la edad media de 69,5 años, y el género femenino el más predominante. El diagnóstico estuvo presente en todos los participantes, y los factores de riesgo más relevantes fueron: fuerza disminuida en las extremidades inferiores, la movilidad física alterada, dificultades en la marcha y el equilibrio deteriorado (Costa et al. 2010).

Con respecto a las caídas relacionadas con los dispositivos de ayuda a la marcha, el estudio realizado por Casajús evidencia, tras la observación de las caídas ocurridas en una residencia de ancianos, que de un total de 127 caídas 32 personas (25.19%) utilizaban silla de ruedas, 43 personas (33.85%) bastón, y 8 (6.29%) andador (Casajús Sola, 2012).

Teasell et al., realizaron un estudio para determinar la incidencia de caídas en pacientes con ICTUS, en una unidad de rehabilitación, para evaluar la frecuencia y naturaleza de las lesiones e identificar los factores de riesgo predictivos de caídas. En total se registraron 180 caídas en un periodo de 5 años. El 33% se produjo cuando los pacientes utilizaban sillas de ruedas. Ochenta y ocho pacientes (37%) experimentaron al menos 1 caída; de estos 45 se cayeron una sola vez, 25 dos veces, 9 tres veces y otros 9 pacientes se cayeron cuatro o más veces. Los pacientes se cayeron con mayor frecuencia de sus sillas de ruedas y camas, que representaron el 33% y 25% del total de caídas, respectivamente. La mayoría de las caídas

experimentadas por ICTUS ocurrieron durante la estancia en hospitales de rehabilitación (Teasell, et al 2002).

No se han encontrado estudios similares al nuestro, pero las evidencias que manifiestan los estudios anteriores demuestran que los factores de riesgo utilizados en nuestro trabajo, dispositivos para caminar y deterioro del equilibrio, están en consonancia con los motivos de caídas que se encuentran en la literatura consultada.

### **RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA**

En dos estudios realizados por Lucena y Peterson los factores intrínsecos relacionados con la condición del paciente para tener riesgo de desarrollar úlcera por presión o, lo que es lo mismo, deterioro de la integridad cutánea, los más frecuentes fueron la inmovilidad, extremos de edad (prematurnidad, la edad avanzada). y la humedad, entre otros (Lucena et al. 2011), (Peterson, et al. 2013).

En la revisión sistemática que realizan Gonzalez et al., aparecen distintos estudios que analizan los diagnósticos de enfermería más frecuentes como el riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionándolo con la úlcera por presión donde encuentran relevancia de este diagnóstico en los pacientes con enfermedades cerebrovasculares y lo relacionan con los factores de riesgo: Humedad y movilidad física reducida (González et al. 2015).

No se han encontrado estudios similares al nuestro, pero las evidencias que manifiestan los estudios anteriores demuestran que los factores de riesgo utilizados en nuestro trabajo: humedad y movilidad reducida están en consonancia con los motivos que causan deterioro de la integridad cutánea que se encuentran en la literatura consultada.

**CAPÍTULO 11. CONCLUSIONES**

Respecto al objetivo nº1 Conocer la prevalencia del diagnóstico enfermero: riesgo de aspiración en el momento de la transición al domicilio. Desde una perspectiva de género.

1. En la muestra el 40% de los pacientes presentan en el momento del alta riesgo de aspiración. No existiendo diferencia significativa según género.

La edad media de las mujeres que presentan este riesgo es mayor que la de los hombres

2. La gran mayoría que al alta presentan riesgo de aspiración es por el factor de riesgo: deterioro de la deglución. Las mujeres presentan este factor de riesgo de forma más prevalente que los hombres Existiendo diferencia significativa

Siendo la edad media de las mujeres mayor que la edad media de los hombres.

3. El 54 % de los pacientes presentan en el momento del alta riesgo de aspiración: por el factor de riesgo alimentación por sonda. No existiendo diferencia significativa

Siendo la edad media de las mujeres mayor que la edad media de los hombres.

Respecto al objetivo nº2 Conocer la prevalencia del diagnóstico enfermero: riesgo de caídas en el momento de la transición al domicilio. Desde una perspectiva de género.

4. El 98% de los pacientes de la muestra presentan al alta: riesgo de caídas. Con mayor prevalencia entre los hombres. Existiendo diferencia significativa.

Siendo la edad media de las mujeres mayor que la edad media de los hombres.

5. El 89% presentan riesgo de caídas por el factor de riesgo: uso de dispositivo de ayuda. No existiendo diferencia significativa

Siendo la edad media de las mujeres mayor que la edad media de los hombres.

6. De los pacientes que presentan riesgo de caídas por uso de dispositivos, la mayoría, un 71%, es por la utilización del dispositivo silla de ruedas. Existiendo diferencia significativa.

Siendo la edad media de las mujeres mayor que la edad media de los hombres.

7. El factor de riesgo con menor prevalencia, un 11%, en pacientes con riesgo de caídas es el deterioro del equilibrio. Existiendo diferencia significativa.

Siendo la edad media de las mujeres mayor que la edad media de los hombres.

Respecto al objetivo nº 3 Conocer la prevalencia del diagnóstico enfermero riesgo de deterioro de la integridad cutánea en el momento de la transición al domicilio. Desde una perspectiva de género.

8. La gran mayoría de pacientes 83% presentaron Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea en el momento del alta. No existiendo diferencia significativa

Siendo la edad media de las mujeres mayor que la edad media de los hombres.

9. Un alto porcentaje de pacientes 85% presenta Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea al alta por el factor de riesgo: Humedad. Ocasionada por la incontinencia y la utilización de absorbentes. Este factor de riesgo es mas prevalente en mujeres que en hombres . Existiendo diferencia significativa

Siendo la edad media de las mujeres mayor que la edad media de los hombres.

10. Casi la totalidad de los pacientes que presenta Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea al alta 95% es: por el factor de riesgo inmovilidad, presentaron un barthel inferior a 60, necesitando la suplencia de otra persona para satisfacer las necesidades de la vida diaria. No existiendo diferencia significativa

.Siendo la edad media de las mujeres mayor que la edad media de los hombres.

11. Un alto porcentaje 79% de estos pacientes presentan conjuntamente ambos factores de riesgo en el momento del alta. No existiendo diferencia significativa

Siendo la edad media de las mujeres mayor que la edad media de los hombres.

Respecto al objetivo nº 4 Identificar la población de pacientes con ICTUS incluidos en Gestión de Casos, con mayor número de riesgos al alta. Desde una perspectiva de género

12. Todos los pacientes incluidos en Gestión de Casos tienen al menos un riesgo al alta.
13. Según los resultados obtenidos, se establece una clasificación para medir los riesgos: Nivel 0: aquellos pacientes que no tienen ningún riesgo Nivel 1: aquellos pacientes que tienen 1 solo riesgo Nivel 2: aquellos pacientes que tienen 2 riesgos Nivel 3: aquellos pacientes que tienen 3 riesgos.
14. De los pacientes incluidos en Nivel 1 de riesgo, la gran mayoría 91% presenta riesgo de caídas, siendo el riesgo de aspiración el menos frecuente,1%
15. De los pacientes incluidos en Nivel 2 de riesgo, la gran mayoría presentan riesgo de caídas, y riesgo de deterioro de la integridad cutánea 96% simultáneamente en el momento del alta. En este nivel se encuentran incluidos la mayoría de los pacientes.
16. Casi la mitad de los pacientes de la muestra están incluidos en Nivel 3 de riesgo
17. Consideramos que la Gestión de Casos en enfermería es un elemento de seguridad al alta de los pacientes con ICTUS, ya que detecta los riesgos y de esta forma se puede intervenir para evitar que se conviertan en eventos adversos en el domicilio.



**CAPÍTULO 12. LIMITACIONES**

En la realización de esta investigación se han detectado ciertas limitaciones que nos llevan, en muchas ocasiones, a plantearnos líneas futuras de investigación que permitirían mejorar los hallazgos obtenidos.

Encontramos como una limitación el ámbito local de la investigación. Se ha realizado en una unidad de un Hospital concreto, por lo que representa una dificultad para la generalización de los resultados obtenidos.



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

**CAPÍTULO 13. PROSPECTIVA**

A partir de este estudio podemos establecer varias líneas de trabajo que dan continuidad a las conclusiones a las que hemos llegado.

Realizar un estudio multicéntrico en distintos hospitales para conocer si se mantienen los mismos resultados, con el fin de aplicar los niveles de riesgo establecidos a esta población de pacientes vulnerables y promover mecanismos de prevención de Eventos Adversos en el domicilio.

Extender este estudio a todos los pacientes incluidos en Gestión de Casos hospitalaria.

Continuar la línea de investigación con un seguimiento de los pacientes en atención primaria para detectar la incidencia de Eventos Adversos en el domicilio tras aplicar las intervenciones de prevención en el hospital.



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

**14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Abellán García, A., & Pujol Rodríguez, R., others. (2013). Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos. Recuperado a partir de: <http://digital.csic.es/handle/10261/101816>
- Abellán García, A., & Pujol Rodríguez, R., others. (2015). El estado de la población mayor en España, 2015. Recuperado a partir de: <http://digital.csic.es/handle/10261/109836>
- Abellán García, A., & Pujol Rodríguez, R (2013). Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 1. 2013
- Acero, González T. (2012). Lista de verificación de seguridad de la cirugía: un paso más hacia la seguridad del paciente. Recuperado a partir de: <http://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/2473>
- Ackermann, E. W. (1996). The Quality in Australian Health Care Study. The Medical journal of Australia, 164(5), 315–315. Recuperado a partir de: <http://europepmc.org/abstract/med/8628171>
- Ackley, B. (2008). Evidence-based Nursing Care Guidelines: Medical-surgical Interventions. SBN:032304624X, 9780323046244: Elsevier Health Sciences.
- ACNN (1998) Nursing case management catalog. American Nurses Credentialing Center. Washington, DC:
- Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. (2010). La seguridad en los cuidados de los pacientes Hospitalizados. Proyecto SENECA. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (20015) Recuperado a partir de: <http://www.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/blog/category/manuales/>
- Agra, Y., & Terol, E. (2006). La seguridad del paciente: una estrategia del Sistema Nacional de Salud The safety of the patient: a strategy of the National Health System. Recuperado a partir de: [http://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/docs/articulos/articulo\\_06.pdf](http://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/docs/articulos/articulo_06.pdf)
- Aibar, C. (2011). Estudio EARCAS: eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Centro de Publicaciones.
- Alegría, M. A., Araúz, A., & Azcanio, G. (2002). Medidas generales y cuidados intensivos del EVC agudo [General measures and intensive care of acute cerebrovascular accident].

- Recuperado a partir de: <http://dspace.biblioteca-innsz.org/handle/123456789/22070>
- Alemayehu, B., & Warner, K. E. (2004). The lifetime distribution of health care costs. *Health services research*, 39(3), 627–642. Recuperado a partir de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1475-6773.2004.00248.x/full>
- Alfaro Latorre, M., Regidor Poyatos, E., Gutiérrez Fisac, J. L., Mataix González, R., & Guevara García, D. (s. f.). Mortalidad por cáncer, por enfermedad isquémica del corazón, por enfermedades cerebrovasculares y por diabetes mellitus en España. Madrid: Instituto de Información Sanitaria, Ministerio de Sanidad; 2008. y, 39, 20–26.
- Alfaro-LeFevre, R. (1999). *Aplicación del proceso enfermero: guía paso a paso*. Springer. Recuperado a partir de: <http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=MQ-nyfiBelwC&oi=fnd&pg=PA2&dq=diagnosticos+enfermeros&ots=euYTlesfje&sig=qhly4xOeycxk2BmLwnSQL1c1syw>
- Alguacil Herrero, M., Álvarez Tello, M., Barón Franco, B., Cabrera León, A., Díaz-Borrego Horcajo, J., Diaz Martinez, A., Fernández Moyano, A., others. (2012). Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas. Recuperado a partir de: <http://www.repositoriosalud.es/handle/10668/888>
- Allegrí, R. F. (2000). Atención y negligencia: bases neurológicas, evaluación y trastornos. *Rev Neurol*, 30(5), 491–5. Recuperado a partir de: <http://www.uninet.edu/neurocon/congreso-1/conferencias/neuropsicologia-2-3.html>
- Almuedo-Paz, A., Brea-Rivero, P., Buiza-Camacho, B., Figueroa, A. R.-D. M., & Torres-Olivera, A. (2011). Utilidad de la acreditación de competencias profesionales en el desarrollo profesional continuo. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(4), 221–227.
- Alonso, D. G., Enguix, N., Valverde, L., Castells, M., Pascual, I., Esquerda, A., & Sarlé, J. (2011). Resultado de un proceso para la mejora de las altas hospitalarias precoces. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 23(1), 29–34. Recuperado a partir de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3422103>
- Alvarez Morezuelas, N., Asensio Bermejo, B., Azkárate Aperrribay, J., Bidea Rodríguez, A., Cantero González, D., & Garitano Tellería, B., others. (2009). Protocolo de valoración y medidas de prevención a pacientes adultos con riesgo de caídas en la atención hospitalaria de Osakidetza. País Vasco: Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco.
- Alvarez-Sabín, J., Alonso de Leciana, M., Gallego, J., Gil Peralta, A., Casado, I., Castillo, J., ... Lago, A., others. (2006). Plan de atención sanitaria al ictus. *Neurología*, 21(10), 717–26. Recuperado a partir de: <http://www.ardacea.es/files/PASI-Plan-AtencionSanitaria-del-Ictus.pdf>
- Alvarez-Sabin, J., Yebenes, M., Mar, J., Oliva, J., Becerra, V., Arenillas, J. F., Lago, A., others. (2012). Costes hospitalarios del ictus en España. Estudio «CONOCES». *Gac Sanit*, 26, 66.

- Amarenco, P., Bogousslavsky, J., Caplan, L. R., Donnan, G. A., & Hennerici, M. G. (2009). Classification of stroke subtypes. *Cerebrovascular Diseases*, 27(5), 493. Recuperado a partir de: <http://www.ilsensodellamedicina.it/files/files/stroke-classification.pdf>
- Amaro Cano, M. del C. (2004). El método científico de enfermería, el Proceso de Atención, y sus implicaciones éticas y bioéticas. *Revista Cubana de Enfermería*, 20(1), 1–1. Recuperado a partir de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192004000100010&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192004000100010&script=sci_arttext)
- Ana, M. V., Vicente, F. R., Raquel, C. F., Eva, G. M. A., Raimundo, C. Q., & Dulce, S. L. (2007). Continuidad de cuidados para mejorar la calidad asistencial del paciente neurológico tras un periodo de hospitalización. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 25(1), 7–10. Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2013524607700545>
- Appleby, C., & Camacho-Bejarano, R. (2014). Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. *Enfermería Clínica*, 24(1), 90-98. Recuperado a partir de: <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.008>
- Aranaz-Andrés, J. M., Aibar-Remón, C., Limón-Ramírez, R., Amarilla, A., Restrepo, F. R., Urroz, O, Terol-García, E. (2011). Diseño del estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(3), 194-200. Recuperado a partir de: <http://doi.org/10.1016/j.cali.2010.12.001>
- Aranaz, J. M., Aibar, C., Gea, M. T., & León, M. T. (2004). Efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. *Medicina clínica*, 123(1), 21–25. Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775304743997>
- Aranaz, J. M., Aibar, C., Vitaller, J., & Ruiz, P. (2005). Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS). Madrid, MSC, 169. Recuperado a partir de: [https://msc.es/gl/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/1\\_Jesus\\_Aranaz.pdf](https://msc.es/gl/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/1_Jesus_Aranaz.pdf)
- Aranaz, J. M., Aibar Remón, C., Vitaller Burillo, J., Mira Solves, J. J., Orozco Beltrán, D., & Terol García, E., others. (2008). Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Arboix, A., & Alió, J. (2010). Cardioembolic stroke: clinical features, specific cardiac disorders and prognosis. *Current Cardiology Reviews*, 6(3), 150-161. Recuperado a partir de: <http://doi.org/10.2174/157340310791658730>
- Arboix, A., Díaz, J., Pérez-Sempere, A., & Álvarez-Sabín, J. I. (2006). tipos etiológicos y criterios diagnósticos. Guía para el diagnóstico y el tratamiento del ictus. Barcelona: Prous Science, 1–23.
- Arnedo, C. F. (2009). La enfermería comunitaria en un modelo de gestión clínica en atención primaria. *Revista de administración sanitaria siglo XXI*, 7(2), 261–274. Recuperado a partir de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3022064&orden=373154&info=link>

- Arrazola, A., Beguiristain, J. M., Garitano, B., Mar, J., & Elizalde, B. (2005). Atención hospitalaria a la enfermedad cerebrovascular aguda y situación de los pacientes a los 12 meses. *Rev Neurol*, 40, 326–330. Recuperado a partir de: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/4006/s060326.pdf>
- Arriaga Piñeiro, E., & Martínez Riera, J. R. (2006). Las enfermeras y el anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia: Retos y oportunidades. *Index de Enfermería*, 15(54), 35–38. Recuperado a partir de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000200007&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000200007&script=sci_arttext)
- Arroyo, A (2011). El futuro de la población, información estadística y cartográfica de andalucía. Instituto de Estadística de Andalucía. 2011. 258. ISBN 2253-766X
- Artal, F. J. C. (s. f.). Instrumentos específicos de evaluación de calidad de vida en patología vascular cerebral. Recuperado a partir de: <http://www.serviciodc.com/congreso/congress/pass/conferences/Carod-Instr.pdf>
- Association, A. N., & Nursing, A. N. A. T. F. on C. M. in. (1988). Nursing case management. The Association.
- Attewell, A. (1998). Florence Nightingale (1820–1910). *Prospects*, 28(1), 151–166. Recuperado a partir de <http://link.springer.com/article/10.1007/BF02737786>
- Avila, I. T. (2014). Evidencia del tratamiento desde terapia ocupacional en actividades de la vida diaria en pacientes con accidente cerebrovascular. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, (19), 3. Recuperado a partir de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4710575>
- Baeza, J. B. (2001). Experiencias internacionales en gestión de riesgos sanitarios. *Manual de gestión de riesgos sanitarios*, Díaz de Santos, Madrid, 227–244.
- Bains, M. (2003), “Projecting Future Needs, Long-term Projections of Public Expenditure on Health and Long-term Care for EU Member States”, Chapter 9 in *A Disease-based Comparison of HealthSystems, What is Best and at What Cost?*, OECD.
- Ball, J. W. (2005). *Maxi Nurses: Advanced and Specialist Nursing Roles; Results from a Survey of RCN Members in Advanced and Specialist Nursing Roles*. Royal College of Nursing.
- Barbié Rubiera, A., Marcos Plasencia, L., & Aguilera Martínez, Y. (2009). Disfagia en paciente con enfermedad cerebrovascular. Actualización. *Medisur*, 7(1), 36–44. Recuperado a partir de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2009000100007&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2009000100007&script=sci_arttext)
- Barragán, N. G., & Vallejo, J. M. (2012). *Enfermedad cerebrovascular: Control global del riesgo cardiometabólico*. Ediciones Díaz de Santos. Recuperado a partir de: <http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=5SUfdMxTmwIC&oi=fnd&pg=PA797&dq=%22Infarto+lacunar%22&ots=6AjwlFuE-r&sig=duzsooa4TH3EbbZP2tT2MDN6Z4k>

- Barrera Becerra, C., Del Río Urenda, S., Dotor Gracia, M., Santana López, V., & Suárez Alemán, G. (2011). Estrategia para la seguridad del paciente en el SSPA 2011-2014. Recuperado a partir de <http://www.repositoriosalud.es/handle/10668/263>
- Barrera, C., Rey Campos, J., Fernández, J., & Ruiz, M. (2010). Informe Sobre envejecimiento; Fundación General CSIC. Madrid.
- Barroso, J. M., Balmaseda, R., & Carrión, J. L., others. (2002). Déficits neuropsicológicos y conductuales de los trastornos cerebrovasculares: artículo de revisión. *Revista española de neuropsicología*, 4(4), 312-330. Recuperado a partir de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1010290>
- Baturone, M. O. (2015). 13.09 El rediseño de la red sanitaria para la atención a la cronicidad. Recuperado a partir de: [http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:501051/n13.09\\_Redise\\_o\\_de\\_la\\_red\\_sanitaria.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:501051/n13.09_Redise_o_de_la_red_sanitaria.pdf)
- Baztán, J. J., Pérez del Molino, J., Alarcón, T., San Cristóbal, E., Izquierdo, G., & Manzarbeitia, J. (1993). Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 28(1), 32-40. Recuperado a partir de: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=4660140>
- Baztán, J. J., Suárez, F., & García, F. J. (2004). Informe sobre la necesidad de unidades geriátricas de agudos y unidades geriátricas de recuperación funcional como parte de los recursos hospitalarios especializados para personas mayores. Madrid: SEMEG.
- Baztan JJ, Pérez-Martínez DA, Fernández-Alonso M, Aguado-Ortego R, Bellando-Álvarez G, de la Fuente-González AM. (2007) Prognostic factors of functional recovery in very elderly stroke patients. A one-year followup study. *Rev Neurol.* ; 44:577-83
- Bernick, S (2014) Coste económico de las enfermedades cardiovasculares desde 2014 a 2020 en seis países europeos. Recuperado a partir de: [https://www.actionforhealthyageing.eu/es/es/files/Library/CEBR\\_AstraZeneca\\_EconomicCost\\_CardiovascularDisease\\_14-20\\_140828.pdf](https://www.actionforhealthyageing.eu/es/es/files/Library/CEBR_AstraZeneca_EconomicCost_CardiovascularDisease_14-20_140828.pdf)
- Blais, R., Sears, N. A., Doran, D., Baker, G. R., Macdonald, M., Mitchell, L., & Thalès, S. (2013). Assessing adverse events among home care clients in three Canadian provinces using chart review. *BMJ Quality & Safety*, 22(12), 989-997. <http://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002039>
- Blancas-Bernuz, N., Fabrellas-Padrés, N., Gassó-Bonvehí, D., González-Sequero, V., Herrera-Víchez, T., Jiménez-Ordoñez, M., Rodríguez-Molinet, P., others. (2010). La gestió de casos en la pràctica infermera. Recuperado a partir de: <http://scientia.pre.cesca.cat/handle/11351/724>
- Bloom, D. E., Cafiero, E., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S., Mowafi, M., others. (2012). The global economic burden of noncommunicable diseases. Program on the Global Demography of Aging. Recuperado a partir de: <http://ideas.repec.org/p/gdm/wpaper/8712.html>

- BOE-A-1999-23750. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE núm. 298, de 14 de diciembre de 1999, páginas 43088 a 43099
- BOE-A-2006-21990. La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE. núm. 299, de 15 de diciembre de 2006, páginas 44142 a 44156
- Bodenheimer, T., & Berry-Millett, R. (2009). Care management of patients with complex health care needs. *POLICY*, 1, 6. Recuperado a partir de:  
[http://selfmanagementsupport.health.org.uk/media\\_manager/public/179/SMS\\_resource-centre\\_publications/Bodenheimer%20Care%20Mgt%20RWJreport.pdf](http://selfmanagementsupport.health.org.uk/media_manager/public/179/SMS_resource-centre_publications/Bodenheimer%20Care%20Mgt%20RWJreport.pdf)
- Bodenheimer, T., & Berry-Millett, R. (2014). Care management of patients with complex health care needs. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation, 2009. Report.
- Bohigas L. (2001). La política de Calidad en el Sistema Nacional de Salud. *Calidad Asistencia*, 16:476-518.
- Boix, R., del Barrio, J. L., Saz, P., Reñé, R., Manubens, J. M., Lobo, A., Bergareche, A., others. (2006). Stroke prevalence among the Spanish elderly: an analysis based on screening surveys. *BMC neurology*, 6(1), 36. Recuperado a partir de:  
<http://www.biomedcentral.com/1471-2377/6/36>
- BOJA no 52, 4 de mayo del 2002. Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas.; p. 7127. Recuperado a partir de:  
<http://www.juntadeandalucia.es/boja/2002/52/1>
- Bojke, C., Gravelle, H., & Wilkin, D. (2001). Is bigger better for primary care groups and trusts? *BMJ: British Medical Journal*, 322(7286), 599. Recuperado a partir de:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1119791/>
- Bongaarts, J. (2008). World Economic and Social Survey 2007: Development in an Ageing World. Population Council. Recuperado a partir de:  
[http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess\\_archive/2007wess.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_archive/2007wess.pdf)
- Bonita, R., Mendis, S., Truelsen, T., Bogousslavsky, J., Toole, J., & Yatsu, F. (2004). The global stroke initiative. *The Lancet Neurology*, 3(7), 391–393. Recuperado a partir de:  
[http://www.thelancet.com/journals/lanneur/article/PIIS1474-4422\(04\)00800-2/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lanneur/article/PIIS1474-4422(04)00800-2/abstract)
- Botrán, A. S., Rincón, J. M. R., & de Górgolas Hernández-Mora, M. (2013). Enfermedad cardiovascular: una visión desde la salud global. *Medicina Clínica*, 141(5), 210–216. Recuperado a partir de:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775313000808>
- Bradley, W. G., Daroff, R. B., Fenichel, G. M., & Jankovic, J. (2010). *Neurología clínica: trastornos neurológicos*. Vol. 2. Barcelona: Elsevier.

- Brea, A., Laclaustra, M., Martorell, E., & Pedragosa, À. (2013). Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en España. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 25(5), 211-217. Recuperado a partir de: <http://doi.org/10.1016/j.arteri.2013.10.006>
- Brea Rivero, P., Sánchez Sánchez, F. J., Almuedo Paz, A. M., Salguero Cabalgante, R., & Torres Olivera, A. (2009). Acreditación de competencias profesionales en el Sistema Sanitario Público Andaluz. *Metas enferm*, 55-60. Recuperado a partir de: <http://bvsalud.org/portal/resource/en/ibc-91302>
- Brennan, T. A., Leape, L. L., Laird, N. M., Hebert, L., Localio, A. R., Lawthers, A. G., ... Hiatt, H. H. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *New England journal of medicine*, 324(6), 370- 376. Recuperado a partir de: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199102073240604>
- Brown, M. M., Brown, G. C., Sharma, S., & Busbee, B. (2003). Quality of life associated with visual loss: a time tradeoff utility analysis comparison with medical health states. *Ophthalmology*, 110(6), 1076-1081. Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0161642003002549>
- Bulecheck GM, Butcher HK. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier España SA; 2009. Buzzini, M., Secundini, R., Gazzotti, A., Lia, R., Arbildo, R., Druetta, S., Li, L. (2006). Validación del índice de Barthel. *Boletín del departamento de docencia e investigación IREP*, 6(1), 9-12.
- Cachón Pérez, J. M., Álvarez-López, C., & Palacios-Ceña, D. (2012). El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivos madrileñas: abordaje fenomenológico. *Enfermería Intensiva*, 23(2), 68-76. <http://doi.org/10.1016/j.enfi.2011.12.001>
- Cahana-Amitay, D., Albert, M. L., Pyun, S.-B., Westwood, A., Jenkins, T., Wolford, S., & Finley, M. (2011). Language as a stressor in aphasia. *Aphasiology*, 25(5), 593-614. Recuperado a partir de: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02687038.2010.541469>
- Campbell-Taylor, I. (2008). Oropharyngeal dysphagia in long-term care: misperceptions of treatment efficacy. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9(7), 523-531. Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861008002144>
- Carbonell, F. R., Ocampo, E. M. H., Pascual, J. M. A., Soler, E., Clapera, F., & Panicot, J. E. (2014). Experiencia de una Unidad de Prevención de Caídas de un hospital de cuidados intermedios. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 49(2), 69-71. Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X13001650>
- Carcelén Gadea, M. E., & Alvarez Sabin, J., others. (2012). Implicación de la cocaína en la patología vascular cerebral. Recuperado a partir de: <http://ddd.uab.cat/record/90980>

- Carod-Artal, F. J. (2004). Escalas específicas para la evaluación de la calidad de vida en el ictus. *Rev Neurol*, 39(11), 1052-62. Recuperado a partir de: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3911/r111052.pdf>
- Caro, J. J., Huybrechts, K. F., & Duchesne, I. (2000). for the Stroke Economic Analysis Group. Management patterns and costs of acute ischemic stroke: an international study. *Stroke*, 31(3), 582-90.
- Carpenito, L. J., & Martínez, C. V. (2002). Manual de diagnósticos de enfermería. McGraw-Hill Interamericana. Recuperado a partir de: <http://www.paho.org/paltex/catalog/bookdetail.php?bookId=DEE14>
- Carr, D. D. (2007). Case managers optimize patient safety by facilitating effective care transitions. *Professional case management*, 12(2), 70-80. Recuperado a partir de: [http://journals.lww.com/professionalcasemanagementjournal/fulltext/2007/03000/case\\_managers\\_optimize\\_patient\\_safety\\_by.3.aspx](http://journals.lww.com/professionalcasemanagementjournal/fulltext/2007/03000/case_managers_optimize_patient_safety_by.3.aspx)
- Casado-Marín, D. (2006). La atención a la dependencia en España. *Gaceta Sanitaria*, 20, 135-142. Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911106715771>
- Casajús Sola, H. (2012). Métodos específicos para disminuir la incidencia de caídas en una residencia de ancianos. Recuperado a partir de: <http://academica-e.unavarra.es/handle/2454/6111>
- Castedo, A. R. (2005). Atención a las personas en situación de dependencia en España: Libro blanco. Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Catalá-López, F., García-Altés, A., Álvarez-Martín, E., Gènova-Maleras, R., Morant-Ginestar, C., & Parada, A. (2011). Burden of disease and economic evaluation of healthcare interventions: are we investigating what really matters? *BMC health services research*, 11(1), 75. Recuperado a partir de: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/75/>
- Cavalcante, T. F. (2008a). Diagnósticos de enfermagem em pacientes internados por acidente vascular encefálico. Recuperado a partir de: <http://www.repositorio.ufc.br:8080/ri/handle/123456789/2046>
- Cavalcante, T. F. (2008b). Diagnósticos de enfermagem em pacientes internados por acidente vascular encefálico [Dissertation]. Recuperado a partir de: [http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/2046?mode=full&submit\\_simple=Mostrar+el+registro+Dublin+Core+completo+del+%C3%ADtem+](http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/2046?mode=full&submit_simple=Mostrar+el+registro+Dublin+Core+completo+del+%C3%ADtem+)
- Cavalcante, T. F., Araújo, T. L. de, Moreira, R. P., Guedes, N. G., Lopes, M. V. de O., & Silva, V. M. da. (2013). Clinical validation of the nursing diagnosis Risk for Aspiration among patients who experienced a cerebrovascular accident. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(spe), 250-258. <http://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700031>
- Chamie, J. (2004). World population prospects: The 2002 revision. New York United Nations Department of Economic and Social Affairs Analytical Report III.

- Cocho, D., Sagales, M., Cobo, M., Homs, I., Serra, J., Pou, M., ... Otermin, P. (2015). Reducción de la tasa de broncoaspiración con el test 2 volúmenes/3 texturas con pulsioximetría en una unidad de ictus. *Neurología*.  
<http://doi.org/10.1016/j.nrl.2014.12.005>
- Cofiño, R., Pasarín, M. I., & Segura, A. (2012). ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 88–93.  
Recuperado a partir de  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911111003669>
- Coleman, E. A., Min, S., Chomiak, A., & Kramer, A. M. (2004). Posthospital care transitions: patterns, complications, and risk identification. *Health services research*, 39(5), 1449–1466. Recuperado a partir de:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1475-6773.2004.00298.x/full>
- Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C., & Wagner, E. H. (2009). Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health affairs*, 28(1), 75–85. Recuperado a partir de:  
<http://content.healthaffairs.org/content/28/1/75.short>
- Collazos, M. M. (2014). Enfermedad cerebrovascular: factores de riesgo y el rigor en la observación. *Acta Neurol Colomb*, 30(3), 141–142. Recuperado a partir de:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v30n3/v30n3a02.pdf>
- Consejería de Salud (s. f.). Modelo de Gestion de Casos del SSPA. Recuperado a partir de:  
<http://www.asanec.es/pdf/borrador%20del%20Nuevo%20Modelo%20de%20Gestion%20de%20Casos%20de%20SSPA%20.pdf>
- Consejería de Salud, Junta de Andalucía (2006). Estrategia para la Seguridad del Paciente. Sevilla.
- Consejería de Salud, Junta de Andalucía [2006] Modelo de gestión por competencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Recuperado a partir de:  
[http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p\\_5\\_p\\_2\\_organizacion\\_de\\_la\\_investigacion/modelo\\_gestion/modelo\\_de\\_gestion.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_5_p_2_organizacion_de_la_investigacion/modelo_gestion/modelo_de_gestion.pdf)
- Contel, J. C., Muntané, B., & Camp, L. (2012). La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. *Atención Primaria*, 44(2), 107–113. Recuperado a partir de:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711002204>
- Córdoba, A. I. G., & Espinosa, Á. F. (2006). Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. Cuidar es pensar. *Aquichan*, 6(1). Recuperado a partir de:  
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewArticle/80>
- Costa, A. G. de S., Oliveira, A. R. de S., Moreira, R. P., Cavalcante, T. F., & Araujo, T. L. de. (2010). Identificação do risco de quedas em idosos após acidente vascular encefálico. *Esc Anna Nery*, 14(4), 684–9. Recuperado a partir de:  
<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a05>
- Cuenca, J. P., Moreno, J. M. R., Espuela, F. L., Sevilla, R. R., & Caballero, P. E. J. (2014). Situación unional tras un ictus y experiencia acumulada de una unidad de ictus.

- Neurología: publicación oficial de la Sociedad Española de Neurología, 29(5), 271–279. Recuperado a partir de:  
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4723105>
- Culebras, A., Elkind, M. S., Hoh, B. L., Janis, L. S., Kase, C. S., Kleindorfer, D. O., ... Turan, T. N., others. (2013). AHA/ASA Expert Consensus Document. *Stroke*, 44, 00–00.  
Recuperado a partir de  
[http://summalearner.com/Med\\_Team/Inpatient\\_Common\\_Diseases\\_Core\\_files/Stroke%20Definition%202013%20.pdf](http://summalearner.com/Med_Team/Inpatient_Common_Diseases_Core_files/Stroke%20Definition%202013%20.pdf)
- De Almeida Souza, A. M. (2008). El permanente desafío para mantener las competencias profesionales. *Revista de administración sanitaria siglo XXI*, 6(4), 681–690.  
Recuperado a partir de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2874697>
- De Andalucía, E. de C., & de Salud, C. (s. f.). MODELO DE GESTION DE CASOS DEL SSPA.  
Recuperado a partir de:  
<http://www.asanec.es/pdf/borrador%20del%20Nuevo%20Modelo%20de%20Gestion%20de%20Casos%20de%20SSPA%20.pdf>
- De la Guía, G. de T. (2009). de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid, 5–2.
- De Lucena, A., & De Barros, A. L. B. L. (2006). Nursing diagnoses in a Brazilian intensive care unit. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 17(3), 139–146. Recuperado a partir de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-618X.2006.00036.x/full>
- Del paciente Puntos, Í. S. (s. f.). Índice de Barthel. Recuperado a partir de:  
[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/indice\\_de\\_barthel.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/indice_de_barthel.pdf)
- De Salud, C. (2005). II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud.
- De Salud, C. (2006). Modelo de gestión por competencias en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Recuperado a partir de:  
<http://www.repositoriosalud.es/handle/10668/1769>
- De Sancho, J. L., Sarria, A., Yáñez, D., Hernández, A., Ovalle, M. A., & Perianes, A. (2003). Revisión de intervenciones en atención primaria para mejorar el control de las enfermedades crónicas. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- De Souza Oliveira, A. R., de Sousa Costa, A. G., Morais, H. C. C., Cavalcante, T. F., de Oliveira Lopes, M. V., & de Araujo, T. L. (2015). Factores clínicos predictores del riesgo para aspiración y aspiración respiratoria en pacientes con accidente cerebro vascular<sup>1</sup>. Recuperado a partir de: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/es\\_0104-1169-rlae-0197-2545.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/es_0104-1169-rlae-0197-2545.pdf)

- Díaz-Guzmán, J., Egido-Herrero, J. A., Fuentes, B., Fernández-Pérez, C., Gabriel-Sánchez, R., Barbera, G., & Abilleira, S. (2009). Incidencia de ictus en España: estudio Iberictus. Datos del estudio piloto. *Revista de neurología*, 48(2), 61–65. Recuperado a partir de: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=21163074>
- Díaz-Guzmán, J., Egido, J.-A., Gabriel-Sánchez, R., Barberá-Comes, G., Fuentes-Gimeno, B., & Fernández-Pérez, C., others. (2012). Stroke and transient ischemic attack incidence rate in Spain: the IBERICTUS study. *Cerebrovascular diseases*, 34(4), 272–281. Recuperado a partir de: <http://www.karger.com/Article/FullText/342652>
- Di Carlo, A., Baldereschi, M., Gandolfo, C., Candelise, L., Ghetti, A., Maggi, S., ... Inzitari, D. (2003). Stroke in an elderly population: incidence and impact on survival and daily function. *Cerebrovascular Diseases*, 16(2), 141–150. Recuperado a partir de: <http://www.karger.com/Article/FullText/70594>
- Di Carlo, A., Lamassa, M., Wellwood, I., Bovis, F., Baldereschi, M., Nencini, P., ... Lucente, G., others. (2011). Stroke unit care in clinical practice: an observational study in the Florence center of the European Registers of Stroke (EROS) Project. *European Journal of Neurology*, 18(5), 686–694. Recuperado a partir de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-1331.2010.03207.x/full>
- Díez-Tejedor, E., Del Bruto, O., Alvarez Sabín, J., Muñoz, M., & Abiusi, G. (2001). Clasificación de las enfermedades cerebrovasculares. *Sociedad Iberoamericana de Enfermedades Cerebrovasculares. Rev Neurol*, 33(5), 455–464. Recuperado a partir de: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/clasificacion\\_ave.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/clasificacion_ave.pdf)
- Díez-Tejedor, E. (2006). *Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus. Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología*. Barcelona: Prous Science.
- Divani, A. A., Majidi, S., Barrett, A. M., Noorbaloochi, S., & Luft, A. R. (2011). Consequences of Stroke in Community-Dwelling Elderly The Health and Retirement Study, 1998 to 2008. *Stroke*, 42(7), 1821–1825. Recuperado a partir de: <http://stroke.ahajournals.org/content/42/7/1821.abstract>
- Doran, D. M., Hirdes, J., Blais, R., Ross Baker, G., Pickard, J., & Jantzi, M. (2009). The nature of safety problems among Canadian homecare clients: evidence from the RAI-HC\copyright reporting system. *Journal of nursing management*, 17(2), 165–174. Recuperado a partir de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2834.2009.00974.x/full>
- Duarte, E., Alonso, B., Fernández, M. J., Fernández, J. M., Flórez, M., García-Montes, I., Palomino, B., others. (2010). Rehabilitación del ictus: modelo asistencial. *Recomendaciones de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física*, 2009. *Rehabilitación*, 44(1), 60–68. Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0048712009000139>
- Duarte, G., Izquierdo, M. D., Pérez, G., Artiles, J., Aguirre, A., & Cueto, M. (2001). La Enfermera Comunitaria de Enlace: una propuesta de mejora en Atención Domiciliaria. *Index de Enferm*, 32.

- Durán, M. A. (2004). Informe sobre el impacto social de los enfermos dependientes por ICTUS. Informe ISEDIC. MSD, Madrid.
- Easton, J. D., Saver, J. L., Albers, G. W., Alberts, M. J., Chaturvedi, S., Feldmann, E., ... Kidwell, C. S., others. (2009). Definition and Evaluation of Transient Ischemic Attack A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Cardiovascular Nursing; and the Interdisciplinary Council on Peripheral Vascular Disease: The American Academy of Neurology affirms the value of this statement as an educational tool for neurologists. *Stroke*, 40(6), 2276–2293. Recuperado a partir de: <http://stroke.ahajournals.org/content/40/6/2276.short>
- Ekman, M. (2004). Economic evidence in stroke: a review. *The European Journal of Health Economics*, 5, s74–s83. Recuperado a partir de: <http://www.springerlink.com/index/R33431H55U154641.pdf>
- EASP (2012) Cuadernos del Observatorio de Salud en Europa sobre políticas de salud en la UE Escuela Andaluza de Salud Pública.2012. Granada
- Espárrago Llorca, G., Castilla-Guerra, L., Fernández Moreno, M. C., Ruiz Doblado, S., & Jiménez Hernández, M. D. (2015). Depresión post ictus: una actualización. *Neurología*, 30(1), 23-31.
- Espelt Aluja, M. P. (2009). La tan mitificada gestión de casos. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, 1(3), 6.
- Ethridge, P., & LAMB, G. S. (1989). Professional Nursing Case Management Improves Quality, Access and Costs: A system with nurses as the primary healthcare providers produces dramatic reductions in LOS and in cost, while truly« humanizing» healthcare. *Nursing management*, 20(3), 30–37. Recuperado a partir de: [http://journals.lww.com/nursingmanagement/Abstract/1989/03000/Professional\\_Nur\\_sing\\_Case\\_Management\\_Improves.9.aspx](http://journals.lww.com/nursingmanagement/Abstract/1989/03000/Professional_Nur_sing_Case_Management_Improves.9.aspx)
- Eurostat (2011) Population Projections Recuperado a partir de: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/population-projections-data>
- EUROPEA, C. (2009). Ageing report: economic and budgetary projections for the EU-27 member states, 2008-2060. *European Economy*, (2).
- Europeană, C. (2008). The 2009 ageing report: Underlying assumptions and projection methodologies. *European Economy*, 7, 2008.
- Evers, S. M., Struijs, J. N., Ament, A. J., van Genugten, M. L., Jager, J. H. C., & van den Bos, G. A. (2004). International comparison of stroke cost studies. *Stroke*, 35(5), 1209–1215. Recuperado a partir de: <http://stroke.ahajournals.org/content/35/5/1209.short>
- Falsetti, P., Acciai, C., Palilla, R., Bosi, M., Carpinteri, F., Zingarelli, A., ... Lenzi, L. (2009). Oropharyngeal dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and clinical predictors in patients admitted to a neurorehabilitation unit. *Journal of stroke and*

- cerebrovascular diseases, 18(5), 329–335. Recuperado a partir de:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S105230570900024X>
- Fattore, G., Torbica, A., Susi, A., Giovanni, A., Benelli, G., Gozzo, M., & Toso, V. (2012). The social and economic burden of stroke survivors in Italy: a prospective, incidence-based, multi-centre cost of illness study. *BMC Neurology*, 12(1), 137. Recuperado a partir de: <http://doi.org/10.1186/1471-2377-12-137>
- Feigin, V. L., Lawes, C. M., Bennett, D. A., & Anderson, C. S. (2003). Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century. *The Lancet Neurology*, 2(1), 43–53. Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1474442203002667>
- Feigin, V. L., Lawes, C. M., Bennett, D. A., Barker-Collo, S. L., & Parag, V. (2009). Worldwide stroke incidence and early case fatality reported in 56 population-based studies: a systematic review. *The Lancet Neurology*, 8(4), 355–369. Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1474442209700250>
- Fernández, B. G., Alonso, S. R. L., & Hernández, R. M. P. (2006). La enfermera, profesional clave para la coordinación de la atención socio-sanitaria a personas con dependencia. *Index de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*, 15(54), 7–9. Recuperado a partir de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2263004&orden=138251&info=link>
- Fernández-Concepción, O., Rojas-Fuentes, J., Pando, A., Marrero-Fleita, M., Mesa-Barrero, Y., Santiesteban-Velázquez, N., & Ramírez-Pérez, E. (2008). Deterioro cognitivo después de un infarto cerebral: frecuencia y factores determinantes. *Rev Neurol*, 46, 326–30. Recuperado a partir de: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/4606/z060326.pdf>
- Fernández Coca, M. (2011) Riesgo de Caídas en personas que han sufrido un Ictus. | *Fisioterapia Global*. Recuperado a partir de: <http://fernandezcoca.com/fisioterapia/2013/08/27/riesgo-de-caidas-en-personas-que-han-sufrido-un-ictus/>
- Ferrín, C. F., & Martí, G. N. (1993). El proceso de Atención de Enfermería. Recuperado a partir de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=180284>
- Fetter, R. B. (1984). Diagnosis related groups: the product of the hospital. *Clinical research*, 32(3), 336. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6435933>
- Forster, A. J., Murff, H. J., Peterson, J. F., Gandhi, T. K., & Bates, D. W. (2003). The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Annals of Internal Medicine*, 138(3), 161-167.
- Fredericks, C. M., Saladin, L. K., & Fredericks, C. M. (1996). *Pathophysiology of the motor systems: principles and clinical presentations*. FA Davis Philadelphia, PA.
- Friedman, M. M. (2005). Medication safety: look-alike/sound-alike drugs in home care. *Home healthcare nurse*, 23(4), 243–253. Recuperado a partir de:

[http://journals.lww.com/homehealthcareonline/Abstract/2005/04000/MEDIATION\\_SAFETY\\_Look\\_Alike\\_Sound\\_Alike\\_Drugs\\_in.11.aspx](http://journals.lww.com/homehealthcareonline/Abstract/2005/04000/MEDIATION_SAFETY_Look_Alike_Sound_Alike_Drugs_in.11.aspx)

Fuentes, B., Gállego, J., Gil-Nuñez, A., Morales, A., Purroy, F., Roquer, J., ... Díez-Tejedor, E., others. (2014). Guía para el tratamiento preventivo del ictus isquémico y AIT (II). Recomendaciones según subtipo etiológico. *Neurología*, 29(3), 168–183.

Recuperado a partir de:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485311002623>

Fuentes, B., Ruiz Ares, G., & Díez Tejedor, E. (2015). Protocolo de tratamiento del ictus hemorrágico agudo. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(71), 4288-4291. Recuperado a partir de:

[http://doi.org/10.1016/S0304-5412\(15\)30008-1](http://doi.org/10.1016/S0304-5412(15)30008-1)

Fulton, J. S., Lyon, B. L., Lyon, B., Goudreau, K. A., & Goudreau, K. (2014). *Foundations of Clinical Nurse Specialist Practice, Second Edition*. Springer Publishing Company.

Gallagher-Lepak, S. (2014). *Nursing Diagnosis Basics. Nursing Diagnoses 2015-17: Definitions and Classification*, 21.

García, M. M. (2011). Especialidades y enfermería de práctica avanzada. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, 4, 17–21. Recuperado a partir de: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/239/RIdeC.v4n2.17.Especialidades-1.pdf>

García-Abad Martínez, M. (2010). Enfermera gestora de casos: clave para la continuidad de cuidados. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 2(1). Recuperado a partir de: <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/217>

García-Fernández, F. P., Carrascosa-García, M. I., Rodríguez-Torres, M. C., Gila-Selas, C., Laguna-Parras, J. M., & Cruz-Lendínez, A. J. (2009). Influencia de las enfermeras gestoras de casos hospitalarias sobre la preparación de las cuidadoras para asumir el cuidado domiciliario. *Gerokomos*, 20(4), 152–158. Recuperado a partir de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134\\_928X2009000400002&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134_928X2009000400002&script=sci_arttext&tlng=en)

García, H., & Las, E. de. (2014). Revisión sistemática y crítica de la afasia en el ictus. Recuperado a partir de: <http://uvadoc.uva.es:80/handle/10324/7487>

García, I., others. (2009). Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca: informe técnico 2008. Recuperado a partir de: <http://www.citeulike.org/group/16606/article/10591485>

García, P. R., Vián, Ó. H., Hernández, A. S. D. O., Alonso, A. I. R., & Jiménez, M. T. M. (2002). Enfermería de práctica avanzada: historia y definición. *Enfermería clínica*, 12(6), 286–289. Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862102737674>

Gebbie, K. (1976). *Summary of the second national conference: classification of nursing diagnoses*. St. Louis: Mosby.

- Genique Martínez, R., Marin Ibáñez, A., Cía Gómez, P., Gálvez Villanueva, A. C., Andrés Bergareche, I., & Gelado Jaime, C. (2010). Abdominal Girth Utility as a Method of Metabolic Syndrome Screening in People with Hypertension. *Revista española de salud pública*, 84(2), 215–222. Recuperado a partir de: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135\\_57272010000200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135_57272010000200008&script=sci_arttext)
- Gérvas, J., & Rico, A. (2005). La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 31(9), 418–423. Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359305729610>
- Goldstein, L. B., Adams, R., Alberts, M. J., Appel, L. J., Brass, L. M., Bushnell, C. D., Guyton, J. R., others. (2006). Primary Prevention of Ischemic Stroke A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council: Cosponsored by the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Interdisciplinary Working Group; Cardiovascular Nursing Council; Clinical Cardiology Council; Nutrition, Physical Activity, and Metabolism Council; and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. *Stroke*, 37(6), 1583–1633. Recuperado a partir de: <https://stroke.ahajournals.org/content/37/6/1583.full>
- Goldstein, L. B., Adams, R., Becker, K., Furberg, C. D., Gorelick, P. B., Hademenos, G., ... Jacobs, B., others. (2001). Primary prevention of ischemic stroke A statement for healthcare professionals from the stroke council of the American heart association. *Circulation*, 103(1), 163–182. Recuperado a partir de: <http://circ.ahajournals.org/content/103/1/163.short>
- Gomes, I. M., Kalinowski, L. C., Lacerda, M. R., & Ferreira, R. M. (2008). The domiciliary health care and its state of art: a bibliographic study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 7(3). Recuperado a partir de: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewArticle/j.1676-4285.2008.1781>
- Gómez-Jarabo, G., & Peñalver González, J. C. (2007). Aspectos biopsicosociales en la valoración de la dependencia. *Intervención psicosocial*, 16(2), 155–173. Recuperado a partir de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592007000200003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592007000200003)
- Gómez-Picard, P., & Fuster-Culebras, J. (2014). Atención a la cronicidad: desafío estratégico, macrogestión y políticas de salud. *Enfermería Clínica*, 24(1), 12–17. Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862113001903>
- González-Consuegra, R. V., Matiz-Vera, G. D., Hernández-Martínez, J. D., & Guzmán-Carrillo, L. X. (2015). Integral plan nursing care of people with pressure ulcers. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(1), 69-80. <http://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n1.46595>
- González Chordá, V. M., & Maciá Soler, M. L. (2011). Grupos de pacientes Relacionados por el Diagnóstico (GRD) en los hospitales generales españoles: variabilidad en la estancia

- media y el coste medio por proceso. *Enfermería Global*, 10(24), 0-0. Recuperado a partir de: <http://doi.org/10.4321/S1695-61412011000400011>
- Gonzalo Jiménez E, Toral López I, Ruiz Barbosa C, Martín Santos FJ, Morales Asencio JM. Estrategias de mejora de la atención primaria en Andalucía. *Biblioteca Lascasas*, 2007; 3(2). Recuperado a partir de: <http://www.index.f.com/lascasas/documentos/lc0228.php>
- Nursing Terminologies and Classifications*, 1(1), 5–11. Recuperado a partir de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-618X.1990.tb00226.x/pdf>
- Greenberg, L. (2004). Patient safety systems for case management. *Professional Case Management*, 9(5), 223–229. Recuperado a partir de: [http://journals.lww.com/professionalcasemanagementjournal/Abstract/2004/0900/Patient\\_Safety\\_Systems\\_for\\_Case\\_Management.4.aspx](http://journals.lww.com/professionalcasemanagementjournal/Abstract/2004/0900/Patient_Safety_Systems_for_Case_Management.4.aspx)
- Gutiérrez, L., & Libuy, J. (2013). Consumo de Alcohol como Factor de Riesgo para el Accidente Cerebrovascular Hemorrágico. *Revista Memoriza. com*, 10, 30–38. Recuperado a partir de: [http://www.memoriza.com/documentos/revista/2013/Alcohol%20y%20ACV%20Hemorra%CC%81gico\\_2013\\_10\\_30-38.pdf](http://www.memoriza.com/documentos/revista/2013/Alcohol%20y%20ACV%20Hemorra%CC%81gico_2013_10_30-38.pdf)
- Hammond, C. A. S., Goldstein, L. B., Horner, R. D., Ying, J., Gray, L., Gonzalez-Rothi, L., & Bolser, D. C. (2009). Predicting aspiration in patients with ischemic stroke: comparison of clinical signs and aerodynamic measures of voluntary cough. *CHEST Journal*, 135(3), 769–777. Recuperado a partir de: <http://journal.publications.chestnet.org/article.aspx?articleid=1089690>
- Harrison, M. B., Keeping-Burke, L., Godfrey, C. M., Ross-White, A., McVeety, J., Donaldson, V., Doran, D. M. (2013). Safety in Home Care: A mapping review of the International literature. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 11(3), 148–160. Recuperado a partir de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1744-1609.12027/full>
- Han, S. K., Kim, M. C., & An, C. S. (2013). Comparison of effects of a proprioceptive exercise program in water and on land the balance of chronic stroke patients. *Journal of physical therapy science*, 25(10), 1219. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3820184/>
- Henderson, V. A. (1994). La naturaleza de la enfermería: una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación: reflexiones 25 años después. Recuperado a partir de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=140339>
- Heras, M. A. D., de la Cámara González, C., Tacsir, A., & García, J. R. (2004). Informe sobre el impacto social de los enfermos dependientes por ictus: Informe ISEDIC, 2004. Recuperado a partir de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=544699>
- Herdman, T. H., Carter, D. P., Iglesias, S. M., & Association, N. A. N. D., others. (2013). *NANDA International, diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2012-2014*. Elsevier.

- Herdman, T. H., Carter, D. P., Iglesias, S. M., & Association, N. A. N. D., others (2015) Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Elsevier.
- Hernández, R. P., Alonso, S. L., Baro, M. L., & Gómez, S. R. (2005). La enfermera comunitaria de enlace en el Servicio Andaluz de Salud. *Enferm Comun*, 1(1), 43-48. Recuperado a partir de:  
<http://www.centrodesaluddebollullos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Documentacion%20Distrito/Documentos/Continuidad%20de%20Cuidados/La%20ECE%20en%20el%20SAS.PDF>
- Hervás, A., Cabasés, J., & Forcén, T. (2007). Coste del cuidado informal del ictus en una población general no institucionalizada. *Gaceta Sanitaria*, 21(6), 444-451. Recuperado a partir de:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911107720629>
- Hittle, D. F., Shaughnessy, P. W., Crisler, K. S., Powell, M. C., Richard, A. A., Conway, K. S., ... Engle, K. (2004). A Study of Reliability and Burden of Home Health Assessment Using OASIS. *Home Health Care Services Quarterly*, 22(4), 43-63. Recuperado a partir de:[http://doi.org/10.1300/J027v22n04\\_03](http://doi.org/10.1300/J027v22n04_03)
- Hurtado, A. M., & Fernández, M. R. (2007). El ictus, factor de riesgo de fracturas. *Jano: Medicina y humanidades*, (1651), 39. Recuperado a partir de:  
<http://test.elsevier.es/ficheros/sumarios/1/0/1651/39/1v0n1651a13102177pdf001.pdf>
- Hurtado, P. M. M., & S, A. I. L. (2015). La vinculación ético-jurídica entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos en el contexto de la seguridad del paciente. *Aquichan*, 15(1). Recuperado a partir de: <http://doi.org/10.5294/2935>
- Hyun, S., & Park, H.-A. (2002). Cross-mapping the ICNP with NANDA, HHCC, Omaha System and NIC for unified nursing language system development. *International Nursing Review*, 49(2), 99-110. Recuperado a partir de:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1466-7657.2002.00121.x/full>
- IMSERSO. (2004). Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- IMSERSO. (2011). Envejecimiento Activo. Libro Blanco. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, Secretaría General de Política Social y Consumo Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Recuperado a partir de:  
<http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>
- IMSERSO (2014) Información destacada de la gestión del sistema para la autonomía y atención a la dependencia autonomía y atención a la dependencia. Situación a 31 de diciembre de 2014 instituto de mayores y servicios sociales. Recuperado a partir de:  
<http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/estsisaad20141231comp.pdf>
- INEa. (2008) Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia Recuperado a partir de:

- <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15%2Fp418&file=inebase>
- INEb (2008) Encuesta Nacional de Salud 2006 INE 2008 Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperado de:  
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase>
- INE. (2011) Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte  
Recuperado a partir de: <http://www.ine.es/>.
- INE (2011) Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Morbilidad Hospitalaria. 2011. Recuperado a partir de: <http://www.ine.es/>.
- INE (2013) Península Ibérica em números 2013 ISBN: 978-989-25-0177-2 ISSN: 2182-8881 Recuperado a partir de:  
<http://www.ine.es/prodyser/pubweb/pin/pin2013/files/assets/basic-html/page3.html>
- INE (2014) Instituto Nacional de Estadística, INEbase: Población del Padrón Continuo por, Recuperado a partir de: <http://www.ine.es/>
- INE (2014) Encuesta Europea de Salud 2014 Instituto Nacional de Estadística, Recuperado a partir de:  
<http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=/t15/p420/a2014/p01/10/&file=02007.px>
- INE. (2014). La Peninsula Iberica en Cifras. Madrid.INE (2015) Instituto Nacional de Estadística, Recuperado a partir de:  
<http://www.ine.es/prodyser/pubweb/pin/pin2014/pin2014completo.pdf>
- INE (2015 ) España en cifras 2015 Instituto Nacional de Estadística. Recuperado a partir de:  
[http://www.ine.es/prodyser/espa\\_cifras/2015/index.html#2/z](http://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2015/index.html#2/z)
- Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. (2012). Discapacidad y dependencia en Andalucía con base en la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD), 2008. Sevilla.
- Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. (2013). Andalucía datos básicos de Población: Recuperado a partir de:  
[http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/dtbas/dtb13/ADB2013\\_poblacion.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/dtbas/dtb13/ADB2013_poblacion.pdf)
- Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. (2014) Padrón Municipal de Habitantes. Cifras Oficiales de Población Municipal. Recuperado a partir de:  
<http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/padron/>
- Jadad, A. R., Cabrera, A., Martos, F., Smith, R., & Lyons, R. F. (2013). When people live with multiple chronic diseases: a collaborative approach to an emerging global challenge. Granada: Andalusian School of Public Health; 2010.

- Jiménez Hernández, M. D., Alés Otón, E., Fernández García, E., & Terol Fernández, E. (2011). Plan Andaluz de Atención al Ictus: 2011-2014. Recuperado a partir de: <http://www.repositoriosalud.es/handle/10668/203>
- Jofré Aravena, V., & Sanhueza Alvarado, O. (2010). Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. *Ciencia y enfermería*, 16(3), 111–120. Recuperado a partir de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000300012&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532010000300012&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Joint Comisión (2007) Sentinel Event Statistics. Recuperado a partir de: [www.jointcommission.org/SentinelEvents//Statistics](http://www.jointcommission.org/SentinelEvents//Statistics).
- Jonson M., Maas M., Moorhede S., (2003) *Nursing Outcomes Classification (NOC) 2ª edición*, en español. Harcourt;
- Johnson, K. G. (2006). Adverse events among Winnipeg Home Care clients. *Healthcare quarterly* (Toronto, Ont.), 9, 127–134. Recuperado a partir de: <http://europepmc.org/abstract/MED/17087182>
- Jorgensen, N., Cabañas, M., Oliva, J., Rejas, J., & León, T. (2008). Los costes de los cuidados informales asociados a enfermedades neurológicas discapacitantes de alta prevalencia en España. *Neurología*, 23(1), 29–39. Recuperado a partir de: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=20145955>
- Junta de Andalucía, & Social, B. (2010). Libro Blanco del envejecimiento activo. C. p. Social, Participando y construyendo la sociedad. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Recuperado a partir de: <http://www.eurosenior.es/residencia/docupdf/document9esp.pdf>
- Junta de Andalucía. (2012). Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016. . Sevilla: Consejería de Salud.
- Junta de Andalucía. (Edición 2012). Resultados y Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sevilla: Escuela Andaluza de Salud Pública
- Kaasalainen, S., Martin-Misener, R., Kilpatrick, K., Harbman, P., Bryant-Lukosius, D., Donald, F., DiCenso, A. (2010). A historical overview of the development of advanced practice nursing roles in Canada. *Nursing leadership* (Toronto, Ont.), 23, 35–60. Recuperado a partir de <http://europepmc.org/abstract/med/21478686>
- Kanter, J. (1989). Clinical case management: definition, principles, components. *Psychiatric Services*, 40(4), 361–368. Recuperado a partir de: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ps.40.4.361>
- Kelly-Hayes, P. M., Robertson, J. T., Broderick, J. P., Duncan, P. W., Hershey, L. A., Roth, E. J., ... Trombly, C. A. (1998). The American heart association stroke outcome classification. *Stroke*, 29(6), 1274–1280. Recuperado a partir de: <http://stroke.ahajournals.org/content/29/6/1274.short>
- Kernan, W. N., Ovbiagele, B., Black, H. R., Bravata, D. M., Chimowitz, M. I., Ezekowitz, M. D., ... Heck, D. V., others. (2014). Guidelines for the prevention of stroke in patients with

- stroke and transient ischemic attack a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 45(7), 2160–2236. Recuperado a partir de:  
<http://stroke.ahajournals.org/content/45/7/2160.short>
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S., others. (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (Vol. 627). National Academies Press. Recuperado a partir de:  
<http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=JInZiZnUyicC&oi=fnd&pg=PA1&dq=To+err+is+human+:+building+a+safer+health+system.+Washington,+D.C.+&ots=hqBRXEaK M1&sig=FQBLnul-73VJg1l11KcYWPD7eH4>
- Laín Entralgo, P. (1978). *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat, 363. Recuperado a partir de: <http://www.sidalc.net/cgi-bin/wxis.exe/?IscScript=COLEC.xis&method=post&formato=2&cantidad=1&expresión=mf=010512>
- Lang, A., Edwards, N., & Fleischer, A. (2008). Safety in home care: a broadened perspective of patient safety. *International journal for quality in health care*, 20(2), 130–135. Recuperado a partir de: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/20/2/130.short>
- Leape, L. L., & Berwick, D. M. (2000). Safe health care: are we up to it?: We have to be. *BMJ: British Medical Journal*, 320(7237), 725. Recuperado a partir de:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117747/>
- Leno, C., Berciano, J., Combarros, O., Polo, J. M., Pascual, J., Quintana, F., ... Alvarez, C. (1993). A prospective study of stroke in young adults in Cantabria, Spain. *Stroke*, 24(6), 792–795. Recuperado a partir de:  
<http://stroke.ahajournals.org/content/24/6/792.short>
- Lenzi, G. L., Altieri, M., & Maestrini, I. (2008). Post-stroke depression. *Revue neurologique*, 164(10), 837–840. Recuperado a partir de:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0035378708004657>
- Leora R. Cherney, A. S. H. (2001). Unilateral visual neglect in right-hemisphere stroke: a longitudinal study. *Brain Injury*, 15(7), 585–592. Recuperado a partir de:  
<http://doi.org/10.1080/02699050117415>
- Lilford, R. J., Mohammed, M. A., Braunholtz, D., & Hofer, T. P. (2003). The measurement of active errors: methodological issues. *Quality and Safety in Health Care*, 12(suppl 2), Recuperado a partir de: [http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl\\_2/ii8.short](http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii8.short)
- Lobos, J. M., Royo-Bordonada, M. A., Brotons, C., Álvarez-Sala, L., Armario, P., Maiques, A., ... Lizcano, A. (2008). Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Adaptación española del CEIPC 2008. *Rev Esp Salud Pública*, 82, 581–616. Recuperado a partir de:  
[http://www.researchgate.net/publication/28237146\\_Gua\\_Europea\\_de\\_Previncin\\_Cardiovascular\\_en\\_la\\_Prctica\\_Clnica\\_adaptacin\\_Espaola\\_del\\_CEIPC\\_2008/file/32bfe50cdb4828cffd.pdf](http://www.researchgate.net/publication/28237146_Gua_Europea_de_Previncin_Cardiovascular_en_la_Prctica_Clnica_adaptacin_Espaola_del_CEIPC_2008/file/32bfe50cdb4828cffd.pdf)
- Lombillo Laferté, L. M., Martínez Segón, S., Serra Valdés, Y., & Rodríguez Mutuberría, L. (2014). Complicaciones en pacientes hemipléjicos por ictus. *Revista Cubana de Medicina*, 53(2), 134–143. Recuperado a partir de:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475232014000200004&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475232014000200004&script=sci_arttext&tlng=pt)

- López, A., Sergio, R., & Linares, C. (2012). Enfermera de práctica avanzada para el triage y la consulta finalista en los servicios de urgencias. *Index Enfermería* 1–2. Recuperado a partir de: Enfermera de práctica avanzada para el triage y la consulta finalista en los servicios de urgencias
- Lopez-Bastida, J., Moreno, J. O., Cerezo, M. W., Perez, L. P., Serrano-Aguilar, P., & Montón-Álvarez, F. (2012). Social and economic costs and health-related quality of life in stroke survivors in the Canary Islands, Spain. *BMC health services research*, 12(1), 315. Recuperado a partir de: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/315>
- López Casanovas, G., & Mosterín Høpping, A. (2008). El gasto sanitario en el contexto del gasto social. Un análisis generacional de las tendencias en España en un contexto de envejecimiento demográfico. *Informe SESPAS 2008. Gac Sanit*, 43–52. Recuperado a partir de: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/es/ibc-62001>
- López Izuel C, Montiel Pastor M, Rojo Pernía J. Gestión de casos: desarrollo de un nuevo modelo organizativo. *Rol de Enfermería*. 1995;202:53-8.
- López-Pousa, S., Vilalta, J., & Llinás, J. (1995). Incidencia de la enfermedad vascular cerebral en España: estudio en un área rural de Girona. *Rev Neurol*, 23, 1081–6.
- Lozano, R., Naghavi, M., Foreman, K., Lim, S., Shibuya, K., Aboyans, V., Ahn, S. Y., others. (2013). 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*, 380(9859), 2095–2128. Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612617280>
- Lucena, A. de F., Santos, C. T. dos, Pereira, A. G. da S., Almeida, M. de A., Dias, V. L. M., & Friedrich, M. A. (2011). Clinical profile and nursing diagnosis of patients at risk of pressure ulcers. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), 523–530. Recuperado a partir de: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000300011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000300011&script=sci_arttext)
- Lunney, M. (2009). *NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) International: Diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2009-2011*. Madrid: Elsevier.
- Luque Ballesteros, M., Micó Reyes, E., Tantiñá Fontanet, S., Moreiras Andrino, M. C., Díaz García, L., & Sabater Raga, R. (2011). Diagnósticos enfermeros en UFISS, UGA, traumatología y CIR. *Enfermería Global*, 10(22), 0–0.
- Luque Moreno, C., Peña Salinas, M., Rodríguez Pappalardo, F., & López Rodríguez, L. (2012). Prevención de úlceras por presión y lesiones musculoesqueléticas: paciente con ictus. *Gerokomos*, 23(1), 42–46. Recuperado a partir de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2012000100008&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2012000100008&script=sci_arttext)
- Madigan, E. A. (2007). A description of adverse events in home healthcare. *Home healthcare nurse*, 25(3), 191–197. Recuperado a partir de:

- [http://journals.lww.com/homehealthcareonline/Abstract/2007/03000/A\\_Description\\_of\\_Adverse\\_Events\\_in\\_Home\\_Healthcare.10.aspx](http://journals.lww.com/homehealthcareonline/Abstract/2007/03000/A_Description_of_Adverse_Events_in_Home_Healthcare.10.aspx)
- Manley, K. (1997). A conceptual framework for advanced practice: an action research project operationalizing an advanced practitioner/consultant nurse role. *Journal of Clinical Nursing*, 6(3), 179–190. Recuperado a partir de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.1997.tb00303.x/abstract>
- Manuel, O. B., Domingo, O. B., Cristina, D. R., Pilar, R. S., Soto, L., Alfonso, M. J. M., ... Antonio, C. C. J. (2011). Documento de consenso atención al paciente con enfermedades crónicas. Recuperado a partir de: [http://www.seecir.es/material\\_b/material/doc\\_consenso\\_atencion\\_paciente\\_enf\\_crónicas.pdf](http://www.seecir.es/material_b/material/doc_consenso_atencion_paciente_enf_crónicas.pdf)
- Mar, J., Álvarez-Sabín, J., Oliva, J., Becerra, V., Casado, M. Á., Yébenes, M., ... Masjuan, J. (2013). Los costes del ictus en España según su etiología. El protocolo del estudio CONOCES. *Neurología*, 28(6), 332-339. <http://doi.org/10.1016/j.nrl.2012.07.004>
- Mar, J., Arrospeide, A., Begiristain, J. M., Larrañaga, I., Elosegui, E., & Oliva-Moreno, J. (2011). The impact of acquired brain damage in terms of epidemiology, economics and loss in quality of life. *BMC neurology*, 11(1), 46. Recuperado a partir de: <http://www.biomedcentral.com/1471-2377/11/46/>
- Martín, M. C., Cabre, L. L., Ruiz, J., Blanch, L. L., Blanco, J., Castillo, F., ... Saura, R. M., others. (2008). Indicadores de calidad en el enfermo crítico. *Medicina intensiva*, 32(1), 23–32. Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210569108708994>
- Martínez Barandalla, C. (2014). ICTUS: Incidencia, factores de riesgo y repercusión. Recuperado a partir de: <http://academica-e.unavarra.es/handle/2454/16253>
- Martínez Riera, J. R., others. (2008). Intervención de enfermería ante las enfermedades crónicas: la situación en España. Recuperado a partir de: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/24298>
- Martínez-Sánchez, P., Fuentes, B., & Ares, G. R. (2015). Ictus isquémico, infarto cerebral y ataque isquémico transitorio. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(71), 4230–4241. Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541215300020>
- Martínez-Vila, E., Fernández, M. M., Pagola, I., & Irimia, P. (2011). Enfermedades cerebrovasculares. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 10(72), 4871–4881.
- Martínez-Vila, E., & Irimia, P. (2009). Factores de riesgo del ictus. En *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 23, pp. 25–31). Recuperado a partir de: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/viewArticle/6726>
- Martínez-Vila, E., Irimia, P., Urrestarazu, E., & Gállego, J. (2009). El coste del ictus. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 23(0), 33-38. Recuperado a partir de: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/6728>

- Martín Lesende, I., Gorroñoigoitia Iturbe, A., Gómez Pavón, J., Baztán Cortés, J. J., & Abizanda Soler, P. (2010). El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. *Aten Primaria*, 388–393. Recuperado a partir de: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/ibc-85104>
- Martins, T., Ribeiro, J. P., & Garrett, C. (2006). Incapacidad y calidad de vida del paciente afectado por un accidente vascular cerebral: evaluación nueve meses después del alta hospitalaria. *Rev Neurol*, 42(11), 655–659. Recuperado a partir de: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/4211/u110655.pdf>
- Masjuan, J., Álvarez-Sabín, J., Arenillas, J., Calleja, S., Castillo, J., Dávalos, A., ... Fernández, J. L., others. (2011). Stroke health care plan (ICTUS II. 2010). *Neurología (English Edition)*, 26(7), 383–396. Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2173580811000034>
- Mason, D. J. (2008). Transforming healthcare for patient safety: Nurses' moral imperative to lead. Retrieved September, 30, 2008.
- Masotti, P., McColl, M. A., & Green, M. (2010). Adverse events experienced by homecare patients: a scoping review of the literature. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(2), 115–125. Recuperado a partir de: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/22/2/115.short>
- Masrur, S., Smith, E. E., Saver, J. L., Reeves, M. J., Bhatt, D. L., Zhao, X., ... Schwamm, L. H. (2013). Dysphagia Screening and Hospital-acquired Pneumonia in Patients with Acute Ischemic Stroke: Findings from Get with the Guidelines–Stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 22(8), e301–e309. <http://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2012.11.013>
- Mathers, C. D., Stein, C., Ma Fat, D., Rao, C., Inoue, M., Tomijima, N., ... Murray, C. J. (2002). *Global Burden of Disease 2000: Version 2 methods and results*. Geneva: World Health Organization. Recuperado a partir de: <http://cdrwww.who.int/entity/healthinfo/paper50.pdf>
- Matías-Guiu, J., Villoria, F., Oliva, J., Viñas, S., & Martí, J. C., others. (2009). Estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Mackintosh, S. F., Hill, K. D., Dodd, K. J., Goldie, P. A., & Culham, E. G. (2006). Balance score and a history of falls in hospital predict recurrent falls in the 6 months following stroke rehabilitation. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 87(12), 1583–1589. Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003999306013360>
- McCloskey, J. C., & Bulechek, G. M. (1999). *Proyecto de Intervenciones IOWA: Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Madrid: Síntesis.
- McKevitt, C., Fudge, N., Redfern, J., Sheldenkar, A., Crichton, S., & Wolfe, C. (2010). *UK stroke survivor needs survey*. London: The Stroke Association. Recuperado a partir de: <http://www.kcl.ac.uk/lsm/research/divisions/hscr/research/groups/stroke/forpatientsandfamily/patientsandfamily/UKstrokesurvivorneedssurvey.pdf>

- Medrano, J. C. R., Escobar, C. L., Cadavid, L. M., & Muñoz, V. A. (2013). Propuesta de atención al paciente con úlceras por presión (UPP) a través del proceso de atención de enfermería (PAE). *Medicina UPB*, 32(1), 69–78. Recuperado a partir de: <http://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/view/2130>
- Mehdi, Z., Birns, J., & Bhalla, A. (2013). Post-stroke urinary incontinence. *International Journal of Clinical Practice*, 67(11), 1128-1137. <http://doi.org/10.1111/ijcp.12183>
- Mérida-Rodrigo, L., Poveda-Gómez, F., Camafort-Babkowski, M., Rivas-Ruiz, F., Martín-Escalante, M. D., Quirós-López, R., & García-Alegría, J. (2012). Supervivencia a largo plazo del ictus isquémico. *Revista Clínica Española*, 212(5), 223–228. Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256512000604>
- Michel, P. (2004). Les événements indésirables graves liés au processus de soins: une étude nationale. *Risques et qualité*, 1, 12–14.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2008). IMSERSO, Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. INFORME 2008  
Recuperado a partir de:  
<http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/infppmm2008.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). Unidad de Pacientes Pluripatológicos: estándares y recomendaciones. Recuperado a partir de:  
[http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR\\_UPP.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf)
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. Recuperado a partir de:  
[http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_466\\_Ictus\\_AP\\_Lain\\_Entr\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_466_Ictus_AP_Lain_Entr_compl.pdf)
- Ministerio de Sanidad (2010) y Política Social. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Recuperado a partir de:  
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2010) La seguridad en los cuidados del paciente hospitalizado Proyecto SENECA Recuperado a partir de:  
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ProyectoSENECA.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad (2013). Estadística de Gasto Sanitario Público 2013. Recuperado a partir de:  
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad (2015) Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Período 2015-2020. Recuperado a partir de:  
<http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>

- Moorhead, S., & Johnson, M. (2009). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Elsevier Health Sciences. Recuperado a partir de:  
[http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=nn\\_IzUSrw2gC&oi=fnd&pg=PT1&dq=diagnosticos+enfermeros&ots=Y3CEYdjdJ4&sig=pUrrtzeHGmWNNIADKPw7PY5TEoQ](http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=nn_IzUSrw2gC&oi=fnd&pg=PT1&dq=diagnosticos+enfermeros&ots=Y3CEYdjdJ4&sig=pUrrtzeHGmWNNIADKPw7PY5TEoQ)
- Morais, H. C. C., Holanda, G. F., Oliveira, A. R. de S., Costa, A. G. de S., Ximenes, C. M. B., & Araujo, T. de. (2012). Identificação do diagnóstico de enfermagem "risco de quedas em idosos com acidente vascular cerebral. *Rev Gaúcha Enferm*, 33(2), 117–24. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/17.pdf>
- Morales Asencio, J. M. (2004). Investigación de resultados en enfermería: el camino hacia la efectividad de los cuidados. *Index de Enfermería*, (44-45), 37–41. Recuperado a partir de <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloId=449716>
- Morales-Asencio, J. M., Gonzalo-Jiménez, E., Martín-Santos, F. J., Morilla-Herrera, J. C., Celdráan-Mañas, M., Carrasco, A. M., Toral-López, I. (2008). Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *BMC health services research*, 8(1), 193. Recuperado a partir de <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/193/>
- Morales Asencio, J. M. (2010). El liderazgo de la atención a personas con enfermedades crónicas complejas. *RIDEC*, 3(2), 97–105.
- Moral, J. M. L. (2008). Gestión de casos: aproximación teórica. *Revista ROL de enfermería*, 31(4), 19–24. Recuperado a partir de:  
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2576560>
- Morán Aguilar, V., & Mendoza Robles, A. L. (2006). *Proceso de Enfermería. Modelo sobre interacción terapéutica y uso de los lenguajes NANDA, CIE y CRE*. 2a ed. México: Editorial Trillas.
- Moreno, Á. B., Garrido, R. U., & Vasallo, I. J. T. (2013). Evolución de la prestación real media en España por edad y sexo (1998-2008) y su repercusión en las proyecciones de gasto sanitario público. *Gaceta Sanitaria*, 27(3), 220–225. Recuperado a partir de:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911112002701>
- Munding, M. O., & Jauron, G. D. (1975). Developing a nursing diagnosis. *Nursing outlook*, 23(2), 94. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1038012>
- N. A. N. D.A. (2008). *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2005-2006*. Elsevier. Recuperado a partir de:  
<http://www.sidalc.net/cgi-bin/wxis.exe/?IsisScript=AGRIUAN.xis&method=post&formato=2&cantidad=1&expresion=mfn=030297>
- Navarrete-Navarro, P., Hart, W. M., Lopez-Bastida, J., & Christensen, M. C. (2007). The societal costs of intracerebral hemorrhage in Spain. *European journal of neurology*, 14(5), 556–562. Recuperado a partir de:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-1331.2007.01756.x/full>

- Oliva, J., Osuna, R., Jorgensen, N., & Jiménez, S. (2008). Una estimación de los costes de los cuidados informales en España. Sergi Jiménez (coordinador) Aspectos económicos de la dependencia y el cuidado informal en España. Madrid.
- Oliveira, A. R. de S., Costa, A. G. de S., Morais, H. C. C., Cavalcante, T. F., Lopes, M. V. de O., & Araujo, T. L. de. (2015). Clinical factors predicting risk for aspiration and respiratory aspiration among patients with Stroke. *Revista latino-americana de enfermagem*, (AHEAD), 00–00. Recuperado a partir de: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104\\_11692015005072545&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104_11692015005072545&script=sci_arttext&tlng=es)
- Ollero Baturone, M., Álvarez Tello, M., Barón Franco, B., Bernabéu Wittel, M., Codina Lanasa, A., Fernández Moyano, A., ... Romero Alonso, A., others. (2002). Atención al paciente pluripatológico: proceso asistencial integrado. Recuperado a partir de: <http://www.repositoriosalud.es/handle/10668/576>
- Ollero, M., Orozco, D., Domingo, C., Román, P., López Soto, A., & Melguizo, M., others. (2011). Documento de Consenso Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas. Sevilla: Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC).
- Olmo, J. A., Román, P., León, M. L., Mena, P., Ignatowitz, U., Fuentes, M., ... Canteras, M. (2014). Riesgo de fractura osteoporótica mayor y de cadera en pacientes con accidente cerebrovascular en fase aguda: estudio prospectivo multicéntrico. *Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral*, 6(2), 40–45. Recuperado a partir de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1889836X2014000200003&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1889836X2014000200003&script=sci_arttext)
- Olvera-Arreola, S. S., Hernández-Cantoral, A., Arroyo-Lucas, S., Nava-Galán, M. G., Zapien-Vázquez, M., Pérez-López, M. T., & Cárdenas-Sánchez, P. A. (2013). Factores relacionados con la presencia de caídas en pacientes hospitalizados. *Rev Invest Clin*, 65(1), 88–93. Recuperado a partir de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2013/nn131j.pdf>
- OMS (2000) Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. 53ª asamblea mundial de la salud A53/14 Punto 12.11 del orden del día 22 de marzo de 2000. Recuperado a partir de: [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/EB105/se42.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB105/se42.pdf)
- OMS (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud «CIF». OMS Recuperado a partir de: [http://conadis.gob.mx/doc/CIF\\_OMS.pdf](http://conadis.gob.mx/doc/CIF_OMS.pdf)
- OMS (2004) Seguridad del paciente. OMS. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/patientsafety/es/>
- OMS (2005) Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report. World Health Organization 2005 Recuperado a partir de: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/contents/foreword.pdf?ua=1](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/foreword.pdf?ua=1)
- OMS (2007) Organización Mundial de la Salud. Previsiones de cambio en la población. Recuperado a partir de: <http://who.int/home-pare/index.es.shtml>

- OMS (2009). Organización Mundial de la Salud. Más que palabras: Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Informe Técnico Definitivo. Recuperado a partir de:  
[http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)
- OMS (2011) Organización Mundial de la Salud. Health topics: chronic diseases. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/chp/topics/en/>
- OMS (2013). Organización Mundial de la Salud .Estadísticas Sanitarias Mundiales. Recuperado a partir de:  
[http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/es/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/es/)
- OMSa (2014). Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales Recuperado a partir de  
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/OMS-Estadisticas-Sanitarias-Mundiales-espanol2014-07-2014.pdf>
- OMSb (2014) Discapacidad y salud. Nota descriptiva N°352 Diciembre de 2014. Recuperado a partir de: [http://conadis.gob.mx/doc/CIF\\_OMS.pdf](http://conadis.gob.mx/doc/CIF_OMS.pdf)
- OMS (2015) Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. OMS Recuperado a partir de: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/186466>
- Ortega, C. M., & Marín, R. G. (2015). Envejecimiento de la población en la Región de Murcia: causas y consecuencias. Papeles de Geografía, 0(61). Recuperado a partir de:  
<http://revistas.um.es/geografia/article/view/213901>
- Otero, Á., Zunzunegui, M. V., Rodríguez-Laso, Á., Aguilar, M. D., & Lázaro, P. (2004). Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española. Revista española de salud pública, 78(2), 201–213. Recuperado a partir de:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113557272004000200007&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113557272004000200007&script=sci_arttext)
- Parapar, C., Rey, J., Fernández, J., & Ruiz, M. (2010). Informe sobre envejecimiento. Fundación General CSIC noviembre.
- Pérez, F. P., Martínez, C. E. M., Barrio, M. J. L., López, T. M., & Marín, D. S. (2015). El ictus en las mujeres: perspectiva de género en el ictus cardioembólico secundario a fibrilación auricular. ENE, Revista de Enfermería, 9(2). Recuperado a partir de:  
<https://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/497>
- Pérez Hernández, R. M., Gala Fernández, B., López Alonso, S. R., Reina Jiménez, M., Rodríguez Gómez, S., & Lacida Baro, M. (2007). CUIDARTE: una estrategia para los cuidados en la Andalucía del siglo XXI. Recuperado a partir de:  
<http://www.repositoriosalud.es/handle/10668/1642>
- Pérez Hernández, R. M., López Alonso, S. R., Lacida Baro, M., & Rodríguez Gómez, S. (2006). La Enfermera Comunitaria de Enlace en el Servicio Andaluz de Salud. Enferm Comun 2005; 1 (1).

- Perneger, T. (2008). The Council of Europe recommendation Rec (2006) 7 on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(5), 305–307. Recuperado a partir de: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/20/5/305.short>
- Peterson, M. J., Gravenstein, N., Schwab, W. K., van Oostrom, J. H., & Caruso, L. J. (2013). Patient repositioning and pressure ulcer risk—monitoring interface pressures of at-risk patients. *J Rehabil Res Dev*, 50(4), 477–88. Recuperado a partir de: <http://www.rehab.research.va.gov/jour/2013/504/page477.html>
- Petrea, R. E., Beiser, A. S., Seshadri, S., Kelly-Hayes, M., Kase, C. S., & Wolf, P. A. (2009). Gender differences in stroke incidence and poststroke disability in the Framingham heart study. *Stroke*, 40(4), 1032–1037. Recuperado a partir de: <http://stroke.ahajournals.org/content/40/4/1032.short>
- Posada, F. G., & Torres-Pérez L. (2009). The Case Management Model. Do We Need a Change to Normalize its Practice in Andalusian Hospitals? Recuperado a partir de: [http://tempusvitalis.es/TV\\_files/2009vol9num1/1gestion91.pdf](http://tempusvitalis.es/TV_files/2009vol9num1/1gestion91.pdf)
- Powell, S. K., & Wekell, P. M. (1996). *Nursing case management: A practical guide to success in managed care*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Prieto, C. V., others. (2010). Estimación de la dependencia en España a partir de la EDAD 2008. *Hacienda Pública Española*, 194(3), 125–175. Recuperado a partir de: <http://ideas.repec.org/a/hpe/journal/y2010v194i3p125-175.html>
- Quesada, A. S., Espinosa, E. L., Verdecia, N. G., & Valdés, M. Á. S. (2015). Predictores clínicos de neumonía intrahospitalaria asociada al ictus isquémico agudo. *Revista Finlay*, 5(2), 100–107. Recuperado a partir de: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/359>
- Ramírez, O. J. G., Gámez, A. S., Gutiérrez, A. A., Salamanca, J. G., Vega, A. G., & Galeano, É. M. (2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente A current description of the patient safety culture Uma olhada atual da cultura da segurança do paciente. *Avances en Enfermería*, 29(2). Recuperado a partir de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n2/v29n2a15.pdf>
- Reino, A. P., & Seijo, M. P. (2008). La Importancia de la Medicina Interna en la asistencia al anciano, necesidad de creación de unidades específicas. En *La Medicina Interna como modelo de práctica clínica: XXV Aniversario Sociedade Galega de Medicina Interna* (pp. 247–252). Recuperado a partir de: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4242382.pdf>
- Resolución de 25 de julio de 2003, de la Dirección General de Organización de Procesos y Formación, por la que se designa a la Fundación Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía como entidad certificadora del Sistema de Acreditación, para el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Boletín número 153 de 11/08/2003 Recuperado a partir de: <http://www.juntadeandalucia.es/boja/2003/153/7>
- Rico-Blázquez, M., Gómez, S. S., & Gallego, C. F. (2014). El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos. *Enfermería Clínica*, 24(1),

- 44–50. Recuperado a partir de:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862113001691>
- Rimbau i Andreu, C. (2009). La gestión de caso: aproximaciones y experiencias en España. *Políticas Sociales en Europa*, (25-26), 177–192. Recuperado a partir de:  
<http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloId=806338>
- Robles, E. M. V. (2002). Proceso de atención de enfermería en la enfermedad vascular cerebral isquémica. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 10(1), 33–37. Recuperado a partir de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2002/en021e.pdf>
- Rodríguez, S. L. (2004). El lenguaje común enfermero y la normalización de la práctica: un camino hacia la excelencia profesional enfermera. *Excel Enf.*
- Roquer, J., Campello, A. R., & Gomis, M. (2003). Sex differences in first-ever acute stroke. *Stroke*, 34(7), 1581–1585. Recuperado a partir de:  
<http://stroke.ahajournals.org/content/34/7/1581.short>
- Rosen, R., & Ham, C. (2008). *Integrated care: lessons from evidence and experience*. London: Nuffield Trust.
- Rossnagel, K., Nolte, C. H., Muller-Nordhorn, J., Jungehulsing, G. J., Selim, D., Bruggenjurgen, B., Willich, S. N. (2005). Medical resource use and costs of health care after acute stroke in Germany. *European journal of neurology*, 12(11), 862–868. Recuperado a partir de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-1331.2005.01091.x/full>
- Rubin, G., George, A., Chinn, D. J., & Richardson, C. (2003). Errors in general practice: development of an error classification and pilot study of a method for detecting errors. *Quality and Safety in Health Care*, 12(6), 443–447. Recuperado a partir de:  
<http://qualitysafety.bmj.com/content/12/6/443.short>
- Ruiz-Ares, G., Martínez-Sánchez, P., & Fuentes, B. (2015). Enfermedades cerebrovasculares. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(71), 4221–4229. Recuperado a partir de:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541215300019>
- Sachdev, P. S., Brodaty, H., Valenzuela, M. J., Lorentz, L., Looi, J. C. L., Wen, W., & Zagami, A. S. (2004). The neuropsychological profile of vascular cognitive impairment in stroke and TIA patients. *Neurology*, 62(6), 912–919. Recuperado a partir de:  
<http://www.neurology.org/content/62/6/912.short>
- Sammer, C., & James, B. (2011). Patient safety culture: The nursing unit leader's role. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(3). Recuperado a partir de:  
<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-16-2011/No3-Sept-2011/Patient-Safety-Culture-and-Nursing-Unit-Leader.aspx>

- Sampedro, M. A. Z., Varela, L. C., & Caro, R. T. (2015). Lesiones por humedad. Revisión de conocimientos. *Enfermería Global*, 14(2), 325–334. Recuperado a partir de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/192431>
- San Miguel, J. A. H. (2002). La financiación de las pensiones en un contexto de envejecimiento de la población: el ejemplo español. *El Campo de las ciencias y las artes*, (139), 217–236. Recuperado a partir de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=293149>
- Sánchez, A. S. (2007). La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales*, (42), 7–17. Recuperado a partir de: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2535954.pdf>
- Sánchez García, V. (2009). Estrategia en Ictus del sistema nacional de salud. *Polibea*, (92), 27–32. Recuperado a partir de: <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloId=738363>
- Sánchez-Martín, C. I. (2014a). Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. Enfermería Clínica*, 24(1), 79–89. Recuperado a partir de: <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.007>
- Sánchez-Martín, C. I. (2014b). Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. Enfermería Clínica*, 24(1), 79–89. <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.007>
- Sandra Bernick. (2014). Coste económico de las enfermedades cardiovasculares desde 2014 a 2020 en seis países europeos Trabajo de investigación preparado para AstraZeneca Agosto de 2014 - Buscar con Google. Recuperado 14 de junio de 2015, a partir de <https://www.google.es/search?q=Coste+econ%C3%B3mico+de+las+enfermedades+cardiovasculares+desde+2014+a+2020+en+seis+pa%C3%ADses+europeos+Trabajo+de+investigaci%C3%B3n+preparado+para+AstraZeneca+Agosto+de+2014&hl=es&>
- Sangl, J., Saliba, D., Gifford, D. R., & Hittle, D. F. (2005). Challenges in measuring nursing home and home health quality: lessons from the First National Healthcare Quality Report. *Medical care*, 43(3), I–24. Recuperado a partir de: [http://journals.lww.com/lww\\_medicalcare/Abstract/2005/03001/Challenges\\_in\\_Measuring\\_Nursing\\_Home\\_and\\_Home.5.aspx](http://journals.lww.com/lww_medicalcare/Abstract/2005/03001/Challenges_in_Measuring_Nursing_Home_and_Home.5.aspx)
- Santos, M., Javier, F., Asencio, M., & Miguel, J. (2003). Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía. *Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía*. Recuperado a partir de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0228.pdf>
- Sarabia, A. (2011). La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional. Recuperado a partir de: <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/2830>
- SAS (2004) Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía. Comisión para el Desarrollo de la Atención Enfermera en el Servicio Andaluz de Salud. Dirección

- General de Asistencia Sanitaria. Subdirección de Gestión Sanitaria. Coordinación Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. Recuperado a partir de: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/Estrat\\_MejoraAtDomiciliaria.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/Estrat_MejoraAtDomiciliaria.pdf)
- SAS(2006) Modelo de Gestión por Competencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Consejería de Salud. Recuperado a partir de: [http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p\\_5\\_p\\_2\\_organizacion\\_de\\_la\\_investigacion/modelo\\_gestion/modelo\\_de\\_gestion.pdf](http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_5_p_2_organizacion_de_la_investigacion/modelo_gestion/modelo_de_gestion.pdf)
- SAS. (2012). Conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria. Sevilla: Consejería de Salud y Bienestar Social. Recuperado a partir de: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=profesionales\\_cmbd\\_indicadoresCMBD](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=profesionales_cmbd_indicadoresCMBD)
- SAS. (2012). Resultados y Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. . Escuela Andaluza de Salud Pública - Servicio Andaluz de Salud - Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Recuperado a partir de: <http://www.calidadsaludandalucia.es/es/index.html>
- SAS (2013) Boletín de noticias Recuperado a partir de: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/noticia.asp?codcontenido=19173>
- SAS. (2014) Información básica SAS.2MIL14. Consejería de Salud. Recuperado a partir de: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/626/pdf/SAS\\_MEMO\\_14.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/626/pdf/SAS_MEMO_14.pdf)
- Schiøler, T., Lipczak, H., Pedersen, B. L., Mogensen, T. S., Bech, K. B., Stockmarr, A., ... Frølich, A. (2001). [Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records]. *Ugeskrift for læger*, 163(39), 5370–5378. Recuperado a partir de: <http://europepmc.org/abstract/med/11590953>
- Schober, M., & Affara, F. (2009). *International Council of Nurses: advanced nursing practice*. John Wiley & Sons. Recuperado a partir de: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=V2Ec5wd9kLkC&oi=fnd&pg=PR9&dq=international+Nursing+Council+\(INC\)+\(2005\)+Nurse+practitioner/advanced+practice+network.+Definition+and+characteristics+of+the+role.+Draft+6+%26&ots=K83WSMX3nL&sig=uCMLzZleetgWs1ZakoZkLorp\\_bc](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=V2Ec5wd9kLkC&oi=fnd&pg=PR9&dq=international+Nursing+Council+(INC)+(2005)+Nurse+practitioner/advanced+practice+network.+Definition+and+characteristics+of+the+role.+Draft+6+%26&ots=K83WSMX3nL&sig=uCMLzZleetgWs1ZakoZkLorp_bc)
- Sears, N. A. (2008). Harm from home care: A patient safety study examining adverse events in home care. Recuperado a partir de: <http://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/11258>
- Sears, N., Baker, G. R., Barnsley, J., & Shortt, S. (2013). The incidence of adverse events among home care patients. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(1), 16-28. <http://doi.org/10.1093/intqhc/mzs075>
- SEN (2015) Sociedad Española de Neurología (SEN). Noticias Acerca del Ictus en la red. Recuperado a partir de: <http://www.sen.es/profesional/grupos-estudio>

- Seva Llor, A. M. (2012, febrero 7). El informe de cuidados de enfermería al alta : análisis situacional en la Región de Murcia [info:eu-repo/semantics/doctoralThesis]. Recuperado a partir de: <http://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/26402>
- Shaughnessy, P. W., Hittle, D. F., Crisler, K. S., Powell, M. C., Richard, A. A., Kramer, A. M., ... Beaudry, J. M., others. (2002). Improving Patient Outcomes of Home Health Care: Findings from Two Demonstration Trials of Outcome-Based Quality Improvement. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(8), 1354–1364. Recuperado a partir de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1532-5415.2002.50356.x/full>
- Sheer, B., & Wong, F. K. Y. (2008). The development of advanced nursing practice globally. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(3), 204–211. Recuperado a partir de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2008.00242.x/full>
- Simó Miñana, J. (2012). El gasto sanitario en España, 2002-2008: ¿empieza el rescate presupuestario de la atención primaria? *Atención Primaria*, 44(1), 20-29. <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.01.005>
- Smithard, D. G., O'Neill, P. A., Park, C., Morris, J., Wyatt, R., England, R., & Martin, D. F. (1996). Complications and Outcome After Acute Stroke: Does Dysphagia Matter? *Stroke*, 27(7), 1200-1204. <http://doi.org/10.1161/01.STR.27.7.1200>
- Snoddon, J. (2010). *Case Management of Long-term Conditions: Principles and Practice for Nurses*. John Wiley & Sons. Recuperado a partir de: [http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=otKucuehTlsC&oi=fnd&pg=PP2&dq=Case+Management+of+Long+Term+Conditions+Principles+and+Practice+for+Nurses&ots=prbcmYc04K&sig=OPYD\\_YHhBS2XYKYBDNU3oF9VOYE](http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=otKucuehTlsC&oi=fnd&pg=PP2&dq=Case+Management+of+Long+Term+Conditions+Principles+and+Practice+for+Nurses&ots=prbcmYc04K&sig=OPYD_YHhBS2XYKYBDNU3oF9VOYE)
- Solinís, R. N. (2007). Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. *Revista de administración sanitaria siglo XXI*, 5(2), 283–292. Recuperado a partir de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2324862>
- Soto Vidal, C., others. (2013). Percepción de la calidad de vida en pacientes que han sufrido ictus. Recuperado a partir de: <http://dspace.uah.es/dspace/handle/10017/18801>
- Studdert, D. M., Thomas, E. J., Burstin, H. R., Zbar, B. I., Orav, E. J., & Brennan, T. A. (2000). Negligent care and malpractice claiming behavior in Utah and Colorado. *Medical care*, 38(3), 250–260. Recuperado a partir de: [http://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/2000/03000/Negligent\\_Care\\_and\\_Malpractice\\_Claiming\\_Behavior.2.aspx](http://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/2000/03000/Negligent_Care_and_Malpractice_Claiming_Behavior.2.aspx)
- Suárez Quesada, A., Quesada, A. S., Espinosa, E. L., Verdecia, N. G., & Valdés, M. Á. S. (2015). Predictores clínicos de neumonía intrahospitalaria asociada al ictus isquémico agudo. *Revista Finlay*, 5(2), 100-107. Recuperado a partir de: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/359>
- Tafreshi, G. M., Raman, R., Ernstom, K., Meyer, B. C., & Hemmen, T. M. (2010). Gender Differences in Acute Stroke Treatment The University of California San Diego Experience. *Stroke*, 41(8), 1755–1757.

- Teasell, R., McRae, M., Foley, N., & Bhardwaj, A. (2002). The incidence and consequences of falls in stroke patients during inpatient rehabilitation: factors associated with high risk. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83(3), 329-333.
- Teasell, R. W., Foley, N. C., Bhogal, S. K., & Speechley, M. R. (2003). An evidence-based review of stroke rehabilitation. *Topics in stroke Rehabilitation*, 10(1), 29-58. Recuperado a partir de: <http://www.maneyonline.com/doi/abs/10.1310/8YNA-1YHK-YMHB-XTE1>
- Teixidor, M. (2005). La reforma de los procesos asistenciales y los nuevos roles profesionales: importancia de la gestión de casos en los enfermos de Alzheimer. *El Alzheimer: un reto para la Enfermería*. Barcelona: Fundación La Caixa, 63-86.
- Terol, E., & Agra, Y. (2008). Estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud. *Medicina Clínica*, 131, 1-3.
- Thomas, L. H., Watkins, C. L., French, B., Sutton, C., Forshaw, D., Cheater, F., ... McColl, E., others. (2011). The ICONS Project Team and the ICONS Patient, Public and Carer Involvement Groups: Study protocol: ICONS: Identifying continence options after stroke: a randomised trial. *Trials*, 12(131), 6215-12.
- Thom, T., Haase, N., Rosamond, W., Howard, V. J., Rumsfeld, J., Manolio, T., ... Kittner, S., others. (2006). Heart disease and stroke statistics—2006 update a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*, 113(6), e85-e151. Recuperado a partir de: <http://circ.ahajournals.org/content/113/6/e85.extract>
- Tizón Bou, E., & Marcos Espino, M. P. (2014). Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o con riesgo de padecerlas: Generalitat Valenciana, 2013. *Gerokomos*, 25(1), 53-54. Recuperado a partir de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134928X2014000100013&script=sci\\_arttext&tlng=enandothers](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134928X2014000100013&script=sci_arttext&tlng=enandothers)
- T O'Brien, J., Erkinjuntti, T., Reisberg, B., Roman, G., Sawada, T., Pantoni, L., ... Gorelick, P. B., others. (2003). Vascular cognitive impairment. *The Lancet Neurology*, 2(2), 89-98. Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1474442203003053>
- Tourangeau, A. E., Doran, D. M., Hall, L. M., O'Brien Pallas, L., Pringle, D., Tu, J. V., & Cranley, L. A. (2007). Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. *Journal of advanced nursing*, 57(1), 32-44. Recuperado a partir de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.04084.x/pdf>
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients The Gugging Swallowing Screen. *Stroke*, 38(11), 2948-2952. Recuperado a partir de: <http://stroke.ahajournals.org/content/38/11/2948.short>
- Triadó, C. (2013). Envejecer en España y en Europa. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, (41), 110-126. Recuperado a partir de:

- <http://www.redadultosmayores.com.ar/Material%202013/Nacionales%20España/2%20Envejecer%20en%20España%20y%20Europa.pdf>
- Tyson, S. F., Hanley, M., Chillala, J., Selley, A., & Tallis, R. C. (2006). Balance disability after stroke. *Physical therapy*, 86(1), 30–38. Recuperado a partir de: <http://ptjournal.apta.org/content/86/1/30.short>
- United Nations. Population Division. (2002.). The 2002 revision. World Population Division. Recuperado a partir de: [http://www.achc.org.co/hospital360/contextos/demografico/Envejecimiento/Enviejecimiento\\_de\\_la\\_poblacion\\_mundial.pdf](http://www.achc.org.co/hospital360/contextos/demografico/Envejecimiento/Enviejecimiento_de_la_poblacion_mundial.pdf)
- United Nations. (2009). World Population Ageing 2009. Recuperado a partir de: United Nations. Department of Economic and Social Affairs: [http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009\\_WorkingPaper.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009_WorkingPaper.pdf)
- United Nations. (2014). La situación demográfica en el mundo 2014 Informe conciso- United Nations Recuperado a partir de: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf>
- United Nations. (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). Recuperado a partir de: <http://esa.un.org/unpd/wpp/>
- Valverde Jiménez, M. R., & Corominas, H. (2012). Modelo de gestión de casos e investigación. *Enfermería Global*, 11(26), 246–250. Recuperado a partir de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412012000200016&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412012000200016&script=sci_arttext)
- Varona, J. F., Guerra, J. M., & Bermejo, F. (2004). Ictus en el adulto joven. *Medicina clínica*, 122(2), 70–74. Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775304741457>
- Vasco, G. (2010). Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Bilbao: Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco.
- Vincent, C. A. (2002). Patient safety: what about the patient? *Quality and Safety in Health Care*, 11(1), 76-80. Recuperado a partir de: <http://doi.org/10.1136/qhc.11.1.76>
- Woods, D., Thomas, E., Holl, J., Altman, S., & Brennan, T. (2005). Adverse events and preventable adverse events in children. *Pediatrics*, 115(1), 155–160. Recuperado a partir de: <http://pediatrics.aappublications.org/content/115/1/155.short>
- Wolfe, C. (2000). The impact of stroke. *British Medical Bulletin*, 56(2):275-286.
- Zaidi A. (2012). Population aging and financial and social sustainability challenges of pension systems in Europe : a cross-national perspective. The future of multi-pillar pensions. Cambridge University Press , 17-45.

- Zhang, H., Thijs, L., & Staessen, J. A. (2006). Blood pressure lowering for primary and secondary prevention of stroke. *Hypertension*, 48(2), 187–195. Recuperado a partir de: <http://hyper.ahajournals.org/content/48/2/187.short>
- Ziguras, S. J., & Stuart, G. W. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric services*, 51(11), 1410–1421. Recuperado a partir de <http://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.51.11.1410>



## 15. ANEXOS



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

**Nombre**

**Fecha**

**Unidad/Centro**

**Nº Historia**

#### 4.1 AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA – INDICE DE BARTHEL –

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con 10 ítems tipo likert. El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20.

##### – Índice de Barthel –

##### Comer

10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	necesita ser alimentado por otra persona

##### Lavarse – bañarse –

5	Independiente	capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	necesita alguna ayuda o supervisión

##### Vestirse

10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda)
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	

##### Arreglarse

5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda

##### Deposición

10	Continente	ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	incluye administración de enemas o supositorios por otro

##### Micción - valorar la situación en la semana previa –

10	Continente	ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

### Ir al retrete

10	Independiente	entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda ( puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	incapaz de manejarse sin asistencia mayor

### Trasladarse sillón / cama

15	Independiente.	sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoyo pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

### Deambulaci3n

15	Independiente	puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela sólo
10	Necesita ayuda	supervisi3n o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente en silla de ruedas	en 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

### Subir y bajar escaleras

10	Independiente	capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bast3n, muletas, etc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	supervisi3n física o verbal
0	Dependiente	incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)



**Puntuaci3n Total**

Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretaci3n son:

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia



DON CIPRIANO VIÑAS VERA, DIRECTOR DE ENFERMERIA Y ATENCION CIUDADANA DE LOS HOSPITALES REGIONAL Y VIRGEN DE LA VICTORIA DE MALAGA.

AUTORIZA : a Dña. M<sup>a</sup> Victoria Requena Toro, con DNI 24.872.205 M a la utilización de datos clínicos recogidos en la base de datos de las Enfermeras Gestoras de Casos, para un proyecto de investigación enmarcado en la tesis doctoral "Prevalencia de diagnósticos enfermeros de riesgo en pacientes diagnosticados de ICTUS e incluidos en el programa de Gestión de Casos en el momento de su alta hospitalaria"

Y para que surta los efectos oportunos, a petición de la interesada, se autoriza en Málaga a diecinueve de Octubre de dos mil quince.



Málaga a, 26 de agosto de 2014

En relación a su solicitud presentada para la realización del Proyecto de Investigación de la Tesis Doctoral, cuyo título es "PREVALENCIA DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DE RIESGO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ICTUS E INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE CASOS EN EL MOMENTO DE SU ALTA HOSPITALARIA", le comunico que dicho proyecto tiene el VºBº para su realización, utilizando los datos clínicos pertinentes, recogidos en la base de datos de las enfermeras gestoras de casos, según la Normativa vigente de LOPD 15/99.



DIRECTOR UGCI-NEUROCIENCIAS  
Oscar Fernández Fernández

A/A.: Dª Mª VICTORIA REQUENA TORO.- ENFERMERA GESTORA DE CASOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA