



Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2010 / 2014

TRABAJO FIN DE GRADO

TITULO: CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL ALTA HOSPITALARIA AL
PACIENTE QUE HA SUFRIDO ICTUS

Autor/a: ÁNGELA PEREZ CANO

Tutor LUIS MORENO AZNAR

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	3-4
2. INTRODUCCIÓN.....	5-9
3. OBJETIVOS.....	10
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	11
4.1 PALABRAS CLAVE.....	11
4.2 ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	11
4.3 POBLACIÓN DIANA.....	12
4.4 PERIODO DE APLICACIÓN.....	12
5. PLANIFICACIÓN.....	13
5.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	13
5.2 ANALISIS CAUSAL Y DESARROLLO DEL PROBLEMA.....	13-14
6. ACTUACIÓN.....	15-19
7. PRESUPUESTO.....	20
8. CRONOGRAMA.....	20
9. EVALUACIÓN.....	21
10. CONCLUSIONES.....	22
11. BIBLIOGRAFÍA.....	23-24
12. ANEXOS.....	29-30

1. RESUMEN:

Las enfermedades cerebrovasculares (ECV) son aquellas alteraciones transitorias o permanentes de una o varias zonas del encéfalo y llamamos ictus a su presentación como forma aguda. Afecta tanto a hombres como a mujeres, siendo en éstas la primera causa de muerte.

Son el resultado de estilos de vida y hábitos poco saludables, a los que se añaden factores no modificables como la edad o el sexo.

Representan la primera causa de incapacidad en occidente y es tal su magnitud que en nuestro país una persona sufre un ictus cada 6 minutos.

Esta situación se prevé que vaya en aumento ya que en España contamos con una población envejecida y la edad es uno de los principales factores riesgo.

El principal objetivo de este proyecto de mejora, es llevar a cabo una adecuada continuidad de cuidados cuando un paciente que ha sufrido un ictus es dado de alta hospitalaria, además se pretende crear o ampliar el vínculo entre la enfermera del hospital y la del centro de salud. Todo ello con un mismo fin, mejorar en lo posible la calidad de vida y autonomía del paciente.

El programa se compone de dos fases, una formativa y una de implantación del mismo, durante seis meses aplicando en una planta del hospital un nuevo método de valoración y comunicación con el centro de salud, una última sesión para la evaluación del programa y una encuesta por correo electrónico para completar la evaluación y analizar los resultados.

PALABRAS CLAVE: Ictus, incapacidad, secuelas, Continuidad de cuidados, valoración, alta hospitalaria.

ABSTRACT: Cerebrovascular diseases (CVD) are those transient or permanent changes in one or more areas of the brain and stroke call your presentation as acute. It affects both men and women, the latter being in the first cause of death.

They are the result of lifestyle and unhealthy habits, which are added not modifiable factors such as age or sex.

The leading cause of disability in the West and its magnitude is such that in our country a person suffers a stroke every 6 minutes.

This situation is expected to be increasing because in Spain we have an aging population and age is one of the main risk factors.

The main objective of this improvement project is to conduct a proper continuity of care when a patient has had a stroke is discharged from hospital also aims to create or expand the link between hospital nurse and center bless you. All with the same purpose, greatly improve the quality of life and patient autonomy.

The program consists of two phases, a training and implementation thereof, for six months by applying a floor of the hospital a new method of assessment and communication with the health center, a final session for program evaluation and survey by email to complete the assessment and analyze the results.

KEYWORDS: Stroke, disability, sequels, Continuity of care, assessment, discharge.

2. INTRODUCCIÓN:

La enfermedad cerebrovascular (ECV) son todas aquellas alteraciones transitorias o permanentes de una o varias áreas del encéfalo, secundarias a un trastorno vascular. (6) Su forma aguda, la conocemos como Ictus, que en latín significa "golpe" o "ataque" por su presentación brusca y violenta. La característica principal es la alteración del funcionamiento del encéfalo. (2)

El Instituto Nacional de Alteraciones Neurológicas e Ictus define ésta patología como: "súbita pérdida de función cerebral como consecuencia de una interferencia en el aporte sanguíneo al cerebro". (12)

Podemos clasificar el ictus según la naturaleza de la lesión. Pudiendo ser por una disminución importante del flujo sanguíneo que llamaremos isquémico, se produce con mayor frecuencia, sobre todo en hombres, o el ictus hemorrágico por la rotura de un vaso cerebral, que en la mujeres tiene una mayor tasa de mortalidad .(3)(1)

El ictus hemorrágico puede ser, subaracnoideo o intracerebral ya sea parenquimatosa o ventricular. (3)

Y el isquémico puede darse de manera focal, que producirá una AIT (ataque isquémico transitorio) o un infarto cerebral (aterotrombótico, lacunar...), o de manera global. (5) (ANEXO 1)

Su aparición es el resultado de estilos de vida y unos hábitos y situaciones personales que se caracterizan por ser poco saludables. Estos son los llamados factores de riesgo.

Se clasifican en modificables o no modificables, como es el caso de la edad, que se reconoce como uno de los factores de riesgo más importantes, en la que aumenta el riesgo de ictus a partir de los 60 años, o el sexo, en el que los hombres tienen una mayor tasa de incidencia que las mujeres, aunque las tasas de mortalidad sean mayores en el sexo femenino, también existen

diferencias según las razas, como ocurre en la raza negra, que tiene 2-3 veces más incidencia de ictus que la blanca, o la raza asiática que también tienen una elevada incidencia de ictus hipertensivo y una tasa relativa elevada de ictus hemorrágico. La historia personal y familiar, sobre todo materna y paterna relacionada con el ictus aumenta el riesgo de la persona, también existen una serie de causas genéticamente determinadas, que pueden causar ECV a lo largo de su evolución natural. (4)(12)

Los factores de riesgo modificables o según la OMS comportamentales son el consumo de tabaco, el sedentarismo, la dieta insana y el consumo de alcohol. Estos cuatro factores provocan alteraciones metabólicas o fisiológicas clave, como el aumento de la tensión arterial (TA), responsable del 13% de muertes a nivel mundial, la obesidad con el 5%, la hiperglucemia con el 6% de defunciones y la hiperlipidemia que tiene numerosos efectos perjudiciales.

El consumo de tabaco aumenta la incidencia de ictus hemorrágico, isquémico y de HSA en ambos sexos y en cualquier grupo de edad. Existe efecto dosis-respuesta, multiplicándose por 10 el riesgo si se superan los 20 cigarrillos diarios. También se reducirá el riesgo de ictus con el abandono de este hábito insano.

La diabetes mellitus confiere un riesgo de ictus mayor a mujeres que a hombres, sin embargo a diferencia de otros FR o enfermedades, no se ha podido demostrar que el control de la DM disminuya el riesgo de ictus.

El abuso del alcohol tiene un efecto directo dependiente de la dosis en el riesgo de ictus hemorrágico. Los que beben regular y excesivamente y los adultos-jóvenes con intoxicaciones etílicas, aumentan el riesgo de sufrir isquemia cerebral. Por otro lado existen estudios transversales que afirman que la ingesta de dos copas de vino diarias ejerce un efecto protector frente al ictus, y si aumentamos a cinco copas diarias potenciaremos el riesgo de ictus. (12)

Las Enfermedades cerebrovasculares (ECV) representan la primera causa de incapacidad, la segunda causa de muerte en occidente y la primera en las mujeres, siguiendo como primera causa las enfermedades isquémicas del corazón como el infarto o la angina de pecho y como tercera causa las siguen el cáncer de bronquios y pulmón. (5)(ANEXO 2)

Además según datos extraídos del estudio GBD 2010 (Carga Global de Enfermedades) realizado de 1990 a 2010, citado en la revista "The Lancet" observamos que las enfermedades cerebrovasculares se encuentran en segunda posición, y además de ello vemos que la carga que posee el ictus isquémico y hemorrágico dependiendo de la región estudiada, es mayor en los territorios de medios y bajos ingresos y menor en los de mayores ingresos.

En España según datos del INE su mortalidad aumentó en 2012 respecto al año anterior un 2,3%, y cabe destacar que tanto la primera como la tercera causa de muerte antes citadas descendieron. (1)

Es tal el impacto, que la Federación Española de Ictus informa de que cada 6 minutos una persona sufre un ictus en nuestro país, en Europa lo sufren 650.000 personas al año y 40.000 son Españoles. (10)

A lo largo de la historia el ictus ha estado más presente de lo que pensamos.

En la Antigüedad, como en la Edad Media los historiadores hacían uso del término "apoplejía" con bastante frecuencia para explicar la muerte de muchos personajes de la época, de los que se relata que sufrieron hemiplejias, afasias y diversos signos y síntomas que por entonces desconocían la causa y describen lo que hoy conocemos como ictus.(8)

En la actualidad el ictus es un problema de salud pública, que consideramos de primera magnitud por su mortalidad, impacto, secuelas y coste social y económico.

Es una enfermedad muy frecuente en la población de mayor edad, ésta situación se prevé que vaya en aumento, ya que nos encontramos con una población envejecida y ésta afección aumenta con la edad. La OMS estima que en el año 2050 la población mayor de 65 años representará el 46% del total, y casi la mitad podrían sufrir un ACV. (7)(11)

Por todo esto se refuerza la necesidad de prevención y detección precoz, además del manejo y control de los diferentes factores de riesgo que tienen un gran papel en la producción y evolución de la enfermedad. (12)

Todos en mayor o menor grado conocemos los signos y síntomas de una parada cardiaca, pero son menos conocidos los síntomas del ictus y dado el impacto que tiene en nuestra sociedad es necesario saber cuáles son y cómo acceder a una asistencia especializada en el menor tiempo posible, puesto que el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta que se confirma el diagnóstico es vital.

El "Código Ictus" es un procedimiento de actuación que permite la rápida identificación, priorización, notificación y traslado de los pacientes con ictus a los servicios de urgencias hospitalarias, con el fin de realizar una asistencia inmediata, minimizando la mortalidad y la aparición de las complicaciones y facilitando la aplicación del tratamiento de reperusión (fibrinólisis) en aquellos pacientes con ictus isquémico en los que esté indicado.(15) Es un sistema de notificación rápida y respuesta inmediata, que en España ha demostrado una reducción de los tiempos de demora para el inicio de terapias de reperusión y una mejor evolución clínica (12)

Para una activación precoz del "Código Ictus" es necesario el conocimiento de sus síntomas:

- Perdida brusca de fuerza de cara, brazo y/o pierna del lado afectado.
- Trastornos de sensibilidad, sensación de "acorchamiento u hormigueo" de inicio brusco de un lado del cuerpo, cara, brazo y/o pierna.
- Perdida de la visión parcial o total en uno o ambos ojos, de forma brusca.

-Alteración repentina del habla, dificultad para expresarse, cuesta articular y de entender a quien recibe el mensaje.

-Cefalea de inicio súbito, de intensidad inhabitual y sin causa aparente.

-Sensación de vértigo intenso, inestabilidad, desequilibrio o caídas bruscas inexplicadas, si se acompañan de cualquiera de los síntomas descritos con anterioridad (4)

Solicitaremos la asistencia llamando al 061 o bien en los servicios de urgencias hospitalarias, de esta manera se activará el código ictus, que se aplicará a personas con unos requisitos concretos.

UNIDAD DE ICTUS

Son unidades de hospitalización específica, acondicionada para el cuidado de los pacientes que han sufrido Ictus agudo y sus complicaciones. Cuentan con personal especializado y experimentado en la materia y servicios diagnósticos con disponibilidad permanente, ofrecen rehabilitación multidisciplinaria y coordinada. Permiten una reducción de la mortalidad y una mejor recuperación funcional. (15)

3. OBJETIVOS

Desarrollar un plan de mejora en la continuidad de cuidados al alta hospitalaria, para el paciente que ha sufrido ictus.

-OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE MEJORA

1. Crear un vínculo entre la enfermera de atención primaria y la enfermera de hospitalización.
2. Valorar si el programa de mejora de continuidad de cuidados al alta hospitalaria del paciente que ha sufrido ictus tiene un efecto positivo en la calidad de vida y en la autonomía de la persona afectada por la patología y de la familia y entorno social que la rodea.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Para realizar el estudio, he realizado una búsqueda bibliográfica utilizando como estrategia de búsqueda bases de datos como pubmed, sciencedirect, cuiden, páginas web como la de la SEN o Sociedad Española de Neurología...

AUTOR Y TITULO	RESUMEN	CONCLUSION
Partezani.R, Marques.S, Transition of care for the elderly after cerebrovascular accidents - from hospital to the home	Evolución del paciente que sufrido ACV en su transición a la independencia desde el hospital al domicilio y las dificultades y retos que surgen en las familias y la implicación que tienen en el proceso.	Los profesionales de salud son los responsables de la creación de modelos de atención para pacientes que han sufrido ACV.
Cruzado. C, Bru. A, Gonzalez. R, Valoración del informe de continuidad de cuidados por enfermeras de atención primaria	Valora la eficacia y necesidad de aplicar un informe de continuidad de cuidados (ICC) concreto además de su cumplimiento a la hora de realizarlo.	ICC considerado herramienta útil para garantizar la continuidad de cuidados y mejorar los canales comunicacionales.
González A. Programas de continuidad de cuidados: éxitos, fracasos y retos futuros(18)	Modelos de continuidad de cuidados en salud mental, su origen, desarrollo y las diferencias que hay entre varios modelos.	Está de acuerdo en la necesidad de utilizar modelos de valoración de continuidad de cuidados

PALABRAS CLAVE: Ictus, incapacidad, secuelas, Continuidad de cuidados, valoración, alta hospitalaria.

AMBITO DE APLICACIÓN

Éste proyecto de mejora lo ponemos en marcha desde la planta de Medicina Interna del Hospital Nuestra Señora de Gracia (H.N.S.G), lo realizará el personal de enfermería a pacientes que han sufrido un ictus, junto con el centro de salud Actur Norte que atiendan también a los mismos pacientes, todo el personal de enfermería, excluyendo a los profesionales que no se centren en el cuidado del adulto, como es el caso del área pediátrica.

POBLACIÓN DIANA

-Enfermeras de la planta de Medicina Interna del H.N.S.G y enfermeras del centro de salud Actur Norte.

- Pacientes que ingresen en la unidad de Medicina interna del H.N.S.G , que su motivo de ingreso sea Ictus o ACV y pertenezcan al centro de salud Actur Norte.

PERIODO DE APLICACIÓN

El proyecto se pondrá en marcha desde Septiembre de 2013 a Febrero de 2014.

5. PLANIFICACIÓN

5.1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Se define continuidad de cuidados como un continuum integrado por tres elementos esenciales que se disponen de forma jerárquica: Las personas (pacientes y cuidadores), la intervención (recursos de manejo de salud, intervenciones cuidadoras...) y el entorno (hospitales, unidades, centros de salud, domicilios, residencias...).

Ésta continuidad se rompe en el momento que se antepone el entorno a las personas o a la intervención. Cuando una unidad, centro, departamento, o cualquier otro enclave asistencial, desestima otras prioridades (por omisión, duplicidad o por contradicción), incidiendo ésta circunstancia de forma negativa y directa sobre los pacientes y cuidadores.

En este aspecto hay patologías como el ictus, que hacen más vulnerables a sufrir los efectos de la discontinuidad de cuidados.

5.2 ANALISIS CAUSAL Y DESARROLLO DEL PROBLEMA

El problema se encuentra es la interrupción o baja calidad de los cuidados en la transición hospital – domicilio o institución del paciente, donde pasa a realizar los cuidados necesarios la enfermera de atención primaria. Ésta última carece de información del proceso evolutivo de la enfermedad durante la estancia en el hospital, ya que no en todos se realiza un informe un poco más extenso que el de alta que se entrega actualmente, tampoco habla de los niveles alcanzados de recuperación y la relación con la situación basal previa, cambios y secuelas que se han producido en el paciente. Ésto va a afectar a la integridad del cuidado. Sería de ayuda la implicación del hospital en el progreso clínico y rehabilitador, reevaluando tanto a pacientes como a cuidadores y junto a la enfermera de Atención Primaria proponer modificaciones en el plan de cuidados.

Además según la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud en el capítulo 1, artículo 13, la atención especializada comprende el apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz, y en su caso, la hospitalización a domicilio.

La mayoría de estas personas son atendidas y cuidadas en sus hogares por su familia o cuidadores, los cuales tienen dificultades para adaptarse a la nueva situación y pueden experimentar episodios de estrés, ansiedad o depresión. Hay que proporcionarles un apoyo continuado. (16), (17)

Es un proceso desde la dependencia a la independencia, que se debe iniciar desde la fase aguda, seguida de la fase rehabilitadora y de la de cuidados continuados. (12) (ANEXO 3)

6. ACTUACIÓN

Para todo ello proponemos un plan de mejora al alta hospitalaria para aquellos pacientes que han sufrido un ictus. Lo dividimos en dos fases: Fase de Formación, que consta de tres sesiones, dos iniciales y una final. La otra fase es la de implementación del programa.

-FORMACIÓN A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE MEDICINA INTERNA DEL H.N.S.G Y CENTRO DE SALUD ACTUR NORTE:

Dirigidas a las enfermeras de la planta que vayan a realizar las valoraciones y a las del centro de salud que vayan a recibir esos informes. Con una duración de dos horas, serán en el salón Madre Rafols del H.N.S.G, y el material que precisaremos será ordenador, proyector y las 2000 copias de las hojas de valoración de continuidad de cuidados que se utilizarán en la otra fase.

-CONTENIDOS DE LA PRIMERA SESIÓN:

- a) Presentación de los miembros del grupo
- b) Introducción sobre continuidad de cuidados y su necesidad en pacientes que han sufrido ictus, por medio de power point.
- c) Importancia que tiene una buena comunicación entre enfermería para asegurar unos cuidados de calidad y una correcta continuidad de cuidados para el paciente y su familia.

-CONTENIDOS DE LA SEGUNDA SESIÓN:

a) Presentación del programa para mejorar la continuidad de cuidados del paciente que ha sufrido ictus. Información de la duración del programa, que será de seis meses desde el próximo mes de septiembre.

b) Demostración de hoja de continuidad de cuidados que proponemos llevar a cabo y ejemplo de cómo y cuándo aplicarla en el hospital y como trabajar con ella en el centro de salud.

c) Entrega de hojas valoración de continuidad de cuidados para la planta del hospital. Dudas y preguntas.

-CONTENIDOS DE LA TERCERA SESIÓN:

Dirigida a todas las enfermeras que han colaborado, las del hospital y las del centro de salud. Tendrá una duración de dos horas y se realizará en el salón Madre Rafols del H.N.S.G, para ello el único material que necesitaremos será folios y bolis. Esta sesión constará de:

a) Puesta en común de forma escrita y oral de aspectos positivos y negativos del programa.

b) Repercusión en el paciente, que nos lo aportarán mediante sus observaciones. También de forma escrita y oral.

c) Recogida de datos personales para posteriormente enviar una encuesta con preguntas abiertas y cerradas para después analizar los resultados y ver la aceptación del programa.(ANEXO 5)

d) Agradecimientos por colaborar.

-IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA CON LOS PACIENTES:

La mejora de la continuidad de cuidados se pretende conseguir a través de la correcta evaluación de los pacientes y de la transmisión de ésta información entre los profesionales del hospital y los de atención primaria.

-ENTREVISTA Y EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES AL INGRESO:

Realizaremos una serie de entrevistas al ingreso y al alta, evaluaciones del estado del paciente, todo ello para realizar un informe con los cambios que haya sufrido debidos al ictus.

Una vez realizado el ingreso y la acogida del paciente en la unidad de hospitalización correspondiente, realizaremos una primera valoración mediante la hoja de continuidad de cuidados, si hay familiares que acompañen al paciente se pedirá la colaboración del más cercano, en caso contrario, reuniremos información mediante la enfermera de atención primaria del paciente, historia médica más reciente...

Ésta valoración inicial o plantilla de continuidad de cuidados consta de varios apartados :(ANEXO 4)

DATOS PERSONALES:

Anamnesis, en la que haremos hincapié si tiene o no hijos y el número de éstos. Centro de salud al que corresponde, nombre del médico y el de la enfermera, que será con la que mantengamos comunicación.

DATOS DEL INGRESO:

Fecha del ingreso, si es reingreso o no, fecha de último alta, motivo del ingreso, diagnóstico y otros diagnósticos de interés.

ESCALA DE BARTHEL:

Realizaremos dos, una al ingreso que se basará en la información facilitada por la familia y una segunda que realizaremos al alta en base a lo observado y registrado durante el ingreso.

ESCALA DE NORTON:

Se realizará uno inicial al ingreso y otro al alta.

También diremos si tiene lesiones por presión al ingreso, si se han desarrollado durante éste y si al alta todavía persisten haremos un resumen de la evolución y tratamiento de las lesiones.

VALORACIÓN:

En este apartado haremos un breve resumen de la situación de dependencia del paciente, con los resultados de las escalas de barthel y norton, tanto las iniciales como las realizadas al alta, además de información que nos ayude a saber si el paciente puede tener problemas o no cuando se vaya del hospital, el destino a donde irá y datos del cuidador principal o demás cuidadores.

INTERVENCIONES SEGÚN NECESIDADES:

Aquí señalaremos las manifestaciones según las necesidades más relevantes y las intervenciones realizadas para ello. También si antes era independiente y ya no lo es. Además de las recomendaciones para el alta.

ENTREVISTA Y EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES AL ALTA:

Al alta del paciente realizaremos por segunda vez la misma valoración, la escala de barthel, norton, los datos que reflejen cambios en el estado del paciente, excepto los apartados que correspondan a la anamnesis y datos personales que no varían. Una vez que la tengamos, en el apartado de intervenciones según necesidades, reflejaremos el estado del paciente a la llegada al hospital y las modificaciones durante el ingreso y como es su situación al alta además de las intervenciones de enfermería más relevantes.

CONTINUIDAD DE CUIDADOS:

Cuando se vaya a producir el alta, el documento será enviado a la enfermera del centro de salud o a la residencia correspondiente, donde trabajarán con recomendaciones al alta más completas, información del estado del paciente y su evolución. Además el profesional del hospital tendrá una reunión presencial o telefónica con la enfermera de atención primaria. Todo esto para

intentar en todo lo posible seguir la línea de cuidados que se realizaban en el hospital y que no se produzca la discontinuidad de cuidados.

7. PRESUPUESTO:

-Material para sesiones:

-Ordenador: 0 euros

-Proyector: 0 euros

-Hojas de valoración 2000 hojas x 0,02euros=**40€**

-Horas invertidas en la preparación y realización de sesiones:

4horas/semana de preparación durante 1 mes: 4 x 4= 16h

20€/h: 20€ x 16 = **320€**

2horas por sesión x 3 sesiones = 6horas

25€/h: 25€ x 6horas = **150 €**

-TOTAL PRESUPUESTO: 40+320 + 150= **510€**

8. CRONOGRAMA:

ACTIVIDAD	2014						2015			
	JUL.		AGOS.	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.	ENE.	FEB.	MAR.
	14	21							2	
SESIÓN 1. Formación a los profesionales de enfermería de medicina interna del H.N.S.G y centro de salud Actur norte.	18h									
SESION 2. Formación a los profesionales de enfermería de medicina interna del H.N.S.G y centro de salud Actur norte.		17h								
Implementación Del Programa Con Los Pacientes:										
SESION 3. Formación a los profesionales de enfermería de medicina interna del H.N.S.G y centro de salud Actur norte.										18h

9. EVALUACION:

-Puesta en común de aspectos positivos y negativos del programa, que tendrá lugar en la tercera sesión del programa. Se observarán por separado las opiniones de las enfermeras de hospitalización a las de atención primaria, siendo estas últimas de gran importancia ya que reflejarán en qué medida benefician o no al paciente en su recuperación.

-Encuesta por correo electrónico que se les enviará a las enfermeras que participen en el programa, nos las reenviarán contestadas y realizaremos un análisis del proceso. (ANEXO 5)

10. CONCLUSIONES:

- El paciente que ha sufrido ictus requiere un largo periodo de recuperación, mediante rehabilitación y cuidados que no deben cesar al ser dado de alta hospitalaria.
- Para llevar a cabo la continuidad de cuidados es necesario trabajar en conjunto con el equipo de atención primaria y así mejorar la comunicación entre ambos campos.
- La comunicación entre atención primaria y hospitalización genera mayor confianza al paciente y a su familia de los cuidados y recomendaciones recibidas por parte del equipo asistencial.

11. BIBLIOGRAFIA:

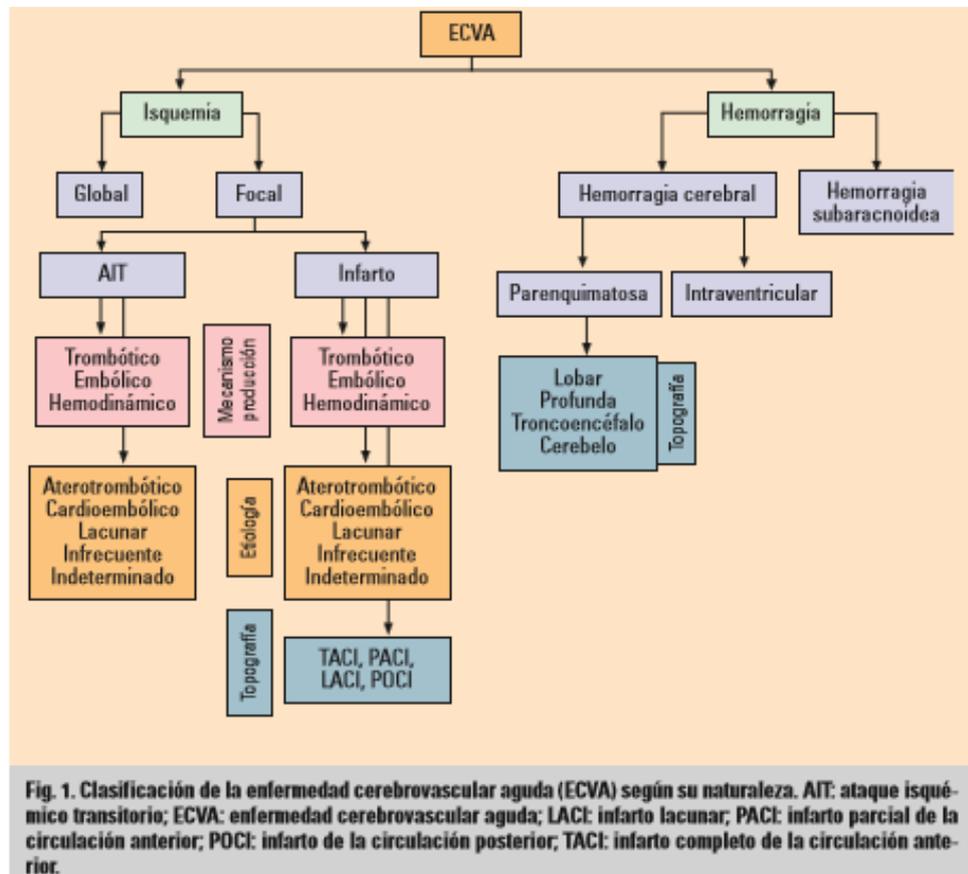
- 1.** Nota de Prensa INE, 31 de enero de 2014.
- 2.** Martínez-Vila. E, Murie Fernández. M, Pagola. I, e Irimia .P, Departamento de Neurología. Enfermedades cerebrovasculares. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra. España Medicine, 2011;10 (72):4871-81
- 3.** Comité ad hoc del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares, Editor: Díez Tejedor. E, Guía para el Diagnóstico y tratamiento del ictus nº3, 2006, Sociedad Española de Neurología.
- 4.** GEECV-SEN : www.ictussen.com
- 5.** Coordinador Científico: Matías-Guiu. J, Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad, y Política Social 2009.
- 6.** Alvarez – Sabín. J, Alonso. M, Gallego. J, Gil-Peralta. A, Casado. I, Castillo. J, et al. Plan de Atención Sanitaria del Ictus.2006
- 7.** Brea. A, Laclaustra. M, Martorell. E, Pedragosa. A .Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en España, *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis and elsevier España*, Science Direct, Volumen 25, Issue 5, Pages 211-217
- 8.** Guerrero. A.L, Ruiz. J.J El ictus a lo largo de la Historia Antigua y Media. Una visión a través de los personajes que lo padecieron. Revista GEECVSEN, nº 4.pag 46
- 9.** Krishnamurthi. R.V, Feigin. V.L, Forouzanfar. M.H, Mensah. G.A, Connor. M, Bennet. D.A , et al. Global and regional burden of first-ever ischaemic and haemorrhagic stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet, Global Health, vol1, Issue 5. Pages 259-281, November. 2013.
- 10.** Federación española del Ictus: <http://www.ictusfederacion.es/el-ictus/>
- 11.** Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/es/>

- 12.** Díez Tejedor. E, Fuentes. B, Ictus una cadena asistencial, Barcelona, Mayo D.L. 2004
- 13.** Masjuan J, Alvarez-Sabín. J, Arenillas. J, Calleja. S, Castillo. J, Dávalos. A, Díez Tejedor. E, Freijo. M, Gil-Núñez. A, Fernández. JC, Maestre. JF, Martínez-Vila. E, Morales A, Purroy F, Ramírez JM, Segura T, Serena J, Tejada J, Tejero C. Plan de Asistencia Sanitaria al ICTUS II 2010, Revista Neurología, col 26. Num 7, Septiembre, 2011
- 14.** Rebollo Álvarez-Amandi M, coordinador. Protocolos de diagnóstico y tratamiento del Ictus agudo. Santander: Servicio Cántabro de Salud, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Servicio de Neurología, Unidad de Ictus; 2011.
- 15.** (coordinadores del documento.) Lou. M.L, Marzo. J, Programa de atención a pacientes con ictus en el sistema de salud de Aragón.2012
- 16.** Partezani. R.A, Marques. S, Kusumota. L, Barros. E, Da Silva. J.R, Coelho. S.C, Transition of care for the elderly after cerebrovascular accidents – from hospital. Rev.Latino-Am. Enfermagem 2013 Jan.-Feb.; 21(Spec):216-24
- 17.** De Paz. D, Galdeano. N, Garrido. M, Lacida. M, Martín. R, Morales. J.M, et al. Continuidad de cuidados entre atención especializada y atención primaria, Comisión para el desarrollo de la enfermería en el servicio andaluz de salud. Servicio Andaluz de Salud.
- 18.** González. A, Programas de continuidad de cuidados: éxitos, fracasos y retos futuros. Estudios de Psicología, 16(3), setiembre-diciembre /2011, 305-312
- 19.** Cruzado. C, Bru. A, Gonzalez. R, Valoración del informe de continuidad de cuidados por enfermeras de atención primaria. Enfermería en Cardiología N.º 45 / 3.er cuatrimestre 2008

12. ANEXOS:

ANEXO 1

CLASIFICACION DEL ICTUS



ANEXO 2 ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES COMO CAUSA DE MUERTE EN ESPAÑA

Número de defunciones según las causas de muerte más frecuentes

Año 2012	Total	Hombres	Mujeres
Total defunciones	402.950	205.920	197.030
Enfermedades isquémicas del corazón	34.751	19.973	14.778
Enfermedades cerebrovasculares	29.520	12.436	17.084
Cáncer de bronquios y pulmón	21.487	17.661	3.826
Insuficiencia cardiaca	18.453	6.412	12.041
Enf. crónicas de las vías respiratorias inferiores (ECVRI)	16.964	12.557	4.407
Demencia	16.361	5.314	11.047
Enfermedad de Alzheimer	13.015	3.830	9.185
Cáncer de colon	11.768	6.937	4.831
Enfermedad hipertensiva	10.273	3.354	6.919
Diabetes mellitus	9.987	4.207	5.780
Neumonía	9.289	4.699	4.590
Insuficiencia renal	7.067	3.282	3.785
Cáncer de mama	6.375	93	6.282
Cáncer de próstata	6.045	6.045	-
Cáncer de páncreas	5.976	3.121	2.855

(1) Causas con peso relativo superior al 1,5%

ANEXO 3.

CONTINUIDAD DE CUIDADOS

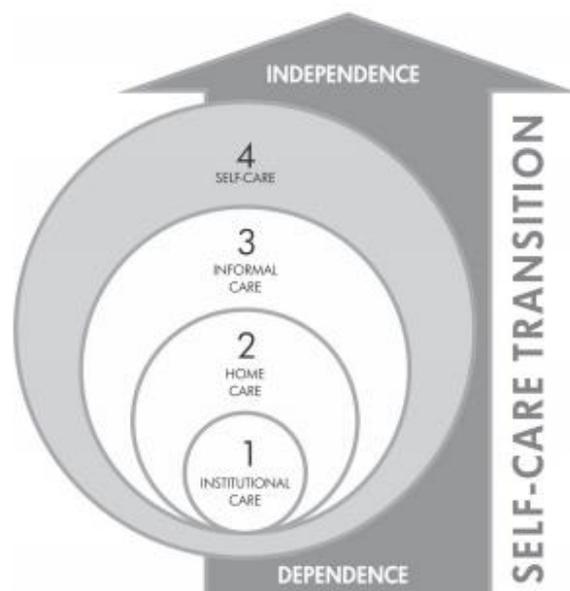


Figure 1 - Proposal for a Model of Care for the Elderly After CVA, 2011

VALORACION PARA CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL ALTA HOSPITALARIA

DATOS PERSONALES

NOMBRE	Hª CLINICA		
APELLIDOS			
FN	EDAD	LOCALIDAD	
CENTRO DE SALUD		ENFERMERA/O	
		MEDICO	
TELEFONO DEL C.S			

DATOS DE INGRESO

FECHA DE INGRESO		MOTIVO DE INGRESO	
REINGRESO	SI NO	MOTIVO DE REINGRESO	FECHA
DIAGNOSTICO			
OTRAS PATOLOGIAS			

ESCALA DE BARTHEL

		INGRESO	ALTA
ALIMENTACION	10 5 0		
HIGIENE	5 0		
VESTIRSE	10 5 0		
ASEO	5 0		
DEPOSICION	10 5 0		
MICCION	10 5 0		
IR AL BAÑO	10 5 0		
DEAMBULACION	15 10 5 0		
TRASLADO SILLON-CAMA	15 10 5 0		
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	10 5 0		

ESCALA NORTON

ESTADO FISICO GRAL	ESTADO MENTAL	MOVILIDAD	ACTIVIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
BUENO	ALERTA	TOTAL	AMBULANTE	NINGUNA	4
MEDIANO	APATICO	CAMINACION AYUDA	DISMINUIDA	OCASIONAL	3
REGULAR	CONFUSO	SENTADO	MUY LIMITADA	URINARIA O FECAL	2
MUY MALO	ESTUPOROSO O COMATOSO	ENCAMADO	INMOVIL	URINARIA Y FECAL	1

	FECHA	PUNTOS
INGRESO		
ALTA		

RIESGO MODERADO, <16	
RIESGO ALTO, <12	

VALORACION

	INGRESO	AL ALTA
ESCALA BARTHEL		
ESCALA NORTON		

VIVE: SOLO ACOMPAÑADO RESIDENCIA

NOMBRE RESIDENCIA:

TELEFONO RESIDENCIA:

	PARENTESCO	TELEFONO
CUIDADOR A		
CUIDADOR B		

CUIDADOR/A PRINCIPAL:

CAPACITACION DEL CUIDADOR:

INTERVENCIONES SEGÚN LAS NECESIDADES:

RESPIRACIÓN	Ejemplo: Si es dependiente de oxígeno al ingreso o no, si al alta precisa oxígeno domiciliario.
ALIMENTACIÓN	Ejemplo: Disfagia moderada al ingreso. Llevó sonda nasogástrica durante 10 días para la alimentación enteral. Al alta sin SNG, tolera alimentación blanda- fácil masticación. Doy recomendaciones a la familia para prevenir broncoaspiraciones.
ELIMINACIÓN	Ejemplo: Uso de pañal mientras estuvo encamado, va al baño con dificultad con ayuda. Estreñimiento durante el ingreso que la cuidadora refiere que es habitual.
MOVILIZACIÓN	Ejemplo: Permanece encamado 24 días, con deterioro funcional moderado. Mejora con la rehabilitación pero permanece la disminución de sensibilidad en brazo izquierdo. Se recomienda seguir con rehabilitación en Centro de Salud y domicilio.
HIGIENE/PIEL	Ejemplo: Se toman medidas preventivas con ácidos grasos y protectores diarios. No aparecen lesiones por presión. Al alta requiere mínima ayuda para el aseo diario
SUEÑO	Ejemplo: Al ingreso tiene algún episodio de agitación por la noche. Al alta mejora la situación y descansa la mayoría de las noches sin problema.
COMUNICACIÓN	Ejemplo: Afasia expresiva, que va mejorando con la rehabilitación por los logopedas.

OBSERVACIONES	Se inicia tratamiento con Sintrom, se adjunta pauta, próximo control capilar el día 24 de Marzo.
---------------	--

FECHA DE ALTA	
DETINO AL ALTA	

ENFERMERA/O AL INGRESO	ENFERMERA/O AL ALTA

UNIDAD/ SERVICIO:

ANEXO 5

ENCUESTA FINAL

Correo Electrónico:

Nombre y Apellidos:

Lugar de Trabajo:

1. ¿Tenía relación anteriormente con el equipo de enfermería del Centro de Salud / Hospital?? SI / NO
2. ¿Ha mejorado la relación con el equipo de enfermería del Centro de Salud/ Hospital después del plan de mejora? SI / NO
3. Centro de Salud:
 - a. ¿Al seguir el programa, ha observado cambios que beneficien al paciente?
SI / NO
 - b. ¿Referente al programa, qué cree que ha sido necesario para estos cambios?
4. ¿Cree que durante la aplicación del programa ha mejorado la calidad de la continuidad de cuidados respecto a otros pacientes?