



**Universidad
Zaragoza**



**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería
Curso Académico 2014 / 2015

TRABAJO FIN DE GRADO

PLAN DE MEJORA: EL NUEVO PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA
TRANSFERENCIA ENTRE HOSPITALES, DE PACIENTES CON ICTUS.

Autor/a: RAMON POMBO MATO

Director: Ana Anguas Gracia

INDICE:

1. Introducción.....	p.2
2. Objetivos.....	p.5
2.1. General.....	p.5
2.2. Específicos.....	p.5
3. Metodología.....	p.5
3.1. Desarrollo y ambito de aplicación.....	p.7
4. Desarrollo.....	p.7
4.1. Planificación.....	p.7
4.1.1. Definición del problema.....	p.7
4.1.2. Causa del problema.....	p.7
4.1.3. Desarrollo del problema.....	p.7
4.2. Realización.....	p.8
4.3. Evaluación.....	p.10
4.4. Actuación.....	p.12
5. Resultados.....	p.13
6. Conclusión.....	p.13
7. Bibliografía.....	p.14
8. Anexos.....	p.17

RESUMEN:

La transferencia de pacientes de un centro hospitalario a otro es algo común. El Servicio Aragonés de Salud, transfiere al hospital San Juan de Dios de Zaragoza anualmente unos 150 pacientes con ictus para su rehabilitación.

Objetivo: Mejorar esta transferencia, aumentando el flujo y calidad de información entre los centros hospitalarios y los pacientes y familias mediante un enfermero/a.

Método: Se ha realizado el diseño de un plan de mejora, basado en el ciclo de Deming.

Resultados: Al ser un plan de mejora que no se ha llevado a cabo, aún no se tienen resultados.

Conclusión: Se aporta una iniciativa nueva que mejora la calidad asistencial en la transferencia de estos pacientes.

ABSTRACT:

The transfer of patients from one hospital to another is common. Aragon Health Service, transferred to the hospital San Juan de Dios de Zaragoza year some 150 patients with stroke rehabilitation.

Objective: To improve this transfer, increasing the flow and quality of information between hospitals and patients and families by a nurse / a.

Method: This was the design of an improvement plan, based on the Deming cycle.

Results: As an improvement plan that has not been carried out, not yet have results.

Conclusion: A new initiative to improve healthcare quality in the transfer of these patients were provided.

INTRODUCCIÓN:

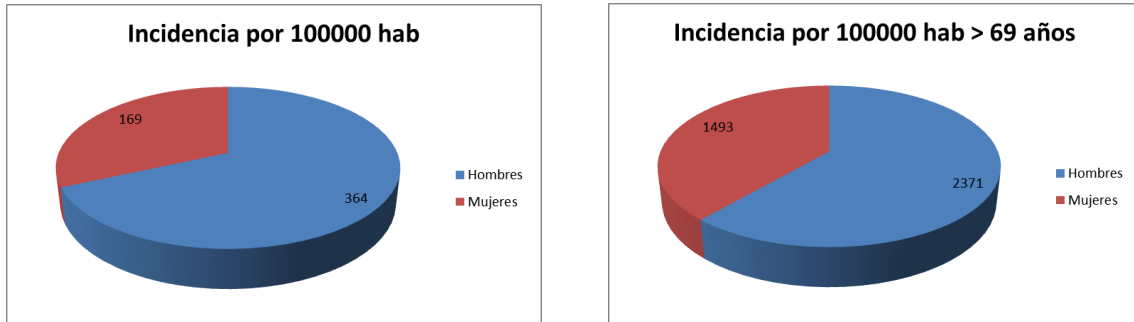
El HSJD es una institución sanitaria con muchos años de experiencia en el sector, que reparte sus recursos de manera multidisciplinar. Una de las actividades más importantes de este centro es la rehabilitación, tratamiento y cuidado de los pacientes afectados de accidente cerebrovascular, transferidos, tras superar la fase aguda, de los hospitales generales del Servicio Aragonés de Salud.

La edad media de aparición del ictus son 68.4 años. Tiene una elevada incidencia y prevalencia en los países industrializados y se incrementa cuanto mayor es la esperanza de vida, ya que la edad es un factor de riesgo de esta enfermedad. Por otro lado se ha conseguido reducir la mortalidad por accidente cerebrovascular gracias a la rehabilitación, tratamiento y estrategias de prevención.^(1,2)

En España la incidencia anual es de 364 casos/100.000 habitantes en varones, y 169/100.000 en las mujeres, si bien las cifras en los sujetos por encima de los 69 años incrementan a 2.371 y 1.493 respectivamente (ver figura 1). Si hablamos de incidencia acumulada observamos un 3% hasta los 65 años y un 24% para los mayores de 85 años lo que nos demuestra una vez más la importancia que tiene la edad en la aparición de esta enfermedad. Con una prevalencia en los mayores de 65 años del 7 y 6 % respectivamente, lo que supone aproximadamente 400.000 sujetos afectados en nuestro país.⁽³⁾ La tasa estandarizada es de 0.46 casos por 1000 habitantes (ver figura 2), y la tasa cruda de mortalidad es de 95 fallecimientos por cada 100000 habitantes/año.⁽⁴⁾

Figura 1.

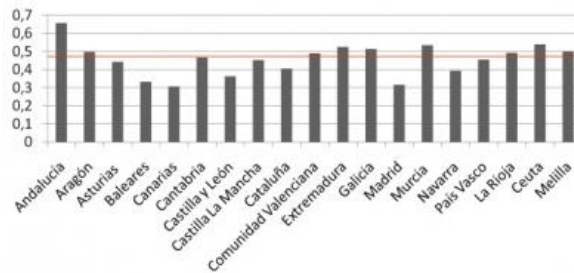
Incidencia por sexo/100000 habitantes, y por sexo/1000000 mayores 69 años.



Gráficas de elaboración propia.

Figura 2.

Tasa estandarizadas de mortalidad por ictus por 1000 fallecidos según CC.AA.



España. Datos INE 2009. www.neurodidacta.es. Visitado 28 de abril de 2015

Es una enfermedad inesperada en la mayoría de los casos y claramente incapacitante. Una persona que lleva una vida normal, y sufre un accidente cerebrovascular con secuelas, ve gravemente mermada su calidad de vida,⁽⁵⁾ esta tal y como la conocía, trabajo, actividades de ocio, relación con su pareja, familia, entorno social ha desaparecido, viéndose muy afectados sus patrones funcionales, (nutricional/metabólico, eliminación, actividad/ejercicio, cognitivo/perceptivo, autopercepción/autoconcepto, función/relación, sexualidad,) llegando a la incapacidad de decisión.^(6,7) Estos patrones son sumamente relevantes a la hora de elaborar planes de cuidados basados en la taxonomía NANDA como los que se están instaurando en el HSJD.

En el servicio que atiende a estos pacientes en el HSJD hemos observado que la mayoría de los pacientes que llegan a la unidad, se encuentran en un estado anímico bajo, en parte por su enfermedad, y en parte por la imagen estigmatizada que tiene nuestro hospital (uno de los servicios es la Unidad de Cuidados Paliativos). En este caso el centro emplea los recursos disponibles en salud mental para evitar la aparición de depresión post-ictus, o en caso ya exista, proporcionar el mejor tratamiento posible dado que el estado anímico del paciente y el apoyo familiar son aspectos fundamentales para su rehabilitación.⁽⁸⁾

El enfermo no es el único afectado por la enfermedad, ésta sacude fuertemente también a su entorno más cercano,⁽⁹⁾ al igual que en un castillo de naipes al verse afectada una pieza de la estructura toda ella se tambalea. La familia se encuentra en una situación en la que un miembro de la misma, independiente, que desempeñaba su rol dentro del organigrama familiar,⁽¹⁰⁾ se ve obligado a dejar de desempeñar dicho rol de manera temporal o permanente.

Esto supone un duro golpe para la familia que ve afectado el estado de salud de un miembro y la estructura de la misma, y para el paciente que ve afectada su salud, tal y como corroboran numerosos estudios sobre calidad de vida y autonomía de pacientes que han sufrido un ictus.^(5,11-13)

Como ya hemos dicho el estado anímico del paciente y el apoyo familiar son aspectos fundamentales para su rehabilitación, pero en muchas ocasiones la familia tiende a sobreproteger en lugar de apoyar. Es función del profesional de enfermería explicarles que deben incentivarle para que sea lo más autónomo posible.⁽¹⁴⁾

En función de la zona del cerebro que se ve afectada, del tiempo transcurrido hasta el inicio del tratamiento rehabilitador y la duración e intensidad del mismo, los resultados de la rehabilitación pueden variar, tanto es así que en el Centro Politécnico Superior de Zaragoza se está trabajando en un exobrazo que permita al paciente realizar ejercicios rehabilitadores de manera más precoz y con mayor duración.^(15,16)

En una época como la que atravesamos, en la que el aspecto económico prima por encima de todo, y a tenor de los datos observados parece importante desarrollar medidas que mejoren la eficiencia en la atención brindada a los pacientes afectados por esta enfermedad, de manera que consigamos beneficios para los mismos y reduzcamos en lo posible los costes⁽¹⁷⁾, por eso este trabajo pretende demostrar la importancia de la figura de enfermería como nexo de unión entre el HSJD y el resto de hospitales del SALUD y alguno de otras CC.AA. Y tiene como objetivo potenciar la visita de profesionales de enfermería a pacientes y familias, para explicarles de qué manera funciona el HSJD, cuál es el motivo de su traslado y cómo les vamos a ayudar, facilitando la adaptación tras el traslado, y de paso contribuyendo a eliminar la imagen estigmatizada del centro.^(18,19)

OBJETIVO GENERAL:

Diseñar un plan de mejora de la transferencia del paciente afectado de ictus al HSJD para su rehabilitación, procedente de un hospital general del SALUD o de cualquier otra institución sanitaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Defender la creación de un puesto que sirva de nexo entre el HSJD y el resto de centros.
2. Informar al paciente y a su familia/red de apoyo del proceso que van a vivir desde el momento del traslado, mejorando la adaptación al nuevo entorno y la satisfacción por ambas partes.

METODOLOGÍA:

Hemos comenzado la realización del plan de mejora con una revisión bibliográfica en la que nos ha llamado la atención la escasez de estudios sobre la transferencia de pacientes entre centros a nivel regional, al igual que la escasez de documentos científicos publicados desde este centro. No obstante hemos buscado información relativa a la enfermedad, como afecta esta al paciente, su calidad de vida y su entorno (dimensión **bio – psico – social**).⁽²⁰⁾

Se han empleado las bases de datos: Science Direct, PubMed, Cuiden Scopus, MedLine, Scielo, siendo las tres primeras, las que han devuelto resultados significativos.

Hemos empleado los siguientes descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): Actividades cotidianas/daily activities, rehabilitación/rehabilitation, centros de rehabilitación/rehabilitation centers, accidente cerebrovascular/stroke, transferencia de pacientes/patient transfer, ansiedad/anxiety, adaptación/adpatation, enfermería en rehabilitación/rehabilitation nursing.

En la búsqueda en las bases de datos, hemos acotado la búsqueda, a documentos a texto completo, con antigüedad desde 2008 en idioma inglés o castellano.

La siguiente tabla presenta las estrategias de búsqueda que más resultados han devuelto, o las que han aportado información más relevante.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	BASE DE DATOS	Nº DE RESULTADOS	SELECCIONADOS
"rehabilitación" with "patient transfer" & "adaptación"	Science Direct	2	2
"stroke" & "rehabilitation" & "patient transfer"	Pub Med	7	2
	Science Direct	3	3
"ictus" & "ansiedad"	Cuiden	3	2
	Science Direct	524	4
"transferencia de pacientes" with "ansiedad"	Pub Med	5	0
"ictus"	Cuiden	161	2
	Pub Med	322	3
"ictus" & "rehabilitación"	Pub Med	2361	0
	Science Direct	503	1
"ictus" & "enfermería en rehabilitación"	Cuiden	6	0

Se ha consultado también la página web del Ministerio de Sanidad, y la Estrategia Nacional sobre ictus del ministerio de sanidad sin obtenerse ningún dato relevante.

En la realización del desarrollo se ha elaborado un plan de actividades a través de cuestionarios (heteroadministrados previa y posteriormente a la

intervención), entrevistas, charlas, etc. Empleando el diagrama de Deming o PDCA (Plan, Do, Check, Act).⁽²¹⁾

Para la fase de valoración y priorización de problemas hemos empleado el diagrama de Pareto, y el de Ishikawa. Las actividades propuestas las hemos desglosado mediante un diagrama de afinidades y organizado en un cronograma a través de un diagrama de Gant.

Para la evaluación de la mejora hemos diseñado cuatro indicadores de calidad, fijando los correspondientes estándares.

DESARROLLO TEMPORAL Y ÁMBITO DE APLICACIÓN:

El plan se ha diseñado entre febrero y mayo del año 2015, y es de posible aplicación tanto en el HSJD como en cualquier otro hospital en el que se observe una situación parecida.

DESARROLLO:

Como se ha explicado en el apartado anterior, seguimos el ciclo de Deming o PDCA:

PLANIFICACIÓN:

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA: El HSJD es un centro de convalecencia, una de sus actividades principales es la rehabilitación de pacientes afectados por accidente cerebrovascular. Se observa desde hace tiempo, que la información que se proporciona tanto al paciente como al entorno familiar en el centro de procedencia en la mayoría de los casos es errónea, incompleta o inexistente.

Esta situación acarrea varios problemas: incertidumbre, miedo, depresión, frustración... tanto en el paciente como en su entorno, lo que afecta en muchos casos al proceso de rehabilitación haciéndolo más largo menos productivo y con peor resultado final.⁽²²⁾

De la misma manera la información que el equipo de enfermería recibe del paciente se limita a la hoja de alta de enfermería que en muchos casos no está del todo completa.

CAUSA DEL PROBLEMA: La causa de este problema es que el flujo de información entre el HSJD y los centros de procedencia no es el adecuado, de manera que ni estos ni el paciente están correctamente informados sobre la actividad del hospital, ni al hospital le llega toda la información que se necesita sobre el paciente y su entorno.

DESARROLLO DEL PROBLEMA: Para solucionar el problema debemos mejorar esta cadena de información **centro de procedencia – paciente – HSJD**, y así evitar errores como el traslado de pacientes sin posibilidad de rehabilitación, creando unas expectativas en el entorno familiar que son imposibles de cumplir con el consiguiente sufrimiento añadido, disminución del nivel de satisfacción, etc. Son ejemplos de las complicaciones que causa una información incorrecta.

REALIZACIÓN:

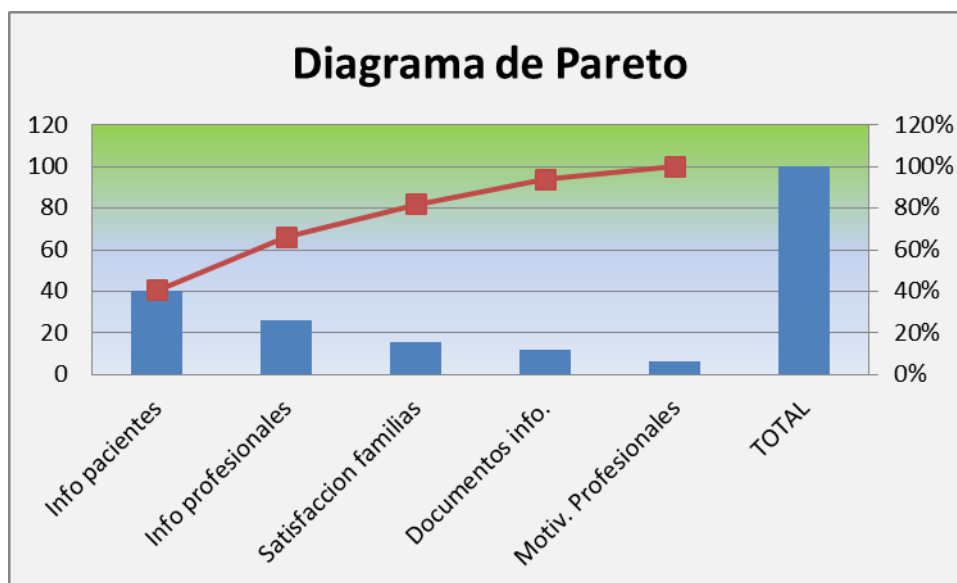
Como se ha comentado antes el problema que se quiere solucionar es la fluidez y calidad de la cadena **centro de procedencia – paciente – HSJD**, para que esta mejora funcione es necesario un proceso de puesta en marcha con la debida planificación.

En primer lugar es necesario realizar una valoración de la situación actual y dar un orden de prioridad a los problemas dado que no los podemos solucionar todos de vez. Si queremos mejorar el funcionamiento de la cadena de información, debemos saber con la mayor exactitud posible donde están los fallos. El diagrama de Ishikawa nos ha resultado de gran utilidad, (**ver Anexo I**) para identificar los problemas que afectan a distintas áreas.

Como se puede observar en dicho diagrama, el problema principal es la falta de información en el paciente y familia, causado por una serie de carencias en las distintas áreas (profesional, material, organización, paciente).

En una reunión del servicio para priorizar los problemas señalados en el diagrama de Ishikawa, en la que se emplea la técnica del grupo nominal, se

obtiene un resultado que nos permite elaborar el siguiente diagrama de Pareto.



En base a esto decidimos intervenir en la información del paciente y profesionales, lo que esperamos que se traduzca también en una mayor satisfacción de los familiares en el momento del alta. Las actividades las hemos organizado en un cronograma a través de un diagrama de Gant (**ver Anexo II**) y detallado en un diagrama de afinidades (**ver Anexo III**)

Para empezar visitaremos a 25 pacientes (muestra representativa obtenida con la fórmula de muestreo de poblaciones, recordemos que la población son unos 150 pacientes anuales) pendientes de ingreso en el HSJD, y les pasaremos el cuestionario 1 (**ver Anexo IV**) (no es un cuestionario validado porque no existen cuestionarios que se ajusten a lo que necesitamos). Este cuestionario nos dará la información que necesitamos para elaborar un guion (**ver Anexo V**) que nos sirva para las visitas a los pacientes, y para informar a los profesionales de las unidades de procedencia de nuestros pacientes a través de charlas informativas.

Una vez comenzadas las visitas informativas a los pacientes les pasaremos de nuevo el cuestionario 1, pero esta vez al ingreso en nuestro hospital, y con esa información rellenaremos el cuestionario de control (**Anexo VI**) basado en un cuestionario validado⁽²³⁾, que consta de 8 ítems

en los que comprobaremos la proporción de pacientes correctamente informados, y que nos servirá para realizar el indicador 2 (porcentaje de pacientes que poseen información correcta y suficiente sobre el HSJD y su funcionamiento).

Para comprobar la eficacia de las charlas formativas pasaremos el cuestionario 1 a los pacientes que no han sido visitados en el hospital de procedencia, rellenaremos el cuestionario de control, y elaboraremos el indicador 3.

Comprobaremos también el nivel de satisfacción de las familias al alta, pasándoles el cuestionario 2 (**ver Anexo VII**) basado en el mismo cuestionario validado que el cuestionario de control, que nos servirá para evaluar otro aspecto de la mejora mediante el indicador 4.

EVALUACIÓN:

Para la evaluación de la mejora hemos elaborado cuatro indicadores:

INDICADOR 1:

Indicador: Porcentaje de pacientes que han sido visitados en el centro de procedencia.

Dimensión: Eficiencia

Fórmula:
$$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} \times 100$$

Numerador: Paciente que ingresan en HSJD para RHB post - ictus habiendo sido visitados en el centro de procedencia.

Denominador: Total de pacientes ingresados para RHB post - ictus.

Periodo de tiempo: 3 meses.

Aclaración de términos: La información la transmitirá el profesional enfermero durante la visita/entrevista en el centro de procedencia tanto al paciente como a la familia

Justificación: El paciente y la familia deberán tener una información correcta sobre el HSJD para conseguir una mejor y más rápida adaptación.

Fuente de datos: Cuestionario.

Responsable cuestionario: Ramón Pombo Mato

Frecuencia cuestionario: Cada solicitud de ingreso.

Tipo de indicador: Resultado

Estándar: El 80% de los pacientes habrán sido informados previamente al ingreso en el HSJD.

INDICADOR 2:

Indicador: Porcentaje de pacientes que poseen información correcta y suficiente sobre el HSJD y su funcionamiento al ingreso en el HSJD.

Dimensión: Efectividad

Fórmula: $\text{Numerador} / \text{Denominador} \times 100$

Numerador: Pacientes visitados en el centro de procedencia que poseen información correcta a su ingreso en el HSJD

Denominador: Total de pacientes visitados en el centro de procedencia

Periodo de tiempo: 2 meses.

Aclaración de términos: El cuestionario lo rellenará el profesional enfermero después de que el paciente y familia hayan rellenado el del **Anexo IV.**

Justificación: Comprobar si es efectiva la mejora

Fuente de datos: Cuestionario.

Responsable cuestionario: Ramón Pombo Mato

Frecuencia cuestionario: Cada ingreso.

Tipo de indicador: Resultado

Estándar: El 70% de los pacientes estarán correctamente informados sobre la actividad del HSJD y sobre el proceso de su enfermedad.

INDICADOR 3:

Indicador: Porcentaje de pacientes que no han sido visitados en el centro de procedencia que están correctamente informados sobre el HSJD y su funcionamiento.

Dimensión: Eficiencia/Efectividad

Fórmula: $\text{Numerador} / \text{Denominador} \times 100$

Numerador: Paciente que ingresan en HSJD para RHB post – ictus sin habiendo sido visitados en el centro de procedencia que obtienen puntuación igual o mayor a 13 en el cuestionario del Anexo II.

Denominador: Total de pacientes ingresados para RHB post – ictus sin haber sido visitados.

Periodo de tiempo: 2 meses.

Aclaración de términos: La información la transmitirá el profesional enfermero durante las charlas en el centro de procedencia a los profesionales de la unidad correspondiente.

Justificación: Comprobar hasta qué punto son productivas las charlas, y si resulta rentable destinar esos recursos para esta actividad.

Fuente de datos: Cuestionario.

Responsable cuestionario: Ramón Pombo Mato

Frecuencia cuestionario: Cada ingreso no visitado.

Tipo de indicador: Resultado

Estándar: El 50% de los pacientes habrán sido informados correctamente previamente al ingreso en el HSJD.

INDICADOR 4:

Indicador: Porcentaje de familias satisfechas con nuestro servicio al alta.

Dimensión: Calidad

Fórmula: **Numerador** / **Denominador** x **100**

Numerador: Pacientes cuyas familias están satisfechas al alta.

Denominador: Total de pacientes dados de alta.

Periodo de tiempo: 2 meses.

Aclaración de términos: El cuestionario lo rellenará la familia

Justificación: Comprobar si es efectiva la mejora

Fuente de datos: Cuestionario.

Responsable cuestionario: Ramón Pombo Mato

Frecuencia cuestionario: Cada alta.

Tipo de indicador: Resultado

Estándar: El 90% de las familias estarán satisfechas con el servicio prestado.

ACTUACIÓN:

Una vez realizada la evaluación se establecerá si la medida es efectiva, si conseguimos la mejora que estamos buscando, y si se produce en el grado que queremos, en caso de que así sea, se continuará con las actividades descritas realizando evaluaciones periódicas.

Si no se cumplen los objetivos, se identificarán los aspectos que no funcionan correctamente, se replantearán las actividades y se llevará a cabo una nueva evaluación.

RESULTADOS:

No se obtiene ningún resultado dado que aún no se ha llevado a cabo el plan.

CONCLUSIONES:

Con este trabajo, se pretende cambiar la manera de realizar la transferencia de pacientes entre centros, mejorándola. Aportando una nueva iniciativa, en la que se abra un canal de comunicación fluido entre instituciones, que trabaje en beneficio del paciente y su entorno, consiguiendo así optimizar un proceso muy frecuente que es la transferencia de pacientes, aportando un nuevo recurso: la enfermería como nexo de unión entre centros.

Aunque este trabajo se haya centrado en el caso concreto del paciente afectado por accidente cerebrovascular, que es trasladado al HSJD para rehabilitación, el plan de mejora es extensible a cualquier centro sanitario sea cual sea la especialidad.

BIBLIOGRAFÍA:

- ¹ Castilla-Guerra L, Fernández-Moreno M.C, Romera-Tellado M, Álvarez-Suero J. Prevención primaria del ictus en el anciano: evidencias actuales en el tratamiento de la hipertensión arterial. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2012; 47(3): 119-124.
- ² Serna Candela C, Moreno Pérez O, Moltó Jordà J.M. Evidencia científica en el tratamiento de la hipertensión arterial crónica en la prevención del ictus. Medicina Clínica (Barcelona). 2006; 127(16): 626-33.
- ³ Medrano Albero MJ, Boix Martínez R, Cerrato Crespán E, Ramírez Santa-Pau M. Incidencia y prevalencia de cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular en España: Revisión sistemática de la literatura. Revista Española Salud Pública. 2006; 80: 5-15.
- ⁴ Neurodidacta.es, Fundación Mapfre y Fundación del cerebro [sede web]. San Sebastián de los Reyes: Neurodidacta.es; 2012- [acceso el 28 de abril del 2015]. Epidemiología del Ictus. 2(4). Disponible en: <http://www.neurodidacta.es/es/comunidades-tematicas/ictus/acercamiento-introduccion-enfermedad/mOdule-concept/epidemiologia->
- ⁵ Soriano Guillén AP, Coarasa Lirón de Robles A, Reigada Pérez de Santa Cruz P, Solano Bernad V. Empleo de la escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38) para cuantificar y medir las consecuencias de un ictus. Relación con variables demográficas y clínicas. Rehabilitación (Madrid). 2013; 47(4): 213-222.
- ⁶ Toril, Marta; Plan de cuidados individualizado para una paciente con ictus. Reduca. 2014; 6(3): 416-460.
- ⁷ Enfermeriaactual.com [sitio web]. [7 de mayo de 2015]. <http://enfermeriaactual.com/patrones-funcionales/>
- ⁸ Espárrago Llorca G, Castilla-Guerra L, Fernández Moreno M.C, Ruiz Doblado S y Jiménez Hernández M.D. Depresión post ictus: una actualización. Neurología. 2015; 30(1): 23-31 .

- ⁹ López-Espuela F, González-Gil T, Jiménez-Gracia M.A, Bravo-Fernández S, Amarilla-Donoso J. Impacto en la calidad de vida en cuidadores de supervivientes de un ictus. *Enfermería Clínica*. 2015; 25(2): 49-56.
- ¹⁰ López-Espuela F, González-Gil T, Jiménez-Gracia M.A, Bravo-Fernández S, Amarilla-Donoso J. ¿Y después del ictus? Reconstrucción de la biografía de pareja. *Revista Científica de la Sociedad Española Enfermería Neurológica*. 2013; 38(1): 35-41.
- ¹¹ Bandera López, Marta Luisa. Movimientos mágicos. Vivencia de un padre cuya hija sufre un ictus isquémico. *Arch Memoria [en línea]*. 2014; (11 fasc. 1). Disponible en <<http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/memoria/11/11103.php>> Consultado el 4 de mayo de 2015.
- ¹² Ortega Barrio, M^a Angeles; Herce Martínez, Begoña; Valiñas Sieiro, Florita; Mariscal Perez, Natividad; López Cunquero, M^a Angeles; Cubo Delgado, Esther. Estudio del impacto del medio rural o urbano sobre la discapacidad residual tras un ictus. *Enfermería Clínica*. 2013; 23(5): 182-188.
- ¹³ García-Moriche, Nuria; Rodríguez-Gonzalo, Ana; Muñoz-Lobo, M^a Jesus; Parra-Cordero, Sonia; Fernández-De Pablos, Asunción. Calidad de vida en pacientes con ictus. Un estudio fenomenológico. *Enfermería Clínica*. 2010; 20(2): 80-87.
- ¹⁴ Neurodidacta.es, Fundación Mapfre y Fundación del cerebro [sede web]. San Sebastián de los Reyes: Neurodidacta.es; 2012- [acceso el 28 de abril del 2015]. Facilitación de la autonomía personal en ictus. Mod 9. Disponible en: <http://www.neurodidacta.es/es/comunidades-tematicas/ictus/acercamiento-introduccion-enfermedad/mOdule-concept/epidemiologia->
- ¹⁵ Murie-Fernández M, Irimia P, Martínez-Vila E, John Meyer M, Teasell R. Neurorrehabilitación tras el ictus: Revisión. *Neurología*. 2010; 25(3): 189-196.
- ¹⁶ Alquezar Baeta C, Blasco Carrillo A. Proyecto Roujin: Desarrollo de un prototipo de exobrazo adaptativo controlado por señales bioeléctricas orientado a tareas de rehabilitación. PREMIO OMRON de Iniciación a la Investigación e Innovación en Automática Centro Politécnico Superior: Universidad de Zaragoza. 2015.

¹⁷ Mar J, Álvarez-Sabín J, Oliva J, Becerra V, Casado M.A, Yébenes M, González-Rojas N, Arenillas F.J, Martínez-Zabaletag M.T, Rebollo M, Lago A, Segura T, Castillo J, Gállego J, Jiménez-Martínez C, López-Gastón J.I, Monicheo F, Casado-Naranjo I, López-Fernández J.C, González-Rodríguez C, Escribanos B, Masjuan J. Los costes del ictus en España según su etiología. El protocolo del estudio CONOCES. *Neurología*. 2013; 28(6): 332–339.

¹⁸ Portilla-Cuenca J.C, Ramírez-Moreno J.M, López-Espuela F, Romero-Sevilla R.M, Jiménez-Caballero P.E, Fermín-Marrero J.A, Falcón-García A, Gámez-Leyva G, Castellano-Fernández F, Calle-Escobara M.L, Gavilán-Iglesias T, Gómez-Gutiérrez M, Serrano-Cabrera A y Casado-Naranjo I. Situación funcional tras un ictus y experiencia acumulada de una unidad de ictus. *Neurología*. 2014; 29(5): 271-279.

¹⁹ García-Sánchez M.J, Fernández-Guerrero C, López-Toribio P, Bueno-Cavanillas A, Prieto-Cuéllar M, Guzmán-Malpica E.M, Cuevas-Valenzuela P, Moreno-Abril E, Lara-Ramos P. Calidad del registro escrito del médico anestesiólogo durante la transferencia de pacientes postoperados: influencia de la aplicación de una herramienta de comunicación estructurada. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. 2013; 61(1): 6-14.

²⁰ Anguas Gracia, Ana; Martínez Lozano, Francisca. Mejora en la calidad en la información al paciente para reducir la ansiedad ante una intervención de laringectomía total. 2010. Programa de apoyo a las iniciativas de mejora de la calidad en salud. Hospital Miguel Servet: Zaragoza.

²¹ Olmedo Lucerón M.C, Sanchidrián de Blas C, Pla Mestre R, Puente González M.D, Rodríguez Pérez P. Sistemática para la protocolización de los cuidados de enfermería. *Revista de Calidad Asistencial* 2010; 25(5): 268–274.

²² Poulos C.J, Magee C, Bashford G, Eagar K. Determining level of care appropriateness in the patient journey from acute care to rehabilitation. *BMC Health Serv Res* [revista en internet]* 2011 noviembre. [Acceso el 23 de abril de 2015]; 291. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3212985/>

²³ Granado de la Orden, Susana; Rieiro Rodríguez, Cristina; Olmedo Lucerón, María del Carmen; Chacón García, Ana; Vigil Escribano, Dolores; Rodríguez Pérez, Paz. Diseño y validación de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los pacientes

atendidos en las consultas externas de un hospital de Madrid en 2006. Revista Española Salud Pública 2007; 81: 637-645.

²⁴ Segovia Gómez, Teresa; Pérez López, M^a Elena. Rol del cuidador principal en el cuidado del paciente anciano hospitalizado. Metas enfermería. 2001 6(38); 16-22.

ANEXO I

DIAGRAMA DE ISIKAWA



ANEXO II

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A TRAVÉS DEL DIAGRAMA DE GANT								
	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8
Realización Cuestionario 1	■	■						
Elaboración guion			■					
Comienzo visitas y charlas				■	■			
Realización cuestionarios 1 y control al ingreso				■	■			
Realización cuestionario 1 a los no visitados				■	■			
Cuestionario satisfacción						■	■	■

ANEXO III

DIAGRAMA DE AFINIDADES



ANEXO IV

NOMBRE:	DIAGNÓSTICO:
UNIDAD:	PERIODO DE INGRESO EN LA UNIDAD:
CENTRO DE PROCEDENCIA:	

CUESTIONARIO 1.

PACIENTE:

- ¿Qué conoce de su enfermedad?
- ¿Qué conoce del proceso de rehabilitación?
- Sobre este proceso: ¿tiene alguna duda o hay algo que le cause temor?
- ¿Qué objetivos espera alcanzar con dicho proceso?
- ¿Qué conoce del hospital San Juan de Dios y su actividad?
- ¿Qué espera de su estancia en el mismo?
- ¿Tiene miedo a este cambio?
- ¿Se siente apoyado por su entorno?
- ¿Qué necesita saber? ¿Cómo le podemos ayudar?*

FAMILIA:

- ¿Qué conoce de la enfermedad del paciente?
- ¿Qué conoce del proceso de rehabilitación?
- ¿Sabe los objetivos que se esperan alcanzar con dicho proceso?
- ¿Cree que su papel es importante en el proceso de rehabilitación del paciente? ¿De qué manera?
- ¿Qué conoce del hospital San Juan de Dios y su actividad?
- ¿Qué espera de la estancia de su familiar en el mismo?
- ¿Le preocupa este cambio?
- ¿Qué necesita saber? ¿Cómo le podemos ayudar?*

**Pregunta más general para que tanto paciente como familia se expresen, nos permite individualizar un poco este cuestionario ya que no todas las personas necesitan lo mismo ni tienen las mismas inquietudes.*

ANEXO V

GUIÓN PARA LA SESIÓN CON EL PACIENTE EN EL CENTRO DE PROCEDENCIA

- 1) PRESENTACIÓN DEL PROFESIONAL:
 1. Nombre
 2. Cargo

- 2) PRESENTACIÓN DEL HOPITAL:
 1. Ubicación
 2. Contacto
 3. Instalaciones
 4. Servicios
 5. Especialidades

- 3) PRESENTACION DE LA UNIDAD:
 1. Facultativos
 2. Supervisora
 3. Personal
 4. Infraestructura

- 4) FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD:
 1. Criterios
 2. Normas
 3. Horarios
 4. Actividades

- 5) PRESENTACIÓN DE LA UNIDAD DE RHB:
 1. Facultativos
 2. Supervisora
 3. Personal
 4. Infraestructura

- 6) FUNCIONAMIENTO UNIDAD RHB:
 1. Criterios
 2. Normas
 3. Horarios
 4. Actividades

- 7) SU ENFERMEDAD:
 1. Comprobar lo que saben
 2. Explicar lo que se le va a hacer
 3. Implicar a la familia en el proceso
 4. Crear un ambiente de confianza y seguridad

- 8) DUDAS, INQUIETUDES, SUGERENCIAS.

ANEXO VI

NOMBRE:	DIAGNÓSTICO:
UNIDAD:	PERIODO DE INGRESO EN LA UNIDAD:
CENTRO DE PROCEDENCIA:	

	SI	NO
Conocimiento de la enfermedad		
Conocimiento del proceso de rehabilitación		
Conocimiento de la actividad del hospital		
Conocimiento de los objetivos del proceso		
Conocimiento de la importancia del apoyo familiar		
Conocimiento del papel del personal sanitario en el proceso		
Sensación subjetiva de adaptación al nuevo centro		
Sensación objetiva de adaptación al nuevo centro		

ANEXO VII

NOMBRE:	DIAGNÓSTICO:
UNIDAD:	PERIODO DE INGRESO EN LA UNIDAD:
CENTRO DE PROCEDENCIA:	

	SATISFECHO	INSATISFECHO
Infraestructura del centro		
Personal de la unidad		
Funcionamiento de la unidad		
Personal RHB		
Funcionamiento ud. RHB		
Implicación conseguida de la familia		
Objetivos de salud conseguidos		
Día a día en el centro		