

Universidad Pública de Navarra

Programa de educación y
seguimiento a pacientes con
nueva situación de
dependencia, tras haber
sufrido un Ictus

Trabajo Fin de Máster



Marta Pulido Fontes

Máster Universitario en Salud Pública

Curso 2014-2014



Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

El profesor Francisco Guillén Grima, certifica que:

El presente trabajo realizado por Marta Pulido Fontes, diplomada en Enfermería y estudiante del Máster Oficial en Salud Pública de la Universidad Pública de Navarra, titulado **“PROGRAMA DE EDUCACIÓN Y SEGUIMIENTO A PACIENTES CON NUEVA SITUACIÓN DE DEPENDIENTE, TRAS HABER SUFRIDO UN ICTUS”** ha sido realizado bajo su supervisión y cumple todos los requisitos necesarios para su presentación y posterior defensa en sesión pública ante el tribunal constituido para la evaluación de los Trabajos Fin de Máster.

Y para que así conste, expedido y firmo el presente certificado.

En Pamplona a

FDO: Francisco Guillén Grima.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
MARCO TEÓRICO Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN	7
ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES o ICTUS	7
ESTRATEGIA NAVARRA DE ATENCIÓN INTEGRADA A LOS ENFERMOS CRÓNICOS Y PLURIPATOLÓGICOS	15
NUEVOS PERFILES PROFESIONALES	20
SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA	22
MARCO NORMATIVO	27
NORMATIVA NACIONAL	27
NORMATIVA COMUNITARIA	27
PROGRAMA DE EDUCACIÓN Y SEGUIMIENTO A PACIENTES CON NUEVA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA POST ICTUS	29
OBJETIVOS	29
DESARROLLO	29
PRINCIPALES INTERVENCIONES DEL PROGRAMA EDUCATIVO	33
IMPLANTACIÓN DE LA ENFERMERA DE ENLACE	40
ESTIMACIÓN ECONOMICA DEL PROGRAMA	43
CONCLUSIONES	44
BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXOS	47

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cerebrovasculares, constituyen un grave problema de salud pública y una pesada carga sociosanitaria en los países industrializados. Representan una de las principales causas de mortalidad e incapacidad en la edad adulta. En España es la segunda causa de muerte en hombres y la primera en mujeres.

Los daños cerebrales producidos por el ictus suponen un cambio radical en la vida familiar, laboral y social de los pacientes que la padecen. Aproximadamente el 50% de los supervivientes de un ictus tiene un grado de incapacidad, de los que casi un 20% van a requerir una hospitalización definitiva.

La recuperación tras un ictus representa un gran desafío físico y psíquico, prolongado en el tiempo. Los pacientes que se enfrentan a esta situación han de percibir el apoyo familiar, así como la implicación de los profesionales sanitarios que se encuentra a lo largo del proceso asistencial.

Para llevar a cabo un correcto plan rehabilitador es imprescindible la integración de los cuidados necesarios por parte del equipo multidisciplinar y la continuidad de los mismos. Garantizando la individualización de los cuidados, evitando la fragmentación o mala coordinación con las unidades rehabilitadoras de referencia, que puedan influir negativamente en la recuperación del paciente.

La continuidad asistencial en muchas ocasiones se ve mermada, debido a que los diferentes niveles de atención (atención primaria, especializada) actúan de formas independientes y aisladas. Para que esto no ocurra deben establecerse nuevos sistemas en los que se cuente con la participación de todos los profesionales.

Para paliar esta situación El Departamento de Salud de Navarra, ha creado el programa piloto; "**Estrategia Navarra de atención integrada a los enfermos crónicos y pluripatológicos**" cuyo objetivo principal es pasar del actual modelo de atención sanitaria, a otro en el que se ofrezcan una atención integrada y una continuidad en los cuidados entre los niveles asistenciales.

A través del programa de educación y seguimiento a pacientes con nueva situación de dependencia post ictus, se pretende establecer un programa de educación para pacientes que han sufrido un ictus y sus familiares. El programa será llevado a cabo por la enfermera de enlace del servicio de neurología. De esta forma se asegurará un cuidado continuo e integrado, no solo durante la hospitalización sino una vez terminada su estancia hospitalaria.

MARCO TEÓRICO Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES o ICTUS

Las enfermedades cerebrovasculares (ECV) se presentan de manera habitual como episodios agudos. Están causadas por un trastorno circulatorio cerebral que altera transitoria o definitivamente el funcionamiento de una o varias partes del encéfalo. Las ECV pueden dividirse en dos grandes grupos en razón de la naturaleza de la lesión: las lesiones isquémicas (80%) y por otro las hemorragias (20%)¹

EPIDEMIOLOGÍA

Los estudios epidemiológicos en España señalan una incidencia **de 150 a 200 casos por 100.000 habitantes año.**

En el momento actual es el proceso médico que más estancias hospitalarias, invalidez y mortalidad causa.

En nuestro país representa la segunda causa de muerte (Figura 1) y, si tenemos en cuenta el género, representa la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres.

Figura 1. Fuentes Instituto Nacional de Estadística.

Número de defunciones según las causas de muerte más frecuentes ^(*)			
Año 2013	Total	Hombres	Mujeres
Total defunciones	390.419	199.834	190.585
Enfermedades isquémicas del corazón	33.413	19.402	14.011
Enfermedades cerebrovasculares	27.850	11.593	16.257
Cáncer de bronquios y pulmón	21.664	17.559	4.105
Insuficiencia cardíaca	16.888	6.136	10.752
Demencias	16.305	5.332	10.973
Enf. crónicas de las vías respiratorias inferiores (ECVRI)	15.387	11.377	4.010
Enfermedad de Alzheimer	12.775	3.843	8.932
Cáncer de colon	11.850	6.944	4.906
Enfermedad hipertensiva	11.243	3.648	7.595
Diabetes mellitus	9.391	3.985	5.406
Neumonía	8.333	4.317	4.016
Insuficiencia renal	6.836	3.188	3.648
Cáncer de mama	6.589	112	6.477
Cáncer de páncreas	6.039	3.169	2.870
Cáncer de próstata	5.787	5.787	-

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

En Navarra, la incidencia cruda expresada en número de casos por 100.000 habitantes/año es de 195,3 para varones y 176,6 para mujeres, con una incidencia global de 185,4. Es decir alrededor de 1.200 navarros sufrirán un primer ictus cada año².

Navarra es una de las comunidades del estado con la tasa más alta de personas con daño cerebral adquirido provocado por el ictus. Mientras la media española de tasa de prevalencia (personas que viven con un ictus) es de 7,3 por cada 1.000 habitantes en Navarra es de 9,2 (11,1 mujeres y 7,4 hombres)

CLASIFICACIÓN ^(1,2)

Podemos dividir las ECV en dos grupos fundamentales, los ictus hemorrágicos y los derivados de la isquemia cerebral.

1. Ictus Hemorrágico

Ocurre por la extravasación de sangre dentro de la cavidad craneal, secundaria a la rotura de un vaso sanguíneo, arterial o venoso, por diversos mecanismos.

Existe una gran variabilidad clínica en cuanto a la localización topográfica, forma y tamaño del sangrado.

2. Ictus Isquémico

Son aquellas alteraciones encefálicas secundarias a un trastorno del aporte circulatorio. En función de si esta situación de aporte es momentánea o permanente, distinguimos entre:

2.1.-Ataque Isquémico transitorio (AIT)

Episodio breve de disfunción neurológica consecuencia de la alteración transitoria del aporte sanguíneo cerebral. Cursa con síntomas clínicos que típicamente duran menos de una hora, sin evidencia de infarto en las técnicas de neuroimagen. Los pacientes que han sufrido un AIT se consideran un grupo de alto riesgo de infarto cerebral, pero el pronóstico individual es extraordinariamente variable, por ello una vez diagnosticado, debe estudiarse el mecanismo causante.

2.2.-Infarto Cerebral

Ocasionado por la alteración mantenida del aporte circulatorio a un territorio encefálico, lo que produce un déficit neurológico durante más de 24 horas, lo que indica una necrosis tisular. Los distintos tipos se clasifican según su etiología:

- *Infarto aterotrombótico*: producido por la presencia de arterioesclerosis que producen la oclusión o estenosis en las arterias cerebrales.
- *Infarto Lacunar*: infarto de pequeño vaso, localizado en el territorio de distribución de las arteriolas perforantes cerebrales, ocasiona “síndrome lacunar” (hemiparesia motora pura, síndrome sensitivo puro, síndrome sensitivo motriz, hemiparesia atáxica y disartria-mano torpe)
- *Infarto Cardioembólico*: ocurre por la presencia de una cardiopatía embolígena.
- *Infarto de causa rara*: cuando se han descartado los tipos anteriores y el paciente no presenta ningún factor de riesgo cardiovascular cerebral.
- *Infarto de etiología indeterminada*: donde coexisten dos o más posibles etiologías.

SÍNTOMAS CLÍNICOS

El ictus no tiene un síntoma clínico único y evidente, ni una causa dominante. La Sociedad Española de Neurología (SEN) establece cinco signos/síntomas que deben advertirnos de la presencia de ictus:

- Debilidad o adormecimiento en un lado del cuerpo
- Dificultad de visión en uno o ambos ojos.
- Dificultad para hablar o comprender el lenguaje.
- Dolor de cabeza más grave de lo habitual.
- Vértigo o inestabilidad, especialmente cuando se asocian con otro de los síntomas anteriores.

FACTORES DE RIESGO

Los factores predisponentes para el ictus se dividen entre aquellos que no son modificables y los que son modificables, por tanto prevenibles.⁽⁴⁾

Factores NO modificables.

- **La edad:** La incidencia de ictus se duplica cada 10 años a partir de los 55 años.
- **Sexo:** más frecuente en mujeres (probablemente por mayor número de mujeres de edad avanzada).
- **Antecedentes familiares:** tanto por agrupación familiar de los tres factores predisponentes principales (HTA, diabetes e hipercolesterolemia). Como por enfermedades de las arterias o hematológicas hereditarias (enfermedad de Fabry, trastornos de coagulación, etc.)

Factores Modificables.

- **Hipertensión Arterial:** es el factor más importante y a menudo pasa inadvertido.
- **La diabetes:** la glucosa alta en sangre, favorece el daño de los vasos sanguíneos.
- **Hipercolesterolemia:** facilitador de la ateromatosis y de la isquemia tanto coronaria como carotídea.
- **Homocisteína:** parece existir una relación entre la incidencia de ictus y valores elevados, pero su papel no está claro ni su factor dietético.
- **Cardiopatías embolígenas:** como la fibrilación auricular, sobretodo en mayores de 75 años. Ser portador de prótesis valvulares cardíacas, la presencia de valvulopatías.
- **Anticonceptivos orales y terapias hormonales:** dado que estos pueden alterar los factores de coagulación.
- **Tabaquismo:** predispone a la arterioesclerosis, incrementando el riesgo de dos-tres veces. También facilitan el espasmo arterial y el daño endotelial.
- **Alcohol y drogas:** consumo excesivo de etanol predispone a través de varios mecanismos:
 - Aumenta las arritmias cardíacas y miocardiopatías.
 - Aumenta la incidencia de HTA y la hipertrigliciremia.
 - Facilita la agregación plaquetaria y activa la cascada de coagulación.
 - Disminuye el flujo sanguíneo cerebral.
- **Otros factores individuales:** como el sedentarismo, la obesidad, el síndrome de apneas del sueño.

SECUELAS COMUNES TRAS UN ICTUS.

Los pacientes que han sufrido un ictus pueden experimentar una gran variedad de limitaciones y complicaciones derivadas de éstas, como son:

- **Déficit motores** totales o parciales, de alguna extremidad o de un hemicuerpo.
- Alteraciones **sensitivas**.
- Alteraciones **visuales**, totales o de algún campo visual.
- Alteraciones del **lenguaje**, tanto de la comprensión como para la emisión y creación del mismo.
- **Disfagias**, imposibilidad o dificultad para tragar sólidos y/o líquidos.
- Alteraciones en el **patrón de eliminación**: incontinencia urinaria o estreñimiento
- Alteraciones del **humor**: depresión, ansiedad, labilidad emocional.
- Alteraciones **cognitivas**: déficit de atención, demencia, alteración de la memoria, anosognosia (negligencia del déficit que sufren)

La combinación de estas limitaciones van a tener repercusiones sobre las actividades básicas de la vida diaria del paciente como son:

- Asearse
- Alimentarse
- Movilizarse, pasear
- Subir escaleras
- Vestirse
- Ir al servicio.

Resulta importante señalar que de los supervivientes de la fase aguda del ictus aproximadamente el 45% serán total o parcialmente dependientes a los 6 meses, cifra que se reduce al 33% transcurrido el primer año y se mantiene sin cambios en los 5 años siguientes.

COSTE ECONÓMICO Y CARGA GLOBAL DEL ICTUS

Tratando de hacernos una idea real del coste económico que suponen las ECV, hemos realizado un análisis de costes a través de la Red Española de Costes Hospitalarios

RECH, reconocida como válida para el Sistema Nacional de Salud por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se ha analizado el gasto económico derivado de la hospitalización del ictus. Analizamos los grupos diagnóstico de Ictus Isquémico (código 014) y accidentes cerebrovasculares no específicos y oclusión precerebral sin infarto (código15), durante el año 2012 en 8 hospitales diferentes.

Fuente Red Española de Costes Hospitalarios RECH⁵

Resultados	Valor
Número de hospitales	8
Número de Casos	1.914
Total (euros)	7.366.564
Media	3.849

Observamos que en los 8 hospitales estudiados, se han producido 1914 ingresos por Ictus isquémicos durante el año 2012, lo cual ha generado un gasto medio por paciente de 3.849 €

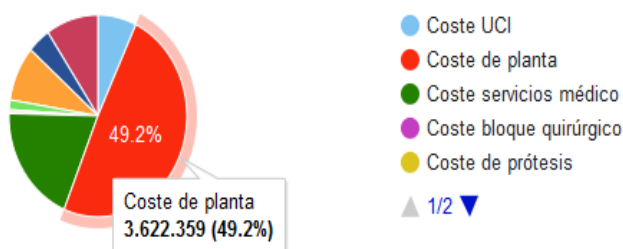
Número de hospitales	8
Número de Casos	1.914
Total (días)	15.877
Media	8,30
Desviación estándar	7,01

La estancia media de cada paciente es de 8,3 días con una desviación típica de 7,01 días. Siendo el total de días 15,87.

Detalle de costes

Vemos que casi la mitad del gasto se genera por el largo periodo de hospitalización (un total de 3.622.659€), sin tener en cuenta los servicios médicos, ni las pruebas diagnósticas, que puedan ser necesarias para la atención de estos pacientes.

Tipo de coste	Porcentual (%)	Media
Coste UCI	7,02	270
Coste de planta	49,17	1.893
Coste servicios médico	19,18	738
Coste bloque quirúrgico	0,25	9
Coste de prótesis	0,37	14
Coste unidosis	1,55	60
Coste imagen	8,80	339
Coste otras pruebas	4,15	160
Resto de costes	9,51	366



Centrándonos en lo que ocurre en nuestra comunidad, en la revisión de la bibliografía encontramos trabajos interesantes que nos hacen tener una idea del importante impacto económico de la ECV. Así el estudio realizado por A. Hervás et al.⁶, recoge los costes asociados al ictus, ocasionados durante los tres primeros años de la enfermedad de manera retrospectiva; la población a estudio fueron pacientes diagnosticados de ictus pertenecientes a la zona básica de salud de Tafalla en el periodo 1999 a 2003. Los costes medios desde la perspectiva social de la enfermedad cerebrovascular se sitúan en 5.759'50 € para el primer año de seguimiento, para el segundo 3.596'60 € y 4.671,30 € para el tercero.

Concluyen que el mantenimiento de los costes durante los tres años es debido a la necesidad de ingreso en residencias. La proporción de los diferentes tipos de costes la atribuyen a que los costes de la atención hospitalaria son los más importantes en el primer año, suponen casi el 50% del total de ese año; los costes de la atención ambulatoria en este periodo representan el 40%. En los dos años siguientes los costes de atención ambulatoria aumentan representando el 70% del total.

Otro interesante estudio realizado por el mismo autor, A. Hervás et al.⁷, calcula el coste del cuidado informal (los cuidados prestados por familiares, amigos que no reciben ninguna contribución económica) del ictus en una población general y lo analiza en función del grado de dependencia; estudian todos los casos diagnosticados de ictus a 31 de diciembre de 2004 pertenecientes a una zona básica de salud de Navarra. De 90 pacientes entrevistados, 34 (37,8%) son funcionalmente independientes, 16 (17,8%) están institucionalizados y 40 (44,4%) precisan cuidados informales y no están institucionalizados en residencias. Los pacientes con necesidad de cuidados informales (n = 40) tienen una edad media (DE) de 79 (6,7) años (rango, 65 y 95), con un tiempo de evolución medio de 3 (2,75) años; 22 (55%) eran mujeres y 18 (45%) varones. Los pacientes no institucionalizados precisan cuidados informales, con una media de 2 cuidadores por paciente y 5,6 h/día de cuidados. El perfil del cuidador es el de una mujer, ama de casa, con una edad media de 56 años y que cuenta con otra persona para realizar el cuidado informal. Para el total de los pacientes, el rango de coste medio se sitúa entre 6.490 y 31.436€/año. Para los pacientes con mayor nivel de dependencia para las actividades de la vida diaria (ABVD) el rango está entre 6.490 y

89.818€/año. El rango para el paciente dependiente moderada (AIVD) se encuentra entre 6.490 y 31.436€/año.

CAMBIOS SOCIOSANITARIOS

Los cambios demográficos y sociales están produciendo un incremento progresivo del envejecimiento de la población y un incremento de la población en situación de dependencia. Por una parte nos encontramos con incapacidades derivadas del propio envejecimiento y por otro lado la dependencia derivada de enfermedades. Por lo tanto estamos frente a un cambio en el patrón epidemiológico de las enfermedades, dominado por las enfermedades crónicas. Sin que se produzcan cambios en los sistemas de salud, aún orientados mayoritariamente a la atención de procesos agudos.

El aumento de la esperanza de vida, las enfermedades crónicas y las altas tasas de dependencia, tienen grandes repercusiones socioeconómicas, las cuales ponen en peligro la sostenibilidad del Sistema Sanitario.

Por ello es necesario plantear un cambio en el modelo asistencial, hasta ahora dirigido a la gestión de procesos agudos. El cual se ve obsoleto ante las necesidades crecientes de los pacientes con enfermedades crónicas y aquellos que presentan varias enfermedades crónicas (pacientes pluripatológicos). Estos pacientes requieren de una atención continuada y personalizada, sin fragmentación, que garanticen su bienestar sociosanitario⁸.

Desde el punto de vista de los ciudadanos es inexplicable que la compleja y en ocasiones rígida, organización de los servicios sanitarios, interfiera en la prestación de un servicio integral, orientado a sus necesidades y que comprenda todo el proceso, al margen del nivel asistencial donde tenga lugar.

Ante esta situación y haciendo caso a las recomendaciones de la OMS publicadas en el 2005 "Preventing Chronic Diseases, a vital investment"⁹, el cual anima a los sistemas sanitarios a rediseñar y establecer nuevas estrategias más eficaces para hacer frente a la cronicidad.

El Departamento de Salud de Navarra, ha creado el programa piloto; "**Estrategia Navarra de atención integrada a los enfermos crónicos y pluripatológicos**" cuyo objetivo principal es pasar del actual modelo de atención sanitaria, a otro en el que se ofrezca una atención integrada y una continuidad en los cuidados entre los niveles asistenciales.

ESTRATEGIA NAVARRA DE ATENCIÓN INTEGRADA A LOS ENFERMOS CRÓNICOS Y PLURIPATOLÓGICOS

A continuación resaltaremos los puntos más importantes de dicha Estrategia encontrándose disponible el plan completo en la página web del Sistema Navarro de Salud¹⁰.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

- Mejorar los resultados en salud y la calidad técnica de la atención.
- Mejorar la capacidad funcional y calidad de vida de los pacientes y cuidadores.
- Promover la autonomía y la capacitación de pacientes y cuidadores.
- Mejorar la satisfacción de los pacientes crónicos con la atención recibida.
- Contribuir a la sostenibilidad del sistema asistencial.
- Promover una cultura de mejora continuada de los procesos orientados al paciente.

LINEAS ESTRATÉGICAS.

Para lograr los objetivos se ha creado un plan de acción que contempla 8 grandes Líneas Estratégicas, que corresponden a los componentes claves del nuevo modelo de atención (Anexo I)

1. *Modelo de Segmentación.* Sus objetivos son:

- Segmentar la población por grupos homogéneos de necesidades.
- Identificar de manera inequívoca a los pacientes severos.
- Desarrollar sistemas de predicción de riesgo de descompensación.

- Establecer sistemas de ponderación de la carga epidemiológica para una mejor asignación poblacional de recursos.

2. **Modelo de atención.** Hace una redefinición de la práctica asistencial exclusivamente clínica a una asistencia con un abordaje multidisciplinar, que garantice una atención continuada e integrada. Es decir, adecuar la modalidad de atención a la severidad del paciente. Creando patrones de atención por perfiles de pacientes (Anexo II)

3. **Modelo de organización** (Anexo III) Adaptar el modelo a la atención a crónicos supone superar la fragmentación actual del sistema sanitario y sociosanitario.

Las iniciativas previstas son:

- Crear nuevos perfiles profesionales y adecuar las funciones y responsabilidades de los distintos agentes intervinientes.
- Definir e implantar, circuitos y procedimientos para la mejora de la continuidad e integridad de la atención.
- Desarrollar nuevos servicios sociosanitarios y de rehabilitación funcional para mejorar la capacidad funcional de los pacientes crónicos.
- Establecer circuitos y procedimientos que garanticen la seguridad de la atención y conciliación de la medicación.

4. **Modelo de Autocuidado y atención al cuidador.** Promueve la implicación activa del paciente en su cuidado en las diferentes etapas de la enfermedad. Para ello se propone:

- La puesta en marcha de una Escuela de Pacientes y Cuidadores.
- Rediseñar el Portal de Salud Navarra, para convertirlo en una herramienta de ayuda.
- Garantizar la atención de forma que mejoren la confianza y seguridad de los pacientes en su autocuidado y su acceso a los servicios sanitarios (garantizar los controles necesarios, la cita en el día en caso de

descompensación, resolución de trámites sin la necesidad de acudir al centro, etc.)

- Contar con nuevos servicios de apoyo y consejo sanitario. Teléfono de consejo 24h.

5. **Modelo tecnológico.** Creación de una plataforma tecnológica que permita consultar los planes de cuidados de acceso universal a todos los profesionales sanitarios de los diferentes niveles asistenciales. Mejorando los sistemas de información clínicos actuales, que se encuentran fragmentados por especialidades y niveles de atención. Creación del espacio EUNATE, en la historia clínica para identificar a los pacientes crónicos (Anexo IV)

6. **Formación y Gestión del Cambio.** El nuevo modelo conlleva una importante modificación de los parámetros habituales de acción del sistema sanitario. El nuevo paradigma de la atención colaborativa comprende:

- Hacer al paciente el eje del sistema.
- Apuesta por un nuevo modelo colaborativo de atención.
- Mejorar la capacidad de resolución de la Atención Primaria.
- Nueva cultura de relación entre los niveles asistenciales.
- Orientación al logro de resultados, mediante la innovación organizativa, la autoevaluación y la mejora continuada del proceso integral de atención.
- Responsabilidad e implicación activa de todo el personal asistencial.

7. **Gestión Clínica Poblacional.** El nuevo modelo de pactos de gestión tendrá las siguientes características:

- Objetivos comunes de carácter poblacional.
- Orientado al logro de resultados globales, mediante objetivos de resultados como severidad y frecuencia de las descompensaciones, calidad de vida del paciente, monitorización de la esperanza de vida

libre de discapacidad, parámetros de calidad técnica, agilidad, accesibilidad y satisfacción, etc.

- Contribuir a la sostenibilidad del sistema.
- Promover la innovación organizativa, el trabajo en equipos interdisciplinarios, multidisciplinarios e intersectoriales.
- Garantizar la coherencia entre los objetivos pactados y los recursos asignados.
- Asegurar la coherencia entre los resultados obtenidos y los beneficios o incentivos obtenidos.

RESULTADO DEL PILOTAJE

La nueva estrategia de atención al paciente crónico se puso en marcha en Octubre de 2014 y ha sido evaluada a los 6 meses de su implantación, durante el periodo de 1 Octubre de 2014 al 31 de Marzo 2015¹¹.

El pilotaje, ha implicado a diferentes centros: 5 zonas básicas de salud; Estella, Pamplona (San Juan), Tafalla, Tudela Oeste y Ultzama. 5 centros de salud mental, 3 centros hospitalarios y la atención extrahospitalaria.

Los pacientes por los que se ha iniciado el pilotaje son pacientes pluripatológicos (con 3 o más enfermedades severas), insuficiencia cardiaca y demencias.

En total han sido atendidos 523 pacientes, con una media de edad de 82,1 años.

La coordinación con los diferentes niveles de atención se han visto facilitada con la nueva plataforma común en la historia clínica con la red Eunate, además con la creación de las nuevas figuras profesionales (enfermera de enlace hospitalario, enfermera gestora de casos y la enfermera de consejo). Así como también se han creados unidades de crónicos en los hospitales de Estella, Tudela y Pamplona.

En los primeros meses se han llevado a cabo las nuevas prácticas, como son la valoración global del paciente (médica, cuidados de enfermería y necesidades sociales) de la cual ha partido el plan terapéutico.

Se han potenciado las consultas no presenciales, el autocuidado por parte del paciente a través de sistemas de telemonitorización de diferentes parámetros de salud (tensión arterial, glucosa, etc.) con la creación de la escuela de pacientes y la disponibilidad del teléfono de consejo.

Las principales conclusiones a los seis meses son satisfactorias, pues se ha conseguido el objetivo deseado, descentralizando la atención en los centros hospitalarios e incrementando la gestión en la atención primaria. Lo que se traduce en una disminución en la atención de urgencias, los ingresos no programados, disminuyendo de este modo la estancia media hospitalaria.

En cuanto a la encuesta de satisfacción global, de los 145 pacientes interrogados, el 91% está satisfecho con la atención recibida, dando una puntuación media de 8´6 sobre 10.

De los profesionales encuestados, un 70% considera que se mejora la calidad asistencial y más del 80% recomienda extender la implantación del plan.

Cuando se cumpla un año de la puesta en marcha del pilotaje, se realizará una nueva evaluación, a partir de la cual se pondrá en marcha un calendario de despliegue, así como la inclusión de las diferentes enfermedades planificadas.

De lo expuesto anteriormente, podemos desprender la base sobre la que se plantea mi trabajo fin de máster:

- Una enfermedad con amplias repercusiones socio-sanitarias.
- Gran impacto económico de dicha enfermedad, mantenido durante años.
- Instauración aguda de situaciones de dependencia que generan un desconocimiento por parte del paciente y su familia.
- La necesidad de un seguimiento a largo plazo, a fin de evitar complicaciones mayores y garantizar un mayor grado de autonomía.
- Presencia de varios factores de riesgo o enfermedades confluyentes.
- Edad media alta de los pacientes afectados por ictus.

NUEVOS PERFILES PROFESIONALES

Como acabamos de ver los cambios de morbilidad de la población han aumentado las necesidades asistenciales de los usuarios. Necesidades que los pacientes esperan sean resueltas por el sistema sanitario, demandan una mayor información, un trato personalizado, mayor acompañamiento, en definitiva una atención integrada y una continuidad asistencial.

A través de la "**Estrategia Navarra de atención integrada a los enfermos crónicos y pluripatológicos**", se planifica la incorporación de nuevos perfiles profesionales, como son la gestión por casos, llevada a cabo por las enfermeras gestoras de casos y las enfermeras de enlace hospitalario.

Para comprender un poco mejor estos nuevos roles, sobre los que se va a articular el "programa de educación a pacientes con nueva situación de dependencia tras sufrir un ictus", he considerado oportuno hacer un recordatorio teórico de dicho modelo de gestión.

GESTIÓN POR CASOS

Es un método de provisión de servicios, del que no se dispone de una definición consensuada.

La Sociedad Americana de Gestión de Casos, lo define como un proceso de colaboración mediante el que se valoran, planifican, aplican, coordina, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles para promover resultado de calidad y coste-efectivos¹².

Los **puntos comunes** que se desprenden de todas las definiciones existentes son:

- Coordinación, negociación, obtención y planificación de servicios y recursos necesarios, para el paciente y la familia.
- Esfuerzo puesto en conseguir resultados clínicos de calidad en relación al coste efectividad.
- Coordinación de las diferentes disciplinas asistenciales, manteniendo y buscando la máxima autonomía, independencia y confort de su paciente.

Como señala Morales-Asencio¹³, entre las **intervenciones más frecuentes** llevadas a cabo por las enfermeras gestoras de caso destacan la detección de población en riesgo, la valoración multidisciplinar, la educación para el autocuidado, la regulación y monitorización del cumplimiento terapéutico, el apoyo a la familia y cuidadores, el apoyo psicosocial, el seguimiento proactivo, la planificación del alta hospitalaria, las visitas y seguimiento domiciliario, facilidad de acceso a las ayudas técnicas y el desarrollo de vías clínicas interniveles.

Montserrat Teixidor¹⁴ señala que la enfermera gestora de casos ha de tener experiencia y demostrar su competencia en el ámbito clínico, educativo, en la investigación y en la gestión. Para ello define **los diferentes roles que debe desempeñar**:

- *Rol Social*, dado que presta servicio a los miembros de la comunidad actuando junto a las personas que necesitan ayuda.
- *Rol de educadora*. Planificará intervenciones de formación que eviten complicaciones al paciente/familia. Ayudando a proveer sus planes de tratamiento y a desarrollar habilidades que posibiliten la independencia de la persona. Harán una educación dirigida a la autogestión.
- *Rol de gestora, de coordinadora y de colaboración*, pues será ella quien coordinará y liderará al equipo multidisciplinar. Para ello conocerá los diferentes servicios y recursos del sistema sanitario y social.
- *Rol de consejera*, orientando a las enfermeras clínicas que trabajen en su área de especialidad y formando a nuevas gestoras de casos.
- *Rol en la gestión de conflictos, en finanza y negociación*. Posee una idea del conjunto y sitúa el punto de vista de la gestión financiera de todo el proceso. Permitiendo lograr la máxima colaboración de todos los implicados. Siendo la responsable de la progresión del usuario a lo largo del continuum.
- *Rol investigador*. Haciendo que las enfermeras se responsabilicen del desarrollo de su práctica profesional, posibilita prácticas reflexivas y garantiza la innovación y la excelencia en la calidad de los cuidados.

- *Rol de acompañamiento*, actúa aportando una ayuda respetuosa en cada una de las etapas del continuum asistencial, de forma que la persona optimiza sus propios recursos y los de su entorno.
- *Rol en la gestión de resultados*, centrados en el paciente/familia. Las características específicas deben ser realistas, observables y medibles. Los resultados que se esperan serán definidos, comunicados y asumidos por el paciente/familia, así como la forma en la que se quieren conseguir.

Evidencia y validez de la gestión por casos.

La estrategia centrada en el desarrollo de la enfermera gestora de casos, ha sido avalada internacionalmente por diferentes informes procedentes de diferentes centros de evidencia como la NHS Economic Evaluation Database, la Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness y la Cochrane Database of Systematic Reviews¹⁵.

En nuestro país se han despertado muchas iniciativas, siendo las más consolidadas hasta ahora las llevadas a cabo en Andalucía, Cataluña y País Vasco, Morales-Asencio¹³

SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA

El Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) es un hospital público general perteneciente al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, cuya misión es la prestación de asistencia sanitaria especializada a los ciudadanos de la Comunidad Foral de Navarra y de otras Comunidades Autónomas en los servicios de referencia y con carácter universal en la atención urgente. Asimismo contribuye a la docencia pregrado, postgrado, la formación especializada y la investigación.

El servicio de Neurología del CHN, es el centro de referencia de la especialidad para toda la Comunidad Foral de Navarra, cubre la asistencia neurológica especializada de una población mayor de 500.000 habitantes, siendo el centro de referencia para los otros dos hospitales de la red pública de la Comunidad (Hospital Reina Sofía de Tudela y Hospital García Orcoyen de Estella). Desarrolla una intensa actividad asistencial, docente e investigadora.

Cuenta con áreas de asistencia y diagnóstico bien delimitadas:

- Área de hospitalización cuenta con 32 camas. Ubicada en el pabellón E, 2ª planta CHN
- Unidad de Ictus cuenta con 6 camas. Ubicada en el pabellón E.2ª planta del CHN
- Hospital de día. Ubicado en el pabellón B 2ª planta del CHN
- Consultas externas, generalizadas y monográficas. Existen 8 consultas, ubicadas en el Centro Príncipe de Viana
- Neurosonología: ubicada en el pabellón E, planta -1 del CHN
- Laboratorio de Neuroepigenética (Navarrabiomed)
- Consultas de Enfermería Neurológica: ubicadas en el Centro de Consultas Príncipe de Viana. Existen dos consultas enfocadas a la atención de enfermos con Esclerosis Múltiple y enfermos y familiares de pacientes con Demencia y otras enfermedades neurodegenerativas (en creación desde 2014-15). Estas consultas nacieron debido a la necesidad de continuidad de cuidados de enfermería que requieren los pacientes con patologías neurológica.

Unidad de Ictus y Planta de Hospitalización del CHN, E 2ª.

Anualmente ingresan más de 800 ictus (73% de los ingresos) de los cuales un 72% lo hace en la Unidad de Ictus, con una edad media de los pacientes ingresados de 73 años (71 años en los hombres, frente a 76 años en las mujeres). El 86% de los ictus se deben a isquemia cerebral, mientras que el 14% corresponde a una hemorragia intracerebral¹⁶

La estancia media para pacientes con ECV es de 7,96 días, lo que representa la quinta causa de ingreso con mayor tasa media de estancia ¹⁷ (Tabla 2).

El hecho de que los pacientes permanezcan tanto tiempo en el hospital se ve influenciado por varias cuestiones:

- **Curso clínico:** la estabilización clínica pasada la fase aguda, aproximadamente 72 horas tras el inicio de los síntomas.

- La realización de un estudio médico con la finalidad de conocer la etiología del ictus y si fuera necesario iniciar un tratamiento médico (anticoagulación oral) o quirúrgico (endarterectomía).
- La aparición de complicaciones:
 - El 30% de los Ictus isquémicos pueden presentar una transformación hemorrágica. Lo cual agrava el curso clínico y supone un riesgo vital.
 - La fiebre: la causa más frecuente son la neumonía o la infección urinaria.
- **Gestión socio-sanitaria:** como hemos mencionado, aproximadamente el 45% de los supervivientes tendrán un grado de dependencia total o parcial. Esta dependencia hace necesario que en algunos casos los pacientes precisen de un trasladado a un centro de media-larga estancia con la finalidad de mejorar su función motora, la capacidad de comunicación, el conocimiento, la percepción y en definitiva, restablecer la autonomía del paciente en el mayor grado posible. El sistema público de Navarra cuenta con tres centros de media-larga estancia (Hospital San Juan de Dios de Pamplona, Hospital San Juan de Dios de Tudela y la Clínica Ubarmin), y en muchas ocasiones el alta hospitalaria se ve retrasada hasta la disponibilidad de plaza en uno de estos centros.

Tabla 2, fuente Memoria 2014 Servicio Navarro de Salud¹⁷

TABLA 7.24 / 25 GRD MÁS FRECUENTES DE LA RED HOSPITALARIA 2013-2014											
Total Altas: 57.221 (Altas codificadas 94,9%). Estancia Media: 6,02. Peso Medio: 1.545. PIR FACTURABLE: 87.039,01.											
RANGO	GRD	PESO	DESCRIPCIÓN GRD	Pacientes 2013		Pacientes 2014		Estancia Media		2014/2013	
				Nº CASOS	%	Nº CASOS	%	2013	2014	Diferencia E. MEDIA	Impacto(1)
1	373	0,599	PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES	3.214	5,76%	2.998	5,24%	2,63	2,60	-0,03	-102,97
2	541	2,228	NEUMONIA SIMPLE Y OTROS TRAST. RESPIRATORIOS EXC. BRONQUITIS & ASMA CON CC MAYOR	1.405	2,52%	1.611	2,82%	9,13	8,57	-0,56	-906,68
3	372	0,699	PARTO VAGINAL CON COMPLICACIONES	1.326	2,37%	1.408	2,46%	3,25	3,20	-0,05	-68,35
4	243	0,774	PROBLEMAS MÉDICOS DE LA ESPALDA	1.361	2,44%	911	1,59%	2,84	3,69	0,84	768,91
5	127	1,300	INSUFICIENCIA CARDÍACA & SHOCK	851	1,52%	850	1,49%	7,39	7,31	-0,08	-71,61
6	494	1,093	COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA SIN EXPLORAC. CONDUCTO BILIAR SIN CC	676	1,21%	810	1,42%	2,65	2,44	-0,21	-167,82
7	818	3,155	SUSTITUCIÓN DE CADERA EXCEPTO POR COMPLICACIONES	684	1,22%	699	1,22%	10,47	10,30	-0,18	-124,11
8	209	2,778	SUSTITUCIÓN ARTICULACIÓN MAYOR EXCEPTO CADERA & REEMPLANTE MIEMBRO INFERIOR, EXCEPTO POR C.	495	0,89%	654	1,14%	9,69	10,01	0,32	210,15
9	430	1,388	PSICOSIS	598	1,07%	426	0,78%	22,18	21,41	-0,77	-481,01
10	814	1,675	ICTUS CON INFARTO	571	1,02%	585	1,02%	7,86	7,96	0,10	60,99
11	088	1,061	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	568	1,02%	570	1,00%	7,67	7,42	-0,25	-142,34
12	089	1,186	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD >17 CON CC	525	0,94%	550	0,96%	7,76	7,72	-0,04	-20,90
13	544	3,301	ICC & ARRITMIA CARDÍACA CON CC MAYOR	553	0,99%	546	0,95%	9,76	9,57	-0,19	-101,71
14	311	0,860	PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES SIN CC	528	0,95%	545	0,95%	2,36	1,44	-0,92	-500,09
15	101	0,999	OTROS DIAGNÓSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	504	0,90%	543	0,95%	6,95	6,85	-0,10	-65,14
16	222	1,196	PROCEDIMIENTOS SOBRE LA RODILLA SIN CC	658	1,18%	497	0,87%	1,55	1,66	0,11	52,31
17	359	1,014	PROC. SOBRE ÚTERO & ANEJOS POR CA. IN SITU & PROCESO NO MALIGNO SIN CC	553	0,99%	458	0,80%	3,09	3,32	0,22	102,76
18	371	0,881	CESÁREA, SIN COMPLICACIONES	430	0,77%	448	0,78%	4,54	4,35	-0,20	-87,80
19	225	1,413	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE	487	0,87%	447	0,78%	1,54	1,64	0,10	44,44
20	087	1,416	EDEMA PULMONAR & INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	339	0,61%	444	0,78%	7,38	7,31	-0,07	-31,96
21	229	0,937	PROC. SOBRE MANO O MUÑECA, EXCEPTO PROC. MAYORES S. ARTICULACIÓN SIN CC	490	0,88%	394	0,69%	1,33	1,22	-0,11	-45,26
22	227	1,130	PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS SIN CC	420	0,75%	382	0,67%	1,95	1,94	-0,01	-2,08
23	219	1,409	PROC. EXTR. INFERIOR & HÚMERO EXC. CADERA, PIE, FEMUR EDAD >17 SIN CC	439	0,79%	381	0,67%	4,04	3,90	-0,14	-53,89
24	224	1,018	PROC. HOMBRO, CODO O ANTEBRAZO, EXC. PROC. MAYOR DE ARTICULACIÓN SIN CC	363	0,65%	380	0,66%	2,18	1,93	-0,26	-97,09
25	381	0,766	ABORTO CON DILATACIÓN & LEGRAO, ASPIRACIÓN O HISTEROTOMÍA	385	0,69%	369	0,64%	0,99	0,88	-0,11	-41,12

(1) Impacto en estancias. NOTA: El agrupador utilizado ha sido el AP27.

Equipo Multidisciplinar del servicio de Neurología, E 2ª.

El equipo de hospitalización está formado, por 4 neurólogos Adjuntos y 2 médicos internos residentes de neurología, 26 enfermeras, 20 auxiliares de enfermería, 5 celadores, una trabajadora social y una secretaria. Además de los servicios colaboradores, de Rehabilitación y de Nutrición y Dietética.

La función de cada uno de estos profesionales está bien delimitada y protocolizada. A lo largo de nuestro proyecto nos centraremos en las funciones de enfermería, dado que el objetivo del trabajo fin de máster que presentamos, es la creación de un programa de educación y seguimiento para el alta llevado a cabo por estos profesionales.

Las actividades realizadas por el equipo de enfermería de la planta abarcan múltiples aspectos:

- **Nivel asistencial;** vigilancia y seguimiento de la evolución clínica, control de los signos y síntomas de alarma, monitorización de constantes, correcta administración de tratamiento farmacológico, así como la atención a las necesidades básicas del paciente entre otras. Llevando a cabo un plan de cuidados personalizado a cada paciente.
- **La función docente;** cuyo principal objetivo es informar y educar al paciente y familia para evitar complicaciones, dirigiendo el esfuerzo a la autogestión del paciente.
- **Administrativa;** en cuanto al seguimiento y control de las diferentes pruebas, y a la organización de las diferentes actividades no asistenciales.
- **Investigadora;** haciendo uso de la práctica reflexiva que garantiza la innovación y la excelencia en la calidad de los cuidados.

Trabajador Social de la unidad de neurología, atiende la demanda de recursos socio-sanitarios necesarios para los pacientes. Garantizando una buena planificación al alta, para disponer de los recursos necesarios en su domicilio o gestionando el traslado a los centros de media-larga estancia.

La decisión del **destino al alta** de los pacientes se toma de manera multidisciplinar; por el equipo médico, supervisor de enfermería en representación del equipo de

enfermería y trabajo social. De manera que dos veces por semanas, martes y jueves, estas tres partes se reúnen en el seminario médico de la planta para abordar estas cuestiones.

Dado que las actividades realizadas por la enfermera de hospitalización son tan variadas y numerosas, en ocasiones la función docente al paciente y familiares se ve reducida a un mero acto informativo. Llevándose éste a cabo a través de consejo sanitario con recomendaciones generales y no a través de un programa de educación estructurado e individualizado, donde se prioricen los problemas potenciales, las principales intervenciones a realizar y los objetivos que se quieren alcanzar.

En la actualidad cuando un paciente se va de alta, se realiza un plan de continuidad de cuidados (informe de alta enfermería), a través de la historia clínica informatizada, que una vez validado se guarda en la historia del paciente y su enfermera de atención primaria puede acceder al mismo. Pero no existe una continuidad ni una comunicación con los equipos de atención primaria, ni con los centros de larga-media estancia, de modo que si surgen dudas sobre dicho plan, estas no se resuelven. De esta forma las enfermeras de hospitalización terminan su función cuando el paciente es dado de alta o trasladado. Por ello se plantea la realización de este programa de educación y seguimiento.

MARCO NORMATIVO

Al observar el marco normativo vigente, observamos como los sistemas asistenciales encaminados a la atención integrada y la continuidad en los cuidados se ven respaldados por las mismas normativas.

NORMATIVA NACIONAL

El artículo 14 de la Ley de Cohesión y Calidad (Ley 16/2003)¹⁸ define la prestación social como << el conjunto de cuidados destinados a los enfermos generalmente crónicos que por sus especiales características y/o situación puedan beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones y/o sufrimientos y facilitar su reinserción social >>

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010¹⁹ donde se recoge: Estrategia 9.- Mejorar la atención de los pacientes con determinadas patologías. Estrategia 128. Elaborar, en colaboración con las sociedades científicas, las Comunidades Autónomas y las asociaciones de pacientes la Estrategia sobre accidente vascular cerebral.

NORMATIVA COMUNITARIA

Decreto Foral 19/2010, de 12 de Abril²⁰

En el apartado de los fines a los que orientará su actividad, el Complejo Hospitalario de Navarra, recoge:

Adecuar la organización de las diferentes unidades asistenciales a los objetivos de mejora de la calidad y de la eficacia, impulsando cuantos procesos participativos sean necesarios y aconsejables.

Proporcionar los elementos formativos y técnicos necesarios para la divulgación e implantación de modelos basados en criterios de gestión clínica.

Facilitar el establecimiento de mecanismos de coordinación eficaces en el caso de las unidades multidisciplinares e impulsar alianzas estratégicas entre niveles y centros en función de criterios de racionalidad, calidad y demanda.

Plan Navarro de Salud 2014-2020²¹, donde se recogen entre otras:

Estrategias de Salud Priorizadas.

- Estrategia de prevención y atención a enfermedades vasculares y diabetes.
 - Programa de atención y rehabilitación del Ictus.
 - Enfermera gestora de casos en AP y enfermera de enlace en la atención hospitalizada.
- Estrategia de atención a pacientes crónicos y pluripatológicos. Analizada en el capítulo anterior.

Transformación de la atención.

Para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público, hay que impulsar un nuevo modelo de atención más racional, más proactivo y más orientado a la necesidad que a la demanda.

El proyecto de trabajo fin de máster, vemos como también cuenta con el respaldo de la normativa vigente. Marco de gran ayuda dado que las líneas políticas y estratégicas van dirigidas en la misma dirección que el objetivo principal del proyecto, la continuidad de cuidados y la atención integral a los pacientes.

PROGRAMA DE EDUCACIÓN Y SEGUIMIENTO A PACIENTES CON NUEVA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA POST ICTUS.

OBJETIVOS

Objetivo General: establecer un programa de educación para pacientes y familiares que han sufrido un cambio radical en su vida, que será llevado a cabo por la enfermera de enlace del servicio de neurología. De esta forma asegurando un cuidado continuo e integrado, no solo durante la hospitalización sino una vez terminada su estancia hospitalaria.

Objetivo Específicos.

- Definir la población diana, a la que va dirigida el programa.
- Definir el perfil de la nueva figura de enfermería (la enfermera de enlace), su ubicación y las necesidades de la misma.
- Definir las actividades de la enfermera de enlace.
- Puesta en marcha del programa.
- Establecer sistemas de evaluación.

DESARROLLO

Población diana.

Pacientes que tras haber sufrido un ictus presenten secuelas incapacitantes para el desarrollo de las actividades de su vida diaria.

La selección de los pacientes se verá apoyada a través de diferentes escalas neurológicas (Anexo V); la escala de Rankin modificada, la escala de ictus del National Institute of Health (NIHSS) y el índice de Barthel (Anexo VI). La selección de estas escalas se debe a que son las empleadas a día de hoy por el servicio de neurologías del CHN.

Enfermera de enlace del servicio de Neurología del CHN.

Como hemos mencionado en el apartado teórico, la enfermera gestora de casos, debe tener una amplia experiencia clínica en la especialidad de neurología, demostrar sus competencias educativas, su capacidad de liderazgo y gestión, así como una buena

disposición para el trabajo en equipo. De esta forma se asegura la correcta unificación de los cuidados que sus pacientes requieran.

La candidata será propuesta por la responsable de la unidad y aceptada por los diferentes mandos de dirección de enfermería. Una vez conocida la candidata y contando con su aceptación del puesto, recibirá un plan formativo específico sobre el nuevo perfil profesional a desarrollar. Al mismo tiempo se valorará la adecuación al puesto.

La enfermera de enlace tendrá dependencia jerárquica con Dirección de enfermería.

Para facilitar el trabajo del equipo multidisciplinar, la enfermera de enlace estará ubicada en la planta de neurología (Pabellón E2º del CHN-A). Donde dispondrá de un despacho con ordenador con acceso a la historia clínica informatizada, un teléfono donde pueda estar localizada y tendrá a su alcance el material fungible necesario (bolígrafos, lápices, papel, etc.)

Actividades de la enfermera de enlace.

Asistirá a las **sesiones clínicas** que tienen lugar en el seminario médico, todos los martes y jueves de la semana a las 8 de la mañana. Los participantes en estas reuniones son, médicos neurólogos, trabajadora social, supervisora de enfermería de la planta. En estas sesiones se lleva a cabo la valoración conjunta de cada paciente. La presencia de la enfermera de enlace a estas sesiones es fundamental, pues aquí se gesta el plan integral de cuidados de cada paciente.

Conocido el plan integral de cuidados, la enfermera de enlace se encargará de incluir a estos pacientes en el programa de crónicos a través de la herramienta Eunat de la historia clínica. Una vez que ésta esté puesta en marcha por el Servicio Navarro de Salud. Hasta que esta no entre en funcionamiento, se hará a través de la plataforma disponible en la historia clínica, informes de continuidad de cuidados.

Una vez seleccionado el paciente, la enfermera de enlace, se presentará a éste y a su familia y explicará su función, mostrando una actitud cercana y de ayuda.

Realizadas las presentaciones, se pondrá en marcha el **proceso de atención de enfermería**.

- La valoración, se llevará a cabo a través de los patrones funcionales de Marjory Gordon. Identificando las necesidades de cuidados y aprendizaje, las capacidades del propio paciente para realizar su autocuidado y la existencia de un cuidador principal. De forma que el programa no solo beneficiará al paciente sino también a sus familiares.
- Con la información obtenida, se desarrollará el plan educativo necesario para obtener el máximo grado de autonomía del paciente, o en su defecto, conseguir la excelencia de los cuidados recibidos por parte del cuidador principal. Es decir se definirán los objetivos que se desean alcanzar.
- Se planificará con el paciente y su cuidador, las tareas e intervenciones con las que se conseguirán los objetivos planeados.
- Una vez definidos los objetivos, se pondrá en marcha el plan educativo, diseñado de forma individual para cada paciente.
- El proceso de enfermería es un modelo dinámico y flexible, en el cuál se deben tener los objetivos claramente definidos.
- Para asegurar que las cosas están saliendo bien, se debe realizar una evaluación de los resultados constante. Se trata, por tanto, de un modelo cíclico de atención.
- Toda la información, así como el programa educativo, quedará registrado en la historia clínica. De forma que pueda ser consultado por todos los profesionales implicados en el proceso.

La enfermera de enlace, contará con el apoyo y opinión de las enfermeras de hospitalización, las cuales al igual que el resto del equipo, conocerá el programa formativo que se ha planteado para el paciente.

El programa educativo será personalizado a cada caso. Su puesta en marcha será temprana, es decir pasadas unas 48-72 horas tras la instauración del Ictus. Consiguiendo un buen arropo para el paciente y su familia ante los cambios radicales que ocasiona esta enfermedad. Teniendo muy presente que el objetivo primordial que

perseguimos es mejorar la calidad de vida del paciente, disminuyendo la aparición de complicaciones derivadas del proceso y alcanzar el máximo grado de autonomía. Pensando desde el principio en el alta médica, con la finalidad de garantizar que el lugar al que va ser trasladado y las personas que van a asumir su cuidado estén capacitadas y asuman la responsabilidad de esta labor, asegurando la disponibilidad de la asistencia sanitaria cuando se precise.

Otra tarea fundamental, es la **gestión del alta o derivación hospitalaria**. La trabajadora social, será la encargada de gestionar los recursos sociosanitario necesarios para cada paciente, así como la derivación a otro centro. Estos recursos serán debatidos en las sesiones clínicas.

Cuando este esté definido, la enfermera de enlace, se pondrá en contacto con la enfermera de referencia del paciente. Si se produce un alta domiciliaria con la enfermera de atención primaria y si se deriva al paciente a un hospital rehabilitador con la enfermera de referencia de la planta de dicho centro.

Se realizará un contacto telefónico a ser posible, si este no fuera posible, se utilizará el correo electrónico profesional, teniendo constancia de que el destinatario lo ha recibido. A través de la historia clínica quedará reflejado todo el programa educativo, así como el plan de cuidados necesarios del paciente. La comunicación debe ser bidireccional, fluida y continua.

Las enfermeras de atención primaria no solo tendrán noticias en el momento del alta. Sino que se les comunicará en el plazo de 48-72 horas del ingreso de pacientes de su cupo, esta notificación será una primera toma de contacto y se realizará vía correo electrónico. De esta forma cuando se le notifique el alta, ya dispondrá de una información previa del paciente. Cuando los pacientes son dados de alta a su domicilio, la enfermera de atención primaria gestionará una primera visita domiciliaria para asegurar la buena continuidad del paciente, en caso de déficit menor esta visita podrá realizarse en el centro de atención primaria.

PRINCIPALES INTERVENCIONES DEL PROGRAMA EDUCATIVO

Las secuelas derivadas del ictus son múltiples, por lo que generar un plan de educación específico para cada una de ellas se vuelve imposible. En este caso vamos a nombrar las actividades educativas derivadas de las principales discapacidades. Esto no significa que el plan educativo no incluya las posibles secuelas no mencionadas, estas se desarrollaran según las necesidades reales de cada usuario.

Aseo personal y vestuario

Pacientes con nivel de dependencia bajo, medio, que puedan realizar ellos mismos su aseo personal, pero que requieran de supervisión, ayuda puntual o la utilización de sistemas de apoyo. Las recomendaciones a seguir serán las siguientes:

- Instalación de barandillas alrededor de la bañera y el váter. Recomendando siempre que fuera posible la utilización de plato de ducha, frente a bañeras.
- Si no se consigue una bipedestación segura, disponer de sillas o banquetas antideslizantes. Hasta que no exista una recuperación o estabilidad total nunca se debe dejar al cuidado sin vigilancia.
- Retirar alfombras del suelo, solo utilizarlas al salir del baño, asegurando que los materiales empleados sean antideslizantes.
- Tras el baño, secar correctamente la piel, especialmente los pliegues cutáneos y las zonas interdigitales, poniendo especial atención a los pies. La piel debe ser correctamente hidratada, especialmente las zonas de apoyo, propensas a enrojecimientos y complicaciones con úlceras por presión.
- A la hora del afeitado es mejor la utilización de máquinas eléctricas si existe alguna limitación de la movilidad, así como por el mejor riesgo de cortes especialmente en pacientes en tratamiento con anticoagulantes.
- La higiene bucal y dental debe ser correcta, si el paciente no es capaz de realizarla, debe realizarse por parte del cuidador. Se recomienda mantener la boca limpia y los labios bien hidratados, con la utilización de cacao.
- Para el aseo del cabello y las uñas suele ser necesario la ayuda del cuidador. Debemos recordar la forma correcta de cortar las uñas, así como la higiene e hidratación de los pies, sobretodo en pacientes con diabetes.

Se recomienda la higiene en cama, cuando el paciente no es capaz de mantenerse en pie sin ayuda o esta es muy tórpida.

- Material necesario; dos palanganas una con agua y jabón, otra con agua, la temperatura debe ser agradable. Una esponja, toalla, crema hidratante, protectores para no mojar la cama.
- Con el paciente en decúbito supino, lavar la cara, y la parte superior del cuerpo. Limpiar con agua y jabón, aclarar con agua y secar, a fin de evitar que pase frío.
- Colocar al paciente en decúbito lateral. Para ello enseñaremos las técnicas de movilización, es decir, la flexión de la rodilla contra lateral al lugar de giro, apoyando las palmas de la mano en el omóplato y la cadera para hacer girar al paciente. De esta forma la espalda y el resto del cuerpo queda expuesto para su aseo.
- Insistir en la vigilancia de las zonas de apoyo, su limpieza e hidratación, sobretudo en pacientes que tengan una movilidad reducida.
- Un punto fundamental para el cuidador es instar sobre su salud postural. Adaptar en lo posible la altura de la cama, disponer de taburetes sobre los que sentarse mientras se realiza para no forzar la espalda, mantener la espalda recta cuando se moviliza al cuidado, etc.

A la hora de vestirse se debe potenciar la autonomía. En un principio es mejor utilizar prendas cómodas y holgadas, con elásticos o velcros, evitando cremalleras y botones que suponen un gran reto y pueden desanimar al paciente. Se dispondrá de la ropa de forma ordenada según el orden de uso. Empezar a vestirse por las extremidades afectadas, mejor hacerlo siempre sentado. Los zapatos serán cómodos y cerrados, para que el pie esté bien sujeto.

Alteraciones del movimiento.

Dentro de las secuelas tras el ictus, podemos encontrar falta de coordinación, pérdida selectiva de movimientos o la pérdida de control motor sobre algunas extremidades. Los principales riesgos derivados de éstas son, además de la incapacidad para la realización de las actividades de la vida diaria, la atrofia muscular, las contracturas, los edemas periféricos, la tromboflebitis, las úlceras por presión y la espasticidad.

La rehabilitación se iniciará de forma precoz, para evitar la aparición de las complicaciones mencionadas e intentar alcanzar el nivel máximo de recuperación. Las actividades rehabilitadoras, serán programadas por el servicio de rehabilitación, la enfermera de enlace conocerá estas indicaciones, pero su función en este caso es de apoyo, pues la rehabilitación se escapa de sus competencias.

Funciones de apoyo educativo:

- Cambios posturales, que se realizarán cada 2-3horas, para evitar las úlceras y erosiones de la piel. Se enseñará las formas de movilización. Se instruirá sobre la utilización de dispositivos de almohadillado y el uso almohadas para evitar posturas incómodas.
- Realización de forma segura para el paciente y el cuidador de los transferimientos de la cama a sillones, o sillas de ruedas.
- Mantener una correcta alineación del cuerpo, sobre todo cuando existan plejias completas de un hemicuerpo.

Alimentación y alteraciones de la deglución.

Las alteraciones de esta necesidad pueden verse alteradas, de forma directa (existen trastornos de la deglución) o indirectas.

Se debe procurar una dieta equilibrada, rica en fibra con un buen aporte hídrico, entre 1'5 – 2 litro al día. Distribuida en cinco o seis tomas. Hay que tener en cuenta los posibles factores de riesgos o la existencia de patologías crónicas, como son la diabetes, la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia.

Indirectas

Se entiende por alteraciones indirectas de la deglución aquellas derivadas de la presencia de alteraciones en la movilidad, alteraciones visuales, falta de atención, dificultad para el control de movimientos intencionados, alteraciones cognitivas, etc. Para este tipo de trastornos serán de ayuda los platos con reborde, los cubiertos con mangos especiales, vasos antideslizantes y asas especiales, siendo fundamental mantener una buena postura en la mesa.

Si fuera necesario dar los alimentos en la bosa, asegurar que la temperatura sea agradable, dar tiempo a la masticación y la deglución.

Directos, alteraciones de la deglución.

La disfagia se define como 'la alteración de la deglución, caracterizada por la dificultad de mover el bolo alimenticio de manera segura desde la boca al estómago sin que aparezca la aspiración'. Supone un riesgo de neumonía por aspiración, malnutrición o deshidratación, a consecuencia de una ingesta pobre. Estas alteraciones pueden corregirse con un buen plan de rehabilitación llevado a cabo por logopedas.

El estudio realizado por R. López-Liria, et²², donde analizan las distintas técnicas de intervención descritas en pacientes con disfagia tras sufrir un ictus concluyen que la primera opción suele ser la modificación de la dieta mediante el uso de espesantes u otros productos que cambian la textura de los alimentos y eviten el atragantamiento.

En base a este trabajo las principales recomendaciones serán:

- Modificación de la comida, pasar dieta triturada ir cambiando la textura según la mejoría del paciente.
- Espesar los líquidos. Se recupera primero la deglución a sólidos que a líquidos.
- Mantener una posición correcta. La persona estará sentada, introduciendo la comida por la parte de la boca no afectada. A veces es necesario bajar la barbilla para conseguir la deglución segura.
- Se debe dar de comer lentamente, evitando las prisas que agotan al paciente y aumentan el riesgo de broncoaspirado.

En los casos donde exista una disfagia grave o debido al estado cognitivo, no se aseguren las necesidades nutricionales por vía oral, es necesario la utilización de la vía enteral. Por medio de la colocación de sondas nasogástricas o la colocación de gastrostomía endoscópica percutánea. La elección de la misma dependerá del tipo de déficit y del tiempo que se estime en su recuperación.

Cuidados de la alimentación enteral:

- El paciente debe estar sentado en un ángulo mayor o igual a 45 grados, evitando el reflujo de la comida.
- La comida se introducirá en varias tomas de cantidades pequeñas, evitando la sensación de plenitud que suelen ser incómodas. Evitar comidas muy calientes y muy frías, asegurar una textura adecuada para que no se obstruyan las sondas. También se debe planificar la buena hidratación con agua a través de la sonda. Lo mejor es tener unos horarios con las cantidades planificadas para cada momento, lo cual facilita la organización del cuidador.
- La boca debe ser lavada varias veces al día, ya que es frecuente el acumulo de saliva, o sequedad de la misma.
- La sonda nasogástrica suele sujetarse a la nariz con un trozo de esparadrapo, que debe ser cambiado con frecuencia.
- La zona de inserción de la gastrostomía debe limpiarse a diario con agua y jabón y secarse bien. Puede ser útil tapanla con una gasa y un esparadrapo sin comprimir.
- Para evitar que se obstruyan las sondas, además de la adecuada textura de los alimentos, los medicamentos que sean administrados por la sonda deben ser triturados, es importante limpiar con agua la sonda antes y después de cada ingesta.
- Si se produce una obstrucción, se puede probar a desobstruirlas con refrescos de cola o aceites, con poca cantidad ejerciendo una ligera presión con las jeringuillas de menor calibre. En caso de que no se consiga, se debe notificar a la enfermera de referencia, para cambiar el dispositivo.

Problemas Urinarios.

Incontinencia urinaria;

- Incontinencia de urgencia, necesidad rápida de vaciar la vejiga.
- Necesidad frecuente de vaciar.
- Nicturia, necesidad de vaciar por la noche.

Las recomendaciones para el control y el manejo son;

- Una educación vesical. Para ello se debe ofrecer cada dos o tres horas ir al servicio o la colocación de bacinillas o cuñas.
- Si se presentan alteraciones de la comunicación o del nivel de consciencia estar alerta de los posibles gestos que indiquen ganas de orinar, inquietud, movimiento de brazos sobre el vientre, etc.
- Antes de acostarse ir al servicio o colocar la bacinilla o la cuña. En caso de nicturia, es conveniente limitar la ingesta de líquidos desde las 20 horas.
- En los casos donde no sea posible una reeducación y sea necesario el empleo de pañales, hacer gran hincapié en que estos deben ser cambiados con frecuencia, manteniendo una adecuada higiene perianal. Un riesgo frecuente cuando hay problemas de incontinencia urinaria, especialmente con la utilización de pañales, son las infecciones urinarias, la irritación y la erosión de la piel.

Retención urinaria; producida por una parálisis de la vejiga. En estos casos lo que ocurre es que la vejiga se llena hasta que se dilata y se orina por rebosamiento, quedando una importante cantidad de orina residual vesical.

Recomendaciones:

- Al igual que en las incontinencias, se debe insistir en orinar cada 2-3horas.
- Cuando la eliminación sea dificultosa, enseñar técnicas que mejoren el vaciamiento, como es oír correr el agua de un frigo o mantenerse tranquilos en el servicio.
- En ocasiones es necesario la colocación de sondas vesicales, o realizar sondajes de descarga. Las principales medidas ante la necesidad de emplear estos dispositivos van encaminadas a eliminar los riesgos de infecciones. Manteniendo una buena higiene, vaciando las bolsas de diuresis con frecuencia, realizar el procedimiento en condiciones de asepsia.

Problemas intestinales

El principal problema suele ser el estreñimiento, derivado de la inmovilidad, la disminución de la ingesta de líquidos y una dieta inadecuada.

Recomendaciones:

- Enseñar los signos que indican necesidad de evacuar, como son la distensión abdominal, ruidos abdominales, presencia de gases y espasmos abdominales.
- Tomar una dieta adecuada, con alto contenido en fibra, manteniendo una buena hidratación.
- Limitar el uso medicamentos laxantes o la utilización continua de enemas, para evitar la dependencia a los mismos
- Mantener la máxima movilidad posible.
- Intentar mantener un patrón de eliminación estable, cada 24-48 horas.

Alteraciones sensitivas

Nos referimos a las alteraciones del tacto y el sentido de la posición. Las principales acciones van dirigidas a evitar lesiones accidentales.

- Durante el baño evitar agua muy caliente, que pueda producir quemaduras.
- Mantener la zona donde existan las alteraciones alejadas de estufas, radiadores y cualquier objeto punzante que pueda suponer un riesgo.
- Cuando existen negligencias de la posición del cuerpo plejico, insistir en que este presente una correcta colocación, evitando lesiones articulares o contracturas musculares.

Alteraciones Visuales

La agudeza visual de los pacientes debería ser valorada por un especialista y en caso necesario utilizar las gafas apropiadas. En los casos donde el defecto no puede corregirse, es importante dirigirse al paciente por la zona de mayor visión. Es importante que el paciente tome constancia de este déficit especialmente si realizan actividades que puedan suponer un riesgo, como conducir.

Alteraciones del lenguaje

Estás serán tratadas por los especialistas, logopedas. La labor primordial de la enfermera es apoyar y animar a la familia a utilizar los dispositivos de ayuda, como son pizarras y las conocidas tablas de afasia, con ilustraciones que facilitan la comunicación.

Alteraciones cognitivas

Tras haber sufrido un ictus el paciente puede presentar, un enlentecimiento en el procesamiento de la información, desorientación, inatención, alteraciones de la memoria y alteraciones en la planificación y organización.

Los familiares de los pacientes con estas alteraciones, deben entender esta nueva situación cognitiva. Ésta, puede generar en el cuidador un gran estrés y es necesario hacer consciente al mismo que se precisa de paciencia para la atención de estos defectos.

Alteraciones del humor

La depresión, la ansiedad o la labilidad emocional, son las principales alteraciones psicológicas presentes tras sufrir un ictus.

La principal función de los familiares y cuidadores, es hacer sentir al paciente que no está solo frente al desafío físico y psicológico que supone la recuperación tras el ictus. Mostrando su apoyo y cercanía durante todo el proceso.

García-Molina, et al²³ a través de una revisión sistemática, señalan que la neurorehabilitación y neuropsicología, en el daño cerebral han sido ignoradas durante mucho tiempo. Siendo estas herramientas de recuperación tanto de los aspectos cognitivos como, conductual y emocional, y que por tanto han de ser tenidas en cuenta.

IMPLANTACIÓN DE LA ENFERMERA DE ENLACE

Como se ha mencionado la enfermera de enlace tendrá una dependencia jerárquica con dirección de enfermería.

Las guías de salud, las vías clínicas y los protocolos a seguir serán los mismos que se lleven a cabo en todo el Complejo Hospitalario de Navarra (CHN).

El presente proyecto, será presentado al responsable médico del servicio de neurología y a la supervisora de la planta de neurología. Para obtener su aprobación, colaboración y escucha de las sugerencias que crean oportunas.

Se llevarán a cabo sesiones informativas en el servicio de neurología, dirigidas a todos los participantes en el proceso asistencial. En ellas se dará a conocer los objetivos que se pretenden alcanzar con el nuevo proyecto, así como las funciones del nuevo rol de enfermería. Se plantearán dudas y se resolverán y se tendrán en cuenta las diferentes opiniones y sugerencias que se quieran expresar.

Dichas sesiones de información se extenderán a los centros de atención primaria, a los centros rehabilitadores de referencia (Hospital San Juan de Dios de Pamplona y de Tudela, y la Clínica Ubarmin) y a los servicios de urgencias.

Una vez en conocimiento de los principales referentes de la atención a los pacientes con ictus, tendrá lugar una campaña de difusión del nuevo programa y la nueva figura de enfermera de enlace en las diferentes unidades del CHN. A través del correo electrónico profesional se enviará la información en formato trípticos, que también se encontrarán disponibles en formato papel y en los tabloneros de anuncio. Estos folletos, tendrán un teléfono y un correo electrónico de contacto, donde se podrá ampliar la información.

Los sistemas de registro de la información, será la historia clínica. Una vez implantada la herramienta Eunate, se trabajará desde ella.

También se creará una base de datos propia del servicio, donde se recogerán diferentes indicadores, como el número de pacientes atendidos, la puntuación de las diferentes escalas, las intervenciones educativas realizadas, etc. Estos registros, serán útiles para llevar a cabo la evaluación del programa, así como para futuras investigaciones.

El inicio de la actividad de la enfermera de enlace será progresivo. Los primeros meses se atenderán los casos con mayor déficit neurológico y mayor grado de dependencia, según las escalas de Rankin modificado, NIHSS y escala de Barthel. Conforme el programa se vaya instaurando se atenderá a un mayor número de pacientes.

Evaluación

La evaluación del programa educativo tendrá lugar cada tres meses, durante el primer año tras su puesta en marcha. Con los resultados obtenidos en cada evaluación, se

confirmará la consecución de los objetivos planteados o se replantearán la forma de conseguirlo.

Los indicadores a medir serán:

- El número de casos incluidos en el programa.
- Número de programas educativos llevados a cabo.
- Número de informes de enfermería al alta realizados.
- Número de complicaciones potencialmente evitables. Como son las úlceras por presión, las neumonías por aspiración, las infecciones urinarias.
- Número de gestiones de enlace realizadas.
- Satisfacción de los pacientes y familia.
- Satisfacción de los profesionales.

Al tratarse de un programa nuevo, para poder realizar una comparativa de los datos obtenidos, se hará una valoración trimestral que será comparada con los datos de trimestres sucesivos.

La evaluación de la satisfacción, tanto de los pacientes como de los diferentes profesionales, se llevará a cabo a través de encuestas de satisfacción de contestación tipo test y de carácter anónimo. Serán diseñadas para valorar las diferentes dimensiones. (ANEXO VII)

Cronograma de la Implantación del programa.

Ver Anexo VIII

ESTIMACIÓN ECONOMICO DEL PROGRAMA

Recursos personales

Tal y como hemos visto el servicio de neurología actualmente dispone de casi todos los profesionales necesarios para la puesta en marcha del programa. Siendo únicamente necesario la incorporación de una enfermera. Que desarrollará su labor en un turno partido, de lunes a viernes.

La estimación del gasto económico que supone para el Servicio Navarro de Salud ampliar una enfermera a la plantilla de neurología, calculado en base a las tasas salariales de Navarra de 2015²⁴. Supondrían un sueldo base de 21.268'8€ anuales, es decir 1.519'2€ mensuales. A esto se tendrían que sumar, la existencia de compensaciones como el grado de personal funcionario y los trienios en la empresa. Tomando como ejemplo, que se contratara a una enfermera, funcionaria y con un trienio, hablaríamos de un gasto anual de 23.921'5€ anuales.

Recursos materiales

En la unidad de neurología del Pabellón E 2º, se dispone de un pequeño despacho de uso polivalente, que es utilizado a tiempo parcial por la trabajadora social, los neurólogos y las enfermeras. Este despacho ya cuenta con ordenador y teléfono y en la planta se dispone del material fungible necesario. Por tanto el gasto se vería mínimamente incrementado en unos 50-100€ anuales.

Por último el material de difusión, impresión de folletos, entrega de material docente, podría suponer unos 1000€ anuales.

Gasto total estimado anual

La suma total de los gastos; que incluye los recursos materiales y los recursos humanos, ascienden a 22.365'8€

De manera que el gasto total anual estimado del programa que presentamos rondara los 22.365'8€

CONCLUSIONES

Las características sanitarias de nuestra comunidad, así como el servicio de neurología del CHN, representan un gran punto a favor para la puesta en marcha de programa educativo. Por una parte hablamos de un servicio donde existe una muy buena disposición para el trabajo en equipo. Contando con grandes profesionales entregados a su labor que buscan siempre lo mejor para sus pacientes y sus familiares. Por otro lado, la previsión en el plan de salud de Navarra 2014-2020 supone un cambio progresivo en el modelo de asistencia sanitaria, a través de un sistema de atención integral y continuada, centrado en las necesidades reales de los pacientes.

Hemos podido comprobar que económicamente no supone un gran esfuerzo, sobre todo si se comparan con los gastos que esta enfermedad y especialmente sus secuelas anualmente suponen al sistema sanitario.

Como sabemos una buena educación sanitaria es parte fundamental para el afrontamiento de las nuevas situaciones de dependencia, al igual que la mejor forma de prevenir las complicaciones que de estas puedan derivarse. Estas complicaciones, especialmente las producidas en el domicilio de los pacientes, representan un gran gasto de recursos. Por todo ello creemos que la puesta en marcha del programa educativo conllevará un ahorro económico.

Con programa de educación y seguimiento a los pacientes dependientes tras haber sufrido un ictus, que presentamos, no solo se conseguirá dar una atención integral y continuada a los pacientes y familiares, sino que también supondrá una mejora en la calidad asistencial.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Zarranz JJ, (2008) Neurología. España: Elsevier. ISBN: 978-84-8086-228-8
2. Aymerich N, Zandio B, Martín M, Muruzabal J, Delgado G, Gallego J, et al. Incidencia de ictus y mortalidad precoz en la comarca de Pamplona (EIPA). LIX Reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología. Barcelona 20 de Noviembre de 2007.
3. Sociedad Española de Neurología (2006). Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus. Barcelona: Prous Science. ISBN: 84-8124-225-X
4. Ministerio de Sanidad y Consumo (2009). Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención Primaria y Secundaria del Ictus. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. ISBN: 978-84-393-80-214
5. Red Española de Costes Hospitalarios RECH. Disponible en:
<<https://www.rechosp.org/rech/faces/es/jsf/index.jsp>> [Consulta: 16 agosto 2015]
6. Hervás-Angulo A, Cabasés-Hita JM, Forcén-Alonso T. Costes del ictus desde la perspectiva social. Enfoque de incidencia retrospectiva con seguimiento a tres años. Rev Neurol 2006; 43 (9): 518-525
7. Hervás A, Cabasés J, Forcén T. Coste del cuidado informal del ictus en una población general no institucionalizada. Gac Sanit. 2007; 21(6):444-51
8. Rico-Blázquez M, Sánchez Gómez S, Fuentelsaz Gallego C. El cuidado como elemento transversal en la atención a paciente crónico complejo. Enferm Clin. 2014; 24(1):44-50
9. WHO, Global Report. Preventing Chronic Diseases, a vital Investment. Geneva: World Health Organization, 2005. pp 200. CHF 30.00. ISBN 92:4:1563001
10. Gobierno de Navarra, Departamento de Salud (2014). Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. Disponible
<http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos/>
[Consulta marzo 2015]
11. Nota de prensa. Gobierno de Navarra (2015). El nuevo modelo de atención a enfermos crónicos reduce los ingresos hospitalarios y mejora la calidad asistencial, 20 mayo de 2015. <
<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/4D288CDD-A075-4A59-9209-8839F5AD4324/316389/planatencioncronicosmejoracalidad.pdf>> [Consulta: 17 agosto 2015]
12. Case Management Society of America. Standards of Practice for Case Management. 2010.
<<http://www.cmsa.org/portals/0/pdf/memberonly/StandardsOfPractice.pdf>> [Consulta: 20 agosto 2015]
13. Morales-Asencio, JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. Enferm Clin. 2014;24(1)23-34
14. Teixidor, M. "Rol de la enfermera en la definición y activación de las trayectorias clínicas y la gestión por casos". El ejercicio de la dirección desde la perspectiva del cuidar. X Máster en Administración y

- Gestión en cuidados de enfermería, fundación La Caixa. Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona, Universidad de Barcelona 2006.
15. Pérez Hernández, RM. La enfermera de enlace comunitario, en I Congreso de Enfermería de Familia y Comunitaria de la Región de Murcia. Moratalla (Murcia), mayo 2006 Disponible: <http://www.salvadorpostigo.com/enfermeriaaldia/archivos/enfermera_de_enlace_comunitaria2006.pdf> [Consultado: junio 2011]
 16. Gállego Culleré J, Muñoz Arrondo R. Modelo de organización en una comunidad de 600.000. Revista del grupo de estudio de enfermedades Cerebrovasculares de la SEN. Barcelona: 2009; 9 (9): 9-13. ISSN: 1888-072X.
 17. Gobierno de Navarra. Memoria 2014, Servicio Navarro de Salud. Disponible <http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Memorias+de+actividad/A%C3%B1o+2014/Memoria+del+SNS-O+2014.htm> [Consultada 18 agosto 2015]
 18. España. Ley de Cohesión y Calidad 19/2003, de 29 de mayo. BOE, 128. Sección 1. Pág. 20567-88
 19. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan de Calidad para el sistema Nacional de Salud 2006-2010 <<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>> [Consulta: 21 agosto 2015]
 20. Decreto Foral 19/2010, de 12 abril, por el que se crea el Complejo Hospitalario de Navarra del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y se establece su estructura directiva. BON Nº 50 de 23 de abril de 2010
 21. Gobierno de Navarra. Plan de Salud Navarra 2014-2020. Aprobado el 16 septiembre de 2014, por la Comisión de Salud del Parlamento Foral de Navarra. Disponible en: <<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/E0566B9B-2D62-423D-9EA6-72DB748E390A/303761/PLANDESALUD20142020versionfinalParlamento.pdf>> [Consulta: marzo 2015]
 22. López-Liria R, Fernández-Alonso M, Vega-Ramírez F, Salido-Campos MA, Padilla-Góngora D. Tratamiento y rehabilitación de la disfagia tras enfermedad cerebrovascular. Rev Neurol 2014; 58(6): 259-267.
 23. García-Molina A, Roig-Rovira T, Enseñat-Cantalops A, Sánchez-Carrión R. Neuropsicoterapia en la rehabilitación del daño cerebral. Rev Neurol 2014; 58 (3): 125-132.
 24. Gobierno de Navarra. Tablas Salariales 2015. <<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/1079D293-6FAC-4AFD-B3C1-359E38A54908/0/RETRIBUCIONES.pdf>> [Consulta: agosto 2015]

ANEXOS

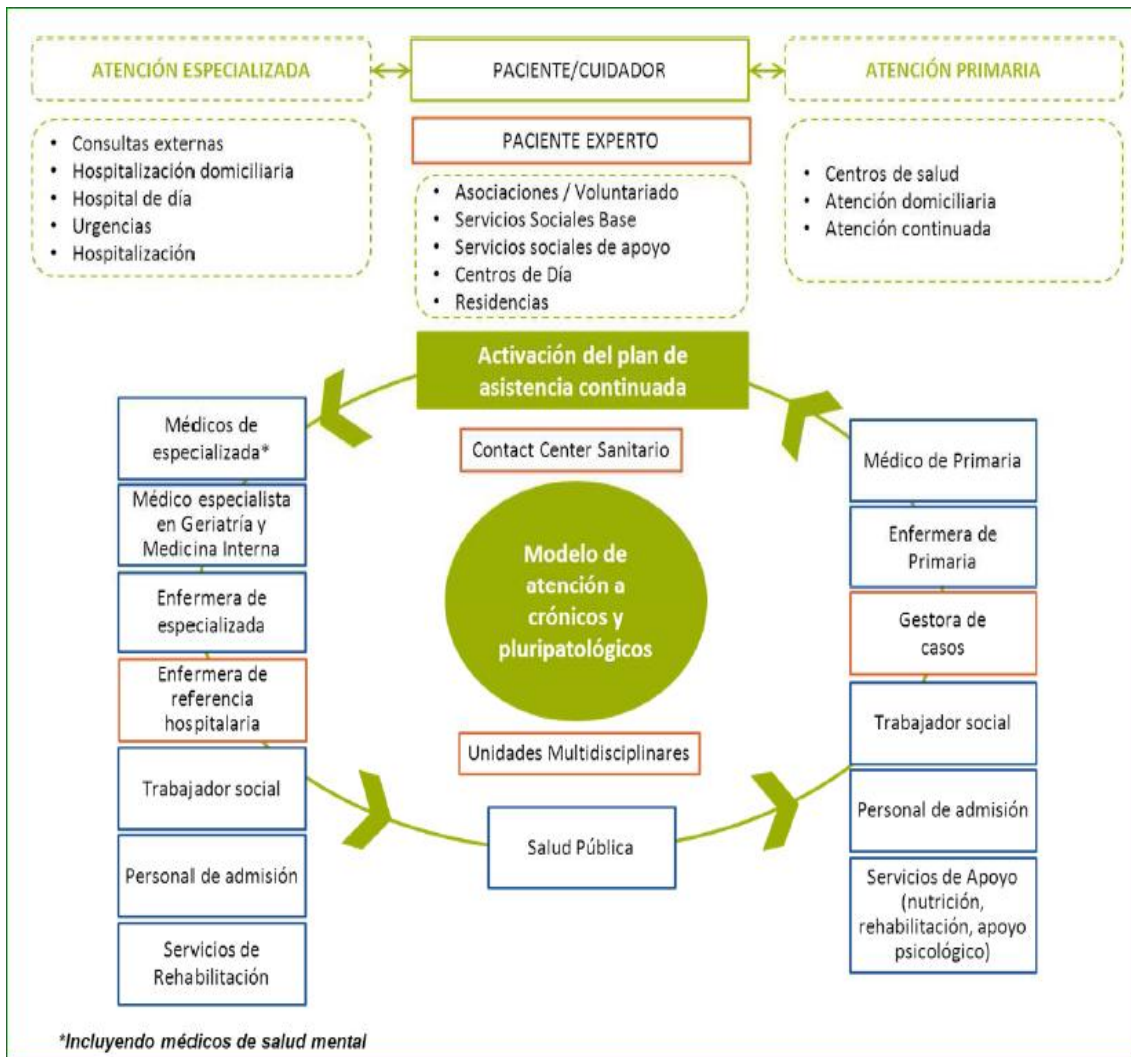
ANEXO I. LÍNEAS ESTRATÉGICAS



ANEXO II. PERFILES PRIORIZADOS

PERFILES PRIORIZADOS	
* Perfiles diferenciados de Adultos y Niños	
Pacientes afectados de los procesos crónicos priorizados	
Pacientes pluripatológicos Accidente Cerebro Vascular Asma * Cardiopatía Isquémica Demencia Diabetes * Insuficiencia Cardíaca Insuficiencia Hepática Insuficiencia Renal EPOC Parkinson Esquizofrenia, Trastornos depresivos recurrentes	<p>Todos los afectados por estas patologías deberán ser clasificados según su nivel de severidad utilizando criterios predefinidos.</p> <p>Los crónicos severos serán identificados de forma inequívoca en la Historia Clínica electrónica.</p> <p>Tanto a los leves y moderados como los severos les serán de aplicación todas las previsiones contenidas en el modelo de crónicos.</p> <p>A corto y medio plazo se definirán patrones de atención específicos y se establecerán planes operativos de aplicación que permitan garantizar objetivos de resultados preestablecidos.</p>
Pacientes afectados por el resto de patologías crónicas	
Severos con independencia de su patología, incluido dolor crónico severo. * Pacientes dependientes e institucionalizados con independencia de su patología *	<p>En ausencia de criterios predefinidos el nivel de severidad se establecerá por criterio facultativo y serán identificados de forma inequívoca en la Historia Clínica electrónica.</p> <p>Les serán de aplicación las garantías y atributos de calidad generales del modelo de atención proactivo.</p>
Leves y moderados sin especificar patología*	<p>A corto y medio plazo se beneficiarán de las medidas estructurales generales establecidas para mejorar la continuidad e integralidad de la atención.</p> <p>De forma progresiva se les aplicará el modelo general de atención con el grado de normalización que resulte factible en función de su casuística y del nivel de evidencia disponible.</p>

ANEXO III. MODELO DE ORGANIZACIÓN Y NUEVOS PERFILES PROFESIONALES.



ANEXO IV. ESQUEMA DEL MODELO TECNOLÓGICO



ANEXO V. ESCALAS NEUROLÓGICAS

Escala de Rankin Modificada. Utilizada para medir el resultado funcional tras haber sufrido un ictus.

0	Ningún síntoma	
1	Discapacidad no significativa a pesar de de los síntomas	Capaz de llevar a cabo todas las tareas y actividades habituales.
2	Discapacidad ligera	Incapaz de llevar a cabo todas sus actividades anteriores, pero capaz de cuidar de sus propios asunto sin ayuda.
3	Discapacidad moderada	Requiere alguna asistencia, pero es capaz de andar sin ayuda.
4	Discapacidad moderadamente severa	Incapaz de andar y de atender satisfactoriamente sus necesidades corporales sin ayuda.
5	Discapacidad severa	Confinamiento en la cama, incontinencia y requerimiento de cuidados y atención constante, las 24 horas del día.

1a Nivel de conciencia	4 Parálisis facial	7 Ataxia
0 = alerta 1 = obnubilado 2 = sin respuesta	0 = normal 1 = paresia menor 2 = paresia parcial 3 = parálisis completa	0 = ausente 1 = presente en un miembro 2 = en ambos miembros
1b Preguntas	5a Fuerza brazo izquierdo	8 Sensibilidad
0 = responde correctamente a ambas preguntas 1 = responde solo una pregunta 2 = no responde ninguna	0 = sin déficit 1 = oscila antes de los 10 segundos 2 = cae antes de los 10 segundos 3 = no vence la gravedad 4 = sin movimiento	0 = normal 1 = pérdida leve 2 = pérdida significativa
1c Órdenes	5b Fuerza brazo derecho	9 Lengüaje
0 = lleva a cabo ambas órdenes correctamente 1 = solo una orden correctamente 2 = ninguna orden correctamente	0 = sin déficit 1 = oscila antes de los 10 segundos 2 = cae antes de los 10 segundos 3 = no vence la gravedad 4 = sin movimiento	0 = normal 1 = afasia leve 2 = afasia grave 3 = afasia global
2 Mirada	6a Fuerza pierna izquierda	10 Disartria
0 = normal 1 = parálisis parcial de la mirada 2 = parálisis total de la mirada	0 = sin déficit 1 = oscila antes de los 5 segundos 2 = cae antes de los 5 segundos 3 = no vence la gravedad 4 = sin movimiento	0 = normal 1 = leve 2 = grave
3 Campo visual	6b Fuerza pierna derecha	11 Extinción/falta de atención
0 = sin pérdida del campo 1 = hemianopsia parcial 2 = hemianopsia completa 3 = hemianopsia bilateral	0 = sin déficit 1 = oscila antes de los 5 segundos 2 = cae antes de los 5 segundos 3 = no vence la gravedad 4 = sin movimiento	0 = normal 1 = leve 2 = grave

Escala de ictus del National Institute of Health (NIHSS)

Puntuación	Déficit
0	Ninguno
1-4	Leve
5-15	Moderado
16-20	Grave
21-42	Muy grave

ANEXO VI. ÍNDICE DE BARTHEL.

Mide la capacidad individual para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Actividades básicas de la vida diaria		
Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> - Totalmente independiente - Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc. - Dependiente 	10 5 0
Baño	<ul style="list-style-type: none"> - Independiente: entra y sale solo del baño - Dependiente 	5 0
Vestirse	<ul style="list-style-type: none"> - Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos - Necesita ayuda - Dependiente 	10 5 0
Aseo personal	<ul style="list-style-type: none"> - Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc. - Dependiente 	5 0
Control anal (Valórese la semana previa)	<ul style="list-style-type: none"> - Continencia normal - Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas - Incontinencia 	10 5 0
Control vesical (Valórese la semana previa)	<ul style="list-style-type: none"> - Continencia normal, o es capaz de cuidar de la sonda si tiene una puesta - Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda - Incontinencia 	10 5 0

La puntuación máxima es de 100 puntos.

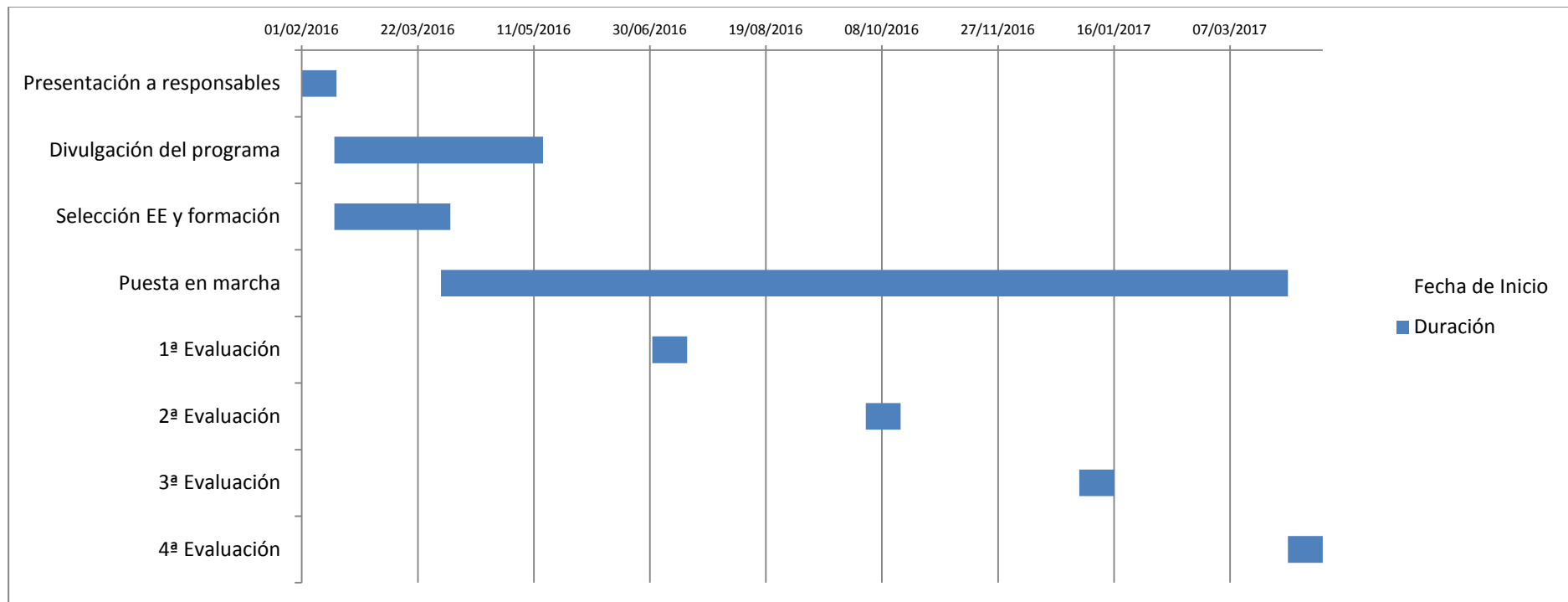
Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderada
>60	Leve
100	Independiente

ANEXO VII. DIMENSIONES DE LA ENCUESTA DE SATISFACI3N PARA USUARIOS

DIMENSIONES	INDICADORES
Satisfacci3n Global del programa educativo	0-1-2-3-4-5
Educaci3n recibida	
• Se conocían los objetivos	0-1-2-3-4-5
• Eran los adecuados a la situaci3n	0-1-2-3-4-5
• Organizaci3n de las actividades formativas.	0-1-2-3-4-5
• Proceso de enseñanza	0-1-2-3-4-5
• Se resolvieron las dudas	0-1-2-3-4-5
• Fue adecuado el horario elegido	0-1-2-3-4-5
• La duraci3n de las sesiones	0-1-2-3-4-5
• Se consiguieron los objetivos	0-1-2-3-4-5
Valoraci3n profesional de la enfermera de enlace	
• Imagen	0-1-2-3-4-5
• Trato recibido	0-1-2-3-4-5
• Accesibilidad a la enfermera de enlace	0-1-2-3-4-5
Cree necesario mantener este programa	0-1-2-3-4-5

0 nota m3s baja; 5 la m3xima puntuaci3n

ANEXO VIII. CRONOGRAMA DEL PROGRAMA



La presentación a los responsables del servicio de neurología, será de unos 15 días.

La fase de divulgación del programa será de tres meses.

La selección y formación de la enfermera de enlace, se llevará a cabo en un periodo de 2 meses. Aunque su formación no será de manera puntual, sino que a medida que se desarrolle el programa se irán adquiriendo nuevos conocimientos.

El programa se pondrá en marcha, dos meses después de haber sido presentado e iniciada la fase de divulgación.

Las evaluaciones serán trimestrales.

BIBLIOGRAFÍA

25. Aymerich N, Zandio B, Martín M, Muruzabal J, Delgado G, Gallego J, et al. Incidencia de ictus y mortalidad precoz en la comarca de Pamplona (EIPA). LIX Reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología. Barcelona 20 de Noviembre de 2007
26. Hervás-Angulo A, Cabasés-Hita JM, Forcén-Alonso T. Costes del ictus desde la perspectiva social. Enfoque de incidencia retrospectiva con seguimiento a tres años. Rev Neurol 2006; 43 (9): 518-525
27. Rico-Blázquez M, Sanchez Gómez S, Fuentelsaz Gallego C. El cuidado como elemento transversal en la atención a paciente crónico complejo. Enferm Clin. 2014; 24(1):44-50
28. WHO, Global Report. Preventing Chronic Diseases, a vital Investment. Geneva: World Health Organization, 2005. pp 200. CHF 30.00. ISBN 92:4:1563001
29. Gobierno de Navarra, Departamento de Salud (2014). Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. Disponible <http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos/> [Consulta marzo 2015]
30. Case Management Society of America. Standards of Practice for Case Management. 2010. <<http://www.cmsa.org/portals/0/pdf/memberonly/StandardsOfPractice.pdf>> [Consulta: 20 agosto 2015]
31. Morales-Asencio, JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. Enferm Clin. 2014;24(1)23-34