



# TRABAJO DE FIN DE MÁSTER EN TRABAJO SOCIAL SANITARIO.

Programa de Planificación del Alta dirigido a  
Pacientes mayores de 65 años y Familiares con  
Ictus de un centro residencial de media o larga  
estancia.

**AUTOR: JAVIER SANZ MARTÍN.  
DIRECTOR/A: JOSÉ DANIEL RUEDA ESTRADA.**

**UNIVERSITAT OBERTA DE CATALUNYA.  
CURSO 2017/2018  
FECHA DE ENTREGA: 28/06/2018**

## 1. Agradecimientos:

Mi agradecimiento va dedicado al tutor del Trabajo de Fin de Máster, José Daniel Rueda Estrada, por el apoyo mostrado durante todo el proceso de aprendizaje, sus orientaciones y consejos, han provocado que se haya despertado aún más mi interés por continuar investigando en patologías relacionadas con personas mayores.

## 2. Índice.

### 2.1 Índice General

1. Agradecimientos:.....	1
2. Índice.....	2
2.1 Índice General.....	2
2.2 Índice de Tablas.....	3
2.3 Tabla de Ilustraciones.....	3
3. Resumen/Abstract.....	4
3.1 Resumen.....	4
3.2 Abstract.....	5
4. Introducción.....	6
5. Fundamentación Teórica.....	9
7.1 El Ictus. Definición y Tipos:.....	9
7.1.1 Ictus isquémico:.....	11
7.1.2 Ictus Hemorrágico.....	13
7.2 Fases del Ictus.....	15
7.3 Datos acerca del ictus.....	16
7.3.1 Mortalidad del Ictus.....	16
7.3.2 El Ictus en Castilla y León.....	20
7.4 Factores de Riesgo del Ictus.....	21
7.5 Síntomas del Ictus.....	25
7.6 Posibles secuelas derivadas del ictus.....	25
7.7 Ictus en personas mayores de 65 años.....	28
7.8 La Importancia de la rehabilitación en el proceso de recuperación del Ictus.....	31
6. Justificación.....	35
7. Antecedentes de Estudio Previos al Programa de Planificación de Alta.....	41
8. Objetivos del Programa.....	44
10.1 Objetivo General.....	44
10.2 Objetivos Específicos:.....	44
9. Población Destinataria.....	45
10. Recursos Humanos y Materiales.....	46
11. Acceso al centro residencial, inicio y finalización del Programa.....	48
12. Fases del Programa.....	50

14.1	Fase de Acogida de Pacientes y Familiares y evaluación inicial.....	50
14.2	Fase de Elaboración del Diagnóstico.....	52
14.3	Elaboración del Plan de Alta.....	53
14.4	Informe de Alta del Centro Residencial. ....	57
13.	Evaluación del Programa. ....	59
14.	Recomendaciones.....	61
15.	Bibliografía.....	64
16.	Anexos. ....	69
18.1	Informe de Acogida: .....	69
18.2	Anexo 2. Plan Individualizado de Alta.....	72
18.3	Anexo 3. Historia Social Sanitaria. ....	77
18.4	Anexo 4. Informe de Alta del Centro. ....	80
18.5	Anexo 5. Cuestionario de Evaluación Pacientes.....	84

## 2.2 Índice de Tablas.

Tabla 1.	Causas de Muerte a nivel europeo, según Eurostat 2014 <sup>12</sup> .....	17
Tabla 2.	Causas de defunción según las enfermedades en España en el año 2016 <sup>13</sup> . 18	
Tabla 3.	Causas de defunción en España en el año 2016, en función del sexo <sup>13</sup> . ....	19
Tabla 4.	Casos susceptibles de ictus en Castilla y León por Provincias.....	21

## 2.3 Tabla de Ilustraciones.

Ilustración 1.	Clasificación de la Enfermedad Cerebrovascular (ECV) según su naturaleza. Díez-Tejedor, Del Brutto, Álvarez-Sabín, Muñoz y Abiusi (2001) <sup>6</sup> . ....	10
Ilustración 2.	Mapa de Castilla y León con casos previsibles de ictus por provincia (Elaboración Propia). ....	20
Ilustración 3.	Gráfico de Casos Anuales de Ictus por Provincias en Castilla y León (Elaboración Propia). ....	21

### 3. Resumen/Abstract.

#### 3.1 Resumen.

El ictus se sitúa a nivel mundial, europeo y español, entre las primeras causas de muerte, constituyendo en sí un problema de primer orden. Se prevé que el problema vaya en aumento en España, dado el envejecimiento progresivo de la población, y al ser la edad uno de los factores que facilitan la aparición de la enfermedad.

El ictus se presenta de forma inesperada en el paciente, produciéndole una serie de secuelas a nivel físico, psicológico y social, que van a repercutir en su vida, pudiendo afectar en la realización de las actividades de la vida diaria y en la organización de la dinámica familiar. El alta hospitalaria y la derivación a un centro de rehabilitación indicado por prescripción médica va a permitir una mejor recuperación del paciente como paso previo a su regreso al domicilio familiar. Para ello, es necesario que, desde este recurso de rehabilitación, se lleve a cabo un trabajo con el paciente y su familia de cara a detectar la presencia de necesidades sociales derivadas del ictus y poner en marcha un plan de intervención de cara a abordarlas, y así, ir preparando el alta del centro residencial de rehabilitación con el fin de conseguir una mejora de las capacidades funcionales y cognitivas que faciliten su regreso al entorno domiciliario del paciente. Todo ello se realizará bajo el amparo de la coordinación interdisciplinar y contando siempre con la participación del paciente y de su familia en la elaboración del Plan de Alta.

**Palabras clave:** ictus, envejecimiento, programa de alta, intervención social.

### 3.2 Abstract

Stroke is located worldwide, European and Spanish, among the leading causes of death, constituting itself a problem of the first order. It is expected that the problem will increase in Spain, given the progressive aging of the population, and as age is one of the factors that facilitate the onset of the disease.

Stroke occurs unexpectedly in the patient, producing a series of sequels at a physical, psychological and social level, which will affect their lives, and may affect the carrying out of activities of daily life and the organization of the family dynamics. The hospital discharge and the referral to a rehabilitation center indicated by medical prescription will allow a better recovery of the patient as a step prior to his return to the family home. For this, it is necessary that, from this rehabilitation resource, work is carried out with the patient and his family in order to detect the presence of social needs derived from the stroke and to launch an intervention plan in order to address them, and thus, prepare the discharge of the residential rehabilitation center in order to achieve an improvement in the functional and cognitive capacities that facilitate their return to the patient's home environment. All this will be done under the umbrella of interdisciplinary coordination and always with the participation of the patient and his family in the preparation of the Discharge Plan.

**Key words:** stroke, aging, discharge program, social intervention.

## 4. Introducción.

En el presente trabajo, se va a llevar a cabo, la elaboración de un Plan de Alta a Pacientes con Ictus Isquémico en un centro residencial de estancia media o larga. Este Plan, va a tratar de preparar al paciente y su familia para el regreso al domicilio, y para ello, se trabajará con ellos en el empoderamiento, mediante la provisión de apoyos y acompañamiento durante todo el proceso, así como, facilitándoles las herramientas, técnicas, habilidades y recursos que faciliten su integración social en el entorno en el que viven. Por otro lado, se pretende promover la continuidad asistencial a los pacientes una vez abandonan el recurso hospitalario, y continuar proporcionando la atención necesaria al paciente y su familia durante la fase subaguda de la enfermedad, en un centro residencial de media o larga estancia, en el cual, se promoverán e impulsarán las capacidades y recursos de la persona de cara a una rehabilitación a nivel cognitivo y funcional de las áreas afectadas por el ictus, y llevar a cabo la preparación de cara a la fase crónica y su regreso en las mejores condiciones al domicilio, con el fin de conseguir una mejor calidad de vida y bienestar social.

El ictus es un problema que encierra aspectos de carácter sociosanitario requiriendo la participación de profesionales de las diferentes disciplinas, tales como neurología, neuropsicología, fisioterapia, enfermería, terapia ocupacional, logopedia y trabajo social. La OMS en su define la salud<sup>1</sup> como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Siguiendo la definición de la OMS, lleva a señalar la importancia que tiene la atención social de las enfermedades, es decir, nos insta a abandonar el modelo de atención biomédico, en el cual el objetivo final era eliminar la enfermedad sin tener en cuenta las variables psicológicas y sociales, para instaurar el modelo biopsicosocial, que sitúa al paciente en el eje central de la intervención, se trabajan las tres dimensiones que envuelven a la persona, biológica, psicológica y social, y los profesionales se posicionan como guías a lo largo de todo el proceso de intervención creándose entre paciente-familia y profesionales una relación de confianza que permite llevar a cabo una intervención fructífera.

En muchas ocasiones, los profesionales tanto del ámbito social y sanitario, a la hora de intervenir, nos limitamos sólo a dar nuestro diagnóstico, a llevar a cabo la valoración de cara a cumplir el protocolo establecido, sin embargo, no nos paramos a valorar cómo puede estar afectando esa enfermedad a la persona y a sus redes familiares más cercanas. En el ámbito sanitario, somos los Trabajadores Sociales Sanitarios, quienes

debemos ser capaces de atender este tipo de situaciones, cuando una persona ingresa tras sufrir un accidente cerebrovascular, va a sufrir una serie de cambios que van a condicionar su forma de vida tal y como la conocía hasta ahora, puede tener más o menos secuelas.

El presente trabajo, se estructura en un primer lugar, situándonos sobre qué es el daño cerebral y posteriormente, nos centramos en el ictus, se realiza una definición del mismo, además de proponer otras definiciones llevadas a cabo por diversos autores, así como una clasificación en la cual se procede a definir los diferentes tipos de ictus, diferenciando el isquémico del hemorrágico, y los diferentes subtipos que existen de cada uno de ellos. Una vez señalada la clasificación, abordaremos las diferentes fases por las que atraviesan los pacientes y familiares con ictus, la llamada fase intrahospitalaria que comprende el periodo desde el ingreso del paciente hasta su alta hospitalaria y la fase extrahospitalaria, que se prolonga desde el alta hospitalaria y su ingreso bien en algún centro residencial de media o larga estancia, su estancia en un programa de atención domiciliaria o en servicios de rehabilitación de carácter ambulatorio, hasta que se produce el alta de alguno de estos tres servicios, a la vez que se va preparando al paciente y a su familia su integración social en su entorno habitual, así como las características de cada una de las fases. Seguidamente, se procede a llevar a cabo la exposición de los datos acerca del número de personas que están afectadas por un ictus a nivel mundial, europeo y de España, con el fin de conocer la realidad sobre la enfermedad. A continuación, se exponen los diferentes factores de riesgo, modificables y no modificables que influyen e incrementan las posibilidades de que una persona sea más o menos propensa a sufrir un episodio de ictus, y las medidas de prevención que se deben llevar a cabo, en el caso de los factores de riesgo modificables, para evitar que ocurra tal episodio. Se aborda en este primer apartado también, los síntomas que tiene el episodio de ictus, es decir, qué señales o indicios nos pueden llevar a determinar en un primer momento que una persona está sufriendo un episodio de ictus, y ponernos en contacto con el servicio de emergencias 112. Seguidamente, nos centraremos en profundizar en las posibles secuelas que puede ocasionar un ictus en la población en general, los daños a nivel físico y sensorial, en el lenguaje, cognitivos, emocionales y conductuales que producen en la persona que padece el ictus. Dado que este trabajo se centrará en el colectivo de la tercera edad, es conveniente aportar una serie de datos sobre cómo afecta el ictus a este colectivo, las secuelas que produce en los pacientes que difieren en cierto grado al resto de la población, y además, se abordará la importancia que tiene la realización de rehabilitación en este tipo de población, el momento adecuado para poder llevarla a



cabo, así como los recursos en materia de rehabilitación del ictus existentes una vez la persona abandona el centro hospitalario. Finalmente, se procederá a llevar a cabo la justificación de porqué el autor ha decidido emprender la realización de este trabajo, así como los beneficios que reporta al paciente y al sistema.

En la segunda parte, se llevará a cabo el establecimiento de los objetivos que se pretenden alcanzar con la realización de este Plan, las mejoras que pueden verse beneficiados los pacientes y familiares de ictus. En este apartado se establecerá la población destinataria del programa, los recursos (Humanos y Materiales), los criterios o requisitos para poder acceder a este tipo de recurso, así como su duración del programa. Seguidamente se presentan las fases del programa, con la entrevista inicial, el diagnóstico y posteriormente se elaborará el plan de atención y las actividades a realizar con el paciente y su familia de carácter multidisciplinar donde se llevará a cabo los pasos a seguir, los profesionales que intervendrán en el proceso y las funciones que van a desempeñar cada uno de ellos, y la coordinación que se llevará a cabo desde el centro residencial de media o larga estancia, con los profesionales del centro hospitalario y del medio en que va a vivir la persona, y en último lugar se llevará a cabo la evaluación del programa.

En la tercera parte se llevará a cabo, las conclusiones a las que se han llegado tras la realización de este trabajo, los logros alcanzados a nivel del autor del trabajo, las dificultades encontradas, así como, los aprendizajes conseguidos. Finalmente, se expondrá la bibliografía empleada en el trabajo de cara al reconocimiento de autores que han escrito sobre el tema del ictus, y los Anexos utilizados.

## 5. Fundamentación Teórica.

### 7.1 El Ictus. Definición y Tipos:

El Daño Cerebral tal y como se define en la Guía de Orientación en la Práctica Profesional de la Valoración Reglamentaria de la situación de Dependencia en Personas con Daño Cerebral Adquirido (2013)<sup>2</sup>, “cualquier lesión adquirida sobre un cerebro previamente desarrollado, con independencia del origen causal: traumático, vascular, tumoral, infeccioso, anóxico, etc.” El daño cerebral trae asociado una serie de secuelas de diversa gravedad y complejidad, que produce daños a nivel físico, psicológico, sensorial, y social. Por ello, se hace necesario, llevar a cabo una intervención de carácter integral y multidisciplinar, poniendo en el eje central de la intervención a la persona y a su familia o redes de apoyo, desde la perspectiva del respeto a la autonomía y autodeterminación, con el objetivo único de conseguir una mejor calidad de vida para la persona y su familia dentro de su entorno habitual.

En la definición de Daño Cerebral expuesta anteriormente, se puede originar debido a causas de origen vascular. El accidente cerebrovascular o el ictus, es considerado como uno de los daños cerebrales, el cual, va a ser objeto de atención del presente trabajo. Por ello, es necesario definir qué es el accidente cerebrovascular o ictus, señalando las definiciones que indicamos a continuación.

La OMS, en Estrategia paso a paso de la OMS para la Vigilancia de Accidentes Cerebrovasculares (2005)<sup>3</sup>, definió el accidente cerebrovascular como “Afección neurológica focal (o a veces general) de aparición súbita, que perdura más de 24 horas (o causa la muerte) y de presunto origen vascular.”. Si continuamos con la definición de ictus vamos a señalar la aportada por Fernández-Concepción, Verdecia-Fraga, Álvarez-González, Román-Pastoriza, y Ramírez-Pérez (2005)<sup>4</sup>, “todo trastorno en el cuál un área del encéfalo se afecta de forma transitoria o permanente por una isquemia o hemorragia en el que uno o más vasos sanguíneos cerebrales están afectados por un proceso patológico.”

La Sociedad Española de Neurología (SEN) a través de su Guía para el Diagnóstico y Tratamiento del Ictus (2012)<sup>5</sup>, señala el origen del ictus en un “trastorno circulatorio cerebral” cuyos efectos producen alteraciones temporales o permanentes en una o varias áreas del encéfalo.

En definitiva, podemos definir el ictus como un trastorno de origen vascular, en el cual un vaso sanguíneo encargado de portar los nutrientes y el oxígeno al cerebro, sufre una rotura u obstrucción por un coágulo, generando una serie de daños en una o varias zonas del encéfalo, siendo éstos de carácter transitorio o definitivo.

Según Díez-Tejedor, Del Brutto, Álvarez-Sabín, Muñoz y Abiusi (2001)<sup>6</sup> los ictus se pueden clasificar en los diferentes tipos que aparecen en (Fig. 1), y vamos a pasar a definir a continuación.

- **Ictus hemorrágico:** es aquel que se origina con la ruptura de un vaso sanguíneo en el cerebro, provocando una expansión de la sangre por el mismo, así como la destrucción de las neuronas y de las células.

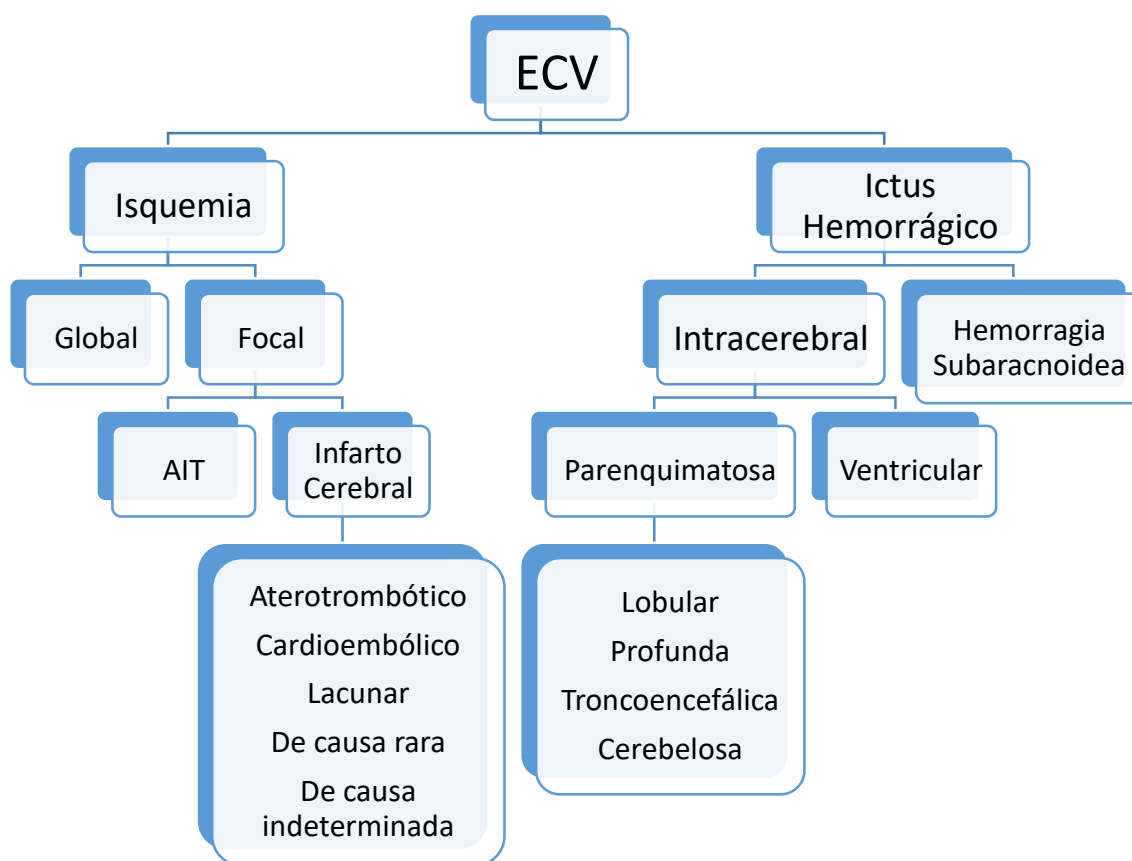


Ilustración 1. Clasificación de la Enfermedad Cerebrovascular (ECV) según su naturaleza. Díez-Tejedor, Del Brutto, Álvarez-Sabín, Muñoz y Abiusi (2001)<sup>6</sup>.

### 7.1.1 Ictus isquémico:

La isquemia o ictus isquémico se produce cuando hay un descenso del aporte sanguíneo al cerebro de forma repentina. Este grupo representa el 85% de los ictus.

Esta puede ser de dos tipos:

- **Global**<sup>7</sup>: tiene lugar cuando se produce un brusco descenso y de carácter breve del flujo sanguíneo cerebral cuya afectación alcanza a todo el encéfalo de una forma simultánea.
- **Focal**<sup>7</sup>: se refiere a aquella reducción de aporte sanguíneo solamente afecta a una parte del cerebro.

Siguiendo la clasificación, dentro del ictus isquémico focal, podemos diferenciar a su vez dos tipos:

- **Ataque isquémico transitorio**<sup>6-7</sup>: se produce debido a una insuficiencia vascular originada a través de un coágulo alojado en una arteria. Sus síntomas tienen una duración breve, es decir, inferior a una hora. Aquellos pacientes que sufren este tipo de episodios, tienen un riesgo mayor de padecer un ictus, por lo tanto, es conveniente que adopten estilos de vida saludables con el fin de evitarlo.
- **Infarto Cerebral o ictus isquémico**<sup>7</sup>: es aquel que tiene lugar tras producirse alteraciones cuantitativas o cualitativas del flujo circulatorio a una zona del encéfalo, ocasionando déficits neurológicos de una duración superior a las 24 horas, llegando a provocar una necrosis tisular.

Dentro del infarto cerebral, podemos distinguir los siguientes subtipos en función de las causas que han llevado su aparición:

- **Infarto Aterotrombótico**<sup>7</sup>: se produce en aquellos pacientes que padecen arteriosclerosis generalizada, es decir, la acumulación de placa (grasas, colesterol y otras sustancias que forman parte de la sangre) en las paredes arteriales del cerebro que, tras endurecerse, provocan una constricción arterial reduciendo el flujo sanguíneo al cerebro. Los pacientes que son más propensos a padecer este tipo de infartos, son personas con problemas de hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes y obesidad. El alcance de este tipo de infarto, suele ser medio o grande, en función del área afectada.
- **Infarto cerebral lacunar**<sup>7</sup>: se le considera como un infarto de tamaño pequeño, que se produce en las arteriolas perforantes cerebrales, es decir, en las ramificaciones arteriales cerebrales, a causa de una obstrucción. Este tipo de

infarto ocasiona los denominados síndromes lacunares que se detallan a continuación:

- **Hemiparesia motora pura:** que consiste en una parálisis o disminución de la fuerza muscular, en un lado del cuerpo.
- **Hemiparesia Atáxica:** ocasiona en la persona que ha padecido el infarto, debilidad en uno de los lados del cuerpo.
- **Disartria-mano torpe:** se produce una parálisis facial que ocasiona dificultades a la hora de articular palabras y sonidos. Por otro lado, “la mano torpe”, produce en la persona, falta de destreza y precisión a la hora de ejecutar los movimientos de las manos.
- **Síndrome sensitivo puro:** provoca en el paciente una pérdida de sensibilidad de forma temporal o permanente en un lado del cuerpo.
- **Síndrome sensitivo-motor:** genera en el paciente síntomas de hemiparesia y hemiplejia en un lado del cuerpo produciendo una disminución de fuerza muscular y sensorial, además de parálisis.
- **Infarto cardioembólico<sup>7</sup>:** se origina a consecuencia de una oclusión de las arterias cerebrales a causa de un émbolo procedente del corazón. Suele ser de tamaño medio o grande y su índice de mortalidad es mayor que cualquiera de los tipos anteriormente señalados. Si el restablecimiento del flujo sanguíneo se realiza de forma rápida, la recuperación neurológica en el paciente puede dejar pocas secuelas, pero si ésta se demora, puede llevar a la aparición del infarto cerebral hemorrágico, conllevando a unas secuelas de mayor envergadura.
- **Infarto de causa rara<sup>7</sup>:** se presenta en aquellos pacientes que, tras realizar un diagnóstico, se ha determinado que su origen no es cardioembólico, lacunar o aterotrombótico, el cual puede producirse debido a arteriopatías o enfermedades sistémicas. Se localiza en las zonas cortical o subcortical, vertebrobasilar o carotídea. Su tamaño puede ser pequeño, medio o grande, situado en la zona cortical o subcortical, carotídea o vertebrobasilar.
- **Infarto de causa indeterminada<sup>7</sup>:** es un infarto de tamaño medio o grande, que puede producirse en las zonas cortical o subcortical, vertebrobasilar o carotídea. Este tipo se puede ocasionar debido a las siguientes situaciones:
  - Por la confluencia de varias causas.
  - Por causas de origen indeterminado, al no hallarse englobados dentro de los tipos señalados anteriormente.
  - Por estudio incompleto o insuficiente, por falta de medios diagnósticos que ayuden a determinar el origen del mismo.

### 7.1.2 Ictus Hemorrágico.

El ictus hemorrágico, es aquel que se produce tras la ruptura de un vaso sanguíneo, arterial o sanguíneo, vertiéndose la sangre al cerebro. A diferencia del isquémico, se produce con una frecuencia menor, entorno al 20% de los casos.

En el ictus hemorrágico podemos diferenciar dos tipos<sup>8</sup>:

- **Hemorragia subaracnoidea:** consiste en un sangrado en el espacio situado entre el cerebro y la membrana subaracnoidea, que es causado debido a la rotura de un aneurisma, malformación arteriovenosa u otras causas. Se precisa de una actuación de carácter urgente, las lesiones que puede originar este tipo de ictus en el cerebro pueden ser de carácter permanente o incluso provocar la muerte. Los síntomas que presentan son cefaleas de carácter repentino e intenso, asociado a una pérdida de conciencia, visión doble (diplopía), epilepsia. Se presenta en pacientes cuya edad es inferior a los 60 años y con problemas de tabaquismo, hipertensión arterial, ingesta de alcohol, factor hereditario de haber padecido hemorragia subaracnoidea, poliquitosis renal, anemia de células falciformes, enfermedades de los tejidos conectivos (tales como síndrome de Ehlers-Danlos tipo IV, pseudoxantoma elástico, displasia fibromuscular), así como la carencia de alfa1-antitripsina.
- **Hemorragia intracerebral:** consiste en la extravasación de flujo sanguíneo dentro del parénquima cerebral causado por la ruptura de una estructura vascular cuyo origen no sea a causa de un traumatismo. La hemorragia intracerebral, puede ser de carácter primario, es decir, originada a causa de una ruptura de los vasos sanguíneos debidos a hipertensión arterial o angiopatía amiloide, o de carácter secundario, cuyo origen se debe a rupturas de las estructuras vasculares que presentan malformaciones congénitas o problemas de coagulación de sangre. Se distinguen dos tipos de hemorragia intracerebral:
  - **Hemorragia Intraventricular:** que se produce debido a una ruptura de las estructuras vasculares o por hipertensión arterial. Es muy poco frecuente su presentación en adultos, y se diferencias dos tipos, primaria y secundaria. La primaria, es aquella en la cual la sangre permanece alojada en el interior de las paredes ventriculares sin que previamente se constate la existencia de una lesión parenquimatosa periventricular que hubiese podido causarla, y en el caso de la secundaria, se debe a una

hemorragia que tiene su origen en el parénquima a consecuencia de hematomas hipertensivos de los ganglios de la base o del tálamo.

○ **Hemorragia parenquimatosa:**

- **Lobular:** es aquella que se produce debido a malformaciones de las estructuras vasculares, tumoración, a alteraciones de los componentes de la sangre (discrasia), y a los efectos adversos producidos a consecuencia de fármacos anticoagulantes. En personas mayores con deterioro cognitivo, sin antecedentes previos de hipertensión arterial, son debidas a la aparición de angiopatías amiloides en las estructuras vasculares. Suele originarse en las zonas cortical o subcortical en ambos hemisferios cerebrales, aunque la su mayor frecuencia de aparición es en las regiones temporoparietales.
- **Profundo:** se origina debido a problemas de hipertensión arterial, principalmente en la zona subcortical en los ganglios basales y en el tálamo. Las secuelas que produce este tipo de infarto cerebral son trastornos del lenguaje en el hemisferio dominante, síndrome parietal, alteraciones del campo de visión. En función del volumen y de las consecuencias debidas a una hernia cerebral, salida de la sangre a los ventrículos cerebrales o por una hidrocefalia aguda, el nivel de consciencia podrá verse afectado o estar la persona en estado de coma.
- **Cerebelosa:** Según lo definen Álvarez-Betancourt, Ramírez-Mendoza, López-Ortega y Caldera-Duarte (2004)<sup>9</sup>, como “cúmulo de sangre en el parénquima cerebeloso secundario a la disrupción de la pared vascular en arterias, capilares y venas cerebelosas, originariamente de estructura y morfología normales, secundario a patologías adquiridas”. La causa más frecuente de producirse este tipo de infartos es debida a la hipertensión arterial.
- **Tronco cerebral:** es un ictus que se produce a consecuencia de la hipertensión arterial, cuando la sangre no fluye por el tronco cerebral pudiendo originar la muerte al encargarse de controlar funciones respiratorias, de presión arterial, ritmo cardíaco, equilibrio corporal, lenguaje, deglución, entre otras.

## 7.2 Fases del Ictus.

Dentro del proceso de neurorrehabilitación, los pacientes, tal y como señalan Alberdi, Iriarte, Mendía, Murgialdai y Marco (2008)<sup>10</sup>, atraviesan dos fases:

- **La fase intrahospitalaria:** se produce desde la entrada del paciente con daño cerebral en el centro hospitalario y se prolonga hasta la salida del mismo. En esta fase, la atención se encuentra orientada a mantener la supervivencia del paciente. De esta fase se derivan dos estadios que se indican a continuación:
  - **Fase crítica:** es el momento más cercano al suceso del ictus, el paciente, sufre aún secuelas de gravedad considerable, entre las que podemos señalar, el coma o encontrarse afectados de forma muy considerable el nivel cognitivo. Los pacientes que se encuentran en esta fase, se encuentran en la Unidad de Cuidados Intensivos, o están en proceso de abandonarla. El perfil de las personas con daño cerebral que se encuentran en esta fase, presentan elevadas probabilidades de sufrir complicaciones a consecuencia del daño cerebral, tales como epilepsia, problemas de origen respiratorio en pacientes que han sido intervenidos para practicarles una traqueotomía, y disfagia. Con respecto al estado de los afectados que se encuentran en esta fase, se encuentran en una situación estable a nivel respiratorio y hemodinámico.
  - **Fase aguda:** se caracteriza porque los pacientes presentan secuelas de nivel moderado, y aquellos cuyas secuelas son graves, han conseguido superar la fase crítica. A nivel neurológico se encuentran estables, y existe un riesgo bajo de sufrir complicaciones a causa de la lesión y, además, las capacidades para llevar a cabo una rehabilitación a nivel funcional, cognitivo y conductual, son buenas.
- **Fase extrahospitalaria:** su objetivo se encuentra centrado en la preparación de cara al regreso al domicilio y su integración sociocomunitaria. Para ello, se hace necesario disponer de un soporte familiar que contribuye a la reducción del proceso de institucionalización del paciente. Esta fase se encuentra orientada a mejorar la calidad de vida del paciente y fomentar su integración social en convivencia con la enfermedad dentro de su entorno habitual. En esta fase se diferencian dos estadios:



- **Fase subaguda:** durante esta fase, se lleva a cabo la rehabilitación con el paciente, llevándose a cabo acciones dirigidas a mejoras a nivel funcional. El paciente, se encuentra vinculado a un servicio de rehabilitación (hospital de día, unidades de rehabilitación hospitalaria, unidades de rehabilitación ambulatoria).
- **Fase crónica:** en esta etapa, el paciente se encuentra estable a nivel neurológico y funcional. Se lleva a cabo la participación del paciente en grupos de terapia de cara a facilitar su integración social y mejorar su calidad de vida en el entorno habitual de residencia. Para ello, se procede a la búsqueda de recursos que fomenten la autonomía del paciente en su entorno habitual, con el fin de incrementar sus niveles de bienestar social.

### 7.3 Datos acerca del ictus.

#### 7.3.1 Mortalidad del Ictus.

La OMS, en una nota de prensa<sup>11</sup> publicada en su web en enero de 2017, sitúa como principales causas de defunción a la cardiopatía isquémica y a accidente cerebrovascular, causantes de 15,2 millones de fallecimientos de un total de 56,4 millones. No obstante, la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular, en los últimos 15 años han sido las principales causas de defunción en el mundo, constituyéndose como un problema de primer orden de carácter sanitario y además social.

Si procedemos a analizar a nivel europeo, cuáles han sido las principales causas de defunción, según Eurostat<sup>12</sup>, en el año 2014, sitúa en un primer lugar a las enfermedades del aparato circulatorio entre las que se encuentra el ictus, provocando un total de 373.6 muertes por cada 100.000 habitantes.

	Total									Females		
	Circulatory disease	Heart disease (*)	Cancer (†)	Lung cancer (‡)	Colorectal cancer	Respiratory diseases	Diseases of the nervous system	Transport accidents	Suicide	Breast cancer	Cancer of the cervix	Cancer of the uterus
EU-28 (*)	373.6	126.3	261.5	54.4	30.5	78.3	38.6	5.8	11.3	32.6	3.9	6.6
Belgium	281.9	72.4	252.6	61.6	26.1	95.7	46.5	6.7	17.3	37.0	2.7	6.4
Bulgaria	1 131.0	195.4	242.4	45.5	34.9	58.1	15.3	9.0	9.9	32.6	8.7	9.0
Czech Republic	615.2	333.1	284.6	53.1	37.9	73.4	30.8	7.8	14.4	29.1	5.7	8.0
Denmark	256.6	81.0	300.6	71.7	35.2	115.7	42.9	4.0	11.9	39.7	3.6	6.1
Germany	403.5	142.8	253.2	51.0	29.0	68.0	29.6	4.6	11.9	35.6	3.2	4.9
Estonia	699.6	295.5	299.4	55.3	36.0	43.8	21.8	7.5	18.3	31.8	8.6	5.9
Ireland	309.9	147.5	288.3	61.5	32.4	125.9	48.7	4.0	11.0	41.2	5.0	7.8
Greece	381.4	103.0	249.3	61.9	23.3	108.1	20.9	8.6	5.0	31.0	2.3	5.9
Spain	245.0	68.2	232.7	47.8	33.6	91.7	48.5	4.3	8.2	23.7	2.3	6.2
France	202.9	49.3	245.4	50.1	26.1	52.0	50.2	5.1	14.1	32.9	2.2	7.4
Croatia	678.6	306.5	336.4	65.2	51.0	59.7	21.3	8.9	16.8	44.5	5.5	11.1
Italy	310.1	98.3	246.6	49.4	27.0	58.3	34.3	5.6	6.3	31.7	1.3	6.5
Cyprus	351.8	108.7	201.0	37.2	16.7	86.2	26.8	6.5	4.5	26.6	1.5	9.2
Latvia	882.7	442.7	299.3	46.9	34.2	35.9	15.6	12.4	19.0	34.6	9.5	9.5
Lithuania	848.8	564.4	276.2	46.1	32.1	42.1	20.8	10.7	31.5	28.5	10.4	8.4
Luxembourg	296.9	80.3	260.7	59.6	25.5	63.8	38.0	6.0	13.4	35.6	3.2	6.3
Hungary	761.5	390.6	348.1	89.8	55.0	78.6	19.9	8.1	19.4	37.9	7.6	8.2
Malta	372.4	202.8	233.5	43.2	28.3	96.6	21.0	2.5	8.3	35.1	1.8	12.7
Netherlands	271.7	62.4	282.2	66.7	32.9	74.1	48.3	4.1	11.1	35.2	2.4	5.9
Austria	418.1	179.1	249.3	47.5	26.4	46.6	32.6	5.8	15.3	32.4	3.4	5.5
Poland	591.4	129.1	292.3	69.2	36.0	69.1	16.5	10.3	15.5	31.0	8.3	8.0
Portugal	305.8	69.6	242.1	36.4	35.0	116.7	32.8	7.8	11.3	26.7	3.5	6.4
Romania	951.3	320.3	273.2	54.2	32.4	78.4	21.0	12.3	11.4	32.1	16.4	6.0
Slovenia	451.3	102.8	299.9	58.6	38.4	66.3	21.1	6.7	18.9	33.5	4.4	9.3
Slovakia	654.6	388.8	324.1	50.0	49.2	74.9	29.5	8.5	10.8	35.8	8.7	9.9
Finland	378.8	199.2	218.6	39.0	22.6	34.4	155.0	5.7	14.6	26.6	1.8	6.1
Sweden	338.3	131.2	234.8	38.7	29.2	58.1	42.6	3.4	12.1	27.0	2.6	6.3
United Kingdom	264.9	118.4	278.4	61.4	27.7	130.9	47.6	2.8	7.1	34.7	2.8	6.7
Liechtenstein	296.4	73.7	203.0	31.3	6.8	89.8	67.6	10.3	10.2	41.0	:	9.9
Norway	272.6	95.7	252.5	50.5	36.4	88.4	45.4	4.0	7.3	27.2	2.7	7.2
Switzerland	280.0	97.8	219.6	42.1	22.8	51.3	44.5	3.6	12.8	31.1	1.4	5.1
Serbia	931.6	159.5	298.3	69.4	37.2	79.7	27.3	7.6	15.9	41.9	10.4	8.0
Turkey (‡)	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	2.2	4.2

(\*) Ischaemic heart diseases.

(†) Malignant neoplasms.

(‡) Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung.

(\*) For the age standardisation, among older people, the age group aged 85 and over was used rather than separate age groups for 85-89, 90-94 and 95 and over.

(‡) 2013.

Source: Eurostat (online data code: hlth\_cd\_asdr2)

Tabla 1. Causas de Muerte a nivel europeo, según Eurostat 2014<sup>12</sup>.

En esta tabla se representan las principales causas de muerte en Europa, las cifras que se recogen en ella son por cada 100.000 habitantes. Tal y como se refleja en ella, la principal causa de muerte en la Europa de los 28, son las enfermedades del aparato circulatorio, como el ictus, seguidas por el cáncer y las enfermedades del corazón. Como podemos observar, a nivel europeo, las enfermedades cerebrovasculares, constituyen un problema de salud de primer orden, donde deberán tomarse medidas de cara a prevenirlas con el fin de reducir el número de casos.

A nivel de España, según publica el Instituto Nacional de Estadística en los datos del año 2016<sup>13</sup>, sitúa con un porcentaje de un 29,2% a las enfermedades del aparato circulatorio, grupo en que se encuentran los accidentes cerebrovasculares y las cardiopatías, como la primera causa de defunción.

<b>Distribución por capítulos de la Clasificación Internacional de Enfermedades 2016</b>		
<b>Capítulos de la CIE-10</b>	<b>Nº Defunciones</b>	<b>Porcentaje</b>
Total Defunciones	410611	100
Enfermedades del sistema circulatorio	119778	29,2
Tumores	112939	27,5
Enfermedades del sistema respiratorio	46812	11,4
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	25236	6,1
Trastornos mentales y del comportamiento	20980	5,1
Enfermedades del sistema digestivo	20096	4,9
Causas externas de mortalidad	15668	3,8
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	12700	3,1
Enfermedades del sistema genitourinario	12173	3,0
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	8033	2,0
Enfermedades infecciosas y parasitarias	7033	1,7
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	4265	1,0
Enfermedades de la sangre y de los tejidos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad	1886	0,5
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	1523	0,4
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	846	0,2
Afecciones originadas en el periodo perinatal	637	0,2
Embarazo, parto y puerperio	15	0,0

Tabla 2. Causas de defunción según las enfermedades en España en el año 2016<sup>13</sup>.

Si desglosamos los datos de las enfermedades del sistema circulatorio, tal y como aparece en la siguiente tabla, se encuentran en primer lugar las enfermedades isquémicas del corazón y a continuación, los accidentes cerebrovasculares, siendo un mayor número de personas del sexo femenino.

<b>Número de defunciones según las causas de muerte más frecuentes (*) 2016</b>			
<b>Año 2016</b>	<b>Total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
Total Enfermedades	410611	208993	201618
Enfermedades isquémicas del Corazón	32056	19071	12985
Enfermedades cerebrovasculares	27122	11556	15566
Cáncer de Bronquios y de Pulmón	22155	17598	4557
Demencia	20150	6668	13482
Insuficiencia cardiaca	17931	6652	11279
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	15071	11011	4060
Enfermedad de Alzheimer	14793	4370	10423
Enfermedad Hipertensiva	12153	3908	8245
Cáncer de Colón	11781	6892	4889
Neumonía	9310	4090	5220
Diabetes Mellitus	9160	4767	4393
Cáncer de Páncreas	6789	3434	3355
Cáncer de Mama	6477	92	6385
Insuficiencia Renal	6273	2903	3370
Cáncer de Próstata	5752	5752	0

\*Causas con peso relativo superior a 1,4%.

Tabla 3. Causas de defunción en España en el año 2016, en función del sexo<sup>13</sup>.

La Sociedad Española de Neurología<sup>14</sup>, en una nota de prensa publicada el 29 de octubre del 2017 a consecuencia del Día Mundial del Ictus, corrobora los datos reflejados en la tabla anterior del Instituto Nacional de Estadística, situando al ictus como segunda causa de Defunción en España. Si analizamos por sexo, el ictus es la primera causa de fallecimiento en mujeres y la tercera en hombres.

Por ello, podemos concluir que, según los datos a nivel Mundial, europeo y España, los accidentes cerebrovasculares, se encuentran entre las primeras causas de defunción en España, ello nos lleva a situarlo en un problema de carácter sanitario y social de primer orden, dado que produce secuelas no sólo en el paciente sino también en su familia. Para ello, es necesario, establecer una serie de medidas de prevención tanto primaria, para evitar que se produzca el episodio de ictus, como secundaria, de cara a evitar su reaparición en aquellos pacientes que ya han sufrido el ictus, y con ello, se conseguiría reducir el impacto que pudiese causar de nuevo en la familia y la dependencia en el paciente, asociada al nuevo episodio de ictus.

### 7.3.2 El Ictus en Castilla y León.

La Sociedad Española de Neurología<sup>14</sup>, publica que cada año en Castilla y León se producen unos 6000 casos de ictus en su población, que según datos del Instituto Nacional de Estadística su población asciende a los 2.448.000 habitantes. Con estos datos aportados por dichas fuentes de información, he llevado a cabo un cálculo de cuántos casos al año pueden producirse a nivel de cada una de las 9 provincias que forman parte de la Comunidad Autónoma de Castilla y León siendo los que aparecen en la siguiente tabla.



Ilustración 2. Mapa de Castilla y León con casos previsibles de ictus por provincia (Elaboración Propia)<sup>15</sup>.

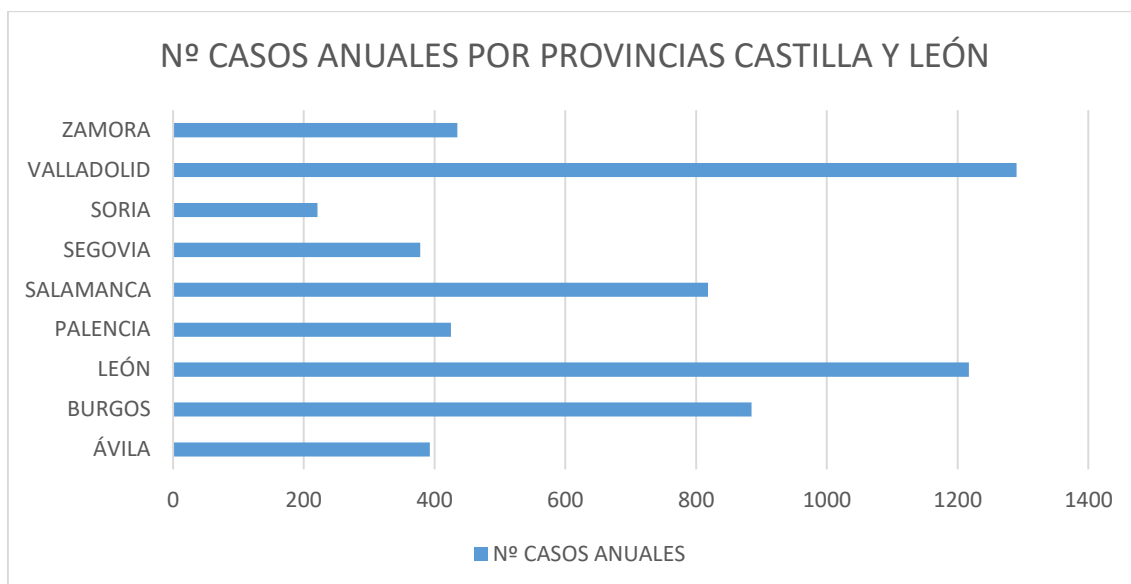


Ilustración 3. Gráfico de Casos Anuales de Ictus por Provincias en Castilla y León (Elaboración Propia).

Tabla de Provincias y Nº de Casos Anuales	
Provincias	Nº Casos Anuales
Ávila	393
Burgos	885
León	1217
Palencia	425
Salamanca	818
Segovia	378
Soria	221
Valladolid	1290
Zamora	435

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla 4. Casos susceptibles de ictus en Castilla y León por Provincias.

## 7.4 Factores de Riesgo del Ictus.

Un factor de riesgo según lo definen Martínez-Vila e Irimia (2000)<sup>16</sup> es una característica de origen biológico o un hábito, que permite la identificación de un grupo de personas que presentan altas probabilidades de padecer una enfermedad, con respecto al resto de la población. La identificación de este tipo de personas nos va a permitir, llevar a cabo acciones de prevención primaria, es decir, poner en marcha medidas de carácter preventivo, sobre aquellos sujetos potencialmente susceptibles de padecer la enfermedad, pero que actualmente no la han sufrido; prevención secundaria, que consiste en llevar a cabo acciones de carácter preventivo en aquellas personas que han sufrido la enfermedad con el fin de evitar la reaparición de la misma y reducir los síntomas.

Martínez-Vila e Irimia (2000), siguiendo la clasificación aportada por Sacco, Benjamin, Broderick, Dyken, Easton, y Feinberg (1997)<sup>16-17</sup>, señalan la existencia de dos grandes grupos de factores de riesgo:

- **Factores de Riesgo bien documentados:** son aquellos que tras realizar investigaciones o estudios nos han permitido constatar que influyen en la aparición de la enfermedad. De ellos se pueden diferenciar a su vez tres tipos:
  - **No modificables:** se engloban dentro de este grupo, la edad, el sexo, factores hereditarios, Raza/Etnia y la localización geográfica.
  - **Potencialmente modificables:** se consideran a enfermedades tales como la Diabetes Mellitus, Homocisteinemia, Hipertrofia ventricular izquierda.
  - **Modificables:** Hipertensión arterial, cardiopatías (Fibrilación auricular, Endocarditis infecciosa, Estenosis mitral, Infarto de miocardio reciente), tabaquismo, anemia de células falciformes, AITs previos, estenosis carotídea asintomática.
- **Factores de riesgo menos documentados:** se encuadran dentro de este grupo todos los factores que no existen estudios suficientes que corroboren su presencia en la aparición de la enfermedad.
  - **No modificables:** Clima y Estación de año.
  - **Potencialmente modificables:** Dislipemia, otras cardiopatías (Miocardiopatía, discinesia de la pared ventricular, endocarditis no bacteriana, calcificación del anillo mitral, prolapso mitral, Contraste ecocardiográfico espontáneo, Estenosis aórtica, Foramen oval permeable, Aneurisma del septo atrial), Uso de anticonceptivos orales, Consumo excesivo de alcohol, Consumo de drogas, Sedentarismo, Obesidad, Factores dietéticos, Hematocrito elevado, Hiperinsulinemia/resistencia a la insulina, estrés, migrañas, Estados de hipercoagulabilidad e inflamación, Enfermedad subclínica, Engrosamiento íntima-media, Ateromatosis aórtica, Factores socioeconómicos.

A continuación, vamos a proceder detallar los factores de riesgo documentados<sup>16,17,18,19</sup>:

- **No Modificables:**
  - **Edad y Sexo:** el factor edad, afecta de igual forma al ictus isquémico que hemorrágico. A partir de los 55 años, las probabilidades se duplican, y un 75% de los casos de ictus se producen en personas cuya edad supera

los 65 años de edad. En relación al sexo, los hombres tienen un riesgo mayor de desarrollar la enfermedad, que las mujeres.

- **Antecedentes familiares:** aquellas personas cuyos familiares directos hayan sido afectados por ictus, desarrollan más posibilidades de padecerlo, al igual que presentar sus factores de riesgo.
- **Modificables:**
  - **Hipertensión Arterial**<sup>16,17,18,19</sup>: Se encuentra dentro de los factores de riesgo modificables, siendo el factor más importante después de la edad. Un 70% de los pacientes que han sufrido un ictus isquémico y hemorrágico, ha sido por esta causa. A medida que se produce un incremento de la presión arterial, por cada 7,5 mmHg en la presión sistólica, el riesgo de producirse un ictus se incrementa de forma exponencial, sin hacer ningún tipo de discriminación en función del sexo. Llevar a cabo un tratamiento de la hipertensión arterial sistólica reduce un 36% en la población anciana el riesgo de padecer un ictus.
  - **Tabaco**<sup>16-17,18,19</sup>: es otro de los factores que triplica el riesgo de padecer un ictus a quienes consumen tabaco. Con respecto al sexo, las mujeres que consumen tabaco, tienen un mayor riesgo que los hombres. Las personas fumadoras de edad adulta, incrementan el riesgo de sufrir la enfermedad en función del número de cigarrillos al día que ingieren, además, en el caso de los fumadores pasivos, debido a que se encuentran en un ambiente nocivo, este riesgo también se va a incrementar. Una vez los sujetos dejan de consumir productos del tabaco en un periodo de 3-5 años el riesgo de padecer ictus se reduce a niveles de una persona no fumadora. Sin embargo, en población anciana o de edad avanzada, este riesgo se ve disminuido.
  - **Diabetes Mellitus**<sup>16,17,18,19</sup>: los pacientes que padecen diabetes mellitus tipo 2, presentan un mayor riesgo de sufrir ictus, al tener mayores probabilidades de desarrollar arteriosclerosis, hipertensión arterial, obesidad y dislipidemia, siendo más frecuente que surja en mujeres que en hombres. Según los estudios, un tratamiento de la diabetes no produce un descenso en el riesgo de padecer un ictus. Sin embargo, si llevamos a cabo un control adecuado de la presión arterial por debajo de 130-80mmHg de este tipo de pacientes, ese riesgo se puede ver reducido hasta un 44%. El riesgo de los pacientes que presentan diabetes de sufrir un ictus, se encuentra en su punto álgido entre los 50 y 60 años, produciéndose una reducción a partir de los 60 años.



- **Fibrilación auricular**<sup>16,17,18,19</sup>: es la causante de un 50% de los ictus de origen cardioembólico, si a ello añadimos factores como la edad, hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia cardiaca, o haber padecido previamente AIT, el riesgo de padecer ictus se incrementa de forma notable.
- **Sedentarismo**<sup>16,17,18,19</sup>: llevar a cabo un estilo de vida sedentario, provoca un mayor riesgo de padecer ictus tanto isquémico como hemorrágico a largo plazo. Aunque no existen datos relativos a ensayos realizados sobre esta temática, si es conveniente realizar ejercicio físico moderado o intenso durante 30-60 minutos a la semana, reduce las posibilidades de padecer ictus.
- **Dieta**<sup>16,17,18,19</sup>: el consumo de determinados alimentos provoca un incremento del riesgo de ictus, como, por ejemplo, la sal, las grasas de origen animal, un déficit de vitamina B, B6 y B12. Por ello, si deseamos reducir el riesgo de padecer ictus, es conveniente que llevemos una dieta rica en vegetales y frutas y controlemos el consumo de grasas saturadas y colesterol.
- **Alcohol**<sup>16,17,18,19</sup>: la ingesta excesiva de alcohol en el organismo produce un incremento en el riesgo de padecer ictus isquémico, dado que produce hipertensión arterial, problemas de coagulación sanguínea, arritmias y alteraciones en el flujo sanguíneo cerebral.
- **Drogas**<sup>16,17,18,19</sup>: el consumo de drogas como puede ser la cocaína y anfetaminas produce en las personas un incremento del riesgo de padecer ictus isquémico y hemorrágico. Según señala Martínez (2014), este tipo de sustancias produce una reducción del flujo sanguíneo cerebral, produciendo un estrechamiento de las estructuras sanguíneas que conlleva a un incremento de la presión intracraneal, todo ello, desencadena en un ictus.
- **Infecciones**<sup>16,17,18,19</sup>: haber contraído una infección de origen bacteriano o viral, asociado a otros factores de riesgo, provoca en los pacientes un incremento del riesgo de padecer un ictus. El sistema inmunológico de cara a combatir la infección emite como respuesta la inflamación y una respuesta inmunológica en la sangre incrementando los factores de coagulación de la sangre, provocando un mayor riesgo de accidente cerebrovascular cardioembólico-isquémico.

## 7.5 Síntomas del Ictus.

Según afirma la Sociedad Española de Neurología<sup>14</sup>, existen una serie de signos que nos indican la presencia de un accidente cerebrovascular, que señalamos a continuación:

- Dolor repentino e intenso de cabeza.
- Pérdida inesperada de fuerza en la cara, extremidades superiores e inferiores en un lado del cuerpo.
- Alteraciones en el habla que origina problemas de articulación de palabras, dificultando la expresión de las mismas, y hacerse entender por el resto de los interlocutores.
- Problemas que pueden ocasionar en la persona visión borrosa o pérdida de la misma en uno o ambos ojos.
- Caídas repentinas, dificultades para mantener la estabilidad del cuerpo y falta de coordinación en cuanto a los movimientos, así como vértigos.
- Alteraciones en la sensibilidad, apreciando la persona síntomas de adormecimiento, en la cara, en el brazo o en un lado del cuerpo, iniciado de forma inesperada.

## 7.6 Posibles secuelas derivadas del ictus.

La persona, en función del alcance y localización de la lesión provocada a causa del ictus, va a provocar una serie de secuelas que se detallan a continuación, tal y como indica Guía Psicoeducativa para Familiares de Personas con Daño Cerebral Adquirido editada por el Complejo Hospitalario de Navarra (2013)<sup>20</sup>:

- **Trastornos a nivel físico y sensorial<sup>19</sup>:**
  - **Hemiparesia:** consiste en una disminución de la fuerza en un lado del cuerpo, el contrario al lugar donde se produjo el ictus.
  - **Hemiplejia:** parálisis total de un lado del cuerpo, el contrario donde se produjo el ictus.
  - **Espasticidad:** provoca en la persona afectada, una contracción permanente de determinados músculos de la mitad afectada por el ictus. Por ello, es preciso procurar que la persona adopte posturas adecuadas de cara a prevenir la rigidez y deformaciones en las articulaciones.

- **Hipotonía muscular:** falta de fuerza muscular, en la zona contraria del cuerpo donde se ha producido la lesión.
- **Alteración de la sensibilidad:** provoca una sensación de adormecimiento o de dolor de la cara, extremidades superiores e inferiores de la mitad afectada, así como una sensación desagradable, al roce.
- **Ataxia:** se refiere a la problemática que tiene la persona a la hora de llevar a cabo una coordinación de movimientos, así como para caminar, agarrar y utilizar objetos.
- **Incontinencia urinaria o intensidad:** son los problemas que padece la persona a la hora de controlar la micción o la deposición.
- **Problemas visuales:** alteraciones que provocan en la persona, pérdida de la visión, visión borrosa o diplopía.
- **Trastornos del lenguaje<sup>20</sup>:**
  - **Afasia:** se produce tras existir una lesión en la zona del cerebro responsable del lenguaje, provocando en la persona afectada, dificultades de comprensión y expresión oral y escrita del lenguaje.
  - **Disartria:** es una alteración en el lenguaje que origina en la persona problemas a la hora de pronunciar las palabras debido a la alteración de los movimientos producidos por la musculatura del habla.
  - **Disfagia:** se refiere a las dificultades que sufre la persona a la hora de ingerir bebidas o alimentos, pudiendo ocasionar en el paciente, tos o atragantamiento, ingestión de alimentos de forma más lenta, problemas a la hora de ingesta de líquidos, problemas de masticación, restos de alimentos en la boca, incremento de la salivación y cambios en la voz.
- **Trastornos cognitivos<sup>20</sup>:**
  - **Orientación:** se producen alteraciones en cuanto al conocimiento de la orientación temporal (si es mañana-tarde o noche), espacial (el lugar en que se encuentra en este momento), personal (datos relativos a su persona).
  - **Atención:** se traduce en disfuncionalidades para mantener la concentración ante una determinada tarea, distrayéndose de forma continuada ante estímulos ajenos, realizar tareas de forma simultánea o para procesar la información recibida.

- **Memoria:** se producen disfuncionalidades que impiden que la persona sea capaz de retener o recuperar información de hechos sucedidos de reciente actualidad.
- **Praxias:** son aquellas dificultades que tiene la persona a la hora de realizar determinados gestos.
- **Reconocimiento sensorial:** se produce en el paciente una serie de alteraciones que dificultan el reconocimiento de objetos a través de los sentidos (oído, vista, olfato, gusto y tacto).
- **Funciones ejecutivas:** son aquellas limitaciones que provocan en la persona problemas a la hora de llevar a cabo la planificación de una tarea, concentrarse en la ejecución de una actividad, capacidad de razonamiento para la resolución de un problema.
- **Trastornos emocionales y conductuales<sup>20</sup>:**
  - **Confusión o delirio:** tras producirse el ictus, el paciente, presente disfuncionalidades en la conciencia, alteraciones en el sueño y en la vigilia, una reducción en la capacidad de atención, desorientación, alucinaciones, nerviosismo e inquietud, y confusión.
  - **Depresión:** genera en la persona, un estado de ánimo bajo, donde está presente la tristeza, enfado, desánimo, llanto, sensación de inutilidad, apatía por aquellas actividades que antes le gustaba realizar, reducción del apetito, pensamientos acerca de la muerte.
  - **Ansiedad:** el paciente se encuentra en un constante estado de nerviosismo, sufre episodios de ausencia de aire, dependiente de los demás y con problemas para enfrentarse a la nueva situación.
  - **Cambios en la personalidad:** se producen una serie de disfuncionalidades que afectan a determinadas estructuras y funciones cerebrales, provocando cambios en la personalidad, apareciendo nuevos comportamientos o una “agudización” de rasgos de personalidad que existían previamente.

## 7.7 Ictus en personas mayores de 65 años.

Las sociedades desarrolladas, durante la última etapa del siglo XX, ha experimentado una serie de cambios a nivel demográfico, entre ellos podemos destacar un envejecimiento de la población. El incremento del número de personas mayores de 65 años, viene causado por un descenso en las tasas de mortalidad y morbilidad en las enfermedades, un incremento en la esperanza de vida al nacer viviendo un mayor número de años debido a una mejora en la calidad de vida gracias a la existencia de los sistemas de protección social, la reducción en cuanto al número de nacimientos a consecuencia de la crisis económica acaecida durante la década de los años 70, 80 y la actual y a la incorporación al mercado de trabajo del sector femenino, y finalmente los flujos migratorios, aunque afectan no es de una manera tan determinante como los factores señalados anteriormente, el éxodo de jóvenes de zonas rurales a ciudades o de sus Comunidades Autónomas hacia otras en busca de mejores oportunidades laborales, si provoca cambios en cuanto a las tasas de envejecimiento de la población en un análisis entre las diferentes Comunidades Autónomas<sup>21</sup>.

Si procedemos a analizar el caso de España, en el año 2017, la tasa de envejecimiento alcanza el 118,25% históricamente es la más alta desde el año 1975. Según los datos provisionales del Instituto Nacional de Estadística a 1 de enero de 2018<sup>22</sup>, la población mayor de 65 años ascendía a un total de 8.905.738, y supone un porcentaje de 19,07% de la población total de España. Según el INE<sup>23</sup>, quien realiza una proyección de la población en función de los movimientos actuales, prevé que la población mayor de 64 años ascienda hasta los 11,7 millones un 25,6%, y en 2066, dicha población alcanzaría los 14,1 millones, un 34,1%.

El incremento del número de personas mayores de 65 años, viene dado por un aumento en la esperanza de vida de la población, entendido como “el número medio de años que esperaríamos seguir viviendo una persona de una determinada edad en caso de mantenerse el patrón de mortalidad por edad (tasas de mortalidad a cada edad) actualmente observado”, según lo define el INE. En la actualidad, la esperanza de vida en España, en varones es de 80,4 y en mujeres de 85,9 tal y como publica el INE<sup>24</sup>. Este incremento en la esperanza de vida, se da gracias a una reducción en la mortalidad infantil, a la innovación tecnológica que ha permitido mejorar en la atención y prevención de las enfermedades, a la adquisición de estilos de vida y hábitos de alimentación saludable, mejoras en las condiciones de vida (calidad en el empleo, poder adquisitivo) y acceso al sistema educativo y sanitario.

Las personas mayores son más propensas a desarrollar una serie de enfermedades entre las que se encuentran, las de origen cardiovascular, hipertensión, diabetes, y el accidente cerebrovascular entre otras. Tal y como afirman Martínez-Vila e Irimia (2000)<sup>16</sup>, en la clasificación acerca de los factores de riesgo que influyen a la hora de producirse un accidente cerebrovascular, la edad es un factor influyente, pero de carácter no modificable, teniendo una mayor probabilidad de que ocurra. A medida que las personas sobrepasan la edad de 55 años, las probabilidades existentes de sufrir un ictus se duplican sin llevarse a cabo distinción por sexo. De hecho, en la nota de prensa publicada por la Sociedad Española de Neurología con motivo de conmemorar el día del Ictus, el 29 de octubre de 2017<sup>14</sup>, apunta un 5% de la población mayor de 65 años ha padecido un ictus.

Según la Sociedad Española de Neurología<sup>14</sup>, cataloga al ictus como primera causa de discapacidad y segunda de demencia en España. Los efectos que produce en los pacientes son a nivel físico, psicológico y social, provocándoles una serie de hándicaps que causan deficiencias en cuanto al funcionamiento de órganos y sistemas, dificultades a la hora de llevar a cabo una serie de actividades y disminución en relación a la participación en la toma de decisiones o desempeño de determinadas funciones.

Las secuelas que deja un ictus varían en función de la edad, al igual que su recuperación. En pacientes jóvenes se dan una serie de secuelas cuya recuperación va a ser más rápida, sin embargo, los pacientes mayores de 65 años, según señalan Casquet, Acosta y Belmonte (2017)<sup>25</sup>, tras contrastar diferentes estudios van a desarrollar una serie de consecuencias tales como:

- **Alteraciones a nivel motor**<sup>25</sup>: se destaca que la más frecuente es la hemiplejía, donde se produce una disminución de la fuerza muscular de las extremidades superiores e inferiores, así como de la cara, del lado contrario del cuerpo a donde ha tenido lugar el ictus. Existe también la hemiparesia, que consiste en una limitación en cuanto a los movimientos en extremidades superiores e inferiores y en la cara, del lado contrario del cuerpo a donde se produjo el ictus.
- **Alteraciones en la deglución**<sup>25</sup>: la disfagia es una de las secuelas más frecuente en personas que padecen ictus, que ocasiona dificultades a la hora de tragar, bien puede ser de carácter leve en la cual se presentan problemas a la hora de tragar alimentos sólidos o, más aguda, en la cual existen dificultades para ingerir alimentos líquidos. Asociado a la disfagia pueden presentarse otra serie de inconvenientes tales como la neumonía por aspiración (infección que

tiene lugar en los pulmones a consecuencia de una aspiración de alimentos, líquidos o de vómito hacia los pulmones), deshidratación o malnutrición debido a una reducción del aporte de alimentos o de líquidos.

- **Afasia**<sup>25</sup>: que ocasiona en las personas que padecen ictus dificultades a la hora de comunicarse a través del habla y de comprensión de los mensajes. Esta consecuencia, es recuperable con rehabilitación dando su fruto dentro de los tres primeros meses y reduciéndose de forma paulatina a lo largo del año.
- **Espasticidad**<sup>25</sup>: es otra de las dificultades que presentan las personas tras sufrir un ictus, que origina en la persona un daño en el sistema nervioso central que provoca rigidez muscular ocasionando complicaciones a la hora de ejecutar el movimiento de músculos afectados. Este tipo de consecuencia, genera en la persona pérdida en su autonomía funcional que se traduce en una situación de dependencia, además de causar a la persona dolores y contracturas musculares.
- **Caídas**<sup>25</sup>: se considera una de las secuelas más frecuentes, son debidas a las alteraciones producidas por el ictus en el equilibrio y en la marcha. Suelen producirse cuando el paciente se encuentra ingresado a los pocos días de sufrir el ictus, al igual que una vez se encuentra en el domicilio (baño, habitación). Este tipo de caídas pueden ocasionar en la persona, además de hematomas, algún tipo de fractura en las extremidades afectadas por el ictus.
- **Deterioro cognitivo**<sup>25</sup>: en población anciana es frecuente la aparición de secuelas que hayan producido alteraciones en las funciones cognitivas de las personas. Ello, asociado a la edad, o padecer algún tipo de depresión ocasiona en las personas que se genere un tipo de demencia generando en la persona la dependencia de terceros.

Por otro lado, no debemos olvidar la atención, a las consecuencias a nivel neuropsiquiátrico derivadas del ictus, que algunas personas pueden desarrollar la denominada depresión postictus<sup>26-27</sup>, que se produce en pacientes que han sufrido un ictus y lleva asociada una pérdida del interés en la realización de determinadas actividades, así como un estado de ánimo deprimido, durante un periodo de tiempo prolongado. Su aparición tiene lugar en los primeros meses tras producirse el ictus y en ella contribuyen una serie de factores de riesgo como, la pertenencia al género femenino, disponer de antecedentes previos de depresión, el alcance del ictus, las consecuencias a nivel cognitivo y funcional (discapacidad y dependencia generadas) y la ausencia de redes apoyo social y familiar tras sufrir el ictus. Como consecuencia a padecer este tipo de afectación neuropsicológica, ello va a desencadenar en un empeoramiento no sólo a nivel de recuperación funcional, sino también en calidad de

vida, en la realización de las actividades de la vida diaria, en el mantenimiento y establecimiento de las redes sociales y familiares, e incluso incrementará el riesgo de muerte. Por ello, es necesario llevar a cabo un trabajo interdisciplinar, de cara a detectar aquellos síntomas que nos hagan sospechar que las personas con ictus, están ante un cuadro de depresión post ictus de cara a poner en marcha las medidas y atenciones necesaria, con el fin de mejorar el proceso de rehabilitación de la persona y pueda alcanzar óptimos niveles calidad de vida y bienestar social.

### 7.8 La Importancia de la rehabilitación en el proceso de recuperación del Ictus.

El paciente, en la unidad de neurología, tras conseguir alcanzar una estabilización neurológica, es hora de comenzar a poner en marcha un proceso de planificación del alta hospitalaria, dado que, en dicha unidad, el trabajo a realizar ha cumplido su objetivo. Para ello, el equipo de profesionales de la unidad conformado por el equipo médico, personal de enfermería, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, neuropsicólogos/as y trabajadores/as sociales, deberán trabajar con el paciente y su familia en la preparación de la siguiente fase<sup>28</sup>.

Dichos profesionales, emplearán la metodología específica de atención a las personas con daño cerebral denominada, modelo de atención a personas con daño cerebral<sup>29</sup>. Que tiene como principios, la continuidad y coordinación asistencial de cara a seguir proporcionando atención psicosocial al paciente y a sus familiares una vez abandonen la unidad hospitalaria o de rehabilitación y regresen de nuevo al hogar; calidad de vida, fomentando acciones destinadas a que la personas con ictus y sus familias, encuentren en su entorno las adaptaciones necesarias que les permita alcanzar un nivel de vida y de bienestar óptimos en su nueva situación con la enfermedad; centrado en la persona y en la familia, es necesario conseguir su implicación y participación en el proceso de intervención, son agentes activos y con capacidades para la toma de decisiones, los profesionales, actuaremos como guía, apoyo, asesoramiento y acompañamiento a lo largo de todo el proceso, y por ello, respetaremos su autonomía y la toma de decisiones; atención interdisciplinar, la problemática causada por el daño cerebral, se extiende a las esferas, física, psicológica y social, por ello se requiere la participación de profesionales de las diferentes áreas de cara a trabajar con la persona y su familia la intervención que les permita alcanzar un buen nivel de calidad de vida; atención individualizada, el daño cerebral, afecta a cada persona de una forma diferente, por ello, trabajaremos junto con el paciente y su familia en el diseño de una intervención individualizada ajustada a su



patología; ajustado a criterios de calidad, hoy en día, se ha considerado de importancia, la prestación de servicios de calidad, que cumplan los objetivos previstos y sean capaces de adaptarse a las particularidades de cada paciente; igualdad de derechos de todos los ciudadanos, es necesario que desde los poderes públicos se pongan en marcha todos los cauces que sean necesarios para garantizar el acceso a la red de servicios de daño cerebral a todas las personas, tal y como viene recogido en el artículo 3 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia<sup>30</sup>.

En la siguiente fase, la fase subaguda, una vez la persona y su familia abandonan el hospital, tal y como habíamos señalado en párrafos anteriores, el paciente alcanza su estabilidad neurológica, se abre un periodo en el cual, éste puede continuar beneficiándose de procesos de rehabilitación, cuya meta será conseguir que alcance su máxima capacidad a nivel funcional y su integración en su entorno sociofamiliar, y serán llevados a cabo por profesionales de fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, neuropsicología, trabajo social, enfermería, medicina general entre otros. El comienzo del tratamiento rehabilitador, se llevará a cabo una vez la persona se encuentre estable desde el punto de vista neurológico. En la actualidad, existen pocos estudios que avalen una eficacia notable de iniciar la rehabilitación tras producirse el ictus (Murie-Fernández et al, 2010)<sup>28</sup>, pero si es conveniente iniciar la rehabilitación una vez el paciente se encuentre estabilizado dado que su recuperación funcional va a ser mayor, al adquirir una mayor autonomía en la realización de las actividades básicas de la vida diaria, y su estancia dentro de la unidad hospitalaria se verá reducida.

El paciente, en función de la gravedad inicial del ictus, va a precisar de un mayor o menor tiempo de rehabilitación, cuantas más áreas funcionales afectadas se encuentren, el tiempo de recuperación será mayor. Según Murie-Fernández et al. (2010)<sup>28</sup>, en función de la gravedad del ictus, el periodo de rehabilitación requerido para la realización de las actividades básicas de la vida diaria es, para el ictus leve se estima una duración de 2 meses, para el ictus moderado entorno a los 3 meses, en el caso del ictus grave a los 4 meses, y finalmente en el supuesto de ictus muy graves, sería a los 5 meses. Una vez superado el periodo de los 5-6 meses, existen pocas evidencias en cuanto a alcanzar mejoras objetivas que puedan verse reflejadas en escalas que se encargan de medir las capacidades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

Para ello, el paciente deberá reunir una serie de requisitos<sup>28</sup>, entre los que se encuentran el mantenimiento de una serie de capacidades cognitivas mínimas que le permitan

participar en la intervención en las diferentes áreas, la afectación a nivel funcional haya producido secuelas en el desplazamiento y en la realización de las actividades básicas de la vida diaria y la comorbilidad no obstaculice ni impida la participación en el proceso de rehabilitación. Por otro lado, no debemos olvidar que hay pacientes en los cuales el ictus ha producido secuelas muy graves, deteriorando de forma severa las capacidades cognitivas, así como, imposibilitándoles en la realización de las actividades básicas de la vida diaria y en la ejecución de desplazamientos. Todo ello, provoca que sus posibilidades de obtener mejoras a nivel funcional son reducidas o nulas, y sus capacidades cognitivas dado su elevado deterioro les imposibilita en su participación en el proceso de rehabilitación, y por ello, no podrán beneficiarse de procesos rehabilitadores que les permita vivir de forma autónoma e independiente en su hogar. Ello no quiere decir, que estas personas y sus familias queden abandonadas a su suerte, por ello se llevara a cabo un trabajo para estimular sus capacidades sensoriales y cognitivas de cara a mantener su autonomía personal y respetar su dignidad en función proporcionándoles una calidad de vida adecuada.

Para ello, existen una serie de dispositivos en los cuales, los pacientes pueden continuar con el proceso de recuperación una vez han abandonado la unidad hospitalaria<sup>28</sup>:

- **Rehabilitación hospitalaria<sup>28</sup>**: en este caso, los pacientes presentan una discapacidad de carácter moderada o grave en al menos dos áreas funcionales, precisando una serie de atenciones por parte del equipo de enfermería, presentando unas condiciones desde el punto de vista médico optimas, y sus capacidades a nivel cognitivo les permiten su participación en el programa de rehabilitación de alta intensidad que les permita poder realizar las actividades básicas de la vida diaria dentro de su entorno habitual.
- **Rehabilitación ambulatoria<sup>28</sup>**: se encuentra dirigida a pacientes cuya afectación a nivel cognitivo y su discapacidad es de carácter leve o moderada afectando a un máximo de dos áreas funcionales. Este tipo de pacientes, tienen posibilidades para acudir al centro de rehabilitación y poseen lazos familiares y relacionales fuertes.
- **Atención domiciliaria<sup>28</sup>**: los pacientes poseen un núcleo familiar sólido que les permita cuidarles en su domicilio. Se caracterizan por presentar un grado de discapacidad moderado o grave, y además las posibilidades para acudir al centro de rehabilitación son reducidas, por lo tanto, es recomendable que su atención se lleve a cabo en el domicilio, tras formar a los familiares de los cuidados que deben proporcionar al paciente.

- **Centro o residencia de media o larga estancia<sup>28</sup>**: se dirige a pacientes que presentan dificultades a la hora de llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria, y además de no poder desarrollar terapias de alta intensidad. En lo relativo a los apoyos de carácter familiar, éstos son insuficientes, y se prevé que su regreso a su domicilio requiera de un tiempo mayor, que si estuviese en otras circunstancias.

Este trabajo, se va a llevar a cabo desde las residencias de media o larga estancia, que acogerán a pacientes que han padecido un ictus que les ha producido secuelas, generando en las personas una discapacidad de carácter moderado y grave. Dentro de estas residencias, disponen de los soportes y recursos necesarios que permitirán a los pacientes y a sus familias llevar a cabo un proceso de recuperación que les permita alcanzar un grado elevado en la realización de las actividades básicas de la vida diaria y recuperar las capacidades funcionales afectadas por el ictus, y poder regresar a su entorno en unas condiciones óptimas que garanticen su integración social de cara a tener una mejor calidad de vida y bienestar social. Para conseguir, esta meta, es necesario establecer un Plan de Alta con la persona y su familia, donde participarán un grupo de profesionales de diferentes disciplinas, y se llevarán a cabo el establecimiento de una serie de objetivos y metas a alcanzar por parte del paciente, siendo revisable durante el periodo que se consensue entre los pacientes y familias y el equipo de atención.

## 6. Justificación.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud<sup>31</sup>, establece en su artículo 14 define la prestación de atención sociosanitaria a los pacientes como, “el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”, y se encuentra destinada a pacientes que requieren cuidados de larga duración, que se encuentren en un proceso de convalecencia, o padezcan algún tipo de déficit de carácter funcional provocado por alguna enfermedad con posibilidades de recuperación. En Castilla y León, en la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, en su artículo 23, se define como “el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características y vulnerabilidad pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”<sup>32</sup>, que incluirá aquellos recursos y cuidados de carácter social y sanitario con el fin de garantizar la continuidad asistencial, la coordinación poniendo en el eje central a la persona, y eligiendo el recurso que sea más idóneo para cada situación en particular.

Si realizamos un análisis del contenido de estos dos artículos, la presencia de los profesionales de Trabajo Social Sanitario se hace presente, así como, la elaboración de un Plan de Alta del recurso de estancia media o larga destinado a pacientes con ictus. Con este Plan de Alta, se pretende dar respuesta al artículo 23 de la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León<sup>32</sup>, donde se continúe garantizando la atención integral a los pacientes y familiares una vez hayan abandonado el recurso hospitalario, durante la fase subaguda de la enfermedad, en el centro de residencial de estancia media o larga, con el fin de promover la recuperación funcional y de su autonomía, así como preparar al paciente y su familia de cara al regreso a su entorno habitual. Ello va a implicar, llevar a cabo un trabajo de coordinación profesional que requerirá la participación tanto de profesionales del centro hospitalario, como los profesionales del centro residencial, así como, aquellos pertenecientes al entorno en el que vive (Médico de Familia, Trabajador Social Sanitario del Centro de Salud, Trabajador Social Comunitario, entre otros).

Colom (2006), define la planificación del alta hospitalaria como “procedimiento interdisciplinar en el que intervienen simultáneamente y como mínimo, personal médico, de enfermería y trabajo social. En muchos casos se cuenta con la figura del rehabilitador, del psicólogo, del terapeuta ocupacional. Dicho procedimiento se inicia en el momento del ingreso, con la alerta de todos los profesionales, cada uno, en el desempeño de los roles que le son propios”<sup>33</sup>.

Fernández (2014), conceptualiza un programa de planificación del alta como “un instrumento centralizado que permite obtener toda la información –biológica, psicológica, social y cultural- del cliente desde el primer momento del ingreso hospitalario, lo cual ayuda a establecer un primer diagnóstico socio sanitario y, si cabe, un plan de actuación. Es también un instrumento de detección que permite la derivación de la persona a los servicios especializados, ya sea de atención primaria de salud, o de servicios sociales, que evita que la persona quede desatendida después de la hospitalización”<sup>34</sup>.

El Servicio de Salud del Principado de Asturias, explica que la Planificación del Alta Sanitaria en Situaciones de Riesgo Social como “el procedimiento –coordinado e interdisciplinar- en el cual el equipo de salud detecta y evalúa precozmente las necesidades de soporte social de pacientes vulnerables y sus familias, desarrollando un plan individualizado que asegura la continuidad de cuidados y optimiza las posibilidades de funcionamiento personal e integración en el entorno sociofamiliar significativo, contribuyendo a prevenir los riesgos de intervenciones innecesarias y a mantener los beneficios de la salud”<sup>35</sup>.

Tras exponer las definiciones de qué se entiende por Planificación del Alta, desde aquí, vamos a elaborar una propia centrada en el colectivo que estamos abordando, los pacientes y familias con ictus. Un programa de Planificación de Alta de un centro residencial de estancia media o larga dirigido a personas con ictus, consiste en un instrumento que se aplica en la fase subaguda de la enfermedad, garantizando así la continuidad del proceso asistencial de la enfermedad de ictus, que requiere la participación del paciente y sus familiares, así como un de equipo interdisciplinar integrado por profesionales de Medicina, Trabajo Social, Enfermería, Terapia Ocupacional, Psicología y Fisioterapia. Se inicia tras el ingreso del paciente y su familia en el centro residencial, que conlleva un análisis de las necesidades derivadas de la situación de ictus a nivel, biológico, psicológico y social, para llevar a cabo un diagnóstico social sanitario y la elaboración de un plan individualizado de atención con el fin de garantizar su regreso al entorno habitual en las mejores condiciones posibles.

La elaboración de un Programa de Planificación de alta requiere un trabajo de coordinación y que exista un flujo de información entre profesionales, tanto interna como externa, porque el objetivo del programa de planificación del alta no es otro que el regreso del paciente y su familia a su entorno habitual, por ello, desde el centro es preciso que pongamos en conocimiento de los profesionales de Atención Primaria de Salud y Servicios Sociales, la existencia de este caso, con el fin de continuar el proceso asistencial y evitaremos dejar desamparados a los pacientes y familiares. Por otro lado, no debemos olvidar que debe existir un diálogo con el profesional de neurología del centro hospitalario, con el fin de hacerle saber cuál es la evolución del paciente, así como las diferentes contingencias que vayan surgiendo, de cara a cambiar los procedimientos de actuación.

Entonces, debemos preguntarnos ¿Por qué necesitamos llevar a cabo un Programa de Planificación del Alta en pacientes con ictus? Las razones se exponen a continuación:

- **Ahorro del gasto para el sistema sociosanitario**, es decir, aunque es necesario que se invierta un mayor número de tiempo y de recursos durante las fases aguda y subaguda de la enfermedad, esto va a suponer, que se reduzcan los reingresos, ahorrando una serie de costes al sistema. En épocas en las cuales, existe una racionalización en cuanto a los recursos, es el momento idóneo para demostrar, que un programa de planificación de alta hospitalaria, permite obtener una serie de beneficios a nivel económico que se traduce en un ahorro económico a largo plazo en el sistema.
- **Trabajar de forma coordinada y con profesionales de diferentes ramas sociosanitarias**. Como profesionales, independientemente de la disciplina a la que pertenezcamos, en el ámbito sanitario, hay que desterrar la idea de trabajar de forma aislada, es decir, cada profesional detecta las necesidades que surgen en su área, las diagnostica, realiza el plan e interviene sobre ellas. No debemos perder la perspectiva de que estamos trabajando con personas que padecen una enfermedad, y éstas, disponen de redes familiares más o menos fuertes, unas características psicológicas que le permiten abordar y afrontar la enfermedad de un modo u otro, y todo ello, afecta a la evolución de la enfermedad. Por ello, se exige que los programas de planificación de alta, cuenten con una implicación máxima de los profesionales que participan en él, trabajando de forma coordinada y organizada, haciendo al paciente y a su familia partícipes del proceso. Con ello se pretende llegar más allá del entorno residencial, es decir, promover las capacidades en el paciente y su familia de cara a procurar la mejor

integración de éstos en su entorno habitual. Para ello, debemos establecer vías de comunicación con los profesionales de atención primaria tanto de salud como de servicios sociales, con el fin de garantizar todos los logros alcanzados durante las fases aguda y subaguda, evitando posibles recaídas que conllevarían un nuevo reingreso en el centro hospitalario. En definitiva, vamos a conseguir la integración y coordinación entre los servicios de atención primaria y especializada de salud y servicios sociales.

- **Trabajar de forma directa con pacientes y familias:** el programa de planificación del alta en la fase subaguda del ictus nos sitúa a los profesionales en una posición privilegiada, al poder trabajar directamente con el paciente y su familia, podremos detectar las diferentes necesidades que se derivan de la enfermedad, establecer un diagnóstico de las mismas, y elaborar un plan de intervención que nos permita abordarlas de forma conjunta con la familia. Nuestro papel de apoyo con el paciente y la familia es primordial, dado que, a lo largo de la enfermedad, éstos van a sufrir una serie de crisis y episodios nuevos para ellos que deberán afrontar y superar. El paciente, tras sufrir el ictus, cuando se encuentra en el centro residencial, todo está adaptado a sus necesidades, no existen barreras arquitectónicas, cuenta con profesionales que le ayudan en las actividades básicas de la vida diaria, dispone de apoyos de profesionales ante situaciones de crisis, pero ello, le lleva a pensar ¿cómo va a ser mi vida cuando regrese a mi entorno? Si no nos centramos en trabajar este tipo de cuestiones y limitarnos sólo en el ámbito residencial vamos a conseguir generar en el paciente situaciones de crisis, ansiedad, nerviosismo ante su regreso al hogar, que van a repercutir en la evolución de la enfermedad. Para ello, como profesionales debemos ser capaces abordar este tipo de necesidades derivadas de la nueva situación a la que van a enfrentarse y facilitarles apoyo, proporcionándoles herramientas y técnicas, además de aquellos recursos existentes en su entorno comunitario con el fin de garantizar su integración en el entorno, evitando así que se sientan abandonados tras recibir el alta del centro residencial.

Por otro lado, no debemos perder de vista la intervención con la familia, porque suponen para el paciente su “bastón de apoyo”, y van a ser quienes se encarguen de llevar a cabo los cuidados del paciente. Es necesario que conozcan a fondo la enfermedad, las fases y los estadios por los que va a atravesar el paciente, debemos formarles ante las diferentes situaciones que van a tener que afrontar. La presencia del ictus en la familia ha supuesto cambios en la dinámica familiar, y van a repercutir en su vida (trabajo, familia, relaciones

sociales), debiendo realizar una serie de adaptaciones y ajustes que pueden ocasionar en los familiares sentimientos enfrentados, situaciones de estrés y de crisis, problemas de convivencia entre los miembros, que pueden desembocar en síndrome de burnout del cuidador principal. Por esto, los profesionales debemos facilitar a los pacientes y familiares, los recursos con los que cuenta su medio para la atención del ictus, los apoyos que pueden encontrar para ir superando los diferentes obstáculos que van surgiendo. La ética profesional, en este caso, nos exige que no dejemos desamparado al paciente y a su familia, por ello es necesario haber puesto en conocimiento de estos recursos comunitarios, la existencia de este caso, con el fin de garantizar esa continuidad asistencial, y facilitar una mejor integración social del paciente y su familia en aras de conseguir un mayor bienestar social y calidad de vida.

De las razones expuestas en el párrafo anterior, se derivan una serie de beneficios, que según Colom (2013)<sup>36</sup> se obtienen de la puesta en marcha de Programas de Planificación de Alta, viéndose beneficiadas estas dos dimensiones que señalamos a continuación:

- **Poblacional<sup>36</sup>:**
  - Supondrá que las intervenciones que se lleven a cabo se sustentan sobre diagnósticos sociosanitarios, y ello conlleva a determinar cuáles son las necesidades reales de apoyo y atención.
  - Facilitar un apoyo a la familia, permitiendo una mejora en la relación con los profesionales que se ve traducida, en una mayor seguridad por parte de ésta, y un mejor clima de trabajo e implicación en el proceso de intervención.
- **Dimensión institucional<sup>36</sup>:**
  - Con respecto a los recursos materiales y humanos, va a permitir llevar a cabo una mejor gestión de los mismos, evitando su duplicidad y ahorrando costes.
  - Permitirá intervenciones de calidad con los pacientes y familiares, evitando la improvisación de los profesionales, que puede traer asociada un agravamiento de los problemas derivados de la enfermedad.
  - Va a permitir obtener información, y a través de la cual, nos va a permitir elaborar protocolos que nos indiquen cómo abordar aquellas situaciones conflictivas que tienen una mayor incidencia.



- Dado que las enfermedades evolucionan, surgen nuevas necesidades, gracias al programa, se pueden plantear nuevos programas que se adecuen a dichas necesidades.
- Reducción de los reingresos, continuar el proceso asistencial del ictus una vez que los pacientes y familiares regresan a su hogar, va a permitir una mejor evolución en la enfermedad y por tanto, un descenso en el número de personas que ingresan de nuevo en los establecimientos sanitarios.
- Se evita que las estancias en centros hospitalarios o centros residenciales por razones de carácter diferente al médico, tales como problemas sociales, familiares, entre otros.
- Se facilitará un incremento en la rotación.

## 7. Antecedentes de Estudio Previos al Programa de Planificación de Alta.

Tras llevar a cabo un trabajo de revisión he podido encontrar una serie de proyectos que llevan a cabo un programa de alta hospitalaria, en los cuales la figura del Trabajador Social Sanitario tiene un papel importante en la ejecución de los mismos. Los programas son los siguientes:

- **Programa de Alta Hospitalaria llevado a cabo en el Hospital San Juan de Dios de Granada**<sup>37</sup>, que plantean como objetivo general del Servicio de Trabajo Social Sanitario, llevar a cabo la atención e intervención de las necesidades sociales de pacientes y familiares ingresados en el Hospital, de cara a evitar que repercutan en el proceso de recuperación de la enfermedad y faciliten su integración social en el entorno comunitario. Los Trabajadores Sociales Sanitarios, utilizan el apoyo social que va a permitir que los pacientes sean capaces de llevar a cabo la **aceptación** de la enfermedad, que contará con el apoyo de profesionales en las diferentes situaciones; **protección**, donde se proporciona al paciente orientación de cara a afrontar diferentes situaciones; validación, paciente es considerado con capacidades para afrontar la enfermedad y posee competencias para ello; **educación**, formarles de cara a afrontar nuevas situaciones, así como a adaptarse a los cambios familiares que ha provocado la enfermedad; **facilitación de recursos sociales**, puesta en marcha de la búsqueda de los recursos sociales en el entorno que se adecuen a las necesidades de los pacientes; **coordinación y derivación informada** a otros profesionales a fin de garantizar la continuidad asistencial.

Este programa se encuentra dirigido a personas mayores que superen la edad de 65 años (carezcan de apoyos familiares o sociales), que padezcan algún tipo de enfermedad crónica o estén en una fase terminal. Señala que se inicia en el periodo comprendido entre las 42 y 72 horas después del ingreso hospitalario.
- **Programa de Planificación del Alta o Riesgo Social del Hospital Obispo Polanco de Teruel**<sup>38</sup>, se centra en proporcionar al paciente y a su familia, atención intrahospitalaria y extrahospitalaria, es decir, cuando el paciente se encuentra ingresado en el centro, así como en consultas externas y en el servicio de urgencias. Esto le permite diferenciarse de otros programas que centran su ámbito de actuación solamente mientras se encuentran ingresados, y no abordan aquellas necesidades que se producen en el ámbito de consultas externas y urgencias. El objetivo general de este programa es facilitar una

atención integral, que abarque el área física, psíquica y social, y se desarrolla a través de diferentes objetivos específicos tales como, identificar la problemática social que acompaña a la enfermedad proporcionando una detección, lograr una derivación precoz a la Unidad de Trabajo Social que facilite la intervención planificada, planificar de forma interdisciplinar el alta, evitar estancias y reingresos por causas no médicas, y reducir el impacto y la ansiedad que provoca la hospitalización entre otros.

Señala la importancia de extender su ámbito más allá del ingreso hospitalario, a consultas externas y a los servicios de urgencias. En relación a las consultas externas, porque gracias a ello se detectan una serie de situaciones entre las que señalamos, la falta de comprensión por parte de pacientes de edad avanzada o personas inmigrantes que acuden solos a las consultas de los mensajes emitidos por los profesionales médicos o a desenvolverse por el centro hospitalario, aquellos que presentan dificultades para continuar con asiduidad un tratamiento médico, que pueden llegar a suponer un riesgo para la garantía de la continuidad asistencial. En lo relativo al servicio de urgencias, existen situaciones que requieren de una intervención de carácter urgente tales como casos de abandono, situaciones de desamparo, maltrato, así como, accidentes del cuidador principal, donde quedan en el domicilio solos menores o personas en situación de dependencia.

- **Programa de Planificación del Alta Hospitalaria desde Trabajo Social Sanitario: Garantía de Continuidad de la Atención Integral entre Especializada y Primaria. Área de Salud de Tudela (Navarra)<sup>39</sup>.** Su objetivo general se centra en garantizar la continuidad asistencial de los pacientes desde el ingreso en el centro hospitalario de agudos hasta su regreso al hogar, en el área de salud de Tudela (Navarra). Para alcanzar este objetivo general se han planteado una serie de objetivos específicos tales como, elaborar una valoración de las necesidades del paciente previa al alta, que garantice la continuidad asistencial tras el alta hospitalaria; ayudar a la persona y a su familia a ajustar unos planes al alta hospitalaria que sean factibles, incluyendo la derivación a atención primaria de salud, respetando el circuito sanitario; optimizar la estancia hospitalaria, las prestaciones y recursos del propio sistema, entre otros. Este programa, se inicia en el periodo comprendido entre las 24-48 horas tras el ingreso en el centro hospitalario, en el cual se precisa la participación de los profesionales de trabajo social.

- **Programa de Planificación del Alta Hospitalaria, realizado por Leyre Fernández Ibáñez como Trabajo de Fin de Máster del Máster de Salud Pública de la Universidad Pública de Navarra<sup>34</sup>.** Su objetivo general pretende alcanzar la puesta en marcha de un programa de atención sociosanitaria para asegurar la continuidad asistencial de cada usuario, y para ello, va a plantear los siguientes objetivos específicos, conocer la realidad sanitaria y social de los usuarios en los casos que sea necesario, y favorecer la prevención secundaria para el mantenimiento de la salud de la comunidad que el hospital atiende. Se encuentra dirigido a la población de la Comunidad Autónoma de Navarra.

## 8. Objetivos del Programa.

### 10.1 Objetivo General.

El objetivo general del Programa consiste en Elaborar un Programa de carácter sociosanitario de Planificación de Alta, dirigido a pacientes y familiares con ictus mayores de 65 años y estén atravesando la fase subaguda de la enfermedad, y se encuentren ingresados en un centro residencial de estancia media o larga (específico de ictus o centro residencial de la tercera edad) o acudan de forma ambulatoria al mismo, llevando a cabo una intervención integral de las necesidades y preparando su salida del centro de cara a obtener en las mejores condiciones una integración social en su entorno que garantice una mejor calidad de vida y un mayor bienestar social.

De este objetivo general, se desprenden una serie de objetivos específicos que señalo a continuación en el siguiente apartado.

### 10.2 Objetivos Específicos:

- Realizar una valoración integral del paciente que nos permita conocer sus necesidades en relación con el ictus a nivel sanitario y social, e intervenir de forma integral de cara a solventar futuros problemas.
- Buscar la implicación del paciente, su familia o redes sociales de apoyo, mediante la participación en el proceso de intervención social.
- Garantizar la continuidad asistencial a través del establecimiento de cauces y vías de coordinación internos y externos, de cara a preparar el regreso del paciente a su entorno habitual.
- Facilitar al paciente y sus familiares o redes sociales de apoyo, técnicas, herramientas y habilidades que les permitan afrontar situaciones de crisis, de cara al alta del centro.
- Proporcionar apoyo y acompañamiento social al paciente y su familia o redes sociales de apoyo, durante su estancia en el centro.

## 9. Población Destinataria.

La población destinataria de este Programa son todos aquellos pacientes y familiares que se encuentren ingresados en un centro residencial de estancia media o larga de la Comunidad Autónoma de Castilla y León (específico de ictus o residencia de la tercera edad) que haya sufrido un ictus, y cuya edad supere los 65 años. No obstante, es necesario señalar que se prestará una especial atención a aquellos pacientes que cumplan estas características:

- Ser mayor de 65 años y vivir solo.
- Ser mayor de 65 años y poseer redes familiares y sociales débiles.
- Ser mayor de 65 años y tener una persona dependiente a quien debe prestar cuidados.
- Ser mayor de 65 años y vivir en situación de aislamiento social.
- Ser mayor de 65 años, haber padecido previamente un ictus.
- Ser mayor de 65 años y carecer de ingresos económicos suficientes.

Por otro lado, es conveniente señalar, que este Programa se puede aplicar en los centros de estancia media o larga de la Comunidad Autónoma de Castilla y León que se encarguen de atender a pacientes y familiares con ictus mayores de 65 años. Estos centros de estancia media o larga, dado son escasos realmente, y en muchas ocasiones se llevan a cabo en residencias de la tercera edad.

En Valladolid, existen 3 centros que se encargan de llevar a cabo atención específica a personas con Daño Cerebral, y son Plaza Real Zaratán, Centro Hospitalario Benito Menni, e Ictia perteneciente a Aspaym Castilla y León. En estos centros donde se lleva a cabo rehabilitación específica durante la fase subaguda del ictus, está dirigido a toda la población que sufre Daño Cerebral, aunque Plaza Real Zaratán se centra más en personas mayores dado que tiene estancias residenciales.

## 10. Recursos Humanos y Materiales.

A continuación, señalamos los profesionales que van a participar en el programa. Es conveniente señalar, que vamos a llevar a cabo una diferenciación de éstos, en función del ámbito en que se encuentren, hospital, centro residencial y entorno comunitario.

- Hospital:
  - Profesionales de Neurología.
- Centro Residencial de Estancia Media o Larga:
  - Personal de Medicina de Familia.
  - Personal de Enfermería.
  - Trabajador/a Social Sanitario.
  - Psicólogo/a
  - Psiquiatra.
  - Fisioterapeutas.
  - Terapeutas ocupacionales.
  - Logopeda.
- Entorno comunitario:
  - Personal de Medicina de Familia y Enfermería.
  - Trabajador Social Sanitario del Centro de Salud.
  - Trabajador Social Comunitario.

Como se puede apreciar, disponemos de un elenco de profesionales con formación en la enfermedad de ictus, tanto a nivel del centro como externamente. El Trabajador Social Sanitario<sup>37</sup>, será el profesional encargado de realizar la coordinación del programa y guía durante todo el proceso de intervención, dado que su trabajo se centra en abordar las diferentes esferas que envuelven a la persona tales como, la familiar, social, relacional, entre otras. No se hará precisa la contratación de más profesionales para la puesta en marcha de este programa, dado que se llevará a cabo un ajuste y optimización de las funciones de cada profesional.

Con respecto a los recursos materiales a emplear, se disponen de los despachos de los profesionales de Medicina y Enfermería, Trabajo Social, Psicología, Psiquiatría, Fisioterapia y Terapia ocupacional donde se llevarán a cabo las intervenciones individuales con el paciente y su familia de cada uno de los profesionales, además de una sala de reuniones que acogerá las reuniones de equipo con el paciente y la familia y las de coordinación con los profesionales del hospital y del entorno comunitario del paciente.

Cada despacho, dispondrá de una mesa y 3 sillas, una para el profesional y dos para paciente y sus familiares, un ordenador con conexión a internet, además de teléfono y material de oficina de cara a cumplimentar datos o el desarrollo de la intervención (bolígrafos, folios, carpetas, pañuelos de papel). En la sala de reuniones, contiene una mesa y sillas para albergar a 15 personas, un ordenador, un proyector y un cañón para la realización de intervenciones, material de oficina (bolígrafos, folios, carpetas), y un teléfono.



## 11. Acceso al centro residencial, inicio y finalización del Programa.

La Junta de Castilla y León, en aras de reducir, la estancia hospitalaria de forma innecesaria de pacientes del grupo poblacional de la tercera edad, puso en marcha un Protocolo de Coordinación entre las Consejerías de Sanidad, Familia e Igualdad de Oportunidades y la Gerencia Territorial de Servicios Sociales y las entidades locales con competencias en materia de Servicios Sociales, de cara a crear unidades de convalecencia en las residencias de personas mayores con el fin de garantizar la atención sociosanitaria de las necesidades de este grupo durante el periodo de recuperación<sup>40</sup>.

Para ello, se define a la Unidad de Convalecencia<sup>40</sup>, como el conjunto de instalaciones y servicios dirigidos a cubrir las necesidades derivadas de situaciones de dependencia a consecuencia de enfermedades de carácter crónico o aquellas otras asociadas al factor de la edad, precisan de atención sociosanitaria durante el periodo de convalecencia. La estancia en este tipo de recursos es limitada en el tiempo, inicialmente dura 2 meses, pero puede llegar a prorrogarse hasta 4, por periodos revisables de forma mensual. Dentro de este recurso, se encuentran los centros residenciales de estancia media o larga para la recuperación de personas con ictus.

Para que los pacientes puedan acceder a este tipo de recurso, es necesario, que sea un Neurólogo quien valore esta posibilidad y prescriba el tratamiento. Para ello, en el informe médico, se reflejará como garantía de la continuidad asistencial, la necesidad de continuar con el proceso de rehabilitación en un recurso de este tipo. Para ello, el Neurólogo establece contacto con el Trabajador Social Sanitario, para tramitar, siempre con el consentimiento del paciente y su familia, el ingreso del paciente en un centro residencial de estancia media o larga o la participación en régimen ambulatorio del paciente en un centro de este tipo, la recuperación de las secuelas derivadas del ictus.

El inicio del Programa, se llevará a cabo, tal y como recomienda Colom (2013)<sup>36</sup> en el periodo comprendido entre las 24 y 72 horas tras producirse el ingreso en el centro residencial. Dentro de este periodo se llevará a cabo un triaje por parte del Trabajador Social Sanitario en el cual a través de una primera entrevista se recopila una serie de información sobre posibles riesgos sociales que presenten los pacientes, y tras ello, posteriormente se programarán el resto de entrevistas.

La finalización del programa inicialmente tiene una duración inicial de 2 meses y se podrá prorrogar hasta un máximo de 4 meses. En este periodo de 2 meses los profesionales evaluarán si el paciente, ha alcanzado todas las metas y recuperado su capacidad cognitiva y funcional, y estiman que las condiciones de regreso a su entorno son las idóneas para una plena integración social y gocen de una buena calidad de vida y bienestar social. En caso contrario, solicitarán una prórroga a la Administración Autonómica, acompañando con informes médicos, la necesidad de prorrogar la intervención un mes más, hasta llegar al máximo que serían 4 meses desde la fecha de ingreso.

## 12. Fases del Programa.

### 14.1 Fase de Acogida de Pacientes y Familiares y evaluación inicial.

En un primer momento, el **Trabajador Social Sanitario**<sup>41</sup>, será el encargado de recibir al paciente y su familia, tanto si está en régimen ambulatorio, como de régimen residencial, en su despacho. Una vez se encuentren allí, el profesional, se encargará de explicarles cuál es el funcionamiento de la residencia (horarios de visitas, horario de comidas, sobre la habitación, marcaje de ropa, etc.), y la existencia de este programa detallando cuáles son los objetivos que pretendemos alcanzar, los beneficios que les reportará participar en este programa a corto, medio y largo plazo en la evolución de la enfermedad, la atención individualizada que van a recibir a lo largo de todo el proceso, etc.

Por otro lado, en esta primera entrevista (Anexo 1), se llevarán a cabo una recogida de datos de carácter social, como datos acerca de su estructura familiar (si o no tiene hijos, familiares más directos que se encargan de proporcionarle atención en los momentos de crisis), su situación económica (con el fin de conocer si dispone de recursos económicos para afrontar la enfermedad), vivienda (condiciones de habitabilidad en que se encuentra, posibles barreras arquitectónicas, régimen de tenencia de la misma), dado que los datos personales han sido transferidos por parte del centro hospitalario a este centro. Todos estos datos formarán parte de la historia social sanitaria del paciente (Anexo 3) que nos permitirá tener información detallada sobre el caso en cuestión.

La información recogida en la historia social sanitaria nos permitirá llevar a cabo un triaje, donde se procederá a la identificación de las posibles necesidades de los pacientes y poder determinar si éstos presentan algún tipo de riesgo social que requiera de una intervención más inmediata. Una vez finalizada esta primera entrevista de acogida, emplazamos al paciente y a la familia a otras sucesivas de cara a ampliar esta información, o poder detectar nuevas demandas existentes.

Tras la entrevista con el Trabajador/a Social Sanitario, nos dirigiremos con el paciente y su familia al despacho del personal médico y de enfermería. En este caso, la familia, entregará a dichos profesionales el informe médico emitido por el neurólogo del centro hospitalario, donde se detallan las secuelas que sufre el paciente a consecuencia del ictus, las áreas afectadas y donde plantea la valoración para llevar a cabo el plan de rehabilitación, por profesionales de fisioterapia, terapia ocupacional, psicología, psiquiatría y logopedia. En base a este informe, el personal médico y de enfermería se

encargarán de procurar los cuidados necesarios al paciente para llevar a cabo una evolución adecuada de la enfermedad.

Es conveniente señalar, que este centro cuenta con profesionales de fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, neuropsicología y neuropsiquiatría, pero será el informe médico emitido por el neurólogo del centro hospitalario, quien determine el tipo de intervención que precisa el paciente en función de las áreas afectadas. En caso de detectarse alguna necesidad que no venga reflejada en el informe médico emitido por el neurólogo, se procederá a informar al Trabajador Social Sanitario, para que éste se reúna con el profesional pertinente, valore al paciente, y se lleve a cabo la intervención. A continuación, se exponen las posibles acciones que llevarían a cabo los profesionales anteriormente señalados en caso de venir reflejado que tiene necesidad la persona de recibir intervención profesional:

- En este caso el paciente pasaría a ser evaluado por el **equipo de fisioterapia**<sup>42</sup>, quien se encargará de llevar a cabo un estudio de cara a conocer cuál es el alcance de las lesiones producidas por el ictus, de cara a elaborar el plan de intervención de carácter individualizado. Su objetivo se centrará en llevar a cabo acciones dirigidas a la recuperación funcional de aquellas áreas afectadas por el ictus, así como, a la prevención de posibles daños secundarios y complicaciones derivadas de la enfermedad. En dicho plan, se establecen objetivos de forma conjunta con el usuario, y éstos serán realistas y alcanzables.
- Si el paciente precisa de rehabilitación por parte de **terapeutas ocupacionales**<sup>43</sup>, éste será acompañado al despacho del equipo de terapia ocupacional, quienes se encargarán de poner en marcha los mecanismos necesarios para que la persona sea capaz de vivir de forma autónoma en su entorno habitual. Para ello, se va a encargar de realizar valoraciones a nivel motor, del campo visual, cognitivo, de cara a planificar la intervención a llevar a cabo y así conseguir que adquiera una mayor autonomía en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria.
- Si tiene afectadas áreas que precisen la necesidad de intervención del profesional de **neuropsicología**<sup>44</sup>, éste se encargará de evaluar las capacidades que posee el paciente, así como, los cambios en la personalidad y a nivel emocional que se hayan producido tras el episodio de ictus, elaborando un plan de intervención y un seguimiento periódico de cara a establecer los apoyos que pudiese precisar de cara al alta del centro.

- **El neuropsiquiatra**<sup>45</sup>, se encargará de detectar e intervenir sobre los cambios emocionales y de personalidad acaecidos tras producirse el ictus y planificar la intervención con el paciente.
- En el supuesto de tener afectadas áreas competencia del **logopeda**<sup>46</sup>, el paciente será examinado por éste, quien se va a encargar de llevar a cabo una valoración de las capacidades comunicativas del paciente que se han visto afectadas tras sufrir el episodio de ictus, es decir, problemas de comprensión de los mensajes a nivel oral, escrito y gestual, que desencadenan en alteraciones a nivel de lenguaje, habla y la voz, y llevan a situaciones de afasia, alexia (dificultades para poder leer), agrafia (problemas a la hora de escribir), disartria (dificultades para pronunciar) y disfagia.

## 14.2 Fase de Elaboración del Diagnóstico.

Durante esta fase, tras la valoración inicial que han ido realizando los profesionales, se procederá a llevar a cabo un diagnóstico de la situación. Para ello, el Trabajador Social Sanitario, como coordinador del equipo de trabajo citará a los diferentes profesionales implicados del centro en una reunión de equipo, de cara a llevar a cabo un diagnóstico conjunto y poder comenzar a trabajar con el paciente y la familia en el alta del centro residencial.

Los profesionales a través de las entrevistas realizadas, el informe médico emitido por el profesional de neurología del centro hospitalario, pruebas diagnósticas realizadas por cada especialista y otras herramientas empleadas que pueden ser de utilidad para el caso en concreto (escalas de valoración, test, etc.), han ido detectando las diferentes áreas de intervención de cara a la puesta en marcha del plan de alta.

El Trabajador Social Sanitario en este caso, en base a esas necesidades detectadas, se encargará de realizar un estudio de cómo pueden afectar éstas a nivel social, de cara a planificar un proceso de intervención social con el paciente y su familia. Para la realización del estudio y análisis de las necesidades sociales, disponemos de una herramienta, el diagnóstico social sanitario, que nos va a permitir, detectar aquellas necesidades sociales, en las áreas de medicina y enfermería, neuropsicología, neuropsiquiatría, fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, y poder tener una visión global de las dimensiones del problema en cuestión, el ictus sufrido por la persona, y poder así, establecer cuáles son las vías que nos permitan, al paciente, familia y equipo de profesionales, alcanzar la meta de conseguir que paciente y su familia, adquieran un

grado de autonomía suficiente que les permita vivir en su entorno, con una calidad de vida y bienestar social adecuados.

El diagnóstico conjunto elaborado por el equipo de profesionales, será comunicado al paciente y a su familia, dado que, desde el punto de vista ético, consideramos como equipo, la necesidad de poner en conocimiento de aquellos, la información que va recogida en la historia del paciente, dentro de nuestro centro residencial.

Tras la elaboración del diagnóstico conjunto del equipo profesional, continuaremos en la siguiente fase con la creación y puesta en marcha del plan individualizado de atención de alta del centro residencial, donde participarán los profesionales del centro, y el paciente y su familia, de cara a favorecer su participación e implicación en el su proceso de intervención, porque el modelo de atención del daño cerebral, exige que se tenga en cuenta al paciente y sus redes sociales y familiares de apoyo en cuanto a la elaboración de planes de intervención.

### 14.3 Elaboración del Plan de Alta.

En la elaboración del Plan de Alta (Anexo 2), tal y como señalé anteriormente, se precisará en un primer lugar la participación del paciente y su familia al elegir la metodología de trabajo aplicada por el modelo de atención al daño cerebral. Por otro lado, el equipo de profesionales del centro,

En este momento, el coordinador del equipo de trabajo, comunica a la familia y al paciente, el diagnóstico, conjunto al que se ha llegado y se comienza a trabajar en el plan de intervención. Para ello, comenzaremos con establecer los objetivos que tiene el plan, primeramente, el objetivo general y después los objetivos específicos de cada área de intervención. Los profesionales, ayudaremos a establecer esos objetivos al paciente y a su familia, proporcionándoles apoyo y asesoramiento en cada una de nuestras áreas, e iremos definiendo y seleccionando con ellos, las actividades que nos permitirán llegar a alcanzarlos de una forma efectiva y eficaz. A continuación, exponemos las posibles intervenciones que se realizarían con el paciente y su familia, en caso de precisar atención por parte de alguno de estos profesionales:

- **El equipo médico y de enfermería**, facilitarán al paciente y la familia, un folleto informativo, donde se detalla en qué consiste la enfermedad, sus fases, el papel de la familia. Para ello, se formará tanto al paciente como a su familia, en los cuidados que deben seguir de cara a prevenir la aparición de nuevos episodios de ictus (prevención secundaria), la dispensación de la medicación que deben

tomar y a las horas que deben hacerlo, la gestión de los medicamentos prescritos, acudir de forma regular a los controles y citas médicas periódicas.

Por otro lado, se proporcionará al paciente y a su familia, orientación en cuanto a la dieta que debe seguir, de carácter hipocalórica e hiposódica, con ausencia total de bebidas azucaradas, alcohólicas y con cafeína, para prevenir la aparición de hipertensión arterial y el colesterol que contribuye a la aparición de ictus, esta será prescrita por el profesional médico en el informe de alta, y su posterior seguimiento será llevado a cabo por el médico de atención primaria de su centro de salud. En relación al estilo de vida a llevar, se recomienda la realización de ejercicio físico de cara a ejercitar los músculos, y llevar acciones de ocio saludable, que reduzcan las posibilidades de aparición de un nuevo episodio de ictus. En definitiva, los profesionales médicos y de enfermería, se van a centrar en abordar la dimensión de la salud de la persona, llevando a cabo una prevención secundaria, y poder evitar la aparición de un nuevo episodio de ictus que traería asociado unas secuelas de carácter más grave.

- Los profesionales de **Trabajo Social Sanitario**<sup>41</sup>, nos encargaremos de trabajar todas aquellas necesidades sociales, que se hayan detectado durante la fase hospitalaria y aquellas otras que se detecten en las intervenciones diarias en el centro, con el fin de estimular las capacidades y promover las herramientas necesarias que permitan una integración social del paciente y su familia en su entorno. Se llevará a cabo un estudio acerca de la situación sociofamiliar con el fin de identificar las necesidades sociales derivadas del ictus e intervenir sobre ellas, y un seguimiento del mismo. Se facilitará apoyo, orientación y asesoramiento a lo largo de todo el proceso de intervención, sesiones individualizadas de cara a conocer su estado constituyendo un espacio de ventilación emocional, a afrontar las diferentes situaciones de crisis producidas por la enfermedad de cara a prevenir situaciones de sobrecarga familiar que desencadenen en situaciones de desatención. Proporcionaremos también, orientación a los recursos existentes en su entorno (sociales, económicos, vivienda, etc.), además de información y orientación sobre las prestaciones de las cuales pueden verse beneficiados del Sistema de Promoción a la Autonomía y Atención a situaciones de Dependencia en relación con la enfermedad, así como, acciones de coordinación con dichos recursos que facilitarán la integración de éstos una vez salgan del centro residencial en su entorno habitual, es decir, con Atención Primaria de Salud y Servicios Sociales Comunitarios.

Los profesionales de Trabajo Social Sanitario, dado que existe la preocupación de cómo va a ser el regreso al hogar, llevaron a cabo la creación de dos grupos de ayuda mutua, uno de pacientes y otro de familiares, de cara a que conozcan cómo es el regreso al entorno comunitario. Para ello, serán dichos profesionales quienes determinen la participación de paciente y familia en ellos.

**El primer grupo de ayuda mutua**, que será coordinado por dichos profesionales, que reunirá a pacientes que han estado ingresados en el centro, para que a través de su experiencia de cómo fue el regreso al hogar, tomen ideas, reduzcan esa ansiedad que les provoca la situación, y creen entre ellos, lazos sociales que les permita en un momento dado, actuar como espacio de desahogo emocional.

**El segundo grupo de ayuda mutua**, destinado a familiares y liderado por los profesionales de Trabajo Social Sanitario, tendrá por objetivo compartir experiencias de cara a conocer y afrontar situaciones de crisis durante esta etapa, para la creación de lazos entre los familiares de cara a buscar apoyos, para crear un espacio de ventilación emocional de los familiares y de respiro.

- Con respecto al trabajo que desarrollará el **fisioterapeuta**<sup>42</sup>, va a procurar que la persona recupere aquellas funciones que se vieron afectadas a consecuencia del ictus, y prevenir la aparición de complicaciones asociadas al ictus tales como la atrofia muscular, la rigidez muscular, etc. Los objetivos del plan de rehabilitación funcional van a ser marcados por el paciente y su familia, éstos deben ser objetivos y realistas, y para su definición, precisarán del apoyo del equipo de fisioterapia, quien se encargará de aconsejarles. Dado que la rehabilitación a nivel funcional en esta área, va orientada a su integración en el entorno habitual, es necesario que precisemos de la participación de la familia, de cara a conocer cómo es el entorno, que barreras existen, con el fin de preparar a nivel funcional a la persona para que pueda ser capaz de salvarlas y superarlas. A medida que la persona vaya avanzando en el proceso de rehabilitación, se irá informando a la familia y al paciente, las posibles adaptaciones que puede precisar en el hogar, así como, los ejercicios que debe seguir realizando con el fin de mantener ejercitados los músculos de aquellas funciones que se vieron afectadas por el ictus, los cuidados que precisan a este nivel, y cómo movilizar a la persona en los casos que fuese preciso con el fin de evitar lesiones, tanto a la persona cómo al cuidador.



- Desde **terapia ocupacional**<sup>43</sup>, se pondrán en marcha acciones dirigidas a conocer qué aspectos de la vida diaria se han visto afectados por el ictus, con el fin de restaurarlos de cara a conseguir que los pacientes y sus familiares adquieran una mayor autonomía e independencia en su medio habitual. Para ello, se procede a acciones destinadas a mejorar el funcionamiento motor de las áreas afectadas, facilitando actividades que impliquen movimientos cotidianos que incrementen la fuerza muscular; tareas de lectura y de cara a examinar el medio que le rodea, con el fin de recuperar las capacidades relacionadas con la vista (claridad visual, atención visual, percepción de objetos); trabajos a nivel mental, al poder verse afectadas la concentración, la percepción de su cuerpo en el medio, operaciones mentales complejas (matemáticas, lenguaje, razonamiento abstracto). Dado que, se va a trabajar en esta área el modo de alcanzar una mayor autonomía en las actividades de la vida diaria, precisamos a la familia para conocer cómo es el entorno en el que vive el paciente de cara a proponer una serie de adaptaciones que le permitan integrarse en el hogar, siendo precisa una visita, que detallaremos más adelante.
- El profesional de **neuropsicología**<sup>44</sup>, va a llevar a cabo con el paciente, la rehabilitación a nivel cognitivo, realizando actividades dirigidas a la estimulación de la memoria, la atención, comprensión y resolución de problemas que irán adquiriendo mayor complejidad a medida que el paciente supere los objetivos. Por otro lado, se encargarán de evaluar la capacidad intelectual que tiene el paciente tras finalizar el proceso de rehabilitación de cara a plantear las limitaciones que puede encontrarse en su vida diaria, y orientar al trabajador social sanitario, de las ayudas técnicas y económicas que puede beneficiarse. Se lleva a cabo un trabajo de información y orientación a la familia, de las secuelas producidas a este nivel, y cómo los tratamientos que se llevan a cabo van a producir cambios e ir beneficiando al paciente, además, una vez concluida la fase de rehabilitación, se les instruirá para la continuación de la rehabilitación de cara a mantener las mejoras alcanzadas en esta fase.
- El profesional encargado de **neuropsiquiatría**<sup>45</sup>, va a ejecutar un trabajo con el paciente de cara a identificar los posibles cambios en la personalidad y a nivel emocional originados a causa del ictus. El familiar del paciente, es una de las piezas clave en el proceso de rehabilitación dentro de esta área, al ser el principal apoyo del paciente, dado que éstos pueden haber desarrollado complicaciones tras sufrir el ictus actúa como vía de comunicación entre el paciente y el profesional, además, facilita al profesional, información acerca del

paciente de cara a detectar nuevas necesidades, la evolución tanto del estado como del tratamiento que está llevando a cabo con él.

- En relación a los profesionales de **logopedia**<sup>46</sup>, se va a encargar de trabajar la comunicación y las secuelas asociadas a ella a consecuencia del episodio de ictus. A través de una serie de pruebas, se analizará si existe la presencia de algún tipo de trastorno y se llevarán a cabo actividades dirigidas a prevenir las consecuencias derivadas de la disfagia, afasia, alexia, agrafia, disartria o las languirectomias. Implicarán al paciente y a su familia, proporcionándoles información sobre las actuaciones a desarrollar, el alcance de sus lesiones, y cómo tratarlas, de cara a facilitar su integración en el entorno.

Tras exponer, las actuaciones que van a llevar a cabo cada grupo de profesionales, es conveniente señalar, que se llevará a cabo un seguimiento periódico de los objetivos del Plan, con la finalidad de comprobar si los objetivos van siendo alcanzados o, por el contrario, es preciso modificarles. Se estima que cada 3 semanas, se haga una revisión con el paciente y su familia de los diferentes objetivos, pudiendo producirse con anterioridad, en los casos en que el paciente y la familia lo consideren oportuno, o por parte de los profesionales, y 15 días antes de finalizar el periodo inicial de 2 meses, se llevará a cabo una evaluación del paciente de cara a determinar si se amplía este plazo por un mes más o se determina llevar a cabo el alta del centro.

#### 14.4 Informe de Alta del Centro Residencial.

El alta del centro residencial, puede deberse a cuatro tipos de situaciones:

- El paciente ha alcanzado todos los objetivos planteados en el plan de alta y dispone de las capacidades necesarias para poder abandonar el centro residencial y regresar de nuevo a su hogar.
- El paciente y su familia, deciden abandonar de forma voluntaria el centro residencial.
- El paciente sufre un nuevo episodio de ictus u otro tipo de circunstancia que le obliga a regresar de nuevo al centro hospitalario. Para ello, si regresan de nuevo, el plan de alta se debería realizar otro diferente, en función de si se han visto alteradas algunas funciones.
- Se produce el fallecimiento del paciente.

Para la realización del informe de Alta del centro residencial, se requerirá llevar a cabo una reunión del equipo con la participación del paciente y su familia. Este informe sólo se emitirá en dos casos de los anteriormente señalados, en el supuesto en que la persona haya alcanzado todos los objetivos planteados y desde el centro no se estime que haya una recuperación mayor de las funciones afectadas, y en el caso de que el paciente y la familia decidan abandonar de forma voluntaria el centro.

En el primer caso, el informe recogerá de forma detallada el estado actual del paciente en los niveles de atención sobre los que se ha llevado a cabo la intervención, además de aquellas indicaciones y pautas que deben llevarse a cabo en el entorno domiciliario, de cara a los cuidados que precisa la persona, la rehabilitación que debe seguir con el fin de mantener los avances alcanzados en cada una de las áreas, la dieta y la alimentación indicadas, entre otras recomendaciones por parte del equipo de profesionales(Anexo 4). Este informe de alta, irá acompañado, del informe médico y del informe de trabajo social sanitario, que tras recibir el alta serán entregados a los profesionales de referencia de su centro de salud, de medicina de familia y trabajo social sanitario respectivamente, que será quienes se encarguen de continuar con el proceso de seguimiento en la fase crónica del ictus.

En el segundo caso, en que la persona abandona de forma voluntaria el centro residencial, se emitirá igualmente, un informe de alta, que recogerá el estado actual a fecha de alta del paciente, la fase del proceso de rehabilitación en que se encuentra, los logros que ha alcanzado, hasta ese momento. Por otro lado, el equipo de profesionales, se encargará de emitir, los cuidados que precisa la persona para continuar el proceso de rehabilitación y que pueda obtener así los mayores logros posibles, de cara a recuperar su autonomía funcional, y desarrollar una vida independiente en su entorno comunitario. Este informe irá acompañado del informe médico y del trabajador social sanitario, que serán entregados respectivamente a dichos profesionales, bien de otro centro o de su centro de salud de referencia, quienes continuarán la rehabilitación en la fase aguda de la enfermedad.

### 13. Evaluación del Programa.

Según Aparicio et al. (2012)<sup>47,48</sup> “la evaluación de servicios y programas sociales puede convertirse en un instrumento de mejora y de optimización de la acción social, identificando y destacando los aspectos positivos de una buena práctica técnico profesional y aportando elementos justificativos que permiten incrementar la autonomía de los profesionales implicados”.

En base a esta definición consideramos necesario, la puesta en marcha de un proceso de evaluación que será llevado a cabo durante la intervención y al finalizar el plan de alta del centro residencial. Se realiza con el objetivo de alcanzar las mejoras necesarias, solventar aquellos déficits con el fin de proporcionar una atención de calidad a los pacientes y familiares.

Los profesionales, para realizar la evaluación del programa, se reunirán una vez al mes, de cara a conocer cómo se está llevando a cabo el programa y el funcionamiento del mismo. Para ello, analizarán cómo se están llevando a cabo el cumplimiento de los objetivos planteados con el paciente y la familia, si se está consiguiendo lograr los objetivos del programa, que beneficios nos aporta el programa y qué obstáculos estamos encontrando a lo largo de la intervención de cara a establecer una serie de mejoras y que éstas luego puedan ser apreciadas en la intervención que se lleva a cabo con el paciente y su familia.

Por otro lado, es necesario, al finalizar el programa, que pacientes y familiares, evalúen el trabajo realizado por los profesionales, en cuanto a las infraestructuras del centro, la atención recibida, la información que han recibido por parte de los profesionales, la organización que se ha llevado a cabo a lo largo del plan, y las posibles sugerencias de mejora que plantean los pacientes y familiares, todo ello, con el objetivo de conseguir mejoras en cuanto a la atención, organización e infraestructuras (Anexo 5), y que todo ello repercuta en el paciente y su familia, de tal forma que alcancemos de forma conjunta, alcanzar los objetivos fijados en el plan, y así que puedan gozar de una calidad de vida y bienestar social en su entorno habitual. La encuesta será de carácter anónimo, de cara a preservar la identidad de las personas que realizan la misma, de tal forma que se depositarán en el buzón de sugerencias, en lugar de ser entregadas a personal de la residencia.

De los resultados obtenidos en la encuesta realizada por los pacientes y familiares, los profesionales, pueden extraer cómo ha sido su trabajo a lo largo del proceso de intervención, qué aspectos deben mejorar, cuáles mantener, además de hacer un ejercicio crítico de su intervención.

## 14. Recomendaciones.

Tras la realización de este Plan de Alta a personas con ictus, considero que es necesario que se lleven a cabo, al ser un instrumento que va a permitir garantizar la continuidad de los pacientes a lo largo de las diferentes fases del proceso de recuperación de la enfermedad y facilitará, que se produzcan mejoras en cuanto a la recuperación de la enfermedad con el fin de que consiga una mayor calidad de vida y bienestar social.

Es necesario, en primer lugar, no perder la perspectiva y dimensiones de la persona (biológica, psicológica y social). A la hora de intervenir con pacientes, no sólo debemos centrarnos en la dimensión de la salud, la estabilización de la persona, la puesta en marcha de un tratamiento de rehabilitación para la recuperación funcional y una vez alcanzadas estas metas la intervención concluye, pero, ¿nos hemos tomado la molestia de pensar en cómo se siente esta persona?, ¿cómo afecta a los familiares, en el plano personal, familiar, laboral y social? Es conveniente atender estos aspectos de la enfermedad, el paciente vive en un medio y dispone de una serie de apoyos bien familiares o relacionales, a los cuales les está repercutiendo la enfermedad, y es necesario intervenir sobre ellos de cara a evitar un agravamiento del problema que pudiese traer mayores consecuencias tanto para la familia como para el paciente.

Llevar a cabo intervenciones de este tipo durante la fase subaguda del ictus, nos va a permitir detectar posibles necesidades y llevar a cabo una intervención sobre ellas de forma conjunta con el propio paciente y sus redes familiares y sociales de apoyo. Si estas necesidades no son detectadas a tiempo, éstas van a agravarse pudiendo llegar a cronificarse, ello implicaría, un mayor incremento en el gasto de recursos a la hora de intervenir en la satisfacción de dicha necesidad en cuestión.

Por ello, se hace necesario una mayor coordinación entre los sistemas Sanitario y Social, de cara a proporcionar una mejor atención al paciente y abordar las dimensiones de la persona anteriormente señaladas y conseguir que los pacientes adquieran una mayor autonomía en el entorno habitual a pesar de padecer la enfermedad. La puesta en marcha de programas de planificación de alta, va a contribuir a que se mejore no sólo la atención al paciente y sus redes de apoyo, sino que también va a permitir que los profesionales adquieran compromisos de trabajo en equipo, entre ellos y con la familia, una mayor organización en cuanto al uso y dispensación de los diferentes recursos existentes, y un intercambio de conocimientos que contribuirá al enriquecimiento personal y profesional.

Finalmente, es recomendable que se haga extensible la puesta en marcha de un mayor número de programas de planificación de alta, se evalúen y se analicen los resultados obtenidos, de cara a conocer los beneficios que pueden suponer tanto al paciente y a la familia, como al sistema Sanitario y Social. Para ello, desde las Consejerías de Sanidad y Servicios Sociales, deberían tener en cuenta este tipo de datos, y destinar un mayor número de recursos, con el fin de garantizar la continuidad asistencial del paciente y la familia, hasta su plena integración en el entorno. Por otro lado, además, se potenciaría la labor investigativa, al conocer la metodología que se lleva a cabo y la propuesta de mejora de nuevas formas de intervención que permitirían un mayor crecimiento y visibilización de la profesión.

La realización de este Programa de Atención de Alta a Personas Mayores de 65 años con Ictus en Centro Residencial, me ha permitido llevar a cabo una profundización y un mayor conocimiento en relación al ictus, los diversos tipos existentes, los factores que contribuyen en su aparición, la magnitud y alcance de la enfermedad, el modelo de atención específico de daño cerebral, en definitiva, he podido adquirir una perspectiva global acerca de cómo afecta el ictus al paciente y a sus redes de apoyo más cercanas y significativas. Por otro lado, he conseguido familiarizarme con el lenguaje médico y poder entender cuál es el alcance de la lesión producida por el ictus, las posibles secuelas que puede traer asociadas a nivel del paciente y familia y sus repercusiones en el entorno donde vive.

En segundo lugar, he tenido la oportunidad de poner en marcha mis capacidades como investigador, aportando aprendizajes adquiridos a lo largo del proceso formativo del máster, y aquellos otros conseguidos gracias a la lectura realizada en profundidad de otros expertos en materia de ictus y planes de alta hospitalaria.

A lo largo del proceso de elaboración de este Programa, he tenido la oportunidad, tal y como señalé anteriormente de adquirir un mayor conocimiento acerca de la enfermedad de ictus y el alcance que tiene, tener a un director del programa que, dada su experiencia en el ámbito de la tercera edad, me ha guiado por el buen camino de cara a conseguir que sea solvente y riguroso. Pero en este proceso me he encontrado una serie de dificultades que conseguí resolver, tales como la falta de datos sobre el alcance del ictus en cada Comunidad Autónoma, en ocasiones entender diversos términos de carácter médico, el escaso número de programas de planificación de alta específicos en ictus, y el reducido abordaje que se ha llevado a cabo desde el ámbito de los servicios sociales de la problemática del ictus en pacientes y familiares.

Finalmente, con la elaboración de este Programa de Planificación de Alta del Centro Residencial, he pretendido, llevar a la práctica las funciones que desempeñaría un Trabajador Social Sanitario, en la atención a personas con ictus durante el proceso de rehabilitación de la fase subaguda. Las funciones<sup>44</sup> son las siguientes:

- Estudio de la situación sociofamiliar del paciente con el fin de conocer las necesidades derivadas de la enfermedad de ictus y cómo éstas afectan a la persona y a la dinámica familiar, de cara a planificar un proceso de intervención de cara a abordarlas.
- Coordinación interna del equipo de profesionales, con el fin de llevar a cabo una intervención eficaz y eficiente y centrada en el paciente.
- Coordinación externa con profesionales del entorno del paciente de cara a proporcionarles información sobre la situación de éste, mediante los informes pertinentes que recogerán el estado a nivel físico y social, y los cuidados y tratamientos que precisará.
- Seguimiento en la evolución del paciente dentro del centro residencial, de cara a verificar si se están cumpliendo los objetivos, y en caso contrario, revisarles y proponer unos nuevos, con el fin de conseguir una recuperación funcional y cognitiva del paciente que permita el regreso a su entorno en las mejores condiciones.



## 15. Bibliografía.

- 1- Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York: Conferencia Sanitaria Internacional; 1948[acceso 15 de abril de 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)
- 2- Dávila Sánchez G.M, Pajares García S, Bize López A, Sánchez Camacho T, González Alted C, Gómez Pastor I, Casado Romo P, Bilbao Bilbao A, Robles Aranda O, Gómez Blanco A. Guía de Orientación en la Práctica Profesional de la Valoración Reglamentaria de la Situación de Dependencia en Personas con Daño Cerebral Adquirido. Madrid: Ministerio de Sanidad, Igualdad y Política Social; 2013[acceso 15 de abril de 2018]. Disponible en: [http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/qv\\_depdca.pdf](http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/qv_depdca.pdf)
- 3- Organización Mundial de la Salud. Estrategia paso a paso de la OMS para la vigilancia de accidentes cerebrovasculares. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005[acceso 17 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manuales.pdf>
- 4- Fernández-Concepción O, Verdecia Fraga R, Álvarez-González M.A, Román-Pastoriza Y, Ramírez-Pérez E. Escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38) evaluación de su aceptabilidad, fiabilidad y validez. Rev Neurol REV NEUROL 2005[acceso 18 de abril de 2018]; 41 (7): 391-98. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1290992>
- 5- Sociedad Española de Neurología. Guía para el Diagnóstico y Tratamiento del Ictus. Barcelona: Sociedad Española de Neurología; 2006[acceso 18 de abril de 2018]. Disponible en: [http://ictus.sen.es/wp-content/uploads/2012/02/ictus\\_guia\\_sen.pdf](http://ictus.sen.es/wp-content/uploads/2012/02/ictus_guia_sen.pdf)
- 6- Díez-Tejedor E, Del Brutto O, Álvarez-Sabin J, Muñoz M, Abiusi G. Clasificación de las enfermedades cerebrovasculares. Sociedad Iberoamericana de Enfermedades Cerebrovasculares. REV NEUROL 2001[acceso 18 de abril de 2018]; 33 (5): 455-64. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/clasificacion\\_ave.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/clasificacion_ave.pdf)
- 7- Arboix A, Díaz J. Pérez-Sempere A, Álvarez Sabin J. Ictus: Tipos Etiológicos y Criterios Diagnósticos. En Díez Tejedor E, editor. Guía para el Tratamiento y Diagnóstico del Ictus. 1ª ed. Barcelona: Sociedad Española de Neurología; 2006[acceso 20 de abril de 2018]. p. 1-25. Disponible en: [http://ictus.sen.es/wp-content/uploads/2012/02/ictus\\_guia\\_sen.pdf](http://ictus.sen.es/wp-content/uploads/2012/02/ictus_guia_sen.pdf)
- 8- Lago A, Ponz A, Chamarro R. Capítulo 4. Tipos de Ictus y Mecanismos de Producción. En Generalitat Valenciana, editor. Guía de Información al Paciente con Ictus. 1ª ed. Valencia: Generalitat Valenciana, Consellería de Sanidad; 2007[acceso 20 de abril de 2018]. p. 33-40. Disponible en: <https://www.svneurologia.org/libro%20ictus%20capitulos/cap4.pdf>
- 9- Álvarez-Betancourt L, Ramírez Mendoza A, López-Ortega S.J, Caldera-Duarte A. Hematoma cerebeloso espontáneo. Diagnóstico, manejo y evolución de 18 pacientes. Gac Méd Méx 2005[acceso 20 de abril de 2018]; 141(3): 191-94. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/gmm/v141n3/v141n3a4.pdf>
- 10- Alberdi Odriozola F, Iriarte Ibararán M, Mendía Gorostidi A, Murgialdai A, Marco Garde P. Pronóstico de las secuelas tras la lesión cerebral. Med Intensiva.

- 2009;33(4):171-81. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v33n4/puesta1.pdf>
- 11- Who.int. Las 10 Principales Causas de Defunción [Sede Web]. Ginebra. Who.int. 2017[acceso 23 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>
- 12- Eurostat. Estadísticas sobre causas de muerte [sede web]. Luxemburgo. Eurostat; 2017[acceso 25 de abril de 2018]. Disponible en : [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes\\_of\\_death\\_statistics/es](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes_of_death_statistics/es)
- 13- Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de Muerte[sede web]. Madrid. Instituto Nacional de Estadística; 2017[acceso 25 de abril de 2018]. Disponible en [http://www.ine.es/prensa/edcm\\_2016.pdf](http://www.ine.es/prensa/edcm_2016.pdf)
- 14- Sociedad Española de Neurología[sede web]. Barcelona: Sociedad Española de Neurología; [27 de octubre de 2017; acceso 27 de abril de 2018]. 29 de octubre día mundial del Ictus. Disponible en: <http://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link223.pdf>
- 15- Mapa de Castilla y León [mapa político]. Destino Castilla y León; 2017[27 de abril de 2018]. Disponible en: <http://destinocastillayleon.es/index/provincias/>
- 16- Martínez-Vila E, Irimia P. Factores de Riesgo del Ictus. ANALES Sis San Navarra 2000[acceso 30 de abril de 2018]; 23 (Supl. 3): 25-31. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/viewFile/6726/5335>
- 17- Sacco RL, Benjamin EJ, Broderick JP, Dyken M, Easton JD, Feinberg WM. Risk factors. AHA Conference Proceedings. Stroke 1997[acceso 30 de abril de 2018]; 28(7). 1507-1517.
- 18- Martínez-Vila E, Murie Fernández M, Pagola I, Irimia P. Enfermedades Cerebrovasculares. Medicine. 2011[acceso 3 de mayo de 2018]; 10(72): p. 4871-81. Disponible en: <https://es.slideshare.net/CarolinaMontalvo7/enfermedades-cerebrovasculares-67222223>
- 19- Martínez Barandalla C. Ictus: Incidencia, factores de riesgo y repercusión[Trabajo Fin de Grado]. Pamplona: Universidad Pública de Navarra, Facultad de Ciencias de la Salud; 2014 [acceso 3 de mayo de 2018]. Disponible en: [https://academica-unavarra.es/bitstream/handle/2454/16253/TFG\\_Cristina\\_Martinez\\_Barandalla.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://academica-unavarra.es/bitstream/handle/2454/16253/TFG_Cristina_Martinez_Barandalla.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- 20- Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Unidad Rehabilitación Neurológica Complejo Hospitalario de Navarra "D" Antigua Clínica Ubarmín. Guía Psicoeducativa Para Familiares con Personas con Daño Cerebral Adquirido. Pamplona: Complejo Hospitalario de Navarra, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Unidad de Rehabilitación Neurológica; 2013 [acceso 7 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.navarra.es/NR/ronlyres/36E2CE1D-19B1-4833-9667-FF06579FE598/362578/GuiaPsicoeducativa05AGOSTO16.pdf>
- 21- Abades Porcel M, Rayón Valpuesta E. Envejecimiento en España, ¿un reto o problema social?. GEROKOMOS 2012; 23 (4): 151-55. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v23n4/comunicacion1.pdf>
- 22- Instituto Nacional de Estadística[sede web]. Estadística del Padrón Continuo-Año 2018(Datos Provisionales). Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2018 [acceso 10 de mayo de 2018]. Disponible en: [http://www.ine.es/prensa/pad\\_2018\\_p.pdf](http://www.ine.es/prensa/pad_2018_p.pdf)

- 23- Instituto Nacional de Estadística[sede web]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2016[acceso 10 de mayo de 2018]. Proyecciones de Población 2016-2066. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np994.pdf>
- 24- Instituto Nacional de Estadística[sede web]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2017[acceso 10 de mayo de 2018]. De Instituto Nacional de Estadística Esperanza de Vida. Disponible en: [http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout](http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout)
- 25- Casquet Román D, Acosta Amorós M.M, Belmonte Vergel MT. Ictus y sus repercusiones más frecuentes en pacientes mayores de 65 años. En Molero MM, Pérez Fuentes MC, Gázquez JJ, Barragán AB, Simón MM, Martos A, comps. Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud. Volumen III. Almería: Artes Gráficas Salvador; 2017[acceso 15 de mayo de 2018]. p. 547-51. Disponible en: [https://www.formacionasunivep.com/Vciise/files/libros/LIBRO\\_7.pdf#page=547](https://www.formacionasunivep.com/Vciise/files/libros/LIBRO_7.pdf#page=547)
- 26- Carnés-Vendrell A, Deus-Jela J, Molina Seguin J, Pifarré Paradero J, Purroy F. Actualización de la Depresión Postictus: nuevos retos en pacientes con ictus menor o ataque isquémico transitorio. Rev Neurol 2016[acceso el 15 de mayo de 2018]; 62 (10): 460-467. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2015473>
- 27- Espárrago Llorca G, Castilla-Guerra L, Fernández Moreno MC, Ruíz Doblado S, Jiménez Hernández MD. Depresión Post Ictus: Una Actualización. Rev Neurol 2015 [acceso el 15 de mayo de 2018]; 30(1). p. 23-31. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485312002034>
- 28- Murie-Fernández M, Irimia P, Martínez-Vila E, John-Meyer M, Teasell R. Neurorehabilitación tras el Ictus. Neurología. 2010[acceso 18 de mayo de 2018];25(3):189-96. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485310700086>
- 29- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Modelo de Atención a Personas con Daño Cerebral. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2007[acceso 18 de mayo de 2018] Disponible en: [https://fedace.org/modelo\\_atencion\\_dano\\_cerebral.html](https://fedace.org/modelo_atencion_dano_cerebral.html)
- 30- Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Ley 39/2006 de 14 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 299 (15-12-2006)[acceso 18 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>
- 31- Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003 de 28 de mayo. Boletín Oficial del Estado, nº 128(29-05-2003) [acceso 18 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>
- 32- Ley de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León. Ley 8/2010, de 30 de agosto. Boletín Oficial del Estado, nº 235(28 de septiembre de 2010)[acceso 20 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2010/BOE-A-2010-14848-consolidado.pdf>
- 33- Colom D. La planificación el alta hospitalaria: el primer eslabón en la continuidad asistencial. Sedisa 2006[acceso 31 de mayo de 2018]; 3. 26-33. Disponible en <https://es.slideshare.net/jluisdel/planificacion-alta-de-dolors-colom>
- 34- Fernández Ibáñez L. Programa de Planificación de Alta Hospitalaria [Trabajo Fin de Máster]. Pamplona: Universidad Pública de Navarra [acceso 3 de junio de

- 2018]; 2014. Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/7846/Master%20Salud%20Publica%20Leyre%20Fernandez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 35- Servicio de Salud del Principado de Asturias. Planificación del Alta Social Sanitaria en Situaciones de Riesgo Social. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2017[acceso 3 de junio de 2018]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/31867/36150/Planificaci%C3%B3n+del+alta+social+sanitaria+en+situaciones+de+riesgo+social.pdf/d1228e73-bcf1-029d-ee92-e4ccfcef2105>
- 36- Colom D. La Planificación del Alta: Programa Multidisciplinar para la Coordinación Sociosanitaria. Barcelona: Editorial UOC; 2013[acceso 3 de junio de 2018], Disponible en: <http://0-www.digitaliapublishing.com.catalog.uoc.edu/visor/28125>
- 37- Rodríguez MJ. El Servicio de Trabajo Social y la planificación del alta hospitalaria de personas mayores. Ciudad salud mayo-junio; 2005[acceso 5 de junio de 2018]. Disponible en: [http://www.hvn.es/varios/ciudad\\_salud/ciudad\\_salud\\_6/COMPLETO\\_CS6\\_\(p1\\_2\).PDF](http://www.hvn.es/varios/ciudad_salud/ciudad_salud_6/COMPLETO_CS6_(p1_2).PDF)
- 38- Hospital de Teruel. Programa de Detección del Riesgo Social en el Hospital de Teruel. Teruel: Hospital de Teruel; 2002[acceso 5 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.opolanco.es/documentos/servicios-centrales/trabajo-social/programa-de-riesgo-social.pdf>
- 39- Ochando Ortiz G, De Irizar Malo M, Urmeneta Aguilar S, Casado Bravo C, Martínez Aldaz L, Montorio Vallés M, Tantos Montejo J.A. Planificación del alta hospitalaria desde trabajo social sanitario: garantía de continuidad de la atención integral entre especializada y primaria. Navarra: Servicio Navarro de Salud, Área de Salud de Tudela; 2011[acceso 5 de junio de 2018]. Disponible en: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/D59DB597-CDAB-44B1-B77E-495490A1EC58/0/PlanificacionAltaHospitalariaAreaSaludTudela.pdf>
- 40- Junta de Castilla y León. La Unidad Sociosanitaria de Carácter Público en Centro Residencial de Servicios Sociales: Un Nuevo Recurso. Valladolid: Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad; 2013[acceso 3 de junio de 2018]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/procesos-atencion/dependencia>
- 41- González Lara A. ¿Quién es el Trabajador Social? En Bilbao Bilbao A, coordinador. Guía de Familias. Madrid: Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE); 2016. p. 36-38.
- 42- Ruiz Pascual R. ¿Quién es el Fisioterapeuta? En Bilbao Bilbao A, coordinador. Guía de Familias. Madrid: Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE); 2016. p. 27-28.
- 43- Jiménez KL. ¿Quién es el Terapeuta Ocupacional? En Bilbao Bilbao A, coordinador. Guía de Familias. Madrid: Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE); 2016. p. 29-30.
- 44- Bilbao Bilbao A. ¿Quién es el neuropsicólogo? En Bilbao Bilbao A, coordinador. Guía de Familias. Madrid: Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE); 2016. p. 31.
- 45- Abreu C.L. ¿Quién es el Neuropsiquiatra? En Bilbao Bilbao A, coordinador. Guía de Familias. Madrid: Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE); 2016. p. 32-33.

- 46- Martínez Serrano L. ¿Quién es el logopeda? En Bilbao Bilbao A, coordinador. Guía de Familias. Madrid: Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE); 2016. p. 34-35.
- 47- Gómez Serra, M. La evaluación de servicios y programas sociales: ¿un elemento de control o de transformación de la acción social?. Ser Soc y Pol Soc. 2002; 57. p. 81-93.
- 48- Aparicio González S, Martín Rodríguez L, Rivera Borrero E, Tovar Valle L, Vera Rodríguez M. El uso de la evaluación en los programas sociales. Universia. 2012; 1. P. 66-75. Disponible en: [http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/6147/Uso\\_evaluacion\\_en\\_los\\_programas\\_sociales.pdf?sequence=2](http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/6147/Uso_evaluacion_en_los_programas_sociales.pdf?sequence=2)



Trabajo Social Sanitario

Valoración inicial

MÉDICO Y ENFERMERÍA

Valoración Inicial del Paciente:

FISIOTERAPIA

Valoración inicial:

Terapia Ocupacional

Valoración inicial:

Neuropsicología

Valoración inicial:

Neuropsiquiatría

Valoración inicial:



## 18.2 Anexo 2. Plan Individualizado de Alta.

Nombre y Apellidos:

DNI:

Patología que presenta el paciente:

### OBJETIVOS DEL PLAN

Objetivo General:

Objetivos Específicos:

Actividades a realizar:

PLAN ESPECÍFICO DE ATENCIÓN DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

Objetivo General:

Objetivos Específicos:

Actividades a Desarrollar:

PLAN ESPECÍFICO DE ATENCIÓN DE FISIOTERAPIA

Objetivo General:

Objetivos Específicos:

Actividades a Desarrollar:

PLAN ESPECÍFICO DE ATENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL

Objetivo General:

Objetivos Específicos:

Actividades a Desarrollar:

PLAN ESPECÍFICO DE ATENCIÓN DE NEUROPSICOLOGÍA

Objetivo General:

Objetivos Específicos:

Actividades a Desarrollar:

PLAN ESPECÍFICO DE ATENCIÓN DE NEUROPSICOLOGÍA

Objetivo General:

Objetivos Específicos:

Actividades a Desarrollar:

PLAN ESPECÍFICO DE ATENCIÓN DE NEUROPSIQUIATRÍA

Objetivo General:

Objetivos Específicos:

Actividades a Desarrollar:

PLAN ESPECÍFICO DE ATENCIÓN DE LOGOPEDIA

Objetivo General:

Objetivos Específicos:

Actividades a Desarrollar:

PLAN ESPECÍFICO DE ATENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL SANITARIO

Objetivo General:

Objetivos Específicos:

Actividades a Desarrollar:

### 18.3 Anexo 3. Historia Social Sanitaria.

#### Datos Personales

Nombre y Apellidos:			DNI:	
Fecha de Nacimiento:	Lugar de Nacimiento:			
Provincia:	País:			
Dirección:				
Localidad:	Provincia:			
País:	Sexo:	Habitación:		

#### SITUACIÓN FAMILIAR

Estado Civil:

Tiene hijos (S/N):

Tipo de Parentesco	Nombre	Apellidos	Teléfono	Dirección

Apoyos familiares-sociales que presenta la persona:

VIVIENDA

Tipo de Vivienda: Elija un elemento.

Régimen de la vivienda: Elija un elemento.

Existencia de Barreras Arquitectónicas en la vivienda: (Señalar a continuación)

Existencia de Barreras Arquitectónicas en el entorno de la vivienda: (Señalar a continuación)

Estado de la vivienda:

SITUACIÓN ECONÓMICA

Ingresos económicos percibidos: Elija un elemento.

Rentas percibidas: Elija un elemento.

Observaciones:

RELACIONES SOCIALES

Aficiones que le gusta realizar:

Tiempo que dedica a ellas: Elija un elemento.

Personas con quien realiza actividades:

Observaciones:

SITUACIÓN SANITARIA

Enfermedades que presenta:

Antecedentes de Enfermedades:

Discapacidad: Elija un elemento.

Grado: Elija un elemento.

Observaciones:



### 18.4 Anexo 4. Informe de Alta del Centro.

#### DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos:	DNI:	
Fecha de Nacimiento:	Lugar de Nacimiento:	
Provincia:	País:	
Dirección:		
Localidad:	Provincia:	
País:	Sexo:	Habitación:

#### DIAGNÓSTICO MÉDICO Y ENFERMERÍA

Diagnóstico Médico:	Nº Colegiado:
Recomendaciones y Tratamiento a seguir:	

DIAGNÓSTICO SOCIAL  
SANITARIO

Diagnóstico Social Sanitario:

Nº Colegiado:

Tratamiento o Indicaciones a seguir:

Fdo.:

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPIA

Diagnóstico Fisioterapia:

Tratamiento o indicaciones a seguir:

DIAGNÓSTICO TERAPIA OCUPACIONAL

Diagnóstico Terapia Ocupacional:

Tratamiento o recomendaciones a seguir:

DIAGNÓSTICO NEUROPSICOLOGÍA

Diagnóstico Neuropsicología:

Tratamiento o recomendaciones a seguir:

DIAGNÓSTICO NEUROPSIQUIATRÍA

Diagnóstico Neuropsiquiatría:

Tratamiento o recomendaciones a seguir:

DIAGNÓSTICO DE LOGOPEDIA

Diagnóstico Logopedia:

Tratamiento o recomendaciones a seguir:

## 18.5 Anexo 5. Cuestionario de Evaluación Pacientes.

A continuación, se expone una serie de aspectos en los cuales deberán valorar de forma anónima, señalando cuál es:

### Intervención del Personal Médico:

Atención proporcionada:

En un primer momento, el personal Médico del centro me recibió:

- De forma cercana y cordial, indicándome su nombre, y estando a mi disposición para aquello que necesitase, levantándose a saludarme.
- Solamente se centró en su trabajo sin apenas mostrar interés hacia mí ni hacia mis familiares.

La información que me proporcionó el personal Médico del centro fue:

- Clara, utilizando un lenguaje adaptado a mis conocimientos y capacidades que me permitió comprender la situación.
- Bastante claro, generándome algunas dudas puntuales que fueron resueltas.
- Poco claro, empleando una terminología médica que apenas pude llegar a comprender.

En relación a resolución de dudas:

- El profesional Médico me resolvió todas aquellas dudas que tuvimos mi familia y yo en relación al ictus, adaptándose a mis capacidades.
- El profesional Médico, me resolvió algunas dudas, dejándome en algunos casos otra sin resolver.
- El profesional Médico, me generó aún más dudas de las que ya tenía no solucionándome nada.
- Se negó a resolverme dudas.

Apoyo recibido por parte de los profesionales Médicos ha sido:

- Muy bueno, se han preocupado por mí siempre que lo he necesitado, realizándome una visita diaria.
- Bueno, preocupándose de mí cuando lo necesitaba, y realizándome una atención semanal.
- Malo, solamente se han preocupado cuando tenía una necesidad extrema de atención, sin realizarme un seguimiento.

Tiempo de atención:

¿Cómo considera que fue el tiempo en que fue atendido por el profesional Médico?

- Muy adecuado.
- Bastante adecuado.
- Poco adecuado.
- Nada adecuado.

#### Instalaciones del facultativo Médico:

El estado de las instalaciones donde presta servicios el personal Médico son:

- Muy adecuadas, están ordenadas y limpias, además de permitir el acceso a personas de movilidad reducida y cuenta con sillas para familiares.
- Bastante adecuadas, están ordenadas y limpias permitiendo el acceso a personas de movilidad reducida y carece de sillas para familiares.
- Poco adecuadas, están desordenadas y carecen de sillas para familiares, pero están limpias.
- Inadecuadas, desorden generalizado, ausencia de limpieza, dificultades para poder acceder personas de movilidad reducida, y sin sillas para familiares.

#### Intervención de Enfermería

##### Atención proporcionada:

En un primer momento, el/la Profesional de Enfermería del centro me recibió:

- De forma cercana y cordial, indicándome su nombre, y estando a mi disposición para aquello que necesitase, levantándose a saludarme.
- Solamente se centró en su trabajo sin apenas mostrar interés hacia mí ni hacia mis familiares.

La información que me proporcionó el/la profesional de Enfermería del centro fue:

- Clara, utilizando un lenguaje adaptado a mis conocimientos y capacidades que me permitió comprender la situación.
- Bastante claro, generándome algunas dudas puntuales que fueron resueltas.
- Poco claro, empleando una terminología específica que apenas pude llegar a comprender.

En relación a resolución de dudas:

- El/la profesional de Enfermería me resolvió todas aquellas dudas que tuvimos mi familia y yo en relación al ictus, adaptándose a mis capacidades.
- El/la profesional de Enfermería, me resolvió algunas dudas, dejándome en algunos casos otra sin resolver.
- El/la profesional de Enfermería, me generó aún más dudas de las que ya tenía no solucionándome nada.
- Se negó a resolverme dudas.

Apoyo recibido por parte del profesional de Enfermería ha sido:

- Muy bueno, se han preocupado por mí siempre que lo he necesitado, motivándome día a día.
- Bueno, preocupándose de mí cuando lo necesitaba, y motivándome solamente cuando mi estado anímico era bajo.
- Malo, solamente cumplía su trabajo, sin tener en cuenta mi estado de ánimo.

Tiempo de atención:

¿Cómo considera que fue el tiempo en que fue atendido por el/la profesional de Enfermería?

- Muy adecuado.
- Bastante adecuado.
- Poco adecuado.
- Nada adecuado.

Instalaciones del Profesional de Enfermería:

El estado de las instalaciones donde presta servicios el/a profesional de Enfermería son:

- Muy adecuadas, están ordenadas y limpias, además de permitir el acceso a personas de movilidad reducida y cuenta con sillas para familiares.
- Bastante adecuadas, están ordenadas y limpias permitiendo el acceso a personas de movilidad reducida y carece de sillas para familiares.
- Poco adecuadas, están desordenadas y carecen de sillas para familiares, pero están limpias.
- Inadecuadas, desorden generalizado, ausencia de limpieza, dificultades para poder acceder personas de movilidad reducida, y sin sillas para familiares.

### **Intervención Profesional Trabajo Social Sanitario:**

Atención proporcionada:

En un primer momento, el Trabajador/a Social Sanitario del centro me recibió:

- De forma cercana y cordial, indicándome su nombre, y estando a mi disposición para aquello que necesitase, levantándose a saludarme.
- Solamente se centró en su trabajo sin apenas mostrar interés hacia mí ni hacia mis familiares.

La información que me proporcionó el Trabajador Social Sanitario del centro fue:

- Clara, utilizando un lenguaje adaptado a mis conocimientos y capacidades que me permitió comprender la situación.
- Bastante claro, generándome algunas dudas puntuales que fueron resueltas.
- Poco claro, empleando una terminología específica que apenas pude llegar a comprender.

En relación a resolución de dudas:

- El Trabajador/a Social Sanitario me resolvió todas aquellas dudas que tuvimos mi familia y yo en relación al ictus, adaptándose a mis capacidades.
- El Trabajador/a Social Sanitario, me resolvió algunas dudas, dejándome en algunos casos otra sin resolver.
- El Trabajador/a Social Sanitario, me generó aún más dudas de las que ya tenía no solucionándome nada.
- Se negó a resolverme dudas.

Apoyo recibido por parte del Trabajador/a Social Sanitario ha sido:

- Muy bueno, se han preocupado por mí siempre que lo he necesitado, realizándome una visita diaria.
- Bueno, preocupándose de mí cuando lo necesitaba, y realizándome una atención semanal.
- Malo, solamente se han preocupado cuando tenía una necesidad extrema de atención, sin realizarme un seguimiento.

Tiempo de atención:

¿Cómo considera que fue el tiempo en que fue atendido por el/la Trabajador/a Social Sanitario?

- Muy adecuado.
- Bastante adecuado.
- Poco adecuado.
- Nada adecuado.

Instalaciones del trabajador/a social sanitario:

El estado de las instalaciones donde presta servicios el Trabajador/a Social Sanitario son:

- Muy adecuadas, están ordenadas y limpias, además de permitir el acceso a personas de movilidad reducida y cuenta con sillas para familiares.
- Bastante adecuadas, están ordenadas y limpias permitiendo el acceso a personas de movilidad reducida y carece de sillas para familiares.
- Poco adecuadas, están desordenadas y carecen de sillas para familiares, pero están limpias.
- Inadecuadas, desorden generalizado, ausencia de limpieza, dificultades para poder acceder personas de movilidad reducida, y sin sillas para familiares.

### **Intervención Profesional del Fisioterapeuta:**

Atención proporcionada:

En un primer momento, el/la Fisioterapeuta del centro me recibió:

- De forma cercana y cordial, indicándome su nombre, y estando a mi disposición para aquello que necesitase, levantándose a saludarme.
- Solamente se centró en su trabajo sin apenas mostrar interés hacia mí ni hacia mis familiares.

La información que me proporcionó el/la Fisioterapeuta del centro fue:

- Clara, utilizando un lenguaje adaptado a mis conocimientos y capacidades que me permitió comprender la situación.
- Bastante claro, generándome algunas dudas puntuales que fueron resueltas.
- Poco claro, empleando una terminología específica que apenas pude llegar a comprender.



En relación a resolución de dudas:

- El/la Fisioterapeuta me resolvió todas aquellas dudas que tuvimos mi familia y yo en relación al ictus, adaptándose a mis capacidades.
- El/la Fisioterapeuta, me resolvió algunas dudas, dejándome en algunos casos otra sin resolver.
- El/la Fisioterapeuta, me generó aún más dudas de las que ya tenía no solucionándome nada.
- Se negó a resolverme dudas.

Apoyo recibido por parte del Fisioterapeuta ha sido:

- Muy bueno, se han preocupado por mí siempre que lo he necesitado, motivándome día a día.
- Bueno, preocupándose de mí cuando lo necesitaba, y motivándome solamente cuando mi estado anímico era bajo.
- Malo, solamente cumplía su trabajo, sin tener en cuenta mi estado de ánimo.

Tiempo de atención:

¿Cómo considera que fue el tiempo en que fue atendido por el/la Fisioterapeuta?

- Muy adecuado.
- Bastante adecuado.
- Poco adecuado.
- Nada adecuado.

Instalaciones del equipo de Fisioterapia:

El estado de las instalaciones donde presta servicios el/a Fisioterapeuta son:

- Muy adecuadas, están ordenadas y limpias, sala amplia para realizar los ejercicios adecuados, con las últimas tecnologías para tratar el ictus.
- Bastante adecuadas, están ordenadas y limpias, de tamaño reducido pero que permite la realización de ejercicios de rehabilitación, pero con las últimas tecnologías en cuanto atención al ictus.
- Poco adecuadas, están desordenadas y el espacio es reducido sin poder realizar de forma adecuada los ejercicios, pero están limpias y los aparatos destinados a la rehabilitación del ictus tienen bastante deterioro.
- Inadecuadas, desorden generalizado, ausencia de limpieza, sala muy reducida, y los aparatos destinados a rehabilitación de ictus están obsoletos o estropeados.

**Intervención equipo de Terapia Ocupacional:**

Atención proporcionada:

En un primer momento, el/la Terapeuta Ocupacional del centro me recibió:

- De forma cercana y cordial, indicándome su nombre, y estando a mi disposición para aquello que necesitase, levantándose a saludarme.
- Solamente se centró en su trabajo sin apenas mostrar interés hacia mí ni hacia mis familiares.

La información que me proporcionó el/la Terapeuta Ocupacional del centro fue:

- Clara, utilizando un lenguaje adaptado a mis conocimientos y capacidades que me permitió comprender la situación.
- Bastante claro, generándome algunas dudas puntuales que fueron resueltas.
- Poco claro, empleando una terminología específica que apenas pude llegar a comprender.

En relación a resolución de dudas:

- El/la Terapeuta Ocupacional me resolvió todas aquellas dudas que tuvimos mi familia y yo en relación al ictus, adaptándose a mis capacidades.
- El/la Terapeuta Ocupacional, me resolvió algunas dudas, dejándome en algunos casos otra sin resolver.
- El/la Terapeuta Ocupacional, me generó aún más dudas de las que ya tenía no solucionándome nada.
- Se negó a resolverme dudas.

Apoyo recibido por parte del Terapeuta Ocupacional ha sido:

- Muy bueno, se han preocupado por mí siempre que lo he necesitado, motivándome día a día.
- Bueno, preocupándose de mi cuando lo necesitaba, y motivándome solamente cuando mi estado anímico era bajo.
- Malo, solamente cumplía su trabajo, sin tener en cuenta mi estado de ánimo.

Tiempo de atención:

¿Cómo considera que fue el tiempo en que fue atendido por el/la Terapeuta Ocupacional?

- Muy adecuado.
- Bastante adecuado.
- Poco adecuado.
- Nada adecuado.

Instalaciones del equipo de fisioterapia:

El estado de las instalaciones donde presta servicios el/la Terapeuta Ocupacional son:

- Muy adecuadas, están ordenadas y limpias, sala amplia para realizar los ejercicios adecuados, con las últimas tecnologías para tratar el ictus.
- Bastante adecuadas, están ordenadas y limpias, de tamaño reducido pero que permite la realización de ejercicios de rehabilitación, pero con las últimas tecnologías en cuanto atención al ictus.
- Poco adecuadas, están desordenadas y el espacio es reducido sin poder realizar de forma adecuada los ejercicios, pero están limpias y los aparatos destinados a la rehabilitación del ictus tienen bastante deterioro.
- Inadecuadas, desorden generalizado, ausencia de limpieza, sala muy reducida, y los aparatos destinados a rehabilitación de ictus están obsoletos o estropeados.

### **Intervención realizada por el Profesional de Neuropsicología:**

Atención proporcionada:

En un primer momento, el/la Profesional de Neuropsicología del centro me recibió:

- De forma cercana y cordial, indicándome su nombre, y estando a mi disposición para aquello que necesitase, levantándose a saludarme.
- Solamente se centró en su trabajo sin apenas mostrar interés hacia mí ni hacia mis familiares.

La información que me proporcionó el/la profesional de Neuropsicología del centro fue:

- Clara, utilizando un lenguaje adaptado a mis conocimientos y capacidades que me permitió comprender la situación.
- Bastante claro, generándome algunas dudas puntuales que fueron resueltas.
- Poco claro, empleando una terminología específica que apenas pude llegar a comprender.

En relación a resolución de dudas:

- El/la profesional de Neuropsicología me resolvió todas aquellas dudas que tuvimos mi familia y yo en relación al ictus, adaptándose a mis capacidades.
- El/la profesional de Neuropsicología, me resolvió algunas dudas, dejándome en algunos casos otra sin resolver.
- El/la profesional de Neuropsicología, me generó aún más dudas de las que ya tenía no solucionándome nada.
- Se negó a resolverme dudas.

Apoyo recibido por parte del profesional de Neuropsicología ha sido:

- Muy bueno, se han preocupado por mí siempre que lo he necesitado, motivándome día a día.
- Bueno, preocupándose de mí cuando lo necesitaba, y motivándome solamente cuando mi estado anímico era bajo.
- Malo, solamente cumplía su trabajo, sin tener en cuenta mi estado de ánimo.

Tiempo de atención:

¿Cómo considera que fue el tiempo en que fue atendido por el/la profesional de Neuropsicología?

- Muy adecuado.
- Bastante adecuado.
- Poco adecuado.
- Nada adecuado.

Instalaciones del Profesional de Neuropsicología:

El estado de las instalaciones donde presta servicios el/la profesional de neuropsicología son:

- Muy adecuadas, están ordenadas y limpias, además de permitir el acceso a personas de movilidad reducida y cuenta con sillas para familiares.
- Bastante adecuadas, están ordenadas y limpias permitiendo el acceso a personas de movilidad reducida y carece de sillas para familiares.
- Poco adecuadas, están desordenadas y carecen de sillas para familiares, pero están limpias.
- Inadecuadas, desorden generalizado, ausencia de limpieza, dificultades para poder acceder personas de movilidad reducida, y sin sillas para familiares.

### **Intervención del Profesional de Neuropsiquiatría:**

Atención proporcionada:

En un primer momento, el/la Profesional de Neuropsiquiatría del centro me recibió:

- De forma cercana y cordial, indicándome su nombre, y estando a mi disposición para aquello que necesitase, levantándose a saludarme.
- Solamente se centró en su trabajo sin apenas mostrar interés hacia mí ni hacia mis familiares.

La información que me proporcionó el/la profesional de Neuropsiquiatría del centro fue:

- Clara, utilizando un lenguaje adaptado a mis conocimientos y capacidades que me permitió comprender la situación.
- Bastante claro, generándome algunas dudas puntuales que fueron resueltas.
- Poco claro, empleando una terminología específica que apenas pude llegar a comprender.

En relación a resolución de dudas:

- El/la profesional de Neuropsiquiatría me resolvió todas aquellas dudas que tuvimos mi familia y yo en relación al ictus, adaptándose a mis capacidades.
- El/la profesional de Neuropsiquiatría, me resolvió algunas dudas, dejándome en algunos casos otra sin resolver.
- El/la profesional de Neuropsiquiatría, me generó aún más dudas de las que ya tenía no solucionándome nada.
- Se negó a resolverme dudas.

Apoyo recibido por parte del profesional de Neuropsiquiatría ha sido:

- Muy bueno, se han preocupado por mí siempre que lo he necesitado, motivándome día a día.
- Bueno, preocupándose de mí cuando lo necesitaba, y motivándome solamente cuando mi estado anímico era bajo.
- Malo, solamente cumplía su trabajo, sin tener en cuenta mi estado de ánimo.

Tiempo de atención:

¿Cómo considera que fue el tiempo en que fue atendido por el/la profesional de Neuropsiquiatría?

- Muy adecuado.
- Bastante adecuado.
- Poco adecuado.
- Nada adecuado.

Instalaciones del Profesional de Neuropsiquiatría:

El estado de las instalaciones donde presta servicios el/a profesional de neuropsiquiatría son:

- Muy adecuadas, están ordenadas y limpias, además de permitir el acceso a personas de movilidad reducida y cuenta con sillas para familiares.
- Bastante adecuadas, están ordenadas y limpias permitiendo el acceso a personas de movilidad reducida y carece de sillas para familiares.
- Poco adecuadas, están desordenadas y carecen de sillas para familiares, pero están limpias.
- Inadecuadas, desorden generalizado, ausencia de limpieza, dificultades para poder acceder personas de movilidad reducida, y sin sillas para familiares.

**Intervención profesional de Logopedia:**

Atención proporcionada:

En un primer momento, el/la Profesional de Logopedia del centro me recibió:

- De forma cercana y cordial, indicándome su nombre, y estando a mi disposición para aquello que necesitase, levantándose a saludarme.
- Solamente se centró en su trabajo sin apenas mostrar interés hacia mí ni hacia mis familiares.

La información que me proporcionó el/la profesional de Logopedia del centro fue:

- Clara, utilizando un lenguaje adaptado a mis conocimientos y capacidades que me permitió comprender la situación.
- Bastante claro, generándome algunas dudas puntuales que fueron resueltas.
- Poco claro, empleando una terminología específica que apenas pude llegar a comprender.

En relación a resolución de dudas:

- El/la profesional de Logopedia me resolvió todas aquellas dudas que tuvimos mi familia y yo en relación al ictus, adaptándose a mis capacidades.
- El/la profesional de Logopedia, me resolvió algunas dudas, dejándome en algunos casos otra sin resolver.
- El/la profesional de Logopedia, me generó aún más dudas de las que ya tenía no solucionándome nada.
- Se negó a resolverme dudas.

Apoyo recibido por parte del profesional de Logopedia ha sido:

- Muy bueno, se han preocupado por mí siempre que lo he necesitado, motivándome día a día.
- Bueno, preocupándose de mi cuando lo necesitaba, y motivándome solamente cuando mi estado anímico era bajo.
- Malo, solamente cumplía su trabajo, sin tener en cuenta mi estado de ánimo.

Tiempo de atención:

¿Cómo considera que fue el tiempo en que fue atendido por el/la profesional de Logopedia?

- Muy adecuado.
- Bastante adecuado.
- Poco adecuado.
- Nada adecuado.

Instalaciones del Profesional de Logopedia:

El estado de las instalaciones donde presta servicios el/a profesional de Logopedia son:

- Muy adecuadas, están ordenadas y limpias, además de permitir el acceso a personas de movilidad reducida y cuenta con sillas para familiares.
- Bastante adecuadas, están ordenadas y limpias permitiendo el acceso a personas de movilidad reducida y carece de sillas para familiares.
- Poco adecuadas, están desordenadas y carecen de sillas para familiares, pero están limpias.
- Inadecuadas, desorden generalizado, ausencia de limpieza, dificultades para poder acceder personas de movilidad reducida, y sin sillas para familiares.

