

2017

CREACION DE LA UNIDAD DE NEURO- REHABILITACION

**PROYECTO DE MEMORIA DE
GESTION**

UNIVERSITAS
*Miguel
Hernández*

MÁSTER EN GESTIÓN SANITARIA 2016-2017

**ALMUDENA RODRIGUEZ MARTINEZ
48656303X**





INDICE

RESUMEN.....	3
PRESENTACION.....	4
PLAN ESTRATEGICO.....	5
1. MISION, VISION Y VALORES.....	5
2. ANALISIS DE LA SITUACION.....	5
2.1 Analisis Externo.....	5
2.2 Analisis Interno.....	12
2.3 Matriz Dafo.....	19
3. ESTRATEGIA Y OBJETIVOS.....	20
3.1 Lineas Estrategicas.....	20
3.2 Objetivos.....	21
3.3 Actuacion centrada en el paciente.....	22
3.4 Calidad y Seguridad del paciente.....	22
3.5 Actividad de Docencia e Investigacion.....	23
4. PLAN DE ACTUACION.....	23
4.1 Mapa de Procesos.....	23
4.2 Acciones.....	24
CONCLUSIONES.....	26
BIBLIOGRAFIA.....	27
ANEXOS.....	28

RESUMEN

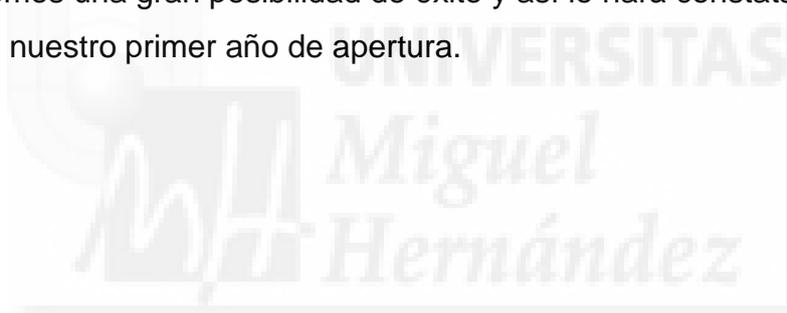
El presente proyecto de memoria de gestión plantea la creación de una Unidad de Neuro Rehabilitación en un hospital de cuidados medios concertado con el Servicio Murciano de Salud, ubicado en el área VIII Mar Menor.

Con esta idea queremos ser un centro de referencia, de ámbito regional, para aquellas personas con algún tipo de discapacidad funcional y neurológica post-ictus, sea cual sea su estado: leve, moderado, grave o muy grave.

Nuestra unidad contará con el mejor equipo multidisciplinario y cualificado de la región, para dar un tratamiento rehabilitador individualizado y ajustado a las necesidades de cada paciente.

El paso por nuestra unidad se desarrollará en la menor brevedad posible, ya que nuestro principal propósito es la recuperación máxima del paciente y su reinserción a la vida social.

Si tenemos en cuenta en que vivimos en una sociedad envejecida y cada vez en aumento, tenemos una gran posibilidad de éxito y así lo hará constatar los datos obtenidos tras nuestro primer año de apertura.



PRESENTACIÓN

El hospital de cuidados medios al que nos vamos a referir en este proyecto de gestión, se encuentra ubicado en la comarca del Mar Menor de la Región de Murcia. Es considerado un hospital de cuidados medios porque tiene concierto con el Servicio Murciano de Salud (SMS) con 110 plazas, proporcionando unos cuidados medios y paliativos con disposición de atención médica y cuidados de enfermería de forma permanente las 24h del día.

A parte de este convenio, tiene 72 plazas concertadas con el Instituto Murciano de Acción Social (IMAS) y el resto, como régimen residencial privado, pudiendo llegar a una capacidad máxima de 254 residentes.

Nosotros nos centraremos en el régimen hospitalario, siendo su hospital de referencia el Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor (HULAMM), hospital de referencia del área VIII Mar Menor.

La mayoría de los pacientes provienen de dicho hospital, pero también tenemos ingresos procedentes del Hospital Reina Sofía de Murcia (perteneciente al área VII Murcia-Este), Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (área I Murcia Oeste) y del Hospital Morales Meseguer (área VI Vega Media del Segura), todos ellos hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud.

El perfil de los pacientes ingresados es variable, el rango de edad varía entre los 40-100 años, existiendo excepciones, y la patología puede ser: crónica (demencia tipo Alzheimer, Parkinson, deterioro general del estado debido a edad avanzada...) o un proceso agudo (recuperación tras fractura de fémur, cadera, ITU, infección respiratoria...).

Por otra parte también nos encontramos pacientes ingresados por recuperación tras un ICTUS, IAM, síndrome de abstinencia, enfermos psiquiátricos, oncológicos y terminales que precisan de cuidados paliativos.

A pesar de ser muy pocas las plazas ofertadas como públicas, son numerosos los servicios asistenciales tan diferentes y complejos que ofrecemos, siendo todos ellos a nivel de hospitalización y con un servicio general.

Por ello, estudiando el perfil actual de los pacientes ingresados y de la sociedad en general, planteo la opción de crear una unidad especializada en neuro-rehabilitación (UNR), destinada a pacientes con secuelas tras sufrir un Ictus, con buen pronóstico de recuperación, proporcionando unos cuidados específicos a corto plazo para su recuperación total o parcial y la reinserción a la vida cotidiana.

Nuestra propuesta de proyecto nace de la necesidad de contar con una unidad especializada para este tipo de pacientes, en dicha área e incluso a nivel regional, contando con un plan estratégico que defina las líneas de actuación a corto y medio plazo para poder adaptar la UNR a nuestro centro hospitalario.

PLAN ESTRATEGICO

1. MISION, VISION Y VALORES

MISIÓN: la UNR pertenece a un centro de cuidados medios referente del área VIII Mar Menor del SMS, cuya misión es la de atender las necesidades de los pacientes derivados tanto del HULAMM como de cualquier otro hospital de la región tras sufrir un ACV/ICTUS, precisando de los cuidados, conocimientos técnicos y procedimientos específicos que dependerán de un equipo multidisciplinar especializado en la materia. Consiguiendo los mejores resultados en salud, eficiencia y calidad, tanto en la actividad asistencial como en la docente e investigadora.

VISIÓN: pretendemos que la UNR sea reconocida a nivel regional como una unidad asistencial y a la vez rehabilitadora en pacientes con discapacidad tras sufrir un ICTUS, siendo un centro de referencia para aquellos pacientes que precisen de unos cuidados medios y rehabilitadores con buenos pronósticos de recuperación para que la reinserción a la sociedad se de en el menor tiempo posible.

VALORES: los valores que constituyen la UNR y que guiarán a los miembros que la constituyen son:

- El paciente es el eje central del sistema.
- Participación del personal y trabajo en equipo.
- Excelencia en el proceso asistencial.
- Respeto a los valores del enfermo y su entorno.
- Actitud innovadora.
- Orientación hacia la mejora continua de la calidad.
- Uso adecuado de los recursos. Eficiencia.
- Seguridad.
- Compromiso con el Sistema Nacional de Salud.

2. ANALISIS DE LA SITUACION

2.1 ANALISIS EXTERNO

Las enfermedades cerebrovasculares constituyen una de las principales causas de mortalidad (la segunda en España y la primer entre las mujeres).

El ictus, entre la enfermedad más común, ocasiona una gran discapacidad en los supervivientes, siendo la primera causa de dependencia en el mundo, lo que la convierte en una de las afecciones que genera mayor carga social y económica. Según los datos disponibles en el INE correspondientes al año 2015, se produjeron 812 fallecimientos por enfermedad cerebrovascular en la Región de Murcia, 360 de ellos hombres y 452 mujeres.

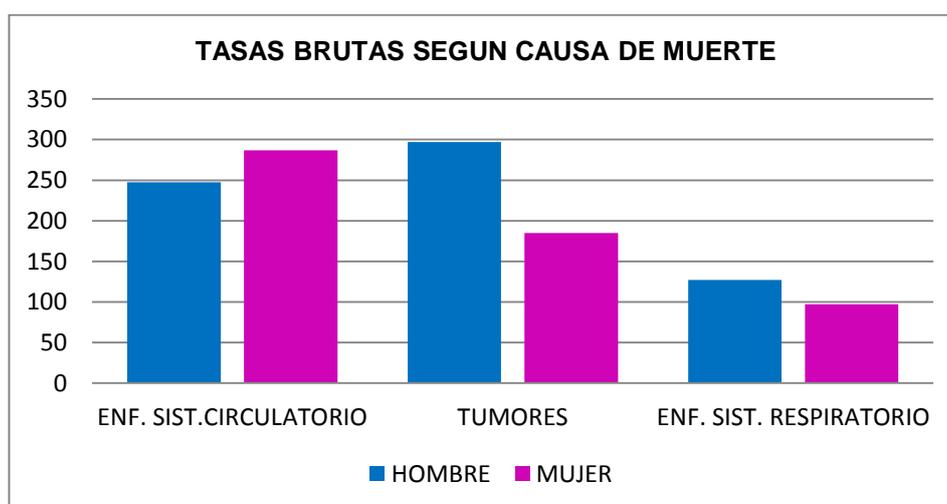
A nivel nacional, las enfermedades circulatorias encabezan la primera posición, entre las causas naturales, ocupando las enfermedades de isquemia del corazón y las cerebrovasculares el primer y segundo puesto, incrementando el nº de muertes con respecto al año anterior.

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE POR GRUPO DE ENFERMEDADES. INE 2015

CAPITULOS DE LA CIE-10	Nº DE DEFUNCIONES	%
TOTAL DEFUNCIONES	422.568	100
Enf. Sistema circulatorio	124.197	29,4
Tumores	111.381	26,4
Enf. Sistema respiratorio	51.848	12,3

TASAS BRUTAS POR 100.000 HABITANTES SEGÚN CAUSA DE MUERTE Y SEXO. INE 2015

CAUSA DE LA MUERTE	HOMBRE	MUJER
Enf. Sistema circulatorio	247,6	286,9
Tumores	297,0	184,9
Enf. Sistema respiratorio	126,9	97,1



PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE POR EDAD (PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE FALLECIDOS) AÑO 2015

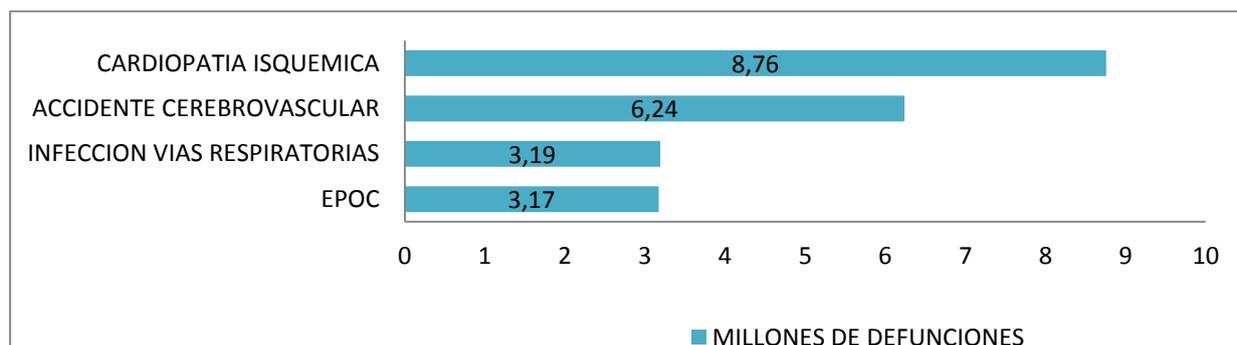
- <1 año: afecciones perinatales y malformación congénita.
- 1-14 años: tumores
- 15-39 años: causas externas
- 40-79 años: tumores
- >79 años: sistema circulatorio

Nº DE DEFUNCIONES SEGÚN LAS CAUSAS DE MUERTE MAS FRECUENTES. INE 2015

	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
TOTAL DEFUNCIONES	422.568	213.309	209.259
Enf. Isquemicas del corazón	33.769	19.563	14.206
Enf. Cerebrovasculares	28.434	12.077	16.357
Cáncer de bronquios y pulmón	21.596	17.239	4.357
Demencia	20.442	6.642	13.800

A nivel mundial, la OMS clasifica a la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular las principales causantes de la mortalidad en el mundo, ocasionando 15 millones de defunciones en el 2015 y siendo las principales causas de muerte en los últimos años.

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION EN EL MUNDO EN 2015. OMS.



Si comparamos los datos del INE con años anteriores, se observa un aumento del 7% de las defunciones por causas naturales, siendo el aumento por enfermedad cerebrovascular de un 3,1%.

Según los datos regionales que recoge el CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos), centrándonos en la patología cerebrovascular, en el 2014 se identificaron 3.093

episodios completos ocasionados por 2.919 pacientes distintos, lo que genera una tasa de 210,9 casos por cada 100.000 habitantes.

PATOLOGIA CEREBROVASCULAR. REGION DE MURCIA, 2008-2014.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
EPISODIOS COMPLETOS	3.100	3.124	3.109	3.012	2.984	3.108	3.093

PATOLOGIA CEREBROVASCULAR POR SUBTIPOS. REGION DE MURCIA, 2013-2014.

	ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO		ICTUS HEMORRAGICO		ICTUS ISQUEMICO	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
EPISODIOS COMPLETOS	603	595	504	514	2.001	1.984

ICTUS ISQUEMICO.INDICADORES POR AREA DE SALUD, 2014.

AREA I MURCIA OESTE	AREA II CARTAGENA	AREA III LORCA	AREA IV NOROESTE	AREA V ALTIPLANO	AREA VI VEGA MEDIA	AREA VII MURCIA -ESTE	AREA VIII MAR MENOR	AREA IX VEGA ALTA
296	349	304	132	82	333	272	121	85

ICTUS ISQUEMICO. INDICADORES POR AREA DE SALUD, MENORES DE 80 AÑOS. 2014

AREA I MURCIA OESTE	AREA II CARTAGENA	AREA III LORCA	AREA IV NOROESTE	AREA V ALTIPLANO	AREA VI VEGA MEDIA	AREA VII MURCIA -ESTE	AREA VIII MAR MENOR	AREA IX VEGA ALTA
185	236	198	69	42	189	173	75	46

Según los datos del CMBD, las altas de hospitalización por enfermedad cerebrovascular atendidos en los hospitales del SNS han aumentado un 42,21% desde 1997, lo que sitúa a la enfermedad cerebrovascular como la 8ª causa de hospitalización, representando un 2,75% del total de altas.

Las tres cuartas partes de los ictus afectan a pacientes mayores de 65 años, y debido al envejecimiento poblacional, se prevé un incremento de la incidencia y prevalencia de esta patología en los próximos años. Aunque si es cierto, que en los últimos años se ha conseguido un descenso en la reducción del número de personas fallecidas por causa de la enfermedad cerebrovascular. Este descenso es una consecuencia directa

de la mejor atención que han recibido los pacientes, especialmente por un mejor control de los factores de riesgo que son causa del ictus.

ANÁLISIS DEMOGRÁFICO

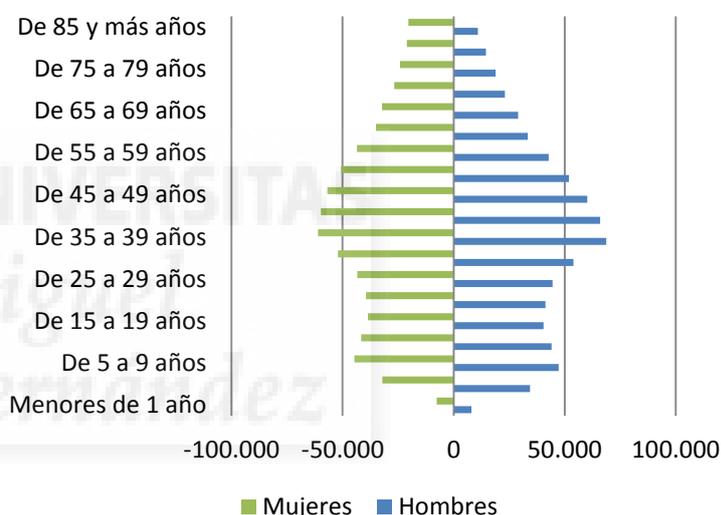
La Región de Murcia cuenta con una población total de: 1.464.847 habitantes en el año 2016.

733.555 hombres y 731.292 mujeres.

POBLACION SEGÚN EDAD Y SEXO

	TOTAL	Hombres	Mujeres
TOTAL	1.464.847	733.555	731.292
Menores de 1 año	15.606	7.973	7.633
De 1 a 4 años	66.504	34.407	32.097
De 5 a 9 años	91.884	47.225	44.659
De 10 a 14 años	85.798	44.131	41.667
De 15 a 19 años	79.032	40.481	38.551
De 20 a 24 años	80.912	41.420	39.492
De 25 a 29 años	88.031	44.567	43.464
De 30 a 34 años	106.056	53.922	52.134
De 35 a 39 años	129.813	68.696	61.117
De 40 a 44 años	125.687	65.984	59.703
De 45 a 49 años	117.017	60.135	56.882
De 50 a 54 años	102.602	51.899	50.703
De 55 a 59 años	86.408	42.845	43.563
De 60 a 64 años	68.356	33.350	35.006
De 65 a 69 años	61.295	29.045	32.250
De 70 a 74 años	49.977	23.165	26.812
De 75 a 79 años	43.008	18.891	24.117
De 80 a 84 años	35.595	14.551	21.044
De 85 y más años	31.266	10.868	20.398

PIRAMIDE POBLACIONAL. REGION DE MURCIA. 2016



DATOS POBLACIONALES POR AREAS DE SALUD.

ÁREA DE SALUD	POBLACION TOTAL
AREA 1 MURCIA OESTE	258.537
AREA 2 CARTAGENA	283.600
AREA 3 LORCA	173.232
AREA 4 NOROESTE	71.039
AREA 5 ALTIPLANO	59.399
AREA 6 VEGA MEDIA DEL SEGURA	262.595
AREA 7 MURCIA ESTE	197.548
AREA 8 MAR MENOR	104.059
AREA 9 VEGA ALTA DEL SEGURA	54.838

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN LA COMUNIDAD

La Ley General de Sanidad (Ley 14/1986) que posibilitó el tránsito desde el antiguo modelo sanitario de Seguridad Social al actual modelo de Sistema Nacional de Salud (SNS) señala cómo debe articularse el derecho a la protección de la salud que establece el artículo 43 de la Constitución, fijando los principios fundamentales sobre los que debe articularse este derecho como la universalidad, la financiación pública, la equidad, y la integralidad y continuidad de los servicios. El eje del modelo que la ley adopta son las CC.AA., hacia las cuales se ha ido descentralizando la política sanitaria, siendo el SNS, por lo tanto, el conjunto coordinado de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los Servicios de Salud de las CC.AA., que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS, en el artículo 7.1, establece que el catálogo de prestaciones del SNS tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado. Considera prestaciones de atención sanitaria del SNS los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y de promoción y mantenimiento de la salud, dirigidos a los ciudadanos, y señala, por último, las prestaciones que comprenderá el catálogo.

Actualmente, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización. Se encarga de actualizar las prestaciones contempladas en el Decreto previo de 1995 y detalla las mismas, incluyendo, tanto en la cartera de servicios de Atención Primaria (AP) como en la de Atención Especializada (AE), un apartado específico describiendo las prestaciones a ofertar a la población.

A continuación se describen los servicios que ofrece la Cartera de Servicios relacionados con el ictus:

El anexo II define la cartera de servicios comunes de AP.

- El apartado 5 trata la rehabilitación básica, donde se recoge entre otras, el tratamiento fisioterapéutico en trastornos neurológicos.
- El apartado 6.4.1 incluye en la cartera de servicios de AP la *atención sanitaria protocolizada de pacientes con problemas de salud crónicos y prevalentes*, donde se recoge la hipertensión, hipercolesterolemia y otros factores de riesgo del ictus.

También se define en el Anexo III la cartera de servicios de la AE:

- El apartado 5 *Indicación o prescripción, y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos*, contiene las enfermedades del sistema circulatorio que recogen a la enfermedad cerebrovascular.

- En el apartado 8, que habla de la *rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable*, se incluye la *rehabilitación de las afecciones del sistema musculoesquelético, del sistema nervioso, del sistema cardiovascular y del sistema respiratorio a través de fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia que tenga relación directa con un proceso patológico que esté siendo tratado en el SNS y métodos técnicos (ortoprótesis)*.

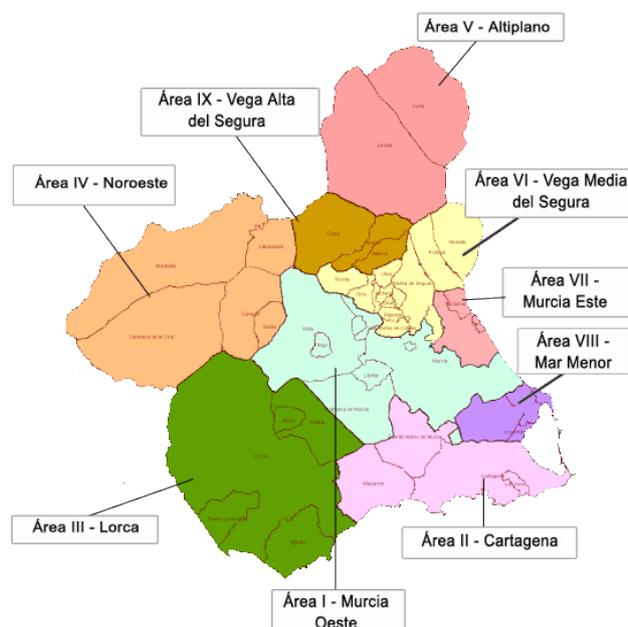
En la Comunidad Autónoma de Murcia, es el Servicio Murciano de Salud (SMS) el organismo encargado del sistema de prestaciones sanitarias públicas.

El SMS también aborda la organización territorial y la asignación de recursos y servicios sanitarios (mapa sanitario), el análisis, estudio, priorización y evaluación de los criterios generales que han de cumplir los diferentes dispositivos sanitarios y los servicios prestados por ellos, con el objeto de satisfacer las necesidades de los ciudadanos con arreglo a los principios generales de funcionamiento del Sistema Regional de Salud.

Las bases para la ordenación territorial del sistema sanitario se recogen en:

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud.
- Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia.

La delimitación territorial se hace a través de Áreas de Salud (AS) y Zonas Básicas de Salud (ZBS) que por la Orden de 24 de abril de 2009, de la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno Autonómico se procedió a modificar las áreas de salud, quedando la actual división así:



2.2 ANALISIS INTERNO

El hospital de cuidados medios al que nos vamos a dirigir se ubica en el área VIII del Mar Menor, en la población de San Pedro del Pinatar.

Se creó en el año 2003 y cuenta con 12000 m² de superficie construida rodeado de zonas ajardinadas.

La estructura se distribuye en 4 plantas:

- Planta -1: donde nos encontramos con un servicio de lavandería y limpieza, la capilla, aseos y taquillas para el personal, comedor para el personal, servicio de cocina, servicio de rehabilitación, vestuarios, habitación de residuos, servicio de farmacia, mortuorio, servicio de mantenimiento, el archivo, y unas habitaciones que no tienen servicio actualmente.
- Planta 0: despachos de dirección y administración, despacho de la trabajadora social, recepción, cafetería, salón común, 3 comedores para los residentes, peluquería, podología, despacho de terapia ocupacional, salón multiusos y zona de hospitalización de psicogeriatría, compuesta por 17 habitaciones dobles.
- Planta 1 y 2: que están distribuidas de la misma forma, tienen función asistencial y se dividen en 4 módulos:
 - **Modulo azul:** con 12 habitaciones en cada planta destinadas a residentes privados.
 - **Modulo amarillo:** con 16 habitaciones en cada planta destinadas a pacientes del IMAS.
 - **Modulo verde:** con 10 habitaciones en cada planta destinadas a pacientes del SMS.
 - **Modulo rojo:** con 17 habitaciones en cada planta destinadas a pacientes del SMS.

Aunque cada tipo de régimen asistencial tenga destinado un módulo, existen excepciones dependiendo del estado del residente.

En estas plantas, 1 y 2, se encuentran las salas de enfermería y auxiliares y también el despacho médico, situadas en la misma ubicación.

ACTIVIDAD

La actividad que se desarrolla simultánea y coordinadamente es la residencial junto con la asistencial del hospital de cuidados medios y paliativos.

Esta última concertada con el SMS, por lo que ofrece la ventaja a todos sus clientes de disponer de una atención médica y cuidados de enfermería de forma permanente (24h al día los 365 días del año), servicio que no es habitual en otras residencias de personas mayores.

CARTERA DE SERVICIOS

- Atención médica y enfermería 24h.
- Servicios clínicos a nivel de hospital de cuidados medios y paliativos.
- Estancias cortas.
- Centro de día.
- Postoperatorios.
- Convalecencias.
- Podología.
- Psiquiatría.
- Fisioterapia.
- Rehabilitación.
- Geronto-gimnasia.
- Actividades lúdicas.

ESTRUCTURA DE LA UNIDAD

La UNR que vamos a crear, abarcará inicialmente 20 plazas de las 110 concertadas con el SMS y conforme se vaya desarrollando su función, pediríamos un aumento de plazas concertadas al SMS.

Destinaríamos el módulo verde de la primera planta, que está compuesto por 10 habitaciones dobles, con capacidad total de 20 residentes, por lo que quedaría completa la UNR.

En esa misma planta se encuentra el despacho médico y la sala de enfermería y auxiliar de enfermería, el personal más cercano al paciente, mientras que el resto de disciplinas quedarían ubicadas en otras áreas de la residencia, como por ejemplo, la sala de rehabilitación en el sótano -1, el despacho de la trabajadora social y terapia ocupacional en la planta 0 y crearíamos un gabinete de logopedia.

Todo el equipo multidisciplinar deberá acudir a la habitación del paciente siempre que éste precise de su atención.

ACTIVIDAD DEL SERVICIO

Como hemos mencionado anteriormente, el ictus en España constituye la 1ª causa médica de discapacidad grave en el adulto. De los pacientes que llega a sobrevivir el primer año tras el evento, un 60% será independientes para las ABVD, un 20% tendrá una discapacidad moderada y otro 20% serán institucionalizados.

Aproximadamente un 80% de los pacientes que han sobrevivido padecerán secuelas físicas, un 57% mentales y hasta un 45% ambas.

La AHA-SOC (American Heart Association-Stroke Outcome Classification) sistematiza los déficit neurológicos provocados por ictus en seis áreas: motora, sensitiva, visual, de lenguaje o comunicación, cognitiva o intelectual y emocional.

El periodo de tiempo en el que tiene lugar la recuperación y el grado de la misma están claramente relacionados con la gravedad inicial del ictus: a mayor gravedad inicial, menor recuperación y más lenta. Más allá del quinto o sexto mes post-ictus, incluso en pacientes con ictus graves y muy graves, es difícil objetivar un mayor grado de recuperación mediante las escalas estándar que valoran las actividades de la vida diaria básicas (AVD).

El Copenhagen Stroke Study (CSS) analizó los patrones de recuperación según la gravedad de presentación del ictus, con un seguimiento medio de 6 meses. En el cual se demuestra que la puntuación más alta en las AVD se alcanza a los 2 meses en pacientes con ictus leves, a los 3 meses en ictus moderados, a los 4 meses en ictus graves y a los 5 meses en los ictus muy graves.

La siguiente tabla muestra los porcentajes de recuperación de los déficits, de la función en AVD y de la capacidad de marcha, agrupados por la gravedad de presentación inicial.

	AFECTACION INICIAL DEL ICTUS*				
	LEVE (41%)	MODERADA (26%)	GRAVE (14%)	MUY GRAVE (19%)	TOTAL N=1.197
MORTALIDAD	3%	12%	33%	62%	21%
RESOLUCION DE LOS DEFICITS	96%	81%	39%	20%	78%
RECUPERACION DE LA FUNCION **	68%	36%	26%	4%	46%
RECUPERACION DE LA MARCHA ***	89%	61%	55%	24%	66%

**La afectación inicial se valoró mediante la Scandinavian Neurological Stroke Scale, categorizando los ictus según la cotación en muy grave (0-14), graves (15-29), moderados (30-44) y leves (45-58).*

***Definida por un Índice de Barthel = 100*

****Definida por el Ítem de marcha de Barthel \geq 10/15*

La principal actividad que se llevará a cabo en la UNR, como su nombre indica, será la neuro-rehabilitación, ya que representa la única oportunidad de mejora para los pacientes que presenta una discapacidad residual tras el ictus y se estima que podría aplicarse aproximadamente al 40% de todos los ictus.

La Neuro-Rehabilitación se define como el conjunto de métodos que tiene por finalidad recuperar las funciones neurológicas perdidas o disminuidas como consecuencia de un daño cerebral o medular, intentando así que la persona afectada desarrolle de nuevo su máximo potencial físico, psicológico y social.

Se ha demostrado que el inicio precoz del tratamiento y su intensidad y duración adecuadas conllevan mayor recuperación funcional favoreciendo la rápida reincorporación del paciente al domicilio, menores tasas de mortalidad, institucionalización y estancia hospitalaria reduciendo además los costes globales debidos a la enfermedad.

En España la tasa de hospitalización es similar al resto de Europa, sin embargo el uso de rehabilitación y de ayudas técnicas o adaptaciones en el domicilio es mas bajo.

Los pacientes con discapacidad por ictus tendrán acceso a un equipo multidisciplinario de rehabilitación que abordará la disfunción neurológica, tratando de mejorar todas las áreas afectadas.

El equipo multidisciplinar estará compuesto por:

- Médico de planta especialista en rehabilitación.
- Personal de enfermería y auxiliar.
- Terapeuta ocupacional.
- Fisioterapeuta.
- Trabajador social.
- Logopeda.
- Neurólogo (éste servicio sería a través de las consultas externas)

Los programas de rehabilitación son más efectivos cuando se llevan a cabo en una fase precoz, las fases y ámbitos de asistencia en la rehabilitación de personas con ictus se pueden dividir en 3 tipos:

- **Fase de hospitalización en fase aguda:** es la que se inicia precozmente en una Unidad de Ictus, mientras que se planifica la derivación más adecuada para cada paciente de cara al alta hospitalaria.
- **Fase subaguda:** en ella se diferencia varios tipos de ámbitos de rehabilitación, y es en esta fase donde nuestra UNR entraría en juego, ya que puede abarcar todo los tipos de rehabilitación de esta fase. Aunque en alguno no se plante el ingreso del paciente en una institución, se tiene que valorar en este caso el beneficio de hacerlo durante una estancia corta, ya que la recuperación está demostrada, y el paciente tras su paso por la UNR conseguiría una mejora sin la necesidad de estar desplazándose a diario a centros de rehabilitación o recibiendo algún tipo de ayuda esporádica en el domicilio. Los tipo de rehabilitación en esta fase son los siguientes:

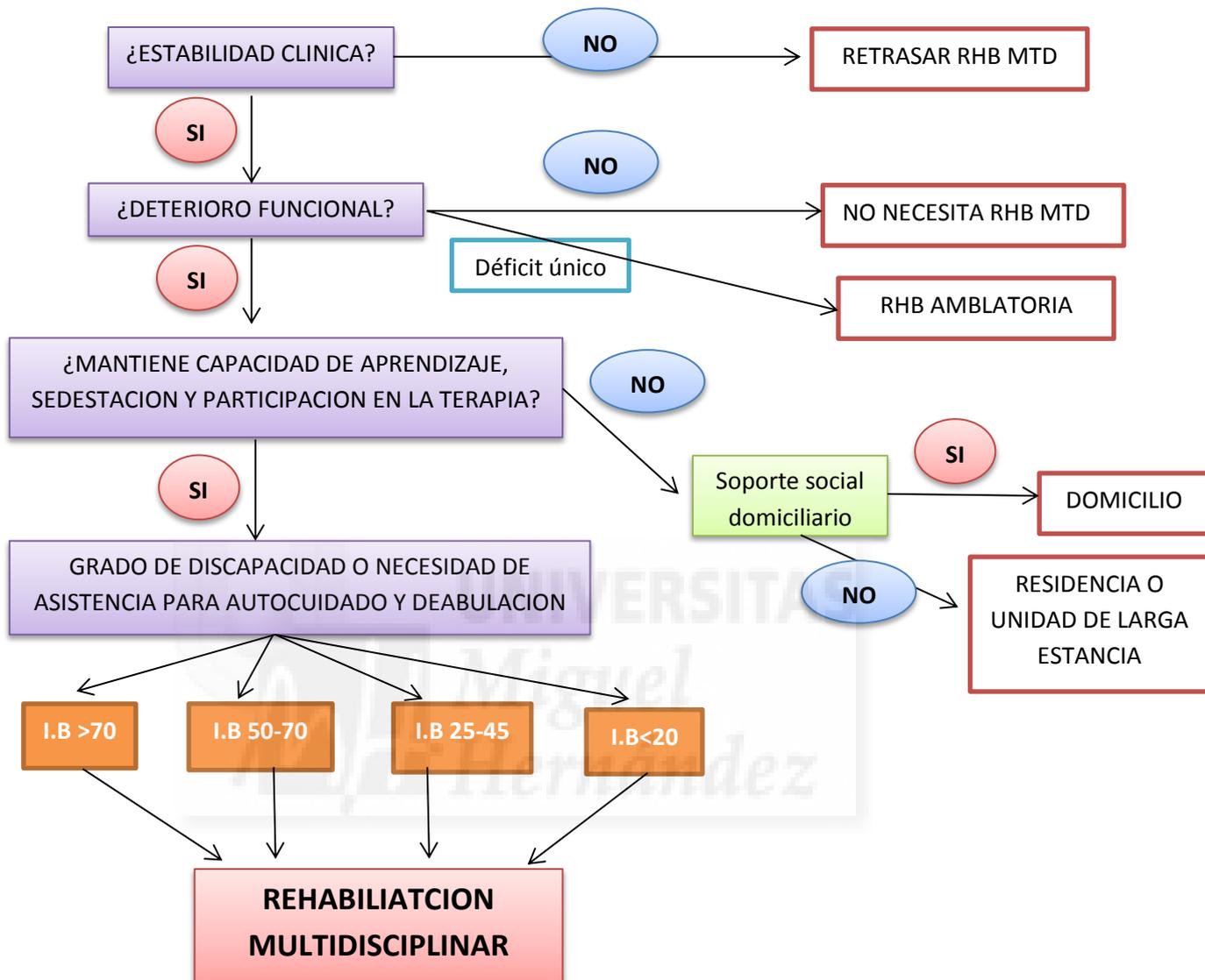
- **Rehabilitación hospitalaria:** Para individuos con discapacidad moderada o grave en dos o más áreas funcionales, que precisan cuidados de enfermería, y que tienen unas condiciones médicas y cognitivas que les permiten participar en terapias de alta intensidad con el objetivo de superar la discapacidad y retornar a su medio habitual.
- **Rehabilitación ambulatoria:** Pacientes sin déficit cognitivos importantes, con discapacidades leves / moderadas en una o dos áreas funcionales, con adecuado apoyo sociofamiliar y posibilidad de desplazamiento al servicio de rehabilitación.
- **Rehabilitación domiciliaria:** Indicada en individuos con discapacidad moderada/ grave y apoyo sociofamiliar suficiente para poder estar en casa, con dificultades de desplazamiento al servicio de rehabilitación.
- **Centro o Residencia de larga estancia:** individuos en situación de discapacidad en actividades básicas, incapaces de tolerar tratamientos intensos y sin apoyo sociofamiliar suficiente como para prever el regreso al domicilio a medio plazo.

La ubicación del paciente puede ir cambiando a lo largo de su proceso de rehabilitación, sin perder la coordinación ni la continuidad.

- **Fase crónica ante secuelas estabilizadas:** se aborda mediante estructuras sanitarias y/o socio sanitarias en el ámbito comunitario que faciliten la

asistencia y el mantenimiento adecuado de las personas con discapacidad residual tras ictus y de sus familiares y cuidadores.

INDICACION PARA TRATAMIENTO REHABILITADOR MULTIDISCIPLINARIO EN LA UNR



DURACION DEL TRATAMIENTO

La rehabilitación debe continuar hasta conseguir la estabilidad funcional (sin ganancia en FIM motor). Al tercer mes se alcanza la estabilización de la recuperación funcional tras el ictus, para la inmensa mayoría de los pacientes.

GRADO DE DISCAPACIDAD INICIAL	ESTABILIZACION FUNCIONAL
9% de pacientes con discapacidad muy severa (IB<20)	80% a la 11ª semana 95% a la 20ª semana
12% discapacidad severa (IB 25 a 45)	80% a la 11ª semana 95% a la 17ª semana

29% discapacidad moderada (IB 50 a 70)	80% a la 7ª semana 95% a la 13ª semana
50% discapacidad leve (IB 75 a 95)	80% a la 3ª semana 95% a la 5ª semana

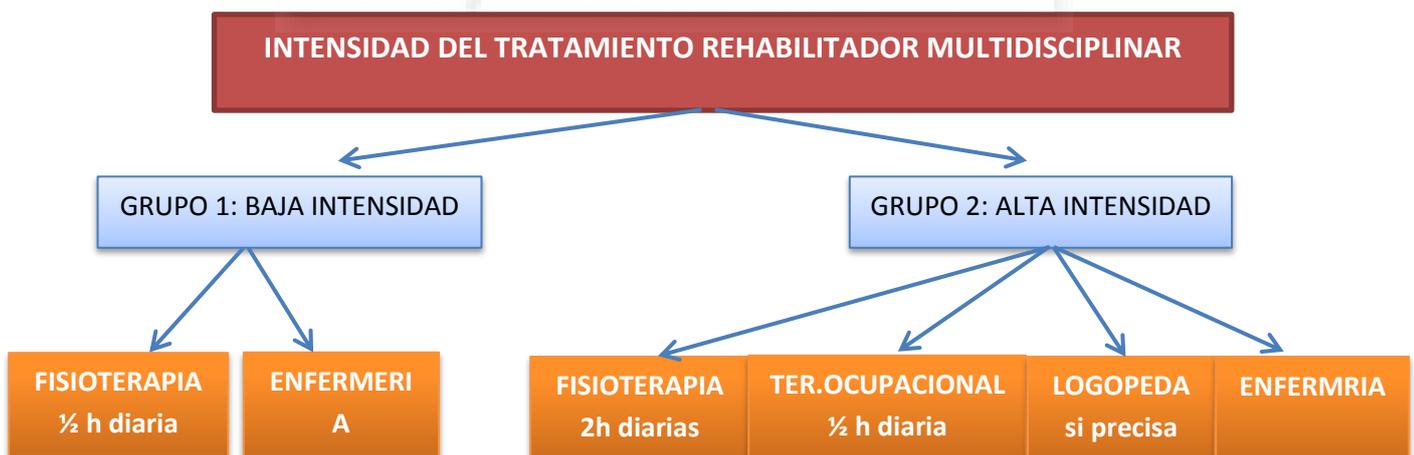
TIEMPOS MEDIOS DE TRATAMIENTO REHABILITADOR

- Semana 1ª: fase aguda en la unidad de ictus u hospital de referencia.
- Semana 2ª hasta el alta: hospitalización en la UNR para tratamiento rehabilitador en función de la discapacidad. Discapacidad leve-moderada hasta el segundo mes post-ictus y las severas-muy severas hasta el tercer o cuarto mes.

INTENSIDAD DEL TRATAMIENTO

Variará en función de la situación clínica y funcional del paciente, ya que cada tratamiento es individualizado, pero generalmente se dividirá en dos tipos de rehabilitación:

- Rehabilitación de baja intensidad incluyendo media hora de cinesiterapia al día y cuidados básicos de enfermería.
- Rehabilitación de alta intensidad con 2 horas de cinesioterapia diaria, terapia ocupacional y logopedia si precisara.



LISTA DE ESPERA

El tiempo de espera para ingresar como cuidados medios en nuestro centro puede variar desde días hasta unos pocos meses, dependiendo de la demanda del momento, de pacientes ingresados en el hospital de referencia o en función en la época en que nos encontremos, en época de gripe existe más demanda. Mientras que esperan la plaza en nuestro centro, el paciente queda ingresado en la unidad de

hospitalización en la que se encuentra, ya que el medio para ingresar en nuestro centro es a través del hospital público. Es el médico junto con el trabajador social quien deciden si el paciente precisa de este tipo de cuidados.

Con la UNR daremos prioridad a aquellos pacientes que tras ser valorados con escalas específicas y precisas, tengan peor pronóstico pero que con una buena intervención y cuidados puedan tener una mayor recuperación en el menor tiempo posible.

Las escalas* para la valoración serían:

- Índice de Barthel
- Escala neurológica canadiense
- Escala Rankin:
- Escala NIHSS

**todas ellas están desarrolladas en el anexo.*

2.3 MATRIZ DAFO

	ANALISIS EXTERNO	ANALISIS INTERNO
NEGATIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El SMS rechace el aumento de plazas concertadas. ➤ El coste de nuevos profesionales en la plantilla. ➤ Carencia de servicios en el área. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Las interconsultas serán en el hospital de referencia. ➤ El tiempo de ingreso por paciente será limitado. ➤ Muchas tareas y cuidados al mismo tiempo para todos los pacientes. ➤ Ausencia de coordinación con los demás departamentos.
POSITIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La derivación a nuestro centro con tiempo limitado abarata los costes sanitarios. ➤ Ser el centro de referencia en la Región. ➤ Ampliar nuestro servicio en el ámbito privado. ➤ Formar parte del Programa de Atención al Ictus de la Región. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ofrecer cuidados específicos e individualizados a pacientes con secuelas tras un ictus. ➤ Único centro de referencia del área VIII ➤ Ayudar al enfermo y familiares a la adaptación de su nueva vida. ➤ Dar apoyo. ➤ Alta capacidad resolutoria de la demanda. ➤ Personal con suficiente cualificación científico-tecnica.

3. ESTRATEGIA Y OBJETIVOS

3.1 LINEAS ESTRATEGICAS

IMPLANTACION DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION EN LA UNR

En el hospital de cuidados medios al que nos referimos, debido a su estructura y a su funcionamiento actual con concierto con el SMS, se dan las condiciones ideales para elaborar y crear una nueva Unidad dedicada a la Neuro Rehabilitación, estableciendo el plan estratégico a seguir.

Esta unidad recibirá a los pacientes dados de alta en la Unidad de Ictus u otra Unidad especializada del hospital de referencia del área o de cualquier otro hospital de la Región que precisen de un tratamiento rehabilitador específico bien multidisciplinar o solo de rehabilitación, según valoración tras sufrir un ictus. De este modo el paciente no tendrá la necesidad de desplazarse desde su domicilio a otros servicios para recibir la rehabilitación y el SMS ahorraría en transporte o en tener al paciente ingresado por más tiempo para que recibiera el tratamiento adecuado, ya que la UNR da servicio asistencial y rehabilitador multidisciplinar al mismo tiempo.

Este proceso finalizará con el alta del paciente, bien sea a domicilio, por hospitalización, traslado, éxitus o fuga.

La duración del proceso estará determinada por la situación inicial, discapacidad y gravedad del paciente y por la obtención de objetivos marcados.

En este proceso estará implicado todo el personal del centro, tanto profesionales sanitarios como no sanitarios.

Las demandas asistenciales que el centro no pueda suplir y se generen durante el proceso, serán realizadas por los servicios del HULAMM, por ejemplo: consultas externas, radiología, laboratorio, urgencias...

Dada la complejidad de la UNR y su vinculación directa y dependiente del SMS, la Dirección del centro será quien acuerde las directrices con el responsable del sistema público regional, tras ello se llevara a cabo la elaboración del nuevo proceso de hospitalización de la UNR con el resto del personal, de forma coordinada y participativa.

LA REHABILITACION MULTIDISCIPLINAR

Se puede considerar un subproceso dentro del proceso asistencial anterior, pero no por ello menos importante, ya que será el eje principal de la UNR.

Con esta línea estratégica lo que queremos conseguir es que el paciente reciba el tipo de tratamiento rehabilitador más adecuado a su situación.

Tras la valoración inicial por parte del médico rehabilitador antes de las 24h de su ingreso, se determinará junto con el equipo multidisciplinar el tratamiento a seguir. Se realizará una valoración inicial de la discapacidad con diferentes tipos de escalas. Durante el tratamiento rehabilitador habrá una continuidad de los cuidados con seguimientos y valoraciones periódicas hasta conseguir los objetivos marcados, en el momento que se demuestre que ya no hay mejora, el paciente será dado de alta en el proceso de rehabilitación, por lo tanto automáticamente será también dado de alta en el proceso de hospitalización, derivando al paciente a domicilio u otro centro si precisara.

3.2 OBJETIVOS

ASISTENCIALES

GENERAL: Disminuir la mortalidad durante la estancia hospitalaria y aumentar la autonomía de los supervivientes.

ESPECIFICO: Implantar una vía clínica, protocolo o proceso asistencial de atención a pacientes que han sufrido un ictus con daños cerebrales, que incluirá como mínimo:

- los procesos diagnósticos y médicos así como algoritmos decisorios y tiempos máximos para realizar el tratamiento.
- los cuidados estandarizados de enfermería.
- proceso de rehabilitación con valoración de déficit y de discapacidad e inicio de tratamiento.
- Atención neurológica por parte del especialista y criterios de interconsulta cuando sea necesario.

GENERAL: aumentar el porcentaje de pacientes con ictus que son integrados plenamente en su vida personal y social.

ESPECIFICO: Todo paciente con ictus dispondrá desde el inicio del proceso de un plan individual de rehabilitación precoz que permita diagnosticar la discapacidad/déficit, comenzar la intervención de rehabilitación adecuada y prever los recursos futuros.

ESPECIFICO: Realizar una valoración inicial integral de los pacientes ingresados y sus cuidadores.

ESPECIFICO: Todo paciente con ictus al alta de su plan de rehabilitación, recibirá una evaluación funcional como apoyo en su integración en la esfera social y/o laboral.

ESPECIFICO: El informe al alta será accesible para los equipos de AP e incluirá las acciones que se han realizado y deban continuarse, en el plano médico, de cuidados al paciente.

GENERAL: prestar atención y apoyo al paciente con discapacidad y a su familia.

ESPECIFICO: El paciente y la familia recibirá en el hospital la adecuada formación e información para llevar a cabo los cuidados necesarios en el domicilio.

ESPECIFICO: Desarrollar intervenciones dirigidas a ofrecer apoyo a las familias que cuidan y atienden a personas con ictus.

ESPECIFICO: Facilitar información entre las distintas instituciones con competencias y recursos sociales y sanitarios para organizar las prestaciones de apoyo a estos pacientes y a sus cuidadores.

FINANCIEROS

GENERAL: control del gasto derivado de la actividad de la UNR

SOSTENIBILIDAD

GENERAL: adecuar los recursos materiales y humanos a la demanda.

ESPECIFICO: prestar una atención sanitaria de calidad.

3.3 ACTIVIDAD CENTRADA EN EL PACIENTE

El paciente será informado en todo momento sobre su problema de salud y conocerá las opciones del tratamiento rehabilitador que recibirá. Se tendrá en cuenta la cultura, religión e ideología del paciente.

3.4 CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

La calidad de la UNR debe ser prioritaria pero se hará de forma gradual ya que al inicio del proceso se carece de ella. La mejor manera de medir la calidad es a través de indicadores de calidad. Por lo que se implicarán a todos los profesionales para que vayan realizando las valoraciones de los indicadores, animándolos a alcanzar los objetivos de mejora continua.

El otro punto a tener en cuenta es la seguridad del paciente, en todo momento se guardará la confidencialidad de su Hª Clínica, se tomarán medidas para prevenir complicaciones durante su estancia, mediante protocolos de actuación. Se tendrá especial cuidado la hora de administrar la medicación.

En todo momento el paciente y familiar conocerá su tratamiento y se le resolverá las dudas existentes si las hubiera

3.5 ACTIVIDAD DE DOCENCIA E INVSTIGACION

Es importante que el equipo multidisciplinar de la UNR se encuentre formado y cualificado para atender adecuadamente las necesidades de los pacientes con ictus y que esta formación se vaya actualizando periódicamente.

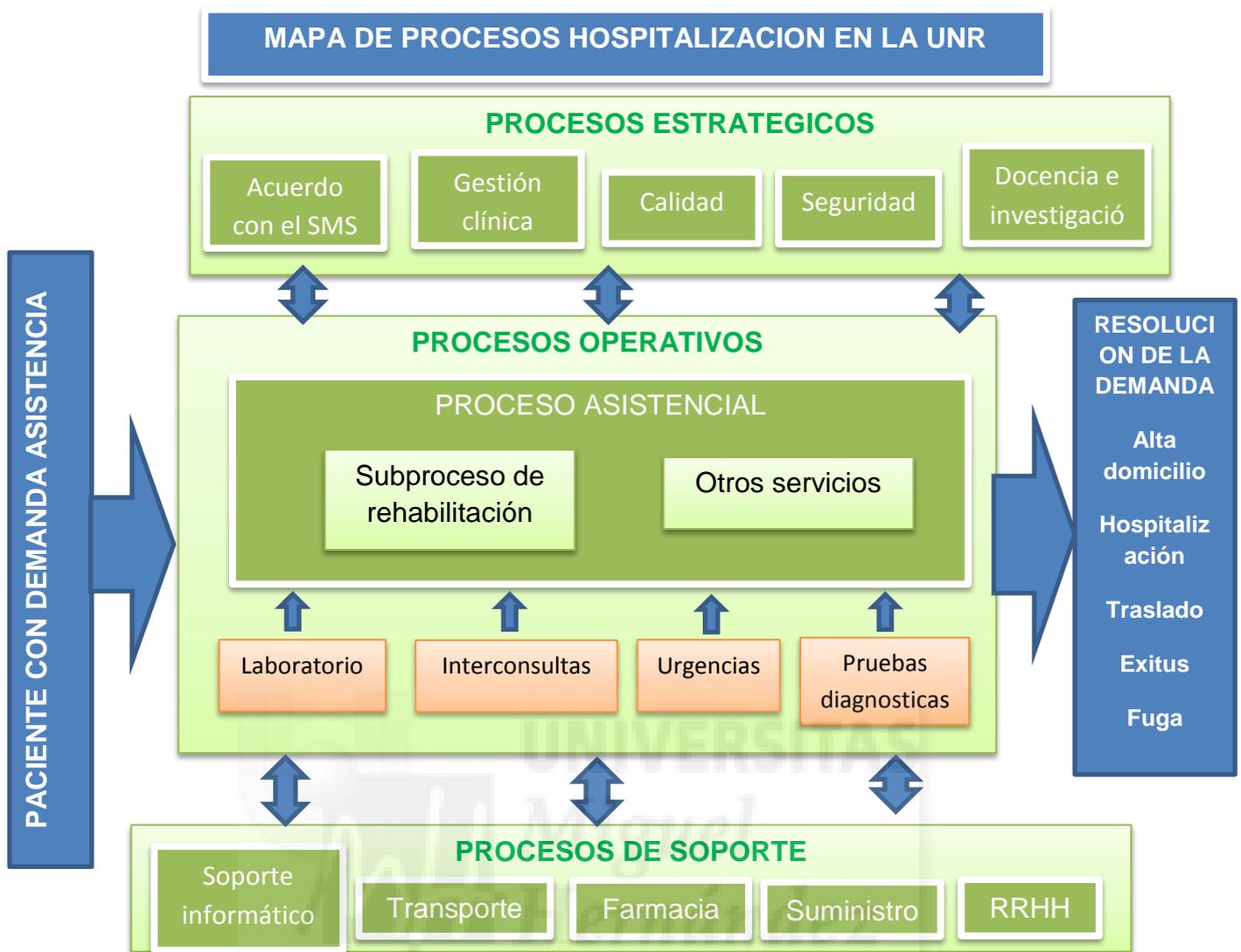
Por ello desde la organización se facilitará un programa de formación integral dirigido a los diferentes ámbitos asistenciales y categorías profesionales, al menos 1 vez al año.

Por otro lado, también se apoyará la organización de cursos de formación, coloquios, charlas, grupos de apoyo...a cuidadores y familiares de pacientes con ictus para resolver todo tipo de dudas e ir adaptándolos a la nueva situación.

La otra línea a tener en cuenta en este punto es la investigación. Desde la organización se definirá e impulsara las líneas de investigación relacionadas con el ictus, potenciando la orientación multicéntrica y multiprofesional. Se promoverá grupos de investigación orientados al estudio de los problemas más prevalentes relacionados con el ictus y se orientará la investigación hacia estudios que promuevan la calidad de vida de los afectados por el ictus.

4. PLAN DE ACTUACION

4.1 MAPA DE PROCESOS



4.2 ACCIONES

En función a las líneas estratégicas y procesos descritos anteriormente, establecemos los indicadores y protocolos más importantes a seguir inicialmente, abarcando varias áreas:

- AREA FINANCIERA**

OBJETIVO	INDICADOR	METAS	INICIATIVAS
Control del gasto derivado de actividad del servicio	Gasto en farmacia por paciente asistido	Valoración de la evolución en el tiempo	Una vez determinado el gasto anual, implantar medidas para una posible reducción en años sucesivos.

• **AREA PACIENTES/FAMILIARES**

OBJETIVO	INDICADOR	METAS	INICIATIVAS
Satisfacción de usuarios	Tasa de reclamaciones	Valoración de la tasa en el primer año	Control de las reclamaciones y solución de las mismas.
Satisfacción de usuarios	Satisfacción de pacientes	Mayor al 80%	Elaboración de encuestas de satisfacción de usuarios y familiares.
Seguridad	Registros de eventos adversos	Realización de protocolos de prevención de eventos adversos	Registrar de forma automatizada el evento adverso surgido.

• **AREA INTERNA/ASISTENCIAL**

OBJETIVO	INDICADOR	METAS	INICIATIVAS
Proceso de hospitalización	Evaluación del tratamiento rehabilitador en las primeras 48h	Asegurarnos que todos los ingresos tengan su evaluación	Realizar un protocolo de acogida y valoración del paciente
Proceso de hospitalización	Evaluación de la discapacidad/dependencia	Conseguir una disminución de la discapacidad	Realizar las escalas de valoración al inicio y al alta del paciente
Sesiones clínicas	Nº de sesiones clínicas	1 sesión al mes y asistencia de al menos el 80% de la plantilla	Establecer un horario de las sesiones clínicas y asignar un responsable

• **ÁREA DE FORMACION/INVESTIGACION**

OBJETIVO	INDICADOR	METAS	INICIATIVAS
Informar/formar al paciente y cuidador	Educación del ictus	Conseguir que todos los pacientes/cuidadores obtengan información y resuelvan dudas	Elaborar una guía o un plan sobre la educación en el ictus

Formación continuada	Horas de formación continuada	Al menos 60h anuales de formación para los profesionales de la UNR	Control de las certificaciones de las horas de formación continuada.
Investigación	Nº de comunicaciones	Al menos 2 comunicaciones científicas anuales a congresos de los miembros de la UNR	Incentivar la asistencia a reuniones científicas y participación activa en las mismas

CONCLUSIONES

Al ser un proyecto de creación aún no tenemos datos para demostrar la eficiencia de la unidad. Pero con el trabajo realizado podemos concluir:

- La población cada vez se encuentra más envejecida y la mayor incidencia de las enfermedades cerebrovasculares se da a partir de los 79 años, por lo que este tipo de unidad de rehabilitación irán haciendo falta en nuestra sociedad.
- El coste sanitaria se verá reducido si el paciente recibe asistencia hospitalaria y tratamiento rehabilitador en nuestro centro en vez de en el hospital de referencia, ya que la estancia diaria es más elevada en este último caso.
- Está demostrado científicamente que con tratamiento rehabilitador precoz las tasas de recuperación son mayores, consiguiendo la puntuación más alta en las AVD a los 2 meses en ictus leves, a los 3 meses en ictus moderados, a los 4 meses en ictus graves y a los 5 meses en ictus muy graves, más allá de los 6 meses ya no se consigue mejora.
- Contando con un equipo multidisciplinar y con los mejores profesionales, tenemos asegurado el éxito, siendo nuestro principal objetivo: la recuperación máxima del discapacitado por ictus.

BIBLIOGRAFIA

Atención al Ictus Isquémico a través del CMBD hospitalario. 2011-2012. Informes sobre el Sistema Regional de Salud 1321. (2013). *Consejería Sanidad y Política Social*.

Atención a la Patología Cerebrovascular. Resultados regionales a partir del CMBD. 2014. Informes sobre el Sistema Regional de Salud 1522. (2015).

Atención a los pacientes con ictus en la Comunidad de Madrid 2014. (2013). Servicio Madrileño de Salud.

Alvarez, J., Alonso, M., Gallego, J., Gil, A., Casado, J. & Castillo, J. (2006). Plan de atención sanitaria al ictus. Documento de consenso Sociedad Española de Neurología (GEECV-SEN). *Neurología*, 21 (10), 717-726.

Bori, I. (2002). Situación actual de la rehabilitación neurológica del daño cerebral adquirido en España. *Rehabilitación*, 36, 2-3.

Carod, F. (2004). Escalas específicas para la valoración de la calidad de vida en el ictus. *Rev Neur*, 39 (11), 1052-1062.

Consejería Sanidad. Servicio de planificación y Financiación Sanitaria. (Abril 2017). *Murcia Salud*. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=154054>

Datos Básicos de la Región de Murcia. (actualización continua). *CREM*. Disponible en: http://econet.carm.es/web/crem/inicio/-/crem/sicrem/PU_datosBasicos/Indice1.html

Defunciones según la causa de muerte año 2015. (2017). Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: www.ine.es/prensa/prensa.htm

Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto SENECA: informe técnico 2008. (2009). Madrid: Ministerio de Sanidad y política Social.

Estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud. (2009). Ministerio de Sanidad y Política Social. España.

Jiménez, M., Ales, E., Fernández, E., Terol, E. (2011). Plan Andaluz de Atención al Ictus 2011-2014. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Disponible: http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/plan_ictus/plan_ictus?perfil=org&desplegar=

temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/&idioma=es&ema=/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/plan_ictus/&contenido=/channels/temas/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/plan_ictus/plan_ictus

Las 10 principales causas de defunción. (Enero 2017). *Organización Mundial de la Salud*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>

Mar, J., Alvarez, J., Oliva, J., Becerra, V., Casado, MA., Yébenes, M., ... Masjuan, J. (2013). Los costes del ictus en España según su etiología. El protocolo del estudio CONOCES. *Neurología*, 28 (6), 332-339.

Murie, M., Irimia, P., Martinez, E., John, M. & Teasell, R. (2010). Neurorrehabilitación tras el ictus. *Neurología*, 25 (3), 189-196.

Nueve soluciones para la seguridad del paciente. (2007). Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://goo.gl/CTh6Vc>

Palazon, B. (2016). Proyecto de mejora de la calidad en el proceso intrahospitalario de la atención al paciente con ictus isquémico agudo. (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, España.

Plan de Atención al ictus en la Comunitat Valenciana 2011-2015. (2011). Conselleria de Sanitat.

Programa de Atención al Ictus en la Región de Murcia 2009-2011. (2009). Murcia: Consejería de Sanidad y consumo. Servicio Murciano de Salud.

Programa de Atención al Paciente con ictus en el Sistema Nacional de Salud de Aragón. (2012). Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia.

ANEXOS



ANEXO I. INDICE DE BARTHEL

AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 10 ítems tipo likert. El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia

COMER

10	INDEPENDIENTE	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	NECESITA AYUDA	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
0	DEPENDIENTE	Necesita ser alimentado por otra persona

LAVARSE/BAÑARSE

5	INDEPENDIENTE	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	DEPENDIENTE	Necesita alguna ayuda o supervisión

VESTIRSE

10	INDEPENDIENTE	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda)
5	NECESITA AYUDA	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	DEPENDIENTE	

ARREGLARSE

5	INDEPENDIENTE	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	DEPENDIENTE	Necesita alguna ayuda

DEPOSICION

10	CONTINENTE	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	ACCIDENTE OCASIONAL	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	INCONTINENTE	Incluye administración de enemas o supositorios por otro

MICCION

10	CONTINENTE	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	ACCIDENTE OCASIONAL	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	INCONTINENTE	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

IR AL RETRETE

10	INDEPENDIENTE	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	NECESITA AYUDA	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	DEPENDIENTE	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

TRASLADARSE SILLON/CAMA

15	INDEPENDIENTE	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10	MINIMA AYUDA	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	GRAN AYUDA	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir /

		entrar de la cama o desplazarse
0	DEPENDIENTE	Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

DEAMBULACION

15	INDEPENDIENTE	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela sólo
10	NECESITA AYUDA	supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS	En 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	DEPENDIENTE	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

10	INDEPENDIENTE	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc) y el pasamanos
5	NECESITA AYUDA	Supervisión física o verbal
0	DEPENDIENTE	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

ANEXO II. ESCALA DE RANKIN MODIFICADA

Se utiliza para medir el resultado funcional tras un ictus.

La puntuación es de 0 a 6, donde 0 es el paciente asintomático y el 6 corresponde al fallecimiento.

NIVEL	SINTOMA	GRDO DE INCAPACIDAD
0	Asintomático	
1	Muy leve	Puede realizar tareas y actividades habituales, sin limitaciones
2	Leve	Incapacidad para realizar algunas actividades previas, pero puede valerse por sí mismo, sin necesidad de ayuda
3	Moderado	Requiere algo de ayuda, pero puede caminar solo
4	Moderadamente grave	Dependiente para actividades básicas de la vida diaria, sin supervisión continuada (necesidades personales sin ayuda)
5	Grave	Tratamiento dependiente. Requiere asistencia continuada
6	Muerte	



ANEXO III. ESCALA NIHSS

ITEM		PUNTO
1a. nivel de conciencia	Alerta y respuesta	0
	Respuesta al minino estimulo (somnoliento)	1
	Respuesta solo al dolor (estuporoso)	2
	Respuesta refleja o coma	3
1b. preguntas: ¿mes y edad?	Ambas correctas	0
	1 correcta (o disartria, IOT)	1
	Ninguna correcta	2
1c. órdenes: abra y cierre los ojos, apriete la mano	Ambas ordenes correctas	0
	1 correcta	1
	Ninguna correcta	2
2. mirada conjugada: movimiento extraocular horizontal voluntario o ojos de muñeca.	Normal	0
	Paralisis parcial de la mirada	1
	Desviación forzada-paralisis completa	2
3. visual	No alteración	0
	Hemianopsia parcial	1
	Hemianopsia completa	2
	Hemianopsia bilatera, ceguera	3
4.moviemiento facial/ observar simetría al dolor en estuporosos	Normal	0
	Debilidad-paresia menor-aspecto normal Sonrisa asimétrica	1
	Paralisis-debilidad parcial	2
	Paralisis completa	3
5.motor brazos-extendidos 90 grados si sentado, 45 grados, si supino-10 segundos- iniciar por extremidad no patética-explorar por separado		
5a.brazo derecho	No claudica	0
	Claudica pero no toca la cama	1
	Algún esfuerzo contra la gravedad pero no puede sostener	2
	Sin esfuerzo gravitatorio pero algún movimiento	3
	Ningún movimiento	4
5b.brazo izquierdo	No claudica	0
	Claudica pero no toca la cama	1
	Algún esfuerzo contra la gravedad pero no puede sostener	2
	Sin esfuerzo gravitatorio pero algún movimiento	3
	Ningún movimiento	4
6.motor piernas: en supino, piernas levantadas 30°, 5 segundos		
6a.pierna derecha	No claudica	0
	Claudica pero no toca la cama	1
	Algún esfuerzo contra la gravedad pero no puede sostener	2
	Sin esfuerzo gravitatorio pero algún movimiento	3
	Ningún movimiento	4

6b.pierna izquierda	No claudica	0
	Claudica pero no toca la cama	1
	Algún esfuerzo contra la gravedad pero no puede sostener	2
	Sin esfuerzo gravitatorio pero algún movimiento	3
	Ningún movimiento	4
7.ataxia: maniobras dedo-nariz-dedo, talon-rodilla. Apuntar solo si es desproporcionada con la paresia	No ataxia o afasia, hemiplejia	0
	Ataxia en miembro superior o inferior	1
	Ataxia en ambos miembros	2
8.sensibilidad	Normal	0
	Hipoestesia ligera o moderada, afásico o estuporosos	1
	Hipoestesia severa o bilatera o anestesia. Paciente en coma	2
9.lenguaje. -descripcion, nominación y lectura -en pacientes intubados: valorar escritura	Normal	0
	Leve moderada afasia	1
	Severa afasia, Broca, Wernike	2
	Mutismo, afasia global, coma	3
10.disartria/articulación. -repeticion de palabras de la lista. -si afasia valorarel grado de articulación del lenguaje espontáneo	Normal	0
	Leve moderada- poco claro	1
	Severa, ininteligible, mutismo	2
11.extincion- inatención, solo se puntúa si es presente y demostrable	Sin alteraciones	0
	Parcial, solo una modalidad afectada, visual táctil, espacial, corporal	1
	Completa, mas de una modalidad	2
Puntuacion.....maximo 42		
Puntuación		
Recomendacion		
≥25		
No administrar fibrinolíticos (riesgo de HIC 17%)		

ANEXO IV. ESCALA NEUROLOGICA CANADIENSE

ESTADO MENTAL	
Nivel de conciencia	
Alerta	3
Obnubilado	1.5
Orientación	
Orientado	1
Desorientado o no aplicable	0
Lenguaje	
Normal	1
Déficit de expresión	0.5
Déficit de comprensión	0
B.1 FUNCIONES MOTORAS (sin defecto de comprensión)	
Cara	
Ninguna	0.5
Presente	0
Brazo proximal	
Ninguna	1.5
Leve	1
Significativa	0.5
Total o maxima	0
Brazo distal	
Ninguna	1.5
Leve	1
Significativa	0.5
Total o maxima	0
Pierna	
Ninguna	1.5
Leve	1
Significativa	0.5
Total o maxima	0
B.2 RESPUESTA MOTORA (defecto de comprensión)	
Cara	
Simétrica	0.5
Asimétrica	0
Brazos	
Igual	1.5
Desigual	0
Piernas	
Igual	1.5
Desigual	0
PUNTUACION TOTAL.....	

Puntuacion:

- Máxima: 10 = paciente normal
- Mínima: 1.5 = paciente con máxima discapacidad neurológica

Valores:

ENC \geq 8 leve
 ENC 5-7 moderado
 ENC 1-4 grave

