



18 de septiembre 2015
X Premio Nacional de Investigación en Enfermería
Raquel Recuero Díaz

"El valor Pedagógico de los Cuidados Enfermeros"

Campus Universitario Talavera de la Reina . Aula Magna. Av Real Fábrica de Sedas s/n

TÍTULO:

EL CUIDADOR ¿DES...CUIDADO?

Autores: Veiga Fra R*, Pizarro Moreno T**, Galán Montañés MJ**, Pérez Varela N**, Muñoz García T**, Díaz Garrido D**, Prieto Portela G**; García Carrasquilla E***, Nieto Trujillo M***, García López T***, Querecnias Pablo G***, Harto Martínez A****, González Cortázar A*****.

*Supervisor Unidad de Neurología Hospital General Nuestra Señora del Prado
(Ponente)

***Due Unidad de Neurología Hospital General Nuestra Señora del Prado

***TCAE Unidad de Neurología Hospital General Nuestra Señora del Prado

****Fisioterapeuta Hospital General Nuestra Señora del Prado

*****Asistente Social Hospital General Nuestra Señora del Prado

Resumen:

El ictus es considerada una urgencia neurológica. Pero el ictus no sólo tiene repercusiones para el paciente en términos de incapacidad funcional y reducción en la calidad de vida, sino que causa un gran impacto a la familia a nivel emocional, por la dependencia que lleva asociada y la necesidad de cuidado que se genera.

La estrategia Nacional del Ictus recomienda la Implementación de talleres psicoeducativos para pacientes y familiares⁴. (NANDA 00075 Disposición para mejorar el afrontamiento familiar; NOC 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia; NIC 7120 Apoyo a la familia) que aseguren una continuidad de cuidados en domicilio. El objetivo principal de la realización de estos talleres para familiares es garantizar la continuidad de los cuidados en domicilio por parte del cuidador principal, mejorando la calidad de vida de los pacientes y cuidar al cuidador para evitar su desgaste. En el Sescam, no hay ningún centro hospitalario que actualmente ofrezca talleres para familiares de pacientes afectados por ictus, incluso en aquellos hospitales que disponen de Unidad de Ictus.

Además se ha realizado un estudio descriptivo cuantitativo de las encuestas de satisfacción realizadas a los asistentes para objetivar la aceptación de los talleres, los aspectos más valorados, así como un estudio comparativo de los conocimientos previos al taller y los adquiridos con el taller sobre diferentes aspectos del Ictus., tales como las secuelas, la prevención o la realización de cuidados en domicilio.

Palabras Clave: Ictus, taller, cuidador.

• INTRODUCCIÓN

El ictus o accidente cerebrovascular es una enfermedad compleja y está considerada una urgencia neurológica, aunque los síntomas se presenten de forma leve. Precisa un diagnóstico precoz mediante anamnesis, una buena exploración física y neurológica (a través de escalas neurológicas, la más usada es la NIHSS) y unas pruebas

complementarias que incluyen una analítica básica, un ECG, Placa de tórax y TAC Craneal con carácter urgente, en especial si es candidato a fibrinólisis . Todo ello se hace para llevar a cabo un tratamiento que minimice el daño neuronal ¹.

La implantación del llamado "Código Ictus" el cual coordina los servicios extrahospitalarios de urgencias con los medios hospitalarios, ha sido básico para minimizar los tiempos de respuesta ya permite la rápida identificación, notificación y traslado de los pacientes con ictus a los servicios de urgencias y que a su vez el paciente sea tratado con los medios adecuados en el menor tiempo posible. Por cada 30 minutos de retraso en el tratamiento del Ictus, disminuyen un 10% las opciones de recuperación del paciente². Si a todo esto sumamos el control de los factores de riesgo vascular, conseguiremos que disminuyan las tasas e mortalidad y morbilidad³.

Pero el ictus no sólo tiene repercusiones para el paciente en términos de incapacidad funcional y reducción en la calidad de vida, sino que causa un gran impacto a la familia a nivel emocional, así como por la dependencia que lleva asociada y la necesidad de cuidado que se genera. En términos generales, impone un alto coste en atención sanitaria y social y de pérdida de capacidad de producción de los pacientes y sus familiares. De hecho, el sistema sanitario de salud participa de forma minoritaria en los cuidados continuados de las personas dependientes ya que es la familia que se convierte la red de apoyo más cercana, la que proporciona el cuidado requerido.

Según datos de la OMS, las enfermedades cerebrovasculares son la tercera causa de muerte en países desarrollados y la primera en causa de discapacidad física⁴. La carga provocada por las enfermedades cerebrovasculares está en continuo aumento debido al envejecimiento de la población⁵. Si hablamos de la población española, en el año 2050 la expectativa es que tendrá una de las poblaciones más envejecidas y habrá un aumento de la incidencia de esta enfermedad⁶.

Según Oliva et al.⁷ y su trabajo sobre los cuidados informales prestados a personas con dependencia a partir de la información contenida en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES), del INE, identifica que casi 130.000 personas que han sufrido un ictus tienen una persona a su cuidado. Centrándose exclusivamente en aquellas personas cuidadas por otra persona que no recibe prestación monetaria alguna por sus servicios, se identifica a casi 115.000 cuidadores principales "informales". Por lo que respecta a la distribución de las horas de cuidado, resulta interesante comprobar la fuerte carga asistencial que soporta el cuidador. En el caso del ictus, un 46% de los cuidadores prestan más de 60 horas semanales de cuidados, a los que podemos sumar otro 10% que presta entre 41 y 60 horas de cuidados semanales (**Figura 1**).

La estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud, aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 26 de Noviembre de 2008, recoge en el apartado VIII: **"La información y la formación del paciente y su familia es imprescindible a lo largo de todas las fases del proceso, debiendo iniciarse desde el momento del diagnóstico para llevar a cabo los cuidados necesarios en el domicilio."** así como "disponer de un equipo multidisciplinar que asegure la máxima recuperación posible"⁴. Otra recomendación que nos da en ese mismo apartado es la de "Implementar Talleres para familiares, con carácter psicoeducativo donde se facilitará el entrenamiento adecuado a los cuidadores", así como de "Desarrollo de una guía práctica para el paciente y sus cuidadores"⁴.

Es por ello, que las recomendaciones proponen que las estrategias en las que los pacientes y cuidadores participan activamente y que incluyen u seguimiento planificado para la aclaración y

refuerzo, deben usarse en la práctica habitual⁸.

Las alteraciones más comunes que provoca un ictus son a nivel físico (alteraciones motoras, visuales, sensoriales, del lenguaje, espasticidad) alteraciones del humor o problemas psicológicos (depresión o ansiedad), cognitivas (demencia, déficit de atención, orientación, apraxia, agnosia) y alteraciones para realizar ABVD (Vestido, alimentación, higiene, ir al baño, pasear)^{9, 10}.

La cuidados de enfermería no se conciben sin el uso de Diagnósticos Enfermeros, que son los establecidos por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) Aunque no exista el diagnóstico de Ictus como tal, los pacientes que han sufrido un Ictus pueden presentar algunos diagnósticos enfermeros que se relacionan con las secuelas asociadas a esta patología. Los más comunes son los recogidos en la **Tabla 1.**

El personal de enfermería de la Unidad de Neurología intenta dar respuesta adecuada a todas estas necesidades y para ello se ha propuesto la realización de Talleres formativos para los familiares y propios pacientes afectados por Ictus, fomentado una fluida comunicación, la resolución de dudas previas al alta, asegurando de esta manera la continuidad asistencial una vez el paciente se va a domicilio.

• **OBJETIVOS**

→ **OBJETIVO PRINCIPAL**

- Garantizar la continuidad de los cuidados en domicilio por parte del cuidador principal, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

◆ **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Ayudar a reconocer los síntomas principales del Ictus

y los posibles signos de alarma.

- Fortalecimiento terapéutico del binomio paciente-familia con el personal de la Unidad
- Ofrecer pautas sencillas para la realización de las ABVD, haciendo especial hincapié en la movilización, alimentación e higiene.
- Evitar el desgaste del cuidador principal. Decálogo del cuidador⁹.
- Resolución de dudas en el proceso del ictus y dar respuestas a las necesidades detectadas.
- Informar de los recursos sociosanitarios disponibles.
- Apoyo y asesoramiento en la rehabilitación, ofreciendo ejercicios sencillos para realizar en domicilio.
- Facilitar folletos de Asociaciones de pacientes disponibles en la ciudad de Talavera de la Reina (ADACE, Asociación Daño Cerebral de CLM).

• **MATERIAL Y MÉTODO:**

En Octubre del 2013, un grupo de 5 enfermeras, 2 TCAE y el Supervisor de la Unidad de Neurología acudieron al Hospital Gregorio Marañón de Madrid para ver cómo se desarrollaban los talleres de Ictus, ya que allí llevaban funcionando desde hacía unos meses. Además conocimos la Unidad de Ictus y la metodología de trabajo que allí se desempeña. Debemos de tener en cuenta que en 1996, la Organización Mundial de la Salud y el European Stroke Council elaboraron la "Declaración de Helsinborg" en la que se señalaba que las Unidades de Ictus (UI), entendida como Unidad específica de cuidados agudos no intensivos para el tratamiento del paciente con ictus, ofrece el cuidado más efectivo del ictus agudo¹⁴

En Noviembre se entregó toda la documentación pertinente a la

Dirección de Enfermería de nuestro centro, presentado el proyecto, el cual fue aceptado. Ya en Diciembre de 2014 se elaboró un cronograma de talleres para el primer semestre del 2014, haciendo una programación quincenal, dejando abierto la posibilidad de hacer Talleres extras en base a la demanda o de cancelación de los mismos si no hubiese asistentes. El primer taller se llevó a cabo el día 15 de Enero de 2014 y se mantuvieron a lo largo de todo el año, excepto en período estival. Se mantuvo el resto del año la misma programación quincenal, confirmando el mismo cronograma para el año 2015 también.

Realizamos un taller con una duración aproximada de una hora, con un horario que va de las 14:00 a las 15:00, y se realiza mediante una presentación audiovisual, en la que participan una enfermera y una TCAE de la Unidad de Neurología, una fisioterapeuta y el Asistente Social, también ambos de nuestro centro. Al final se pasan unas encuestas de satisfacción cuantitativas estructuradas (**Anexo 1**) además de dejar abierto un tiempo para preguntas y resolución de dudas.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo transversal, con variables discretas mediante encuesta, por un lado del grado de satisfacción y aspectos más/menos valorados del taller y por otro lado se evaluaron los conocimientos adquiridos a través del taller (desde saber qué es un ictus a reconocer los síntomas, así como la capacidad de ofrecer cuidados al familiar).

Partimos de un muestreo No probabilístico, muestreo consecutivo (número de familiares, pacientes, alumnos y profesionales sanitarios que acuden al taller)-□ se realizan 20 talleres

Los **sujetos** elegidos para el estudio descriptivo son los pacientes que han sufrido ictus en nuestra

unidad que están ingresados o ya han sido dados de altas y deciden asistir, al igual que sus familiares. Alumnos de fisioterapia, enfermería y terapia ocupacional y otros sanitarios del ámbito son excluidos por su formación.

Las unidades de muestreo que componen la población tienen diferente probabilidad de ser elegidas, ya que la selección se hace por métodos en los que no interviene el azar, sino también otras condiciones. No es posible, por tanto, estimar la probabilidad que tiene cada elemento de ser incluido en la muestra y no todos los elementos tienen alguna posibilidad de ser incluidos. Este es el motivo por el que no podemos considerar que las muestras obtenidas mediante muestreo No probabilístico sean representativas. Hemos reclutado a todos los individuos de la población accesible que cumplan con los criterios de selección durante el periodo fijado para el estudio (15 enero 2014- 30 mayo 2015)

La **recogida de datos** se ha llevado a cabo mediante un cuestionario de elaboración propia con una parte de satisfacción y otra parte de evaluación de los conocimientos aportados. Consta de 10 ítems, dividido en 2 bloques ficticios: entre las 6 primeras nos encontramos con que la primera nos sirve para clasificar al receptor del taller, 4 preguntas cerradas y una con escala Likert, una última de sugerencias; mientras que el último bloque representa la evaluación y el impacto de la educación sanitaria ejercida durante el taller, constanding de 4 preguntas cerradas y pudiendo realizar así un estudio comparativo a los conocimientos previos al taller (**Anexo1**). Para llevar un control del Taller se elaboraron unas hojas de monitorización del mismo, en el que se llevaba el control de los asistentes y le fecha de realización del Taller (**Anexo 2**)

-Los **criterios de inclusión** en el estudio fueron los siguientes:

- ◆ Personas que tengan más de 18 años
- ◆ Personas que hayan sido diagnosticadas de ictus.
- ◆ Personas que acudan a los talleres de ictus.
- ◆ Personas que tengan familiares o sean cuidadores de personas con ictus.
- ◆ Pacientes que se encuentren en condiciones de asistir al Taller

-Los **criterios de exclusión** fueron los siguientes:

- ◆ Profesionales del centro y alumnos
- ◆ Familiares que no son capaces de leer y/o escribir o no comprendan el castellano.
- ◆ Familiares y/o pacientes que ya habían acudido previamente al taller

• **RESULTADOS:**

Ante la pregunta ¿Qué aspecto del taller le ha resultado menos útil?, no hemos encontrado ninguna respuesta negativa, todos los encuestados responden que todos los aspectos le han resultado útiles. Además el 100% de los asistentes recomendarían el taller a otras personas.

Uno de los aspectos que más nos ha llamado la atención, ya que se repite en varios de los comentarios y sugerencias hacia el taller, es que varios asistentes sugieren que estos talleres se deberían de hacer fuera del ámbito sanitario y con más periodicidad.

En cuanto a los conocimientos adquiridos (**Figura 4**), un 52% afirma saber qué es un Ictus antes del taller, pero tras la información recibida, un 94% asegura saber qué un Ictus. Respecto a las causas que originan el ictus, sólo un 26% las conoce y tras el taller un 85% sabe reconocerlas; los síntomas son

conocidos por un 31% y tras la información recibida en el taller un 84% los describe con seguridad. Un 80% considera el ictus una urgencia médica previamente, mientras que el 100% lo hace tras el taller. Tras los conocimientos adquiridos, un porcentaje alto de familiares se ven capaces de dar cuidados adecuados en el domicilio a su familiar.

Para las variables ***cualitativas*** utilizaremos los siguientes índices:

- ◆ frecuencia absoluta (ni): 90 familiares, 13 pacientes.
- ◆ frecuencias relativas (pi): 0,87 familiares, 0,13 pacientes. (**Figura 3**)

Han contestado a las encuestas de satisfacción y conocimientos adquiridos un 87% del total de los asistentes, un 71% eran mujeres y un 29% eran hombres (**Figura 6**). La media de edad era 56,9 años con una desviación estándar de $\pm 11,52$.

El grado de satisfacción, tomando como referencia una escala Likert en el que 1 punto consideraba el taller malo y 5 puntos muy bueno, es alto, alcanzando la máxima puntuación de 5 puntos en un 96% ($p < 0,05$). El otro 4% le da una puntuación de 4 puntos. No ha habido ninguna valoración de 3 o menos puntos. Los aspectos más valorados sobre los que hablaba el taller son la información sobre la movilización (36,1%) y la prevención (27,4%), seguida por los recursos sociosanitarios disponibles (23,5%) y la alimentación (5%). Otros aspectos, aunque menos valorados son la rehabilitación y la realización de los cuidados de higiene y aseo (8%) (**Figura 5**).

Para estudiar la significación estadística de las diferentes proporciones utilizamos la prueba de Chi-cuadrado. Para los contrastes de hipótesis se asumió un nivel de significación de $p < 0,05$ (IC 95%)

Como hipótesis nula (H_0): " la intervención educativa en la población

No ayudará a reconocer los signos y síntomas del ictus, ni a aumentará la calidad de vida de estos pacientes”

Como hipótesis alternativa (H1):“ la intervención educativa en la población ayudará a reconocer los signos y síntomas del ictus, y aumentará la calidad de vida de estos pacientes”

Según los datos observados de nuestro estudio, con un grado de libertad de 1 entre variables y realizando la comparación de proporciones con X^2 , obtenemos que para las variables: “sabe qué es un ictus”, “causas” y “síntomas” rechazamos la H_0 , pudiendo afirmar así la hipótesis alternativa.

En cuanto al reconocimiento del ictus cómo urgencia médica, obtuvimos una $p > 0,25$ por lo que para esta variable, asumimos la hipótesis nula como cierta; lo que indica un buen concepto de la población en general acerca de la urgencia cerebrovascular.

• **DISCUSIÓN-CONCLUSIONES:**

El ictus es una patología que se trata en diferentes Servicios de nuestro hospital, bien sea en Urgencias o en Cuidados Intensivos si hablamos de un episodio agudo o bien en la planta de Hospitalización de Neurología si hablamos de un cuadro crónico.

Los talleres multidisciplinares de Ictus se están demostrando como una herramienta eficaz de comunicación para que familiares de pacientes afectados por Ictus, e incluso los propios pacientes, adquieran los conocimientos adecuados para mantener el estado de salud y prevenir una recaída sabiendo reconocer los síntomas, así como para resolución de posibles dudas y problemas que les puedan surgir durante la estancia hospitalaria. Contribuyen además a garantizar una continuidad asistencial domiciliaria y sirven para aumentar el grado de satisfacción de la atención recibida, lo que supone un aumento en la calidad asistencial.

La respuesta de los cuestionarios de satisfacción alcanza un 87% de los asistentes. Revisando las mismas, observamos que el grado de satisfacción con los talleres llega casi al 100% y que los aspectos que causan un mayor interés son los relacionados con la movilización y la prevención. Llama la atención que los encuestados manifiestan que ninguno de los aspectos tratados son poco útiles. Un 73% de los encuestados recomendarían el taller a otras personas. Además, con los conocimientos adquiridos tras el taller les lleva a admitir que son capaces de dar los cuidados pertinentes a sus familiares en el domicilio, situación que no se daba previa al taller (Un 43% podía dar los cuidados antes del taller, mientras que un 78 se ve capaz después del Taller)

El impacto mediático de los talleres ha sido notable y ha habido reseñas en diferentes medios audiovisuales:

- ✓ Página web del Sescam el día 31 de Enero de 2014

<http://sescam.castillalamancha.es/saladeprensa/notas-de-prensa/el-hospital-de-talavera-mejora-la-calidad-de-vida-de-los-pacientes-con>)

- ✓ Periódicos locales :
<http://www.lavozdeltajo.com/noticia/11631/Talavera/El-Hospital-de-Talavera-mejora-la-calidad-de-vida-de-los-pacientes-con-Ictus-con-talleres-para-sus-familiares.html>

- ✓ Prensa on-line
<http://encastillalamancha.es/noticia/36211/wwwencastillamancaes>
<http://www.abc.es/toledo/20140202/abcp-hospital-ofrece-talleres-familiares-20140202.html>
<http://www.abc.es/toledo/20140202/abcp-hospital-ofrece-talleres-familiares-20140202.html>

El día 20 de Marzo de 2014, el Informativo Territorial de Televisión Española nos dedicó un reportaje en el Telediario Regional (del min. 5:57 al min 7:50)

<http://www.rtve.es/alcanta/videos/noticias-de-castilla-la-mancha/noticias-castilla-mancha-20-03-14/2458554/#aHR0cDovL3d3dy5ydH ZlLmVzL2FsYWNhcnRhL2ludGVybm8v Y29udGVudHRhYmxlLnNodG1sP3BicT0 yJm1vbnRoRmlsdGVyPTMmb3JkZXJkZml0ZXJpYT1ERVNDJm1vZGw9VE9DJnl YXJGaWx0ZXI9MjAxNCZsb2NhbGU9ZXMmcGFnZVNPemU9MTUmY3R4PTMyNDQxJmFkdlnIYXJjaE9wZW49ZmFsc2U>

• **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Ceballos Ortiz JM, Marín Martín M, Garrido Robres, JA. Accidente cerebrovascular agudo en urgencias. En: Julián Jiménez, A coordinador. Manual de protocolos y Actuación en Urgencias. 4ª Ed. Madrid; 2014. pp 557-565
2. Broderick JP, Palesch YY, Dembchuk AM et al. Endovascular therapy after Intravenous t-PA versus t-PA alone for stroke, New England journal of medicine 2013; 368:893-903
3. Rodríguez Fernández E, Domínguez González A, García Dilla P, García Mesa S, Núñez Pedrosa R, Sánchez-Jiménez C. Desarrollo del programa de educación sanitaria del ictus agudo en el Hospital del Mar de Barcelona; Revista Científica Sociedad Española Enfermería Neurológica 2011;33(1):21-24 Disponible en <http://sedene.sen.es/wp-content/uploads/2012/08/r33.pdf>
4. Matías-Guiu J, coord. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad. Gobierno de España; Madrid; 2008. Disponible en http://www.semg.es/doc/documentos_SEMG/estrategias_ictus_NS.pdf
5. Mathers CD, Loncan D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002to 2030.PloS Med. 2006 Nov;3(11):e442.
6. Previsiones de cambio en la población. Organización Mundial de la Salud 2002.Disponible en <http://who.int/home-page/index.es.shtml>
7. Oliva J, Osuna R, Jorgensen N (2008a). Una estimación de los costes de los cuidados informales en España, en Sergi Jiménez (coordinador) Aspectos económicos de la dependencia y el cuidado informal en España (en prensa)
8. Smith J, Forster A, Young J. Cochrane review: information provision for stroke patients and their caregivers. Clin Rehabil. 2009;23:195-206.
9. Consejos y cuidados tras un ictus- Información para pacientes y familiares. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid; Madrid; 2012 .Disponible en <http://www.guiasalud.es>
10. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria, Ministerio de Sanidad y Política Social.Madrid.2009
11. Herdman TH, Heath C, Meyer G, Scroggins L, Vasallo B. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008. NANDA Internacional.Madrid: Elsevier. 2008.

12. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de Enfermería(NOC). 3ª ed. Madrid. Elsevier España. 2005.
13. McCloskey Dochterman J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). 4ª ed. Madrid: Elsevier España. 2005.
14. Alvarez-Sabín J, Alonso de Leciñana M, Gállego J, Gil-Peralta A, Casado I, Castillo J, Díez Tejedor E, Gil A, Jiménez C, Lago A, Martínez-Vila E, Ortega A, Rebollo M, Rubio F. Plan de atención Sanitaria del Ictus. Documento de consenso Grupo de Estudio de las Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología (GEECVSEN). Disponible en <http://www.ictussen.org/files3/PASI.pdf>

FIGURAS Y ANEXOS

Figura 1. Distribución de las horas de cuidado semanales prestadas a personas diagnosticadas de ictus que padecen uno o varios tipos de discapacidad

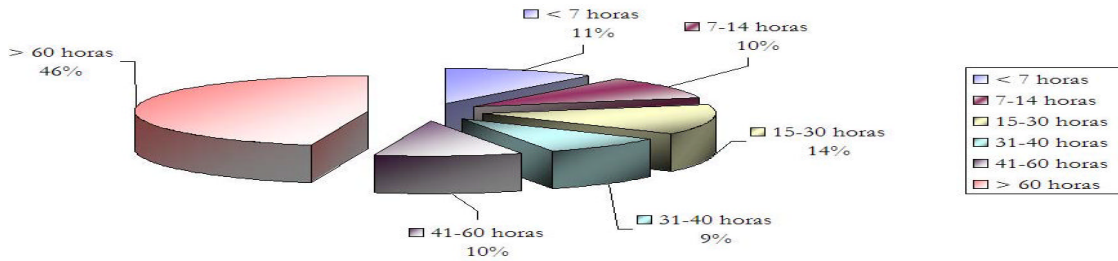


Figura 2. Asistencia al taller desde el 1-Enero 2014 al 31 de Mayo 2015

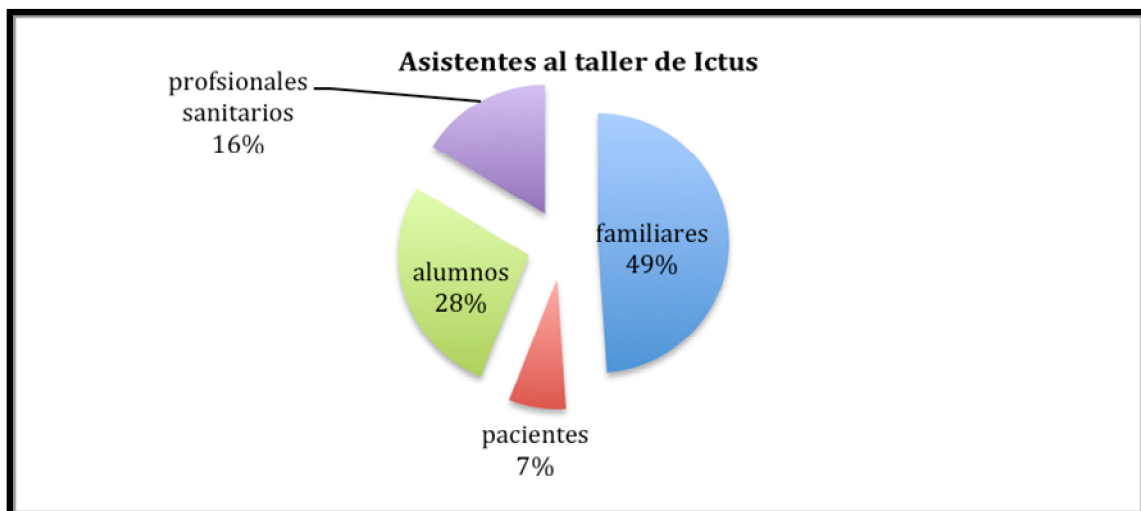


Figura 3. Asistentes al taller incluidos en el estudio
 ¡Error! Objeto incrustado no válido.

Figura 4. Impacto de Educación Sanitaria recibida

¡Error! Objeto incrustado no válido.

Figura 5. Dsistribución por sexos de los sujetos estudiados

¡Error! Objeto incrustado no válido.

Figura 6. Aspectos más valorados del Taller

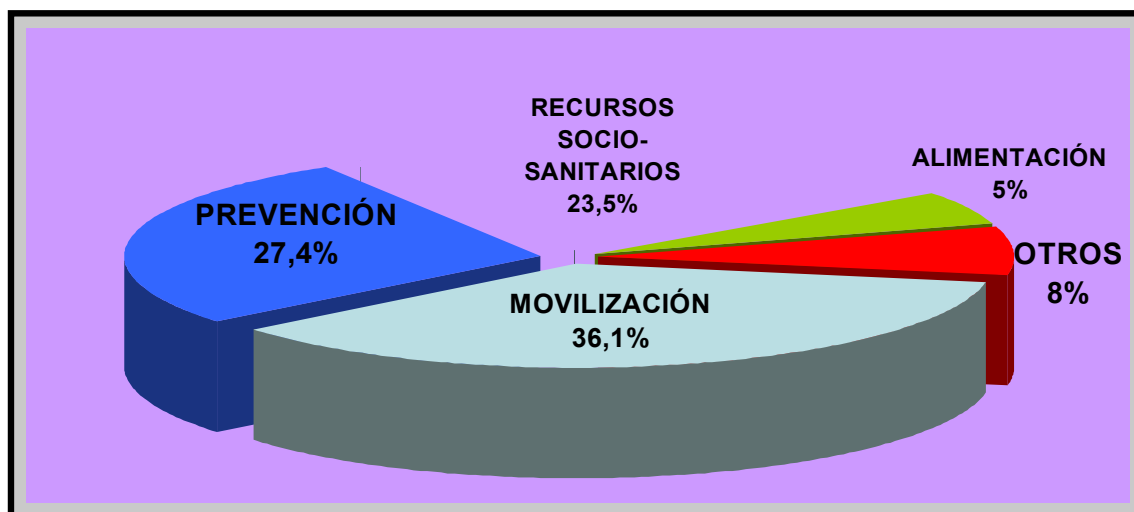


Tabla 1-Diagnósticos enfermeros seleccionados para pacientes con Ictus, con Intervenciones y Objetivos¹⁰

DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS(NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
00085 Deterioro de la movilidad física	0200 Ambular 0208 Movilidad	0840 Cambio de posición 0221 Terapia de ejercicios: ambulación 0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular
00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	1902 Control del riesgo	3500 Manejo de presiones 3590 Vigilancia de la piel
00103 Deterioro de la deglución	1010 Estado de deglución 1918 Prevención de la aspiración	3200 Precauciones para evitar la aspiración 1860 Terapia de deglución
00123 Desatención unilateral (habitualmente en pacientes con lesiones en	1308 Adaptación a la discapacidad física	2760 Manejo ante la anulación de un lado del cuerpo (protección y recuperación segura de la parte corporal

hemisferio derecho)		afectada de un paciente, a la vez que se le ayuda a adaptarse a capacidades perceptivas perturbadas) 5230 Aumentar el afrontamiento
00035 Riesgo de lesión	1909 Conducta de prevención de caídas	6490 Prevención de caídas
00120 Baja autoestima situacional	1305 Modificación psicosocial: cambio de vida	5230 Aumentar el afrontamiento 5400 Potenciación de la autoestima
00051 Deterioro de la comunicación verbal habitualmente en pacientes con lesiones en hemisferio izquierdo	0902 Comunicación	(4976 Mejorar la comunicación: déficit del habla
00146 Ansiedad	1402 Autocontrol de la ansiedad	5820 Disminución de la ansiedad
00102, 00108 y 00109 Déficit para el autocuidado: (Alimentación / Baño / Higiene/ Vestido y Acicalamiento)	0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD)	1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación 1804 Ayuda con los autocuidados: aseo 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene 1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal
00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico	1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión 1813 Conocimiento: régimen terapéutico 1608 Control de síntomas	4360 Modificación de la conducta 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos
00075 Disposición para mejorar el afrontamiento familiar	2600 Afrontamiento de los problemas de la familia	7140 Apoyo a la familia

Anexo 1. Encuesta de satisfacción y conocimientos adquiridos



ENCUESTA TALLER ICTUS AYÚDENOS A MEJORAR OPINIÓN SOBRE EL TALLER

Con sus respuestas y comentarios colabora con nosotros para mejorar en futuros talleres. Por favor, dedíquenos un momento y responda a las siguientes cuestiones:

1-Fecha Taller: Edad: Sexo H M

2-Puntuación general del taller (1 malo- 5 muy bueno)

1 2 3 4 5

3-Qué aspectos del taller le han resultado más útiles:

PREVENCIÓN ASEO/HIGIENE ALIMENTACIÓN
RECURSOS SOCIO SANITARIOS
REHABILITACIÓN MOVILIZACIÓN OTROS (ESPECIFIQUE)

4-Qué aspectos del taller le han resultado menos útiles:

PREVENCIÓN ASEO/HIGIENE ALIMENTACIÓN
RECURSOS SOCIO SANITARIOS
REHABILITACIÓN MOVILIZACIÓN OTROS (ESPECIFIQUE)

5-Recomendaría este taller a otras personas: SI NO

6-Comentarios y sugerencias:

7 ¿SABE USTED LO QUE ES UN ICTUS?

- ANTES DEL TALLER SI NO
- DESPUÉS DEL TALLER SI NO

¿SABRÍA DECIR LAS CAUSAS QUE LO PROVOCAN?

- ANTES DEL TALLER SI NO
- DESPUÉS DEL TALLER SI NO

9 ¿ SABE LAS SECUELAS QUE PUEDE ACARREAR?

- ➔ ANTES DEL TALLER SI NO
- ➔ DESPUÉS DEL TALLER SI NO

¿RECONOCE EL ICTUS COMO URGENCIA MÉDICA ?

- ➔ ANTES DEL TALLER SI NO
- ➔ DESPUÉS DEL TALLER SI NO

¿SABRÍA DAR LOS CUIDADOS A SU FAMILIAR EN EL DOMICILIO?

- ➔ ANTES DEL TALLER SI NO
- ➔ DESPUÉS DEL TALLER SI NO

Anexo 2. Hoja de Monitorización de los talleres



MONITORIZACIÓN TALLER ICTUS

1-Fecha realización Taller=>

2-Ponentes=>

3-Asistencia=>

Familiares->

Personal->

Alumnos->

4-Observaciones: