

**ATENCIÓN AL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO EN LA
COMUNIDAD VALENCIANA
Criterios Técnicos Normativos**

**Proceso de Neurorehabilitación
(Ámbito Sanitario)**

Índice

INTRODUCCIÓN.....	4
OBJETO DE ESTE DOCUMENTO	4
SOBRE EL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO O SOBREVENIDO	5
<i>Definición de Caso de DCA</i>	5
<i>Causas del DCA</i>	5
<i>Estadios evolutivos del paciente con DCA</i>	5
<i>Repercusión del DCA</i>	6
PRINCIPIOS GENERALES DE LA ASISTENCIA AL DCA	7
REQUISITOS BÁSICOS DE FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN AL DCA	8
<i>Metodología de trabajo en los Centros de Atención al DCA</i>	8
CRITERIOS TÉCNICOS DE NORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL DCA.....	9
DEFINICIÓN DE CASO DE DCA	9
<i>Alcance y Límites del Programa de Atención al DCA en la CV (Neurorrehabilitación)</i>	9
<i>Tipología de Casos de DCA según estado motor, funcional, cognitivo y pronóstico funcional</i>	10
Instrumentos para la valoración:	10
Definición de Recurso/Destino de Derivación:	10
<i>Criterios de Inclusión en Programa Neurorrehabilitación del DCA</i>	10
ATENCIÓN AL DCA EN RÉGIMEN DE HOSPITALIZACIÓN	11
CRITERIOS DE DECISIÓN	11
<i>Criterios de Ingreso en Programa de Neurorrehabilitación Hospitalaria del DCA</i>	11
<i>Criterios de exclusión</i>	11
<i>Objetivos máximos a plantear durante la hospitalización</i>	11
<i>Criterios de alta de hospitalización del DCA</i>	12
<i>Duración de la atención hospitalaria</i>	12
<i>Criterios de derivación de pacientes a otros recursos asistenciales</i>	12
IDENTIFICACIÓN DE UNA UNIDAD HOSPITALARIA PARA ATENCIÓN AL DCA.....	13
<i>Criterios</i>	13
REQUISITOS ESTRUCTURALES Y EQUIPAMIENTO	13
<i>Instalaciones</i>	13
Diseño	13
Accesibilidad	14
Dependencias	14
<i>Equipamiento</i>	16
<i>Equipo Humano</i>	18
FUNCIONAMIENTO Y METODOLOGÍA DE TRABAJO EN LA UNIDAD.....	18
<i>Tipos de Actividad en la Atención al DCA en Régimen de Hospitalización</i>	18
Objetivos de la Valoración:	19
<i>Metodología de trabajo</i> :.....	19
<i>Intensidad y Frecuencia de las Terapias e Intervenciones</i>	20
<i>Reducción de la Variabilidad de la Práctica Clínica</i>	20
Protocolos de Seguridad del Paciente	20
Protocolos de actuación diagnóstico-terapéuticos.....	20
<i>Requisitos de Coordinación y Control</i>	21
Requisitos de control evolutivo	21
Requisitos de coordinación.....	21
ATENCIÓN AL DCA EN RÉGIMEN AMBULATORIO.....	22
CRITERIOS DE DECISIÓN	22
<i>Criterios de inclusión en Programa de Neurorrehabilitación Ambulatoria del DCA</i>	22
<i>Criterios de exclusión</i>	22
<i>Criterios de alta de Programa de Atención Ambulatoria de DCA</i>	22
<i>Criterios de seguimiento ambulatorio</i>	22
<i>Duración de la atención ambulatoria</i>	22

<i>Criterios de derivación de pacientes a otros recursos asistenciales.....</i>	<i>23</i>
IDENTIFICACIÓN DE UN CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA AL DCA.....	24
<i>Criterios.....</i>	<i>24</i>
REQUISITOS ESTRUCTURALES Y EQUIPAMIENTO	24
<i>Instalaciones</i>	<i>24</i>
Diseño	24
Accesibilidad	25
Dependencias	25
<i>Equipamiento.....</i>	<i>26</i>
<i>Equipo Humano</i>	<i>27</i>
FUNCIONAMIENTO Y METODOLOGÍA DE TRABAJO	28
<i>Tipos de actividad en la atención ambulatoria al DCA</i>	<i>28</i>
Objetivos de la Valoración:	28
<i>Metodología de trabajo:.....</i>	<i>28</i>
<i>Intensidad y frecuencia de las terapias e intervenciones.....</i>	<i>29</i>
<i>Reducción de la Variabilidad Clínica</i>	<i>29</i>
Protocolos de Seguridad del Paciente	29
Protocolos de actuación diagnóstico-terapéuticos.....	29
<i>Requisitos de Coordinación y Control</i>	<i>29</i>
Requisitos de control evolutivo	29
Requisitos de coordinación.....	30
ANEXO I: CLASIFICACIÓN DE PACIENTES PARA DERIVACIÓN A RECURSOS ESPECÍFICOS DE DCA	31
ANEXO II: HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES.....	32

Introducción

Objeto de este documento

El objeto este documento es plasmar una serie de recomendaciones y criterios técnicos orientados a que la atención en el proceso de NEURORREHABILITACIÓN que se preste a las personas con Daño Cerebral Adquirido (DCA) y sus familias en la Comunidad Valenciana sea una atención sanitaria y socio-sanitaria integral, integrada e individualizada, segura, eficiente y efectiva, sustentada en la evidencia científica y contrastada por la experiencia práctica de los profesionales, dirigida a personas con discapacidad debida a Daño Cerebral Adquirido, con el fin de colaborar en el logro de los siguientes objetivos:

- la recuperación máxima posible de la funcionalidad y la autonomía del paciente,
- la disminución del impacto de la enfermedad y sus secuelas,
- la atención al entorno cuidador proporcionando a la familia y/o cuidadores el soporte emocional y educativo, así como las habilidades necesarios para evitar la claudicación y mejorar los cuidados,
- contribuir a la reinserción o a la adaptación del paciente en su entorno social y a mejorar su calidad de vida y la de sus cuidadores.

Todo ello con la atención necesaria a los aspectos éticos de equidad y sostenibilidad del sistema.

Sobre el Daño Cerebral Adquirido o Sobrevenido

La denominación “Adquirido” o “Sobrevenido” se usa indistintamente en la literatura y en la denominación de las actuales unidades de atención a pacientes y dispositivos asistenciales relacionados.

La denominación más utilizada en España es la de Daño Cerebral “Adquirido”; Así pues, pudiéndose utilizar indistintamente ambas denominaciones, en este documento utilizaremos la de Daño Cerebral Adquirido y de forma abreviada como “DCA”.

Definición de Caso de DCA

Se define como “Caso de DCA” a todo paciente que tras sufrir una lesión cerebral súbita de cualquier origen, presenta un déficit prolongado, permanente o temporal, de tipo físico, psíquico, cognitivo, conductual o sensorial que condiciona una reducción en su capacidad funcional y calidad de vida previas.

Causas del DCA

Las principales causas de DCA en los países desarrollados, y por tanto aplicables a la población de la Comunidad Valenciana, son el Ictus, los Traumatismos Cráneo-Encefálicos (TCE), las causas neuroquirúrgicas (principalmente de origen tumoral), las enfermedades inflamatorias/infecciosas y las secuelas de la anoxia cerebral.

En España, el ictus es la causa subyacente de algo más del 80% de casos de DCA, la segunda causa es el TCE (alrededor del 10%), distribuyéndose el 10% restante entre otras causas menos frecuentes.

Estadios evolutivos del paciente con DCA

Desde el establecimiento de la lesión inicial hasta que se considera que el paciente está en situación de secuela (*estadio crónico*), pueden distinguirse varios estadios o fases evolutivas desde el punto de vista de la situación de la lesión cerebral, los mecanismos de recuperación subyacentes, y la situación clínica del individuo. Por otra parte, este estadio evolutivo se corresponde relativamente bien con las necesidades de atención que requieren los pacientes:

- **Estadio Agudo:** ocurre desde el inicio del daño hasta pasados los primeros días del mismo. Es la fase en la que el cerebro aún está sujeto a cambios activos directamente relacionados con la lesión. Se distinguen a su vez dos fases:
 - **Fase crítica:** el paciente está en situación de riesgo vital y requiere medidas de soporte avanzadas con estancia en UCI o en salas de vigilancia especial.
 - **Fase aguda:** una vez superada la fase crítica el paciente todavía requiere cuidados hospitalarios.
- **Estadio Subagudo:** entre la primera semana y el primer mes. Suele ser una fase “hospitalaria”. El cerebro acomete cambios relacionados con la neuroreparación tisular. Esta **neuroreparación** está mediada y estimulada por los efectos que la lesión aguda produjo en el cerebro. Para que esta fase se establezca adecuadamente, muy importante que las condiciones físicas, internas y ambientales del paciente sean adecuadas (nutrición, temperatura, tensión arterial, glicemia, descanso nocturno y diurno, estrés, ánimo,...)
- **Estadio Postagudo:** entre las primeras semanas y los primeros 6 meses¹. En esta fase el cerebro trata de reorganizarse, establecer nuevas vías de conexión neuronal, compensar funciones de las áreas dañadas, etc... El mecanismo fundamental por el que el cerebro se reorganiza en esta fase se denomina **neuroplasticidad**. La Neurorehabilitación de los diferentes déficit juega aquí un papel fundamental para que la neuroplasticidad se desarrolle de una manera adecuada, evitando reorganizaciones cerebrales aberrantes que generaren patrones funcionales anómalos. Esta

¹ La fase postaguda puede prolongarse hasta un año (o más) en casos de individuos jóvenes con alteración grave de la esfera cognitiva o del lenguaje.

Neurorrehabilitación debe establecerse tanto en el ámbito hospitalario como sobre todo el ambulatorio.

- **Estadio crónico:** es la fase de secuela. Suele ocurrir a partir de los 6 meses tras el episodio de DCA, aunque esto puede ser muy variable según cada paciente, especialmente en los casos derivados de traumatismos craneales y en individuos jóvenes. En esta fase, los mecanismos de neuroplasticidad son prácticamente inexistentes, sin embargo es posible entrenar y potenciar las funciones mantenidas y aquellas que se logró recuperar, así como aprender ejercicios de compensación de las funcionalidades “perdidas”. El “abandono asistencial” de los pacientes en esta fase puede producir retrocesos en su funcionalidad y en la calidad de vida, facilitando la aparición de complicaciones tardías como hombro doloroso, retracciones, espasticidad, atrofas, depresión y enclaustramiento domiciliario o institucionalización entre otras.

Repercusión del DCA

El DCA produce múltiples alteraciones en el individuo que según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) pueden concretarse en los siguientes tipos de disfunción:

- Deficiencias:
 - Motora: fuerza, control motor y tono.
 - Sensorial: sensitiva y sentidos
 - Capacidad de alerta y vigilia
 - Cognitiva y comunicación
 - Conducta y personalidad
 - Emocional
- Limitaciones de la actividad
 - Funcional (Actividades Vida Diaria): básicas e instrumentales
- Restricciones a la participación
 - Interacción Socio-Familiar
 - Socio-Laboral

Principios generales de la asistencia al DCA

- **Equidad:** la atención a los pacientes con DCA debe alcanzar de igual manera y con el mismo nivel de oportunidades a todos los aquellos pacientes que cumplan los criterios y requisitos señalados en el documento y que les convierten en candidatos a recibir dicha asistencia. Esta oportunidad no debe estar mediada por otras variables como pueda ser edad, sexo, lugar de residencia, etc...
- **Sostenibilidad:** la atención a los pacientes con DCA debe aportar un valor a las personas y a la sociedad en general que justifique los costes de la misma.
- **Calidad de la Asistencia:** deben seguirse los criterios generales habituales que definen una asistencia de buena calidad o excelente. En el caso del DCA se hará especial hincapié en los aspectos de:
 - **Seguridad:** la atención al DCA debe incluir medidas diagnósticas y terapéuticas consideradas seguras para los pacientes en la situación clínica individual en la que cada cual se encuentre. Igualmente los posibles riesgos sobre la salud de los pacientes deben ser informados por parte del equipo asistencial y aceptados por los pacientes o cuidadores (en su defecto) antes de ser aplicados.
 - **Eficacia y Efectividad de las intervenciones:** las medidas diagnósticas y terapéuticas a aplicar en un determinado paciente, deben basarse en la medida de lo posible en aquellas intervenciones consideradas como eficaces (Medicina Basada en la Evidencia) y que a la vez se estime que son aplicables en la práctica clínica a un determinado paciente, esperándose de su aplicación un efecto beneficioso para el paciente.
 - **Continuidad asistencial / Coordinación / Organización:** la atención a los pacientes con DCA es un proceso complejo y generalmente prolongado en el tiempo, en el que intervienen numerosos profesionales y en diferentes ámbitos y lugares asistenciales. La continuidad de la atención y la coordinación entre todos los profesionales es un elemento necesario para que esta atención tenga éxito y sea satisfactoria para los pacientes.

Para su aplicación se requiere la elaboración de un **Mapa de Atención al DCA**, donde se establezca dónde se va a atender a los pacientes, por quién y en qué tipo de centros, así como durante cuanto tiempo. Todo ello requiere establecer una serie de criterios basados en la evidencia, en la experiencia y consensuados, que establezcan los diversos parámetros de calidad necesarios.

Requisitos B3sicos de Funcionamiento de los Centros de Atenci3n al DCA

Elementos b3sicos exigibles a todos los dispositivos asistenciales dirigidos a atender personas con Da1o Cerebral Adquirido:

- La conformaci3n de un equipo multidisciplinar con la composici3n adecuada de profesionales
- La identificaci3n de un coordinador de la Unidad, dispositivo asistencial o Programa de DCA
- La identificaci3n de un profesional "coordinador" del paciente (Gestor del caso)
- El Trabajo en equipo, con reuniones peri3dicas del mismo.
- La necesidad de una intercomunicaci3n eficaz y fluida entre el personal de "Neurorrehabilitaci3n" y el resto de profesionales que atienden al paciente.
- La Valoraci3n integral y multidisciplinar orientada a detectar necesidades y definici3n de problemas asistenciales
- La Planificaci3n individualizada de la atenci3n
- La Rehabilitaci3n multimodal e individualizada orientada a la tarea
- La orientaci3n a los resultados funcionales y de calidad de vida
- La intervenci3n familiar (de soporte y educaci3n/adiestramiento)
- La planificaci3n del alta
- La necesidad de asegurar una continuidad asistencial integrada (sanitaria, socio-sanitaria y comunitaria)
- La realizaci3n de un informe de alta multidisciplinar, en cada tr3nsito o cambio de dispositivo asistencial.
- Definir criterios objetivos de inclusi3n y exclusi3n que garanticen la igualdad de derechos a recibir la asistencia.

Metodolog3a de trabajo en los Centros de Atenci3n al DCA

Los pacientes con da1o cerebral, especialmente aquellos cuya lesi3n produce una repercusi3n funcional importante, deben considerarse como casos complejos y por tanto deben compartir las mismas premisas que se establecen en las estrategias de atenci3n a la cronicidad:

- Gesti3n de caso
- Abordaje integral (bio-psico-social o integral)
- Trabajo en equipo multidisciplinar (atenci3n integrada)
- Planificaci3n individualizada, basada en objetivos asociados a necesidades asistenciales (problemas asistenciales)
- Valoraci3n de resultados ligados a objetivos y metas asistenciales

Criterios técnicos de normalización de la atención al DCA

Definición de Caso de DCA

Paciente con una lesión aguda del encéfalo de cualquier origen que produce un déficit prolongado, permanente o transitorio, condicionando una reducción en su capacidad funcional y calidad de vida previas.

De esta definición destacamos los cuatro criterios que deberían cumplirse para que un caso sea catalogado de DCA:

- La lesión afecta a parte o a la totalidad del encéfalo
- El debut clínico de la lesión es agudo o subagudo [se produce en un periodo de tiempo de segundos a pocos días].
- Existe una deficiencia como consecuencia de la lesión, objetivable a través de la exploración clínica o una prueba diagnóstica.
- Esta deficiencia produce un deterioro del funcionamiento y de la calidad de vida de la persona respecto a la situación previa.

Alcance y Límites del Programa de Atención al DCA en la CV (Neurorrehabilitación)

En este documento nos referiremos a los pacientes con DCA de perfil de “necesidades de Neurorrehabilitación”. Así pues, según la definición de caso referida, se plantean los siguientes límites para que un paciente sea incluido en el programa:

- **Pronóstico:** la lesión cerebral puede ocasionar alteraciones con pronóstico de recuperación variable (bien por el tipo de lesión, bien por la situación del individuo, bien por la situación previa del paciente). Este documento está dirigido a la atención de aquellos pacientes con DCA en los que se puede establecer un pronóstico de **recuperación funcional relevante**.
- **Edad:** se descartan los casos infantiles, que por sus características peculiares y distintivas merecen un abordaje aparte. Así pues este programa se referirá a los casos juveniles y del adulto. Aunque no hay un acuerdo claro en la literatura sobre los límites de edad de este periodo de la vida, se propone por consenso establecer como criterio de inclusión una edad igual o superior a los 16 años.
- **Etiología:** Se excluyen las lesiones congénitas, las ocurridas en el periodo de gestación o perinatal y las de causa neurodegenerativa o producidas por enfermedades progresivas.
- **Tipo de disfunción:** El DCA produce múltiples alteraciones en el individuo que pueden clasificarse en diferentes tipos. En este documento se abordarán únicamente los pacientes que requieren una Rehabilitación Integral o multimodal, de modo que los pacientes con únicamente trastorno motor, sensorial o de comunicación no estarán sujetos a este tipo de atención, al estar ya previstos en sus departamentos sanitarios recursos dirigidos a este fin.

Por otra parte, los pacientes con únicamente afectación emocional, socio-familiar o socio-laboral no se abordarán en este documento, por considerar que estos aspectos deben ser atendidos desde el enfoque de la Salud Mental o de Bienestar Social.

- **Estadio evolutivo:** Se distinguen varios estadios en la evolución del DCA. Este programa está dirigido especialmente a pacientes en fase subaguda y postaguda, tanto en el nivel de hospitalización como en el de atención ambulatoria. Así pues, los pacientes en estadio crónico y situación de estabilidad del déficit deberán ser orientados hacia recursos de mantenimiento y de integración social y laboral que deberían abordarse desde los recursos sociales y comunitarios.
- **Ámbito de la atención:** los pacientes con DCA tienen necesidades que han de ser cubiertas desde distintos ámbitos: sanitario, social, comunitario, familiar, laboral, educativo,... En este documento nos centraremos en recomendar intervenciones y aspectos relativos únicamente al ámbito sanitario y la relación y coordinación con otros ámbitos asistenciales.

Tipología de Casos de DCA según estado motor, funcional, cognitivo y pronóstico funcional

Según las variables de situación clínica previa y actual (motora, cognitiva y funcional) y el pronóstico funcional de los pacientes proponemos definir una clasificación del DCA con el objeto de identificar el recurso asistencial que precisan. Si existe una alteración de conducta grave predominante (sobre todo si es de tipo heteroagresividad), se plantearán otros tipos de recurso dentro del ámbito de la Salud Mental.

Instrumentos para la valoración:

- Valoración funcional: se utilizará el Índice de Barthel: Leve: 60-90 p.; Moderado: 40-55 p; Grave: <= 35 puntos
- Valoración de la marcha: se empleará el test FAC o la escala de la marcha del H. Sagunto. Se considera "Marcha Terapéutica" una puntuación >2 en la Escala FAC o en la Escala de la Marcha de Sagunto.
- Gradación de la alteración cognitiva: Para la Gradación de "No déficit cognitivo o alteración leve" el paciente debe tener una puntuación de ≥ 25 en el test MoCA (Montreal Cognitive Assessment). En los pacientes en los que no sea posible la administración durante el ingreso de esta prueba, se recomienda que ésta se realice en consultas en un plazo no superior al mes.

Definición de Recurso/Destino de Derivación:

A: Tratamiento y Control ambulatorio en su Departamento, según requerimientos y causa origen del DCA

B: Se priorizará por este orden: Domicilio con apoyo → Residencia asistencial → HACLE (Larga Estancia).

C: Centro Sanitario de Atención Ambulatoria al DCA

D: Centro de DCA en régimen de hospitalización

- En el **Anexo I** se presenta la tabla de clasificación de pacientes para derivación a recursos específicos de DCA.

Criterios de Inclusión en Programa Neurorrehabilitación del DCA

La fase aguda del DCA debe atenderse en hospitales generales con los recursos necesarios que precise el paciente en esta fase. Una vez estabilizado clínicamente, debe valorarse si el paciente debe continuar su proceso en un centro específico y si éste debe ser en régimen de hospitalización o ambulatorio:

- El paciente cumple criterios de inclusión en programa de Neurorrehabilitación (ver "Definición de caso"; Apartado "Alcance y Límites"):
 - Las intervenciones pueden prestarse en o desde su domicilio: Remitir a **Centro Sanitario de Atención Ambulatorio al DCA**
 - Las intervenciones o la situación clínico-social del paciente no permiten su prestación de manera ambulatoria: Remitir al paciente a un recurso de atención al DCA en **régimen de hospitalización**.
- El paciente no cumple criterios de inclusión en programa de DCA (nivel "Neurorrehabilitación"):
 - Los déficit son escasos e irrelevantes: Control evolutivo si precisa por Atención primaria y/o especialidad correspondiente (según la causa del DCA).
 - Los déficit afectan únicamente o casi exclusivamente al área motora o sensorial: dirigir al servicio de Rehabilitación Departamental (estándar)
 - Los déficit están restringidos prácticamente al área del lenguaje: dirigir a servicios de logopedia del departamento.
 - Los déficit son demasiado severos o no se espera recuperación relevante: dirigir a otro recurso asistencial (por ejemplo: domicilio propio con asistencia, Unidad de Larga Estancia en HACLE o Residencia asistida)

En adelante definiremos explícitamente los criterios y requisitos de los centros para prestar la neurorrehabilitación a pacientes, en régimen de hospitalización y en régimen ambulatorio.

Atención al DCA en Régimen de Hospitalización

Criterios de Decisión

Criterios de Ingreso en Programa de Neurorrehabilitación Hospitalaria del DCA

Para ser incluidos en un programa de Neurorrehabilitación en régimen de hospitalización, los pacientes con DCA deben cumplir los siguientes criterios:

- El paciente presenta alteraciones como consecuencia de una lesión cerebral aguda o subaguda (ver “Definición de Caso”).
- Estabilidad clínica suficiente que permita realizar rehabilitación
- Buena Situación funcional previa al episodio (I. Barthel > 60)
- Se establecen objetivos de mejora (se sugiere que estos objetivos sean valorados por servicio de Rehabilitación o de Neurología del centro donde esté ubicado el paciente)
- Edad: Mayor o igual de 16 años y menor de 75 años*.

* En aquellos casos superiores a esta edad se realizará una valoración individualizada y global atendiendo al menos a las siguientes variables:

- Estado cognitivo previo
- Funcionalidad previa
- Pronóstico de la lesión cerebral
- Comorbilidad
- Apoyo familiar

Criterios de exclusión

- Situación funcional previa: Índice de Barthel < 60.
- Situación cognitiva previa: diagnóstico clínico de demencia.
- Sólo déficit del lenguaje. Se atenderá en la unidad de logopedia del departamento.
- Se estima que el paciente puede recibir tratamiento Rehabilitador adecuado en régimen ambulatorio
- Estados alterados de conciencia: estados vegetativos y de mínima conciencia. En estos casos se recomienda una vigilancia evolutiva activa para detectar aquellos casos cuya mejoría clínico-funcional aconsejan incluir al paciente en programa específico de Neurorrehabilitación.

Objetivos máximos a plantear durante la hospitalización

Durante el ingreso del paciente el equipo asistencial fija unos objetivos asistenciales que les guían en la realización del plan terapéutico. La fijación de unas metas “máximas” a conseguir en el ámbito hospitalario es crucial para identificar cuando un paciente debe ser derivado a otro ámbito asistencial de menor complejidad y coste (ambulatorio). Se considera que como máximo, estos objetivos deben establecerse en:

- Control y estabilidad clínica
- Lograr marcha terapéutica, definida como puntuación 2 o mayor en las escalas de Sagunto o en la FAC (Escala de Evaluación de la Capacidad de Marcha o Functional Ambulation Categories)
- Discapacidad moderada en ABVD: índice de Barthel máximo de 60 (remarcando que la puntuación debe referirse a lo que el paciente es efectivamente CAPAZ de hacer y no a lo que “podría” hacer)
- Control de las alteraciones conductuales, con el objetivo de que puedan ser manejables en el entorno socio-familiar.

Crterios de alta de hospitalizaci3n del DCA

En los pacientes cuya Neurorrehabilitaci3n se est3 realizando en un contexto de hospitalizaci3n deber3 considerarse el alta de este 3mbito asistencial cuando se cumplan una serie de criterios:

Debe cumplir todos los siguientes:

- Estabilidad cl3nica
- Agitaci3n controlada
- Fuera de cuadro de amnesia postraum3tica (casos de TCE)
- Exista un destino adecuado donde el paciente pueda residir (domicilio, centros de reinserci3n, residencia u otros)

y alguno de los siguientes:

- Cumplimiento de objetivos establecidos de recuperaci3n/rehabilitaci3n
- Estabilizaci3n de la mejor3a (sin alcanzar los objetivos predeterminados): sin evidencia de mejor3a funcional durante un mes.
- Posibilidad de atenci3n ambulatoria del proceso: Se considera que se puede realizar el tratamiento rehabilitador por v3a ambulatoria y existe o se establece un recurso terap3utico ambulatorio donde el paciente pueda continuar las distintas terapias.

Otras causas de alta ser3n:

- Defunci3n
- Alta voluntaria
- Superaci3n del tiempo m3ximo autorizado para la Neurorrehabilitaci3n del paciente.

Duraci3n de la atenci3n hospitalaria

- Estancia mediana recomendable: 60-80 d3as
- Estancia m3xima autorizada¹: 180 d3as. Deber3 justificarse siempre.
- Periodicidad de la revisi3n de la adecuaci3n de la estancia: al menos cada 2 meses

Crterios de derivaci3n de pacientes a otros recursos asistenciales

Pueden diferenciarse distintas situaciones:

- El paciente no precisa hospitalizaci3n pero s3 rehabilitaci3n espec3fica del DCA:
 - Se dar3 el alta a domicilio, residencia u otros recursos sociales, coordinando antes del alta el seguimiento de la terapia en un Centro Ambulatorio de Atenci3n al DCA (Continuidad Asistencial). Estos centros podr3n ser sanitarios o comunitarios (Asociaciones de afectados de DCA que ofrezcan este recurso)
- El paciente precisa hospitalizaci3n pero no rehabilitaci3n espec3fica del DCA:
 - Puede derivarse a:
 - Unidad de Larga Estancia en HACLE para cuidados, adaptaci3n a la situaci3n cl3nica y establecimiento de destino definitivo.
 - Otros

* Coordinando antes del traslado del paciente la continuidad asistencial en el centro de destino.

- El paciente no precisa hospitalizaci3n ni rehabilitaci3n espec3fica del DCA:
 - Se dar3 el alta a domicilio, residencia u otros recursos sociales, coordinando antes del alta el seguimiento por los servicios sanitarios comunitarios (AP)

¹ Se refiere a estancia con objetivo de recuperaci3n. Los pacientes que requieren hospitalizaci3n pero no tienen objetivo recuperador (o este se haya desistido) deben ser redirigidos a unidades larga estancia para cuidados, adaptaci3n a la nueva situaci3n y b3squeda de un destino adecuado.

Identificación de una Unidad Hospitalaria para Atención al DCA

Criterios

- Unidad física diferenciada de otras Unidades del hospital con un mínimo de 10 camas.
- Al menos 20 nuevos pacientes cada año.
- El 80% de los ingresos son de pacientes en los que ha transcurrido menos de 3 meses desde la lesión cerebral.
- Debe contar con el equipo humano que se especifica en el apartado "Recursos humanos" d este documento.
- La planificación del trabajo de equipo incluye un plan individualizado de rehabilitación y, al menos, una reunión semanal con presencia del equipo multidisciplinar señalado.
- Los informes que se emiten desde la Unidad recogen información de las disciplinas rehabilitadoras que participan en su atención.
- La unidad ha de contar con un programa de atención a familias que incluya la información sobre la rehabilitación y evolución de la persona con DCA.

Requisitos Estructurales y Equipamiento

Instalaciones

Diseño

La distribución de los espacios se basa en las necesidades del servicio a prestar. Los espacios que se describen deben entenderse con un enfoque funcional, es decir, un mismo espacio podría ser utilizado para distintas funciones en diferentes momentos, recomendándose la polivalencia de los mismos para un uso más eficiente de las instalaciones:

1. Funcionalidad:

Para que cumpla las funciones para las que se destina, el Centro deberá contar con al menos 4 tipos de espacios bien diferenciados:

- De tratamiento individualizado: despachos o consultas.
- De trabajo grupal: aulas, gimnasio, salas de terapia grupal.
- De uso común convivencial: comedor, sala polivalente, sala de espera.
- De uso asistencial: Servicios, sala de cambios o curas.

Es conveniente separar los espacios de tratamiento individualizado (despachos y salas de terapia específica), de los de uso grupal y convivencial (aulas, salas polivalentes, gimnasio, comedor...). Así mismo, la distribución de los Servicios deberá estar dispuesta en lugares estratégicos y de fácil acceso desde todos los puntos del Centro.

2. Comodidad:

El Centro deberá permitir la entrada de los usuarios desde la calle con un fácil acceso, sin barreras arquitectónicas. Los espacios deberán ser amplios, con pasillos que permitirán, al menos, el paso simultáneo de dos sillas de ruedas. Puertas de fácil manejo para personas con dificultades motrices, y zonas bien diferenciadas mediante señales visuales para hacer más fácil su ubicación a los usuarios con problemas de orientación. Es preferible que el centro conste de un solo bloque arquitectónico para ahorrar superficie y desplazamientos.

3. Durabilidad:

Todos los pasillos y puertas deben disponer de una zona baja protegida contra golpes causados por los reposapiés de las sillas de ruedas. Los materiales utilizados para suelo y paredes deben ser de fácil limpieza y reparación, teniendo especial cuidado en utilizar materiales antideslizantes para evitar caídas.

4. Calidez:

Los usuarios van a pasar muchos días en el Centro, por ello es importante que se sientan a gusto en este lugar. El Centro deberá contar con el máximo de iluminación natural y ventilación directa. En el caso de no disponer de suficientes ventanas, tener en cuenta los sistemas de climatización, además de un buen sistema de calefacción.

Accesibilidad

Las características del Centro se regirán por los criterios de accesibilidad universal y diseño aplicables a todos los lugares de atención al público. Así, en todo momento debe cumplir las normas técnicas sobre condiciones de accesibilidad de los entornos urbanos, espacios públicos, edificaciones y sistemas de información y comunicación que establezcan las leyes estatales y autonómicas. Por otra parte y de manera específica, la habilitación del mismo estará condicionada por la supresión de barreras, no sólo arquitectónicas, sino también barreras en la comunicación, señalización (para que sea accesible a usuarios con dificultades cognitivas, de tal modo que se facilite el reconocimiento de espacios y servicios) y el acceso a nuevas tecnologías.

Dependencias

La distribución de los espacios se basa en las necesidades del servicio a prestar. Los espacios que se describen deben entenderse con un enfoque funcional, es decir, un mismo espacio podría ser utilizado para distintas funciones en diferentes momentos, recomendándose la polivalencia de los mismos para un uso más eficiente de las instalaciones.

Las instalaciones para la atención a pacientes con DCA en régimen de hospitalización pueden dividirse en varias áreas:

1. Servicios Generales:

Destinados a la gestión y soporte de los servicios básicos, que comprenderá las dependencias destinadas a uso común convivencial, tanto de usuarios como de profesionales. Y aquellas necesarias para las tareas de Dirección y Coordinación, así como la gestión administrativa necesaria para el desarrollo de la política de recursos del Centro y gestión económica.

Estos servicios se consideran básicos para cualquier establecimiento sanitario de tipo hospital debiendo ajustarse a la normativa vigente, por lo que no se describirán aquí.

2. Salas de Hospitalización

Se diferencian los siguientes tipos de instalaciones por cada planta de hospitalización:

- **Control de enfermería** con sistema de aviso con las habitaciones, con posibilidad de comunicación por voz entre pacientes y/o familiares y personal asistencial de turno en la unidad.
- **Área de preparación de la medicación:** debe estar equipada con material para preparar la medicación (jeringas, sistemas de gotero, cuchillas, etc...), un banco de trabajo y un lavabo. Tendrá una zona para el almacenamiento de la medicación a preparar y una vitrina para almacén de la medicación de uso más frecuente.
- **Sala de trabajo con la documentación clínica:** área donde los profesionales documentan y registran la información clínica en el soporte de la Historia Clínica.
- **Despachos asistenciales** suficientes para realizar entrevistas a pacientes y familias.
- **Sala de reuniones del equipo:** Un espacio con las dimensiones que permitan la realización de reuniones del equipo asistencial.
- **Sala para valoración y exploración** que garanticen la intimidad del paciente, equipada con lavamanos, con una superficie mínima de 12 m2.
- **Office para los profesionales:** sala de descanso de los profesionales.
- Al menos un **baño asistido** para personas con discapacidad.
- **Sala polivalente para pacientes:** con función de sala de espera, área de descanso, TV y juegos y comedor, con una superficie mínima de 30 m2 y al menos con capacidad para pacientes y acompañantes, diez personas sentadas y espacio suficiente para al menos cuatro sillas de ruedas.
- **Circuitos de limpio-sucio** con espacios claramente diferenciados e identificados.

- **Almacén de limpieza** con equipamiento para eliminar aguas de limpieza y limpiar enseres de limpieza.
- Almacén de material y enseres debidamente controlado.
- **Sistema de climatización** que garantice los rangos de temperatura y humedad confortables para los pacientes y los trabajadores, adaptados a la época del año.
- Habitaciones de pacientes:
- Condiciones de habitabilidad dignas, tanto en la ubicación de los enfermos en las habitaciones, como en las exigencias higiénico sanitarias.
- Como máximo dispondrán de dos camas por habitación con unas dimensiones mínimas de 12 m², adecuadas para facilitar los desplazamientos de estos pacientes.
- Existirá un mínimo de 3 habitaciones individuales para poder albergar a aquellos pacientes que por su situación así lo requieran.
- La distancia máxima de la habitación más alejada al control de enfermería no deberá superar los 45 m.
- Sistema de aviso al control de enfermería.

3. Área de Rehabilitación Integral

Contarán con los siguientes espacios generales:

- Vestíbulo y zona de espera.
- 1 Despacho del coordinador
- 1 Sala de reuniones.
- 1 Sala Polivalente.
- 1 Office del personal.
- 1 Almacén de material.
- 1 Almacén de limpieza.
- 2 Servicios para pacientes y acompañantes (femenino y masculino).

Espacios de Atención Directa a Pacientes y Familiares:

A) De tratamiento individualizado:

- 1 Despacho de Neuropsicología
- 1 Despacho de Logopedia.
- 1 Despacho de Terapia Ocupacional
- Despacho/s de uso por distintos profesionales (tipo consulta).

B) De trabajo grupal:

- 1 Sala con equipamiento informático para la rehabilitación.
- 1 Sala de entrenamiento de las actividades instrumentales
- 1 Sala de Fisioterapia.
- 1 Sala para terapias específicas (electroterapia, ultrasonidos, infiltraciones,...)
- Aulas de trabajo grupal: 1ud/ 12 usuarios.

4. Unidades Clínicas de Apoyo:

Área de Laboratorio:

Espacio independiente que puede existir en el propio centro ofertante o en centro concertado por el mismo, para la realización de las determinaciones analíticas de bioquímica, hematología y microbiología necesarias para el control del paciente.

Área de Diagnóstico por Imagen:

Podrá ser en el propio centro ofertante o concertado por el mismo.

Área de Farmacia

El centro dispondrá de un espacio diferenciado para el depósito de medicamentos utilizados para el control y tratamiento de los pacientes hospitalizados, bajo la supervisión del personal sanitario y controlada por el responsable de la Farmacia hospitalaria del centro.

Área de Neurofisiología.

Podrá ser en el propio centro ofertante o concertado por el mismo.

Equipamiento

Los dispositivos asistenciales hospitalarios deben contar al menos con el siguiente equipamiento y tecnología en cantidad suficiente para atender al número de pacientes que asisten:

1. Equipamiento médico general

Se dispondrá de todo el equipamiento y utillaje necesario para realizar las funciones de exploración, diagnóstico y planificación del tratamiento (electrocardiógrafo, pulsioxímetro, glucómetro, esfigmomanómetro, fonendoscopio, goniómetro, martillo de reflejos, diapasón, linterna de exploración, camilla de exploración, báscula, tallímetro, pie de goteo, caudalímetro, etc.).

Así mismo, deberá disponer de:

- Farmacopea precisa para una reanimación cardiopulmonar (Oxígeno, bicarbonato adrenalina, atropina, lidocaina, dopamina, etc.).
- Equipo de reanimación cardiopulmonar (RCP) incluyendo desfibrilador miocárdico.
- En área de Rehabilitación y en cada planta de hospitalización.
- Equipo de intubación oro-traqueal, cánulas de Guedel, dispositivo manual de ventilación artificial tipo Ambú, etc.
- Equipos de sueroterapia.
- Equipos de sondaje urinario.
- Equipos de sondaje nasogástrico y de gastrostomía.
- Esterilización del material no desechable mediante equipamiento o servicio propio o concertado por el centro.
- Contenedores para material desechable que cumpla la normativa establecida para material biocontaminante.
- Material habitual de curas (agua oxigenada, alcohol, antisépticos, suturas, compresas estériles, esparadrapo de papel, y de tela, vendas de diferentes medidas, gasas hidrófila estériles, material específico para cura de escaras, etc.).
- Otro equipamiento específico para cada tipo de tratamiento.

2. Equipamiento general de sala de hospitalización

- Grúa para movilización de pacientes.
- Dispositivos de ayuda a la deambulación como: sillas de ruedas, andadores, bastones, etc.
- 2 Sillas basculantes.
- Un baño asistido por planta. Se recomienda una bañera asistida para higiene de pacientes con gran déficit de movilidad.
- Sillas inodoro de ducha con ruedas.
- Aspirador de secreciones:
- Aspirador portátil de secreciones.

1. Equipamiento de las habitaciones

Todas las habitaciones deberán contar con el siguiente equipamiento mínimo:

- Oxígeno y vacío
 - Camas articuladas con barras laterales de seguridad. Al menos el 50% de las camas dispondrán de colchones antiescaras. Es recomendable que estas camas sean del tipo “cama de transferencias”
 - Sillón anatómico reclinable, armario y mesilla polivalente.
 - Sistema de aviso al control de enfermería, con posibilidad de comunicación por voz entre pacientes y/o familiares y personal asistencial de turno en la unidad.
 - Baño adaptado.
3. Mobiliario:
- el necesario para los despachos y salas de trabajo y reuniones con dotación de equipos y red informática.
4. Equipamiento para fisioterapia:
- Jaula de Rocher
 - Camillas de Bobath
 - Andadores y Bastones
 - Sillas de ruedas
 - Escalera y rampa
 - Pesos y mancuernas varios
 - Cuñas de distintos tamaños
 - Espalderas
 - Espejo mural
 - Tablas y platos varios
 - Bipedestadores
 - Plano inclinado eléctrico (no sería exigible en RHB ambulatoria)
 - Paralelas
 - Cicloergómetro
5. Equipamiento de electroterapia:
- Termoterapia
 - Electroterapia
6. Equipamiento para Logopedia
- Material para realizar Técnicas miofuncionales
 - Pulsioximetría
 - Espesante para líquidos
 - Espejo de pared
 - Material de rehabilitación de lenguaje
 - Ordenadores para aplicación de terapias
7. Equipamiento para Terapia Ocupacional:
- Material de estimulación sensorio-perceptivo
 - Material de entrenamiento cognitivo
 - Material de entrenamiento en AVDs
 - Material de reeducación funcional del miembro superior
 - Lastres
 - Sillas y mesas a distintas alturas
 - Espejos
 - Material de confección de férulas
 - Ordenadores para aplicación de terapias

8. Equipamiento para Neuropsicología:

Material para una valoración neuropsicológica amplia que incluya, al menos, evaluación de la atención, memoria de trabajo, funciones ejecutivas, trastornos de conducta, memoria, lenguaje, gnosias, función visuoespacial, praxias, conciencia de enfermedad y metacognición (conciencia social) con pruebas baremadas. Material orientativo: CPT-II de Conners, Color trails 1 y 2, TAVEC, Dígitos (WAIS III), Test de aprendizaje visuoespacial de Hopkins, Localización espacial de la WMS-III, Matrices (WAIS III), Fluencia categorial y semántica: Animales y FAS, WCST, Brixton test, BADS (Batería evaluación de función ejecutiva), Stroop, Test de denominación de Boston (BNT), Token test, Cubos (WAIS III), Figura compleja de Rey, Cuestionario DEX-BADS.

9. * Equipamiento tecnológico de ayuda a la neurorrehabilitación:

- Por ejemplo: rehabilitación virtual, sistemas de valoración y terapia cognitiva asistida por ordenador, brazo robotizado, casco de estimulación eléctrica o magnética, cinta de marcha con pantalla y biofeedback,...

* Este equipamiento no obligatorio, aunque recomendable, pues facilita la rehabilitación y motiva a los pacientes a participar en las distintas terapias administradas.

Equipo Humano

El número de profesionales debe ser el suficiente para garantizar una intensidad de la Neurorrehabilitación según se refiere en el apartado correspondiente. El equipo humano debe estar compuesto por los siguientes tipos de profesionales:

- Médico de Guardia las 24 horas
- Médico Internista (disponible al menos como consultor)
- Enfermería en planta (la dotación por planta)
- Médico Especialista en Rehabilitación y Medicina Física: al menos 1 por cada 20 pacientes
- Neurólogo: al menos 1 por cada 20-25 pacientes
- Psicólogo con formación acreditada en neuropsicología: al menos 1 por cada 20 pacientes
- Fisioterapeutas: 1 por cada 10 pacientes
- Terapeutas ocupacionales: 1 por cada 10 pacientes
- Logopeda: 1 por cada 15 pacientes
- Trabajador Social
- Auxiliares de Enfermería de RHB
- Otros profesionales colaboradores:
- Nutricionista
- Celador en gimnasio
- Psicólogo Clínico
- Psiquiatra

Funcionamiento y Metodología de Trabajo en la Unidad

Tipos de Actividad en la Atención al DCA en Régimen de Hospitalización

A nivel de atención hospitalaria al DCA se establecen cinco tipos de actividad:

- Valoración y atención del paciente desde un punto de vista médico general y de necesidad de cuidados de enfermería.
- Valoración del paciente desde un punto de vista funcional y cognitivo-conductual y entorno familiar: valoración y elaboración del plan de atención individualizado.

- Neurorrehabilitación (aplicación de las intervenciones planificadas de Neurorrehabilitación)
- Seguimiento clínico y revaloraciones
- Coordinación de la continuidad asistencial al alta

Objetivos de la Valoración:

- Determinar/confirmar si el paciente es candidato a un programa de Neurorrehabilitación (criterios de inclusión)
- Definir los objetivos asistenciales y el plan de tratamiento: de la valoración debe derivar un informe y una propuesta de plan de intervención.

Como elementos básicos de funcionamiento exigibles a todos los dispositivos asistenciales dirigidos a atender personas con Daño Cerebral Adquirido podemos identificar al menos los siguientes:

- La conformación de un equipo de trabajo multidisciplinar
- El trabajo en equipo y las reuniones periódicas de equipo
- La necesidad de una buena intercomunicación entre el equipo asistencial de “Planta” y el equipo de “Rehabilitación”
- La Valoración integral y multidisciplinar orientada a detectar necesidades y definición de problemas asistenciales sobre los que marcar objetivos a conseguir.
- La identificación de un coordinador de la Unidad, dispositivo asistencial o Programa de DCA
- La identificación de un profesional “coordinador” del paciente (Gestor del caso)
- La Planificación individualizada de la atención
- La Rehabilitación integral e individualizada
- La orientación a los resultados funcionales y de calidad de vida
- La intervención familiar (de soporte y educación/adiestramiento)
- La planificación del alta
- La necesidad de asegurar una continuidad asistencial integrada
- La realización de un informe de alta multidisciplinar, en cada tránsito o cambio de dispositivo asistencial.
- Establecer criterios objetivos de inclusión y exclusión que garanticen la igualdad de derechos a recibir la asistencia.

Metodología de trabajo:

Los pacientes con daño cerebral, especialmente aquellos cuya lesión produce una repercusión funcional importante, deben considerarse como casos complejos y por tanto deben compartir las mismas premisas que se establecen en las estrategias de atención a la cronicidad:

- Gestión de caso
- Abordaje integral (bio-psico-social o integral)
- Trabajo en equipo multidisciplinar (atención integrada)
- Planificación individualizada, basada en objetivos asociados a necesidades asistenciales (problemas asistenciales)
- Valoración de resultados ligados a objetivos y metas asistenciales

Intensidad y Frecuencia de las Terapias e Intervenciones

La planificación de las terapias e intervenciones deben ser individualizadas adaptándose a la situación y tolerancia de cada paciente; sin embargo, pueden establecerse unas recomendaciones generales aplicables a la mayoría de los pacientes que se atienden en una unidad de DCA:

- Ofrecer atención en horario de Mañana y tarde, garantizando un mínimo de 3 horas de terapia al día si lo tolera el paciente.
- Sesiones de Terapia Motora: duración de 45-60 minutos (4-5 sesiones semanales).
- Sesiones Terapia Sensitiva y Funcional: duración 45-60 minutos (4-5 sesiones semanales).
- Sesiones Terapia Funcional: duración 45-60 minutos; mínimo 2 sesiones semanales.
- Sesiones Terapia Cognitiva: duración 45-60 minutos (4-5 sesiones semanales).
- Sesiones Logopedia: mínimo 3 horas a la semana distribuidas en 2-3 sesiones semanales.
- Sesiones Trabajo Social: todos los pacientes ingresados deben ser valorados por un Trabajador Social durante los primeros días.
- Terapia grupal (a pacientes): se estima como una terapia recomendable en determinados tipos de pacientes. Puede tener varias modalidades: funcional, cognitiva o logopédica.
- Intervención familiar (soporte y educación): todos los centros que atienden pacientes con DCA deben incluir en su programa asistencial la educación a familiares y cuidadores; igualmente debe plantearse la intervención familiar desde el punto de vista de soporte. Estos aspectos se consideran básicos y deben plantearse como unas tareas planificadas, registradas y evaluadas.
- Reuniones Equipo Asistencial-Familia: como mínimo al ingreso y previo al alta. También son recomendables las reuniones periódicas para información formal, comunicación de objetivos y ajuste de expectativas con la familia.
- Permisos Fin de Semana (para adaptación): previa al alta es fundamental que los pacientes tengan la opción de valorar su adaptación al domicilio mediante estancias cortas programadas.

Reducción de la Variabilidad de la Práctica Clínica

Protocolos de Seguridad del Paciente

La seguridad del paciente es un elemento clave en la asistencia sanitaria, especialmente en aquellas situaciones de discapacidad y de complejidad clínica. Se deben tener definidos al menos los siguientes protocolos de seguridad del paciente. Estos deben abordar tanto los aspectos de prevención como los de notificación y manejo de los incidentes acaecidos relacionados con la seguridad del paciente:

- | | |
|------------------------------|---|
| 1. Errores de identificación | 6. Problemas relacionados con la medicación |
| 2. Caídas | 7. Colonización por GMR |
| 3. Úlceras por presión | 8. Cuadro confusional/Agitación |
| 4. Aspiración/neumonía | 9. Fuga del centro |
| 5. Hombro doloroso | |

Protocolos de actuación diagnóstico-terapéuticos

- Protocolos de valoración
- Protocolos de intervención terapéutica

Como criterio de calidad y minoración de la variabilidad clínica se requiere la protocolización o normalización de los procesos/procedimientos más frecuentes, más relevantes o de más riesgo, de modo que alrededor del 80% de las actuaciones deberían estar estandarizadas.

Requisitos de Coordinación y Control

Requisitos de control evolutivo

El Centro de Atención al DCA deberá realizar un seguimiento estandarizado de los pacientes, utilizando herramientas de valoración normalizadas para monitorizar la evolución de los aspectos motores (fuerza, coordinación, tono, marcha,...), funcionales, cognitivos, de comunicación, conductuales, dolor y de calidad de vida relacionada con la salud.

Las escalas de valoración y el modo de aplicación, así como la periodicidad y el modo de registro y comunicación se determinarán por un Comité Técnico designado por la Administración, siendo de obligado cumplimiento por todos los centros que ofrecen esta prestación asistencial a pacientes con DCA (ver Anexo II)

Requisitos de coordinación

a) Continuidad asistencial:

El Centro de Atención al DCA deberá tener establecidos de manera explícita los circuitos de coordinación con los recursos asistenciales con los que se relaciona, de modo que se garantice la continuidad asistencial y el intercambio de comunicación de manera fluida y bidireccional.

Establecer una coordinación formal con recursos externos (reuniones periódicas): Es recomendable que el equipo o algún representante del mismo (delegado), contacte periódicamente y de manera planificada, con los otros recursos que ofrecen una atención complementaria y de continuación a los pacientes que se atienden en la unidad de DCA. Igualmente, es recomendable la coordinación con la Asociación de afectados por el DCA más cercana al domicilio del paciente.

Como mínimo deberán establecerse circuitos de coordinación con el Hospital del Departamento de salud del paciente y Atención Primaria, así como los Servicios Sociales del departamento de procedencia de los pacientes.

b) Sistemas de información y comunicación:

Deberán implantarse las herramientas de comunicación y sistemas de información que permitan tanto una comunicación fluida y eficaz entre todos los dispositivos asistenciales implicados en la atención de pacientes con DCA, así como la evaluación a través de indicadores estandarizados. A estos efectos, la Consellería de Sanidad de la GVA propondrá el sistema de Información que estime más oportuno.

Atención al DCA en Régimen Ambulatorio

Criterios de Decisión

Criterios de inclusión en Programa de Neurorehabilitación Ambulatoria del DCA

Para ser incluidos en un programa de Neurorehabilitación en régimen ambulatorio, los pacientes con DCA deben cumplir los siguientes criterios:

- El paciente presenta alteraciones como consecuencia de una lesión cerebral aguda o subaguda (ver "Definición de Caso").
- Estable clínicamente que no precise hospitalización
- Mayor o igual de 16 años y menor de 75 años.
- Buena Situación funcional previa al episodio (I. Barthel > 60)
- Que tenga objetivos rehabilitadores físicos, funcionales, cognitivo o conductual (excepto que sólo tengan déficit motor, con normalidad en el resto de áreas)
- Que no haya recibido tratamiento neurorehabilitación en el periodo tras la lesión de 6 meses para déficit motor o menos de 1 año para afasia y alteración neuropsicológica.

* En pacientes en fase crónica (más de 1 año de la lesión), en los que no se haya realizado una neurorehabilitación previa, se puede considerar una atención de entre 1-3 meses para valoración, soporte y orientación familiar.

Criterios de exclusión

- Sólo presenta déficit motor. Se atenderá en los servicios de Rehabilitación general.
- Sólo déficit del lenguaje. Se atenderá en la unidad de logopedia del departamento.
- Haber sido dado de alta de un programa de Neurorehabilitación (centro específico).
- Más de un año transcurrido desde la lesión

Criterios de alta de Programa de Atención Ambulatoria de DCA

- Consecución de objetivos
- Estabilización clínico-funcional (sin mejora funcional relevante), durante 1-3 meses dependiendo del área afectada
- Duración máxima de 1 año de tratamiento o de 3 meses si se trata de un paciente en fase crónica al inicio del tratamiento (más de 1 año de la lesión)
- Alta voluntaria
- Exitus o enfermedad intercurrente que impida proseguir el proceso de rehabilitación
- Se haya superado el periodo autorizado para la rehabilitación

Criterios de seguimiento ambulatorio

Una vez dado de alta, se realizará el seguimiento del paciente a través de un recurso público, según la Organización de cada Departamento.

Duración de la atención ambulatoria

- Atención ambulatoria específica (centro sanitario especializado en DCA) en fase postaguda:
 - Recomendable: entre 6 semanas y 6 meses tras finalizar la fase subaguda.
 - Duración máxima autorizada: 1 año de tratamiento (tras finalizar la fase subaguda).
 - Los pacientes crónicos (de más de un año) que nunca han recibido tratamiento, deberán tener establecidos unos objetivos funcionales (adaptados a su entorno) con un máximo de tres meses.

NOTA: La recuperación de las alteraciones del lenguaje tipo afasia, pueden prolongarse más en el tiempo, pues se han visto mejoras significativas incluso más allá del año de tratamiento. En este sentido la continuidad de la atención seguirá los mismos criterios previamente detallados.

Criterios de derivación de pacientes a otros recursos asistenciales

Pueden diferenciarse distintas situaciones:

- El paciente empeora o tiene una evolución no prevista:
 - Empeoramiento agudo:
 - Derivar a Urgencias hospitalarias de su departamento.
 - Empeoramiento paulatino o evolución imprevista:
 - Derivar de forma preferente a revisión por el especialista responsable del paciente en su departamento (Médico rehabilitador o Neurólogo) o a su médico de Atención Primaria si se estima que el empeoramiento o evolución imprevista tiene un origen no neurológico.
- El paciente ya no mejora o lo hace muy lentamente o no se estima que no beneficia de la rehabilitación en el entorno sanitario:
 - Sigue con discapacidad que le dificulta la realización de las ABVD:
 - Derivar a servicios sociales para asignación de ayudas
 - Facilitar contacto con la Asociación de Afectados por DCA más próxima.
 - Discapacidad poco relevante:
 - Derivar a servicios sociales para valorar reinserción socio-laboral (si se estima oportuno)
 - Facilitar contacto con la Asociación de Afectados por DCA más próxima.
- El paciente ya no presenta déficit relevante:
 - Alta del centro y coordinación de seguimiento para garantizar la continuidad asistencial en sistema sanitario (Atención Primaria y/o Atención Especializada).

Identificaci3n de un Centro de Atenci3n Ambulatoria al DCA

Crterios

- Unidad f3sica con espacios diferenciados, adaptados y equipados para fisioterapia, terapia ocupacional, neuropsicolog3a y logopedia.
- Al menos un 25% del total de personas con DCA en tratamiento durante el a3o en curso son pacientes nuevos.
- El 60% de los ingresos son de personas con DCA en los que han transcurrido menos de 24 meses desde la lesi3n cerebral.
- Al menos el 80% de los pacientes diagn3stico etiol3gico caracter3stico de da3o cerebral adquirido: TCE, ictus, secuelas de tumores cerebrales, encefalitis, anoxia.
- El servicio debe contar como m3nimo con un m3dico rehabilitador, un neuropsic3logo/psic3logo cl3nico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, y logopeda. Debe existir un circuito de accesibilidad a otras especialidades como Neurolog3a/Psiquiatr3a de una forma r3pida (plazo m3ximo de 3 semanas). Los ratios son de 1 profesional de cada especialidad por cada 20 pacientes.
- Debe haber constancia de reuniones peri3dicas (al menos una reuni3n mensual) del equipo terap3utico (m3dicos y terapeutas de cada especialidad) con el fin de elaborar y revisar los planes de rehabilitaci3n.
- Cada paciente dispondr3 de un plan de rehabilitaci3n individualizado con objetivos espec3ficos en cada 3rea a lo largo del tiempo de tratamiento.
- Debe existir un plan de atenci3n a las familias que incluya informaci3n relativa a la evoluci3n de la persona con DCA.
- Los informes que se emiten desde la Unidad recoger3n informaci3n de todas las disciplinas rehabilitadoras involucradas en el tratamiento.

Requisitos Estructurales y Equipamiento

Instalaciones

Dise3o

El dise3o arquitect3nico de un edificio debe estar condicionado por su uso y destino. Un Centro para la atenci3n a personas con da3o cerebral debe adaptarse a las necesidades de sus usuarios y ser ante todo un lugar c3modo, accesible, amplio y que trasmite calidez. Para ello se tendr3n en cuenta cuatro caracter3sticas principales:

1. Funcionalidad:

Para que cumpla las funciones para las que se destina, el centro deber3 contar con al menos 4 tipos de espacios bien diferenciados:

- De tratamiento individualizado: despachos o consultas.
- De trabajo grupal: aulas, gimnasio.
- De uso com3n convivencial: comedor, sala polivalente, sala de espera.
- De uso asistencial: Servicios, sala de cambios o curas.

Es conveniente separar los espacios de tratamiento individualizado (despachos), de los de uso grupal y convivencial (aulas, salas polivalentes, gimnasio, comedor...). As3 mismo la distribuci3n de los Servicios deber3 estar dispuesta en lugares estrat3gicos y de f3cil acceso desde todos los puntos del centro

2. Comodidad:

El Centro deber3 permitir la entrada de los usuarios desde la calle con un f3cil acceso, sin barreras arquitect3nicas. Los espacios deber3n ser amplios, con pasillos que permitir3n, al menos, el paso simult3neo de dos sillas de ruedas. Puertas de f3cil manejo para personas con dificultades motrices, y zonas bien

diferenciadas mediante señales visuales para hacer más fácil su ubicación a los usuarios con problemas de orientación. Es preferible que el centro conste de un solo bloque arquitectónico para ahorrar superficie y desplazamientos.

3. Durabilidad:

Todos los pasillos y puertas deben disponer de una zona baja protegida contra golpes causados por los reposapiés de las sillas de ruedas. Los materiales utilizados para suelo y paredes deben ser de fácil limpieza y reparación, teniendo especial cuidado en utilizar materiales antideslizantes para evitar caídas.

4. Calidez:

Los usuarios van a pasar muchas horas en el centro, y para muchos será uno de los pocos sitios a los que pueda acudir a parte de su domicilio, por ello es importante que se sientan a gusto en este lugar. El Centro deberá contar con el máximo de iluminación natural y ventilación directa. En el caso de no disponer de suficientes ventanas, tener en cuenta los sistemas de climatización, además de un buen sistema de calefacción.

Accesibilidad

Las características del Centro se regirán por los criterios de accesibilidad universal y diseño aplicables a todos los lugares de atención al público. En este sentido, la habilitación del mismo estará condicionada por la supresión de barreras, no sólo arquitectónicas, sino también barreras en la comunicación, señalización (para que sea accesible a usuarios con dificultades cognitivas, de tal modo que se facilite el reconocimiento de espacios y servicios) y el acceso a nuevas tecnologías. En todo momento debe cumplir las normas técnicas sobre condiciones de accesibilidad de los entornos urbanos, espacios públicos, edificaciones y sistemas de información y comunicación que establezcan las leyes estatales y autonómicas.

Dependencias

La distribución de los espacios se basa en las necesidades del servicio a prestar. Los espacios que se describen deben entenderse con un enfoque funcional, es decir, un mismo espacio podría ser utilizado para distintas funciones en diferentes momentos, recomendándose la polivalencia de los mismos para un uso más eficiente de las instalaciones.

Las instalaciones para la atención a pacientes con DCA en régimen de hospitalización pueden dividirse en varias áreas:

1. Servicios Generales:

Destinados a la gestión y soporte de los servicios básicos, que comprenderá las dependencias destinadas a uso común convivencial, tanto de usuarios como de profesionales. Y aquellas necesarias para las tareas de Dirección y Coordinación, así como la gestión administrativa necesaria para el desarrollo de la política de recursos del Centro y gestión económica.

Estos servicios se consideran básicos para cualquier establecimiento sanitario de tipo hospital debiendo ajustarse a la normativa vigente, por lo que no se describirán aquí.

3. Área de Rehabilitación Integral (Hospital de Día)

Contarán con los siguientes espacios generales:

- Vestíbulo y zona de espera.
- Recepción
- 1 Despacho del coordinador
- 1 Sala de reuniones.
- 1 Comedor.
- 1 Sala Polivalente (descanso terapéutico).
- 1 Office del personal
- 2 Almacenes de material.
- 1 Almacén de limpieza.
- 1 Cuarto de instalaciones.
- 2 Servicios para pacientes y acompañantes (femenino y masculino).

- 2 vestuarios de personal (femenino y masculino)

Espacios de Atenci3n Directa a Pacientes:

A) De tratamiento individualizado:

- 1 Despacho de Neuropsicolog3a
- 1 Despacho de Logopedia.
- 1 Despacho de Terapia Ocupacional
- 2 Despachos de uso por distintos profesionales (tipo consulta).

B) De trabajo grupal:

- 1 Sala con equipamiento inform3tico para la rehabilitaci3n.
- 1 Sala de Actividades Ocupacionales y de estar.
- 1 Sala de Fisioterapia con vestuarios y servicios adaptados.
- 2 Salas para terapias espec3ficas (electroterapia, ultrasonidos, infiltraciones,...)
- 1 Sala de terapia ocupacional
- Aulas de trabajo grupal: 1ud/ 12 usuarios.
- Servicios adaptados para pacientes.

4. Servicio de Atenci3n a las familias:

- Sala Polivalente, esta sala podr3 ser la misma que utilizan los usuarios para descanso terap3utico, compatibilizando horarios.
- Despacho de entrevista e informaci3n a familiares (personal asistencial).

Equipamiento

Los dispositivos asistenciales ambulatorios deben contar al menos con el siguiente equipamiento y tecnolog3a en cantidad suficiente para atender al n3mero de pacientes que asisten:

1. Equipamiento m3dico general

Se dispondr3 de todo el equipamiento y utillaje necesario para realizar las funciones de exploraci3n, diagn3stico y planificaci3n del tratamiento (pulsiox3metro, gluc3metro, esfigmoman3metro, fonendoscopio, negatoscopio, goni3metro, martillo de reflejos, diapas3n, linterna de exploraci3n, camilla de exploraci3n, b3scula, tall3metro).

As3 mismo, deber3 disponer de:

- Desfibrilador mioc3rdico autom3tico.
- C3nulas de Guedel, dispositivo manual de ventilaci3n artificial tipo Amb3.
- Contenedores para material desechable que cumpla la normativa establecida para material biocontaminante.
- Material habitual de curas (agua oxigenada, alcohol, antis3pticos, suturas, compresas est3riles, esparadrapo de papel, y de tela, vendas de diferentes medidas, gasas hidr3fila est3riles, material espec3fico para cura de escaras, etc.).
- Gr3a para movilizaci3n de pacientes.
- Dispositivos de ayuda a la deambulaci3n como: sillas de ruedas, andadores, bastones, etc.

2. Mobiliario: el necesario para los despachos, salas de trabajo y salas de reuniones con dotaci3n de equipos y red inform3tica.

3. Equipamiento para fisioterapia:

- Jaula de Rocher
- Camillas de Bobath
- Andadores y Bastones
- Sillas de ruedas
- Escalera y rampa
- Pesos y mancuernas varios

-
- Cuñas de distintos tamaños
 - Espalderas
 - Espejo mural
 - Tablas y platos varios
 - Bipedestadores
 - Paralelas
 - Cicloergómetro
4. Equipamiento de electroterapia:
 - Termoterapia
 - Electroterapia
 5. Equipamiento para Logopedia
 - Material para realizar Técnicas miofuncionales
 - Pulsioximetría
 - Espesante para líquidos
 - Espejo de pared
 - Material de rehabilitación de lenguaje
 - Ordenadores para aplicación de terapias
 6. Equipamiento para Terapia Ocupacional:
 - Material de estimulación sensorio-perceptivo
 - Material de entrenamiento cognitivo
 - Material de entrenamiento en AVDs
 - Lastres
 - Sillas y mesas a distintas alturas
 - Espejos
 - Material de confección de férulas
 - Ordenadores para aplicación de terapias
 7. Equipamiento para Neuropsicología:
 - Material para valoración neuropsicológica amplia que incluya, al menos, evaluación de la atención, memoria de trabajo, funciones ejecutivas, trastornos de conducta, memoria, lenguaje, gnosias, función visuoespacial, praxias, conciencia de enfermedad y metacognición (conciencia social) con pruebas baremadas. Material orientativo: CPT-II de Conners, Color trails 1 y 2, TAVEC, Dígitos (WAIS III), Test de aprendizaje visuoespacial de Hopkins, Localización espacial de la WMS-III, Matrices (WAIS III), Fluencia categorial y semántica: Animales y FAS, WCST, Brixton test, BADS (Batería evaluación de función ejecutiva), Stroop, Test de denominación de Boston (BNT), Token test, Cubos (WAIS III), Figura compleja de Rey, Cuestionario DEX-BADS.
 8. Equipamiento tecnológico de ayuda a la Neurorrehabilitación:
 - Por ejemplo: rehabilitación virtual, sistemas de valoración y terapia cognitiva asistida por ordenador, brazo robotizado, casco de estimulación eléctrica o magnética, cinta de marcha con pantalla y biofeedback,...

Equipo Humano

El número de profesionales debe ser el suficiente para garantizar una intensidad de la Neurorrehabilitación según se refiere en el apartado correspondiente.

El equipo humano debe estar compuesto por los siguientes tipos de profesionales:

- El servicio debe contar como mínimo con un médico rehabilitador, un neuropsicólogo/psicólogo clínico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, y logopeda, además del apoyo de auxiliares de enfermería.

Criterios Normativos para la Atención al DCA en la CV

- Debe existir un circuito de accesibilidad a otras especialidades como Neurología y Psiquiatría de una forma rápida (plazo máximo de 3 semanas).
- Los ratios son de 1 profesional de cada tipo por cada 20 pacientes.

Funcionamiento y Metodología de Trabajo

Como elementos básicos de funcionamiento exigibles a todos los dispositivos asistenciales dirigidos a atender personas con Daño Cerebral Adquirido podemos identificar al menos los siguientes:

- La conformación de un equipo de trabajo multidisciplinar
- El trabajo en equipo y las reuniones periódicas de equipo
- La identificación de un coordinador de la Unidad, dispositivo asistencial o Programa de DCA
- La identificación de un profesional "coordinador" del paciente (Gestor del caso)
- La valoración integral y multidisciplinar orientada a detectar necesidades y definición de problemas asistenciales
- La planificación individualizada de la atención
- La rehabilitación integral e individualizada
- La orientación a los resultados funcionales y de calidad de vida
- La intervención familiar (de soporte y educación/adiestramiento)
- La planificación del alta
- La necesidad de asegurar una continuidad asistencial integrada
- La realización de un informe de alta multidisciplinar, en cada tránsito o cambio de dispositivo asistencial.
- Establecer criterios objetivos de inclusión y exclusión que garanticen la igualdad de derechos a recibir la asistencia.

Tipos de actividad en la atención ambulatoria al DCA

A nivel de atención ambulatoria al DCA se establecen tres tipos de actividad:

- **Valoración del paciente:** valoración y posteriormente indicación del recurso más adecuado
- Neurorrehabilitación ambulatoria
- **Seguimiento.** El paciente realiza terapias en otro sitio y acude a revisiones periódicas.

Objetivos de la Valoración:

- Determinar/confirmar si requiere tratamiento
- Definir los objetivos asistenciales y el plan de tratamiento: de la valoración debe derivar un informe y una propuesta de plan de intervención.
- Coordinar el tratamiento o el recurso más adecuado para el paciente.

Metodología de trabajo:

Los pacientes con daño cerebral, especialmente aquellos cuya lesión produce una repercusión funcional importante, deben considerarse como casos complejos y por tanto deben compartir las mismas premisas que se establecen en las estrategias de atención a la cronicidad:

- Gestión de caso
- Abordaje integral (bio-psico-social o integral)
- Trabajo en equipo multidisciplinar (atención integrada)
- Planificación individualizada, basada en objetivos asociados a necesidades asistenciales (problemas asistenciales)
- Valoración de resultados ligados a objetivos y metas asistenciales

Intensidad y frecuencia de las terapias e intervenciones

La planificación de las terapias e intervenciones deben ser individualizadas adaptándose a la situación y tolerancia de cada paciente. Para cada paciente se establecerá el plan de intervención especificándose la modalidad de intervención, la duración y la frecuencia de la misma, estableciendo el plan semanal de terapia. A continuación se establecen unas recomendaciones generales aplicables a la mayoría de los pacientes que se atienden en una unidad de DCA:

- Ofrecer atención en horario de Mañana y tarde
- Sesiones Terapia Motora: duración 45-60 horas; mínimo 2-3 sesiones semanales
- Sesiones Terapia Sensitiva y Funcional: duración 45-60 minutos; mínimo 2 sesiones semanales.
- Sesiones Terapia Cognitiva: duración 45-60 minutos; mínimo 2 sesiones semanales.
- Sesiones Logopedia: duración 45-60 minutos; mínimo 2-3 sesiones semanales.
- Terapia grupal (a pacientes): se estima como una terapia recomendable en determinados tipos de pacientes. Puede tener varias modalidades: funcional, cognitiva o logopédica.
- Intervención familiar (soporte y educación): todos los centros que atienden pacientes con DCA deben incluir en su programa asistencial la educación a familiares y cuidadores; igualmente debe plantearse la intervención familiar desde el punto de vista de soporte. Estos aspectos se consideran básicos y deben plantearse como unas tareas planificadas, registradas y evaluadas.
- Reuniones Equipo Asistencial-Familia: como mínimo al inicio y previo al alta. También son recomendables las reuniones periódicas para información formal, comunicación de objetivos y ajuste de expectativas con la familia.

Reducción de la Variabilidad Clínica

Protocolos de Seguridad del Paciente

La seguridad del paciente es un elemento clave en la asistencia sanitaria, especialmente en aquellas situaciones de discapacidad y de complejidad clínica. Se deben tener definidos al menos los siguientes protocolos de seguridad del paciente. Estos deben abordar tanto los aspectos de prevención como los de notificación y manejo de los incidentes acaecidos relacionados con la seguridad del paciente:

1. Errores de identificación
2. Caídas
3. Aspiración
4. Hombro doloroso
5. Cuadro confusional/Agitación
6. Fuga del centro

Protocolos de actuación diagnóstico-terapéuticos

- Protocolos de valoración
- Protocolos de intervención terapéutica

Requisitos de Coordinación y Control

Requisitos de control evolutivo

El Centro de Atención al DCA deberá realizar un seguimiento estandarizado de los pacientes, utilizando herramientas de valoración normalizadas para monitorizar la evolución de los aspectos motores (fuerza, coordinación, tono, marcha,...), funcionales, cognitivos, de comunicación, conductuales, dolor y de calidad de vida relacionada con la salud.

Las escalas de valoración y el modo de aplicación, así como la periodicidad y el modo de registro y comunicación se determinarán por la Conselleria de Sanidad, siendo de obligado cumplimiento por todos los centros que ofrecen esta prestación asistencial a pacientes con DCA (ver Anexo II)

Requisitos de coordinación

a) Continuidad asistencial:

El Centro de Atención al DCA deberá tener establecidos de manera explícita los circuitos de coordinación con los recursos asistenciales con los que se relaciona, de modo que se garantice la continuidad asistencial y el intercambio de comunicación de manera fluida y bidireccional.

Establecer una coordinación formal con recursos externos (reuniones periódicas). Es recomendable que el equipo a algún representante del mismo (delegado) contacte periódicamente con recursos externos que ofrecen una atención complementaria y de continuación a los pacientes que se atienden en la unidad de DCA. Igualmente, es recomendable la coordinación con la Asociación de afectados por el DCA más cercana al domicilio del paciente.

Como mínimo deberán establecerse circuitos de coordinación con el Hospital del Departamento de salud del paciente y Atención Primaria, así como los Servicios Sociales del departamento de procedencia de los pacientes.

b) Sistemas de información y comunicación:

Por otra parte, deberán acordarse e implantarse las herramientas de comunicación y sistemas de información que permitan una comunicación fluida y eficaz entre todos los dispositivos asistenciales implicados en la atención de pacientes con DCA.

Anexo I: Clasificaci3n de Pacientes Para Derivaci3n a Recursos Espec3ficos de DCA

- Herramientas de valoraci3n:

1- D3ficit funcional: para la gradaci3n del d3ficit funcional se emplear3 el 3ndice de Barthel. Gradaci3n del d3ficit: Leve: 60-90 p.; Moderado: 40-55 p; Grave: <= 35 punto

2- Marcha Terap3utica: puntuaci3n >2 en la Escala FAC o en la Escala de la Marcha de Sagunto.

3: D3ficit cognitivo: Para la Gradaci3n de "No d3ficit cognitivo o alteraci3n leve" el paciente debe tener una puntuaci3n de ≥ 25 en el test MoCA (Montreal Cognitive Assesment).

- Recurso o Destino:

A: Tratamiento y Control ambulatorio en su Departamento, seg3n requerimientos y causa origen del DCA

B: Domicilio con apoyo / Residencia asistencial / HACLE (Larga Estancia)

C: Centro de Atenci3n Ambulatoria al DCA

D: Centro de DCA en r3gimen de hospitalizaci3n

- Terapia Combinada: precisa atenci3n por al menos dos de las siguientes prestaciones: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Logopedia o Neuropsicolog3a.

Tipolog3a de pacientes con DCA seg3n d3ficit motor, funcional, cognitivo y pron3stico funcional				
	D3ficit Motor/Funcional Actual	D3ficit Cognitivo	Pron3stico Funcional esperado a Medio Plazo	Recurso/ Destino
A	Similar a situaci3n previa o leve empeoramiento	Similar a situaci3n previa o leve empeoramiento	Estabilizaci3n o Mejor3a	A
B	D3ficit funcional leve	No o leve ³	Estabilizaci3n o Mejor3a	A
C1	D3ficit funcional leve	Moderada o grave	No Mejor3a significativa	A
C2	D3ficit funcional leve	Moderada o grave	Mejor3a significativa	C
D1	D3ficit funcional Moderado. Permite transferencias. Marcha terap3utica ¹	No o leve ³	Estabilizaci3n (no mejor3a significativa)	A
D2	D3ficit funcional Moderado. Permite transferencias. Marcha terap3utica ¹	No o leve ³	Mejor3a significativa	Precisa Terapia Combinada ² : a) No: A b) Si: C
E1	D3ficit funcional Moderado a grave. Permite transferencias. Marcha terap3utica ¹	Moderada o grave	Estabilizaci3n o Mejor3a no significativa	B
E2	Moderado o grave. Permite transferencias. Marcha terap3utica ¹	Moderada o grave	Mejor3a significativa	D
F1	D3ficit funcional Moderado a grave. No permite transferencias. No marcha.	Cualquier situaci3n	Estabilizaci3n o Mejor3a no significativa.	B
F2	D3ficit funcional Moderado a grave. No permite transferencias. No marcha	Cualquier situaci3n	Mejor3a significativa	D
G	D3ficit funcional Moderado a grave. No permite transferencias. No marcha	Moderado a grave	Empeoramiento	HACLE UHD C. Paliativos

Anexo II: Herramientas de Valoración y Seguimiento de Pacientes

Herramientas estandarizadas para el seguimiento y control evolutivo de pacientes en tratamiento por DCA

* En azul se señalan las sugeridas por la Oficina Autónoma de Atención al DCA.

Dominio	Escala	A qué pacientes	Cuándo / cada cuándo
MOTOR			
- Fuerza muscular	Índice motor	A todos	Inicial, mensual y al alta
- Control postural	Test de Control del Tronco (TCT)	A todos	Inicial, mensual y al alta
- Marcha	Functional Ambulation Categories (FAC)	A todos	Inicial, mensual y al alta
	Escala de la Marcha de Sagunto	A todos	Inicial, mensual y al alta
	Escala de Tinetti	A todos	Inicial, mensual y al alta
- Equilibrio	Escala de equilibrio de Berg	A todos	Inicial, mensual y al alta
	FIST	A todos	Inicial, mensual y al alta
- Capacidad manipulativa *Alguna de éstas	Frenchay Arm	Afectación MS	Inicial, mensual y al alta
	Nine Peg Hole Test	Afectación MS	Inicial, mensual y al alta
	Escala de Mano Hospital de Sagunto	Afectación MS	Inicial, mensual y al alta
	Box and Block	Afectación MS	
COGNITIVO			
TCE	ERLA	Pacientes TCE	Inicial y seguimiento
	GOAT	Pacientes TCE	Inicial y seguimiento
(a definir1)	Screening Cognitivo	Resto pacientes	Inicial
(a definir2)	Seguimiento Cognitivo	P. con déficit cognitiva	Seguimiento periódico
CONDUCTA			

1- Se definirán las funciones cognitivas que se deberán estudiar en una valoración inicial. Cada centro confeccionará y remitirá su protocolo para su validación por la Oficina Autónoma de Atención al DCA (Comité Técnico de DCA)

2- Debe incluir el seguimiento periódico de al menos de las funciones cognitivas más afectadas en la valoración inicial.

Criterios Normativos para la Atención al DCA en la CV

Dominio		Escala	A qué pacientes	Cuándo / cada cuándo
Conducta y Emoción	FBI		Patrón de conducta Frontal	Inicial y mensual
	NPIQ		Patrón parieto-Temporal	Inicial y mensual
	HADS		A todos	Inicial y mensual
COMUNICACIÓN				
- Afasia	Western Afasia (Batería)		Pacientes con afasia	Valoración inicial
	Test Boston		Pacientes con afasia	Valoración inicial
	TOKEN test		Pacientes con afasia	Valoración inicial
	MAST		Pacientes con afasia	Valoración inicial, mensual y final
	ASRS		Pacientes con afasia	Inicial y final
FUNCIONAL				
- Disfagia	MECV-V		A todos	Inicial
- ABVD	Índice de Barthel		A todos	Inicial/mensual/alta
- AIVD	DRS (TCE)		Pacientes TCE	Inicial/mensual/alta
	FAQ de Pffefer		Ictus	Inicial/alta
	Escala de Lawton y Brody		A todos	Inicial/alta
- Global	Test del Informador		A todos	Inicial
	GOS Extended (GOSE)		TCE	
	FIM/FAM		A todos	Inicial/mensual/alta
	Escala Rankin		Ictus	Inicial y al alta
	DRS (Disability Rating Scale)		Pacientes TCE	Inicial/mensual/alta
	NIHSS		Ictus	Inicial
DOLOR				
	Escala Visual Analógica (EVA)		Si dolor persistente	A la detección del dolor y diaria.
CVRS (Calidad de Vida Relacionada con la Salud)				
	EuroQOL		Ictus	Inicio y Alta

Criterios Normativos para la Atención al DCA en la CV

Dominio	Escala	A qué pacientes	Cuándo / cada cuándo
	QOLIBRI	TCE	Alta
	Community Integration Questionnaire (CIQ)	TCE	Alta
General			
Clasificación del DCA	Clasificación DCS (PIDEX-2)	A todos	Inicial y mensual y alta
	CIF	A todos	Inicial