

**ESTRATEGIA PARA LA ATENCIÓN AL DAÑO CEREBRAL
ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA**

Índice

INTRODUCCIÓN	4
Definición de Conceptos Clave	4
JUSTIFICACIÓN	9
SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN AL DCA EN LA CV	11
Necesidades de atención al DCA-NRHB en la Comunidad Valenciana.....	11
Estimación de Costes.....	14
Oferta Asistencial Actual en la Comunidad Valenciana (Enero 2017).....	15
Situación Actual de Uso de Recursos para Atención al DCA (Datos 2015)	16
Conclusiones del Grupo de Expertos:.....	18
LÍNEAS GENERALES DE LA ESTRATEGIA.....	19
Retos de Futuro.....	19
I.- POLÍTICAS ASISTENCIALES.....	20
Misión de la Estrategia para la Atención al DCA en la CV	20
Visión de la Estrategia para la Atención al DCA en la CV	20
Principios Generales de la Asistencia al DCA	20
Objetivos:	23
II.- MODELO DE ATENCIÓN AL DCA EN LA CV	24
Definición de Caso de DCA.....	24
Definición de la Red Asistencial para la Atención al DCA	24
Niveles Asistenciales en la Red DCA	27
Objetivos:	28
III.- MAPA ESTRATÉGICO PARA LA ATENCIÓN AL DCA EN LA CV	30
Criterios Básicos para el Establecimiento del Mapa Estratégico.....	30
Objetivos:	31
Mapa Estratégico para la Atención al DCA en la CV (Nivel de NRHB):	32
IV.- NORMALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA	34
Recomendaciones de Funcionamiento en los Centros de Atención al DCA.....	34
Metodología de Trabajo en los Centros de Atención al DCA	35
Criterios de Asignación a Ámbito Asistencial.....	35
Criterios de Inclusión en Programa de Neurorehabilitación	35
Objetivos:	39
V.- DOTACIÓN Y HOMOGENIZACIÓN DE RECURSOS.....	40
Objetivos:	40
VI.- CONTROL, SEGUIMIENTO Y GARANTÍA DE CALIDAD	41
Requisitos de Coordinación y Control.....	41
Estructura organizativa para el Control, Seguimiento y Garantía de Calidad	41

Circuito de Solicitud de Derivación y Seguimiento de Pacientes con DCA	44
Objetivos:	46
VII.- GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO.....	47
Objetivos:	47
VIII.- INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN AL DCA	48
Objetivos:	48
NOTAS FINALES.....	49
BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA.....	50
Anexo I: Clasificación de Pacientes Para Derivación a Recursos Específicos	54
Anexo II: Líneas Estratégicas y Objetivos Estratégicos Asociados	55

INTRODUCCIÓN

El Daño Cerebral Adquirido (DCA) es una situación clínico-funcional que puede ser ocasionada por diversas causas. En nuestro medio, el 80% de los casos de DCA son debidos a ictus o enfermedad cerebrovascular aguda, cuya incidencia y prevalencia aumenta proporcionalmente al incremento de la esperanza de vida de la población.

Tras la fase aguda de la enfermedad o proceso patológico que origina el DCA, los pacientes quedan inicialmente con diversos tipos de déficit y de intensidad variable, que pueden ser recuperables en la medida en la que se apliquen terapias adecuadas. La valoración de los pacientes en esta situación, así como el diseño y aplicación de las terapias más adecuadas dirigidas a la recuperación motora, funcional y cognitiva de los pacientes es lo que se denomina “Neurorehabilitación” (NRHB).

Actualmente, la alternativa científicamente demostrada más eficaz para el tratamiento de los pacientes afectados por el DCA es la Neurorehabilitación en sus distintas modalidades y técnicas. Esta disciplina requiere de una serie de conocimientos y habilidades específicas así como de un equipamiento e instalaciones concretas, por lo que sólo puede realizarse con garantía en centros que dispongan de una dotación de personal, equipamiento e instalaciones adecuadas y con una metodología de trabajo específica, que asegure una adecuada valoración y planificación integral, individualizada y coordinada de cada paciente y la de su correspondiente entorno socio-familiar.

Las consecuencias del DCA así como el consecuente proceso de NRHB necesario para la máxima recuperación posible las personas afectadas, es un proceso dilatado en el tiempo que puede extenderse incluso décadas. A lo largo de este proceso asistencial intervienen diversos agentes, en distintos ámbitos de atención y con objetivos complementarios que buscan como resultado final –u objetivo común- conseguir la máxima autonomía y participación social de la persona afectada y el restablecimiento de las redes sociales de las personas que no estando enfermas, participan de los efectos del DCA (cuidadores, familiares, entorno laboral,...). La integración de todos estos agentes para lograr estos objetivos sigue siendo un reto, que hoy en día puede beneficiarse del gran desarrollo que se está produciendo en el terreno de los sistemas de información, las redes sociales y la progresiva disponibilidad de conexión entre todos los agentes asistenciales y personas afectadas. Igualmente la -cada vez más implantada- cultura del trabajo en equipo y del trabajo en red pueden ser otros elementos que puedan facilitar la necesaria integración del proceso asistencial para que las personas afectadas puedan lograr los objetivos previstos.

En este documento se plasman las líneas estratégicas de trabajo que desde la Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública se pretende desarrollar para hacer que la atención a las personas afectadas de DCA sea de calidad, sostenible y justa o equitativa, de modo que las personas de la Comunitat Valenciana que sufran este proceso puedan alcanzar los mejores resultados sobre su salud y calidad de vida.

Definición de Conceptos Clave

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.

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.

Las causas más frecuentes en nuestro medio son:

- Ictus (80% en España y en la CV)
- TCE
- Secuelas neuroquirúrgicas
- Secuelas de anoxia cerebral
- Enfermedades inflamatorias e infecciosas del SNC

Fases Evolutivas de los Pacientes con DCA

Desde el establecimiento de la lesión inicial hasta que se considera que el paciente está en situación de secuela o mantenimiento (*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, es 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 Neurorehabilitación debe establecerse tanto en el ámbito hospitalario como sobre todo el ambulatorio.
- **Estadio crónico de mantenimiento:** 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 siguen estando presentes, por lo que sigue siendo posible entrenar y potenciar las funciones conservadas 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

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.

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
 - Cultura y entretenimiento, educación y formación.

Tipología de Casos de DCA

Existen distintas causas de DCA y la lesión cerebral puede tener igualmente diferentes consecuencias. Por otra parte, dependiendo de distintas variables, un paciente puede tener un pronóstico de supervivencia y de recuperación de sus déficit muy variable. Debido a toda esta variabilidad es necesario que para la organización de la atención y la dotación de los recursos, así como el establecimiento de los circuitos de continuidad asistencial agrupemos a las personas afectadas por DCA bajo una serie de criterios.

Para la clasificación de los pacientes con DCA, en este documento se tienen en cuenta básicamente tres parámetros:

- Pronóstico funcional
- Grado de afectación funcional tras la fase aguda
- Grado de afectación cognitiva y conductual

La **edad** del paciente no es un criterio condicionante en sí mismo, sino que está en relación a la situación de salud y funcionalidad previa y se considera representado dentro del criterio de 'Pronóstico Funcional'.

Instrumentos para la Valoración

Un instrumento de valoración es una herramienta homologada que ha sido considerada de utilidad para la valoración de los pacientes afectados por DCA, pudiéndose utilizar también para valorar la evolución de los déficit y otras manifestaciones. Los instrumentos de valoración suelen presentarse en forma de escala, con un formulario que facilita su registro y un documento con instrucciones para su utilización, puntuación y valoración.

Los instrumentos de valoración y de control del seguimiento de los pacientes son numerosos y a menudo no se puede decir que uno es mejor que otro, dependiendo sobre todo de la experiencia de un determinado profesional o equipo en su uso. Por tanto es complejo y no exento de conflictividad el recomendar el uso de unas escalas sobre otras. De todas maneras en esta Estrategia el Comité Técnico de DCA sí ha hecho un esfuerzo en ponerse de acuerdo

en la recomendación de unas sobre otras, recomendando sobre todo el uso de escalas que se estén al menos validadas bien a nivel internacional y preferiblemente a nivel nacional.

Neurorrehabilitación

Es un proceso clínico complejo dirigido a restituir, minimizar y/o compensar las alteraciones funcionales aparecidas en la persona afectada por una discapacidad como consecuencia de una lesión del sistema nervioso.

Cuando aparece una gran discapacidad, como la producida por un daño cerebral severo, la persona que la sufre aprecia de forma súbita una alteración en sus capacidades, estilo de vida y proyectos, así como también una importante afectación afecta en el ámbito de sus relaciones familiares y sociales. Como respuesta a esta situación sobrevenida, se debe establecer el aprendizaje de una "nueva manera de vivir", tanto en su dimensión física como psíquica y social.

En este contexto, la Neurorrehabilitación tiene como objetivo influir positivamente en las aptitudes y actitudes de la persona con discapacidad, y en su entorno afectivo; en las aptitudes para conseguir en cada caso el mayor grado de autonomía personal posible y en las actitudes para procurar restablecer la autoestima y una disposición emocional constructiva capaz de adaptarse a la nueva situación y potenciar los recursos personales, con el fin de lograr una reinserción social activa y satisfactoria.

Para que sea de efectiva y de calidad, la Neurorrehabilitación debe ser:

- **Holística o integral.** Debe tener en cuenta tanto los aspectos físicos y cognitivos como los psicológicos, sociales y culturales que inciden en la personalidad del paciente, su etapa evolutiva y su estilo de vida, así como en su familia.
- **Orientada al paciente e individualizada.** Desarrollo personalizado de estrategias asistenciales centradas en el paciente y su grupo familiar.
- **Integradora.** Los planes asistenciales los deben diseñar y realizar equipos multidisciplinares constituidos por profesionales motivados, altamente capacitados y entrenados en el trabajo interdisciplinario.
- **Participativa.** Se debe contar con la cooperación activa del paciente y su familia; para ello, es imprescindible una correcta información y una óptima relación de confianza con el equipo terapéutico.
- **Ecológica.** En la intervención terapéutica se debe intentar dotar al paciente de la máxima autonomía posible, procurando en cada caso limitar las dependencias asistenciales o tecnológicas a las imprescindibles.
- **Continuada.** Se deberán tener en cuenta las diferentes necesidades del paciente a lo largo de toda su vida, así como asegurar la continuidad asistencial desde la fase inicial de instauración de la lesión hasta las posibles complicaciones que puedan surgir en fases posteriores.
- **Resolutiva.** Se debe disponer de los medios humanos y materiales más adecuados para resolver eficazmente, y en cada situación, los problemas de cada paciente.
- **Adaptable al entorno social.** En cada caso, deberán buscarse las respuestas que se adapten a las características específicas de la comunidad y, al mismo tiempo, se influirá en la creación de recursos sociales que favorezcan la mejor inserción social posible de la persona con discapacidad.

Proceso Asistencial Integrado

Definición de Recurso/Destino de Derivación

Se denomina recurso asistencial de destino o derivación a todos aquellos elementos del sistema asistencial (sanitario y no sanitario) que pueden utilizarse como medios a efectos

de alcanzar una continuidad de la asistencia de las personas afectadas (en nuestro paso de DCA)

En este documento nos referiremos a:

- Recursos asistenciales sanitarios: aquellos que dependen del sistema sanitario. Principalmente: Hospital de Agudos, Atención Primaria, Hospital de Crónicos, Unidades de DCA en hospitalización y ambulatorias, hospitales de día, transporte sanitario, etc...
- Recursos asistenciales sociales: en este capítulo incluiremos los que dependen a nivel institucional del sistema social: ayudas a domicilio, residencias, centros de día, etc...
- Recursos asistenciales comunitarios: los que dependen de la estructura social cercana a los afectados: círculo familiar, amigos y vecinos, asociaciones de personas afectadas por DCA, asociaciones de voluntarios, servicios dependientes de corporaciones municipales, etc...

Centro de Atención al DCA

La atención al DCA se realiza en determinados centros, en distintos ámbitos y con distintos objetivos. Los centros en los que se atiende con especial dedicación a personas con DCA los denominaremos "Centros de Atención al DCA". Según el ámbito pueden dividirse en:

- **Ámbito Sanitario:**
 - o Hospitalización en Unidad de DCA
 - o Unidad de Atención Ambulatoria a personas con DCA
- **Ámbito Social**
 - o Centro de Día de Atención al DCA
- **Ámbito Comunitario**
 - o Asociaciones de Afectados por DCA
 - o Otros

JUSTIFICACIÓN

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre Anexo III (**CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA**), capítulo 5 (Indicación o prescripción, y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos), puntos 5.1.6, 5.1.7, 5.3.4 y 5.8 **Regula la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud** señala:

- *Rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable: Comprende los procedimientos de diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de pacientes con déficit funcional, encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de reintegrarlo en su medio habitual. Se incluye la rehabilitación de las afecciones del sistema musculoesquelético, del sistema nervioso, del sistema cardiovascular y del sistema respiratorio, a través de fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia que tenga relación directa con un proceso patológico que esté siendo tratado en el Sistema Nacional de Salud y métodos técnicos.*

Según datos de los Sistemas de Información del Sistema Sanitario (CMBD), en la Comunidad Valenciana cada año se producen más de 12000 altas hospitalarias de personas que ingresaron por problemas que producen lesión cerebral. De ellas alrededor de 8000 sobreviven un mes después, de las cuales entre un 40 a 50% sufren limitaciones de distintos tipos e intensidades que potencialmente pueden recuperarse si se les aplica un tratamiento neurorrehabilitador específico. Por otro lado, estas personas viven durante muchos años con diversas discapacidades que requieren igualmente ser atendidas y tenidas en cuenta a la hora de considerar la reincorporación a sus roles sociales. En la Comunitat Valenciana este colectivo supone entre 56 y 60000 afectados directos, a los que hay que sumar a las personas del entorno familiar también afectadas al tener que facilitarles una serie de cuidados y atenciones concretos.

En otro orden de cosas las personas con DCA no pueden identificarse en el sistema, al no haber ningún código (Código DCA) a través del cual se las pueda “marcar” en los Sistemas de Información, de modo que podamos evaluar las necesidades de atención y los resultados de la misma. De este modo, podemos afirmar que los pacientes con DCA son un colectivo “invisible” para nuestro Sistema Sanitario, siendo este uno de los aspectos básicos para esta estrategia: poder identificar a los usuarios potencialmente beneficiarios de la atención que estamos tratando de normalizar y ofrecer a los ciudadanos.

Para atender toda esta demanda potencial el Sistema Sanitario Valenciano cuenta con una red asistencial muy capacitada para atender las situaciones agudas y urgentes, pero la atención en las fases subagudas, postagudas y de mantenimiento de las personas que a consecuencia de dichos procesos quedaron con déficit son más deficitarias.

En una lógica del esfuerzo, tras muchos años de inversiones para mejorar la atención en las fases agudas con implantación del código ictus, el establecimiento de Unidades de Ictus en muchos centros y la puesta en marcha del intervencionismo endovascular en situación de urgencia, lo cual no sólo salva vidas, sino que reduce las consecuencias de las lesiones, parece que llega el momento de ir más allá tratando de ofrecer a las personas que a pesar de todo ello quedaron con déficits importantes, los medios terapéuticos que hoy en día nos ofrecen los avances en el campo de las neurociencias.

Desde el enfoque de las neurociencias podemos decir:

- Las alteraciones observables en los pacientes con ictus son consecuencia de una disfunción del Sistema Nervioso Central, por ello las estrategias de la rehabilitación de esta patología deben tener un enfoque basado en el modelo de las neurociencias, incluyéndose así en el ámbito de la Neurorrehabilitación (NRHB).
- En la actualidad este modelo se basa en la concepción del cerebro como un órgano modular, considerando el conectoma humano, las leyes de conectividad neural y la neuroplasticidad como conceptos centrales en la comprensión tanto del funcionamiento cerebral como en los procesos de recuperación y reorganización neural tras su lesión.

- Los avances en el campo de la psicofarmacología, la neurotecnología y la neuropsicología han aportado nuevas herramientas y enfoques en el campo de la NRHB. Recientemente se han desarrollado avances en el campo de la neurotecnología, como la rehabilitación virtual, la robótica y las interfaces cerebro-máquina que en un futuro próximo esperamos que estén disponibles en la práctica clínica habitual. Por otra parte, el campo de la Neurorrehabilitación ha incorporado otras tecnologías que pueden utilizarse tanto para evaluar el funcionamiento cerebral, como para monitorizar su evolución durante el proceso de NRHB, como son la Resonancia Magnética Funcional (RMf), los estudios de Tractografía cerebral (TGC) por imágenes de tensor de difusión, la Tomografía por Emisión de Positrones (PET), la Tomografía Computerizada por Emisión de Fotones Simples (SPECT), la Magnetoencefalografía y otras técnicas diagnóstico-terapéuticas como son la Estimulación Magnética Transcraneal (EMT) o la Estimulación Eléctrica Transcraneal de baja intensidad (tdcs).
- Muchas de estas tecnologías ya están disponibles, aunque su accesibilidad en la práctica clínica sigue siendo limitada; sin embargo, somos conscientes de que el desarrollo de la NRHB en la oferta asistencial habitual, deberá también contar con estas tecnologías como recursos “ordinarios” en la evaluación de los pacientes afectados por un ictus.

En los últimos años se ha hecho un gran esfuerzo para dotar puestos de NRHB en el Sistema Sanitario Públicos en régimen de hospitalización, alcanzando actualmente las 135 camas disponibles en la Comunidad Valenciana con capacidad para atender hasta 800 casos anuales, lo cual puede considerarse -a día de hoy- razonablemente suficiente. Sin embargo, la situación en la atención ambulatoria de las personas con DCA es claramente insuficiente, supliéndose en la mayoría de ocasiones mediante la derivación a centros privados a través de la denominada “actividad no concertada”.

Esta actividad ambulatoria “no concertada” no está adecuadamente normalizada, se solicita de manera muy irregular y arbitraria, encontrándonos con diferencias muy marcadas en su utilización entre los diversos departamentos, lo cual es una fuente de inequidad intolerable para nuestro Sistema Sanitario. Por otra parte, los costes por procesos también son muy variables de una empresa a otra, así como la duración de los tratamientos. La solución de este problema es una de las prioridades de esta estrategia: normalizar la asistencia y organizar la atención ambulatoria del DCA, bien con medios propios, bien con medios privados pero regulados a través de los conciertos que se estimen oportunos.

Tanto los aspectos concernientes al cumplimiento de la ley en términos de oferta de cartera de servicios, atender a la población afectada, implementar los avances científicos actuales, así como garantizar una atención de calidad, sostenible y equitativa justifican el diseño e implementación de una estrategia diferenciada para mejorar la atención a las personas afectadas por DCA en la Comunidad Valenciana, continuando con la lógica general ir mejorando progresivamente la salud de los valencianos y con ello la calidad de vida de la población.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN AL DCA EN LA CV

Necesidades de atención al DCA-NRHB en la Comunidad Valenciana

Datos Epidemiológicos

Según los datos obtenidos de las altas de hospitalización en centros públicos de la Comunidad Valenciana (CMBD), en el ejercicio 2015 se documentaron 12530 pacientes con DCA, de los cuales 117 eran población infantil (<=15 años)

El 80% de pacientes que actualmente requieren asistencia por Daño Cerebral Adquirido (DCA) –en el sistema público- son personas que han sufrido un ictus y el resto (20%) son debidas a otras causas: Traumatismo craneoencefálico, secuelas neuroquirúrgicas (intervenciones de tumor cerebral, aneurismas, hidrocefalia,...), enfermedades inflamatorias (meningitis, encefalitis y enfermedades desmielinizantes).

Teniendo en cuenta las tasas de mortalidad a los 30 días (18%), a los 6 meses (26%), la tasa de recuperación tras fase aguda (20-25%) y la tasa de discapacidad a los 6 meses en los supervivientes al ictus (44%) y extrapolando estos datos al resto de causas, podemos considerar una incidencia anual de 81 casos de discapacidad por DCA por cada 100.000 habitantes.

Tabla 1: Datos epidemiológicos de incidencia del DCA

Departamento	Sexo	Grupo Edad	2014	2015
Total			12.286	12.530
	Varón	>15 años	6.708	6.949
	Mujer		5.451	5.464
		<=15 años:	127	117

Incidencia DCA en la CV	
Poblacion (ciudadanos)	5023308
Incidencia Ictus (por 100.000 h)	180
Total ictus	9042
Incidencia resto DCA	26,8%
Total Resto DCA	3311
Total DCA (Adultos)	12353
Evolución (datos inferidos de estadística)	
Mortalidad fase aguda (10%)	0,1
<i>Supervivientes fase aguda DCA</i>	11118
Mortalidad 30 días (18%)	0,18
<i>Supervivientes a los 30 días:</i>	10129
Resuperación tras fase aguda (20-25% de supervivientes)	0,23
<i>Supervivientes en fase aguda con afectación</i>	7800
Mortalidad 6 meses (26%)	0,26
<i>Supervivencia a los 6 meses</i>	9141
Discapacidad a los 6 meses (en supervivientes)	0,44
Total discapacidad anual por DCA	4022
Incidencia Discapacidad anual por DCA por 100.000 h	80

Estimación de Necesidades Normativas

a) En fase aguda

Corresponde a la fase inicial de hospitalización. Es la fase de "lesión". Se divide en fase crítica y fase aguda.

La duración habitual es entre 7-10 días. Algunos pacientes pueden requerir más tiempo por la intensidad de las lesiones, por complicaciones sobrevenidas o por el requerimiento de otras intervenciones como ingreso en UCI o abordaje neuroquirúrgico.

Salvo los pacientes que fallecen antes de ingresar en el hospital, el resto requerirá ingreso en un centro hospitalario departamental y algunos requerirán atención hospitalaria en centros terciarios (neuroquirúrgico, por ejemplo).

b) En fase subaguda

En esta fase se inician los procesos bioquímicos y citológicos de **neuroreparación**. En esta fase ya se inicia la rehabilitación, generalmente de baja intensidad dada la situación del paciente. Se instauran medidas dirigidas a prevenir recurrencias (del ictus), complicaciones de la inmovilización, hombro doloroso, convulsiones, espasticidad,...

Esta fase suele durar entre 15 días y 1 mes. La mayoría de los pacientes se benefician de una estancia hospitalaria para cuidados, prevención de complicaciones e inicio de la rehabilitación multimodal.

Según los datos, tras excluir a) mortalidad a los 30 días, b) los pacientes con recuperación espontánea y c) los pacientes en los que se considera poco probable una recuperación relevante, nos queda un 20-25% de afectados que requerirán esta prestación, suponiendo un total de unos 2000 pacientes año en la Comunidad Valenciana.

Estimando una estancia hospitalaria media de unos 60 días¹ (índice de rotación de 6) esto supone una **necesidad normativa** de unas **330** camas dedicadas. Es decir aproximadamente unas **33 cada 500.000** habitantes o **6-7 camas por 100.000** habitantes.

c) En fase postaguda

Tras la fase de neuroreparación se inicia la fase de **neuroplasticidad** en la que el cerebro genera nuevos circuitos neuronales para intentar dar respuesta a los requerimientos funcionales del individuo. Es la fase de neurorehabilitación por antonomasia. En esta fase, la rehabilitación debe ser intensiva y multimodal (motora, sensorial, funcional, cognitiva y conductual) y *orientada a la tarea*. Además se trabaja con el entorno socio-familiar del paciente para facilitar su adaptación posterior tras el alta.

Esta fase puede durar entre 6 semanas y 6 meses dependiendo de muchas variables. Algunos pacientes puntuales pueden requerir rehabilitación integral incluso más allá del año.

Al inicio de esta fase el paciente puede requerir todavía algunas semanas de atención hospitalaria, pero la mayor parte de esta fase debe tratarse en régimen ambulatorio por centros y equipos específicos.

En esta fase se tratan la mayoría de pacientes tras la fase de hospitalización en situación subaguda y aquellos pacientes que tras la fase aguda no requirieron rehabilitación pero sí atención ambulatoria (tenían un déficit motor mínimo, pero déficit relevantes a nivel cognitivo, conductual o lenguaje). Esto supone alrededor del 30% de supervivientes, es decir alrededor de 1900 personas. Teniendo en cuenta un periodo de rehabilitación medio de 6 meses por cada caso (índice de rotación de 2), ello supone una necesidad de unas **26 plazas de atención ambulatoria por cada 100.000 habitantes**.

d) En fase crónica/mantenimiento

El **44% de supervivientes tras el DCA** quedará con secuelas; dependiendo de la intensidad de las mismas requerirán un mantenimiento y un esfuerzo de reinserción y de

¹ La estancia actual es de 80-90 días. Sin embargo, se estima que si hay una red adecuada de atención ambulatoria al DCA, los pacientes podrían abandonar el hospital precozmente y proseguir su recuperación a nivel ambulatorio.

adaptación a su entorno, lo cual debería ser abordado desde las estancias de Bienestar Social, las Corporaciones Municipales y recursos comunitarios como las asociaciones de afectados por el DCA, así como desde recursos dependientes de las Administraciones de Empleo y Educación que faciliten la reincorporación de los pacientes al mundo laboral y educativo respectivamente.

Estimación de Necesidades Expresadas

Dada la situación de partida actual con una limitación importante de la demanda, se estima una demanda del 50% para la atención hospitalaria y del 60% de la atención ambulatoria. Ello origina una necesidad de 3,2 camas de hospitalización y 14 plazas de atención ambulatoria por 100.000 habitantes en centros de atención al DCA.

NOTA: En amarillo se señalan las casillas que son variables y para las que se ha realizado una estimación "media", pudiendo realizarse análisis de sensibilidad de máximos y mínimos.

ANALISIS DE NECESIDADES ASISTENCIALES PARA LA ATENCIÓN AL DCA

Tabla 2: Necesidad Normativa según fase del DCA	
Atención en fase Aguda (todos): hospitalización en "Agudos"	7836
Atención en fase Subaguda/Postaguda: hospitalización específica	
Tasa de necesidades en fase subaguda (en relación a agudos)	25%
Total casos	1959
Estancia esperada	60
Índice de rotación de camas	6
Necesidades de camas de hospitalización fase subaguda	322
Necesidades de camas por 100.000 habitantes	6
Atención en fase Subaguda-Postaguda: Ambulatoria específica	
Tasa de necesidades de atención Ambulatoria (sobre supervivientes)	40%
Total casos con requerimientos de atención ambulatoria del DCA	2570
Duración media tratamiento ambulatorio (semanas)	24
Índice de rotación de plazas de atención ambulatoria DCA	2
Necesidades de plazas de A. Ambulatoria en CV (año)	1186
Necesidades de plazas para A. Ambulatoria DCA por 100.000	24

Tabla 3: Análisis de la Demanda (Necesidad Expresada)	
Necesidad Expresada Hospitalización (%):	50
Necesidad Expresada Atención Ambulatoria (%):	60
Demanda de Hospitalización (casos totales)	980
Estancia mediana hospitalización	60
Índice de rotación de camas	6
Necesidades de camas de hospitalización fase subaguda	161
Necesidades de camas hospital fase subaguda por 100.000 h.	3,2
Demanda de Atención Ambulatoria (casos totales)	1542
Días tratamiento ambulatorio (3/semana * nª semanas)	72
Índice de rotación de plazas de atención ambulatoria DCA	2
Necesidades de plazas para atención ambulatoria DCA	685
Necesidades de plazas para A. ambulatoria DCA por 100.000	13,6

Estimación de Costes

Con ello, teniendo en cuenta un coste propuesto de 240 euros por estancia de hospitalización y 80 euros por sesión de tratamiento ambulatorio, se puede llegar a una estimación de costes.

Dependiendo de la tasa de prestación que se necesite concertar, la partida de gasto – presupuesto- a reservar puede ser variable. Sugerimos para este análisis una tasa de concierto del 30% para la hospitalaria y del 65% de la ambulatoria.

NOTA: En amarillo se señalan las casillas que son variables y para las que se ha realizado una estimación “media”, pudiendo realizarse análisis de sensibilidad de máximos y mínimos.

ANÁLISIS DE COSTES PARA LA ATENCIÓN AL DCA

Tabla 4: Estimación de Costes (estimación económica media)

Costes totales (Neurorehabilitación del DCA)	
Coste estancia hospitalización	240
Coste día tratamiento ambulatorio	80
Coste Total Hospitalización DCA	14.105.449 €
Coste Total Atención Ambulatoria DCA	8.883.047 €
Total Coste Atención al DCA CV/Año (NRHB)	22.988.496 €

Tabla 5: Estimación de Costes de la actividad concertada

Coste Estimado Actividad Concertada	
Actividad concertada Hosp talización	25,0%
Act vidad concertada Atención Ambulatoria DCA	65,0%
Coste Actividad Concertada Hospitalización	3.526.362 €
Coste Actividad Concertada Atención Ambulatoria	5.773.981 €
Total Coste Atención Concertada para el D A	9.300.343 €

Vemos que la estimación de las necesidades de atención y de los costes derivados depende de muchas variables (Tabla 6). Se ha diseñado una herramienta de cálculo a través de la cual se pueden hacer análisis de sensibilidad simulando cambios en cada una de ellas.

Tabla 6: Variables para el análisis de sensibilidad en el cálculo de costes

Variable para análisis de sensibilidad	Estimación mínima	Estimación máxima
Incidencia del ictus	130	170
Discapacidad a los 6 meses	44%	55%
Necesidades de NRHB en fase subaguda	20%	30%
Necesidades atención ambulatoria	40%	50%
Duración media tratamiento ambulatorio	20 semanas	30 semanas
Estancia media de hospitalización	60 días	90 días
Necesidad expresada de hospitalización	40%	60%
Necesidad expresada de A. ambulatoria	40%	60%
Coste estancia hospitalaria	230	270
Coste sesión ambulatoria	80	100
Tasa de Actividad concertada: Hospitalización	10%	30%
Tasa de Actividad concertada: Ambulatoria	30%	70%

Por ejemplo, en un escenario en el que diversos departamentos estén dispuestos a definir e implantar proyectos de atención ambulatoria al DCA y las concesiones administrativas puedan establecer convenios propios con centros autorizados para la atención al DCA podría

establecerse una tasa de Actividad Concertada del 10% para hospitalización y del 30% para atención ambulatoria con los siguientes costes relacionados:

ANALISIS DE COSTES

Escenario: Reducción tasas Actividad Concertada (10/30)

Costes totales (Neurorehabilitación del DCA)	
Coste estancia hospitalización	240
Coste día tratamiento ambulatorio	80
Coste Total Hospitalización DCA	14.105.449 €
Coste Total Atención Ambulatoria DCA	7.402.540 €
Total Coste Atención al DCA CV/Año (NRHB)	21.507.988 €
Coste Estimado Actividad Concertada	
Actividad concertada Hospitalización	10,0%
Actividad concertada Atención Ambulatoria DCA	30,0%
Coste Actividad Concertada Hospitalización	1.410.545 €
Coste Actividad Concertada Atención Ambulatoria	2.220.762 €
Total Coste Atención Concertada para el DCA	3.631.307 €

Oferta Asistencial Actual en la Comunidad Valenciana (Enero 2017)

- Se dispone de 5 centros públicos para atención al DCA en hospitalización (uno de ellos es Concesión Administrativa: H. Militar). Hay un proyecto avanzado de implementar otro recurso de este tipo en el Hospital Pare Jofre.
- El 80% de la atención hospitalaria al DCA está siendo atendida en centros públicos:
 - H La Magdalena (Castellón de la Plana, ciudad)
 - H. Dr. Moliner (Serra; Valencia)
 - H. Militar (Mislata; Valencia)
 - H. Pare Jofre (Valencia, ciudad)
 - H la Pedrera (Denia; Alicante)
 - H. San Vicente (San Vicente; Alicante)
- Se ofrecen una atención ambulatoria (aunque escasa):
 - H La Magdalena
 - H. Dr. Moliner
 - H. Militar
- La atención ambulatoria a pacientes con DCA es atendida fundamentalmente por centros privados a través de actividad no concertada con el Sistema Sanitario Público.

Situación Actual de Uso de Recursos para Atención al DCA (Datos 2015)

*en centros no concertados y Unidades DCA de HACLEs

Dep.Salut	Centro NRHB	Casos DCA	Derivación ANC			% Derivación ANC		Derivación HACLE	Derivación HACLE (%)
			Amb	Hosp	Total	Amb	Hosp	Hosp	Hosp
HGU Val		Nº							
	HERMANAS HOSPITALARIAS HOSP. NISA VALENCIA AL MAR HOSPITAL NISA AGUAS VIVAS INIA NEURAL Total	737	21 12 0 61 94	0 4 8 0 12	21 16 8 61 106	12,8%	1,6%	49	6,6%
Arnau									
	HOSP. NISA VALENCIA AL MAR INIA NEURAL Total	554	66 12 78	1 0 1	67 12 79	14,1%	0,2%	27	4,9%
HCU San Joan									
	CASA VERDE CLINICA UNER HOSPITAL NISA AGUAS VIVAS NISA Vinalopó Total	387	6 23 8 2 39	0 0 1 0 1	6 23 9 2 40	10,1%	0,3%	1	0,3%
HGU Clin Val									
	HERMANAS HOSPITALARIAS HOSP. NISA VALENCIA AL MAR HOSPITAL NISA AGUAS VIVAS INIA NEURAL NISA Vinalopó Total	753	61 26 0 5 2 94	0 10 5 0 0 15	61 36 5 5 2 109	12,5%	2,0%	39	5,2%
H la Plana									
	HERMANAS HOSPITALARIAS ORENGA NEBOT VICENTE JOSE Total	343	5 2 7	0 0 0	5 2 7	2,0%	0,0%	?	?
Requena									
	HERMANAS HOSPITALARIAS HOSPITAL NISA AGUAS VIVAS Total	102	13 1 14	0 0 0	13 1 14	13,7%	0,0%	4	3,9%
Sagunto									
	HERMANAS HOSPITALARIAS HOSP. NISA VALENCIA AL MAR HOSPITAL NISA AGUAS VIVAS Total	338	9 22 0 31	0 1 3 4	9 23 3 35	9,2%	1,2%	?	?
Peset									
	HERMANAS HOSPITALARIAS		23	0	23				

**Estrategia para la Atención al Daño Cerebral Adquirido
Comunidad Valenciana**

Dep.Salut	Centro NRHB	Casos DCA	Derivación ANC			% Derivación ANC		Derivación HACLE	Derivación HACLE (%)
			Nº	Amb	Hosp	Total	Amb	Hosp	Hosp
	HOSP. NISA VALENCIA AL MAR HOSPITAL NISA AGUAS VIVAS INIA NEURAL NISA Vinalopó Total	600	11	0	11			28	4,7%
Gandia			Amb	Hosp	Total				
	INIA NEURAL	390	23	0	23	5,9%	0,0%	36	9,2%
HGU Alic									
	CASA VERDE CLINICA UNER Total	910	9	0	9			13	1,4%
HGU Castellon			Amb	Hosp	Total				
	HOSP. NISA VALENCIA AL MAR HOSPITAL NISA AGUAS VIVAS NISA Vinalopó Total	786	1	2	3			83	10,6%
Elda			Amb	Hosp	Total				
	CLINICA UNER HOSPITAL NISA AGUAS VIVAS INIA NEURAL Total	545	7	0	7			1	0,2%
HGU Elx			Amb	Hosp	Total				
	CASA VERDE CLINICA UNER HOSPITAL NISA AGUAS VIVAS INIA NEURAL Total	543	1	0	1			15	2,8%
Malvarrosa			Amb	Hosp	Total				
	HOSP. NISA VALENCIA AL MAR		1	0					
Xativa			Amb	Hosp	Total				
	HOSPITAL NISA AGUAS VIVAS INIA NEURAL NISA Vinalopó Total	272	4	0	4			23	8,5%
La Vila			Amb	Hosp	Total				
	CASA VERDE CLINICA UNER HOSPITAL NISA AGUAS VIVAS INIA NEURAL Total	340	4	15	19			4	1,2%
La Fe			Amb	Hosp	Total				
	HERMANAS HOSPITALARIAS HOSP. NISA VALENCIA AL MAR HOSPITAL NISA AGUAS VIVAS		29	0	29				
			9	12	21				
			10	8	18				

*Estrategia para la Atención al Daño Cerebral Adquirido
Comunidad Valenciana*

Dep.Salut	Centro NRHB	Casos DCA	Derivación ANC			% Derivación ANC		Derivación HACLE	Derivación HACLE (%)
			Nº	Amb	Hosp	Total	Amb	Hosp	Hosp
	INIA NEURAL NISA Vinalopó Total	1089	26 1 75	0 0 20	26 1 95	6,9%	1,8%	102	9,4%
Alzira			Amb	Hosp	Total				
	HERMANAS HOSPITALARIAS HOSP. NISA VALENCIA AL MAR HOSPITAL NISA AGUAS VIVAS Total	714	4 1 1 6	0 0 3 3	4 1 4 9	0,8%	0,4%	57	8,0%
Orihuela			Amb	Hosp	Total				
	CLINICA UNER HOSPITAL SAN JAIME SA-001 Total	343	4 38 42	0 5 5	4 43 47	12,2%	1,5%	3	0,9%
Alcoi			Amb	Hosp	Total				
	CLINICA UNER HOSPITAL NISA AGUAS VIVAS INIA NEURAL NISA Vinalopó Total	295	7 4 6 2 19	0 0 0 0 0	7 4 6 2 19	6,4%	0,0%	6	2,0%
Vinaroz		179	?	?				5	2,8%
Manises		468	?	?				29	6,2%
Denia		509	?	?				21	4,1%
Elx-Crevillent		471	?	?				4	0,8%
Torreveja		728	?	?				?	?
	TOTAL DEPARTAMENTOS	CASOS DCA 12396	ANC Amb 870	ANC Hosp 86	Total ANC 956	ANC Amb 7,0%	ANC Hosp 0,7%	TOTAL HACLES 550	HACLE Hosp 4,4%

Conclusiones del Grupo de Expertos:

Durante el ejercicio 2015 y bajo los auspicios de la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Consellería de Sanidad, se formó un Comité de Expertos en DCA compuesto por neurólogos, médicos rehabilitadores, Neuropsicólogos y médicos inspectores de Sanidad. Tras un análisis exhaustivo de la situación declararon las siguientes conclusiones en su informe:

- La atención hospitalaria está razonablemente cubierta pero no se utiliza adecuadamente.
- La NRHB ambulatoria es muy deficiente.
- La mayoría de casos no se rehabilitan (demanda reprimida)
- Escaso servicio e importantes desigualdades (situación de inequidad)
- Existen unos criterios normativos elaborados por un comité Técnico para regular la prestación. Pero todavía no se han difundido ni implantado de forma significativa.
- La actividad a través de empresas privadas es escasa y arbitraria, pero cara.

LÍNEAS GENERALES DE LA ESTRATEGIA

Retos de Futuro

- Dar una cobertura asistencial equitativa, sostenible y de calidad a las personas afectadas por DCA en todos los estadios del proceso (*misión*)
- Promover la identificación de los pacientes afectados como un colectivo con necesidades de la misma tipología (*Código DCA*)
- Homogenizar la atención en todos los Departamentos de salud y centros de atención al DCA
- Asegurar la coordinación y continuidad de la atención en todas las fases y entre todos los dispositivos y actores
- Definir una hoja de ruta que permita transitar desde el “hoy” hacia el futuro (*visión*) manteniendo una atención suficiente y equitativa a los pacientes con DCA y sus familias.

La Estrategia para la Atención al DCA en la Comunidad Valenciana (en adelante “Estrategia DCA”) se plantea con varias líneas de trabajo:

- I. Definición de las Políticas Asistenciales para el DCA
- II. Definición del Modelo Asistencial
- III. Definición de un Mapa Estratégico para la Atención al DCA en la Comunidad Valenciana
- IV. Normalización de la Asistencia
- V. Dotación y Homogenización de Recursos
- VI. Control, Seguimiento y Garantía de Calidad
- VII. Gestión del Conocimiento (Formación, Investigación y Desarrollo en DCA)
- VIII. Integración de todos los agentes implicados en el proceso asistencial al DCA

A continuación se analiza cada una de ellas estableciéndose objetivos estratégicos a medio plazo.

En el Anexo II se presenta en una tabla cada línea estratégica y los objetivos estratégicos asociados.

I.- POLÍTICAS ASISTENCIALES

Misión de la Estrategia para la Atención al DCA en la CV

Lograr que la atención que se preste a las personas con DCA y sus familias en la Comunidad Valenciana sea una atención sanitaria y sociosanitaria integral, integrada e individualizada, segura, eficiente y efectiva, orientada a lograr el máximo nivel posible de calidad de vida, autonomía, integración socio-familiar y participación social de las personas afectadas, sustentada en la evidencia científica y contrastada por la experiencia práctica de los profesionales, dirigida a personas con discapacidad debida a Daño Cerebral Adquirido, aplicando los principios de equidad, sostenibilidad y calidad asistencial, así como colaborar a la generación y difusión de Conocimiento en el campo de la Neurorehabilitación.

Visión de la Estrategia para la Atención al DCA en la CV

Se plantea avanzar hacia un nivel de excelencia en los siguientes aspectos:

- Asistenciales (técnicos y humanos)
- Integración asistencial (intra e intersectorial)
- Organizativos
- Eficiencia y Gestión de los Recursos
- Investigación y Desarrollo
- Generación de Confianza Social

Principios Generales de la Asistencia al DCA

Para establecer las políticas de cobertura se propone atender a los siguientes principios generales de asistencia (enumerados por orden de importancia):

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: fundamentada básicamente en:

- **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.
- **Efectividad:** 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 mismo.
- **Integración asistencia/ 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 integración asistencial, la continuidad de la atención y la coordinación entre todos los profesionales, dispositivos y

ámbitos asistenciales es un elemento necesario para que esta atención tenga éxito y sea satisfactoria para los pacientes.

En la Estrategia para la atención al DCA entendemos la Integración asistencial como la coordinación tanto transversal como longitudinal y entre los distintos agentes y dispositivos en el ámbito sanitario (integración de los recursos sanitarios), como la coordinación entre agentes, dispositivos, ámbitos y recursos entre diferentes sectores asistenciales por ejemplo entre el sanitario y el social, formación y empleo, educación, etc... En este contexto, tiene especial relevancia la coordinación entre los recursos sanitarios y los sociales o comunitarios: familias, asociaciones de afectados, corporaciones municipales y asociaciones de voluntarios.

Por otro lado, entendemos la atención integrada como un concepto teórico que engloba variables de calidad del proceso asistencial: continuidad, coordinación, colaboración, trabajo en equipo, atención centrada en la persona y relacionado positivamente con indicadores de resultados.

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.

Criterios de Equidad

- Los pacientes deben disponer de centros adecuados de atención al DCA cerca de sus domicilios y con facilidades para su desplazamiento hasta los mismos. Se proponen:
 - Para la fase de hospitalización: se propone una distancia máxima de 100 Km. o una hora de viaje en vehículo propio o transporte público.
 - Para la fase ambulatoria: se propone una distancia máxima de 30 Km o media hora de viaje en vehículo propio o transporte público.
 - Tras superar la fase aguda, todos los pacientes con DCA deben ser valorados en relación a los criterios de inclusión en un programa de Neurorehabilitación, considerando cual es el mejor lugar terapéutico que pueda garantizar la máxima recuperación de los déficit del paciente.

Criterios de Sostenibilidad

- Se han establecido unos criterios de inclusión, de transición entre niveles asistenciales y de duración de la prestación, así como unos requisitos mínimos que deben cumplir todos aquellos centros autorizados para la atención al DCA, de modo que todos los pacientes reciban una asistencia de la misma calidad, intensidad y duración y que el coste de la misma sea previsible y pueda planificarse.
- Se deben establecer unos sistemas de control de la demanda, de seguimiento y de la continuación de la prestación.
- Para atender de forma sostenible a toda la población afectada y a sus correspondientes familias a lo largo de todo el proceso, es necesario contar con la aportación de los recursos de otros sectores, especialmente los comunitarios. El Sistema Sanitario por sí solo no es capaz de hacer frente a todo el coste de esta atención.

Criterios de Calidad

- **Seguridad del paciente:** cada centro de atención al DCA debe establecerse unos criterios que tengan en cuenta la seguridad de la asistencia. Los centros que atienden pacientes con DCA deberían definir específicamente los protocolos de prevención y manejo de los incidentes más frecuentes en estos pacientes.

- **Eficacia y Efectividad de las intervenciones:** los centros que atienden paciente con DCA deberían seguir las recomendaciones de las Guías de Atención al DCA y en base a estas elaborar protocolos de actuación aplicables a su entorno, con el fin de garantizar que las intervenciones se ajustan a las aceptadas por la comunidad científica (eficacia), que son aplicables al entorno particular de cada centro y de cada paciente (efectividad) y que limitan en la medida de lo posible la aplicación arbitraria de las mismas (reducción de la variabilidad en la práctica médica).
 - Protocolos de valoración y Protocolos de intervención terapéutica
- * Como criterio de calidad y minoración de la variabilidad clínica, el 80% de las actuaciones deberían estar protocolizadas.
- **Integración asistencia/ /Continuidad, coordinación y organización de la asistencia:** los pacientes con DCA son atendidos por múltiples profesionales y en ámbitos asistenciales y organizativos distintos, por lo que deben establecerse los circuitos de comunicación, complementariedad e intercambio de información entre los mismos. Para ello se plantea la adaptación e implementación del Modelo Funcional de Redes Asistenciales del Sistema Sanitario Público de la Comunidad Valenciana:
 - Se definirán las Redes Asistenciales de Atención al DCA necesarias y los órganos de decisión correspondientes según el modelo definido por la CSUP.
 - Debe establecerse un **sistema de información** compartido o al menos interoperativo.
 - Deben definirse los **circuitos de coordinación** con los principales centros con los que un determinado dispositivo asistencial interactúa.
 - **Seguimiento y control:** Debe establecerse un sistema de seguimiento y control de la Atención al DCA para garantizar la equidad, la sostenibilidad y eficiencia y la calidad de la prestación. Para ello se constituirá:
 - En cada Departamento se establecerá un CONSEJO DE DIRECCIÓN DE LA RED DCA que faciliten la identificación de casos candidatos, controlen los criterios de inclusión, de seguimiento y de alta así como los resultados obtenidos a través -por ejemplo- de monitorización de escalas o de revisión de pacientes.
 - Una COMISIÓN DE COORDINACIÓN DE LAS REDES DE DCA de la CV cuyas funciones serían:
 - Vigilancia de la garantía de calidad, la equidad y la sostenibilidad de la atención al DCA en todo el Territorio de la Comunidad Valenciana
 - Revisar y armonizar los planes elaborados por las redes.
 - Definición de indicadores y sistema de información
 - Facilitar el intercambio de experiencias y la identificación de nuevas necesidades en salud y de recursos sanitarios.
 - Realizar propuestas y sugerencias de reordenación de los recursos sanitarios a la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública y a los equipos directivos-gerencia de los Departamentos de Salud implicados.
 - Proponer a los órganos superiores de la Administración Sanitaria áreas de intervención que incidan en la mejora de la atención al DCA en el Territorio de la Comunidad Valenciana.
 - Evaluación del Plan a través de la medición de indicadores y Realización de memoria anual de la atención al DCA en la Comunidad Valenciana

- Desarrollo y mejora continua del Plan de Atención al DCA en la CV:
 - Analizar casos singulares de alta complejidad que no hayan podido resolverse en el Departamento de Salud correspondiente (solicitudes de prolongación de la atención, de cambio de centro, de atención en centros fuera de la CV, situaciones no previstas, etc...)
 - Proponer actividades formativas y de investigación en el contexto de la atención al Daño Cerebral Adquirido.
 - Mantener las relaciones de carácter técnico que puedan producirse con el Ministerio de Sanidad y/o con las CCAA.
 - Otras que pudieran ser encomendadas.
- Una OFICINA AUTONÓMICA DE DCA cuyas funciones serán:
- Vigilancia de la garantía de calidad, la equidad y la sostenibilidad de la atención al DCA en todo el Territorio de la Comunidad Valenciana
 - Definición de indicadores y sistema de información
 - Medición de indicadores y evaluación del Plan
 - Realizar memoria anual de la atención al DCA en la Comunidad Valenciana
 - Desarrollo y mejora continua del Plan de Atención al DCA en la CV:
 - Proponer a los órganos superiores de la Administración Sanitaria áreas de intervención que incidan en la mejora de la atención al DCA en el Territorio de la Comunidad Valenciana.
 - Analizar casos singulares de alta complejidad que no hayan podido resolverse en el Departamento de Salud correspondiente (solicitudes de prolongación de la atención, de cambio de centro, de atención en centros fuera de la CV, situaciones no previstas, etc...)
 - Proponer actividades formativas y de investigación en el contexto de la atención al Daño Cerebral Adquirido.
 - Mantener las relaciones de carácter técnico que puedan producirse con el Ministerio de Sanidad y/o con las CCAA.
 - Otras que pudieran ser encomendadas

Objetivos:

- Consensuar y consolidar las políticas dirigidas a mejorar la atención al DCA en la Comunidad Valenciana
- Difundir las políticas entre todos los agentes implicados en la atención a personas con DCA.
- Establecer acciones concretas para el despliegue de estas políticas ajustadas a la realidad de cada ámbito.

II.- MODELO DE ATENCIÓN AL DCA EN LA CV

El DCA es de etiología múltiple y la situación de los pacientes tras la lesión cerebral es también muy variada. Se establece que el nivel responsable de la atención a los pacientes afectados es el Departamento de Salud, con la colaboración o intervención de otras estructuras sanitarias y socio-sanitarias para completar la atención que precisan estos pacientes.

Todos los centros que atienden a pacientes con DCA en el contexto de **Asistencia Pública**, deberán ser autorizados por las autoridades sanitarias, cumpliendo los requisitos señalados en el documento de “Criterios Técnicos de Normalización para la Atención al DCA en la Comunidad Valenciana”.

Definición de Caso de DCA

De modo operativo en el contexto de la Estrategia para la Atención al DCA en la Comunidad valenciana se establece la siguiente definición de “Caso DCA”:

- Se define como “Caso de DCA” a todo 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.
- Las etiologías más frecuentes en nuestro medio son:
 - Ictus (80% en España y en la CV)
 - TCE
 - Secuelas neuroquirúrgicas
 - Secuelas de anoxia cerebral
 - Enfermedades inflamatorias e infecciosas del SNC

Definición de la Red Asistencial para la Atención al DCA

Dada la alta incidencia de pacientes con DCA y que la mayoría de ellos inician su proceso en el ámbito departamental (generalmente a través del Servicio de Urgencias), se plantea que la Red Asistencial al DCA (RA-DCA) sea de tipo departamental (Tipo I) en la que participan estructuras supradepartamentales como serían las Unidades de DCA hospitalarias y eventualmente alguna Unidad de DCA Ambulatoria¹ extradepartamental (aunque lo habitual es que estas Unidades de DCA Ambulatorias, estén situadas en el propio departamento).

Así, se constituirá una RA-DCA por cada Departamento de Salud la cual gestionará la atención a los pacientes con DCA y cuando lo estimen necesario, solicitará a las Unidades Específicas de DCA la prestación de Neurorrehabilitación, bien en régimen de internamiento, bien en régimen ambulatorio, atendiendo a una serie de criterios de inclusión definidos en el Manual de criterios Técnicos Normativos definidos por el Comité Técnico de la Estrategia de Atención al DCA en la CV.

Estructura Organizativas de Gestión de la RED DCA

- I. CONSEJO DE DIRECCIÓN DE LA RED DCA: Estará integrada por:
 - Representantes de los servicios implicados en la atención a pacientes con DCA del Departamento:
 - Rehabilitación
 - Neurología
 - Neurocirugía (si procede)

¹ Aunque la orientación de estas Unidades Ambulatorias DCA es fundamentalmente de tipo Atención Directa desde el Sistema Sanitario Público, no obstante, dado que actualmente esto no es factible en todos los Departamentos, en aquellos casos en que no sea posible poner en marcha un recurso de este tipo, se procederá a realizar un concierto con empresas del ámbito privado para que de manera transitoria colaboren en la prestación de este servicio.

- Psicología (si existe la figura de Neuropsicólogo)
- Trabajo Social
- Enfermera Gestora de Casos del Departamento (o Enfermera de Enlace)
- Representante del Equipo Directivo del Departamento
- Representante del Servicio de Admisión
- Representante de las Unidades de DCA a las que se derivan pacientes para NRHB
- Representante de la atención comunitaria, especialmente de Asociaciones de Afectados por DCA.
- Apoyo Administrativo

Entre sus funciones se encuentran:

- Elaborar el “Acuerdo formalizado de colaboración” a que se refiere la instrucción Séptima.
- Redactar y aprobar el Manual de Organización y Funcionamiento de la Red.
- Proponer a quién corresponda la disposición de los recursos en términos asistenciales.
- Tomar decisiones de gestión asistencial, de organización, de prestación asistencial y de accesibilidad adecuada, avaladas por el equipo directivo del Departamentos de salud y otros dispositivos asistenciales implicados.
- Impulsar el funcionamiento de la red en todos sus ámbitos.
 - Conocer y difundir el Plan de Atención al DCA en la CV y aplicarlo a nivel departamental:
 - Definir el método de identificación de casos e implantarlo
 - Identificar pacientes candidatos y aplicar criterios de decisión
 - Revisar propuestas de plan de tratamiento de pacientes (duración y tipos de terapias propuestas)
 - Gestionar el Seguimiento de los pacientes en atención “externa”
 - Coordinación con centros de atención al DCA
 - Definir e implantar mejoras para la atención al DCA en el departamento
- Participar en las reuniones con la COMISIÓN DE COORDINACIÓN DE LAS REDES DE DCA de la CV
- Elaboración de memoria anual de la atención al DCA en el Departamento.

Entre sus miembros elegirán un **coordinador de la Red** que lo será también del Consejo de dirección. Sus funciones serán gestoras, organizativas y de rendición de cuentas al Departamento de Salud y a la Conselleria de Sanidad Universal y de Salud Pública. Cada tres años, se revalidará esta designación o se elegirá un nuevo coordinador

II. COMISIÓN DE COORDINACIÓN DE LAS REDES DCA: Esta comisión sustituirá a la actual *Oficina de DCA* y estará integrada por:

- Coordinadores de las redes asistenciales existentes para ese proceso asistencial
- Un miembro de cada uno de los equipos directivos de los departamentos implicados
- Un miembro de cada unidad de DCA integrada en las distintas redes DCA
- Entre sus funciones se encuentra:

- Vigilancia de la garantía de calidad, la equidad y la sostenibilidad de la atención al DCA en todo el Territorio de la Comunidad Valenciana
- Revisar y armonizar los planes elaborados por las redes.
- Definición de indicadores y sistema de información
- Facilitar el intercambio de experiencias y la identificación de nuevas necesidades en salud y de recursos sanitarios.
- Realizar propuestas y sugerencias de reordenación de los recursos sanitarios a la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública y a los equipos directivos-gerencia de los Departamentos de Salud implicados.
- Proponer a los órganos superiores de la Administración Sanitaria áreas de intervención que incidan en la mejora de la atención al DCA en el Territorio de la Comunidad Valenciana.
- Evaluación del Plan a través de la medición de indicadores y Realización de memoria anual de la atención al DCA en la Comunidad Valenciana
- Desarrollo y mejora continua del Plan de Atención al DCA en la CV:
- Analizar casos singulares de alta complejidad que no hayan podido resolverse en el Departamento de Salud correspondiente (solicitudes de prolongación de la atención, de cambio de centro, de atención en centros fuera de la CV, situaciones no previstas, etc...)
- Proponer actividades formativas y de investigación en el contexto de la atención al Daño Cerebral Adquirido.
- Mantener las relaciones de carácter técnico que puedan producirse con el Ministerio de Sanidad y/o con las CCAA.
- Otras que pudieran ser encomendadas

Entre sus miembros elegirán al Coordinador de esta Comisión Presidirá las reuniones de la Comisión de Coordinación y la representará. Cada tres años, se revalidará esta designación o se elegirá un nuevo coordinador.

A sus reuniones se podrán convocar a aquellos miembros de las Redes Asistenciales que se considere necesario.

Implicaciones Prácticas del Modelo en Red Asistencial

- Deja en manos de los Departamentos la capacidad de organizarse con los recursos disponibles y de trabajar para lograr los medios y establecer las alianzas que se estimen oportunos para mejorar la atención al DCA.
- Facilita la toma de decisiones en los Departamentos en relación a los pacientes con DCA, así como la Continuidad Asistencial.
- Todos los pacientes con lesión cerebral serán considerados en este proceso, de modo que a cada uno se le asignarán los recursos y prestaciones que se consideren adecuados. Esta responsabilidad recaerá en el propio Departamento a través de los servicios y profesionales implicados y el *Consejo de Dirección de la Red DCA*.
- Las Unidades de NRHB pasan a considerarse dispositivos de prestación de servicios (NRHB) solicitados por los departamentos, con los que deben coordinarse y atender a sus necesidades, pero mantienen un papel activo en la toma de decisiones en la Red al formar parte del *Consejo de Dirección de la Red DCA*.
- Las Unidades de NRHB hospitalarias (hoy por hoy en HACLEs) deberán coordinarse con varias redes DCA. Se tendrá que buscar un mecanismo para esta coordinación sea ágil y eficiente (no consumir un tiempo excesivo a los profesionales de los HACLEs)
- Considerar la atención a las personas con DCA como un *Proceso Integrado*: La visión y los esfuerzos se centran en la trayectoria global del paciente, desde que ocurre el DCA hasta que finaliza su proceso rehabilitador y se logre la mejor integración posible en su

entorno socio-familiar, de modo que todos los agentes y dispositivos asistenciales están implicados en el resultado final, cada uno con su correspondiente rol, que necesariamente debe estar integrado en un objetivo común: lograr la mejor calidad de vida e integración social del paciente.

- Se señala aquí la necesaria integración de la RA-DCA con los elementos del ámbito comunitario necesarios para que la integración y la participación social de las personas afectadas sea lo más efectiva posible.
- Aunque la gestión del modelo se centra en el departamento, desde un punto de vista técnico y organizativo se identifican dos niveles:
 - I. Atención al DCA a nivel departamental, complementado con la intervención de otras estructuras sanitarias y no sanitarias (sociales y comunitarias).
 - II. Atención al DCA “complejo” con expectativas de recuperación funcional: nivel de Neurorehabilitación, en el que se incluyen dispositivos sanitarios, socio-sanitarios, y comunitarios con especial dedicación a atender personas afectadas por DCA.

Niveles Asistenciales en la Red DCA¹

I. Nivel Departamental

Alcance de la Estrategia DCA nivel Departamental:

- Todos los pacientes con DCA independientemente de la situación y pronóstico
- Exigible a cada Departamento de Salud

Cada departamento de salud organizará la prestación de la asistencia a los pacientes con DCA de cualquier etiología y situación funcional, de modo que todos los pacientes con DCA del departamento reciban una atención adecuada y suficiente.

Para ello se configurará un plan departamental para la atención al DCA que se alinee con las directrices establecidas en la Estrategia DCA de la CV.

Los recursos a organizar serán:

- Atención Primaria y Equipos de Atención Domiciliaria
- Unidades de Hospitalización a Domicilio
- Urgencias hospitalarias
- Hospitalización departamental (Hospital General)
- Coordinación con otras estructuras asistenciales complementarias:
 - o Recursos de centros de referencia para la fase aguda
 - o Derivación a centros tipo HACLE (recursos distintos de DCA)
 - o Derivación a Centros Residenciales
 - o Derivación a centros específicos de Neurorehabilitación (ambulatoria u hospitalización) o “Nivel II de Neurorehabilitación”
 - o Recursos comunitarios (centros de día, asociaciones de afectados por DCA, servicios comunitarios,...)

Para la Clasificación de Pacientes con DCA y definir el recurso más adecuado para cada paciente se tendrá en cuenta el marco de la “Clasificación de Pacientes Para Derivación a Recursos Específicos de DCA” propuesta en el Anexo I.

¹ Según complejidad organizativa y especificidad técnica del dispositivo asistencial

II. Nivel de Neurorehabilitación

Alcance de la Estrategia DCA nivel NRHB:

- Específico: nivel de **Neurorehabilitación:**

- Pacientes con criterios pronósticos de mejoría significativa.

Incluirá todos los centros con especial dedicación a atender de forma específica a personas afectadas por DCA (Centros sanitarios, socio-sanitarios, comunitarios y del ámbito de lo social)

Modelo Organizativo en Red:

A los pacientes con DCA candidatos a recibir atención con objetivos de recuperación significativa (criterios de inclusión en programa de Neurorehabilitación) se les deberá proponer la derivación a centros específicos de Neurorehabilitación. Todos los departamentos deberán tener identificados estos centros y derivar los pacientes a los mismos si la propuesta es aceptada por los pacientes o sus familiares (en caso de que el paciente no pueda tomar decisiones dada su situación clínica o de comunicación).

Estos centros configurarán una organización en red uni o multidepartamental (Unidad de Neurorehabilitación del DCA), de modo que exista:

- Un centro de atención hospitalaria al DCA
- Uno o varios centros de atención ambulatoria del DCA

Las Unidades Ambulatorias de Atención al DCA podrán ser:

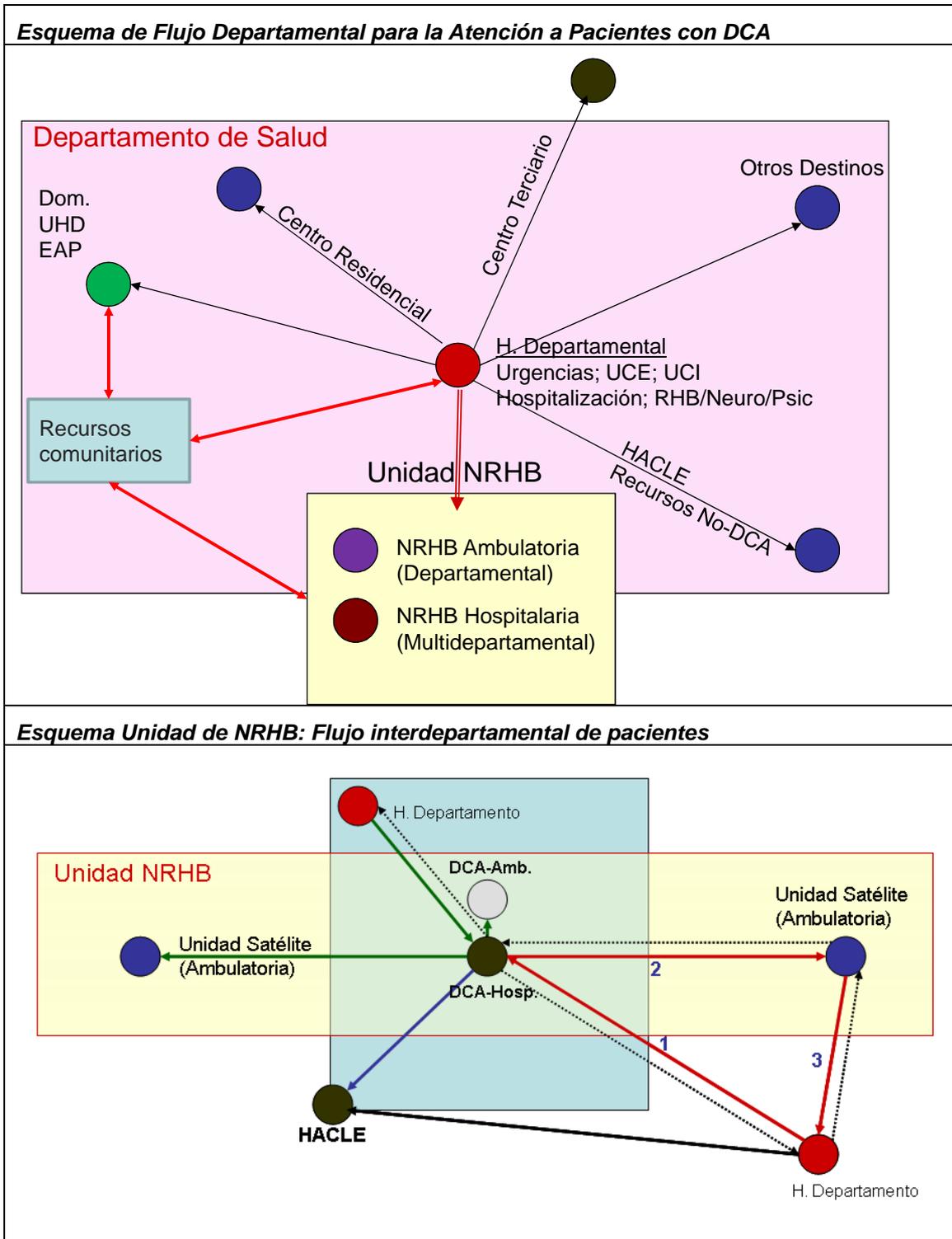
- Públicas de gestión directa por parte del departamento correspondiente.
- Públicas de gestión indirecta a través de concesión administrativa
- Concertadas con centros autorizados
- Centro privado no concertado, con los que se tendrá que determinar algún tipo de acuerdo al menos "funcional". * debe tenerse en cuenta que este tipo debe ser la opción última considerándose un modelo a extinguir a medida que se pueda dar respuesta a la demanda con los otros previamente señalados.

Estos centros funcionarán de manera coordinada entre sí y estarán sujetos al seguimiento de los pacientes que atienden por parte de CONSEJO DE DIRECCIÓN DE LA RED DCA (o al comité que estos determinen), a los que informará periódicamente de la evolución de los pacientes.

Objetivos:

- Implantar el modelo de atención en red:
 - En cada Departamento:
 - Consejo de Dirección de la Red DCA de cada Departamento de Salud
 - A nivel comunitario:
 - Comisión de Coordinación de las Redes DCA
 - Oficina Autónoma de DCA
- Implementar recursos para la consolidación de la atención a los pacientes con DCA:
 - Recursos Propios
 - Recursos por Externalización (Concierto de Prestación de NRHB)

En las siguientes figuras se reprendan esquemáticamente los componentes y las relaciones entre los distintos elementos que componen el Modelo Asistencial al DCA en la Comunidad Valenciana:



- 1 → 2 → 3 →: circuito de Neurorehabilitación
1. Derivación de Hospital departamental a Unidad de NRHB de hospitalización
 2. Derivación de Unidad de NRHB de Hospitalización a Unidad Ambulatoria de NRHB
 3. Tras el alta de la Unidad Ambulatoria de NRHB el paciente tiene un seguimiento en el Departamento

III.- MAPA ESTRATÉGICO PARA LA ATENCIÓN AL DCA EN LA CV

Se realiza un planteamiento de distribución geográfica al que deberá tenderse por motivos de accesibilidad y sostenibilidad. Así pues, se plantea a modo de **objetivo estratégico para la atención al DCA**, debiendo establecerse un plan u hoja de ruta a través del cual se pueda disponer e implantar los recursos necesarios en un plazo razonable (3-5 años). Mientras tanto debería organizarse la asistencia de manera “transitoria” intentando garantizar los principios mencionados de la asistencia.

Criterios Básicos para el Establecimiento del Mapa Estratégico

Atención al DCA en Régimen de Hospitalización

Hospitalización en Fase Aguda

Actualmente, todos los departamentos sanitarios disponen de centros capaces de atender al DCA en fase aguda y disponen de circuitos de derivación de pacientes a centros terciarios para aquellos que así lo requieren para garantizar una atención acorde a sus necesidades en esta fase.

Hospitalización en Fase Subaguda y Postaguda (NRHB)

La demanda estimada de atención al DCA en régimen de hospitalización recomienda la dotación de 3-4 camas por cada 100.000 habitantes; Por otra parte, por motivos de eficiencia y calidad, el mínimo de camas de una unidad de atención al DCA hospitalaria debería tener al menos 10 camas. Por todo ello se recomienda que este recurso debe ser de distribución multidepartamental.

Actualmente se dispone de 4 centros de titularidad pública que prestan atención al DCA en régimen de hospitalización en fase subaguda-postaguda en los que podrían atenderse hasta 600 casos anuales si hubiera una facilidad para el seguimiento de las terapias en los departamentos, lo cual podría reducir la estancia mediana a 60 días. Además existe un centro de tipo Concesión Administrativa en el que también se presta atención al DCA (Hospital Militar de Mislata). Por otra parte, existen otros centros de corte privado que atienden a pacientes con DCA tanto en fase de hospitalización como en ambulatoria. Estos centros pertenecen a distintas empresas y están distribuidos por diferentes puntos de la geografía de la Comunidad Valenciana. Muchos de ellos han atendido y atienden a pacientes derivados desde centros públicos durante los últimos años. Estos centros también deberían tenerse en cuenta a la hora de organizar la atención al DCA y establecer el mapa estratégico de recursos dirigidos a este fin.

Para la atención ambulatoria en fase postaguda, estos mismos centros disponen de recursos y organización para este tipo de prestación aunque se prestan de manera muy desigual, resultando un recurso insuficiente e inadecuado (por la lejanía de los domicilios) para cubrir las necesidades de los ciudadanos.

Se propone destinar recursos de hospitalización en centros que atenderían la demanda de una población entre 500.000 y 1 millón de habitantes con la siguiente demarcación geográfica. Para facilitar la comprensión de la distribución geográfica se acompaña de un mapa de la distribución de las comarcas de la Comunidad Valenciana:

Atención al DCA en Régimen Ambulatorio

La demanda estimada es de 14 plazas por cada 100.000. Esto, unido a la recomendación de que esta prestación se ofrezca cerca del domicilio de los pacientes (máximo 30 Km. de distancia), y a que se atienda a un mínimo de 20 pacientes al año, justifica el que esta prestación deba ser departamental o bidepartamental.

Se propone dotar de recursos de atención ambulatoria al DCA con las siguientes premisas:

- Serían candidatos a incluirse en estos centros pacientes que no requieran “únicamente” fisioterapia o logopedia, recursos que actualmente ya se prestan en los propios departamentos. Por tanto, son pacientes que requieren un abordaje de RHB integral.
- Cada departamento debería contar con 14 plazas por 100.000 habitantes para atender a los pacientes afectados por alguna causa de DCA y que requieran una rehabilitación específica de las mismas.
- Se ha propuesto un modelo de referencia (criterios de calidad, estructurales, equipamiento y equipo humano) al que deberían ajustarse todos los centros de Atención al DCA dependientes de la Sanidad Pública, incluidos los centros con los que ésta concierte la prestación del servicio o los centros con los que las Concesiones Administrativas puedan establecer convenios de colaboración.
- En los departamentos sanitarios en los que no se plantee ningún proyecto de este tipo, debería plantearse la realización de conciertos para la atención ambulatoria al DCA a través de una empresa externa que cumpliera los requisitos establecidos, incluidos los de coordinación y continuidad de la asistencia con otros dispositivos asistenciales.
- Igualmente podría establecerse un mecanismo por el que los pacientes que “superen” la capacidad de asistencia que ofrecen los centros públicos de atención directa, puedan ser derivados a centros concertados, de modo que ningún paciente se quede sin atender y que se minimicen las listas de espera (en el caso de que las hubiere).
- Debe establecerse el modo en que se realiza un control tanto de calidad como de ajuste a los parámetros establecidos de inclusión, intensidad y extensión de la prestación y duración de la misma con el objetivo de garantizar que la atención ofrecida sea de calidad, segura, efectiva, coordinada y sostenible.

En este mapa de atención ambulatoria a personas con DCA deberán incluirse tanto los recursos sanitarios como no sanitarios.

Objetivos:

- Definir el mapa de atención al DCA incorporando todos los recursos que intervienen:
 - Recursos propios
 - Recursos gestionados por las concesiones administrativas
 - Recursos concertados
 - Recursos comunitarios (ie: Asociaciones de Afectados por DCA)
- Establecer los circuitos de coordinación entre los diferentes recursos implicados
- Definir un sistema de información que permita el intercambio de información relevante para la atención a los pacientes y para la evaluación de la atención.
- Balancear bien los recursos disponibles en los HACLEs, de forma que puedan asumir la demanda.

**Mapa Estratégico para la Atención al DCA en la CV (Nivel de NRHB):
Enfoque Departamental y por Unidades de Neurorehabilitación**

Departamento	Hospitalización DCA	DCA ambulatorio
1- Vinaroz	H La Magdalena	Unidad Ambulatoria DCA
2- HG Castellón	H La Magdalena	H Magdalena / Unidad Ambulatoria DCA
3- La Plana	H La Magdalena	

Departamento	Hospitalización DCA	DCA ambulatorio
4- Sagunt	H Dr. Moliner	H Dr. Moliner / Unidad Ambulatoria DCA
5- Clinic Valencia	H Dr. Moliner	Unidad Ambulatoria DCA
6- Arnau Vilanova	H Dr. Moliner	Unidad Ambulatoria DCA
7- La Fe	H Dr. Moliner	Unidad Ambulatoria DCA

Departamento	Hospitalización DCA	DCA ambulatorio
8- Requena	H. Militar/H Dr. Moliner	Unidad Ambulatoria DCA
23- Manises	H. Militar	H. Militar

Departamento	Hospitalización DCA	DCA ambulatorio
9- HGU Valencia	Unidad Propia (Pte.)	Unidad Propia (Pte.)

Departamento	Hospitalización DCA	DCA ambulatorio
10- Dr. Peset	H. Padre Jofre	Unidad Ambulatoria DCA

Departamento	Hospitalización DCA	DCA ambulatorio
11- La Ribera	Unidad Propia/ Conveniada	Unidad Propia / Conveniada

Departamento	Hospitalización DCA	DCA ambulatorio
12- Gandia	H la Pedrera	H la Pedrera / Unidad Ambulatoria DCA
13- Denia	H la Pedrera	Unidad Propia / Conveniada
14- Xàtiva-Ont.	H la Pedrera	Unidad Ambulatoria DCA
15- Alcoi	H la Pedrera	
16- Marina Baixa	H la Pedrera	H San Vicente/H. La Pedrera / Unidad Ambulatoria DCA

Departamento	Hospitalización DCA	DCA ambulatorio
17- San Joan A.	H San Vicente	H San Vicente / <i>Unidad Ambulatoria DCA</i>
18- Elda	H San Vicente	H San Vicente / <i>Unidad Ambulatoria DCA</i>
19- HGU Alicante	H San Vicente	H San Vicente / <i>Unidad Ambulatoria DCA</i>
20- HG Elx	H San Vicente	<i>Unidad Ambulatoria DCA</i>
21- Orihuela	H San Vicente	<i>Unidad Ambulatoria DCA</i>

Departamento	Hospitalización DCA	DCA ambulatorio
22- Torrevieja	Unidad Propia/ Conveniada	Unidad Propia / Conveniada
24- Elx-Crevillent	Unidad Propia/ Conveniada	Unidad Propia / Conveniada

IV.- NORMALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

Para la normalización de la asistencia se ha elaborado por un Comité Técnico de DCA un documento técnico que establece los siguientes criterios y requisitos:

- Se han definido para cada ámbito:
 - Requisitos para consideración de “Centro de Atención al DCA”
 - Instalaciones
 - Equipamiento
 - Recursos humanos
 - Funcionamiento y metodología de trabajo
 - Intensidad y frecuencia de la asistencia
 - Requisitos de coordinación
 - Criterios de decisión
 - Inclusión y exclusión
 - De alta y transición entre dispositivos
 - Duración de la atención: Recomendable y máxima.
 - Modelo de Seguimiento y recomendaciones de Escalas de Valoración

Este documento denominado “Atención al Daño Cerebral Adquirido en la Comunidad Valenciana. Criterios Técnicos Normativos”, está disponible en la Web de la Conselleria de Sanitat y se ha distribuido a todos los Departamentos de Salud, concretamente a los Gerentes y a los miembros de los Comités de Seguimiento del DCA de cada Departamento.

A destacar los siguientes aspectos:

Recomendaciones de Funcionamiento en los Centros Sanitarios de Atención al DCA

- La conformación de un equipo multidisciplinar con la composición adecuada de profesionales
- 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)
- El Trabajo en equipo, con reuniones periódicas del mismo.
- Intercomunicación eficaz entre profesionales “Neurorrehabilitación” y el resto de profesionales.
- La Valoración integral multidisciplinar orientada a detectar necesidades y problemas asistenciales
- La planificación individualizada de la atención
- La rehabilitación multimodal e individualizada orientada a la tarea
- La orientación a los resultados funcionales y de calidad de vida
- La intervención familiar (de soporte y educación/adiestramiento)
- La planificación del alta
- Coordinación de la continuidad asistencial integrada
- Informe de alta multidisciplinar (unificado):

- Deben realizarse en cada tránsito o cambio de dispositivo asistencial.
- Adhesión a criterios de inclusión, exclusión, alta y tránsito entre dispositivos
 - Que aseguren la igualdad de derechos a recibir la asistencia (equidad) y promover el uso del sistema con criterios de optimización del gasto (sostenibilidad).

Metodología de Trabajo en los Centros Sanitarios de Atención al DCA

- 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
- Atención integrada: coordinación y continuidad asistencial

Criterios de Asignación a Ámbito Asistencial

Derivación a Recurso para Neurorehabilitación:

- Atención Ambulatoria
 - Las intervenciones pueden prestarse en o desde su domicilio:
 - Remitir a Centro de Atención Ambulatorio al DCA
- Atención en régimen de Hospitalización
 - Las intervenciones o la situación clínico-social del paciente no permiten realizar las intervenciones de manera ambulatoria:
 - Remitir al paciente a un recurso de atención al DCA en régimen de hospitalización.

Derivación a otros recursos (no precisa recurso para Neurorehabilitación):

- 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- al área motora o sensorial:
 - Dirigir al servicio de Rehabilitación Departamental (estándar)
- Los déficit están restringidos 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)

Criterios de Inclusión en Programa de Neurorehabilitación

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 Neurorehabilitación (ver “Definición de caso”):

- Las intervenciones pueden prestarse en o desde su domicilio: Remitir a **Centro 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)

Criterios de Decisión en Programa de NRHB Ambulatoria

Criterios de Inclusión. Deben cumplirse todos los siguientes:

- 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 (relativo).
- Buena Situación funcional previa al episodio (I. Barthel > 60)
- Que tenga objetivos rehabilitadores físicos, funcionales, cognitivo o conductual multidominio.
- Que no haya recibido tratamiento neurorrehabilitación 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 neurorrehabilitación previa, se puede considerar una atención de entre 1-3 meses para valoración, soporte y orientación familiar.

Criterios de Exclusión. Debe cumplirse alguno de los siguientes:

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

Criterios de Alta de Atención Ambulatoria. Debe cumplirse alguno de los siguientes:

- 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 ha superado el periodo autorizado para la rehabilitación

Criterios de derivación a otros recursos asistenciales. Según cada caso:

- A. 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.
- B. El paciente ya no mejora o no se beneficia de la rehabilitación:
 - Sigue con discapacidad que le dificulta la realización de las ABVD:
 - Derivar a servicios sociales para asignación de ayudas
 - Orientar a recursos comunitarios de promoción de la autonomía e inserción social.
 - Discapacidad poco relevante:
 - Derivar a servicios sociales para valorar reinserción socio-laboral (si se estima oportuno)
- C. 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).

Criterio de Seguimiento (tras el alta)

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

Criterios de duración de la atención en centro sanitario de DCA ambulatorio:

- Recomendable: entre 6 semanas y 6 meses.
- Duración máxima autorizada: 1 año de tratamiento.
- 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 Decisión en Programa de NRHB en Hospitalización

Criterios de Inclusión (Ingreso den Centro Hospitalario para NRHB).

Deben cumplirse todos los siguientes:

- 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:
 - En primera instancia estos objetivos serán establecidos 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 >75 años, valoración individualizada según las siguientes variables:
 - Estado cognitivo previo
 - Funcionalidad previa
 - Pronóstico de la lesión cerebral
 - Comorbilidad
 - Apoyo familiar

Criterios de Exclusión. Debe cumplirse alguno de los siguientes:

- 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.

Objetivos funcionales máximos (a conseguir durante la hospitalización):

- Lograr marcha terapéutica, definida como puntuación 2 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).

Criterios de Alta de Atención Hospitalaria:

- Todos los siguientes:
 - Estabilidad clínica
 - Agitación controlada
 - Fuera de cuadro de amnesia postraumática (casos de TCE)
 - Debe existir un destino adecuado donde el paciente pueda residir (domicilio, centros de reinserción, residencia u otros)
- y alguno de los siguientes:
 - Cumplimiento de objetivos de recuperación/rehabilitación

- Estabilización de la mejoría (sin alcanzar los objetivos predeterminados): sin evidencia de mejoría funcional durante un mes.
- Posibilidad de atención ambulatoria del proceso (si precisa)
- Otras causas de alta serán:
 - Defunción
 - Alta voluntaria
 - Superación del tiempo máximo autorizado para la Neurorrehabilitación del paciente.

Criterios de derivación a otros recursos asistenciales. Según cada caso:

- A. El paciente no precisa hospitalización pero sí rehabilitación específica del DCA:
 - Se dará el alta a domicilio, residencia u otros recursos sociales.
- B. El paciente precisa hospitalización pero no rehabilitación específica del DCA:
 - Puede derivarse a:
 - Unidad de Larga Estancia en HACLE para cuidados, adaptación a la situación clínica y establecimiento de destino definitivo.
 - Otros
- C. El paciente no precisa hospitalización ni rehabilitación específica del DCA:
 - Se dará el alta a domicilio, residencia u otros recursos sociales.

NOTA: En todos los tránsitos entre dispositivos asistenciales deberá realizarse la coordinación necesaria para garantizar la Continuidad Asistencial.

Criterio de Seguimiento (tras el alta)

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

Criterios de duración de la atención en centro de DCA ambulatorio:

- Estancia media recomendable: 60-80 días
- Estancia máxima autorizada: 180 días
- Periodicidad de la revisión de la adecuación de la estancia: al menos cada 2 meses
 - Por el Comité de Seguimiento del DCA (del Departamento)

NOTA: Las prolongaciones deberán justificarse siempre. Se refiere a estancia con objetivo de recuperación. Los pacientes que requieren hospitalización pero no tienen objetivo recuperador deben ser redirigidos a unidades larga estancia para cuidados, adaptación a la nueva situación y búsqueda de un destino adecuado

Objetivos:

- Difundir e implantar los contenidos del Manual de Criterios Técnicos Normativos

V.- DOTACIÓN Y HOMOGENIZACIÓN DE RECURSOS

Para mejorar y adecuar las instalaciones, equipamiento y dotación de recursos humanos a los requisitos establecidos en el documento de Criterios Técnicos Normativos, se ha realizado una encuesta a los distintos centros que atienden pacientes con DCA en el sistema público con el fin de recabar sus necesidades y establecer un plan de dotación paulatina de los mismos.

Igualmente se está realizando un censo de centros privados que atienden a pacientes con DCA derivados desde el Sistema Público con el fin de comprobar la adecuación de sus instalaciones, recursos y funcionamiento.

La lista de requeridos básicos de equipamiento y profesionales puede encontrarse en el documento mencionado de "Criterios Técnicos Normativos".

Objetivos:

- Analizar las necesidades de recursos de los dispositivos actuales dedicados a atender pacientes con DCA (NRHB)
- Implementar recursos para la consolidación de la atención a los pacientes con DCA:
 - Recursos Propios
 - Recursos por Externalización (Concierto de Prestación de NRHB)
 - Balancear bien los recursos disponibles en los HACLEs, de forma que puedan asumir la demanda.

VI.- CONTROL, SEGUIMIENTO Y GARANTÍA DE CALIDAD

Un aspecto básico para la atención de pacientes con procesos de larga duración es la continuidad de la asistencia y el control y seguimiento del proceso, así como el control de la calidad de la asistencia a través de distintos mecanismos.

En la Estrategia DCA de la CV se han tenido en cuenta estos aspectos planteándose en el documento de “Criterios Técnicos Normativos”. Igualmente se ha elaborado un documento específico para los Comités de Seguimiento de DCA departamentales y para la Oficina Autónoma del DCA.

Señalaremos aquí los aspectos más relevantes de los mismos:

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 I)

Requisitos de coordinación

a) Continuidad asistencial:

El Departamento de Salud 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 entre el Hospital del Departamento de salud del paciente, Atención Primaria y los centros específicos de Neurorrehabilitación, así como los Servicios Sociales y Comunitarios del municipio 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.

Estructura organizativa para el Control, Seguimiento y Garantía de Calidad

Para facilitar estos aspectos se han creado dos tipos de estructura organizativas:

- a. Una departamental: *CONSEJO DE DIRECCIÓN DE LA RED DCA*
- b. Otra Autónoma: *COMISIÓN DE COORDINACIÓN DE LAS REDES DE DCA de la CV*

Las funciones, composición y funcionamiento de cada una de estas estructuras se ha reflejado en sendos documentos que ya han sido difundidos a los organismos correspondientes (Departamentos de Salud y Dirección General de Asistencia Sanitaria)

CONSEJO DE DIRECCIÓN DE LA RED DCA¹

Para facilitar el seguimiento y control de los pacientes en tratamiento neurorrehabilitador, se propone que cada departamento defina un CONSEJO DE DIRECCIÓN DE LA RED DCA. Estará integrado por:

- Representantes de los servicios implicados en la atención a pacientes con DCA del Departamento:
 - Rehabilitación
 - Neurología
 - Neurocirugía (si procede)
 - Psicología (si existe la figura de Neuropsicólogo)
 - Trabajo Social
- Enfermera Gestora de Casos del Departamento (o Enfermera de Enlace)
- Representante del Equipo Directivo del Departamento
- Representante del Servicio de Admisión
- Representante de Atención Primaria
- Representante de las Unidades de DCA a las que se derivan pacientes para NRHB
- Representante de la atención comunitaria, especialmente de Asociaciones de Afectados por DCA.
 - Apoyo Administrativo

Entre sus funciones se encuentran:

- Elaborar el “Acuerdo formalizado de colaboración” a que se refiere la instrucción Séptima.
- Redactar y aprobar el Manual de Organización y Funcionamiento de la Red.
- Proponer a quién corresponda la disposición de los recursos en términos asistenciales.
- Tomar decisiones de gestión asistencial, de organización, de prestación asistencial y de accesibilidad adecuada, avaladas por el equipo directivo del Departamentos de salud y otros dispositivos asistenciales implicados.
- Impulsar el funcionamiento de la red en todos sus ámbitos.
 - Conocer y difundir el Plan de Atención al DCA en la CV y aplicarlo a nivel departamental:
 - Definir el método de identificación de casos e implantarlo
 - Identificar pacientes candidatos y aplicar criterios de decisión
 - Revisar propuestas de plan de tratamiento de pacientes (duración y tipos de terapias propuestas)
 - Gestionar el Seguimiento de los pacientes en atención “externa”
 - Coordinación con centros de atención al DCA

¹ Sustituye a los actuales “Comités Departamentales de Control y Seguimiento del DCA”

- Definir e implantar mejoras para la atención al DCA en el departamento
- Participar en las reuniones con la COMISIÓN DE COORDINACIÓN DE LAS REDES DE DCA de la CV
- Elaboración de memoria anual de la atención al DCA en el Departamento.

Entre sus miembros elegirán un **coordinador de la Red** que lo será también del Consejo de dirección. Sus funciones serán gestoras, organizativas y de rendición de cuentas al Departamento de Salud y a la Conselleria de Sanidad Universal y de Salud Pública. Cada tres años, se revalidará esta designación o se elegirá un nuevo coordinador

COMISIÓN DE COORDINACIÓN DE LAS REDES DE DCA de la CV

Esta comisión sustituirá a la actual *Oficina de DCA* y estará integrada por:

- Coordinadores de las redes asistenciales existentes para ese proceso asistencial
- Un miembro de cada uno de los equipos directivos de los departamentos implicados
- Un miembro de cada unidad de DCA integrada en las distintas redes DCA
- Representante de las Asociaciones de Afectados por DCA

Entre sus funciones se encuentra:

- Vigilancia de la garantía de calidad, la equidad y la sostenibilidad de la atención al DCA en todo el Territorio de la Comunidad Valenciana
- Revisar y armonizar los planes elaborados por las redes.
- Definición de indicadores y sistema de información
- Facilitar el intercambio de experiencias y la identificación de nuevas necesidades en salud y de recursos sanitarios.
- Realizar propuestas y sugerencias de reordenación de los recursos sanitarios a la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública y a los equipos directivos-gerencia de los Departamentos de Salud implicados.
- Proponer a los órganos superiores de la Administración Sanitaria áreas de intervención que incidan en la mejora de la atención al DCA en el Territorio de la Comunidad Valenciana.
- Evaluación del Plan a través de la medición de indicadores y Realización de memoria anual de la atención al DCA en la Comunidad Valenciana
- Desarrollo y mejora continua del Plan de Atención al DCA en la CV:
- Analizar casos singulares de alta complejidad que no hayan podido resolverse en el Departamento de Salud correspondiente (solicitudes de prolongación de la atención, de cambio de centro, de atención en centros fuera de la CV, situaciones no previstas, etc...)
- Proponer actividades formativas y de investigación en el contexto de la atención al Daño Cerebral Adquirido.
- Mantener las relaciones de carácter técnico que puedan producirse con el Ministerio de Sanidad y/o con las CCAA.
- Otras que pudieran ser encomendadas

Entre sus miembros elegirán al Coordinador de esta Comisión que presidirá las reuniones de la Comisión de Coordinación y la representará. Cada tres años, se revalidará esta designación o se elegirá un nuevo coordinador.

A sus reuniones se podrán convocar a aquellos miembros de las Redes Asistenciales que se considere necesario.

Circuito de Solicitud de Derivación y Seguimiento de Pacientes con DCA

Desde la Oficina del DCA se propone un modelo básico de identificación de pacientes candidatos a NRHB, solicitud de atención en centro específico de DCA y Seguimiento de los pacientes. Este modelo básico debe ser consensuado entre los centros de derivación de pacientes y los centros de atención al DCA, de modo que se adapte a sus propias circunstancias y se ajuste a los requisitos técnicos de la Estrategia DCA CV.

En términos generales se proponen los siguientes:

Solicitud y Prescripción de la Pauta Terapéutica

- La Prescripción será por paciente, pudiéndose establecer “Protocolos de tratamiento”.
- La prescripción la realizará un facultativo del equipo asistencial que esté atendiendo al paciente.
- Para su tramitación deberá ser refrendada por el *CONSEJO DE DIRECCIÓN DE LA RED DCA* del Departamento (pudiendo delegar esta función en personas concretas competentes para ello).
- Cada solicitud deberá acompañarse de un informe con:
 - Identificación y datos demográficos del paciente
 - Prestación solicitada (Hospitalaria / Ambulatoria)
 - Datos clínicos justificativos de la solicitud, donde deberá constar al menos:
 - Diagnóstico de la causa del DCA
 - Situación actual¹
 - Clínica
 - Motora
 - Funcional
 - Cognitiva/conductual
 - Social
 - Tratamiento recibido (farmacológico y terapias).
 - Pauta terapéutica actual
 - Otras recomendaciones (si las hay)
 - Expectativas de objetivos a conseguir (por parte del profesional)
 - Plan de seguimiento del paciente (tendrá una cita de revisión antes de que finalicen las sesiones de tratamiento para valorar la evolución y si –eventualmente- precisa alguna modificación del plan terapéutico.

¹ Se establecerán los instrumentos de valoración básicos para la derivación (por ejemplo: Índice de Barthel u otros)

Para la solicitud de Neurorrehabilitación ambulatoria, además deberán señalarse las prestaciones solicitadas, frecuencia y duración de las mismas. Esta pauta propuesta deberá consensuarse con el equipo asistencial que va a realizarla. Para ello es necesario unos canales efectivos de comunicación entre los profesionales y una relación de confianza mutua.

Las sesiones realizadas deberán ser de algún modo ratificadas en un documento de "realización de la prestación" por el usuario o su representante de modo que de esta pueda constituirse como comprobante para la facturación o compensación de la misma. Como se muestra a modo de ejemplo en la tabla siguiente

Tipos de prestación a solicitar y pauta de tratamiento

Prestación	Nº Semanas (6-12-18-24)	Sesiones/Semana (2-3-4-5)	Total Sesiones Solicitadas	Total Sesiones Realizadas ³
Fisioterapia				
TO Funcional ¹				
TO Cognitiva				
Logopedia				
Intervención Neuropsicológica				
Valoración Neuropsicológica ²				

- 1- TO: Terapia Ocupacional
- 2- La Valoración Neuropsicológica puede emplearse previamente a la prescripción de la pauta de tratamiento si el centro no dispone de este recurso. En este caso se anotaría "Nº Semanas: 1; Sesiones/Semana: 1; Total Sesiones Solicitadas: 1)
- 3- Las sesiones realizadas deben ser "confirmadas" por el paciente o familiar mediante la firma de un "Formulario de asistencia" donde conste:
 - a. Identificación del centro de atención al DCA
 - b. Identificación del paciente
 - c. Tipo de prestación
 - d. Fecha de la prestación
 - e. Firma e identificación del firmante autorizado (nombre o DNI).

Este formulario deberá entregarse mensualmente al centro solicitante para proceder a tramitar facturación de la prestación.

Seguimiento de la Atención de los Pacientes

Los comités de Seguimiento del DCA departamentales deberán establecer con los Centros de Atención al DCA el modo de seguimiento, acordando:

- Periodicidad del mismo
- Estructura de los Informes de Seguimiento
- Logística del Seguimiento (revisiones presenciales, teleconferencia, visitas al Centro de DCA por personal del Departamento, etc...)
- Escalas de Valoración de pacientes para el Seguimiento: deberá igualmente acordarse las escalas a utilizar de modo que todos los profesionales implicados estén familiarizados con estas y faciliten la toma de decisiones en relación al seguimiento y alta de pacientes.

- Estas escalas deben contemplar tanto aspectos generales como aspectos específicos según los déficit y otras manifestaciones que presente el paciente.
 - Ejemplo de Instrumentos de Valoración general:
 - Escala FIM-FAM
 - Rankin modificado
 - Índice Motor
 - DRS
 - Calsificación DCS (Pidex II)
 - Ejemplo de Instrumentos de Valoración específicos:
 - Escala de la marcha de Sagunto
 - Nine Peg Hole Test
 - MAST (afasia)
 - NPIQ (Transtornos de conducta)

NOTA: en el documento de Criterios Técnicos Normativos, se presenta en el Anexo I una tabla con las principales escalas de uso recomendado.

Objetivos:

- Crear la COMISIÓN DE COORDINACIÓN DE LAS REDES DCA de la CV para avanzar hacia la equidad en la atención a los pacientes con DCA en todo el Territorio.
- Evaluar todas las unidades de atención al DCA que atienden a pacientes desde el Sistema Público, para comprobar su ajuste a los criterios establecidos.
- Definir un set de indicadores de calidad en atención al DCA.

VII.- GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Entendemos la Gestión del Conocimiento como las decisiones que se toman para mejorar el conocimiento en materia de DCA a todos los niveles: población general, personas afectadas, profesionales y agentes políticos y sociales.

Distinguimos tres aspectos: generación de conocimiento (investigación), transmisión de conocimiento (Docencia) y adquisición de conocimiento (formación)

Objetivos:

- Identificación de personas con especial formación y disponibilidad para conformar un cuerpo docente en DCA en la Comunidad Valenciana.
- Realización de actividades formativas dirigidas a los profesionales
- Implementar una Plataforma Web de la Oficina DCA en la que se disponga toda la información relativa a la atención al DCA
- Impulsar proyectos de investigación en relación al DCA
- Establecer convenios de colaboración con universidades y centros de investigación en neurociencias y otras ciencias aplicadas.
- Realizar una actividad periódica e intersectorial de intercambio de conocimientos: Congreso DCA.

VIII.- INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN AL DCA

Uno de los pilares de la atención a personas afectadas por DCA es la integración de la atención; esto quiere decir que todos los profesionales y recursos -de todos los ámbitos- que interactúan con los afectados, deben estar coordinados alrededor de un objetivo común que es mejorar la autonomía, la adaptación y la participación social del paciente y su entorno familiar, procurando con ello mejorar la calidad de vida de todos los afectados.

El proceso asistencial al que se enfrenta cada persona afectada por DCA es prolongado en el tiempo, a menudo años, y se desarrolla a través de numerosos tipos de profesionales, centros, ámbitos y otras personas de ayuda, principalmente en el entorno comunitario (voluntarios y asociaciones de afectados).

La integración de todos ellos es fundamental para conseguir el objetivo común señalado. Para ello es primordial que se establezcan relaciones de conocimiento mutuo, confianza, cooperación y coordinación entre todos ellos, así como el diseño repositorios de información y de vías de comunicación que permita el necesario flujo de dicha información que permita esa integración real del proceso asistencial.

Este proceso es costoso en tiempo y esfuerzo, deben ser liderado por agentes concretos y desde un ámbito concreto.

En el contexto de la estrategia para la atención al DCA en la Comunidad Valenciana se ha creado para tal fin la Oficina Autonómica del DCA, entre cuyas funciones se señala “A-Vigilancia de la garantía de calidad, la equidad y la sostenibilidad de la atención al DCA en todo el territorio de la Comunitat Valenciana...”, entendiéndose que una atención de calidad y equidad no es posible sin una visión integrada del proceso asistencial de la misma.

Los ámbitos a coordinar son múltiples, destacando:

- Sanitario con un importante papel durante los primeros meses del proceso.
- Social: procurando las ayudas necesarias para que los pacientes y familias puedan desenvolverse lo mejor posible en su entorno habitual o proporcionando uno alternativo si ello no es posible.
- Comunitario: a través de las propias familias y otras personas concretas de la comunidad organizadas a través de asociaciones o de manera particular y solidaria. También cabe destacar aquí el papel de las corporaciones municipales en proveer de medios y actividades que faciliten la adaptación y participación de los ciudadanos en las actividad comunitarias.
- Laboral: en aquellas personas afectadas por DCA en edad laboral y con déficit que permitan una actividad laboral adaptada.
- Educativa: en aquellas personas afectadas por DCA que deseen y puedan participar en procesos educativos que les permitan recuperar y progresar en su nivel educativo así como eventualmente aprender una nueva ocupación laboral a la que pueda adaptarse mejor la persona con discapacidad.

Objetivos:

- Identificar todos los agentes implicados a lo largo de la trayectoria de los pacientes afectados por DCA
- Establecer actividades periódicas de encuentro e intercambio de información, ideas e inquietudes.
- Establecer circuitos de coordinación entre los diferentes agentes y ámbitos

NOTAS FINALES

Las estrategias sirven para avanzar de una manera ordenada y con objetivos hacia una visión del futuro que deseamos para una organización o proyecto.

Esta estrategia no pretende ser otra cosa que una guía para avanzar hacia el futuro que deseamos en relación a la atención que la sociedad debe ofrecer a los ciudadanos afectados por DCA, tanto a los que sufrieron la lesión cerebral de manera directa, como a los que les alcanza de manera indirecta al tener que atender a los primeros.

Este proyecto no puede tener éxito si no somos capaces de polarizar los esfuerzos de todos los agentes implicados hacia un objetivo común: mejorar la autonomía de las personas afectadas, para que puedan asumir de nuevo los roles sociales que sus facultades les permitan, volviendo a recuperar la normalidad y la dignidad como personas –dentro de la divergencia funcional consecuente- en el seno de una sociedad plural y solidaria.

. No se puede hacer una estrategia dirigida a las personas... sin las personas. Y menos cuando se trata de recuperar funciones, autonomía y roles que fueron modificados por una enfermedad. Así pues, en este proyecto entendemos que los actores principales son las personas afectadas. Sus necesidades, su esfuerzo, su compromiso participativo en el proceso asistencial, son el motor que puede hacer que entre todos logremos el objetivo.

Además debemos hacerlo de manera transparente: todos deben poder saber qué estamos haciendo y como, para quién, bajo qué principios y valores, con qué recursos y con qué resultados. Este es también nuestro compromiso.

Finalmente, sabemos que los recursos son limitados. Debemos conformar un servicio sostenible. Partimos de una situación de gasto y debemos avanzar cuidando que este gasto y los que puedan devengarse en adelante, cumplan la regla de optimización del mismo. Nuestro retorno es el logro de altas tasas de integración socio-familiar y laboral, la mejoría de la autonomía, de la participación social y de la calidad de vida de las personas, pilares fundamentales del estado de bienestar.

Esperamos pues que la implementación de la Estrategia para la Atención al Daño Cerebral Adquirido en la Comunidad Valenciana sea una oportunidad para mejorar nuestra sociedad, a través de mejorar la calidad de vida de los ciudadanos y aplicar los principios de justicia y solidaridad.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- AHA Medical/Scientific Statement. The American Heart Association Stroke Outcome Classification. *Stroke* 1998; 29: 1274-1280. Disponible en: <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/29/6/1274>.
- Alvarez Sabin J, Alonso de Leciñana M, Gallego 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 al ictus. *Neurología* 2006; 21: 717-726.
- Arias Cuadrado Á. Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento. *Galicia Clin.* 2009;70:25-40.
- Baztán JJ, Pérez-Martínez DA, Fernández-Alonso M, Aguado-Ortego R, Bellando-Álvarez G, De la Fuente-González AM, *et al.* Factores pronósticos de recuperación funcional en pacientes muy ancianos con ictus. Estudio de seguimiento al año. *Rev Neurol.* 2007;44(10):77-83.
- Boletín del Observatorio Estatal de la Discapacidad nº 3. Madrid, 2011. El Daño Cerebral Adquirido (DCA) en España: principales resultados a partir de la Encuesta EDAD-2008. [citado 1 de julio de 2013] Recuperado a partir de: http://www.observatoriodeladiscapacidad.es/sites/default/files/Boletin_OED_N3_Web.pdf.
- Burdea, G.C., Cioi, D., Martin, J., Rabin, B., Kale, A. y DiSanto, P.: Motor Retraining in Virtual Reality: A Feasibility Study for Upper-Extremity Rehabilitation in Individuals With Chronic Stroke". *Journal of Physical Therapy Education* (2011), vol. 25(1): p_ags. 20-29.
- Cameirao, M.S., Badia, S.B., Duarte, E., Frisoli, A. y Verschure, P.F.: The Combined Impact of Virtual Reality Neurorehabilitation and Its Interfaces on Upper Extremity Functional Recovery in Patients With Chronic Stroke". *Stroke* (2012), vol. 43: p_ags. 2720-2728.
- Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF): aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica. José L. Ayuso-Mateosa, Marta Nieto-Moreno, José Sánchez-Moreno y José L. Vázquez-Barquero. *Med Clin (Barc).* 2006;126(12):461-6
- Consideraciones respecto a un modelo asistencial, planificado, eficaz, eficiente y de calidad acreditada para la atención especializada de las personas con daño cerebral adquirido. Insitut Guttman. Badalona 2003. www.guttman.com.
- Coupar F, Pollock A, Rowe P, Weir C, Langhorne P. Predictors of upper limb recovery after stroke: a systematic review and metaanalysis. *Clin Rehabil.* 2012;26:291-313.
- Daño cerebral sobrevenido en España: Un acercamiento epidemiológico y sociosanitario. Informe del Defensor del Pueblo. Madrid 2005
- Daño cerebral sobrevenido: propuesta de definición, criterios diagnósticos y clasificación. Fernando Castellanos-Pinedo, Manuel Cid-Gala, Pablo Duque, José M. Ramírez-Moreno, José M. Zurdo-Hernández, en nombre del Grupo de Trabajo del Plan de Atención al Daño Cerebral Sobrevenido de Extremadura. *Rev Neurol* 2012; 54 (6): 357-366.
- Daño Cerebral Sobrevenido en la Comunidad Valenciana. Una aproximación a la incidencia. Javier Chirivella Garrido (FIVAN); Salvador Peiró Moreno (CSISP). Fundación Instituto Valenciano de Neurorehabilitación (FIVAN). Valencia 2012
- Dhamoon MS, Moon YP, Paik MC, Boden-Albala B, Rundek T, Sacco RL, *et al.* Long-term functional recovery after first ischemic stroke: the Northern Manhattan Study. *Stroke.* 2009; 40(8):2805-11.

- Di Carlo A, Lamassa M, Pracucci G, Basile AM, Trefoloni G, Vanni P, *et al.* Stroke in the very old clinical presentation and determinants of 3-month functional outcome: a european perspective. *Stroke*. 1999;30(11):2313-9.
- Dobkin BH. Strategies for stroke rehabilitation. *Lancet Neurol* 2004; 3: 528-536.
- Edmans, J.A., Gladman, J.R.F., Cobb, S., Sunderland, A., Pridmore, T., Hilton, D. y Walker, M.F.: Validity of a virtual environment for stroke rehabilitation *Stroke*. *Stroke* (2006), vol. 37(11): 2770-2775.
- Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Federación Española de Daño Cerebral. <http://fedace.org>
- Gestión, intervenciones terapéuticas de rehabilitación e indicadores de resultados en el ictus: Recomendaciones de la Sociedad Valenciana de Medicina Física y Rehabilitación. Béseler, Assucena, Colomer, Díaz, Ferrer, De la Fuente, Grao, Íñigo, Máñez, Sánchez. 2012
- Geurtsen, G.J., Heugten, C.M. van, Meijer, R., Martina, J.D. y Geurts, A.C.: Prospective study of a community reintegration programme for patients with acquired chronic brain injury: effects on caregivers' emotional burden and family functioning". *Brain Inj* (2011), vol. 25: p_ags. 691-697.
- Geurtsen, G.J., Heugten, C.M. van, Meijer, R., Martina, J.D. y Geurts, A.C.: Three-year follow-up results of a residential community reintegration program for patients with chronic acquired brain injury". *Arch Phys Med Rehabil* (2012), vol. 93: p_ags. 908-911.
- Gialanella B, Santoro R, Ferlucchi C. Predicting outcome after stroke: the role of basic activities of daily living. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2012;48:1-2.
- Guía Clínica de Neurorehabilitación en Daño Cerebral Adquirido. Editor: Igor Bombín González. Fundación Reintegra. Oviedo 2013
- Hervás-Angulo A, Cabasés-Hita JM, Forcén-Alonso T. Costes del ictus desde la perspectiva social. Enfoque de incidencia retrospectiva con seguimiento a tres años. *Rev neurol* 2006; 43: 518-525.
- Instrucción N01/2011, de 19 de diciembre, de la Dirección Gerencia, del Servicio Extremeño de Salud, por la que se establece el procedimiento para la solicitud, resolución, adjudicación y seguimiento de estancias de neurorehabilitación para personas con daño cerebral sobrevenido y/o lesión medular aguda en el ámbito del Servicio Extremeño de Salud.
- Jaramillo Gómez E. Perfil funcional. Presencia de dependencia. En: López Arrieta JM y Rodríguez Mañas L. Atención sanitaria al anciano. Sociedad Española de Medicina Geriátrica. Madrid, 2008. Pag. 86-96.
- Jiménez Muro M, Pedro-Cuesta J, Almazán J, Holmqvist W. Stroke recovery in South Madrid. Function and motor recovery, resource utilization, and family support. *Stroke* 2000; 31: 1352-9.
- Jorgensen HS, Nakayama H, Raaschou HO, Olsen TS. Recovery of walking function in stroke patients: The Copenhagen stroke study. *Arch Phys Med Rehabil* 1995; 76: 27-32.
- Jorgensen HS, Nakayama H, Raaschou HO, Vive-Larsen J, Stoier TS, Olsen TS. Outcome and time course of recovery in stroke. Part I: Outcome. The Copenhagen stroke study. *Arch Phys Med Rehabil* 1995; 76: 399-405.
- Jorgensen HS, Nakayama H, Raaschou HO, Vive-Larsen J, Stoier TS, Olsen TS. Outcome and time course of recovery in stroke. Part II: Time course of recovery. The Copenhagen stroke study. *Arch Phys Med Rehabil* 1995; 76: 406-12.

- Kammergaard LP et al. Short and long-term prognosis for very old stroke patients. *The Copenhagen Stroke Study. Age and Ageing* 2004; 33: 149-154.
- Kwakkel G, Kollen BJ. Predicting activities after stroke: what is clinically relevant? *Int J Stroke*. 2013;8(1):25-32.
- Magnitud del Daño Cerebral Adquirido en España y en Castilla La Mancha. Martha Quezada García; Agustín Huete García. Asociación de Daño Cerebral sobrevenido. Castilla La Mancha. Versión 21/2/2013
- Markus H. Improving the outcome of stroke. *Br Med J* 2007; 335: 359-360.
- Mirbagheri MM, Rymer WZ. Time-course of changes in arm impairment after stroke: variables predicting motor recovery over 12 months. *Arch Phys Med Rehabil*. 2008;89(8):1507-13.
- Modelo de atención a las personas con daño cerebral. Colección Documentos/Serie Documentos Técnicos, N.º 21007. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid 2007.
- Modelo de Centro de Día para personas con Daño Cerebral Adquirido. Colección Documentos/Serie Documentos Técnicos, N.º 21014. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid 2007
- Musicco M, Emberti L, Nappi G, Caltagirone C. Early and long-term outcome of rehabilitation in stroke patients: the role of patient characteristics, time of initiation, and duration of interventions. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003;84(4):551-8.
- Outpatient Service Trialists. Servicios de rehabilitación basados en terapias para pacientes con accidente cerebrovascular que viven en sus domicilios (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
- Pinedo Otaola S, Miguel de la Vila F. Evolución y pronóstico de la discapacidad en pacientes con hemiplejía. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 487-92.
- PLAN DIRECTOR SOCIOSANITARIO 16/03/2006. Decreto 39/2006, de 14 de marzo, por el que se crea el Plan director sociosanitario y su Consejo Asesor (DOGC de 16 de marzo de 2006).
- Plan de atención al daño cerebral sobrevenido en Extremadura (Borrador). Fernando Castellanos Pinedo (Neurólogo) Coordinador PÍDEX, SES. Manuel Cid Gala (Psicólogo) Coordinador Técnico Gerencia, SEPAD. Badajoz, 2009.
- Plan Director de la Enfermedad Vascul ar Cerebral en Cataluña. Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas de Cataluña (AATRM) Guía de práctica clínica sobre el ictus. Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya. 2005 (actualizada 2007). Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/aatrm/html/es/dir420/doc9763.html>
- Quemada JI, Ruiz MJ, Bori I, Gangoiti L, Marin J. Modelo de atención a las personas con daño cerebral. *Imsero*; 2007.
- Rehabilitation Medicine, British Society of: Rehabilitation following acquired brain injury. National Clinical Guidelines Royal College of Physicians, 2003.
- Sánchez-Blanco I, Ochoa-Sangrador C, López-Munaín L, Izquierdo-Sánchez M, Feroso-García J. Predictive model of functional independence in stroke patients admitted to a rehabilitation programme. *Clin Rehabil* 1999; 13: 464-75.

- Sociedad Valenciana de Neurología. Plan de asistencia sanitaria al ictus agudo. Comunidad Valenciana. 2006 [citado 19 de febrero de 2013]. Recuperado a partir de: http://www.svneurologia.org/PASI-CV_2006_def.pdf
- Suñer R, Pujiula J, Puigdemont M, Algans L. Enfermedad cerebrovascular: Cuidados a los enfermos en la fase aguda y crónica. En: Tratado de enfermería neurológica: La persona, la enfermedad y los cuidados. Ed. Sociedad Española de Enfermería Neurológica, 2005: 64-76.
- Tilling K, Sterne JA, Rudd AG, Glass TA, Wityk RJ, Wolfe CD. A new method for predicting recovery after stroke. Stroke. 2001;32(12):2867-73.
- Whyte, E., Skidmore, E., Aizenstein, H., Ricker, J. y Butters, M.: "Cognitive impairment in acquired brain injury: a predictor of rehabilitation outcomes and an opportunity for novel interventions". Physical Medicine and rehabilitation (2011), vol. 3(6 Suppl 1): S45-51.
- You, S.H., Jang, S.H., Kim, Y.H., Hallett, M., Ahn, S.H., Kwon, Y.H., Kim, J.H. y Lee, M.Y.: "Virtual reality-induced cortical reorganization and associated locomotor recovery in chronic stroke: an experimenter-blind randomized study". Stroke (2005), vol. 36: p_ags. 1166-1171.

Anexo I: Clasificación de Pacientes Para Derivación a Recursos Específicos

- Herramientas de valoración:

1- Déficit funcional: para la gradación del déficit funcional se empleará el Índice de Barthel. Gradación del déficit: Leve: 60-90 p.; Moderado: 40-55 p; Grave: <= 35 punto

2- Marcha Terapéutica: puntuación >2 en la Escala FAC o en la Escala de la Marcha de Sagunto.

3- Déficit cognitivo: Para la Gradación de "No déficit cognitivo o alteración leve" el paciente debe tener una puntuación de ≥ 25 en el test MoCA (Montreal Cognitive Assesment).

- Recurso o Destino:

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

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

C: Centro de Atención Ambulatoria al DCA

D: Centro de DCA en régimen de hospitalización

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

Tipología de pacientes con DCA según déficit motor, funcional, cognitivo y pronóstico funcional				
	Déficit Motor/Funcional Actual	Déficit Cognitivo	Pronóstico Funcional esperado a Medio Plazo	Recurso/ Destino
A	Similar a situación previa o leve empeoramiento	Similar a situación previa o leve empeoramiento	Estabilización o Mejoría	A
B	Déficit funcional leve	No o leve ³	Estabilización o Mejoría	A
C1	Déficit funcional leve	Moderada o grave	No Mejoría significativa	A
C2	Déficit funcional leve	Moderada o grave	Mejoría significativa	C
D1	Déficit funcional Moderado. Permite transferencias. Marcha terapéutica ¹	No o leve ³	Estabilización (no mejoría significativa)	A
D2	Déficit funcional Moderado. Permite transferencias. Marcha terapéutica ¹	No o leve ³	Mejoría significativa	Precisa Terapia Combinada ² : a) No: A b) Si: C
E1	Déficit funcional Moderado a grave. Permite transferencias. Marcha terapéutica ¹	Moderada o grave	Estabilización o Mejoría no significativa	B
E2	Moderado o grave. Permite transferencias. Marcha terapéutica ¹	Moderada o grave	Mejoría significativa	D
F1	Déficit funcional Moderado a grave. No permite transferencias. No marcha.	Cualquier situación	Estabilización o Mejoría no significativa.	B
F2	Déficit funcional Moderado a grave. No permite transferencias. No marcha	Cualquier situación	Mejoría significativa	D
G	Déficit funcional Moderado a grave. No permite transferencias. No marcha	Moderado a grave	Empeoramiento	HACLE UHD C. Paliativos

Anexo II: Líneas Estratégicas y Objetivos Estratégicos Asociados

	Línea Estratégica	Objetivos Estratégicos	Plazo
I.-	Definición de las Políticas Asistenciales para el DCA	<ul style="list-style-type: none"> • Difundir las políticas entre todos los agentes implicados en la atención a personas con DCA. 	Julio 2017
		<ul style="list-style-type: none"> • Establecer acciones concretas para el despliegue de estas políticas, ajustadas a la realidad de cada ámbito. 	Diciembre 2017
		<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar anualmente la implementación de estas políticas a nivel comunitario (en términos de resultados en Salud) 	Diciembre 2108
II.-	Definición del Modelo Asistencial	<ul style="list-style-type: none"> • Implantar el modelo de atención en red: <ul style="list-style-type: none"> a) En cada Departamento: <ul style="list-style-type: none"> • Consejo de Dirección de la Red DCA de cada Departamento de Salud b) A nivel comunitario: <ul style="list-style-type: none"> • Comisión de Coordinación de las Redes DCA c) Oficina Autónoma de DCA <ul style="list-style-type: none"> • Dirección General de Asistencia Sanitaria (CSUySP) 	Julio 2017
III.-	Definición de un Mapa Estratégico para la Atención al DCA	<ul style="list-style-type: none"> • Definir el mapa de atención al DCA incorporando todos los recursos que intervienen: <ul style="list-style-type: none"> • Recursos propios • Recursos gestionados por las concesiones administrativas • Recursos concertados • Recursos comunitarios (ie: Asociaciones de Afectados por DCA) 	Diciembre 2017

	Línea Estratégica	Objetivos Estratégicos	Plazo
		<ul style="list-style-type: none"> • Establecer los circuitos de coordinación entre los diferentes recursos implicados 	Marzo 2018
		<ul style="list-style-type: none"> • Definir un sistema de información que permita el intercambio de información relevante para la atención a los pacientes y para la evaluación de la atención. 	Julio 2018
IV.-	Normalización de la Asistencia	<ul style="list-style-type: none"> • Difundir e implantar los contenidos del Manual de Criterios Técnicos Normativos 	Julio 2017
		<ul style="list-style-type: none"> • Actualizar anualmente el documento con la participación de los distintos agentes implicados. 	Diciembre 2017 (Próxima Rev.)
V.-	Dotación y Homogenización de Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Analizar las necesidades de recursos de los dispositivos actuales dedicados a atender pacientes con DCA (NRHB) 	Diciembre 2017
		<ul style="list-style-type: none"> • Implementar recursos para la consolidación de la atención a los pacientes con DCA: <ol style="list-style-type: none"> a. Recursos Propios b. Recursos por Externalización (Concierto de Prestación de NRHB) c. Balancear bien los recursos disponibles en los HACLEs, de forma que puedan asumir la demanda. 	Marzo 2018
VI.-	Control, Seguimiento y Garantía de Calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Poner en marcha la COMISIÓN DE COORDINACIÓN DE LAS REDES DCA de la CV para avanzar hacia la equidad en la atención a los pacientes con DCA en todo el Territorio. 	Julio 2017
		<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar todas las unidades de atención al DCA que atienden a pacientes desde el Sistema Público, para comprobar su ajuste a los criterios establecidos. 	Diciembre 2018
		<ul style="list-style-type: none"> • Definir un set de indicadores de calidad en atención al DCA. 	Diciembre 2017
VII.-	Gestión del Conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de personas con especial formación y disponibilidad para conformar un cuerpo docente en DCA en la Comunidad Valenciana. 	Julio 2017

	Línea Estratégica	Objetivos Estratégicos	Plazo
		<ul style="list-style-type: none"> • Realización de actividades formativas dirigidas a los profesionales 	Diciembre 2017
		<ul style="list-style-type: none"> • Implementar una Plataforma Web de la Oficina DCA en la que se disponga toda la información relativa a la atención al DCA 	Abril 2018
		<ul style="list-style-type: none"> • Impulsar proyectos de investigación en relación al DCA 	Abril 2018
		<ul style="list-style-type: none"> • Establecer convenios de colaboración con universidades y centros de investigación en neurociencias y otras ciencias aplicadas. 	Julio 2018
		<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una actividad periódica e intersectorial de intercambio de conocimientos: Congreso DCA. 	Junio 2018
VIII.-	Integración de todos los agentes implicados en el proceso asistencial al DCA	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar todos los agentes implicados a lo largo de la trayectoria de los pacientes afectados por DCA 	Julio 2017
		<ul style="list-style-type: none"> • Establecer actividades periódicas de encuentro e intercambio de información, ideas e inquietudes. 	Junio 2017
		<ul style="list-style-type: none"> • Establecer circuitos de coordinación entre los diferentes agentes y ámbitos 	Junio 2018