

En red para recuperarte



Estrategia para la atención al
Daño Cerebral Adquirido
en la Comunitat Valenciana
2017-2020



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA

OBJETO Y ENFOQUE DE LA ESTRATEGIA.....	3
INTRODUCCIÓN	
Definición de Conceptos Clave	4, 5
JUSTIFICACIÓN	10
MÉTODO DE REALIZACIÓN.....	13
SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN AL DCA EN LA CV.....	16
Conclusiones del Grupo de Expertos	23
Estimación de Costes	19
Estimación de Necesidades Expresadas	18
Estimación de Necesidades Normativas	17
Necesidades de atención al DCA-NRHB en la Comunitat Valenciana	16
Oferta Asistencial Actual en la Comunitat Valenciana (Enero 2017)	21
Situación Actual de Uso de Recursos para Atención al DCA (Datos 2015)	23
LÍNEAS GENERALES DE LA ESTRATEGIA	24
Retos de Futuro	24
I- POLÍTICAS ASISTENCIALES	25
Criterios de Calidad	27
Criterios de Equidad	26
Criterios de Sostenibilidad	26
Misión de la Estrategia para la Atención al DCA en la CV.....	25
Objetivos.....	29
Principios Generales de la Asistencia al DCA.....	25
Visión de la Estrategia para la Atención al DCA en la CV	25
II. MODELO DE ATENCIÓN AL DCA EN LA CV	30
Definición de Caso de DCA.....	30
Definición de la Red Asistencial para la Atención al DCA	30
Estructuras Organizativas de Gestión de la RED DCA.....	31
Implicaciones Prácticas del Modelo en Red Asistencial	33
Niveles Asistenciales en la Red DCA.....	34
Objetivos	36
III.- MAPA ESTRATÉGICO PARA LA ATENCIÓN AL DCA EN LA CV	38
Criterios Básicos para el Establecimiento del Mapa Estratégico	38
Mapa Estratégico para la Atención al DCA en la CV (Nivel de NRHB)	
Objetivos	40
IV. NORMALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA	43
Criterios de Asignación a Ámbito Asistencial	44
Criterios de Inclusión en Programa de Neurorrehabilitación.....	45



Metodología de Trabajo en los Centros de Atención al DCA.....	44
Objetivos	49
Recomendaciones de Funcionamiento en los Centros de Atención al DCA	43
V.- DOTACIÓN Y HOMOGENIZACIÓN DE RECURSOS	50
Objetivos	50
VI.- CONTROL, SEGUIMIENTO Y GARANTÍA DE CALIDAD	51
Circuito de Solicitud de Derivación y Seguimiento de Pacientes con DCA	52
Estructura organizativa para el Control, Seguimiento y Garantía de Calidad	52
Objetivos	55
Requisitos de coordinación	51
Requisitos de Coordinación y Control	51
VII.- GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO.....	56
Objetivos	56
VIII.- INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN AL DCA	57
Objetivos	58
NOTAS FINALES	59
BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA.....	60
Anexo I: Clasificación de Pacientes Para Derivación a Recursos Específicos	64
Anexo II: Líneas Estratégicas y Objetivos Estratégicos Asociados	65



OBJETO Y ENFOQUE DE LA ESTRATEGIA

La Estrategia para la atención a las personas afectadas por Daño Cerebral Adquirido en la Comunitat Valenciana va dirigida a mejorar la atención de pacientes que por una u otra causa sufren una lesión cerebral sobrevenida, de la cual resulta una disfunción o discapacidad y por tanto una merma en su autonomía y calidad de vida previas.

La mayoría de estas personas contactan inicialmente con el Sistema Sanitario y tras una atención en la fase aguda pueden tener una evolución muy variable. Según distintos parámetros como la situación funcional previa, la edad, evolución durante la fase aguda, la intensidad de déficit y la duración de los mismos, entre otros, cada paciente tiene una serie de necesidades distintas. A lo largo del tiempo estas necesidades son cada vez menos sanitarias y pasando a ser cada vez más de corte social, familiar y comunitario, buscando finalmente, y como objetivo común quienes se implican en la asistencia, trabajar para maximizar el grado de autonomía, participación social, recuperación y normalización de roles de las personas afectadas y –en definitiva- alcanzar una calidad de vida aceptable para cada paciente.

En las fases aguda, subaguda y postaguda, la aportación de los recursos del Sistema Sanitario es clave para conseguir que las personas afectadas por DCA puedan estar en la mejor disposición funcional para seguir avanzando a lo largo de los años hacia el objetivo último de mejorar su calidad de vida. Tras superar estas fases, a menudo queda una larga vida por delante en la que estas personas necesitarán atención de diversa índole que les ayude a alcanzar paulatinamente estos objetivos. En esta fase cobra un papel más relevante la atención que pueda derivarse desde los ámbitos familiar, social y comunitario.

Para alcanzar los objetivos individuales es necesaria la coordinación de agentes y recursos disponibles desde los distintos ámbitos, el trabajo en equipo, el abordaje multidisciplinar y el enfoque integral de la atención, de modo que el enfoque de esta estrategia es considerar la atención al DCA como un *Proceso Asistencial Integrado* en el cual agentes que se involucran y con corresponsables en el logro de los objetivos. Por tanto, si falla algún eslabón de la cadena asistencial, el fallo es general.

Aunque esta estrategia está diseñada para mejorar la atención a todos los pacientes con DCA, en este momento -por considerarse los aspectos actualmente más críticos- se abordarán con más énfasis los relativos a las transiciones entre dispositivos asistenciales, la coordinación entre los sectores sanitario y no sanitario y la aplicación de terapias de Neurorrehabilitación Integral en pacientes con déficits más graves o que afectan a más áreas relacionadas con su funcionalidad, y de quienes se espera un pronóstico funcional de mejoría.

Quedan muchos aspectos por abordar: Incluir algunos colectivos (DCA infantil, por ejemplo), considerar otras situaciones que igualmente pueden beneficiarse de estos planteamientos (enfermedades neurodegenerativas, esclerosis múltiple, lesiones medulares,...), proponer un *espacio socio-sanitario* como el lugar de encuentro común de agentes con implicación en el abordaje de todas estas situaciones de discapacidad derivada de procesos de enfermedad, son algunos de ellos. Esperamos que en próximas ediciones podamos contemplarlos y seguir avanzando en un modelo de asistencia integrado y orientado a la calidad de vida de la ciudadanía.



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, quienes la han sufrido quedan inicialmente con diversos tipos de déficit y de intensidad variable, que pueden mejorar en función de distintos parámetros como el grado de afectación, la edad, y la comorbilidad de la persona, así como de la aplicación de terapias adecuadas. La valoración de pacientes en esta situación, así como el diseño y aplicación de las terapias más adecuadas dirigidas a la recuperación motora, funcional y cognitiva es lo que se denomina “Neurorrehabilitación” (NRHB).

Actualmente, la alternativa científicamente demostrada más eficaz para el tratamiento de pacientes con afectación de DCA es la Neurorrehabilitación 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 persona 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 de 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 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 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 Conselleria 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 la ciudadanía de la Comunitat Valenciana que sufra este proceso pueda 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 paciente que tras sufrir una lesión cerebral sobrevenida 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 la persona 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 su situación clínica. Por otra parte, este estadio evolutivo se corresponde relativamente bien con las necesidades de atención que requieren estas personas:

- **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:** la persona 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 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 neurorreparación tisular. Esta **neurorreparación** 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 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 neuroplasticidad es una propiedad inherente del cerebro mediante la cual éste reorganiza y crea nuevos circuitos y conexiones neuronales. Es la base para el aprendizaje y también para la reorganización de los circuitos neuronales tras una lesión cerebral. Así, la Neurorrehabilitación de los diferentes déficits juega aquí un papel fundamental para que la neuroplasticidad se desarrolle de una manera adecuada, evitando reorganizaciones cerebrales aberrantes que generen patrones funcionales anómalos. Esta Neurorrehabilitación debe establecerse tanto en el ámbito hospitalario como sobre todo en 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 personas 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”, para alcanzar la máxima funcionalidad y potenciar la adaptación y el reajuste en contextos normalizados para personas con DCA. El “abandono asistencial” de pacientes en esta fase puede producir retrocesos en su funcionalidad y en la calidad de vida, facilitando la aparición de complicaciones tardías como hombro doloroso, retracciones, espasticidad, atrofas, problemas de deglución, problemas de conducta, depresión y enclaustramiento domiciliario o institucionalización entre otras.

Repercusión del DCA

El DCA produce múltiples alteraciones en las personas 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

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.



- 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, se 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 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** 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 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 pacientes son numerosos y a menudo no se puede decir que uno es mejor que otro, dependiendo sobre todo de la experiencia del personal sanitario o de un 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, social, funcional, emocional, etc...

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 de la persona afectada, 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 pacientes y su grupo familiar.
- **Integradora.** Los planes asistenciales los deben diseñar y realizar equipos multidisciplinares constituidos por profesionales con motivación, altamente capacitados y entrenados en el trabajo interdisciplinario.
- **Participativa.** Se debe contar con la cooperación activa de pacientes 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 a la persona afectada de la máxima autonomía posible, procurando en cada caso limitar las dependencias asistenciales o tecnológicas a las imprescindibles.
- **Continuada.** Se deberán tener en cuenta sus necesidades 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

Los **procesos asistenciales integrados** son una herramienta de mejora de la calidad dirigida a facilitar el trabajo de los profesionales y la gestión sanitaria. Detalla el **itinerario de pacientes** y el **conjunto de actuaciones**, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial en un problema asistencial específico. Su elaboración se basa en el análisis del flujo de actividades, la interrelación entre ámbitos asistenciales y las expectativas de las personas afectadas; adaptándose al entorno y a los medios disponibles e incorpora documentos prácticos que proporcionan la evidencia científica (protocolos, guías o vías de práctica clínica).



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 caso 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 estas personas: círculo familiar, amistades y vecindario, asociaciones de personas afectadas por DCA, asociaciones de voluntariado, 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:
 - Hospitalización en Unidad de DCA
 - Unidad de Atención Ambulatoria a personas con DCA
- Ámbito Social
 - Centro de Atención Diurna al DCA
- Ámbito Comunitario
 - Asociaciones de personas Afectadas por DCA
 - Residencias
 - Viviendas tuteladas
 - 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 Comunitat 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 personas, a los que hay que sumar 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 éste 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 pacientes con DCA son consecuencia de una disfunción del Sistema Nervioso Central, por ello las estrategias de la rehabilitación de esta situación 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 estarán 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 la incorporación de la NRHB en la oferta asistencial habitual, deberá también contar con estas tecnologías como recursos “ordinarios” en la evaluación y tratamiento de pacientes con afectación por DCA.

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 Comunitat Valenciana con capacidad para atender hasta 800 casos 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 Comunitat Valenciana, continuando con la lógica general ir mejorando progresivamente la salud de la ciudadanía de la Comunitat y con ello la calidad de vida de la población.



MÉTODO DE REALIZACIÓN

La materialización de la estrategia para la atención al DCA en la CV en este documento y las acciones que derivarán de su puesta en marcha, ha sido fruto de un largo camino con mucho trabajo y participación de diferentes actores.

En julio de 2013 la Secretaría Autonómica de la Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana propone realizar un análisis de la derivación de pacientes para Neurorrehabilitación desde el sistema público a empresas privadas, con el objetivo de proceder a su regulación y establecer unos criterios de derivación y seguimiento.

En aquel momento se crea un comité técnico conformado por personal especialistas en medicina física y rehabilitación (2), neurología (2), neuropsicología (1), medicina interna (1), inspección médica (1) y jefatura de servicio del 'Servicio de Control de la derivación externa de pacientes y tecnología sanitaria'. Tras revisar la documentación disponible, normativa y guías de recomendaciones sobre atención al DCA, se llega a la elaboración de un documento que incluye criterios de decisión en la atención al DCA, correspondiendo a la primera versión del documento "Manual de Criterios Técnicos para la Atención al DCA en la Comunitat Valenciana". Tras su aprobación por parte de las autoridades sanitarias competentes, este documento se presentó a las Gerencias de los Departamentos de Salud. Tras presentar diversas alegaciones, finalmente se llegó a una versión definitiva en febrero de 2014.

Tras esta fase comienza una nueva andadura –en febrero de 2014- bajo la encomienda de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, de realizar un análisis de la situación de la atención al DCA en la Comunitat Valenciana y elaborar un plan de acción para su mejora, tanto en calidad como en eficiencia del consumo de recursos.

Con esta nueva misión se sigue trabajando con el comité técnico, analizando cuál es nuestra realidad y cómo se están utilizando los recursos. En mayo de 2014 ya se dispone de un documento preliminar que esboza una primera versión de estrategia para la mejora de la atención al DCA en la Comunitat Valenciana, el cual se presenta a las Gerencias de los Departamentos de Salud. En este momento, dados los datos obtenidos del análisis, ya se comienza a valorar la conveniencia de articular un concierto de prestación externa de servicios para la atención ambulatoria al DCA, la cual es valorada como muy deficitaria en el contexto público.

Al mismo tiempo, se propone a todos los departamentos de salud la conveniencia de crear comités de derivación y seguimiento de pacientes con DCA con el objeto de afianzar el compromiso de los Departamentos de Salud con las personas con DCA que, aun habiendo sido remitidas a centros de prestación externa de Neurorrehabilitación, siguen siendo pacientes bajo su responsabilidad. Estos comités fueron creándose en todos los departamentos a lo largo del 2014.

En julio de 2014, con el objeto de ir reforzando el mapa de Atención al DCA en régimen de hospitalización, se crea una unidad de atención al DCA en el Hospital San Vicente con una dotación de 14 camas.

En noviembre de 2014 se crea la Oficina Autonómica del DCA atribuyéndole entre otras funciones la de "*Vigilancia de la garantía de calidad, la equidad y la sostenibilidad de la atención al DCA en todo el territorio de la Comunitat Valenciana*".

Se sigue trabajando en la preparación del documento de la estrategia así como su presentación paulatina a unidades de DCA y Departamentos de Salud. Se realizan presentaciones in situ en todos los Departamentos de Salud, en las que participan



profesionales de los mismos para conocer su punto de vista y recoger ideas y nuevos planteamientos.

En mayo de 2015, tras las elecciones a las Cortes Valencianas del 24 de mayo, se produce un cambio de gobierno en la Generalitat Valenciana y una renovación del equipo de la Conselleria de Sanitat que ahora pasará a denominarse Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (CSUiSP).

Tras un paréntesis de varios meses, en octubre de 2015 la nueva Dirección General de Asistencia Sanitaria impulsa de nuevo el trabajo para desarrollar una Estrategia dirigida a mejorar la Atención al DCA en la Comunitat Valenciana. Se conforma un nuevo comité técnico, esta vez compuesto por representantes de las unidades de DCA de los Hospitales públicos en los que existen unidades de DCA (fundamentalmente los HACLEs). Tras varias reuniones de este comité y muchas reuniones del coordinador de la Oficina Autónoma del DCA con la Dirección General de Asistencia Sanitaria, se van perfilando las líneas estratégicas y los diferentes planteamientos que se presentan en este documento.

En marzo de 2016, con la propuesta de impulsar la creación de redes asistenciales por parte de la CSUYS, se replantea la estrategia para adaptarse a esta nueva estructura organizativa. En estos momentos se pasa de un modelo organizativo centrado en las unidades de Neurorrehabilitación, a un modelo centrado en los Departamentos de Salud, en el que las unidades de NRHB pasan a considerarse como dispositivos de prestación de servicios complementarios, los cuales pueden ser tanto de corte público como privado, según la disponibilidad de recursos en cada Departamento de Salud. Por otra parte, los Comités Departamentales de Seguimiento del DCA pasan a denominarse “Consejo de Dirección de la Red DCA Departamental”, siguiendo la denominación propuesta en el modelo de Redes Asistenciales. Igualmente se modifica la composición de estos comités de modo que se ajusten a lo establecido en dicha instrucción (Instrucción 06/2017 de 22/02 de 2017 de la Secretaría Autónoma de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, sobre el Modelo de Redes Asistenciales del Sistema Sanitario Público de la Comunitat Valenciana)

Durante todo este tiempo ha sido motivo de preocupación importante la definición del Mapa Estratégico para la atención al DCA en la Comunitat Valenciana. Se han planteado distintas propuestas, las cuales se han ido modificando a medida que desde los Departamentos de Salud y los propios HACLEs se han ido esbozando nuevas ideas y propuestas organizativas, así como la puesta en marcha de nuevos dispositivos asistenciales. El Mapa que presentamos en este documento debe considerarse como una propuesta de trabajo sujeta a modificaciones a medida que los futuros desarrollos y proyectos vayan haciéndose realidad, remodelándose con ello el mapa de prestación de servicios dirigidos a atender a las personas con DCA.

En enero de 2017, el Hospital Pare Jofre, tras una reestructuración de la asignación de camas, logra disponer una dotación de 6 camas para DCA en régimen de hospitalización. Este centro presenta además un proyecto conjunto con el Hospital Dr. Peset para asumir la atención al DCA en todas sus facetas sanitarias.

A lo largo del primer trimestre de 2017 se presentan otros proyectos, proponiendo la creación de unidades de DCA ambulatoria en varios Departamentos de Salud.

Desde enero de 2017 se comienza a trabajar con las asociaciones de personas afectadas por DCA de la Comunitat Valenciana, las cuales aportan su punto de vista y nuevas propuestas que enriquecen -sin duda- la estrategia DCA, la cual adquiere un horizonte más longitudinal, amplio y prolongado en la atención a las personas afectas, de modo



que finalmente se plantea reorientar el modelo hacia una fórmula de tipo “Proceso Asistencial Integrado”.

En marzo 2017 se remite el documento de la Estrategia DCA para su valoración a las sociedades científicas más implicadas (Sociedad Valenciana de Neurología, Sociedad Valenciana de Medicina Física y Rehabilitación y Sociedad Valenciana de Neuropsicología), así como a todos los Consejos de Dirección de Red DCA Departamental y todas las asociaciones de afectados por DCA de la Comunitat Valenciana. Todos ellos aportaron distintas sugerencias y matizaciones las cuales han sido analizadas, incorporándose algunas de ellas directamente al documento actual, mientras que otras propuestas que abordan aspectos más complejos se reservaron para un estudio más detallado por parte de un comité técnico ad hoc.

Durante todo este proceso, tanto los distintos comités técnicos como los comités departamentales y las Asociaciones de pacientes, han aportado y revisado numerosas publicaciones y manejado datos de distintas procedencias, especialmente los cedidos por el Servicio de Sistemas de Información Asistencial de la CSUYSP. Toda esta información nos ha permitido tomar decisiones avaladas por hechos y datos, además de por la experiencia y visión de futuro de todas las personas que han participado en este proyecto.

Sabemos que la elaboración de este documento y su presentación pública en junio del 2017 supone un hito innegable, pero no es más que una etapa en el camino. Pretendemos que esta estrategia sea una estrategia “móvil”, que vaya adaptándose de manera progresiva a medida que se vayan desarrollando e implantando acciones concretas, de modo que puedan ir incorporándose de manera dinámica los cambios, nuevas aportaciones, avances científicos, modificaciones organizativas, disponibilidad de nuevos recursos, cambios culturales, etc... que se vayan produciendo a lo largo de su recorrido.

De todos modos, emplazamos a una revisión completa de la Estrategia para la Atención al DCA en la Comunitat Valenciana a lo largo del ejercicio 2020.



SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN AL DCA EN LA CV

Necesidades de atención al DCA-NRHB en la Comunitat Valenciana

Datos Epidemiológicos

Según los datos obtenidos de las altas de hospitalización en centros públicos de la Comunitat Valenciana (CMBD), en el ejercicio 2015 se documentaron 12.530 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 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 (Fuente: SISAL [CMBD])

Departamento	Sexo	Grupo Edad	2014	2015
	Hombre	>15 años	6.708	6.949
	Mujer	>15 años	5.451	5.464
		≤ 15 años	127	117
Total			12.286	12.530
Incidencia DCA en la CV				
Población (ciudadanos)				5.023.308
Incidencia Ictus (por 100.000 h)				180
Total ictus				9.042
Incidencia resto DCA				26,80%
Total Resto DCA				3.311
Total DCA (Adultos)				12.353

Evolución (datos inferidos de estadística)

Mortalidad fase aguda (10%)	0,1
<i>Supervivientes fase aguda DCA</i>	11.118
Mortalidad 30 días (18%)	0,18
<i>Supervivientes a los 30 días:</i>	10.129
Recuperación tras fase aguda (20-25% de supervivientes)	0,23
<i>Supervivientes en fase aguda con afectación</i>	7.800
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. Hay 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. Podemos considerar esta fase hasta la que se produzca tanto la estabilización de la lesión cerebral como la situación clínica del paciente.

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

En la Comunitat Valenciana se producen alrededor de 12.000 casos de DCA anuales. La mayoría de quienes ingresan en centros hospitalarios. Apreciándose una mortalidad de un 10% tras durante la estancia hospitalaria.

Habitualmente en esta fase la rehabilitación va dirigida especialmente a prevenir complicaciones (aplicando los correspondientes protocolos de prevención de riesgos) y a través especialmente de medidas de tratamiento postural y movilizaciones.

b) En fase subaguda

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

Esta fase suele durar entre 15 días y 1 mes. La mayoría de 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) pacientes con recuperación espontánea y c) pacientes en quienes se considera poco probable una recuperación relevante, nos queda un 20-25% de personas afectadas que requerirán esta prestación, suponiendo un total de unos 2.000 pacientes año en la Comunitat 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.

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



c) En fase postaguda

Tras la fase de neuroreparación, el cerebro, a través de los mecanismos de **neuroplasticidad**, comienza a establecer nuevos circuitos neuronales para intentar dar respuesta a los requerimientos funcionales de la persona. Es la fase de neurorehabilitación por antonomasia. En esta fase, la rehabilitación debe ser progresivamente intensiva y multimodal (motora, sensorial, funcional, cognitiva y conductual) y *orientada a la tarea*. Además se trabaja con el entorno socio-familiar para facilitar su adaptación a la nueva situación.

Esta fase puede durar entre 6 semanas y 6 meses dependiendo de muchas variables. Hay pacientes (especialmente en jóvenes) que pueden requerir rehabilitación integral incluso más allá del año.

Al inicio de esta fase pueden 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 en los que persisten secuelas tras la fase de hospitalización en situación subaguda y quienes tras la fase aguda no requirieron hospitalización 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 1.900 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 asistencial para seguir recuperando autonomía que facilite la reincorporación y adaptación a su entorno, lo cual debería ser abordado desde las estancias de Instituciones Sociales, las Corporaciones Municipales y recursos comunitarios como las asociaciones de personas afectadas por el DCA, así como desde recursos dependientes de las Administraciones de Empleo y Educación que faciliten la reincorporación de 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.



Análisis de necesidades asistenciales para la atención al DCA

Tabla 2. Necesidad Normativa según fase del DCA

Atención en fase Aguda (todos): hospitalización en "Agudos"	7.836
Atención en fase Subaguda/Postaguda: hospitalización específica	
Tasa de necesidades en fase subaguda (en relación a agudos)	25%
Total casos	1.959
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	2.570
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)	1.186
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)	1.542
Días tratamiento ambulatorio (3/semana * nº semanas)	72
Índice de rotación de plazas de atención ambulatoria DCA	2
Necesidades de plazas de A. Ambulatoria en CV (año)	685
Necesidades de plazas para A. Ambulatoria DCA por 100.000	13,6

Estimación de Costes¹

Partiendo de estos cálculos y 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.

¹ 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.



Partiendo de la situación actual en la que el Sistema Sanitario Público no puede asumir (hoy por hoy) toda la demanda que genera esta asistencia, por lo que se prevé la necesidad de optar por la externalización de prestaciones a través de un concurso público (concierto) y dependiendo de la tasa de prestación que se necesite concertar, la partida de gasto –presupuesto- a reservar puede ser variable. Sugerimos para este análisis de costes una tasa de concierto del 30% para la atención hospitalaria y del 65% para la ambulatoria.

Análisis de costes para la atención al DCA

Tabla 4. Estimación de Costes (estimación económica media)

Costes totales (Neurorrehabilitación 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 Hospitalización	25,0%
Actividad 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 DCA	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%

ANÁLISIS 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	8.883.047 €
Total Coste Atención al DCA CV/Año (NRHB)	22.988.496 €

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 Comunitat Valenciana (Enero 2017)

- Se dispone de 6 centros públicos para atención al DCA en hospitalización (uno de ellos es Concesión Administrativa: H. Militar) con una oferta de 135 camas de hospitalización en unidades de DCA.



- 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 ofrece 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 el Ejercicio 2016 recibieron Neurorrehabilitación en unidades de DCA hospitalaria 618 pacientes, de los cuales 580 (94%) lo fueron en centros del Sistema Sanitario Público (en centros tipo HACLE) y el resto en centros de titularidad privada, como actividad no concertada.

A nivel ambulatorio se derivaron 465 pacientes para NRHB ambulatoria a centros privados como actividad no concertada, mientras que la NRHB ambulatoria realizada en centros públicos fue de 80 pacientes (14% del total).

El coste global de la actividad no concertada bajo el capítulo de Neurorrehabilitación fue de 6.351.902,80 euros, alrededor de un millón y medio de euros más que en el 2015.

El gasto medio en la prestación de Neurorrehabilitación externalizada por habitante y año a nivel de la Comunitat fue de 1,7 euros (contabilizando únicamente los departamentos de Atención Directa). Sin embargo, se apreciaron importantes diferencias en este índice entre los diferentes departamentos de salud, siendo en el que menos se gastó de 0,16 euros por habitante/año y en el que más de 7,30 euros, una diferencia que supera en 45 veces al departamento de menor gasto, lo cual no se puede explicar en términos epidemiológicos, reflejando más bien una variabilidad en los criterios de derivación, lo cual genera inequidad en el acceso a los recursos por parte de la población afectada por DCA.

Conclusiones del Grupo de Expertos

Durante los ejercicios 2013-2014 y bajo los auspicios de la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Conselleria de Sanidad, se formó un Comité Técnico en DCA compuesto por especialistas en Neurología, Medicina Física y Rehabilitación, Neuropsicología y profesionales de la Inspección 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 reciben las terapias que precisan (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 las personas afectadas 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 agentes
- Definir una hoja de ruta que permita transitar desde el “hoy” hacia el futuro (*visión*) manteniendo una atención suficiente y equitativa al DCA.

La Estrategia para la Atención al DCA en la Comunitat Valenciana (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 Comunitat 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 todo el personal implicado 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 asociados.



I. POLÍTICAS ASISTENCIALES

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

Establecer las líneas de desarrollo necesarias para mejorar la atención que se presta a las personas con DCA y sus familias en la Comunitat Valenciana, logrando que ésta 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 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 Neurorrehabilitación.

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 al colectivo de pacientes con DCA debe alcanzar de igual manera y con el mismo nivel de oportunidades a quienes cumplan los criterios y requisitos señalados en el documento, convirtiéndoles 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 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 la situación clínica individual en la que cada paciente se encuentre. Igualmente, los posibles riesgos sobre su salud deben ser informados por parte del equipo asistencial y aceptados por pacientes o personas cuidadoras (en su defecto) antes de ser aplicados.
- **Efectividad:** las medidas diagnósticas y terapéuticas a aplicar a pacientes, 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, esperándose de su aplicación un efecto clínicamente beneficioso.

- **Integración asistencia/ Continuidad asistencial / Coordinación / Organización:** la atención a las personas afectadas por DCA es un proceso complejo y generalmente prolongado en el tiempo, en el que intervienen muchas personas y en diferentes ámbitos y lugares asistenciales. La integración asistencial, la continuidad de la atención y la coordinación entre todo el colectivo de profesionales, dispositivos y ámbitos asistenciales es un elemento necesario para que esta atención tenga éxito y sea satisfactoria para el conjunto de participantes.

En la Estrategia para la atención al DCA entendemos la Integración asistencial como la coordinación en los ejes transversal y longitudinal, así como entre los agentes y dispositivos en el ámbito sanitario (integración de los recursos sanitarios), además de 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 pacientes, corporaciones municipales y asociaciones de voluntariado.

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 al DCA, por quién y en qué tipo de centros, así como durante cuánto 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 diagnosticados de DCA deben disponer de centros asistenciales adecuados cerca de sus domicilios y con facilidades para su desplazamiento hasta los mismos. Se propone:
- Para la fase de hospitalización: una distancia máxima de 100 Km. o una hora de viaje en vehículo propio o transporte público.
- Para la fase ambulatoria: una distancia máxima de 30 Km o media hora de viaje en vehículo propio o transporte público.
- Tras superar la fase aguda, se les valorará en relación a los criterios de inclusión en un programa de Neurorrehabilitación, considerando cual es el mejor lugar terapéutico que pueda garantizar la máxima recuperación de sus déficits funcionales.

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 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. Estos protocolos deberán ser validados por la Oficina DCA para garantizar que cumplen unos mínimos de calidad.
- **Eficacia y Efectividad de las intervenciones:** los centros que atienden pacientes 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 comunitat 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. Estos protocolos deberán ser validados por la Oficina DCA para garantizar que cumplen unos mínimos de calidad
- **Integración asistencial/ Continuidad, coordinación y organización de la asistencia:** las personas con DCA son atendidas 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 Comunitat 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 facilite la identificación



de casos, 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 Comunitat 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 Comunitat Valenciana.
- Evaluación del Plan a través de la medición de indicadores y Realización de memoria anual de la atención al DCA en la Comunitat 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 DCA.
- 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 Comunitat 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 Comunitat 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 Comunitat 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 Comunitat Valenciana
- Difundir las políticas entre 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 clínica tras la lesión cerebral es también muy variada. Se establece que el nivel responsable de la atención a las personas afectadas es el Departamento de Salud, con la colaboración o intervención de otras estructuras sanitarias y socio-sanitarias para completar la atención que estas precisan.

Todos los centros que atienden a personas 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 Comunitat Valenciana”.

Definición de Caso de DCA

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

- Se define como “Caso de DCA” a toda persona que tras sufrir una lesión cerebral sobrevenida 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.
- 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 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 será 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 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.

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.



Estructuras Organizativas de Gestión de la RED DCA

I. CONSEJO DE DIRECCIÓN DE LA RED DCA, 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 las Unidades de DCA a las que se derivan pacientes para NRHB
- Representante de la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas
- Representante de la atención comunitaria, especialmente de Asociaciones de Afectados por DCA. Para su elección se solicitará a la Asociación más próxima que designe una persona representante de la misma en el Consejo de la Red DCA. Igualmente se establecerá el modo de relación y participación en la misma.
- Apoyo Administrativo

Entre sus funciones se encuentran:

- Elaborar el “Acuerdo formalizado de colaboración” a que se refiere la instrucción Séptima de la Orden correspondiente.
- 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 personas candidatas y aplicar criterios de decisión
- Revisar propuestas de plan de tratamiento de pacientes (duración y tipos de terapias propuestas)
- Gestionar el Seguimiento de 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 a la persona **coordinadora 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 procederá a una nueva elección del cargo.

II. COMISIÓN DE COORDINACIÓN DE LAS REDES DCA, integrada por:

- Las personas coordinadoras de las redes asistenciales existentes para ese proceso asistencial
- Una persona perteneciente a cada uno de los equipos directivos de los departamentos implicados
- Una persona perteneciente a la unidad de DCA integrada en las distintas redes DCA
- La persona que coordina la Oficina Autónoma del DCA
- Entre sus funciones se encuentran:
 - Revisar y armonizar los planes de las distintas redes DCA
 - Facilitar el intercambio de experiencias y la identificación de nuevas necesidades en salud y recursos sanitarios
 - Realizar propuestas de reordenación de la asistencia sanitaria a la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública y a los equipos directivos de los departamentos.
- Entre sus miembros elegirán a la persona coordinadora de esta Comisión, la cual presidirá las reuniones de la Comisión de Coordinación y la representará. Cada tres años, se revalidará esta designación o se elegirá una nueva persona para el cargo.
- A sus reuniones se podrán convocar a aquellas personas que componen las Redes Asistenciales y que se considere necesario.
- La composición de esta comisión responderá al principio de participación equilibrada entre ambos sexos.



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 pacientes con DCA, así como la Continuidad Asistencial.
- Todas las personas con lesión cerebral serán considerados en este proceso, de modo que a cada una 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.
- Considerar la atención a las personas con DCA como un *Proceso Asistencial Integrado*: La visión y los esfuerzos se centran en la trayectoria/itinerario global, desde que ocurre el DCA hasta que finaliza su proceso rehabilitador y se logre la mejor integración posible en el entorno socio-familiar, de modo que agentes y dispositivos asistenciales tengan implicación en el resultado final, cada cual con su correspondiente rol, que necesariamente debe estar integrado en un objetivo común: lograr la mejor calidad de vida e integración social de estas personas.
- 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 Neurorrehabilitación, 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:

- Todas las personas 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 pacientes con DCA de cualquier etiología y situación funcional, de modo que reciban una atención adecuada, suficiente y equitativa.

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:
 - Recursos de centros de referencia para la fase aguda
 - Derivación a centros tipo HACLE (recursos distintos de DCA)
 - Derivación a Centros Residenciales
 - Derivación a centros específicos de Neurorrehabilitación (ambulatoria u hospitalización) o “Nivel II de Neurorrehabilitación”
 - Recursos comunitarios (centros de día, asociaciones de 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 Neurorrehabilitación

Alcance de la Estrategia DCA nivel NRHB:

Específico: nivel de **Neurorrehabilitación**

- 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 las personas con DCA susceptibles de recibir atención con objetivos de recuperación significativa (criterios de inclusión en programa de Neurorrehabilitación) se les deberá proponer la derivación a centros específicos de Neurorrehabilitación. Todos los departamentos deberán tener identificados estos centros para derivar pacientes a los mismos si la propuesta es aceptada por pacientes y familiares (cuando no puedan tomar decisiones debido a su situación clínica o de comunicación o cognitiva).

Estos centros configurarán una organización en red uni o multidepartamental (Unidad de Neurorrehabilitación 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 pacientes que por parte del CONSEJO DE DIRECCIÓN DE LA RED DCA (o al comité que estos determinen), a los que informará periódicamente de su situación clínica.



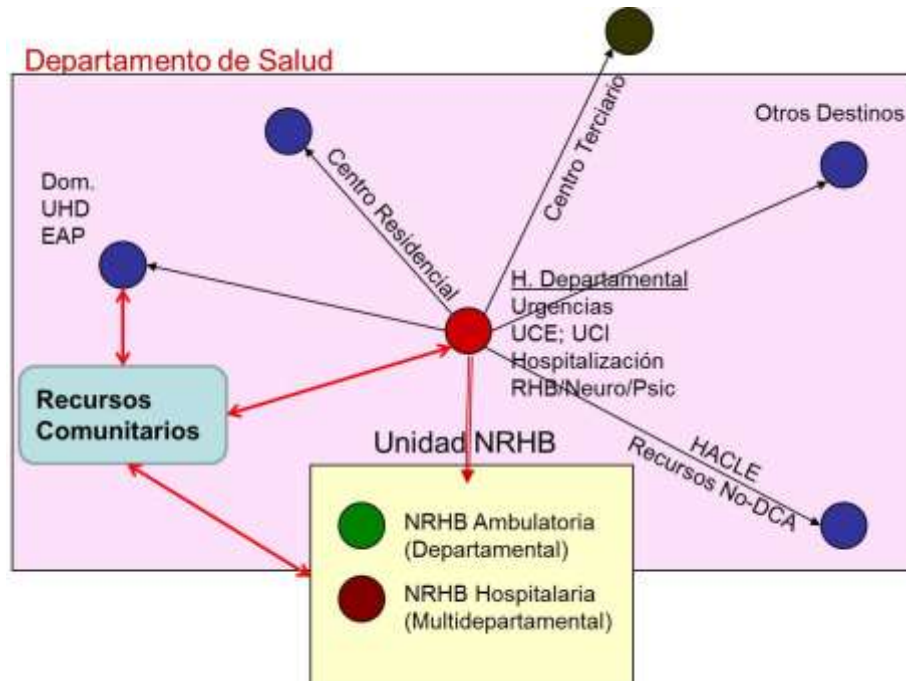
Objetivos

- Implantar el modelo de atención en red:
 - En cada Departamento:
 - Consejo de Dirección de la Red DCA de cada Departamento de Salud
 - A nivel Autonómico:
 - Comisión de Coordinación de las Redes DCA
 - Oficina Autonómica 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)

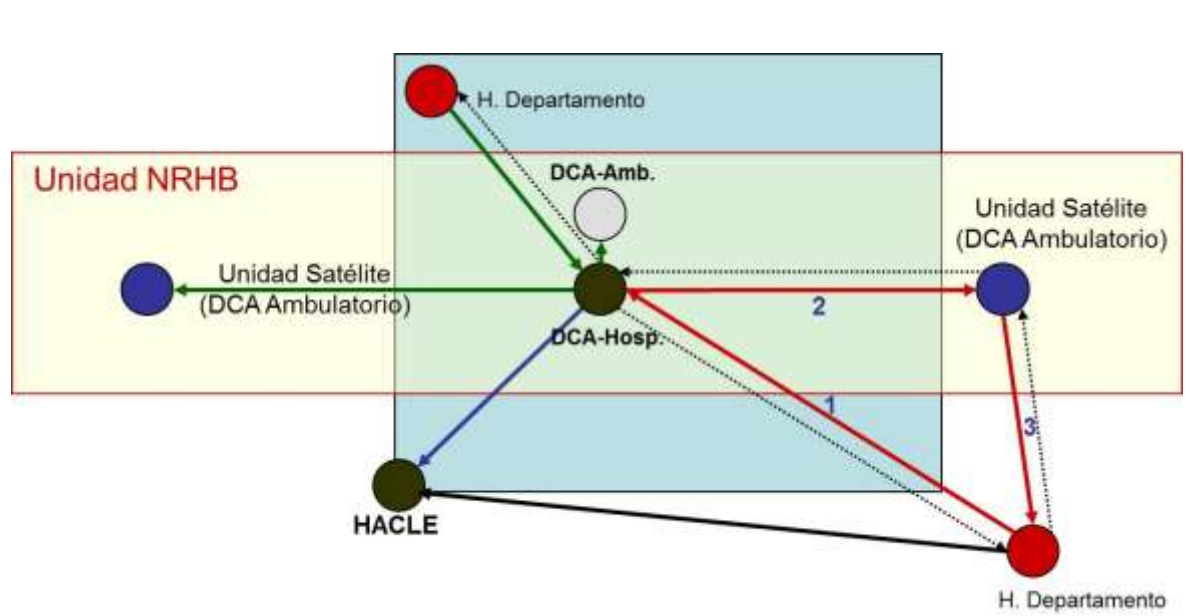


En las siguientes figuras se representan esquemáticamente los componentes y las relaciones entre los distintos elementos que componen el Modelo Asistencial al DCA en la Comunitat Valenciana:

Esquema de Flujo Departamental para la Atención a Pacientes con DCA



Esquema Unidad de NRHB: Flujo interdepartamental de pacientes



1→ 2→ 3→: circuito de Neurorrehabilitación

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 se planificará 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 quienes 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 5 centros de titularidad pública que prestan atención al DCA en régimen de hospitalización en fase subaguda-postaguda en los que podrían atenderse hasta 800 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 Comunitat Valenciana. Muchos de ellos han atendido y atienden a pacientes con derivación 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 la ciudadanía.

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.



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 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 susceptibles 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 al menos con 14 plazas por 100.000 habitantes para atender a pacientes con afectación 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 contrate 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 cuando el número de pacientes “supere” 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 del 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

- Recursos propios
- Recursos gestionados por las concesiones administrativas
- Recursos concertados
- Recursos comunitarios (ej: Asociaciones de Afectados por DCA)
- Recursos sociales
- 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 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 Neurorrehabilitación

Departamento	Hospitalización DCA	DCA ambulatorio
1- Vinaroz	H La Magdalena	Unidad Ambulatoria DCA
2- HG Castellón	H La Magdalena	H Magdalena
3- La Plana	H La Magdalena	H 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-Ontinyent	H la Pedrera	Unidad Ambulatoria DCA
15- Alcoi	H la Pedrera	Unidad Ambulatoria DCA
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 / Unidad Ambulatoria DCA
18- Elda	H San Vicente	H San Vicente / Unidad Ambulatoria DCA
14- Xàtiva-Ontinyent	H San Vicente	H San Vicente / Unidad Ambulatoria DCA
19- HGU Alicante	H San Vicente	Unidad Ambulatoria DCA
20- HG Elx	H San Vicente	Unidad Ambulatoria DCA

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 (sanitario)”
 - 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 Comunitat Valenciana. Criterios Técnicos Normativos”, estará disponible en la Web de la Conselleria de Sanitat y se ha distribuido a todos los Departamentos de Salud, concretamente a las Gerencias y a representantes de los Consejos de Dirección de la Red DCA de cada Departamento.

A destacar los siguientes aspectos:

Recomendaciones de Funcionamiento en los Centros de Atención al DCA

- La conformación de un equipo multidisciplinar con la composición adecuada de profesionales
- La identificación de quien coordina la Unidad, dispositivo asistencial o Programa de DCA
- La identificación de qué profesional “coordina” cada paciente (Gestión 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 oportunidades a recibir la asistencia (equidad) y promover el uso del sistema con criterios de optimización del gasto (sostenibilidad).

Metodología de Trabajo en los Centros de Atención al DCA

- Gestión de caso
- Abordaje integral u holístico (bio-psico-social o integral)
- Trabajo en equipo multidisciplinar (atención integrada)
- Planificación individualizada, basada en objetivos asociados a necesidades asistenciales (identificación de 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 Neurorrehabilitación:

- 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 de la persona afectada no permiten realizar las intervenciones de manera ambulatoria:



- ❖ Remitir a un recurso de atención al DCA en régimen de hospitalización.

Derivación a otros recursos (no precisa recurso para 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- 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 Neurorrehabilitación

La fase aguda del DCA debe atenderse en hospitales generales con los recursos necesarios que se precisen en esta fase. Una vez conseguida la estabilización, debe valorarse si la atención debe continuar en un centro específico y si éste debe ser en régimen de hospitalización o ambulatorio:

- Si se cumplen criterios de inclusión en programa de NRHB:
 - Las intervenciones pueden prestarse en o desde su domicilio: Remitir a **Centro de Atención Ambulatorio al DCA**
 - Las intervenciones o la situación clínico-social no permiten la atención de manera ambulatoria: Remitir a un recurso de atención al DCA en **régimen de hospitalización**.
- Si no se cumplen criterios de inclusión en programa de DCA (nivel "Neurorrehabilitación"):
 - Los déficits 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:

- La persona afectada presenta alteraciones como consecuencia de una lesión cerebral aguda o subaguda (ver “Definición de Caso”).
- Estable clínicamente que no precise hospitalización
- Igual o mayor de 16 año
- Edad límite superior: aunque las personas ancianas tienen menos probabilidad de recuperación, sin embargo el factor más limitante será la gravedad del DCA y la situación funcional previa. Por tanto se plantea como límite relativo la edad de 75 supeditado a las consideraciones señalas.
- Buena Situación funcional previa al episodio (I. Barthel > 60)
- Que tenga objetivos rehabilitadores físicos, funcionales, cognitivos o conductuales, sensoriales o de comunicación, multidominio.
 - Que no haya recibido tratamiento de 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 fase aguda de la lesión.
 - * En pacientes en fase crónica (más de 1 año tras la fase aguda de la lesión), en quienes 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 derivación a otros recursos asistenciales. Según cada caso:

A. Paciente que 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 de su departamento (Medicina Física y Rehabilitación o Neurología) o a Atención Primaria si se estima que el empeoramiento o evolución imprevista tiene un origen no neurológico.



B. Paciente que 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. Paciente que 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 a través de un recurso público, según la organización de cada Departamento.

* Además se definieron unos criterios de alta y de duración de la atención ambulatoria, que pueden encontrarse en el documento referido más arriba.

Criterios de Decisión en Programa de NRHB en Hospitalización

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

- Deben cumplirse todos los siguientes:
- Paciente que 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 puede administrarse tratamiento rehabilitador adecuado en régimen ambulatorio
- Estados alterados de conciencia (EAC): estados vegetativos y de mínima conciencia. Para pacientes con DCA en situación de EAC se deberá definir un plan específico

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 la persona 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 la persona con DCA 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

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

A. Paciente que no precisa hospitalización pero sí rehabilitación específica del DCA:

- Se dará el alta a domicilio, residencia u otros recursos sociales

B. Paciente que 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. Paciente que 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 a través de un recurso público, según la organización de cada Departamento

Además se definieron unos criterios de duración de la atención en régimen de hospitalización, que pueden encontrarse en el documento referido más arriba.

Objetivos

- Difundir e implantar los contenidos del Manual de Criterios Técnicos Normativos
- Definir un plan específico para pacientes con Estado Alterado de Conciencia



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 con derivación 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 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

Identificación de pacientes con DCA

El colectivo de pacientes con lesión cerebral y disfunción/discapacidad consecuente (Personas con DCA) debería poder identificarse fácilmente en los Sistemas de Información a través de un marcador (“Código DCA”), de modo que ésto facilitará la adopción de medidas específicas en el seguimiento de estas personas.

Requisitos de control evolutivo

El Centro de Atención al DCA deberá realizar un seguimiento estandarizado de las personas afectadas, 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 Sanitat Universal i Salut Pública, 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 profesionales representantes del Equipo(delegados) contacten periódicamente con los recursos externos que ofrecen una atención complementaria y de continuación a las personas afectadas que se atienden en la unidad de DCA. Igualmente, es recomendable la coordinación con la Asociación de personas afectadas por el DCA más cercana su domicilio del.

Como mínimo deberán establecerse circuitos de coordinación entre el Hospital del Departamento de salud, Atención Primaria y los centros específicos de



Neurorrehabilitación, así como los Servicios Sociales y Comunitarios del municipio de procedencia de las personas.

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 Autonómica: COMISIÓN DE COORDINACIÓN DE LAS REDES DE DCA de la CV
- c) Oficina Autonómica del DCA

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).

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 las personas afectadas. 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 a las personas afectadas.
- 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 de la persona afectada (incluye datos personales).
 - 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 de la persona afectada (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).

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 son necesarios unos canales efectivos de comunicación entre los profesionales y una relación de confianza mutua.

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



Las sesiones realizadas deberán ser de algún modo ratificadas en un documento de “realización de la prestación” por la persona solicitante o su representante de modo que ésta 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 quien lo solicita o familiar mediante la firma de un “Formulario de asistencia” donde conste:
 - a. Identificación del centro de atención al DCA
 - b. Identificación personal
 - c. Tipo de prestación
 - d. Fecha de la prestación
 - e. Firma e identificación de la persona firmante autorizada (nombre o DNI).

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

Seguimiento de la Atención de 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 todo el personal sanitario implicado esté familiarizado con estas y facilite la toma de decisiones en relación al seguimiento y alta de pacientes.

- Estas escalas deben contemplar tanto aspectos generales como aspectos específicos según los déficits y otras manifestaciones que presenten las personas afectadas.

- 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 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.
- Promover la identificación de las personas afectadas como un colectivo con necesidades de la misma tipología (*Código 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 Comunitat 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.
- Implantar programas específicos de formación a Familias de pacientes con DCA y de paciente activo.



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 todo el personal sanitario y recursos -de todos los ámbitos- que interactúan con las personas afectadas, 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 su calidad de vida. 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 (voluntariado y asociaciones de personas afectadas).

La integración de todas las partes es fundamental para conseguir el objetivo común señalado. Para ello es primordial que se establezcan relaciones de conocimiento mutuo, confianza, cooperación y coordinación entre todas ellas, 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, y debe ser liderado por agentes concretos y desde un ámbito concreto.

En el contexto de la estrategia para la atención al DCA en la Comunitat 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...”, entendiendo 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 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 la ciudadanía en las actividades 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 a cada persona.



Objetivos

- Identificar agentes implicados a lo largo de la trayectoria de las personas afectadas 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 las metas que deseamos en relación a la atención que la sociedad debe ofrecer a las personas afectadas por DCA, tanto a las que sufrieron la lesión cerebral de manera directa, como a las que les alcanza de manera indirecta al tener que atender las primeras.

Este proyecto no puede tener éxito si no somos capaces de polarizar los esfuerzos de quienes tienen implicación en 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 la parte fundamental son las personas afectadas. Sus necesidades, su esfuerzo, su compromiso participativo en el proceso asistencial, son el motor que puede hacer que entre ~~todas~~ todas las partes implicadas logremos el objetivo.

Además debemos hacerlo de manera transparente: toda la ciudadanía debe 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 mejora 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 Comunitat Valenciana sea una oportunidad para mejorar nuestra sociedad, a través de mejorar la calidad de vida de la ciudadanía 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 Sabín 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 Comunitat Valenciana. Una aproximación a la incidencia. Javier Chirivella Garrido (FIVAN); Salvador Peiró Moreno (CSISP). Fundación Instituto Valenciano de Neurorrehabilitación (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, Ferlucci 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 Neurorrehabilitación 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 neurorrehabilitación 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 PIDEX, SES. Manuel Cid Gala (Psicólogo) Coordinador Técnico Gerencia, SEPAD. Badajoz, 2009.
- Plan Director de la Enfermedad Vascular 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-Munáin 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. Comunitat Valenciana. 2006 [citado 19 de febrero de 2013]. Recuperado a partir de: http://www.svneurologia.org/PASL-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:
 - 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
 - Marcha Terapéutica: puntuación >2 en la Escala FAC o en la Escala de la Marcha de Sagunto.
 - 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:
 - Tratamiento y Control ambulatorio en su Departamento, según requerimientos y causa del DCA
 - Domicilio con apoyo / Residencia asistencial / HACLE (Larga Estancia)
 - Centro de Atención Ambulatoria al DCA
 - 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.

Tabla 7. 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	• Difundir las políticas entre agentes implicados en la atención a personas con DCA.	Julio 2017
		• Establecer acciones concretas para el despliegue de estas políticas, ajustadas a la realidad de cada ámbito.	Diciembre 2017
		• Evaluar anualmente la implementación de estas políticas a nivel comunitario (en términos de resultados en Salud)	Diciembre 2108
II.-	Definición del Modelo Asistencial	• Implantar el modelo de atención en red: a) En cada Departamento: • Consejo de Dirección de la Red DCA de cada Departamento de Salud b) A nivel comunitario: • Comisión de Coordinación de las Redes DCA c) Oficina Autónoma de DCA • Dirección General de Asistencia Sanitaria (CSUySP)	Julio 2017
III.-	Definición de un Mapa Estratégico para la Atención al DCA	• 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 (ej: Asociaciones de Afectados por DCA)	Diciembre 2017
		• Establecer los circuitos de coordinación entre los diferentes recursos implicados	Marzo 2018
		• Definir un sistema de información que permita el intercambio de información relevante para la atención a las personas afectadas y para la evaluación de la atención.	Julio 2018
IV.-	Normalización de la Asistencia	• Difundir e implantar los contenidos del Manual de Criterios Técnicos Normativos	Julio 2017
		• Definir un plan específico para pacientes con Estado Alterado de Conciencia	Marzo 2018
		• Actualizar anualmente el documento con la participación de los distintos agentes implicados.	Diciembre 2017 (Próxima Rev.)
V.-	Dotación y Homogenización de Recursos	• Analizar las necesidades de recursos de los dispositivos actuales dedicados a atender pacientes con DCA (NRHB)	Diciembre 2017



	Línea Estratégica	Objetivos Estratégicos	Plazo
		- 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.	Marzo 2018
VI.-	Control, Seguimiento y Garantía de Calidad	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
		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
		Definir un set de indicadores de calidad en atención al DCA.	Diciembre 2017
		Promover la identificación de personas afectadas como un colectivo con necesidades de la misma tipología (<i>Código DCA</i>)	Julio 2018
VII.-	Gestión del Conocimiento	Identificación de personas con especial formación y disponibilidad para conformar un cuerpo docente en DCA en la Comunitat Valenciana.	Julio 2017
		Realización de actividades formativas dirigidas a los profesionales	Diciembre 2017
		Implementar una Plataforma Web de la Oficina DCA en la que se disponga toda la información relativa a la atención al DCA	Abril 2018
		Impulsar proyectos de investigación en relación al DCA	Abril 2018
		Establecer convenios de colaboración con universidades y centros de investigación en neurociencias y otras ciencias aplicadas.	Julio 2018
		Implantar programas específicos de formación a Familias de pacientes con DCA y de paciente activo	Junio 2018
		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	Identificar agentes implicados a lo largo de la trayectoria de las personas afectadas por DCA	Julio 2017
		Establecer actividades periódicas de encuentro e intercambio de información, ideas e inquietudes.	Junio 2017
		Establecer circuitos de coordinación entre los diferentes agentes y ámbitos	Junio 2018

