

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO



XUNTA
DE GALICIA

CONSELLERÍA DE SANIDAD

Servizo Galego de Saúde
Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria
Subdirección Xeral de Xestión Asistencial e Innovación

Diseño y maquetación: Versal Comunicación S. L.
Lugar y año de publicación: Santiago de Compostela, 2023

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO



ÍNDICE

1. AUTORÍA

2. GLOSARIO

3. INTRODUCCIÓN. CONTEXTO

- 3.1. Participación de pacientes, familiares/cuidadores
- 3.2. Modelo de atención

4. DEFINICIONES Y OBJETIVOS

- 4.1. Definición de Daño Cerebral Adquirido (DCA)
- 4.2. Límites del Proceso

4.2.1. LÍMITES DE ENTRADA/ INICIO

4.2.2. LÍMITE DE SALIDA/ FINALIZACIÓN

- 4.3. Objetivos del proceso asistencial integrado

4.3.1. OBJETIVO GENERAL

4.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

5. FLUJOGRAMA DE PROCESOS

6. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

6.1. PROCESOS FASE AGUDA

- PROCESOS
- FASE AGUDA
- DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD (TAREAS)
- CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

6.2. PROCESOS FASE SUBAGUDA

6.3. PROCESOS FASE CRÓNICA

7. INDICADORES



8. ANEXOS

ANEXO 1. INFORMACIÓN BÁSICA A TRANSMITIR A PACIENTES, FAMILIA/ PERSONA CUIDADORA

ANEXO 2. REGISTRO DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR

ANEXO 3. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES SEGÚN NIVEL DE TRATAMIENTO REHABILITADOR QUE NECESITA

A. Pacientes que necesitan tratamiento rehabilitador INTENSIVO

B. Paciente que necesita un tratamiento rehabilitador NO INTENSIVO

C. Paciente que precisa tratamiento médico rehabilitador de secuelas

ANEXO 4. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTE DE ALTA COMPLEJIDAD

A. Paciente de alta complejidad

ANEXO 5. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES SEGÚN NECESIDAD NIVEL DE ATENCIÓN (INGRESO/AMBULATORIO)

A. Paciente que necesita un tratamiento rehabilitador con ingreso

B. Paciente que es susceptible de un tratamiento rehabilitador ambulatorio

ANEXO 6. CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD DE LOS TRATAMIENTOS REHABILITADORES

A. Características recomendadas para un tratamiento rehabilitador intensivo

B. Características de calidad recomendadas de un tratamiento rehabilitador NO INTENSIVO

C. Características recomendadas de un tratamiento rehabilitador para pacientes crónicos

ANEXO 7. CARACTERÍSTICAS RECOMENDADAS DE CALIDAD DE LAS UNIDADES QUE PRESTAN TRATAMIENTO REHABILITADOR A PACIENTES DCA

A. Características recomendadas de calidad del centro para prestar un TRATAMIENTO REHABILITADOR INTENSIVO o NO INTENSIVO con ingreso en paciente DE ALTA COMPLEJIDAD

B. Características recomendadas de calidad del centro para prestar un TRATAMIENTO REHABILITADOR INTENSIVO o NO INTENSIVO con ingreso EN paciente NO COMPLEJO

ANEXO 8. *POSTSTROKE CHECKLIST*

ANEXO 9. PLANES INDIVIDUALIZADOS DE ATENCIÓN (PIAs) POR ESPECIALIDAD

MODELO PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN (PIA) DE: ENFERMERÍA

MODELO PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN (PIA) DE: FISIOTERAPIA

MODELO PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN (PIA) DE: LOGOPEDIA

MODELO PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN (PIA) DE: PSICOLOGÍA CLÍNICA - NEUROPSICOLOGÍA

MODELO PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN (PIA) DE: TERAPIA OCUPACIONAL

MODELO PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN (PIA) DE: TRABAJO SOCIAL



ANEXO 10. CATÁLOGO DE SERVICIOS E RECURSOS DAS ASOCIACIÓNS DE PACIENTES CON DANO CEREBRAL ADQUIRIDO EN GALICIA
SERVICIOS DE ORIENTACIÓN, INFORMACIÓN E APOIO A FAMILIAS

9. BIBLIOGRAFIA UTILIZADA



1. AUTORÍA

Coordinación del documento:

Alonso Fachado, Alfonso

Subdirector General Gestión Asistencial e Innovación. Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Gallego de Salud.

Cimadevila Alvarez, Maria Blanca

Jefa de Servicio de Integración Asistencial. Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Gallego de Salud.

Moares Castiñeiras, Yolanda

Técnica del Servicio de Integración Asistencial. Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Gallego de Salud.

Grupo de trabajo

Alfonso Abal, María Ángeles

Fisioterapeuta. Servicio de Rehabilitación. Área Sanitaria de Pontevedra y Salnés.

Antelo Pose, Ana

Facultativa especialista de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital de Barbanza. Área Sanitaria de Santiago y Barbanza.

Bermello López, Lourdes

Enfermera del Servicio de Neurología, Hospital Universitario Lucus Augusti. Área de Salud de Lugo, A Mariña y Monforte De Lemos.

Calvo Pérez, Ana Isabel

Técnica del Servicio de Integración Asistencial. Dirección General da Asistencia Sanitaria del Servicio Gallego de Salud.

De la Sierra Vázquez, Carmen

Consellería Política social

Figueroa Rodríguez, Jesús

Jefe de Sección del Servicio de Rehabilitación. Área Sanitaria de Santiago y Barbanza.

Formigo Couceiro, Jacobo

Adjunto Especialista Área. Servicio de Rehabilitación del Área Sanitaria da Coruña e Cee.

García Calvo, Rocío

Asociación de Daño Cerebral de Compostela SARELA.

Hermida Fernández, Monserrat

Enfermera. Servicio de Atención Primaria de Ferrol-Serantes. Área Sanitaria de Ferrol.

Hermida Val, Begoña

Directora FEGADACE - Federación Galega de Daño Cerebral.

Huerta Mareca, Rebeca

Terapeuta ocupacional, Hospital Universitario Lucus Augusti. Área de Salud de Lugo, A Mariña y Monforte De Lemos.



Juan García, Francisco Javier

Jefe de Sección del Servicio de Rehabilitación. Hospital Álvaro Cunqueiro. Área Sanitaria de Vigo.

Maciñeiras Montero, José Luis

Facultativo Especialista de Área del Servicio de Neurología del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Área Sanitaria de Vigo.

Martín Mourelle, Rosa

Adjunto Especialista Área. Servicio de Rehabilitación. Área Sanitaria da Coruña e Cee.

Monteagudo Romero, Josefina

Subdirectora General de Humanización y Atención a la ciudadanía.

Pintos Pérez, Luis

Fisioterapeuta. Servicio de Atención Primaria de Moaña. Área Sanitaria de Vigo.

Piñeiro Bóveda, M^a Belén

Jefa de Servicio de Trabajo Social del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. Área de Salud de Verín y O Barco De Valdeorras.

Prieto González, José María

Jefe de Servicio de Neurología. Área Sanitaria de Santiago y Barbanza.

Romero García, Ana

Consellería Políptica social

Sánchez Grandal Eva

Médica de Familia, Servicio de Atención Primaria de As Pontes, Área Sanitaria de Ferrol.

Sardiña Agra, Javier

Adjunto Especialista Área, Servicio de Psiquiatría del Área Sanitaria da Coruña e Cee.

Soneira Escariz, M^a del Carmen

Logopeda del Servicio de rehabilitación. Hospital Meixoeiro. Área Sanitaria de Vigo.

Sousa Casanovas, Pablo

Facultativo especialista de Área del Servicio de Neurocirugía. Hospital Álvaro Cunqueiro. Área Sanitaria de Vigo.

Ventosa Rial, Javier

Subdirector Xeral de Atención Sociosanitaria e innovación Asistencial, Dirección General de Mayores y Atención Sociosanitaria Consellería de Políticas Sociales.



2. GLOSARIO

ABVD: Actividades básicas de la vida diaria.

Coma Near Recovery Scale-R CRS-R: consta de 6 subescalas diseñadas para evaluar la función auditiva, visual, motora, oromotora verbal, comunicación y nivel de alerta.

CONECTA 72: Sistema del Servicio Gallego de Salud por el que se realiza una llamada desde la enfermería del centro de salud en menos de 72 horas, tras el alta hospitalaria.

DCA: Daño cerebral adquirido.

ECV: Escalas de Calidad de Vida.

Escala de GUSS. (Gugging Swallowing Screen): es una herramienta tipo screening, útil para evaluar trastornos de la deglución y riesgo de aspiración.

Escala de Rankin: La Escala de Rankin es comúnmente utilizada para medir el grado de incapacidad o dependencia en las actividades diarias de personas que han sufrido un ictus o accidente vascular cerebral.

EuroQol-5D (EQ-5D): es un instrumento genérico de medición de la calidad de vida relacionada con la salud que puede utilizarse tanto en individuos relativamente sanos (población general) como en grupos de pacientes con diferentes patologías.

FAC- Funcional Ambulatory Categories: Es una escala numérica de valoración funcional de la marcha del 0 al 5, considerando 0 como incapacidad total de la marcha y 5 como marcha autónoma en cualquier tipo de terreno.

FIM (Medida de Independencia Funcional) y **FAM** (Medida de Evaluación funcional): son medidas de discapacidad.

IANUS: La historia clínica electrónica del Servicio Gallego de Salud

Índice de Barthel: es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades

La Escala de Coma de Glasgow (en Inglés Glasgow Coma Scale (GCS)): es una escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia de una persona.

MECV-V: Método de exploración clínica volumen viscosidad.

NIHSS: National Institute of Health Stroke Score.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PAI: Proceso Asistencial Integrado.

PIA: Plan Individualizado de Atención en la fase aguda.

SERGAS: Servicio Gallego de Salud.

TCE: Traumatismo craneo-encefálico.

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.



3. INTRODUCCIÓN. CONTEXTO

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.

En Galicia según la encuesta de discapacidad elaborada por el Instituto Nacional de Estadísticas en el año **2020 se habían identificado, por lo menos, 33.300 personas** (17.200 mujeres y 16.100 hombres) con discapacidad por daño cerebral adquirido. A nivel poblacional estas cifras representan el 1,3% de personas con daño cerebral adquirido respecto a la población de más de 6 años sin diferencia por género.

En el 80% de las personas con daño cerebral su origen fue un accidente cerebrovascular (ictus hemorrágico o isquémico, etc.) y el 20% restante por traumatismo craneo encefálico. Existe una diferencia por género, en este aspecto, dado que **en los hombres el origen del daño por traumatismo es el doble que en mujeres (16% mujeres sobre 25% en hombres)**. El daño cerebral adquirido supone en **Galicia casi el 12% de todas las discapacidades**.

Las actuaciones sanitarias que se realizan en los primeros momentos a las personas afectadas de daño cerebral adquirido son fundamentales para disminuir las secuelas permanentes que puedan tener estos/as pacientes. Por ello, la realización de un **procedimiento unificado que sea aplicado por todos los profesionales implicados en la atención a estas personas es fundamental**.

3.1. PARTICIPACIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES/CUIDADORES

Para la realización de este PAI, además del grupo de profesionales expertos y representativos de las distintas áreas de salud y categorías profesionales se contó con la perspectiva de los pacientes. Para ello, se realizaron reuniones con grupos focales pacientes y familiares/cuidadores para transmitir, al grupo de expertos, los problemas de atención que han identificados y sus expectativas respecto a la atención de estos/as pacientes.



Se elaboró, para ello, un estudio del trayecto del paciente por el sistema sanitario, mediante la metodología del Patient Journey, que permite analizar la experiencia del paciente desde su propia perspectiva a partir del momento del diagnóstico de su enfermedad. Esta metodología permite mejorar la comunicación con los pacientes, definir mejoras en los circuitos asistenciales:

- Mejorar la coordinación entre los distintos profesionales y servicios.
- Realización de evaluaciones de las repercusiones principalmente cognitivas.
- Mejorar los circuitos de apoyo psicológico.
- Existencia de un profesional de referencia.
- Mejorar los procedimientos de rehabilitación física.
- Homogenización de la atención hospitalaria en todo los recursos del Sergas.
- Mejorar la información sobre las asociaciones.
- Fomentar el apoyo para la tramitación de recursos a través de los profesionales de trabajo social.
- Disminución de los tiempos hasta la realización de las intervenciones en las plantas después de la UCI o urgencias.
- Mejorar la oferta de apoyo al cuidador.
- Mejorar la información al alta hospitalaria.
- Fomentar un mayor apoyo a la integración en la sociedad.
- Altos costes generados a las familias para el seguimiento del tratamiento.
- Posibilidad de acceder al gimnasio para continuar con algunos ejercicios sin necesidad de supervisión directa.
- Permitir que el cuidador esté presente, para su formación, mientras el personal auxiliar le ayuda al pacientes en su higiene, alimentación etc.

3.2. MODELO DE ATENCIÓN

La variedad de sistemas que pueden verse afectados ante un DCA, hace necesario un abordaje interdisciplinar en el que se coordine la acción de especialidades que la persona afectada puede llegar a necesitar. Este aspecto se ha considerado fundamental en este PAI incluyendo un sistema de coordinación entre los distintos profesionales que atenderán a estos/as pacientes. Para ello **se establecen los planes Individualizados de Atención (PIA)** de cada uno de los profesionales que deben atender a la persona enferma y la elaboración de un **PIA global y resumen que el profesional responsable de la persona enferma pueda ir revisando.**

En el presente PAI se han especificado las **características de lo que se debe considerar un tratamiento intensivo**, las **características que deben poseer los centros** que deben prestarlo y las características de los/las pacientes a los que se debe aplicar. De este modo se conseguirá **una mejor calidad en la prestación del servicio y una mayor equidad.** Igualmente se han definido estos



parámetros para **los tratamientos no intensivo y el tratamiento de secuelas**. A su vez también **se han definido estos criterios** para las personas afectadas que se encuentren hospitalizadas, en seguimiento ambulatorio o en situación crónica que serán seguidas por sus equipos de atención primaria.

Un tema que se ha considerado fundamental en todo el PAI ha sido **el cuidado de la información que se transmite a la persona afectada y a sus familiares/cuidadores**, tanto en su contenido como en las características de lugar para transmitirla. Esta cuestión fue priorizada a raíz de las experiencias que los afectados transmitieron.

Este PAI intenta **dar una respuesta rápida y coordinada a las necesidades de las personas afectadas por un daño cerebral adquirido** en las fases subaguda y crónica. Debido a **la complejidad y a la multitud de diferentes afectaciones** que puede tener una persona con daño cerebral adquirido, se hace necesario la definición de los **planes individualizados de atención en los que cada profesional realizará una valoración para definir unos objetivos de atención y las acciones a realizar**.

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"**.

El documento ha tenido como guías los distintos documentos elaborados por las diversas sociedades científicas del campo de la neurorrehabilitación definiendo los procedimientos asistenciales que permitan **la máxima mejora funcional posible en los pacientes**.

Con este documento el Servicio Gallego de Salud promueve la garantía de la calidad de los servicios sanitarios de forma segura y eficiente y la equidad en el acceso a las personas afectadas por el daño cerebral adquirido en Galicia.



4. DEFINICIONES Y OBJETIVOS

4.1. DEFINICIÓN DE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO (DCA)

Según la OMS, se define el daño cerebral adquirido, como el conjunto de lesiones cerebrales que suceden después del nacimiento y que no está relacionada con enfermedades congénitas o degenerativas, de carácter temporal o permanente y que puede provocar una discapacidad funcional y/o falta de adaptación psicosocial.

Las principales causas de DCA son:

- Enfermedad cerebrovascular: isquémica, hemorrágica.
- Traumatismo craneoencefálico: accidentes de tráfico, traumatismos directos (caídas, agresiones, práctica deportiva...), heridas por arma de fuego.
- Encefalopatía anóxica: anoxia/hipoxia (parada cardíaca, ahogamiento, exposición a tóxicos, etc...).
- Infecciones: meningitis bacteriana, infecciones por hongos, encefalitis virales...
- Tumores cerebrales. Primarios o metastásicos.

4.2. LÍMITES DEL PROCESO

4.2.1. LÍMITES DE ENTRADA/ INICIO

Paciente con diagnóstico confirmado de DCA según definición previa y tras la estabilidad del paciente.

4.2.2. LÍMITE DE SALIDA/ FINALIZACIÓN

- En caso que no se confirme el diagnóstico de DCA.
- En caso que la evolución del DCA no genere repercusión funcional/personal sobre el paciente.
- Fallecimiento del/ de la paciente.
- Salida del/de la paciente del sistema sanitario gallego.



4.3. OBJETIVOS DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

4.3.1. OBJETIVO GENERAL

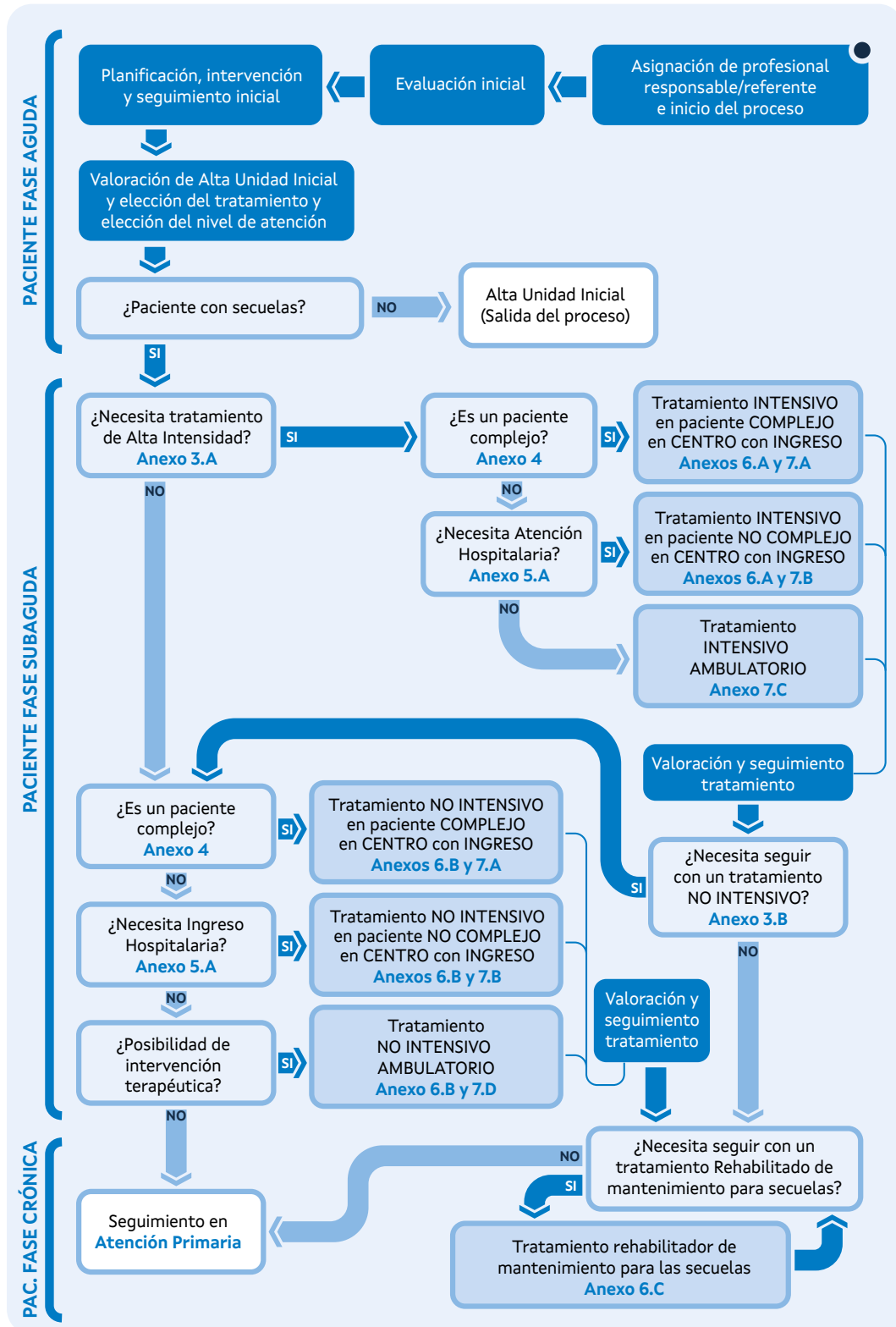
Conseguir la máxima autonomía funcional, participación social y calidad de vida del paciente posibles, de acuerdo con la extensión del daño cerebral y su situación previa, a través de la consecución de los objetivos incluidos en los sucesivos planes individuales de atención.

4.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Promover la identificación de las personas afectadas como un colectivo con necesidades de la misma tipología.
2. Crear etiqueta DCA
3. Conseguir la equidad en la evaluación, atención y prestaciones socio- sanitarias que se realice a las personas afectadas por DCA y a sus familiares-cuidadores.
4. Asegurar la coordinación y continuidad asistencial de la atención en todas las fases y entre todos los dispositivos y agentes implicados, teniendo en cuenta los tiempos de demora máxima entre atenciones especificados en este Proceso Asistencial Integrado (PAI).
5. Alcanzar una alta participación y nivel de satisfacción de los/as profesionales del sistema público sociosanitario y de las asociaciones implicadas en la atención de todas las personas con DCA.
6. Conseguir que las personas con daño cerebral, sus familias y cuidadoras se sientan informadas y acompañadas, y así puedan gestionar su situación de la forma más autónoma y eficiente posible.



5. FLUJOGRAMA DE PROCESOS



6. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

6.1. PROCESOS FASE AGUDA

PROCESOS FASE AGUDA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD (TAREAS)	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD
Asignación de profesional responsable/ referente e inicio del proceso	<ul style="list-style-type: none"> • La persona responsable del servicio en el que se encuentre el /la paciente deberá realizar una asignación de un/una profesional facultativo/a como responsable del proceso asistencial. • Esta persona responsable se presentará como tal al/a la paciente y a familia o la persona cuidadora y: <ul style="list-style-type: none"> • Valorará si el paciente está estabilizado. • Gestionará/ solicitará la evaluación inicial, incluyendo la dimensión social. • En caso de pacientes con ingresos prolongados y clínicamente inestable se deberá realizar una evaluación inicial adaptada entre las primeras 2-4 semanas. 	<p>Es preciso dejar anotado en el curso clínico la realización de las valoraciones realizadas inicialmente y las solicitudes del resto de valoraciones.</p>
Evaluación inicial	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de Disfagia: <ul style="list-style-type: none"> • Método de exploración clínica volumen viscosidad (MECV-V), escala de GUSS o equivalente. • Ajustar dieta/nutrición. • Informar al/la paciente y familia/persona cuidadora. 	<p>Enfermería.</p> <p>Formación específica en su identificación</p> <p>Tiempo recomendado para realizar esta evaluación: antes de iniciar cualquier ingesta en las primeras 24 horas</p>



PROCESOS FASE AGUDA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD (TAREAS)	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD
<p>Evaluación inicial</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Valoración global alteraciones funcionales <ul style="list-style-type: none"> • Valoración sociofamiliar/ Rankin previo. • Alteración cognitiva: valoración profesional (sí/no). Test de MOCA o equivalente. Siempre cuando sea posible su realización. • Alteración lenguaje/deglución: valoración profesional (sí/no). • Exploración neurológica dirigida: escalas Glasgow/ NIHSS. • Valoración de la capacidad de volteo y de transferencias: valoración profesional / Subdominio Barthel. • Valoración de la capacidad de marcha: escala FAC. • Valoración de la calidad de vida aplicando la escala EuroQol (EQ-5D-5L) si el/ la paciente puede realizarlo. En caso, contrario esperar a que se pueda realizar ♦ Información al/la paciente y familia/ persona cuidadora, adaptada a su comprensión, sobre la sospecha diagnóstica, detalle de pruebas realizadas y primeras intervenciones efectuadas. Recomendado: Tener presente el lugar en el que se informa, así como tiempo dedicado, respetando la intimidad y confidencialidad. 	<p>Médico/a Rehabilitador/a</p> <p>Tiempo recomendado 72 horas</p>



PROCESOS FASE AGUDA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD (TAREAS)	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD
<p>Planificación, Intervención y seguimiento inicial</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Valoración de la necesidad de solicitar nuevas evaluaciones e intervenciones de: <ul style="list-style-type: none"> • Médico/a Rehabilitador/a. Valorar intervención de: <ul style="list-style-type: none"> – Fisioterapia – Terapia Ocupacional – Logopedia – Psicología clínica- (valoración funcionamiento cognitivo) • Confirmación de la disfagia <ul style="list-style-type: none"> – Valoración instrumental. • Psiquiatría- Psicología clínica <ul style="list-style-type: none"> – Área - conductual (emocional, comportamental). Fatiga, trastornos sueño. / Proceso adaptativo • Trabajo social ♦ Establecer el Plan Individualizado de Atención en la fase aguda. (PIA global- fase aguda) (ANEXO 2) ♦ Aplicación por parte de cada profesional de las intervenciones incluidas en el PIA. ♦ Consenso con todo el equipo que está atendiendo al paciente para decidir: <ul style="list-style-type: none"> • Clasificación del paciente para determinar nivel óptimo de rehabilitación que necesita. (ANEXO 3) • Cambio de fase • Valorar alta o siguiente nivel de aplicación del tratamiento (ANEXO 4 5): <ul style="list-style-type: none"> – Alta hospitalaria (sin secuelas). SALE DEL PAI – Alta para tratamiento ambulatorio – Tratamiento con ingreso y según clasificación: <ul style="list-style-type: none"> • Traslado intrahospitalario • Traslado a otro centro con ingreso de la persona afectada. – Continuar y establecer fecha siguiente valoración ♦ Informar e implicar al/a la paciente y familia- persona cuidadora del plan individualizado de Rehabilitación. 	<p>Médico/a responsable del/de la paciente</p> <p>Elaboración del Plan (PIA) conjuntamente con los/las profesionales que han participado en la evaluación y el proceso de la persona enferma</p> <p>Implicar al familiar o persona cuidadora de forma presencial en las intervenciones que se realicen sobre el/ la paciente y medidas contempladas en el PIA global</p> <p>Aplicar información definida en el ANEXO 1</p>



PROCESOS FASE AGUDA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD (TAREAS)	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD
<p>Valoración de Alta Unidad inicial y elección tratamiento y nivel de atención</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El/la facultativo/a informará al/la paciente y a la familia en cuanto sea posible de la fecha probable de alta. Para la información, se tendrá en cuenta lo recogido en la Estrategia de Humanización del SERGAS. • El/la facultativo /a responsable y los profesionales de trabajo social determinarán la necesidad de una nueva valoración social de cara al alta. • Entrega y explicación del informe de alta/traslado a paciente y personas cuidadoras. Recomendado: • Antes del alta se realizará una valoración de la calidad de vida aplicando la escala EuroQol (EQ-5D-5L) /Rankin y Barthel • Conjunto mínimo de datos a incluir el informe de alta. <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes personales, incluido Rankin previo. • Enfermedad actual. • Exploración física al ingreso y al alta. • Pruebas complementarias realizadas. • Evolución del cuadro. • Impresión diagnóstica. • Tratamientos e intervenciones aplicadas. • Recomendaciones al alta, incluidas las sociales. Si requiere seguimiento, incluir informe social al alta. • Planificación del PIA al alta/traslado. • Escala a incluir: Glasgow/ NIHSS, Barthel, Rankin, FAC. • En caso necesario, incluir profesional de referencia y forma de contactar con el mismo. • Informe de continuidad de cuidados de enfermería. • Fecha de consulta si pasa a tratamiento ambulatorio. 	<p>Profesional facultativo/a responsable del/ la paciente</p> <p>Entrega del informe en el momento del alta.</p> <p>Informar al/ la paciente sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Escola Galega de Saúde para Cidadáns. https://escolasaude.sergas.es/ - las Asociaciones de pacientes. (ANEXO 10) - É-Saúde / carpeta compartida. https://esaude.sergas.gal/EPACI_epaciente/#/home - El sistema conecta 72 <p>Aplicar información definida en el ANEXO 1</p>



6.2. PROCESOS FASE SUBAGUDA

PROCESOS FASE SUBAGUDA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD (TAREAS)	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD
<p>Nueva evaluación de situación</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♥ Revisión de la información del alta anterior. ♥ Valoración global de la situación del/la paciente. ♥ Gestión de solicitudes de valoración por otros profesionales. <ul style="list-style-type: none"> • Valorar y gestionar la intervención de otros profesionales de: <ul style="list-style-type: none"> – Fisioterapia – Terapia Ocupacional – Logopedia – Psicología clínica - Recomendado con experiencia en Neuropsicología (valoración funcionamiento cognitivo) • Psiquiatría- Psicología clínica <ul style="list-style-type: none"> – Área - conductual (emocional, comportamental). Fatiga, trastornos sueño/ Proceso adaptativo. • Trabajo social ♥ Información al/la paciente y familia/ persona cuidadora, adaptada a su comprensión, sobre las siguientes valoraciones e intervenciones. 	<p>Médico/a Rehabilitador/a.</p> <p>Asignación de médico/a rehabilitador/a de referencia</p>



PROCESOS FASE SUBAGUDA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD (TAREAS)	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD
Establecimiento de Nuevo Plan Individualizado de Atención	<ul style="list-style-type: none"> • Cada uno/a de los/las profesionales que han sido activados/as realizarán las evaluaciones de su ámbito de competencia. • Cada profesional que participe en la atención al/la paciente deberá elaborar su propio Plan Individualizado de Atención (PIA) (ANEXO 9) • Un resumen de ese PIA deberá ser incluido en el curso clínico del IANUS con la información definida en el ANEXO 2. • Información al/la paciente y familia sobre el profesional de referencia. Situación funcional actual, propuesta terapéutica y lugares de realización de la misma. • Si la situación cognitiva de la persona con DCA lo permite, y las familias/personas cuidadoras están implicadas en el tratamiento, realizar la planificación de objetivos y gestión de la continuidad de su proceso de atención. 	<p>Coordinación del Plan por médico/a rehabilitador/a de referencia.</p> <p>Tener presente lugar y el tiempo. Informar y coordinar con todo el equipo, paciente y familia.</p>
Seguimiento Plan Individualizado de Atención	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración estandarizada por objetivos cada 6-12 semanas, de forma orientativa. • Reunión de seguimiento del PIA con los profesionales implicados en la atención al paciente. • Evaluación de la necesidad de un cambio del tratamiento rehabilitador o del nivel de atención. • Realización de una valoración final de su calidad de vida aplicando la escala EuroQol (EQ-5D-5L) 	<p>Los tratamientos en la fase ambulatoria deben incluir los mismos elementos en cuanto a estructura y contenidos que los servicios coordinados de rehabilitación de pacientes hospitalizados/as.</p>



PROCESOS FASE SUBAGUDA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD (TAREAS)	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD
Valoración de cambio del programa o Alta de programa/ centro	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Valoración del cambio de nivel de tratamiento rehabilitador, o unidad de atención o alta por cumplimiento de objetivos. (ANEXOS 3 y 4) ♦ El/la facultativo/a responsable informará al/ a la paciente y su familia, en cuanto sea posible, de la fecha probable de alta. ♦ Entrega y explicación del informe de alta/ traslado a paciente y personas cuidadoras. ♦ Antes del alta se realizará una valoración de la calidad de vida aplicando la escala EuroQol (EQ-5D-5L) ♦ Conjunto mínimo de datos a incluir en el informe al alta. <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes personales, incluido Rankin previo. • Enfermedad actual. • Exploración física al ingreso y al alta. • Pruebas complementarias realizadas. • Evolución del cuadro. • Impresión diagnóstica. • Tratamientos realizados. • Propuesta terapéutica que debe seguir. • Recomendaciones al alta, incluidas las sociales. Eso incluirá el sistema de seguimiento de los de déficit del/de la paciente y de las escalas a aplicar y su periodicidad, así como las posibles complicaciones que deberían ser identificadas en el seguimiento. • En caso necesario, incluir profesional de referencia y forma de contactar con el mismo. ♦ Informe de continuidad de cuidados de enfermería. ♦ Informar de la asociación de referencia en el área sanitaria correspondiente. ♦ Fecha de consulta si pasa a tratamiento ambulatorio o domiciliario. 	



6.3. PROCESOS FASE CRÓNICA

PROCESOS FASE CRONICA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD (TAREAS)	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD
<p>Seguimiento situación del/ la paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El/la profesional sanitario del Equipo de Atención Primaria, valorará el informe del alta del tratamiento Rehabilitador. Se debe valorar la limitación funcional tras finalizar la rehabilitación, para así determinar el estado funcional conseguido, aplicando las escalas y medidas previstas en el informe. • De forma anual se realizará una evaluación mediante el Poststroke checklist (Anexo 8). • Elaboración de un plan específico de seguimiento de las repercusiones de su patología en este/a paciente. • Asegurar la realización del tratamiento rehabilitador pertinente en función de los déficits que la persona presente. Monitorizando el grado de cumplimiento del mismo, mediante valoración y promoción de su realización de forma periódica. • Los/as pacientes con disfagia persistente deben ser monitorizados, incluyendo el peso, de forma regular. Valorando la necesidad de cambios en la dieta y/o en la vía de la alimentación para prevenir y evitar la desnutrición. • Ante pacientes con déficits motores o de equilibrio se debe valorar el riesgo de caídas y aplicar las medidas pertinentes. • Realizar un seguimiento estrecho de los factores determinantes causales del daño cerebral adquirido para realizar una prevención secundaria del DCA. 	<p>Médico/a./ Enfermera/o de Atención Primaria.</p> <p>Las consultas de seguimiento se establecerán según la situación del paciente.</p>



PROCESOS FASE CRONICA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD (TAREAS)	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD
<p>Seguimiento situación del/ la paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Control del tratamiento de la secuelas crónicas, que dependiendo de su alcance requerirán diferentes grados de mantenimiento e intensidad asistencial para seguir recuperando autonomía y facilitando la reincorporación y adaptación a su entorno, garantizando sus cuidados básicos y calidad de vida. Para ello, todos los recursos sanitarios, sociales y comunitarios, trabajarán coordinada e interseccionalmente, contribuyendo al alcance del mayor grado de autonomía personal y calidad de vida posibles, en todas las dimensiones de la vida de la persona (física, emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, autodeterminación, inclusión social y derechos) • Identificación de empeoramiento debido a su DCA de acuerdo con las situaciones previstas y remisión a la unidad en donde fue tratado/a previamente por su DCA. • Informar de las diferentes situaciones clínicas y sociales derivadas de su DCA al/la paciente y a su familia y/o persona cuidadora. Recomendado: tener presente el lugar en el que se informa, así como tiempo dedicado, respetando la intimidad y confidencialidad. 	<p>Médico/a./ Enfermera/o de Atención Primaria.</p> <p>Las consultas de seguimiento se establecerán según la situación del paciente.</p>



7. INDICADORES

OBJETIVO a MEDIR	Nombre INDICADOR	Fórmula	Fuente	Periodi- cidad	Desagreg.	Estándar
1. Objetivo general: Conseguir la máxima autonomía funcional, participación social y calidad de vida del paciente, de acuerdo a la extensión del daño cerebral y a su situación previa, a través de la consecución de los objetivos incluidos en los sucesivos planes individuales de atención	Mejora de puntuación de las escalas de calidad de vida EUROQUL 5Q-5L. Según situación paciente se podría usar ECV específica de ictus	Sumatoria de resultados de medición final - Sumatoria de resultados de medición inicial en %	Dentro de las escalas dentro del IANUS 5	Semestral	Galicia/ Área Sanitaria	70%
	Mejora de las escalas de autonomía funcional, participación social RANKIN o BARTHEL	Sumatoria de resultados de medición final - Sumatoria de resultados de medición inicial en %	Dentro de las escalas dentro del IANUS 5	Semestral	Galicia/ Área Sanitaria	70%
2.1. Promover la identificación de las personas afectadas mediante una codificación por etiqueta común	% de pacientes adecuadamente identificados con causas relativas al DCA	% de historias clínicas de pacientes ingresados con DCA como indicador diagnóstico principal	IANUS / HEXIN	Anual	Galicia/ Área Sanitaria	80%
2.2. Mejorar la equidad en la evaluación, los cuidados sanitarios y socio-sanitarias que se ofrezcan a las personas afectadas y a sus cuidadores	Realización en tiempo de la evaluación inicial	Número de pacientes que tienen realizada la evaluación inicial completa en menos de 72 horas / Total de pacientes DCA en el mismo período en %	Revisión Historias IANUS con código DCA	Anual	Galicia/ Área Sanitaria	70%



OBJETIVO a MEDIR	Nombre INDICADOR	Fórmula	Fuente	Periodicidad	Desagreg.	Estándar
2.2. Mejorar la equidad en la evaluación, los cuidados sanitarios y socio-sanitarias que se ofrezcan a las personas afectadas y a sus cuidadores	Realización en tiempo de la evaluación disfagia < 24 h.	Número de pacientes que tienen realizada la evaluación de disfagia en menos de 24 horas/ Total de pacientes DCA en el mismo período en %	Revisión Historias IANUS con código DCA	Anual	Galicia/ Área Sanitaria	70%
2.3. Asegurar la coordinación y la continuidad asistencial en todas las fases y en los tránsitos entre los diferentes dispositivos y agentes implicados, reduciendo los tiempos de atención entre estos	Continuidad de tratamiento Rehabilitador entre las fases cuando proceda según objetivos <72 h.	Número de pacientes con DCA que tienen cita en rehabilitación ambulatoria antes de las 72 horas tras el alta hospitalaria/ Total pacientes con DCA dados de alta en el mismo período + 72 horas	Revisión Historias IANUS con código DCA	Anual	Galicia/ Área Sanitaria	75%
	Hospitales que disponen de Puntos Informativos de las asociaciones de DCA, en los que las familias y personas con DCA reciben información y formación sobre las necesidades de atención durante todas las fases del dano cerebral adquirido	Número de hospitales públicos que disponen de Puntos informativos a disposición de las asociaciones de DCA/ Número total de hospitales donde se atienden a pacientes con DCA	Informe emitido por las Subdirecciones de Calidad de las Áreas Sanitarias	Anual	Galicia/ Área Sanitaria	100%



OBJETIVO a MEDIR	Nombre INDICADOR	Fórmula	Fuente	Periodi- cidad	Desagreg.	Estándar
2.4. Alcanzar una alta participación de los/as profesionales del sistema público sociosanitario y de las asociaciones implicadas en la atención de todas las personas con DCA	Conocimiento del PAI por los profesionales	Nº de profesionales de los servicios de neurología/ UCIs/ Rehabilitación/ Trabajo Social/... que conoce el PAI/ Total de profesionales	Sesión de presentación PAI de DCA	Anual	Galicia/ Área Sanitaria	100%
2.5. Conseguir que las personas con daño cerebral, sus familias y cuidadoras se sientan informadas y acompañadas, y así puedan gestionar su situación de la forma más autónoma y eficiente posible	Familiares que se sienten adecuadamente informados	Nº de familiares-cuidadores que se sienten adecuadamente informados/ Total familiares-cuidadores en %	Encuesta de satisfacción para familiares	Anual	Galicia/ Área Sanitaria	70%
	Pacientes que se sienten adecuadamente informados	Nº de pacientes que se sienten adecuadamente informados/ Total pacientes en %	Encuesta de satisfacción para pacientes	Anual	Galicia/ Área Sanitaria	70%



8. ANEXOS

ANEXO 1. INFORMACIÓN BÁSICA A TRANSMITIR A PACIENTES, FAMILIA/ PERSONA CUIDADORA

La persona con DCA y/o su familiar deben recibir INFORMACIÓN sobre las cuestiones señaladas a continuación dependiendo de las afectaciones de la persona con DCA:

A. DURANTE INGRESO HOSPITALARIO:

- a. Los cuidados posturales y transferencias necesarias desde el momento que el personal de referencia lo indique.
- b. La importancia de mantener la autonomía del paciente en la medida de sus posibilidades.
- c. La ocupación del tiempo, respetando los ritmos y necesidades de descanso del paciente; siempre que el/la profesional de referencia lo permita aprovechar el tiempo sin tratamiento y/o visitas con actividades estimulantes, de preferencia previa o nueva para el paciente.
- d. Favorecer la orientación temporal, espacial y personal a través de reloj, calendario, fotos, etc.; siempre que el/la psicólogo/a clínico/a no indiquen lo contrario.
- e. Recomendaciones para facilitar la comunicación del paciente con los miembros de la familia y el personal sanitario.
- f. Explicación básica sobre la heminegligencia, para que potencien el acercamiento y uso del lado negligente y se favorezca la atención hacia el mismo
- g. Información al propio paciente y/o a los cuidadores y/o familiares acerca de las medidas que deben tomar durante el momento de la alimentación.
- h. Posibilidades de alojamiento para aquellas familias de fuera de la ciudad y/o provincia.
- i. Uso de espacios del hospital (duchas, sobre todo).
- j. Asociaciones especializadas en DCA a donde dirigirse para recibir otro tipo de servicios complementarios y apoyo entre familias y/o personas con DCA.
- k. Los procesos y gestiones para la valoración de la situación de dependencia.
- l. Pautas para la prevención de la sobrecarga de cuidados a las familias cuidadoras.
- m. Mantener guías informativas a disposición en la habitación y/o salas de espera de planta y servicios ambulatorios.
- n. Educación terapéutica al paciente y/o familiar y/o cuidador sobre el manejo de la deglución (adaptaciones dietéticas y de líquidos, uso de espesante, gestión de secreciones, ingesta de medicación, actuación ante atragantamiento) en casos de problemas de deglución.



- o. Recomendaciones para facilitar la comunicación del paciente con la familia y personal sanitario, con especial atención en los casos de trastornos del lenguaje y la comunicación
- p. Aprovechar durante la estancia hospitalaria para formación a los familiares, tanto formación en vivo como en forma de videos. Reforzar la formación con entrega de guías u otros recursos.

B. EN EL MOMENTO DEL ALTA DEL HOSPITALARIA

- ♥ Informar sobre otras transferencias no practicadas en planta (coche, cama no articulada, bañera, etc.)
- ♥ Asesorar en posibles adaptaciones del domicilio y ayudas técnicas de apoyo; informar de la posibilidad de alquiler, o sistemas de préstamos.
- ♥ Mantener seguimiento sobre pautas y asesoramiento en alimentación en el caso de iniciar deglución en diferentes texturas.
- ♥ Formar en el manejo básico de sondas y signos de alarma (riesgo de infección, úlceras por presión...).
- ♥ Distribución de la habitación de forma accesible y adaptada a la nueva situación física de la persona.
- ♥ Explicar ejercicios al paciente, si su estado lo permite (automovilizaciones, etc.).
- ♥ Informar sobre recursos comunitarios y la vía de acceso a los mismos (Trabajo social de Atención Primaria de Salud, Servicios Sociales comunitarios o especializados, Organizaciones Sociales o Asociaciones para apoyo y acceso a servicios específicos...) con derivación activa por medio de informe, siempre que se considere necesario.



ANEXO 2. REGISTRO DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR

Cada uno de los profesionales que participan en la atención al paciente deberán aportar la siguiente ficha de información al curso clínico:

• FUNCIÓN VALORADA:

- Profesional:
- Especialidad:
- Fecha evaluación:
- Resultado evaluación:
- Objetivo intervención (incluyendo los de Educación Terapéutica) y siguiendo los diferentes esquemas para cada tipo de profesional (ANEXOS 8 y 9)
- Intervención (descripción/ intensidad), incluyendo los de Educación Terapéutica si se hubieran definido objetivos en este ámbito.
- Fecha siguiente evaluación/alta:

Esta información deberá actualizarse (generar nueva ficha de información) cada vez que se cambie.



ANEXO 3. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES SEGÚN NIVEL DE TRATAMIENTO REHABILITADOR QUE NECESITA.

A. PACIENTES QUE NECESITAN TRATAMIENTO REHABILITADOR INTENSIVO

a. Criterios generales que deben cumplir los pacientes para cualquier etiología.

- i.** Presencia de déficit funcional moderado- severo que afecte a dos o más áreas funcionales (movilidad, deglución, comunicación, cognición y actividades de la vida diaria), y que sea susceptible de tratamiento intensivo según ponderación de factores pronósticos.
- ii.** Comorbilidad que **no** impide un tratamiento rehabilitador intensivo.
- iii.** Capacidad cognitiva mínimamente conservada y un nivel de conciencia suficiente como para poder asegurar la participación en las diferentes disciplinas del tratamiento rehabilitador. (En los TCE esta condición no es excluyente ya que muchos de ellos presentan dificultades severas en la fase subaguda.)

b. Criterios específicos que deben cumplir los pacientes de DCA de origen vascular

- i.** Rankin previo menor de 3.
- ii.** Cumplir los parámetros de las siguientes escalas (no siempre excluyentes a valorar al paciente individualmente):
 - 1.** Barthel menor de 80.
 - 2.** Escala National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS): Entre 1 y 16.
 - 3.** Escala de Categorías de Marcha Funcional (FAC) =0-1-2

c. Criterios específicos que deben cumplir los pacientes de DCA de origen traumático.

- i.** Rankin previo: 0
- ii.** Glasgow /Coma Near Recovery Scale-R entre 17-23 (fuera de estado de mínima conciencia)
- iii.** Situaciones clínicas de una evolución menor de 8 semanas de Estado de mínima respuesta con una Coma Near Recovery Scale-R entre 9-16: Sin lesión estructural de tronco cerebral, ni del tálamo. El tiempo de evolución de 8 semanas podrá ser revalorado según tiempo de estancia en UCI.

d. Criterios específicos que deben cumplir los pacientes de DCA de otras causas (miscelánea): Hay un subgrupo de pacientes con Daño cerebral adquirido agudo de otras causas médicas (encefalopatías anóxicas, infecciones, tumores, enfermedad desmielinizante...), que podrían ser valorables, si cumplen los siguientes criterios:



- i. Patologías en situación médica estables y NO progresivas
- ii. Con patología médica causante del DCA con tratamiento etiológico finalizado.
- iii. Tiempo de evolución menor de 6 semanas de diagnóstico de DCA
- iv. Rankin previo: 0
- v. Glasgow /Coma Near Recovery Scale-R entre 17-23 (fuera de estado de mínima conciencia)

B. PACIENTE QUE NECESITA UN TRATAMIENTO REHABILITADOR NO INTENSIVO

- a. Presencia de déficit funcional que afecte a alguna de las áreas funcionales (movilidad, deglución, comunicación, cognición y actividades de la vida diaria), y que sea susceptible de tratamiento rehabilitador
- b. Comorbilidad que impide un tratamiento rehabilitador intensivo.
- c. Capacidad cognitiva mínimamente conservada y un nivel de conciencia suficiente como para poder asegurar la participación en las diferentes disciplinas del tratamiento rehabilitador.
- d. Paciente que ha finalizado un tratamiento rehabilitador intensivo y que sigue necesitando un tratamiento rehabilitador, pero no es necesario una intervención de un número intensivo de horas de rehabilitación.
- e. Pacientes que no cumplen criterios de DE TRATAMIENTO INTENSIVO

C. PACIENTE QUE PRECISA TRATAMIENTO MÉDICO REHABILITADOR DE SECUELAS.

- a. Paciente que ya no mejora o no se beneficia de la rehabilitación NO INTENSIVA o INTENSIVA (después de haber realizado dos valoraciones separadas 6-8 semanas sin cambios y que sigue necesitando un tratamiento rehabilitador para secuelas).



ANEXO 4. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTE DE ALTA COMPLEJIDAD.

A. PACIENTE DE ALTA COMPLEJIDAD

- a.** Presentan discapacidades complejas o graves en la esfera física, cognitiva, comunicativa o conductual y precisan intervenciones de múltiples modalidades terapéuticas (fisioterapia, neuropsicología, logopedia, terapia ocupacional, etc.).
- b.** Presentan patrones conductuales graves que amenacen la dinámica socio-familiar y obliga a medida de control farmacológico y/o físico.
- c.** Necesidad de intervenciones clínicas altamente especializadas, por ejemplo, para retirada de ventilación asistida, manejo de la traqueotomía, situaciones de afectación cognitivo-conductual grave o pacientes con estados alterados de la conciencia.
- d.** Necesidad de una evaluación compleja de la deglución (fibroscopia, videofluoroscopia...).
- e.** Necesidades complejas de comunicación que requieren evaluación especializada (P. ej.: Coma Recovery Scale en los estados alterados de la conciencia).
- f.** Tratamiento de problemas médicos complejos o inestables que precisan de alta especialización.
- g.** Requieren una supervisión médica y atención de enfermería durante 24h.



ANEXO 5. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES SEGÚN NECESIDAD NIVEL DE ATENCIÓN (INGRESO/ AMBULATORIO).

A. PACIENTE QUE NECESITA UN TRATAMIENTO REHABILITADOR CON INGRESO

- a.** Persona que requiere cuidados médicos continuados y de enfermería.
- b.** Persona que no tiene entorno adaptado a su nivel de funcionalidad y apoyo sociofamiliar.
- c.** La distancia al centro para prestar el tratamiento rehabilitador es excesiva > 1 hora en coche.
- d.** Criterios de Alta de Atención centro:
 - i.** Todos los siguientes:
 - 1.** Estabilidad clínica
 - 2.** Agitación controlada
 - 3.** Debe de existir un destino adecuado donde la persona con DCA pueda residir (su domicilio con adaptaciones necesarias, centro terapéutico residencial, centro sociosanitario, u otros)
 - ii.** y alguno de los siguientes:
 - 1.** Cumplimiento de objetivos de **ingreso de** recuperación/rehabilitación
 - 2.** Estabilización de la mejoría (sin alcanzar los objetivos predeterminados): sin evidencia de mejoría funcional durante un mes
 - 3.** Posibilidad de atención ambulatoria del proceso (si precisa)

B. PACIENTE QUE ES SUSCEPTIBLE DE UN TRATAMIENTO REHABILITADOR AMBULATORIO.

a. Criterios que debe cumplir:

- i.** El/la paciente no requiere cuidados continuados médicos o de enfermería.
- ii.** Es funcionalmente independiente en transferencia o la asistencia que requiere puede ser prestada por el/la familiar o persona cuidadora, o por servicios de cuidado profesionales a domicilio.
- iii.** El/la paciente puede tolerar el tratamiento ambulatorio por la distancia al centro prestador del servicio, la seguridad en el transporte, etc.



ANEXO 6. CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD DE LOS TRATAMIENTOS REHABILITADORES

A. CARACTERÍSTICAS RECOMENDADAS PARA UN TRATAMIENTO REHABILITADOR INTENSIVO

- a. Intervención intensiva y coordinada de 4 o más disciplinas de terapia, además de especialistas en medicina física y rehabilitación, otras especialidades médicas (neurología, psiquiatría, etc.) y cuidados de enfermería en un entorno de rehabilitación.
- b. Programa de rehabilitación de mediana a larga duración para alcanzar los objetivos planificados: desde 2-4 meses hasta 6 meses o más, siempre y cuando esto pueda justificarse por resultados medibles.
- c. Se impartirán terapias intensivas individualizadas, en los que se recomiendan los siguientes estándares:
 - ♥ ≥ 3 horas diarias ó
 - ♥ > 15 horas de terapia semanales
- d. Aplicación de tecnologías y de asistencia a medida, sistemas de bipedestación, soluciones de ortopedia a medida, tecnología de control de entorno, sistemas alternativos de comunicación, ventilación mecánica, etc.
- e. El equipo terapéutico se reunirá semanalmente con el fin de elaborar y revisar los planes individualizados de rehabilitación. En la reunión participarán los profesionales implicados en la atención al paciente.
- f. La historia clínica del paciente incluirá planes individualizados (PIAs) de rehabilitación con objetivos funcionales en cada una de las áreas, siguiendo la ficha del Anexo 1.
- g. En cada caso se elaborarán informes de evaluación inicial, de seguimiento y de alta que reflejen la naturaleza multidisciplinar de la rehabilitación.
- h. Deberá existir un plan de atención a las familias que incluya:
 - ♥ Reuniones periódicas con el profesional responsable y valoración de reuniones con otros profesionales.
 - ♥ Sesiones de entrenamiento en el manejo de los problemas que presenta el paciente. Las llevarán a cabo los distintos terapeutas que trabajan con el paciente
 - ♥ Contacto regular con trabajo social como profesional del equipo, con el fin de valorar la situación familiar, conocer el estado de la intervención social con paciente, familia y comunidad de cara al alta.



- i. Existirá un método de medición global de resultados de la rehabilitación con alguna escala internacionalmente reconocida. La escala ha de reflejar información relativa a la funcionalidad. En la actualidad se recomienda utilizar FIM/FAM.
- j. Objetivos funcionales individualizados en función de la situación de cada paciente **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)
 - Mejorar la función física, cognitiva, social y psicológica, así como el nivel de dependencia en las actividades en entorno domiciliario y/o comunitario.

B. CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD RECOMENDADAS DE UN TRATAMIENTO REHABILITADOR NO INTENSIVO

- a. La historia clínica del paciente incluirá planes individualizados de atención con objetivos funcionales en cada una de las áreas.
- b. Se elaborarán informes de evaluación inicial, de seguimiento y de alta que reflejen la naturaleza multidisciplinar de la rehabilitación.
- c. Existirán métodos de medición de resultados de la rehabilitación.
- d. Deberá existir un plan de atención a las familias que incluya:
 - Reuniones periódicas con el profesional responsable
 - Sesiones regulares de entrenamiento en el manejo de los problemas que presenta el paciente. Las llevarán a cabo los distintos terapeutas que trabajan con el paciente
 - Contacto regular con trabajo social como profesional del equipo, con el fin de valorar la situación familiar, conocer el estado de la intervención social con paciente, familia y comunidad de cara al alta.
- e. Sesiones regulares de entrenamiento en el manejo de los problemas que presenta el paciente. Las llevarán a cabo los distintos terapeutas que trabajan con el paciente
- f. El equipo terapéutico se reunirá periódicamente con el fin de elaborar y revisar los planes individualizados de atención (PIA). En la reunión participarán profesionales de cada especialidad, implicados en la atención.



C. CARACTERÍSTICAS RECOMENDADAS DE UN TRATAMIENTO REHABILITADOR PARA PACIENTES CRÓNICOS

a. Objetivos:

- Formación a los/las cuidadores/as de la persona con DCA y a otros/as profesionales,
- Adaptación del entorno,
- Entrenamiento en AVD,
- Asesoramiento en productos de apoyo y órtesis.
- Asesoramiento e información en sistema de atención a dependencia, recursos de atención y apoyo disponibles en sistema público y asociativo, derechos a ayudas económicas y materiales, etc.
- Evaluación y tratamiento rehabilitador médico de secuelas propias del daño cerebral adquirido, fundamentalmente espasticidad y dolor y otras que puedan ser susceptibles de mejora (como capacidad comunicativa, disfagia, ...)



ANEXO 7. CARACTERÍSTICAS RECOMENDADAS DE CALIDAD DE LAS UNIDADES QUE PRESTAN TRATAMIENTO REHABILITADOR A PACIENTES DCA

A. CARACTERÍSTICAS RECOMENDADAS DE CALIDAD DEL CENTRO PARA PRESTAR UN TRATAMIENTO REHABILITADOR INTENSIVO O NO INTENSIVO CON INGRESO EN PACIENTE DE ALTA COMPLEJIDAD

- a.** Un porcentaje importante de los pacientes presentan diagnóstico etiológico característico de daño cerebral adquirido: TCE, ictus, secuelas de tumores cerebrales, encefalitis, anoxia.
- b.** En caso de pacientes con necesidades psiquiátricas complejas/inestables o que requieren un manejo de alto riesgo se puede requerir de un psiquiatra o tratamiento bajo la Unidad de Salud Mental.
 - i.** Posibilidad de interconsulta con un traumatólogo/cirujano plástico para el tratamiento de alteraciones neuro-ortopédicas.
 - ii.** Posibilidad de interconsulta de un médico endocrinólogo consultor (necesidades nutricionales y endocrino-metabólicas complejas que requieren apoyo/intervención especializada).
- c.** El Centro cuenta con un plan estratégico necesario para el tratamiento de las complicaciones médicas habituales en estos pacientes.
- d.** El equipo terapéutico experto incluirá un equipo multidisciplinar compuesto por médico rehabilitador y personal de enfermería, fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional, psicología clínica y trabajo social.
- e.** El equipo terapéutico se reunirá semanalmente con el fin de elaborar y revisar los planes individualizados de rehabilitación.
- f.** La historia clínica del paciente incluirá planes individualizados de rehabilitación con objetivos funcionales en cada una de las áreas en función de su estado.
- g.** En cada caso se elaborarán informes de evaluación inicial, de seguimiento y de alta que reflejen la naturaleza multidisciplinar de la rehabilitación.
- h.** Existirá un método de medición global de resultados de la rehabilitación con alguna escala internacionalmente reconocida. La escala ha de reflejar información relativa a la funcionalidad. En la actualidad se recomienda utilizar FIM/FAM.



- i. Deberá existir un plan de atención a las familias que incluya:
 - i. Reuniones periódicas con el responsable médico
 - ii. Sesiones de entrenamiento en el manejo de los problemas que presenta el paciente. Las llevarán a cabo los distintos terapeutas que trabajan con el paciente
 - iii. Contacto regular con trabajo social como profesional del equipo, con el fin de valorar la situación familiar, conocer el estado de la intervención social con paciente, familia y comunidad de cara al alta.
 - iv. Reuniones de planificación del alta con paciente/ familia, con el objetivo de implicar y coordinar de manera consensuada esta.

- j. Equipamiento necesario para la evaluación de disfagia .

B. CARACTERÍSTICAS RECOMENDADAS DE CALIDAD DEL CENTRO PARA PRESTAR UN TRATAMIENTO REHABILITADOR INTENSIVO O NO INTENSIVO CON INGRESO EN PACIENTE NO COMPLEJO

- a. Deberá existir un plan de atención a las familias que incluya:
 - i. Reuniones periódicas con el responsable médico
 - ii. Sesiones regulares de entrenamiento en el manejo de los problemas que presenta el paciente. Las llevarán a cabo los distintos terapeutas que trabajan con el paciente
 - iii. Contacto regular con trabajo social y/o psicólogo con el fin de valorar la situación familiar

- b. El equipo terapéutico se reunirá semanalmente con el fin de elaborar y revisar los planes individualizados de rehabilitación. En la reunión participarán médicos, enfermeras, terapeutas de cada especialidad y trabajador social.
- c. Existirá un método de medición global de resultados de la rehabilitación con alguna escala internacionalmente reconocida. La escala ha de reflejar información relativa a la funcionalidad. En la actualidad se recomienda utilizar FIM/FAM.



ANEXO 8. POSTSTROKE CHECKLIST

Este cuestionario post-ictus (PSC, por sus siglas en inglés) ha sido desarrollado para ayudar a los profesionales de la salud a identificar problemas post-ictus susceptibles de tratamiento y/o derivación. En este se evalúan 11 áreas específicas en el seguimiento de los pacientes con DCA. Esta es una herramienta breve y de aplicación fácil para cubrir con el paciente. En caso necesario, se puede recurrir a la ayuda del cuidador. El PSC permite identificar problemas en pacientes que hayan superado un ictus y facilita la derivación más adecuada.

Este cuestionario debe ser aplicado por la enfermera de atención primaria referente de la persona con DCA, de forma anual.

Instrucciones de uso:

Por favor, pregunte al paciente cada una de las cuestiones numeradas e indique la respuesta en el apartado correspondiente. Si existiese alguna respuesta SI, o NO marcada en amarillo, sería necesario realizar las acciones que se indican en cada una de las áreas.

1. Prevención secundaria

Desde su última revisión, ¿ha recibido consejo sobre cambios de estilo de vida relacionados con la salud o medicamentos para prevenir otro ictus?	NO	Si la respuesta es NO, consulte con el equipo de atención primaria para la evaluación de factores de riesgo y tratamiento si fuera apropiado
	SÍ	Observe evolución

2. Actividades de la vida diaria

	NO	Observe evolución
Desde su última revisión, ¿le resulta más difícil cuidar de sí mismo?	SÍ	¿Tiene más dificultad para vestirse, lavarse y/o bañarse? ¿Tiene más dificultad para preparar bebidas y/o comidas calientes? ¿Tiene más dificultad para salir al exterior? Si la respuesta es SÍ en cualquiera de las preguntas, derive a su Médico de Familia para valorar su derivación al Servicio de Rehabilitación para una evaluación adicional



3. Movilidad		
Desde su última revisión, ¿le resulta más difícil caminar o trasladarse con seguridad desde la cama a la silla?	NO	Observe evolución
	SÍ	¿Continúa recibiendo tratamiento rehabilitador? Si es la respuesta es NO, derive a su Médico de Familia para valorar su derivación al Servicio de Rehabilitación para una evaluación adicional Si la respuesta es SÍ, actualice la historia del paciente y evalúelo en la siguiente revisión

4. Espasticidad		
Desde su última revisión, ¿ha aumentado la rigidez en sus brazos, manos, y/o piernas?	NO	Observe evolución
	SÍ	¿Está interfiriendo en las actividades de su vida diaria? Si la respuesta es SÍ, derive a su Médico de Familia para valorar su derivación al Servicio de Rehabilitación o Neurología para una evaluación adicional

5. Dolor		
Desde su última revisión, ¿ha experimentado algún dolor nuevo?	NO	Observe evolución
	SÍ	Si la respuesta es SÍ, derive a su Médico de Familia para su valoración

6. Incontinencia		
Desde su última revisión, ¿tiene más problemas para controlar su vejiga o intestino?	NO	Observe evolución
	SÍ	Si la respuesta es SÍ, consulte al médico o enfermera para una evaluación adicional

7. Comunicación		
Desde su última revisión, ¿le resulta más difícil comunicarse con los demás?	NO	Observe evolución
	SÍ	Si la respuesta es SÍ, derive a su Médico de Familia para valorar su derivación al Servicio de Rehabilitación para una evaluación adicional



8. Estado de ánimo

Desde su última revisión, ¿se siente con más ansiedad o deprimido?	NO	Observe evolución
	SÍ	Si la respuesta es SÍ, consulte al médico de atención primaria sobre sus cambios de ánimo para una evaluación adicional

9. Cognición

Desde su última revisión, ¿encuentra más difícil pensar, concentrarse o recordar cosas?	NO	Observe evolución
	SÍ	<p>¿Interfiere esto con su actividad o participación?</p> <p>Si es la respuesta es NO, actualice la historia del paciente y evalúelo en la siguiente revisión</p> <p>Si la respuesta es SÍ, déVELO al especialista para una evaluación adicional</p>

10. Vida tras el ictus

Desde su última revisión, ¿encuentra más dificultad para realizar cosas importantes (por ejemplo ocio, aficiones, trabajo, así como relaciones con sus seres queridos, en su caso)?	NO	Observe evolución
	SÍ	Si la respuesta es SÍ, derive al paciente a una organización de apoyo al ictus (ver anexo)

11. Relación familiar

Desde su última revisión, ¿la relación con su familia se ha vuelto más difícil o estresante?	NO	Observe evolución
	SÍ	Si la respuesta es SÍ, concierte una visita al médico de atención primaria o derive a una organización de apoyo al ictus (ver anexo)



ANEXO 9. PLANES INDIVIDUALIZADOS DE ATENCIÓN (PIAS) POR ESPECIALIDAD

MODELO PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN (PIA) DE: ENFERMERÍA

EVALUACION INICIAL

Fecha realización 1ª evaluación:

Profesional que realiza la evaluación:

Apartados, cuestiones, temas a valorar	Situación actual	Riesgo aparición/ empeoramiento (Alto/medio/bajo)	Necesidad de intervención
PERCEPCIÓN DE SALUD			
<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo familiar y/o social: - Adherencia tratamiento: - Hábitos saludables/no saludables: 			
NUTRICIÓN- METABÓLICA			
<ul style="list-style-type: none"> - Grado autonomía Alimentación: - Disfagia: - Tipo dieta, alergias/ intolerancias: Oral (textura), N. Enteral - Dispositivo alimentación: - Alteración integridad de la piel: 			
ELIMINACIÓN			
<ul style="list-style-type: none"> - Grado de autonomía: - Patrón intestinal /problemas: - Patrón urinario/problemas: - Uso de dispositivos: 			
ACTIVIDAD – EJERCICIO			



Apartados, cuestiones, temas a valorar	Situación actual	Riesgo aparición/ empeoramiento (Alto/medio/bajo)	Necesidad de intervención
<ul style="list-style-type: none"> - Grado autonomía autocuidado: Higiene - Grado autonomía movilidad: - Deterioro neuromuscular/ fuerza: - Alteración marcha y estabilidad: - Dispositivos de ayuda: - Prevención de caídas: - Patrón respiratorio / dispositivos respiración -ventilación: 			
SUEÑO- RELAJACIÓN			
<ul style="list-style-type: none"> - Patrón del sueño: - Horas de sueño: 			
COGNITIVO-PERCEPTIVO			
<ul style="list-style-type: none"> - Estado mental: - Déficits visuales, auditivos, sensitivos: - Dolor: 			
AUTOPERCEPCIÓN - Autoconcepto			
<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación: - Adaptación a las limitaciones funcionales: 			
AUTOPERCEPCIÓN - Autoconcepto			
<ul style="list-style-type: none"> - Rol familiar, laboral, social: - Cuidador principal: (datos del cuidador) - Riesgo/ sobrecarga cuidador: 			



Apartados, cuestiones, temas a valorar	Situación actual	Riesgo aparición/ empeoramiento (Alto/medio/ bajo)	Necesidad de intervención
SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN			
- Funcionamiento sexual/ problemas:			
TOLERANCIA ESTRÉS			
- Adaptación del paciente/ cuidador:			
VALORES-CREENCIAS			
- Calidad de vida: - Crisis espiritual:			

Objetivos iniciales: Tratamiento-Intervención aplicado/técnicas de tratamiento:

-
-
-

SEGUIMIENTO

Fecha intervención	Profesional	Intervención realizada	Modificación Objetivos
<hr/>			

EVALUACIONES POSTERIORES:

ALTA

Fecha alta: _____ Profesional: _____

Valoración de cumplimiento de objetivos:

Indicaciones al alta:



MODELO PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN (PIA) DE: FISIOTERAPIA

EVALUACION INICIAL

Fecha realización 1ª evaluación:

Profesional que realiza la evaluación:

Apartados, cuestiones, temas a valorar	Situación actual	Riesgo aparición/ empeoramiento (Alto/medio/bajo)	Necesidad de intervención
Dolor			
Alineación corporal, asimetrías			
Alteraciones tróficas (úlceras, alteraciones vasculares...)			
Función respiratoria			
Sensibilidad (sus distintos tipos)			
Tono muscular			
Limitaciones articulares			
Función motora: -actividad muscular voluntaria -patrones de movimiento anormales/movimientos involuntarios -estado de los reflejos			
Grado alcanzado en proceso de verticalización: (capacidad de realizar y calidad con que se realizan) -volteos -paso de decúbito a sedestación -sedestación -paso de sedestación a bipedestación -bipedestación			
Marcha			
Equilibrio (en distintas posiciones)			
Coordinación			
Función del miembro superior			



Objetivos iniciales: *Tratamiento-Intervención aplicado/técnicas de tratamiento:*

- -
- -
- -

SEGUIMIENTO

Fecha intervención	Profesional	Intervención realizada	Modificación Objetivos
--------------------	-------------	------------------------	------------------------

EVALUACIONES POSTERIORES:

ALTA

Fecha alta: Profesional:

Valoración de cumplimiento de objetivos:

Indicaciones al alta:



MODELO PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN (PIA) DE: LOGOPEDIA

EVALUACION INICIAL

Fecha realización 1ª evaluación:

Profesional que realiza la evaluación:

Apartados, cuestiones, temas a valorar	Situación actual	Riesgo aparición/ empeoramiento (Alto/medio/bajo)	Necesidad de intervención
Estado motor, sensitivo y funcional de las estructuras orofaciales. Estado y funcionalidad de las estructuras faringo-laríngeas.			
Deglución.			
Nivel de disfagia.			
Parámetros vocales.			
Competencia comunicativa y lingüística del paciente. Componentes afectados y preservados.			
Afasia. Disartria. Apraxia verbal.			
Detección del canal comunicativo predominante del paciente en cada fase (verbal, gestual, escritura, dibujo, señalar).			
Competencia comunicativa para el uso de sistemas aumentativos y alternativos de comunicación (SAAC), de acuerdo con las preferencias del paciente.			

Objetivos iniciales: *Tratamiento-Intervención aplicado/técnicas de tratamiento:*

-

-

-

-

-

-



SEGUIMIENTO

Fecha intervención	Profesional	Intervención realizada	Modificación Objetivos
-----------------------	-------------	------------------------	---------------------------

EVALUACIONES POSTERIORES:

ALTA

Fecha alta: _____ Profesional: _____

Valoración de cumplimiento de objetivos:

Indicaciones al alta:



MODELO PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN (PIA) DE: PSICOLOGÍA CLÍNICA - NEUROPSICOLOGÍA

EVALUACION INICIAL

Fecha realización 1ª evaluación:

Profesional que realiza la evaluación:

Apartados, cuestiones, temas a valorar	Situación actual	Riesgo aparición/ empeoramiento (Alto/medio/bajo)	Necesidad de intervención
Nivel intelectual previo del paciente			
Ajuste emocional de la familia del paciente			
Estatus previo del paciente a nivel cognitivo, emocional y social del paciente			
Determinación del nivel de conciencia del paciente sobre sus déficits			
Procesos cognitivos de orientación y atención			
Memoria			
Evaluación e intervención de rehabilitación neuropsicológica de funciones ejecutivas			
Evaluación neuropsicológica e intervención de rehabilitación de lenguaje y comunicación			
Evaluación neuropsicológica e intervención de rehabilitación de praxias			
Evaluación neuropsicológica e intervención de rehabilitación de razonamiento abstracto			
Trastorno de conducta del paciente			
Alteración emocional del paciente			
Asesoramiento a los familiares del paciente en el proceso de rehabilitación			



Objetivos iniciales: *Tratamiento-Intervención aplicado/técnicas de tratamiento:*

-
-
-

SEGUIMIENTO

Fecha intervención	Profesional	Intervención realizada	Modificación Objetivos

EVALUACIONES POSTERIORES:

ALTA

Fecha alta: Profesional:
Valoración de cumplimiento de objetivos:

Indicaciones al alta:



MODELO PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN (PIA) DE: TERAPIA OCUPACIONAL

EVALUACION INICIAL

Fecha realización 1ª evaluación:

Profesional que realiza la evaluación:

Apartados, cuestiones, temas a valorar	Situación actual	Riesgo aparición/ empeoramiento (Alto/medio/bajo)	Necesidad de intervención
Dominio			
Actividades de la vida diaria (AVD)			
Actividades Instrumentales (AIVD)			
Manejo de la salud			
Descanso y sueño			
Educación			
Trabajo			
Ocio			
Participación social			
Contextos			
Factores ambientales			
Factores personales			
Patrones de Desempeño			
Hábitos			
Rutinas			
Roles			
Rituales			
Habilidades de Desempeño			
Motoras			
De procesamiento			
Interacción Social			
Factores del Cliente			
Valores, creencias y espiritualidad			
Estructuras corporales			
Funciones corporales			



MODELO PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN (PIA) DE: TRABAJO SOCIAL

EVALUACION INICIAL

Fecha realización 1ª evaluación:

Profesional que realiza la evaluación:

Apartados, cuestiones, temas a valorar	Situación actual	Riesgo aparición/ empeoramiento (Alto/medio/bajo)	Necesidad de intervención
Situación socio familiar del paciente, para conocer los factores condicionantes que pueden influir positiva o negativamente en su evolución y en su tratamiento. (tipo de familia, dinámica interna y externa, funcionamiento, valores, nivel socioeconómico...)y todos aquellos aspectos que resulten de interés.			
Conocimiento de los derechos que puedan tener según las características de cada paciente y la discapacidad residual, si las hubiese.			
Conocimiento de los recursos del entorno, incluyendo la coordinación con los mismos Atención primaria de salud, SSSS, asociación de familiares, grupos de apoyo etc....			
Necesidad de especial atención y apoyo al cuidador/a principal.			
Recursos propios de la familia.			

Objetivos iniciales: *Intervención aplicado/técnicas de tratamiento:*

- | | |
|---|---|
| - | - |
| - | - |
| - | - |



SEGUIMIENTO

Fecha intervención	Profesional	Intervención realizada	Modificación Objetivos
-----------------------	-------------	------------------------	---------------------------

EVALUACIONES POSTERIORES:

ALTA

Fecha alta: _____ Profesional: _____

Valoración de cumplimiento de objetivos:

Indicaciones al alta:



ANEXO 10. CATÁLOGO DE SERVICIOS Y RECURSOS DE LAS ASOCIACIONES DE PACIENTES CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO EN GALICIA

1. Asociación de Dano Cerebral de Lugo (ADACE Lugo)



Avenida Adolfo Suárez 4, Local B
27004 Lugo (LUGO)
982 243 503
correo@adacelugo.org
<https://adacelugo.org>

2. Asociación de Dano Cerebral da Coruña (ADACECO)



Lugar As Xubias de Arriba 15
15006 A Coruña (A CORUÑA)
981 075 259 | 655 824 619
adaceco@adaceco.org
<http://www.adaceco.org>

Centro de día de ADACECO

Rua Irmáns Suárez Ferrín 3
15174 Culleredo (A CORUÑA)
981 075 259 | 655 824 619
adaceco@adaceco.org
<http://www.adaceco.org>

3. Alento Asociación de Dano Cerebral (Vigo - Pontevedra)



Rua Pedra Seixa 31
36212 Vigo (PONTEVEDRA)
986 229 069
info@alento.org
<http://www.alento.org>



4. DCA Ourense



Rua Clara Campoamor 15
32002 Ourense (OURENSE)
988 225 056 | 664 349 309
info@dcaourense.org
<https://dcaourense.org/>

5. Asociación de Danu Cerebral de Compostela Sarela



Rua Pedro Cabezas González 3
15702 Santiago de Compostela (A CORUÑA)
981 577 037
sarela@sarela.org
<http://www.sarela.org>

Ademais, os datos da federación son:

6. Federación Galega de Danu Cerebral



Rúa Galeras 17, 2º, Despacho 5
15705 Santiago de Compostela
881 943 148 / 659 177 709
fegadace@fegadace.org
<https://www.fegadace.org>



SERVICIOS Y RECURSOS DE ATENCIÓN EN LAS ASOCIACIONES

• SERVICIOS DE ORIENTACIÓN, INFORMACIÓN Y APOYO A FAMILIAS

Servicios de información, orientación, formación y atención psicológica para las familias. Se prestan por diferentes vías: en las propias entidades, mediante atención individualizada o familiar por Trabajo Social y Psicología; en puntos de información especializada en DCA distribuidos en hospitales, centros de salud, ayuntamientos rurales, etc. y mediante acción comunitaria (charlas, talleres, etc.)

Financiados principalmente por: (i) Fondos públicos autonómicos (ii) Aportaciones privadas de las personas usuarias en función de su capacidad económica y (iii) Subvenciones o ayudas de otros organismos públicos o privados.

Las asociaciones que cuentan con este recurso son las cinco. Para más información, dirigirse a los apartados web específicos: ADACECO, ADACE, ALENTO, DCA OURENSE y SARELA.

• SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA-REHABILITACIÓN

Servicios prestados por un equipo formado por fisioterapia, logopedia, Psicología/neuropsicología, terapia ocupacional y cuidados de enfermería. Todas ellas participan en el proceso de rehabilitación de una persona con daño cerebral que está en fase subaguda. En esta fase, una vez recibida el alta hospitalaria, la persona comienza la rehabilitación específica según sus necesidades.

A través de un enfoque transdisciplinar, la persona y la familia se convierten en el centro de la intervención. Se diseña un plan de intervención individual, integral e intensivo estableciendo objetivos funcionales, una evaluación continuada de la consecución de los mismos, revisando trimestralmente ese plan y ajustándolo según la evolución de la persona hasta el momento de su alta en el servicio.

Se financian mediante: (i) Fondos públicos autonómicos (ii) Aportaciones privadas de las personas usuarias en función de su capacidad económica y (iii) Subvenciones o ayudas de otros organismos públicos o privados.

Las asociaciones que cuentan con este recurso son cuatro. Para más información, dirigirse a los apartados web específicos: ADACECO, ADACE, DCA OURENSE y SARELA.



- **SERVICIOS DE MEJORA DE LA AUTONOMÍA PERSONAL, INCLUSIÓN SOCIAL Y OCIO**

Programas orientados a continuar la mejora y mantenimiento de las capacidades y habilidades adquiridas por las personas en sus programas de rehabilitación, haciendo uso de los recursos comunitarios, favoreciendo relaciones interpersonales y contribuyendo a la garantía del derecho al ocio e inclusión social de todas las personas en igualdad de oportunidades. Prestado por terapia ocupacional, educación social, trabajo social, auxiliares y otros perfiles técnicos de intervención sociocomunitaria, deportiva y similar.

Las principales vías de financiación son: (i) Fondos públicos autonómicos (ii) Aportaciones privadas de las personas usuarias en función de su capacidad económica y (iii) Subvenciones o ayudas de otros organismos públicos o privados.

Las cinco asociaciones cuentan con estos programas/servicios. Para más información, dirigirse a los apartados web específicos: ADACE, ADACECO, ALENTO, DCA Ourense, SARELA.

- **SERVICIOS DE ATENCIÓN DIURNA TERAPÉUTICA (CENTROS DE DÍA)**

Se realiza atención integral y especializada a las personas con DCA en fase crónica o de estabilización. Centros de día para mayores de 16 años que funcionan en horario completo para permitir a las familias continuar con sus labores cotidianas, como trabajar, estudiar, atender a otras familiares, etc.

Trabajan profesionales del ámbito de: psicología-neuropsicología, educación social, fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, trabajo social, y cuidados de enfermería. Todas de manera coordinada, conformando un equipo interdisciplinar y determinando planes de atención individualizadas para cada persona. Además, esta coordinación se amplía al ámbito de la familia que forma parte fundamental del proceso de atención de la persona con DCA.

Su financiación es por dos vías: (i) plaza pública —concertada con la Xunta de Galicia— y (ii) plaza privada —pago directo por parte de las personas usuarias—.

Las asociaciones que cuentan con este recurso son las cinco: ADACECO, ADACE, ALENTO, DCA OURENSE y SARELA.

- **SERVICIOS DE ATENCIÓN TERAPÉUTICA RESIDENCIAL (RESIDENCIA)**

Este servicio complementa la oferta de servicios y programas de las asociaciones para mejorar la calidad de vida de las personas y familias con DCA gallegas. Se sitúa en las



instalaciones de la Asociación federada ALENTO, en Vigo, y consta de 29 plazas, de las cuales 21 están concertadas con la Xunta De Galicia, y 8 pendientes de concertación. La vía de acceso es exclusivamente mediante plaza pública.

- **SERVICIOS DE ORIENTACIÓN LABORAL**

Servicio especializado, prestado por SARELA, que promueve la participación activa de las personas con DCA en el mundo laboral reforzando sus capacidades. Se trabaja mediante itinerarios personalizados de inserción realizando apoyo integral y personalizado en cada fase del proceso de inserción laboral.

- **SERVICIO DE ASESORÍA JURÍDICA**

Las personas con daño cerebral adquirido y sus familias, así como las y los profesionales de las asociaciones de FEGADACE, tienen a su disposición un servicio de asesoramiento legal, destinado a informar y aconsejar a las personas con daño cerebral adquirido y a sus familias en las dudas de carácter legal y jurídico que puedan tener en relación con cualquier tema derivado de la situación relacionada con la irrupción de la discapacidad en toda su complejidad de aspectos.



ANEXO 11. PRESTACIONES SOCIALES PARA LAS PERSONAS CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

Los pacientes con DCA pueden atenerse a las prestaciones derivadas del reconocimiento de la discapacidad y/o dependencia.

El reconocimiento y valoración de la discapacidad viene determinada en la Ley 13/1982 de la LISMI. Según la OMS, la discapacidad se define como:

“Toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma y dentro del margen que se considera normal para un ser humano”.

Es, por tanto, la severidad de las limitaciones para la realización de las actividades diarias o su efecto sobre la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria el criterio fundamental para la valoración de los grados de discapacidad vs el alcance de la deficiencia.

La discapacidad adecuada está estar relacionada con una condición clínica que puede generar problemas físicos y psíquicos y potenciados por la situación social de la persona.

En función del grado de minusvalía reconocido (33 %, entre 33-65 % y > 65 %) da derechos a beneficios fiscales, tarjeta de aparcamiento, ayuda en domicilio, acceso a una dotación económica o libranza, entre otros (ver listado de servicios sociales).

A su vez, el reconocimiento de la discapacidad puede ser:

- **Provisional:** cuando se prevé una recuperación de ésta.
- **Definitiva:** cuando no se prevé ningún cambio en la discapacidad.

El reconocimiento de la dependencia da derecho a una serie de servicios en función de su grado de dependencia (moderada, severa o gran dependencia).

SERVICIOS SOCIALES QUE SE PRESTAN EN GALICIA:

Certificado de discapacidad:

- Prestaciones económicas (PNC, RISGA, RAI, pensiones de viudedad y orfandad).
- Educación (plazas reservadas, facilidad de acceso, ayudas económicas).
- Empleo (promoción y fomento de empleo en empresas, autónomos, empleo público, empleo protegido).
- Formación para el empleo (acciones formativas, acceso a escuelas/talleres).
- Beneficios fiscales (impuesto de IRPF, de sucesiones y donaciones, de patrimonio).



- Transporte (tarjeta de estacionamiento, exención de impuesto vehículo).
- Familia (familia numerosa, excedencia laboral por cuidado de familiares, reducción de la jornada).
- Otros (en mutualidades, justicia gratuita).

Sistema de Atención a la Dependencia:

Grados de dependencia.

- Grado I Dependencia moderada.
- Grado II Dependencia severa.
- Grado III Gran dependencia.

SERVICIOS:

Cartera de servicios comunes:

- Servicios de prevención y promoción de la autonomía.
- Servicio de ayuda en el hogar.
- Servicio de teleasistencia y geolocalización.
- Servicio de atención diurna.
- Servicio de atención nocturna.
- Servicio de atención residencial.

Cartera de servicios específicos:

- Cartera de servicios específicos para personas con discapacidad física.

Prestaciones económicas:

- Libranza de cuidados en el entorno.
- Libranza vinculada a un servicio.
- Libranza de asistente personal.



9. BIBLIOGRAFIA UTILIZADA

- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). *Brain injury rehabilitation in adults*. Edinburgh: SIGN; 2013. (SIGN publication no. 130). Accesible en URL: <https://www.sign.ac.uk/assets/sign130.pdf>.
- Hemphill JC, 3rd, Greenberg SM, Anderson CS, Becker K, Bendok BR, Cushman M, et al. *Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association*. *Stroke*. 2015;46(7):2032-60.
- Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, et al. *Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association*. *Stroke*. 2016;47(6):e98-e169.
- Bayley MT, Lamontagne ME, Kua A, Marshall S, Marier-Deschenes P, Allaire AS, et al. *Unique Features of the INESSS-ONF Rehabilitation Guidelines for Moderate to Severe Traumatic Brain Injury: Responding to Users' Needs*. *J Head Trauma Rehabil*. 2018;33(5):296-305.
- Intercollegiate Stroke Working Party National clinical guideline for stroke*. 5th. London: Royal College of Physicians; 2016. Accesible en URL: [https://www.strokeaudit.org/SupportFiles/Documents/Guidelines/2016-National-Clinical-Guideline-for-Stroke-5t-\(1\).aspx](https://www.strokeaudit.org/SupportFiles/Documents/Guidelines/2016-National-Clinical-Guideline-for-Stroke-5t-(1).aspx).
- National Stroke Foundation Australia. *Clinical Guidelines for Stroke Management*. Melbourne Australia, 2017. Accesible en URL: <https://informme.org.au/Guidelines/Clinical-Guidelines-for-Stroke-Management>.
- Kucukdeveci AA, Stibrant Sunnerhagen K, Golyk V, Delarque A, Ivanova G, Zampolini M, et al. *Evidence-based position paper on Physical and Rehabilitation Medicine professional practice for persons with stroke*. The European PRM position (UEMS PRM Section). *Eur J Phys Rehabil Med*. 2018;54(6):957-70.
- Grabljevec K, Singh R, Denes Z, Angerova Y, Nunes R, Boldrini P, et al. *Evidence-based position paper on Physical and Rehabilitation Medicine professional practice for Adults with Acquired Brain Injury*. The European PRM position (UEMS PRM Section). *Eur J Phys Rehabil Med*. 2018;54(6):971-9.
- Veterans Affairs Department of Defence American Heart Association. *VA/DoD Clinical practice guideline management of stroke rehabilitation*. Version 4.0-2019. Accesible en: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/stroke/>.
- Teasell R, Salbach NM, Foley N, Mountain A, Cameron JI, Jong A, et al. *Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part One: Rehabilitation and Recovery Following Stroke*; 6th Edition Update 2019. *Int J Stroke*. 2020:1747493019897843.
- Mountain A, Patrice Lindsay M, Teasell R, Salbach NM, de Jong A, Foley N, et al. *Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part Two: Transitions and Community Participation Following Stroke*. *Int J Stroke*. 2020:1747493019897847.
- 2020 Physical Activity and Exercise Recommendations for Stroke Survivors -A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American



Stroke Association The American Academy of Neurology affirms the value of this statement as an educational tool for neurologists. Sandra A. Billinger, PT, PhD, FAHA, Chair; Ross Arena, PT, PhD, FAHA, Co-Chair; Julie Bernhardt, PT, PhD; Janice J. Eng, BSc, PT/OT, PhD; Barry A. Franklin, PhD, FAHA; Cheryl Mortag Johnson, OTR; Marilyn MacKay-Lyons, BSc, MScPT, PhD; Richard F. Macko, MD; Gillian E. Mead, MD, MA, FRCP; Elliot J. Roth, MD, FAHA; Marianne Shaughnessy, PhD, RN, CRNP; Ada Tang, PT, PhD; on behalf of the American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health, Council on Epidemiology and Prevention, and Council on Clinical Cardiology

2016 Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery .A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association Carolee J. Winstein, PhD, PT, Chair; Joel Stein, MD, Vice Chair; Ross Arena, PhD, PT, FAHA; Barbara Bates, MD, MBA; Leora R. Cherney, PhD; Steven C. Cramer, MD; Frank Deruyter, PhD; Janice J. Eng, PhD, BSc; Beth Fisher, PhD, PT; Richard L. Harvey, MD; Catherine E. Lang, PhD, PT; Marilyn MacKay-Lyons, BSc, MScPT, PhD; Kenneth J. Ottenbacher, PhD, OTR; Sue Pugh, MSN, RN, CNS-BC, CRRN, CNRN, FAHA; Mathew J. Reeves, PhD, DVM, FAHA; Lorie G. Richards, PhD, OTR/L; William Stiers, PhD, ABPP (RP); Richard D. Zorowitz, MD; on behalf of the American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Quality of Care American Occupational Therapy Association, et al. Occupational therapy practice framework: Domain et process. 2020.

Arias Cuadrado A. (2009). Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento. Galicia Clin, 70:25-40.

Atención a los pacientes con ICTUS en la Comunidad De Madrid, 2014. Dirección General de Hospitales. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Ávila A, Durán M, Peralbo M, Torres G, Saavedra M, Viana IM. Effectiveness of an occupational therapy home programme in Spain for people affected by stroke. Occup Ther Int. 2015 Mar;22(1):1-9. doi: 10.1002/oti.1377. Epub 2014 Oct 13. PMID: 25308069.

Bayley MT, Lamontagne ME, Kua A, Marshall S, Marier-Deschenes P, Allaire AS, et al. *Unique Features of the INESSS-ONF Rehabilitation Guidelines for Moderate to Severe Traumatic Brain Injury: Responding to Users' Needs.* J Head Trauma Rehabil. 2018;33(5):296-305.

Bisbe Gutiérrez, M. & Santoyo Medina, C & Segarra Vidal, VT. (2012) .Fisioterapia en Neurología, Procedimientos para restablecer la capacidad funcional. Ed. Panamericana.

Carod-Artal FJ. Escalas específicas de evaluación de calidad de vida en el ictus [Specific scales for rating quality of life after stroke]. Rev Neurol. 2004 Dec 1-15;39(11):1052-62. Spanish. PMID: 15597269.

Castillo Sánchez,J., Jiménez Martín, I. (2014). Reeducción Funcional tras un ICTUS. Elsevier -E.spaña



- Código ICTUS. Dirección General De Planificación Sanitaria. Consejería De Sanidad Programa Clave de Atención Interdisciplinar Ictus. Oviedo 2017.
- College of Audiologist and Speech-Language Pathologist of Ontario. Practice standards and guidelines for the assessment of adults by speech-language pathologists. Toronto. November 2018.
- Cuadernos FEDACE sobre daño cerebral adquirido- Fisioterapia y Daño Cerebral Adquirido (2007)- Edita Federación Española de Daño Cerebral FEDACE.
- Davies, PM (2002). Pasos a seguir- Tratamiento integrado de pacientes con hemiplejía. Defensor del Pueblo. Daño Cerebral sobrevenido en España: un acercamiento epidemiológico y sociosanitario. Madrid, 2005
- Defensor del Pueblo. La atención específica al daño cerebral adquirido infantil Estudio Madrid, 2019
- Díaz López AM, Guzmán Carrasco P, Guzmán Carrasco R, Bellido Blanco N, Guzmán Carrasco, A. Actuación domiciliaria dirigida al cuidador hemipléjico tras un ictus. NURE Inv. (Internet) 2012 Ene;9 (56). Disponible en : <http://www.Fuden.es/FICHEROS-ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/NURE56-protocolo-ictus.pdf>
- Dirección General de Asistencia Sanitaria. Plan de Atención al Ictus en Aragón. Edita: Gobierno de Aragón. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Zaragoza. Diciembre 2018.
- Duarte E, Duarte M, Murie-Fernández E, Candau E all 8 authors. Poststroke checklist: un cuestionario para detectar las necesidades de rehabilitación después del ictus. April 2015 Rehabilitación 49(3) DOI: 10.1016/j.rh.2015.01.00 4
- Estrategia de ICTUS de las Illes Balears 2017-2021. Mayo 2017
- Estrategia reperusión en el ICTUS. SERCAM. Consejería Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha. 2015
- Estudio de investigación modelos de atención al daño cerebral en España. Federacion Española de Daño Cerebral
- Federación Española de Daño Cerebral. Estudio de investigación modelos de atención al daño cerebral en. 2021
- Foley N, Pereira S, Salter K, Meyer M, McClure JA, Teasell R. Are recommendations regarding inpatient therapy intensity following acute stroke really evidence-based? Top Stroke Rehabil. 2012 Mar-Apr;19(2):96-103. doi: 10.1310/tsr1902-96. PMID: 22436357.
- González Bellido, V.; González Doniz, M.L.; López Fernández, D., Souto Camba, S. (2018)- Sistema Respiratorio: Métodos, Fisioterapia clínica y afecciones para fisioterapeutas. Editorial Panamericana.
- Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Política Social. Edita: Ministerio de Ciencia e Innovación. Madrid 2009
- Heart & Stroke Foundation. Canadian Partnership for stroke Recovery. PostAphasia and Apraxia Rehabilitation. 2018. <http://www.ebrsr.com/>
- Heart & Stroke Foundation. Canadian Partnership for stroke Recovery. Dysphagia rehabilitation. 2018. <http://www.ebrsr.com/>



- Hemphill JC, 3rd, Greenberg SM, Anderson CS, Becker K, Bendok BR, Cushman M, et al. Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/ American Stroke Association. *Stroke*. 2015;46(7):2032-60.
- Hellweg S. Effectiveness of physiotherapy and occupational therapy after traumatic brain injury in the intensive care unit. *Crit Care Res Pract*. 2012;2012:768456. doi: 10.1155/2012/768456. Epub 2012 Apr 5. PMID: 22550570; PMCID: PMC3328889.
- Institute National d'excellence en santé et en services sociaux . Clinical practice guideline for the rehabilitation of adults with moderate to severe TBI. Quebec. October 2016.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Modelo de atención a las personas con daño cerebral. Colección Documentos Serie Documentos Técnicos N.º 21007 Madrid 2007
- International Consortium for Health Outcomes Measurement. ICHOM. Stroke Data Collection Reference Guide Version 4.1.0 Revised: January 24th, 2022
- Manual de Fisioterapia para pacientes con ICTUS, Asociación Sevillana de Ictus, ICTUS-SEVILLA (2020). ISBN: 978-84-09-20512-7. <https://www.ictussevilla.org/images/MANUAL-DE-FISIOTERAPIA.pdf>
- Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso 2020 (última edición).
- Ministerio de Sanidad y Consumo- Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Madrid 2008.
- Moon K, Jang W, Park HY, Jung M, Kim J. The Effects of Occupation-Based Community Rehabilitation for Improving Activities of Daily Living and Health-Related Quality of Life of People with Disabilities after Stroke Living at Home: A Single Subject Design. *Occup Ther Int*. 2022 Mar 29;2022:6657620. doi: 10.1155/2022/6657620. PMID: 35418814; PMCID: PMC8983260.
- Moreno-Chaparro J, Cubillos-Mesa C, Duarte-Torres SC. Terapia ocupacional en unidad de cuidados intensivos. *Rev. Fac. Med.* 2017 Vol. 65 No. 2: 291-6
- National Clinical Guideline Centre (UK). Stroke Rehabilitation: Long Term Rehabilitation After Stroke [Internet]. London: Royal College of Physicians (UK); 2013 May 23. PMID: 25340225.
- National Clinical Guideline for Stroke, 2023 Edition, 04 April 2023. www.strokeguideline.org
- Nilsen DM, Gillen G, Geller D, Hreha K, Osei E, Saleem GT. Effectiveness of interventions to improve occupational performance of people with motor impairments after stroke: an evidence-based review. *Am J Occup Ther*. 2015 Jan-Feb;69(1):6901180030p1-9. doi: 10.5014/ajot.2015.011965. PMID: 25553742.
- Noé E, Gómez A, Bernabeu M, Quemada I, Rodríguez R, Pérez T, López C, Laxe S, Colomer C, Ríos M, Juárez-Belaúnde A, González C, Pelayo R, Ferri J, Guía: Principios básicos de la neurorrehabilitación del paciente con daño cerebral adquirido. Recomendaciones de la Sociedad Española de Neurorrehabilitación. *Neurología*, 2021, ISSN 0213-4853, <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2021.06.009>.
- Ontario Neurotrauma Foundation . Understanding Traumatic Brain Injury a handbook for the rehabilitation of adults with moderate to severe traumatic brain injury. 2020



- Paeth Rohlfs, B. (2000). Experiencias con el concepto Bobath. Ed. Panamericana.
- Plan de Atención al ICTUS de Extremadura. Servicio Extremeño de Salud. Servicio Extremeño de Salud Subdirección de Atención Especializada Dirección General de Asistencia. Badajoz 2011
- Plan de Atención al Ictus en la Comunitat Valenciana (Actualización 2019-2023). Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Valencia 2019.
- Platz T, editor. Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation: Evidence-based Clinical Practice Recommendations [Internet]. Cham (CH): Springer; 2021. PMID: 36315656.
- Powell JM, Rich TJ, Wise EK. Effectiveness of Occupation- and Activity-Based Interventions to Improve Everyday Activities and Social Participation for People With Traumatic Brain Injury: A Systematic Review. *Am J Occup Ther.* 2016 May-Jun;70(3):7003180040p1-9. doi: 10.5014/ajot.2016.020909. PMID: 27089288.
- Proceso Asistencial Integrado Ictus. Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 2015
- Rains J, Chee N. The role of occupational and physiotherapy in multi-modal approach to tackling delirium in the intensive care. *J Intensive Care Soc.* 2017 Nov;18(4):318-322. doi: 10.1177/1751143717720589. Epub 2017 Jul 18. PMID: 29123562; PMCID: PMC5661800.
- Royal College of Physicians. National clinical guideline for stroke. Prepared by the Intercollegiate Stroke Working Party. Fifth Edition 2016. London.
- Salinas J, Sprinkhuizen SM, Ackerson T, Bernhardt J, Davie C, George MG, Gething S, Kelly AG, Lindsay P, Liu L, Martins SC, Morgan L, Norrving B, Ribbers GM, Silver FL, Smith EE, Williams LS, Schwamm LH. An International Standard Set of Patient-Centered Outcome Measures After Stroke. *Stroke.* 2016 Jan;47(1):180-6. doi: 10.1161/STROKEAHA.115.010898. Epub 2015 Nov 24. PMID: 26604251; PMCID: PMC4689178.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network SIGN 130- Brain injury rehabilitation in adults A national clinical guideline. March 2013
- Serra Gabriel, MR & Díaz Petit, J & de Sande Carril, ML (2005). Fisioterapia en Neurología, sistema respiratorio y aparato cardiovascular. Masson- Elsevier.
- Servicio Canario de Salud. Guía de atención al ICTUS. Dirección General De Programas Asistenciales. Servicio Canario de Salud. Consejería de Salud. Gobierno de Canarias.
- Sociedad Española de Neurología. El atlas del ictus España 2019.
- Sociedad Española de Neurorrehabilitación (SENR). Servicios especializados de neurorrehabilitación para el paciente con necesidades complejas tras Daño Cerebral Adquirido (DCA) propuesta de modelo de atención al DCA. Recomendaciones de la Sociedad Española de Neurorrehabilitación (SENR). 2022
- Sociedad Española de Neurorrehabilitación. Guía: Principios básicos de la neurorrehabilitación del paciente con daño cerebral adquirido.
- Sociedad Española de Neurorrehabilitación. Principios básicos de la neurorrehabilitación del paciente con daño cerebral adquirido recomendaciones de la Sociedad Española de Neurorrehabilitación. 2020



- Stinear CM, Smith MC, Byblow WD. Prediction Tools for Stroke Rehabilitation. *Stroke*. 2019 Nov;50(11):3314-3322. doi: 10.1161/STROKEAHA.119.025696. Epub 2019 Oct 15. PMID: 31610763.
- Stokes, M. (2006). *Fisioterapia en la rehabilitación neurológica*. Elsevier-Mosby.
- Valenza Demet, G.; González Doniz, L, Yuste Sánchez, M.J., .(2005)- *Manual de Fisioterapia Respiratoria y Cardíaca*. Editorial SINTESIS.
- Walker MF, Leonardi-Bee J, Bath P, Langhorne P, Dewey M, Corr S, Drummond A, Gilbertson L, Gladman JR, Jongbloed L, Logan P, Parker C. Individual patient data meta-analysis of randomized controlled trials of community occupational therapy for stroke patients. *Stroke*. 2004 Sep;35(9):2226-32. doi: 10.1161/01.STR.0000137766.17092.fb. Epub 2004 Jul 22. PMID: 15272129.
- Weinreich M, Herman J, Dickason S, Mayo H. Occupational Therapy in the Intensive Care Unit: A Systematic Review. *Occup Ther Health Care*. 2017 Jul;31(3):205-213. doi: 10.1080/07380577.2017.1340690. Epub 2017 Jul 10. PMID: 28692383.
- Williams MW, Rapport LJ, Hanks RA, Parker HA. Engagement in rehabilitation therapy and functional outcomes among individuals with acquired brain injuries. *Disabil Rehabil*. 2021 Jan;43(1):33-41. doi: 10.1080/09638288.2019.1613682. Epub 2019 May 17. PMID: 31099267.
- Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, et al. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2016;47(6):e98-e169.
- Wolf TJ, Chuh A, Floyd T, McInnis K, Williams E. Effectiveness of occupation-based interventions to improve areas of occupation and social participation after stroke: an evidence-based review. *Am J Occup Ther*. 2015 Jan-Feb;69(1):6901180060p1-11. doi: 10.5014/ajot.2015.012195. PMID: 25553745; PMCID: PMC4281705.
- Xunta de Galicia- Plan de Asistencia ao Ictus en Galicia (PLAN ICTUS). Consellería de Sanidade Santiago de Compostela 2016.



Servizo Galego
de Saúde

Asistencia Sanitaria
Procesos

136
D