

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE DANO CEREBRAL ADQUIRIDO



XUNTA
DE GALICIA

CONSELLERÍA DE SANIDADE

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

Deseño e maquetación: Versal Comunicación S. L.
Lugar e ano de publicación: Santiago de Compostela, 2023

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE DANO CEREBRAL ADQUIRIDO



ÍNDICE

1. AUTORÍA

2. GLOSARIO

3. INTRODUCCIÓN. CONTEXTO

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

4. DEFINICIONES E OBXECTIVOS

- 4.1. Definición de Dano Cerebral Adquirido (DCA)
- 4.2. Límites do Proceso

4.2.1. LÍMITES DE ENTRADA/ INICIO

4.2.2. LÍMITE DE SAÍDA/ FINALIZACIÓN

- 4.3. Obxectivos do proceso asistencial integrado

4.3.1. OBXECTIVO XERAL

4.3.2. OBXECTIVOS ESPECÍFICOS

5. FLUXOGRAMA DE PROCESOS

6. DESCRICIÓN DE PROCESOS

- 6.1. PROCESOS FASE AGUDA
 - PROCESOS
 - FASE AGUDA
 - DESCRICIÓN DA ACTIVIDADE (TAREFAS)
 - CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE
- 6.2. PROCESOS FASE SUBAGUDA
- 6.3. PROCESOS FASE CRÓNICA

7. INDICADORES



8. ANEXOS

ANEXO 1. INFORMACIÓN BÁSICA PARA LLES TRANSMITIR AOS PACIENTES E ÁS FAMILIAS/PERSOAS COIDADORAS

ANEXO 2. REXISTRO DO PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR

ANEXO 3. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES SEGUNDO O NIVEL DE TRATAMENTO REHABILITADOR QUE NECESITA

A. Paciente que necesita un tratamento rehabilitador INTENSIVO

B. Paciente que necesita un tratamento rehabilitador NON INTENSIVO

C. Paciente que precisa un tratamento médico rehabilitador de secuelas

ANEXO 4. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES DE ALTA COMPLEXIDADE

A. Paciente de alta complexidade

ANEXO 5. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES SEGUNDO A NECESIDADE DO NIVEL DE ATENCIÓN (INGRESO/AMBULATORIO)

A. Paciente que necesita un tratamento rehabilitador con ingreso

B. Paciente que é susceptible dun tratamento rehabilitador ambulatorio

ANEXO 6. CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE DOS TRATAMENTOS REHABILITADORES

A. Características recomendadas para un tratamento rehabilitador INTENSIVO

B. Características de calidade recomendadas dun tratamento rehabilitador NON INTENSIVO

C. Características recomendadas dun tratamento rehabilitador para pacientes crónicos

ANEXO 7. CARACTERÍSTICAS RECOMENDADAS DE CALIDADE DAS UNIDADES QUE PRESTAN TRATAMENTO REHABILITADOR A PACIENTES CON DCA

A. Características recomendadas de calidade do centro para prestar un tratamento rehabilitador intensivo ou non intensivo con ingreso en paciente de alta complexidade

B. Características recomendadas de calidade do centro para prestar un tratamento rehabilitador intensivo ou non intensivo con ingreso en paciente non complexo

ANEXO 8. *POSTSTROKE CHECKLIST*

ANEXO 9. PLANS INDIVIDUALIZADOS DE ATENCIÓN (PIAs) POR ESPECIALIDADE

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: PSICOLOXÍA CLÍNICA - NEUROPSICOLOXÍA

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

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



ANEXO 10. CATÁLOGO DE SERVICIOS E RECURSOS DAS ASOCIACIÓNS DE PACIENTES CON DANO CEREBRAL ADQUIRIDO EN GALICIA
SERVICIOS E RECURSOS DE ATENCIÓN NAS ASOCIACIÓNS
ANEXO 11. PRESTACIÓNS SOCIAIS PARA AS PERSOAS CON DANO CEREBRAL ADQUIRIDO

9. BIBLIOGRAFIA



1. AUTORÍA

Coordinación do documento:

Alonso Fachado, Alfonso

Subdirector xeral de Xestión Asistencial e Innovación. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria do Servizo Galego de Saúde

Cimadevila Álvarez, María Blanca

Xefa do Servizo de Integración Asistencial. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria do Servizo Galego de Saúde

Moares Castiñeiras, Yolanda

Técnica do Servizo de Integración Asistencial. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria do Servizo Galego de Saúde

Grupo de traballo

Alfonso Abal, María Ángeles

Fisioterapeuta. Servizo de Rehabilitación. Área sanitaria de Pontevedra e Salnés

Antelo Pose, Ana

Facultativa especialista de Medicina Física e Rehabilitación do Hospital de Barbanza. Área sanitaria de Santiago e Barbanza

Bermello López, Lourdes

Enfermeira do Servizo de Neuroloxía. Hospital Universitario Lucus Augusti. Área de saúde de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos

Calvo Pérez, Ana Isabel

Técnica do Servizo de Integración Asistencial. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria do Servizo Galego de Saúde

De la Sierra Vázquez, Carmen

Consellería de Política Social

Figueroa Rodríguez, Jesús

Xefe de Sección do Servizo de Rehabilitación. Área sanitaria de Santiago e Barbanza

Formigo Couceiro, Jacobo

Adxunto especialista de área. Servizo de Rehabilitación. Área sanitaria da Coruña e Cee

García Calvo, Rocío

Asociación de Dano Cerebral de Compostela Sarela

Hermida Fernández, Monserrat

Enfermeira. Servizo de Atención Primaria de Ferrol-Serantes. Área sanitaria de Ferrol

Hermida Val, Begoña

Directora da Federación Galega de Dano Cerebral (Fegadace)

Huerta Mareca, Rebeca

Terapeuta ocupacional. Hospital Universitario Lucus Augusti. Área de saúde de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos



Juan García, Francisco Javier

Xefe de sección do Servizo de Rehabilitación. Hospital Álvaro Cunqueiro. Área sanitaria de Vigo

Maciñeiras Montero, José Luis

Facultativo especialista de área. Servizo de Neuroloxía. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo. Área sanitaria de Vigo

Martín Mourelle, Rosa

Adxunto especialista de área. Servizo de Rehabilitación. Área sanitaria da Coruña e Cee

Monteagudo Romero, Josefina

Subdirectora xeral de Humanización e Atención á Cidadanía

Pintos Pérez, Luis

Fisioterapeuta. Servizo de Atención Primaria de Moaña. Área sanitaria de Vigo

Piñeiro Bóveda, M^a Belén

Xefa do Servizo de Traballo Social. Complexo Hospitalario Universitario de Ourense. Área de saúde de Verín e O Barco de Valdeorras

Prieto González, José María

Xefe do Servizo de Neuroloxía. Área sanitaria de Santiago e Barbanza

Romero García, Ana

Consellería de Política Social

Sánchez Grandal, Eva

Médica de Familia. Servizo de Atención Primaria das Pontes. Área Sanitaria de Ferrol

Sardiña Agra, Javier

Adxunto especialista de área. Servizo de Psiquiatría. Área sanitaria da Coruña e Cee

Soneira Escariz, M^a del Carmen

Logopeda do Servizo de Rehabilitación. Hospital Meixoeiro. Área sanitaria de Vigo

Sousa Casanovas, Pablo

Facultativo especialista de área. Servizo de Neurocirurxía. Hospital Álvaro Cunqueiro. Área sanitaria de Vigo

Ventosa Rial, Javier

Subdirector xeral de Atención Sociosanitaria e Innovación Asistencial. Dirección Xeral de Maiores e Atención Sociosanitaria. Consellería de Política Social



2. GLOSARIO

ABVD: Actividades básicas da vida diaria.

Coma Near Recovery Scale-R CRS-R: Consta de 6 subescalas deseñadas para avaliar a función auditiva, visual, motora, oromotora verbal; a comunicación e o nivel de alerta.

CONECTA 72: Sistema do Servizo Galego de Saúde polo que se realiza unha chamada desde a enfermería do centro de saúde en menos de 72 horas, tras a alta hospitalaria.

DCA: Dano cerebral adquirido.

ECV: Escalas de calidade de vida.

Escala de GUSS (*Gugging Swallowing Screen*): É unha ferramenta tipo *screening*, útil para avaliar os trastornos da deglutición e o risco de aspiración.

Escala de Rankin: É comunmente utilizada para medir o grao de incapacidade ou dependencia nas actividades diarias de persoas que sufriron un ictus ou un accidente vascular cerebral.

EuroQol-5D (EQ-5D): É un instrumento xenérico de medición da calidade de vida relacionada coa saúde que pode utilizarse tanto en individuos relativamente sans (poboación xeral) coma en grupos de pacientes con diferentes patoloxías.

FAC (*Funcional Ambulatory Categories*): É unha escala numérica de valoración funcional da marcha do 0 ao 5, onde 0 se considera incapacidade total da marcha e 5 marcha autónoma en calquera tipo de terreo.

FIM (Medida de Independencia Funcional) e **FAM** (Medida de Avaliación funcional): Son medidas de discapacidade.

IANUS: É a historia clínica electrónica do Servizo Galego de Saúde.

Índice de Barthel: É unha medida xenérica que valora o nivel de independencia do paciente con respecto á realización dalgunhas actividades básicas da vida diaria (AVD), mediante a cal se asignan diferentes puntuacións e ponderacións segundo a capacidade do suxeito examinado para levar a cabo estas actividades.

Escala de coma de Glasgow (*Glasgow Coma Scale -GCS*): É unha escala de aplicación neurolóxica que permite medir o nivel de conciencia dunha persoa.

MECV-V: Método de exploración clínica do volume da viscosidade.

NIHSS: En inglés, *National Institute of Health Stroke Score*.

OMS: Organización Mundial da Saúde.

PAI: Proceso asistencial integrado.

PIA: Plan individualizado de atención na fase aguda.

Sergas: Servizo Galego de Saúde.

TCE: Traumatismo craneoencefálico.

UCI: Unidade de Coidados Intensivos.



3. INTRODUCCIÓN. CONTEXTO

O dano cerebral adquirido (DCA) é unha situación clínico-funcional que pode ser ocasionada por diversas **causas**. No noso medio, **o 80 % dos casos de DCA son debidos a ictus ou a unha enfermidade cerebrovascular aguda**, cuxa incidencia e prevalencia aumenta proporcionalmente ao incremento da esperanza de vida da poboación.

Tras a fase aguda da enfermidade ou do proceso patolóxico que orixina o DCA, quen a sufra queda inicialmente **con diversos tipos de déficit e de intensidade variable**, que poden mellorar en función de distintos parámetros, como o grao de afectación, a idade e a comorbilidade da persoa, así como a aplicación de terapias adecuadas.

En Galicia, segundo a enquisa de discapacidade elaborada polo Instituto Nacional de Estadísticas, no **ano 2020 identificáronse, polo menos, 33.300 persoas** (17.200 mulleres e 16.100 homes) con discapacidade por dano cerebral adquirido. No ámbito poboacional, estas cifras representan o 1,3 % de persoas con dano cerebral adquirido respecto da poboación de máis de 6 anos sen diferenza por xénero.

No 80 % das persoas con dano cerebral, a súa orixe foi un accidente cerebrovascular (ictus hemorráxico ou isquémico etc.) e o 20 % restante por traumatismo cranioencefálico. Existe unha diferenza por xénero neste aspecto, dado que **nos homes a orixe do dano por traumatismo é o dobre ca nas mulleres (16 % mulleres sobre 25 % en homes)**. O dano cerebral adquirido supón en Galicia **case o 12 % de todas as discapacidades**.

As actuacións sanitarias que se lles realizan nos primeiros momentos ás persoas afectadas de dano cerebral adquirido son fundamentais para diminuír as secuelas permanentes que poidan ter estes pacientes. Por iso, a realización dun **procedemento unificado que sexa aplicado por todos os profesionais implicados na atención a estas persoas é fundamental**.

3.1. PARTICIPACIÓN DE PACIENTES, FAMILIARES/COIDADORES

Para a realización deste PAI, ademais do grupo de profesionais expertos e representativos das distintas áreas de saúde e categorías profesionais, contouse coa perspectiva dos pacientes. Realizáronse, ademais, reunións con grupos focais de pacientes e familiares/coiadores para lle transmitir ao grupo de expertos os problemas de atención que se identificaron e as súas expectativas respecto da atención destes pacientes.

Por outra banda, elaborouse un estudo do traxecto do paciente polo sistema sanitario, mediante a metodoloxía do Patient Journey, que permite analizar a experiencia do paciente desde a súa propia perspectiva a partir do momento do diagnóstico da súa enfermidade.



Esta metodoloxía permite mellorar a comunicación cos pacientes e definir melloras nos circuítos asistenciais e, máis concretamente:

- Mellorar a coordinación entre os distintos profesionais e servizos.
- Realizar avaliacións das repercusións principalmente cognitivas.
- Mellorar os circuítos de apoio psicolóxico.
- Ter un profesional de referencia.
- Mellorar os procedementos de rehabilitación física.
- Homoxeneizar a atención hospitalaria en todo os recursos do Sergas.
- Mellorar a información sobre as asociacións.
- Fomentar o apoio para a tramitación de recursos a través dos profesionais de traballo social.
- Diminuír os tempos ata a realización das intervencións nas plantas despois da UCI ou urxencias.
- Mellorar a oferta de apoio ao cuidador.
- Mellorar a información no momento da alta hospitalaria.
- Fomentar un maior apoio á integración na sociedade.
- Evitar os altos custos xerados ás familias para o seguimento do tratamento.
- Posibilitar o acceso ao ximnasio para continuar con algúns exercicios sen necesidade de que haxa supervisión directa.
- Permitir que o cuidador estea presente para a súa formación, mentres o persoal auxiliar lles axuda aos pacientes na súa hixiene, alimentación etc.

3.2. MODELO DE ATENCIÓN

A variedade de sistemas que poden verse afectados ante un DCA fai necesaria unha abordaxe interdisciplinar na que se coordine a acción de especialidades que a persoa afectada pode chegar a necesitar. Este aspecto considerouse fundamental neste PAI, o que inclúe un sistema de coordinación entre os distintos profesionais que atenderán estes pacientes. Para iso **establécense os plans individualizados de atención (PIA)** de cada un dos profesionais que deben atender a persoa enferma e a elaboración dun **PIA global e un resumo que o profesional responsable da persoa enferma poida ir revisando.**

Neste PAI especificáronse as **características do que se debe considerar un tratamento intensivo**, as **que deben posuír os centros** que deben prestalo e as dos pacientes aos que se lles debe aplicar. Deste xeito, conseguirase **unha mellor calidade na prestación do servizo e unha maior equidade.** Igualmente, definíronse estes parámetros para **o tratamento non intensivo e o tratamento de secuelas.** Pola súa vez, tamén **se definiron estes criterios** para as persoas afectadas que se atopen hospitalizadas, en seguimento ambulatorio ou en situación crónica que serán seguidas polos seus equipos de atención primaria.



Un tema que se considerou fundamental en todo o PAI foi **o coidado da información que se lles transmite ás persoas afectadas e aos seus familiares/coiadores**, tanto no seu contido coma nas características do lugar para transmitila. Esta cuestión foi priorizada por mor das experiencias que os afectados transmitiron.

Este PAI tenta **dar unha resposta rápida e coordinada ás necesidades das persoas afectadas por un dano cerebral adquirido** nas fases subaguda e crónica. Debido á **complexidade e á multitude de diferentes afectacións** que pode ter unha persoa con dano cerebral adquirido, faise necesaria a definición dos **plans individualizados de atención, nos que cada profesional realizará unha valoración para definir uns obxectivos de atención e as accións para realizar.**

A valoración de pacientes nesta situación, así como o deseño e a aplicación das terapias máis adecuadas dirixidas á recuperación motora, funcional e cognitiva, é o que se denomina neurorrehabilitación.

O documento tivo como guías os distintos documentos elaborados polas diversas sociedades científicas do campo da neurorrehabilitación, en que se definen os procedementos asistenciais que permitan **a máxima mellora funcional posible nos pacientes.**

Con este documento, o Servizo Galego de Saúde promove a garantía da calidade dos servizos sanitarios de forma segura e eficiente e a equidade no acceso ás persoas afectadas polo dano cerebral adquirido en Galicia.



4. DEFINICIÓNS E OBXECTIVOS

4.1. DEFINICIÓN DE DANO CEREBRAL ADQUIRIDO (DCA)

Segundo a OMS, defínese o dano cerebral adquirido como o conxunto de lesións cerebrais que suceden despois do nacemento e que non está relacionado con enfermidades conxénitas ou dexenerativas, de carácter temporal ou permanente e que pode provocar unha discapacidade funcional e/ou falta de adaptación psicosocial.

As principais causas de DCA son:

- Enfermidade cerebrovascular: isquémica, hemorráxica.
- Traumatismo cranioencefálico: accidentes de tráfico, traumatismos directos (caídas, agresións, práctica deportiva...), feridas por arma de fogo.
- Encefalopatía anóxica: anoxia/hipoxia (parada cardíaca, afogamento, exposición a tóxicos etc.).
- Infeccións: meninxite bacteriana, infeccións por fungos, encefalites virais...
- Tumores cerebrais: primarios ou metastáticos.

4.2. LÍMITES DO PROCESO

4.2.1. LÍMITES DE ENTRADA/ INICIO

Paciente con diagnóstico confirmado de DCA segundo definición previa e tras a estabilidade do paciente.

4.2.2. LÍMITE DE SALIDA/ FINALIZACIÓN

- En caso de que non se confirme o diagnóstico de DCA.
- En caso de que a evolución do DCA non xere repercusión funcional/persoal sobre o paciente.
- Falecemento do ou da paciente.
- Saída do ou da paciente do sistema sanitario galego.



4.3. OBXECTIVOS DO PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

4.3.1. OBXECTIVO XERAL

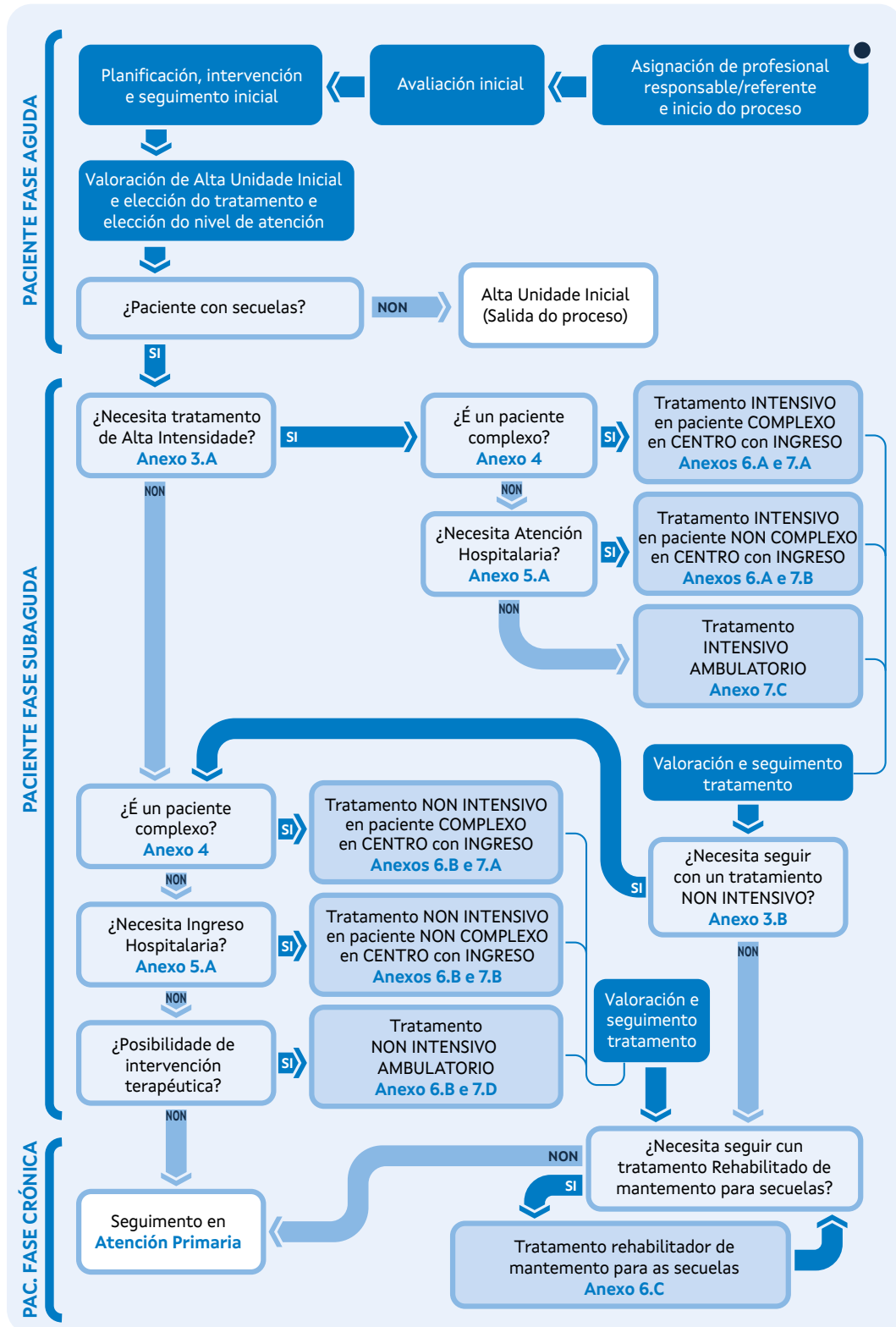
Conseguir a máxima autonomía funcional, participación social e calidade de vida do paciente posible, de acordo coa extensión do dano cerebral e a súa situación previa, a través da consecución dos obxectivos incluídos nos sucesivos plans individuais de atención.

4.3.2. OBXECTIVOS ESPECÍFICOS

1. Promover a identificación das persoas afectadas como un colectivo con necesidades da mesma tipoloxía.
2. Crear a etiqueta DCA.
3. Conseguir a equidade na avaliación, atención e prestacións sociosanitarias que se lles realice ás persoas afectadas por DCA e aos seus familiares/coidadores.
4. Asegurar a coordinación e a continuidade asistencial da atención en todas as fases e entre todos os dispositivos e axentes implicados, tendo en conta os tempos de demora máxima entre atencións especificados neste proceso asistencial integrado (PAI).
5. Alcanzar unha alta participación e nivel de satisfacción dos profesionais do sistema público sociosanitario e das asociacións implicadas na atención de todas as persoas con DCA.
6. Conseguir que as persoas con dano cerebral, as súas familias e os seu coidadores se sintan informados e acompañados, de xeito que poidan xestionar a súa situación da forma máis autónoma e eficiente posible.



5. FLUXOGRAMA DE PROCESOS



6. DESCRIPCIÓN DE PROCESOS

6.1. PROCESOS FASE AGUDA

PROCESOS FASE AGUDA	DESCRIPCIÓN DA ACTIVIDADE (TAREFAS)	CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE
Asignación de profesional responsable/referente e inicio do proceso	<ul style="list-style-type: none"> • A persoa responsable do servizo no que se atope o paciente deberá realizar unha asignación dun profesional facultativo como responsable do proceso asistencial. • Esta persoa responsable presentarse como tal ao paciente e á familia ou á persoa cuidadora e: <ul style="list-style-type: none"> • Valorará se o paciente está estabilizado. • Xestionará/solicitará a avaliación inicial, o que incluírá a dimensión social. • En caso de pacientes con ingresos prolongados e clinicamente inestables, deberase realizar unha avaliación inicial adaptada entre as primeiras 2-4 semanas. 	<p>É preciso deixar anotado no curso clínico a realización das valoracións realizadas inicialmente e as solicitudes do resto de valoracións.</p>
Avaliación inicial	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliación da disfagia: <ul style="list-style-type: none"> • Método de exploración clínica do volume de viscosidade (MECV-V), escala de GUSS ou equivalente. • Axustar dieta/nutrición. • Informar o paciente e a familia/persoa cuidadora. 	<p>Enfermería</p> <p>Formación específica na súa identificación</p> <p>Tempo recomendado para realizar esta avaliación: antes de iniciar calquera inxestión nas primeiras 24 horas.</p>



PROCESOS FASE AGUDA	DESCRIPCIÓN DA ACTIVIDADE (TAREFAS)	CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE
<p>Avaliación inicial</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Valoración global das alteracións funcionais: <ul style="list-style-type: none"> • Valoración sociofamiliar/Rankin previo. • Alteración cognitiva: valoración profesional (si/non). Test de MOCA ou equivalente, sempre e cando sexa posible a súa realización. • Alteración da linguaxe/deglutición: valoración profesional (si/non). • Exploración neurolóxica dirixida: escalas Glasgow/NIHSS. • Valoración da capacidade de volteo e de transferencias: valoración profesional/subdominio Barthel. • Valoración da capacidade de marcha: escala FAC. • Valoración da calidade de vida aplicando a escala EuroQol (EQ-5D-5L), se o paciente pode realizalo. En caso contrario, esperar a que se poida realizar. ♦ Información ao paciente e á familia/persoa cuidadora, adaptada á súa comprensión, sobre a sospeita diagnóstica, detalle das probas realizadas e primeiras intervencións efectuadas. Recomendado: ter presente o lugar no que se informa, así como o tempo dedicado, e respectar a intimidade e a confidencialidade. 	<p>Médico/a Rehabilitador/a</p> <p>Tempo recomendado 72 horas</p>



PROCESOS FASE AGUDA	DESCRIPCIÓN DA ACTIVIDADE (TAREFAS)	CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE
<p>Planificación, Intervención e seguimento inicial</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Valoración da necesidade de solicitar novas avaliacións e intervencións de: <ul style="list-style-type: none"> • Médico/a Rehabilitador/a. Valorar intervención de: <ul style="list-style-type: none"> – Fisioterapia – Terapia ocupacional – Logopedia – Psicoloxía clínica (valoración funcionamento cognitivo) • Confirmación da disfagia <ul style="list-style-type: none"> – Valoración instrumental • Psiquiatría- Psicoloxía clínica <ul style="list-style-type: none"> – Área condutual (emocional, comportamental) – Fatiga, trastornos do sono / Proceso adaptativo • Traballo social ♦ Establecer o plan individualizado de atención na fase aguda (PIA global- fase aguda) (Anexo 2) ♦ Aplicación por parte de cada profesional das intervencións incluídas no PIA. ♦ Consenso con todo o equipo que está a atender o paciente para decidir: <ul style="list-style-type: none"> • Clasificación do paciente para determinar o nivel óptimo de rehabilitación que necesita (Anexo 3) • Cambio de fase • Valorar a alta ou o seguinte nivel de aplicación do tratamento (Anexo 4, 5): <ul style="list-style-type: none"> – Alta hospitalaria (sen secuelas). Sae do PAI – Alta para tratamento ambulatorio – Tratamento con ingreso e segundo clasificación: <ul style="list-style-type: none"> • Traslado intrahospitalario • Traslado a outro centro con ingreso da persoa afectada – Continuar e establecer a data da seguinte valoración ♦ Informar e implicar o paciente e a familia/ persoa cuidadora do plan individualizado de rehabilitación. 	<p>Médico/a responsable do paciente</p> <p>Elaboración do plan (PIA), conxuntamente cos profesionais que participaron na avaliación e no proceso da persoa enferma.</p> <p>Implicar o familiar ou a persoa cuidadora de forma presencial nas intervencións que se realicen sobre o paciente e medidas recollidas no PIA global.</p> <p>Aplicar información definida no Anexo 1</p>



PROCESOS FASE AGUDA	DESCRIPCIÓN DA ACTIVIDADE (TAREFAS)	CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE
<p>Valoración de alta unidade inicial e elección de tratamento e nivel de atención</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♥ O persoal facultativo informa o paciente e a familia en canto sexa posible da data probable de alta. Para a información, terase en conta a Estratexia de humanización do Sergas. ♥ O persoal facultativo responsable e os profesionais de traballo social determinarán a necesidade dunha nova valoración social de cara á alta. ♥ Entrega e explicación do informe de alta/traslado a paciente e persoas cuidadoras. Recomendado: ♥ Antes da alta, realizarase unha valoración da calidade de vida aplicando a escala EuroQol (EQ-5D-5L)/Rankin e Barthel. ♥ Conxunto mínimo de datos para incluír o informe de alta. <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes persoais, incluído Rankin previo. • Enfermidade actual. • Exploración física no momento do ingreso e da alta. • Probas complementarias realizadas. • Evolución do cadro. • Impresión diagnóstica. • Tratamentos e intervencións aplicadas. • Recomendacións no momento da alta, incluídas as sociais. Se require seguimento, incluír un informe social no momento da alta. • Planificación do PIA no momento da alta/traslado. • Escala para incluír: Glasgow/NIHSS, Barthel, Rankin, FAC. • En caso necesario, incluír un profesional de referencia e a forma de contactar con el. ♥ Informe de continuidade de coidados de enfermería. ♥ Data de consulta se pasa a tratamento ambulatorio. 	<p>Profesional facultativo responsable do paciente</p> <p>Entrega do informe no momento da alta</p> <p>Informar o paciente sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A Escola Galega de Saúde para Cidadáns (https://escolasaude.sergas.es/) - Asociacións de pacientes (Anexo 10) - (e-saúde cartafol compartido) (https://esaude.sergas.gal/) EPACI_epaciente/#/home - O sistema Conecta 72 <p>Aplicar información definida no Anexo 1</p>



6.2. PROCESOS FASE SUBAGUDA

PROCESOS FASE SUBAGUDA	DESCRIPCIÓN DA ACTIVIDADE (TAREFAS)	CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE
Nova avaliación de situación	<ul style="list-style-type: none"> ♥ Revisión da información da alta anterior. ♥ Valoración global da situación do paciente. ♥ Xestión de solicitudes de valoración por outros profesionais. <ul style="list-style-type: none"> • Valorar e xestionar a intervención dou- tros profesionais de: <ul style="list-style-type: none"> – Fisioterapia – Terapia ocupacional – Logopedia – Psicoloxía clínica - Recomendado con experiencia en neuropsicoloxía (valo- ración funcionamento cognitivo) • Psiquiatría - Psicoloxía clínica <ul style="list-style-type: none"> – Área condutual (emocional, com- portamental). Fatiga, trastornos do sono/proceso adaptativo. • Traballo social ♥ Información ao paciente e á familia/persoa coidadora, adaptada á súa comprensión, so- bre as seguintes valoracións e intervencións. 	<p>Médico/a rehabilita- dor/a</p> <p>Asignación de médi- co/a rehabilitador/a de referencia</p>



PROCESOS FASE SUBAGUDA	DESCRIPCIÓN DA ACTIVIDADE (TAREFAS)	CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE
Establecemento de Novo Plan Individualizado de Atención.	<ul style="list-style-type: none"> • Cada un/unha dos/das profesionais que foron activados/as realizarán as avaliacións do seu ámbito de competencia. • Cada profesional que participe na atención ao/a paciente deberá elaborar o seu propio Plan Individualizado de Atención (PIA) (Anexo 9) • Un resumo dese PIA deberá ser incluído no curso clínico do IANUS coa información definida no Anexo 2. • Información ao/á paciente e familia sobre o profesional de referencia. Situación funcional actual, proposta terapéutica e lugar/e de realización desta. • Se a situación cognitiva da persoa con DCA o permite, e as familias/persoas coidadoras están implicadas no tratamento, realizar a planificación de obxectivos e xestión da continuidade do seu proceso de atención. 	<p>Coordinación do Plan por médico/a rehabilitador/ a de referencia.</p> <p>Ter presente lugar e o tempo. Informar e coordinar con todo o equipo, paciente e familia</p>
Seguimento Plan Individualizado de Atención	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración estandarizada por obxectivos cada 6-12 semanas, de forma orientadora. • Reunión de seguimento do PIA cos profesionais implicados na atención ao paciente. • Avaliación da necesidade dun cambio do tratamento rehabilitador ou do nivel de atención. • Realización dunha valoración final da súa calidade de vida aplicando a escala EuroQol (EQ-5D-5L) 	<p>Os tratamentos na fase ambulatoria deben incluír os mesmos elementos en canto a estrutura e contidos que os servizos coordinados de rehabilitación de pacientes hospitalizados/as.</p>



PROCESOS FASE SUBAGUDA	DESCRIPCIÓN DA ACTIVIDADE (TAREFAS)	CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE
Valoración de cambio do programa ou alta de programa/centro	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Valoración do cambio de nivel de tratamento rehabilitador ou unidade de atención ou alta por cumprimento de obxectivos (Anexos 3 e 4). ♦ O persoal facultativo responsable informará o paciente e a súa familia, en canto sexa posible, da data probable de alta. ♦ Entrega e explicación do informe de alta/ traslado a paciente e persoas cuidadoras. ♦ Antes da alta, realizarase unha valoración da calidade de vida aplicando a escala EuroQol (EQ-5D-5L). ♦ Conxunto mínimo de datos para incluír no informe no momento da alta: <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes persoais, incluído Rankin previo. • Enfermidade actual. • Exploración física no momento do ingreso e no momento da alta. • Probas complementarias realizadas. • Evolución do cadro. • Impresión diagnóstica. • Tratamentos realizados. • Proposta terapéutica que debe seguir. • Recomendacións no momento da alta, incluídas as sociais. Iso abranguerá o sistema de seguimento dos de déficit do paciente e das escalas para aplicar e a súa periodicidade, así como as posibles complicacións que deberían ser identificadas no seguimento. • En caso necesario, incluírase un profesional de referencia e a forma de contactar con el. ♦ Informe de continuidade de coidados de enfermería. ♦ Informar da asociación de referencia na área sanitaria correspondente. ♦ Data de consulta se pasa a tratamento ambulatorio ou domiciliario. 	



6.3. PROCESOS FASE CRÓNICA

PROCESOS FASE CRÓNICA	DESCRIPCIÓN DA ACTIVIDADE (TAREFAS)	CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE
<p>Seguimento da situación do/a paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♥ O profesional sanitario do equipo de atención primaria valorará o informe da alta do tratamento rehabilitador. Débese valorar a limitación funcional tras finalizar a rehabilitación para así determinar o estado funcional conseguido, aplicando as escalas e as medidas previstas no informe. ♥ De forma anual, realizarase unha avaliación mediante o <i>Poststroke checklist</i> (anexo 8). ♥ Elaboración dun plan específico de seguimento das repercusións da súa patoloxía neste paciente. ♥ Asegurar a realización do tratamento rehabilitador pertinente en función dos déficits que a persoa presente, monitorizando o grao de cumprimento deste, mediante a valoración e a promoción da súa realización de forma periódica. ♥ Os pacientes con disfagia persistente deben ser monitorizados, incluído o peso, de forma regular. Valorando a necesidade de cambios na dieta e/ou na vía da alimentación para previr e evitar desnutrición. ♥ Ante pacientes con déficits motores ou de equilibrio débese valorar o risco de caídas e aplicar as medidas pertinentes. ♥ Realizar un seguimento estreito dos factores determinantes causais do dano cerebral adquirido para realizar unha prevención secundaria do DCA. 	<p>Médico/a. Enfermeira/o de atención primaria</p> <p>As consultas de seguimento estableceranse segundo a situación do paciente.</p>



PROCESOS FASE CRÓNICA	DESCRIPCIÓN DA ACTIVIDADE (TAREFAS)	CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE
<p>Seguimento da situación do/a paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Control do tratamento da secuelas crónicas que, dependendo do seu alcance, requirirán diferentes graos de mantemento e intensidade asistencial para seguir recuperando autonomía e facilitando a reincorporación e a adaptación á súa contorna, garantindo os seus coidados básicos e a súa calidade de vida. Para iso, todos os recursos sanitarios, sociais e comunitarios, traballarán coordinada e intereseccionalmente, de cara a contribuír ao alcance do maior grao de autonomía persoal e calidade de vida posibles en todas as dimensións da vida da persoa (física, emocional, relacións interpersoais, benestar material, desenvolvemento persoal, autodeterminación, inclusión social e dereitos). ♦ Identificación de empeoramento debido ao seu DCA de acordo coas situacións previstas e remisión á unidade onde foi tratado previamente polo seu DCA. ♦ Informar das diferentes situacións clínicas e sociais derivadas do seu DCA ao paciente e á súa familia e/ou persoa coidadora. É recomendable ter presente o lugar no que se informa, así como o tempo dedicado, e respectar a intimidade e a confidencialidade. 	<p>Médico/a./ Enfermeira/ ou de atención primaria</p> <p>As consultas de seguimento estableceranse segundo a situación do paciente.</p>



7. INDICADORES

Obxectivo para medir	Nome do indicador	Fórmula	Fonte	Periodi- cidade	Desagreg.	Estándar
1. Obxectivo xeral: conseguir a máxima autonomía funcional, participación social e calidade de vida do paciente, de acordo coa extensión do dano cerebral e coa súa situación previa, a través da consecución dos obxectivos incluídos nos sucesivos plans individuais de atención.	Mellora de puntuación das escalas de calidade de vida EUROQUL 5Q-5L. Segundo a situación paciente, podería usar ECV específica de ictus.	Sumatoria de resultados de medición final - Sumatoria de resultados de medición inicial en porcentaxe.	Dentro das escalas do IANUS 5	Semestral	Galicia/ Área Sanitaria	70%
	Mellora das escalas de autonomía funcional, participación social Rankin ou Barthel.	Sumatoria de resultados de medición final - Sumatoria de resultados de medición inicial en porcentaxe.	Dentro das escalas do IANUS 5	Semestral	Galicia/ Área Sanitaria	70%
2.1. Promover a identificación das persoas afectadas mediante unha codificación por etiqueta común	Porcentaxe de pacientes adecuadamente identificados con causas relativas ao DCA.	Porcentaxe de historias clínicas de pacientes ingresados con DCA como indicador diagnóstico. principal	IANUS / HEXIN	Anual	Galicia/ Área Sanitaria	80%
2.2. Mellorar a equidade na avaliación e nos cuidados sanitarios e sociosanitarios que se lles ofrezan ás persoas afectadas e aos seus cuidadores	Realización en tempo da avaliación inicial.	Número de pacientes que teñen realizada a avaliación inicial completa en menos de 72 horas/Total de pacientes con DCA no mesmo período en porcentaxe.	Revisión Historias IANUS con código DCA	Anual	Galicia/ Área Sanitaria	70%



Obxectivo para medir	Nome do indicador	Fórmula	Fonte	Periodi- cidade	Desagreg.	Estándar
2.2. Mellorar a equidade na avaliación e nos cuidados sanitarios e sociosanitarios que se lles ofrezan ás persoas afectadas e aos seus cuidadores.	Realización en tempo da avaliación disfasia < 24 h.	Número de pacientes que teñen realizada a avaliación de disfasia en menos de 24 horas/ Total de pacientes DCA no mesmo período en porcentaxe.	Revisión historias IANUS con código DCA	Anual	Galicia/ Área Sanitaria	70%
2.3. Asegurar a coordinación e a continuidade asistencial en todas as fases e nos tránsitos entre os diferentes dispositivos e axentes implicados, reducindo os tempos de atención entre estes.	Continuidade de tratamento rehabilitador entre as fases cando sexa necesario segundo obxectivos < 72 h.	Número de pacientes con DCA que teñen cita en rehabilitación ambulatoria antes das 72 horas tras a alta hospitalaria/Total de pacientes con DCA dados de alta no mesmo período + 72 horas.	Revisión historias IANUS con código DCA	Anual	Galicia/ Área Sanitaria	75%
	Hospitais que dispoñen de puntos informativos das asociacións de DCA, nos que as familias e as persoas con DCA reciben información e formación sobre as necesidades de atención durante todas as fases do dano cerebral adquirido.	Número de hospitais públicos que dispoñen de puntos informativos ao dispor das asociacións de DCA/Número total de hospitais onde se atenden pacientes con DCA.	Informe emitido polas subdireccións de Calidade das áreas sanitarias	Anual	Galicia/ Área Sanitaria	100%



Obxectivo para medir	Nome do indicador	Fórmula	Fonte	Periodi- cidade	Desagreg.	Estándar
2.4. Alcanzar unha alta participación dos profesionais do sistema público sociosanitario e das asociacións implicadas na atención de todas as persoas con DCA.	Coñecemento do PAI polos profesionais.	Número de profesionais dos servizos de Neuroloxía/UCI/Rehabilitación/Traballo Social... que coñecen o PAI/Total de profesionais	Sesión de presentación PAI de DCA	Anual	Galicia/ Área Sanitaria	100%
2.5. Conseguir que as persoas con dano cerebral e as súas familias e cuidadores se sintan informados e acompañados, para que poidan xestionar a súa situación da forma máis autónoma e eficiente posible.	Familiares que se senten adecuadamente informados.	Número de familiares/cuidadores que se senten adecuadamente informados/Total familiares-cuidadores en porcentaxe.	Enquisa de satisfacción para familiares	Anual	Galicia/ Área Sanitaria	70%
	Pacientes que se senten adecuadamente informados.	Número de pacientes que se senten adecuadamente informados/ Total pacientes en porcentaxe.	Enquisa de satisfacción para pacientes	Anual	Galicia/ Área Sanitaria	70%



8. ANEXOS

ANEXO 1. INFORMACIÓN BÁSICA PARA LLES TRANSMITIR AOS PACIENTES E Á SÚA FAMILIA/PERSOAS COIDADORAS

A persoa con DCA e/ou a súa familia deben recibir información sobre as cuestións sinaladas a continuación, dependendo das afectacións da persoa con DCA.

A. DURANTE O INGRESO HOSPITALARIO

- a. Os cuidados posturais e as transferencias necesarias desde o momento en que o persoal de referencia o indique.
- b. A importancia de manter a autonomía do paciente na medida das súas posibilidades.
- c. A ocupación do tempo, respectando os ritmos e as necesidades de descanso do paciente, sempre que o profesional de referencia permita aproveitar o tempo sen tratamento e/ou as visitas con actividades estimulantes, de preferencia previa ou nova para o paciente.
- d. Favorecer a orientación temporal, espacial e persoal a través de reloxo, calendario, fotos etc., sempre que o psicólogo clínico non indique o contrario.
- e. Recomendacións para facilitar a comunicación do paciente cos membros da familia e co persoal sanitario.
- f. Explicación básica sobre a heminegligencia, para que potencien o achegamento e o uso do lado negligente e se favoreza a atención cara a el.
- g. Información ao propio paciente e/ou aos familiares/coidores acerca das medidas que deben tomar durante o momento da alimentación.
- h. Posibilidades de aloxamento para aquelas familias de fóra da cidade e/ou da provincia.
- i. Uso de espazos do hospital (duchas, sobre todo).
- j. Asociacións especializadas en DCA a onde poder dirixirse para recibir outro tipo de servizos complementarios e apoio entre familias e/ou persoas con DCA.
- k. Os procesos e as xestións para a valoración da situación de dependencia.
- l. Pautas para a prevención da sobrecarga de cuidados ás familias coidoras.
- m. Manter guías informativas á disposición no cuarto e/ou nas salas de espera da planta e dos servizos ambulatorios.
- n. Educación terapéutica ao paciente e aos familiares/coidores sobre o manexo da deglución (adaptacións dietéticas e de líquidos, uso de espesante, xestión de secrecións, inxestión de medicación, actuación ante unha situación de atragamento) en casos de problemas de deglución.
- o. Recomendacións para facilitar a comunicación do paciente coa familia e co persoal sanitario, sobre todo nos casos de trastornos da linguaxe e da comunicación



- p. Aproveitar a estancia hospitalaria para formar os familiares, para o que se poden empregar recursos audiovisuais. Reforzar a formación coa entrega de guías ou doutros recursos.

B. NO MOMENTO DA ALTA HOSPITALARIA

- ♥ Informar sobre outras transferencias non practicadas en planta (coche, cama non articulada, bañeira etc.).
- ♥ Asesorar sobre posibles adaptacións do domicilio e axudas técnicas de apoio e informar da posibilidade de alugar e dos sistemas de préstamos.
- ♥ Manter o seguimento sobre pautas e asesoramento en alimentación, no caso de comezar coa deglutición en diferentes texturas.
- ♥ Formar no manexo básico de sondas e signos de alarma (risco de infección, úlceras por presión...).
- ♥ Distribuír o cuarto de forma accesible e adaptada á nova situación física da persoa.
- ♥ Explicarlle exercicios ao paciente, se o seu estado o permite (automobilizacións etc.). Informar sobre recursos comunitarios e como acceder a eles (traballo social de atención primaria de saúde, servizos sociais comunitarios ou especializados, organizacións sociais ou asociacións para apoio e acceso a servizos específicos...) con derivación activa por medio de informe, sempre que se considere necesario.



ANEXO 2. REGISTRO DO PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR

Cada un dos profesionais que participan na atención ao paciente deberán acher a seguinte ficha de información ao curso clínico:

♥ FUNCIÓN VALORADA

- Profesional:
- Especialidade:
- Data da avaliación:
- Resultado da avaliación:
- Obxectivo da intervención (incluídos os de educación terapéutica), de acordo cos diferentes esquemas para cada tipo de profesional (anexos 8 e 9).
- Intervención (descrición/intensidade), incluídos os de educación terapéutica se se definiron obxectivos neste ámbito.
- Data da seguinte avaliación/alta:

Esta información deberá actualizarse, o que implica xerar unha nova ficha de información, cada vez que se cambie.



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

A. PACIENTES QUE NECESITAN TRATAMIENTO REHABILITADOR INTENSIVO

a. Criterios xerais que deben cumprir os pacientes para calquera etiología

- i.** Presenza de déficit funcional moderado/severo que afecte dúas ou máis áreas funcionais (mobilidade, deglución, comunicación, cognición e actividades da vida diaria) e que sexa susceptible de tratamento intensivo segundo a ponderación de factores prognósticos.
- ii.** Comorbidade que **non** impide un tratamento rehabilitador intensivo.
- iii.** Capacidade cognitiva minimamente conservada e un nivel de conciencia suficiente como para poder asegurar a participación nas diferentes disciplinas do tratamento rehabilitador. Nos TCE esta condición non é excluínte, xa que moitos deles presentan dificultades severas na fase subaguda.

b. Criterios específicos que deben cumprir os pacientes de DCA de orixe vascular

- i.** Rankin previo menor de 3.
- ii.** Cumprir os parámetros das seguintes escalas (non sempre excluíntes ao valorar o paciente individualmente):
 - 1.** Barthel menor de 80.
 - 2.** Escala National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS): entre 1 e 16.
 - 3.** Escala de categorías de marcha funcional (FAC): 0-1-2

c. Criterios específicos que deben cumprir os pacientes de DCA de orixe traumática

- i.** Rankin previo: 0.
- ii.** Glasgow/Coma Near Recovery Scale-R entre 17-23 (fóra do estado de mínima conciencia).
- iii.** Situacións clínicas dunha evolución menor de oito semanas de estado de mínima resposta, cunha Coma Near Recovery Scale-R entre 9-16: sen lesión estrutural do tronco cerebral nin do tálamo. O tempo de evolución de oito semanas poderá ser revalorado segundo o tempo de estancia na UCI.

d. Criterios específicos que deben cumprir os pacientes de DCA doutras causas (miscelánea)



Hai un subgrupo de pacientes con dano cerebral adquirido agudo doutras causas médicas (encefalopatías anóxicas, infeccións, tumores, enfermidade desmielinizante...), que poderían ser valorables se cumpren os seguintes criterios:

- i. Patoloxías en situación médica estables e non progresivas.
- ii. Con patoloxía médica causante do DCA con tratamento etiolóxico finalizado.
- iii. Tempo de evolución menor de 6 semanas de diagnóstico de DCA.
- iv. Rankin previo: 0.
- v. Glasgow/Coma Near Recovery Scale-R entre 17-23 (fóra do estado de mínima conciencia).

B. PACIENTE QUE NECESITA UN TRATAMIENTO REHABILITADOR NON INTENSIVO

- a. Presenza de déficit funcional que afecte algunha das áreas funcionais (movilidade, deglutición, comunicación, cognición e actividades da vida diaria) e que sexa susceptible de tratamento rehabilitador.
- b. Comorbilidade que impide un tratamento rehabilitador intensivo.
- c. Capacidade cognitiva minimamente conservada e un nivel de conciencia suficiente como para poder asegurar a participación nas diferentes disciplinas do tratamento rehabilitador.
- d. Paciente que finalizou un tratamento rehabilitador intensivo e que segue necesitando un tratamento rehabilitador, pero non é necesaria unha intervención dun número intensivo de horas de rehabilitación.
- e. Pacientes que non cumpren criterios de tratamento intensivo.

C. PACIENTE QUE PRECISA TRATAMIENTO MÉDICO REHABILITADOR DE SECUELAS

- a. Paciente que xa non mellora ou que non se beneficia da rehabilitación **non intensiva ou intensiva** (despois de realizar dúas valoracións separadas 6-8 semanas sen cambios e que segue necesitando un tratamento rehabilitador para secuelas).



ANEXO 4. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES DE ALTA COMPLEXIDADE

A. PACIENTES DE ALTA COMPLEXIDADE

- a.** Presentan discapacidades complexas ou graves na esfera física, cognitiva, comunicativa ou condutual e precisan intervencións de múltiples modalidades terapéuticas (fisioterapia, neuropsicología, logopedia, terapia ocupacional etc.).
- b.** Presentan patróns condutuais graves que ameazan a dinámica sociofamiliar e obrigan a medida de control farmacolóxico e/ou físico.
- c.** Necesitan intervencións clínicas altamente especializadas, por exemplo, para a retirada de ventilación asistida, manexo da traqueotomía, situacións de afectación cognitivo-condutual grave ou pacientes con estados alterados da conciencia.
- d.** Necesitan dunha avaliación complexa da deglutición (fibroscopia, videofluoroscopia...).
- e.** Teñen necesidades complexas de comunicación que requiren unha avaliación especializada (por exemplo: Coma Recovery Scale nos estados alterados da conciencia).
- f.** Precisan un tratamento de problemas médicos complexos ou inestables que precisan de alta especialización.
- g.** Requiren unha supervisión médica e atención de enfermería durante 24 horas.



ANEXO 5. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES SEGUNDO A NECESIDADE DO NIVEL DE ATENCIÓN (INGRESO/AMBULATORIO)

A. PACIENTE QUE NECESITA UN TRATAMENTO REHABILITADOR CON INGRESO

- a. Persoa que require cuidados médicos continuados e de enfermería.
- b. Persoa que non ten unha contorna adaptada ao seu nivel de funcionalidade e apoio sociofamiliar.
- c. A distancia ao centro para prestar o tratamento rehabilitador é excesiva (> 1 hora en coche).
- d. Criterios de alta de atención centro:
 - i. Todos os seguintes:
 - 1. Estabilidade clínica.
 - 2. Axitación controlada.
 - 3. Debe de existir un destino adecuado onde a persoa con DCA poida residir (o seu domicilio con adaptacións necesarias, centro terapéutico residencial, centro sociosanitario, ou outros).
 - ii. e algún dos seguintes:
 - 1. Cumprimento de obxectivos de ingreso **de recuperación/rehabilitación**.
 - 2. Estabilización da melloría (sen alcanzar os obxectivos predeterminados), sen evidencia de melloría funcional durante un mes.
 - 3. Posibilidade de atención ambulatoria do proceso (se precisa).

B. PACIENTE QUE É SUSCEPTIBLE DUN TRATAMENTO REHABILITADOR AMBULATORIO

a. Criterios que debe cumprir:

- i. O paciente non require cuidados continuados médicos ou de enfermería.
- ii. É funcionalmente independente en transferencia ou a asistencia que require pode ser prestada pola familia, pola persoa cuidadora ou por servizos de cuidado profesionais a domicilio.
- iii. O/a paciente pode tolerar o tratamento ambulatorio pola distancia ao centro prestador do servizo, a seguridade no transporte etc.



ANEXO 6. CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE DOS TRATAMENTOS REHABILITADORES

A. CARACTERÍSTICAS RECOMENDADAS PARA UN TRATAMENTO REHABILITADOR INTENSIVO

- a. Intervención intensiva e coordinada de catro ou máis disciplinas de terapia, ademais de especialistas en medicina física e rehabilitación, outras especialidades médicas (neuroloxía, psiquiatría etc.) e coidados de enfermería nun contorno de rehabilitación.
- b. Programa de rehabilitación de mediana a longa duración para alcanzar os obxectivos planificados: desde 2-4 meses ata 6 meses ou máis, a condición de que isto poida xustificarse por resultados medibles.
- c. Impartiranse terapias intensivas individualizadas nas que se recomendan os seguintes estándares:
 - ≥ 3 horas diarias ou
 - > 15 horas de terapia semanais
- d. Aplicación de tecnoloxías e de asistencia a medida, sistemas de bipedestación, solucións de ortopedia a medida, tecnoloxía de control de contorna, sistemas alternativos de comunicación, ventilación mecánica etc.
- e. O equipo terapéutico reunirse semanalmente co fin de elaborar e de revisar os plans individualizados de rehabilitación. Na reunión participarán os profesionais implicados na atención ao paciente.
- f. A historia clínica do paciente incluírá plans individualizados (PIA) de rehabilitación con obxectivos funcionais en cada unha das áreas, seguindo a ficha do anexo 1.
- g. En cada caso, elaboraranse informes de avaliación inicial, de seguimento e de alta que reflectan a natureza multidisciplinar da rehabilitación.
- h. Deberá existir un plan de atención ás familias, que inclúa:
 - Reunións periódicas co profesional responsable e valoración de reunións con outros profesionais.
 - Sesións de adestramento no manexo dos problemas que presenta o paciente. Levaranas a cabo os distintos terapeutas que traballan co paciente.
 - Contacto regular con traballo social como profesional do equipo, co fin de valorar a situación familiar e de coñecer o estado da intervención social co paciente, coa familia e coa comunidade de cara ao momento da alta
- i. Existirá un método de medición global de resultados da rehabilitación on algunha escala internacionalmente recoñecida. A escala ha de reflectir información relativa á funcionalidade. Na actualidade, recoméndase utilizar FIM/FAM.



j. Obxectivos funcionais individualizados en función da situación de cada paciente **para conseguir durante a hospitalización:**

- Lograr marcha terapéutica, definida como puntuación 2 nas escalas de Sagunto ou na FAC (escala de avaliación da capacidade de marcha ou *Functional Ambulation Categories*).
- Discapacidade moderada en ABVD: índice de Barthel máximo de 60 (remarcando que a puntuación debe referirse ao que a persoa é efectivamente capaz de facer e non ao que "podería" facer).
- Mellorar a función física, cognitiva, social e psicolóxica, así como o nivel de dependencia, nas actividades na contorna domiciliaria e/ou comunitaria.

**B. CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE RECOMENDADAS DUN
TRATAMENTO REHABILITADOR NON INTENSIVO**

- a.** A historia clínica do paciente incluírá plans individualizados de atención con obxectivos funcionais en cada unha das áreas.
- b.** Elaboraranse informes de avaliación inicial, de seguimento e de alta que reflectan a natureza multidisciplinar da rehabilitación.
- c.** Existirán métodos de medición de resultados da rehabilitación.
- d.** Deberá existir un plan de atención ás familias que inclúa:
 - Reunións periódicas co profesional responsable.
 - Sesións regulares de adestramento no manexo dos problemas que presenta o paciente. Levaranas a cabo os distintos terapeutas que traballan co paciente.
 - Contacto regular con traballo social como profesional do equipo, co fin de valorar a situación familiar e de coñecer o estado da intervención social co paciente, coa familia e coa comunidade de cara ao momento da alta.
- e.** Sesións regulares de adestramento no manexo dos problemas que presenta o paciente. Levaranas a cabo os distintos terapeutas que traballan co paciente.
- f.** O equipo terapéutico reunirse periodicamente co fin de elaborar e de revisar os plans individualizados de atención (PIA). Na reunión participarán profesionais de cada especialidade implicados na atención.



C. CARACTERÍSTICAS RECOMENDADAS DUN TRATAMIENTO REHABILITADOR PARA PACIENTES CRÓNICOS

a. Obxectivos:

- Formación aos cuidadores da persoa con DCA e a outros profesionais.
- Adaptación da contorna.
- Adestramento en AVD.
- Asesoramento en produtos de apoio e órteses.
- Asesoramento e información en sistema de atención a dependencia, recursos de atención e apoio dispoñibles no sistema público e asociativo, dereitos a axudas económicas e materiais etc.
- Avaliación e tratamento rehabilitador médico de secuelas propias do dano cerebral adquirido, fundamentalmente espasticidade e dor, e outras que poidan ser susceptibles de mellora (como capacidade comunicativa, disfasia...).



ANEXO 7. CARACTERÍSTICAS RECOMENDADAS DE CALIDADE DAS UNIDADES QUE PRESTAN TRATAMENTO REHABILITADOR A PACIENTES DCA

A. CARACTERÍSTICAS RECOMENDADAS DE CALIDADE DO CENTRO PARA PRESTAR UN TRATAMENTO REHABILITADOR INTENSIVO OU NON INTENSIVO CON INGRESO EN PACIENTE DE ALTA COMPLEXIDADE

- a.** Unha porcentaxe importante dos pacientes presentan un diagnóstico etiolóxico característico de dano cerebral adquirido: TCE, ictus, secuelas de tumores cerebrais, encefalite, anoxia.
- b.** En caso de pacientes con necesidades psiquiátricas complexas/inestables ou que requiren un manexo de alto risco, pódese requirir dun psiquiatra ou dun tratamento baixo a Unidade de Saúde Mental.
 - i.** Posibilidade de interconsulta cun traumatólogo/cirurxián plástico para o tratamento de alteracións neuroortopédicas.
 - ii.** Posibilidade de interconsulta dun médico endocrinólogo consultor (necesidades nutricionais e endócrino-metabólicas complexas que requiren apoio/intervención especializada).
- c.** O centro conta cun plan estratéxico necesario para o tratamento das complicacións médicas habituais nestes pacientes.
- d.** O equipo terapéutico experto incluírá un equipo multidisciplinar composto polos seguintes especialistas: médico rehabilitador e persoal de enfermería, fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional, psicoloxía clínica e traballo social.
- e.** O equipo terapéutico reunirse semanalmente co fin de elaborar e de revisar os plans individualizados de rehabilitación.
- f.** A historia clínica do paciente incluírá plans individualizados de rehabilitación con obxectivos funcionais en cada unha das áreas en función do seu estado.
- g.** En cada caso elaboraranse informes de avaliación inicial, de seguimento e de alta que reflectan a natureza multidisciplinar da rehabilitación.
- h.** Existirá un método de medición global de resultados da rehabilitación con algunha escala internacionalmente recoñecida. A escala ha de reflectir información relativa á funcionalidade. Na actualidade, recoméndase utilizar FIM/FAM.
- i.** Deberá existir un plan de atención ás familias que inclúa:
 - i.** Reunións periódicas co responsable médico.
 - ii.** Sesións de adestramento no manexo dos problemas que presenta o paciente, que levarán a cabo os distintos terapeutas que traballan co paciente.



- iii. Contacto regular con traballo social como profesional do equipo, co fin de valorar a situación familiar e de coñecer o estado da intervención social co paciente, coa familia e coa comunidade de cara ao momento da alta.
 - iv. Reunións de planificación da alta co paciente/familia, co obxectivo de implicar e coordinar de maneira consensuada esta.
- j. Equipamento necesario para a avaliación de disfaxia.

B. CARACTERÍSTICAS RECOMENDADAS DE CALIDADE DO CENTRO PARA PRESTAR UN TRATAMENTO REHABILITADOR INTENSIVO OU NON INTENSIVO CON INGRESO EN PACIENTE NON COMPLEXO

- a. Deberá existir un plan de atención ás familias que inclúa:
- i. Reunións periódicas co responsable médico.
 - ii. Sesións regulares de adestramento no manexo dos problemas que presenta o paciente. Levaranas a cabo os distintos terapeutas que traballen co paciente.
 - iii. Contacto regular con traballo social e/ou cun psicólogo co fin de valorar a situación familiar.
- b. O equipo terapéutico reunirse semanalmente para elaborar e revisar os plans individualizados de rehabilitación. Na reunión participarán médicos, enfermeiras, terapeutas de cada especialidade e un traballador social.
- c. Existirá un método de medición global de resultados da rehabilitación con algunha escala internacionalmente recoñecida. A escala ha de reflectir información relativa á funcionalidade. Na actualidade, recoméndase utilizar FIM/FAM.



ANEXO 8. POSTSTROKE CHECKLIST

Este cuestionario postictus (PSC, polas súas siglas en inglés) foi desenvolvido para lles axudar aos profesionais da saúde a identificar problemas posictus susceptibles de tratamento e/ou derivación. Neste avalíanse once áreas específicas no seguimento dos pacientes con DCA. Esta é unha ferramenta breve e de aplicación fácil para cubrir co paciente. En caso necesario, pódese recorrer á axuda do coidador. O PSC permite identificar problemas en pacientes que superasen un ictus e facilita a derivación máis adecuada.

Este cuestionario debe ser aplicado anualmente pola enfermeira de atención primaria referente da persoa con DCA.

Instrucións de uso:

Por favor, pregúntelle ao paciente cada unha das cuestións numeradas e indique a resposta no apartado correspondente. Se existise algunha resposta SI ou NON marcada en amarelo, sería necesario realizar as accións que se indican en cada unha das áreas.

1. Prevención secundaria

Desde a súa última revisión, recibiu consello sobre cambios de estilo de vida relacionados coa saúde ou con medicamentos para previr outro ictus?	NON	Se a resposta é NON, consulte co equipo de atención primaria para a avaliación de factores de risco e tratamento se fose apropiado.
	SÍ	Observe evolución

2. Actividades da vida diaria

Desde a súa última revisión, resúltalle máis difícil coidar de si mesmo?	NON	Observe evolución
	SÍ	Ten máis dificultade para vestirse, lavarse e/ou bañarse? Ten máis dificultade para preparar bebidas e/ou comidas quentes? Ten máis dificultade para saír ao exterior?

Se a resposta é SI en calquera das preguntas, derive a persoa ao seu médico de familia para valorar a súa derivación ao servizo de rehabilitación para realizar unha avaliación adicional.



3. Movilidade		
Desde a súa última revisión, resúltalle máis difícil camiñar ou trasladarse con seguridade desde a cama á cadeira?	NON	Observe evolución
	SÍ	Continúa recibindo tratamento rehabilitador?
		Se a resposta é NON, derive a persoa ao seu médico de familia para valorar a súa derivación ao servizo de rehabilitación para unha avaliación adicional.
		Se a resposta é SI, actualice a historia do paciente e avalíeo na seguinte revisión

4. Espasticidade		
Desde a súa última revisión, aumentou a rixidez nos seus brazos, mans e/ou pernas?	NON	Observe evolución
	SÍ	Está a interferir nas actividades da súa vida diaria?
		Se a resposta é SI, derive o paciente ao seu médico de familia para valorar a súa derivación ao servizo de rehabilitación ou neuroloxía para unha avaliación adicional.

5. Dor		
Desde a súa última revisión, experimentou algunha dor nova?	NON	Observe evolución
	SÍ	Se a resposta é SI, derive o paciente ao seu médico de familia para a súa valoración.

6. Incontinencia		
Desde a súa última revisión, ten máis problemas para controlar a súa vexiga ou intestino?	NON	Observe evolución
	SÍ	Se a resposta é SI, consulte co persoal médico ou de enfermería para unha avaliación adicional.

7. Comunicación		
Desde a súa última revisión, resúltalle máis difícil comunicarse cos demais?	NON	Observe evolución
	SÍ	Se a resposta é SI, derive o paciente ao seu médico de familia co fin de valorar a súa derivación ao servizo de rehabilitación para unha avaliación adicional.



8. Estado de ánimo

Desde a súa última revisión, séntese con máis ansiedade ou deprimido?	NON	Observe evolución
	SÍ	Se a resposta é SI, consulte co médico de atención primaria sobre os seus cambios de ánimo para unha avaliación adicional.

9. Cognición

Desde a súa última revisión, élle máis difícil pensar, concentrarse ou lembrar cousas?	NON	Observe evolución
	SÍ	Interfire isto coa súa actividade ou participación? Se é a resposta é NON, actualice a historia do paciente e avalíe na seguinte revisión. Se a resposta é SI, deríveo ao especialista para unha avaliación adicional.

10. Vida tras o ictus

Desde a súa última revisión, atopa máis dificultade para realizar cousas importantes (por exemplo lecer, afeccións, traballo, así como relacións cos seus seres queridos, se é o caso)?	NON	Observe evolución
	SÍ	Se a resposta é SI, derive o paciente a unha organización de apoio ao ictus (ver anexo).

11. Relación familiar

Desde a súa última revisión, a relación coa súa familia volveuse máis difícil ou estresante?	NON	Observe evolución
	SÍ	Se a resposta é SI, concerta unha visita co médico de atención primaria ou derive o paciente a unha organización de apoio ao ictus (ver anexo).



ANEXO 9. PLANS INDIVIDUALIZADOS DE ATENCIÓN (PIA) POR ESPECIALIDADE

MODELO PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

AVALIACION INICIAL

Data realización 1ª evaluación:

Profesional que realiza la evaluación:

Apartados, cuestións, temas para valorar	Situación actual	Risco aparición/ empeoramento (Alto/medio/baixo)	Necesidade de intervención
PERCEPCIÓN DE SAÚDE			
<ul style="list-style-type: none"> - Apoio familiar e/ou social: - Adherencia ao tratamento: - Hábitos saudables/non saudables: 			
NUTRICIÓN- METABÓLICA			
<ul style="list-style-type: none"> - Grao de autonomía alimentación: - Disfagia: - Tipo dieta, alerxias/ intolerancias: Oral (textura), N. Enteral - Dispositivo alimentación: - Alteración integridade da pel: 			
ELIMINACIÓN			
<ul style="list-style-type: none"> - Grao de autonomía: - Patrón intestinal/problemas: - Patrón urinario/problemas: - Uso de dispositivos: 			



Apartados, cuestións, temas para valorar	Situación actual	Risco aparición/ empeoramento (Alto/medio/baixo)	Necesidade de intervención
ACTIVIDAD – EJERCICIO			
<ul style="list-style-type: none"> - Grao autonomía autocoidado: hixiene - Grao de autonomía e mobilidade: - Deterioración neuromuscular/forza: - Alteración da marcha e estabilidade: - Dispositivos de axuda: - Prevención de caídas: - Patrón respiratorio/ dispositivos respiración <ul style="list-style-type: none"> - Ventilación: 			
SOÑO- RELAXACIÓN			
<ul style="list-style-type: none"> - Patrón do sono: - Horas de sono: 			
COGNITIVO-PERCEPTIVO			
<ul style="list-style-type: none"> - Estado mental: - Déficits visuais, auditivos, sensitivos: - Dor: 			
AUTOPERCEPCIÓN - Autoconcepto			
<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación: - Adaptación ás limitacións funcionais: 			
AUTOPERCEPCIÓN - Autoconcepto			
<ul style="list-style-type: none"> - Rol familiar, laboral, social: - Coidador principal: (datos do coidador) - Risco/sobrecarga coidador: 			
SEXUALIDADE – REPRODUCCIÓN			
<ul style="list-style-type: none"> - Funcionamento sexual/ problemas: 			



MODELO PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN DE FISIOTERAPIA

AVALIACION INICIAL

Data realización 1ª evaluación:

Profesional que realiza la evaluación:

Apartados, cuestiones, temas para valorar	Situación actual	Risco aparición/ empeoramiento (Alto/medio/baixo)	Necesidade de intervención
Dor			
Aliñación corporal, asimetrías			
Alteracións tróficas (úlceras, alteracións vasculares...)			
Función respiratoria			
Sensibilidad (os seus distintos tipos)			
Ton muscular			
Limitacións articulares			
Función motora: -actividade muscular voluntaria -patrones de movimiento anormais/ movimientos involuntarios -estado dos reflexos			
Grao alcanzado no proceso de verticalización: (capacidade de realizar e calidade con que se realizan) -voltas -paso de decúbito a sedestación -sedestación -paso de sedestación a bipedestación -bipedestación			
Marcha			
Equilibrio (en distintas posicións)			
Coordinación			
Función do membro superior			



Obxectivos iniciais: Tratamento-Intervención aplicada/técnicas de tratamento:

-
-
-

SEGUIMIENTO

Data intervención	Profesional	Intervención realizada	Modificación Obxectivos
-------------------	-------------	------------------------	-------------------------

AVALIACIÓNS POSTERIORES:

ALTA

Data da alta:

Profesional:

Valoración do grao de cumprimento dos obxectivos:

Indicacións no momento da alta:



MODELO PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN (PIA) DE LOGOPEDIA

AVALIACION INICIAL

Data realización 1ª evaluación:

Profesional que realiza la evaluación:

Apartados, cuestións, temas para valorar	Situación actual	Risco aparición/ empeoramento (Alto/medio/baixo)	Necesidade de intervención
Estado motor, sensitivo e funcional das estruturas orofaciales. Estado e funcionalidade das estruturas faringo-larínxeas.			
Deglución.			
Nivel de disfagia.			
Parámetros vocais.			
Competencia comunicativa e lingüística do paciente. Compoñentes afectados e preservados.			
Afasia. Disartria. Apraxia verbal.			
Detección do canle comunicativo predominante do paciente en cada fase (verbal, xestual, escritura, debuxo, sinalar).			
Competencia comunicativa para o uso de sistemas aumentativos e alternativos de comunicación (SAAC), de acordo coas preferencias do paciente.			

Obxectivos iniciais: Tratamento-Intervención aplicada/técnicas de tratamento:

-
-
-



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

AVALIACION INICIAL

Data realización 1ª evaluación:

Profesional que realiza la evaluación:

Apartados, cuestións, temas para valorar	Situación actual	Risco aparición/ empeoramento (Alto/medio/baixo)	Necesidade de intervención
Nivel intelectual previo do paciente			
Axuste emocional da familia do paciente			
Estatus previo do paciente a nivel cognitivo, emocional e social do paciente			
Determinación do nivel de conciencia do paciente sobre os seus déficits			
Procesos cognitivos de orientación e atención			
Memoria			
Avaliación e intervención de rehabilitación neuropsicológica de funcións executivas			
Avaliación neuropsicológica e intervención de rehabilitación de linguaxe e comunicación			
Avaliación neuropsicológica e intervención de rehabilitación de praxias			
Avaliación neuropsicológica e intervención de rehabilitación de razoamento abstracto			
Trastorno de conducta do paciente			
Alteración emocional do paciente			
Asesoramiento aos familiares do paciente no proceso de rehabilitación			



MODELO PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN (PIA) DE TERAPIA OCUPACIONAL

AVALIACION INICIAL

Data realización 1ª evaluación:

Profesional que realiza la evaluación:

Apartados, cuestiones, temas para valorar	Situación actual	Risco aparición/ empeoramento (Alto/medio/baixo)	Necesidade de intervención
Dominio			
Actividades da vida diaria (AVD)			
Actividades instrumentais (AIVD)			
Manexo da saúde			
Descanso e sono			
Educación			
Traballo			
Lecer			
Participación social			
Contextos			
Factores ambientais			
Factores personais			
Patrones de desempeño			
Hábitos			
Rutinas			
Roles			
Rituais			
Habilidades de Desempeño			
Motoras			
De procesamento			
Interacción Social			
Factores do Cliente			
Valores, crenzas e espiritualidade			
Estruturas corporais			
Funcións corporais			



MODELO PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN (PIA) DE TRABAJO SOCIAL

AVALIACION INICIAL

Data realización 1ª evaluación:

Profesional que realiza la evaluación:

Apartados, cuestións, temas para valorar	Situación actual	Risco aparición/ empeoramento (Alto/medio/baixo)	Necesidade de intervención
Situación sociofamiliar do paciente para coñecer os factores condicionantes que poden influír positiva ou negativamente na súa evolución e no seu tratamento (tipo de familia, dinámica interna e externa, funcionamento, valores, nivel socioeconómico...) e todos aqueles aspectos que resulten de interese.			
Coñecemento dos dereitos que poidan ter segundo as características de cada paciente e a discapacidade residual, se as houbese.			
Coñecemento dos recursos da contorna, incluída a coordinación con este. Atención primaria de saúde, Seguridade Social, asociación de familiares, grupos de apoio etc.			
Necesidade de especial atención e apoio ao cuidador/a principal.			
Recursos propios da familia.			

Obxectivos iniciais: Intervención aplicada/técnicas de tratamento:

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



ANEXO 10. CATÁLOGO DE SERVICIOS E RECURSOS DÁS ASOCIACIÓN DE PACIENTES CON DANO 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 E RECURSOS DE ATENCIÓN NAS ASOCIACIÓN

• SERVICIOS DE ORIENTACIÓN, INFORMACIÓN E APOIO ÁS FAMILIAS

Servizos de información, orientación, formación e atención psicolóxica para as familias. Préstanse por diferentes vías: nas propias entidades, mediante atención individualizada ou familiar por traballo social e psicoloxía, en puntos de información especializada en DCA distribuídos en hospitais, centros de saúde, concellos rurais etc. e mediante a acción comunitaria (charlas, obradoiros etc.).

Financiados principalmente por (i) fondos públicos autonómicos (ii), achegas privadas das persoas usuarias en función da súa capacidade económica e (iii) subvencións ou axudas doutros organismos públicos ou privados.

As asociacións que contan con este recurso son as cinco. Para máis información, dirixirse aos apartados web específicos de Adadeco, Adace, Alento, DCA Ourense e Sarela.

• SERVICIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA-REHABILITACIÓN

Servizos prestados por un equipo formado por fisioterapia, logopedia, psicoloxía/neuropsicoloxía, terapia ocupacional e coidados de enfermería. Todas elas participan non proceso de rehabilitación dunha persoa con dano cerebral que está en fase subaguda. Nesta fase, unha vez recibida a alta hospitalaria, a persoa comeza a rehabilitación específica segundo as súas necesidades.

A través dun enfoque transdisciplinar, a persoa e a familia convértense no centro da intervención. Deséñase un plan de intervención individual, integral e intensivo establecendo obxectivos funcionais, unha avaliación continuada da consecución destes, revisando trimestralmente ese plan e axustándoo segundo a evolución da persoa ata o momento da súa alta no servizo.

Fináncianse mediante (i) fondos públicos autonómicos, (ii) achegas privadas das persoas usuarias en función da súa capacidade económica e (iii) subvencións ou axudas doutros organismos públicos ou privados.

As asociacións que contan con este recurso son catro. Para máis información, dirixirse aos apartados web específicos de Adaceco, Adace, DCA Ourense e Sarela.



- **SERVIZOS DE MELLORA DA AUTONOMÍA PERSOAL, INCLUSIÓN SOCIAL E LECER**

Programas orientados a continuar a mellora e o mantemento das capacidades e habilidades adquiridas polas persoas nos seus programas de rehabilitación, facendo uso dous recursos comunitarios, favorecendo relacións interpersoais e contribuíndo á garantía do dereito ao lecer e á inclusión social de todas as persoas en igualdade de oportunidades. Estes servizos son prestados por terapia ocupacional, educación social, traballo social, auxiliares e outros perfís técnicos de intervención sociocomunitaria, deportiva e similar.

As principais vías de financiamento son (i) fondos públicos autonómicos, (ii) achegas privadas das persoas usuarias en función da súa capacidade económica e (iii) subvencións ou axudas doutros organismos públicos ou privados.

As cinco asociacións contan con estes programas/servizos. Para máis información, dirixirse aos apartados web específicos de Adace, Adaceco, Alento, DCA Ourense, Sarela.

- **SERVIZOS DE ATENCIÓN DIÚRNA TERAPÉUTICA (CENTROS DE DÍA)**

Realizan atención integral e especializada ás persoas con DCA en fase crónica ou de estabilización. Centros de día para maiores de 16 anos que funcionan en horario completo para lles permitir ás familias continuar cos seus labores cotiáns, como traballar, estudar, atender outras familiares etc.

Traballan profesionais do ámbito da psicoloxía-neuropsicoloxía, educación social, fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, traballo social e coidados de enfermería. Actúan de maneira coordinada, conformando un equipo interdisciplinar e determinando plans de atención individualizadas para cada persoa. Ademais, esta coordinación amplíase ao ámbito da familia, que forma parte fundamental do proceso de atención da persoa con DCA.

Finánciase por dúas vías: (i) praza pública —concertada coa Xunta de Galicia— e (ii) praza privada —pagamento directo por parte das persoas usuarias—.

As asociacións que contan con este recurso son as cinco: Adaceco, Adace, Alento, DCA Ourense e Sarela.

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

Este servizo complementa a oferta de servizos e programas das asociacións para mellorar a calidade de vida das persoas e familias con DCA galegas. Sitúase nas ins-



talacións da Asociación Federada Alento, en Vigo, e consta de 29 prazas, das cales 21 están concertadas coa Xunta de Galicia e 8 atópanse pendentes de concertación. A vía de acceso é exclusivamente mediante praza pública.

• SERVICIOS DE ORIENTACIÓN LABORAL

Servizo especializado, prestado por Sarela, que promove a participación activa das persoas con DCA no mundo laboral, reforzando as súas capacidades. Trabállase mediante itinerarios personalizados de inserción e realízase ofrecendo apoio integral e personalizado en cada fase do proceso de inserción laboral.

• SERVICIO DE ASESORÍA XURÍDICA

As persoas con dano cerebral adquirido e as súas familias, así como as e os profesionais das asociacións de Fegadace, teñen á súa disposición un servizo de asesoramento legal, destinado a informar e a aconsellar as persoas con dano cerebral adquirido e as súas familias nas dúbidas de carácter legal e xurídico que poidan ter con relación a calquera tema derivado da situación relacionada coa irrupción da discapacidade en toda a súa complexidade de aspectos.

• FORMACIÓN E CAPACITACIÓN

Fegadace organiza accións de formación dirixidas especialmente a familiares, persoas cuidadoras informais, profesionais sanitarias, sociosanitarias, alumnado universitario e de formación profesional de disciplinas implicadas na atención ao dano cerebral, e a poboación xeral, co obxectivo de mellorar as súas capacidades e de incrementar a calidade dos cuidados que reciben as persoas con dano cerebral.

Ademais, Fegadace puxo en marcha unha plataforma formativa en liña, a **Escola Dano Cerebral**, a través da que se van realizando diferentes actividades a distancia. Organízanse en colaboración coa Escola Galega de Saúde para a Cidadanía do Sergas. **Máis información.**

• SERVICIOS SOCIOSANITARIOS DE PROXIMIDADE

Fegadace puxo en marcha o **Servizo de Atención Sociosanitaria de Proximidade**. As actuacións lévanse a cabo no domicilio e na contorna natural das persoas en fase crónica ou de mantemento e enfócanse en:



- Servizos sociosanitarios de intervención terapéutica de logopedia, terapia ocupacional e psicoloxía.
- Realización de actividades formativas que fomenten o empoderamento e a autonomía das persoas con dano cerebral adquirido e as súas familias.
- Información, orientación e asesoramento en accesibilidade na vivenda, re- cursos dispoñibles e promoción da cidadanía activa.



ANEXO 11. PRESTACIÓNS SOCIAIS PARA AS PERSOAS CON DANO CEREBRAL ADQUIRIDO

Os pacientes con DCA poden atermos ás prestacións derivadas do recoñecemento da discapacidade e/o dependencia.

O recoñecemento e valoración da discapacidade vén determinada na Lei 13/1982 da LISMI. Segundo a OMS, a discapacidade defínese como:

“Toda restrición ou ausencia (debido a unha deficiencia) da capacidade de realizar unha actividade na forma e dentro da marxe que se considera normal para un ser humano”.

É, por tanto, a severidade das limitacións para a realización das actividades diarias ou o seu efecto sobre a capacidade para levar a cabo as actividades da vida diaria o criterio fundamental para a valoración dos gros de discapacidade vs o alcance da deficiencia.

A discapacidade adecuada está estar relacionada cunha condición clínica que pode xerar problemas físicos e psíquicos e potenciados pola situación social da persoa.

En función do grao de minusvalía recoñecido (33 %, entre 33-65 % e > 65 %) dá dereitos a beneficios fiscais, tarxeta de aparcamento, axuda en domicilio, acceso a unha dotación económica ou libranza, entre outros (ver listaxe de servizos sociais).

Á súa vez, o recoñecemento da discapacidade pode ser:

- **Provisional:** cando se prevé unha recuperación desta.
- **Definitiva:** cando non se prevé ningún cambio na discapacidade.

O recoñecemento da dependencia dá dereito a unha serie de servizos en función do seu grao de dependencia (moderada, severa ou gran dependencia).

SERVIZOS SOCIAIS QUE SE PRESTAN EN GALICIA:

Certificado de discapacidade:

- Prestacións económicas (PNC, RISGA, RAI, pensións de viuvez e orfandade).
- Educación (prazas reservadas, facilidade de acceso, axudas económicas).
- Emprego (promoción e fomento de emprego en empresas, autónomos, emprego público, emprego protexido).
- Formación para o emprego (accións formativas, acceso a escolas/talleres).
- Beneficios fiscais (imposto de IRPF, de sucesións e doazóns, de patrimonio).
- Transporte (tarxeta de estacionamento, exención de imposto vehículo).



- Familia (familia numerosa, excedencia laboral por coidado de familiares, redución da xornada).
- Outros (en mutualidades, xustiza gratuíta).

Sistema de Atención á Dependencia:

Graos de dependencia.

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

SERVIZOS:

Carteira de servizos comúns:

- Servizos de prevención e promoción da autonomía.
- Servizo de axuda no fogar.
- Servizo de teleasistencia e xeolocalización.
- Servizo de atención diúrna.
- Servizo de atención nocturna.
- Servizo de atención residencial.

Carteira de servizos específicos:

- Carteira de servizos específicos para persoas con discapacidade física.

Prestacións económicas:

- Libranza de coidados na contorna.
- Libranza vinculada a un servizo.
- Libranza de asistente persoal.



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). *Reeducación 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 Cardiaca*. 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). Conselleria de Sanidade Santiago de Compostela 2016.



Servizo Galego
de Saúde

Asistencia Sanitaria
Procesos

136
D