



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
NEURORREHABILITACIÓN



**CRITERIOS DE ACREDITACIÓN
DE CENTROS SANITARIOS
PARA UNIDADES DE
REHABILITACIÓN
HOSPITALARIA Y
AMBULATORIA
DE PERSONAS
CON DAÑO CEREBRAL**

Copia Original



Sociedad Española de
Neurorrehabilitación

AUTORES

- *Javier Arana, UNESPA*
- *Montserrat Bernabéu, Directora de la Unidad del Daño Cerebral del Institut Guttmann*
- *Hugo Liaño, Director de la Unidad del Daño Cerebral del Hospital los Madroños*
- *Jaume Mestres, Seguros Generali*
- *Manuel Murie, Director de la Unidad del Daño Cerebral de CUN de Pamplona*
- *Enrique Noé Sebastián, Servicio de Neurorrehabilitación de Hospitales Vithas-NEURORHB*
- *José Ignacio Quemada, Director de la Red Menni de Servicios de daño cerebral*
- *Fernando Sanjuán, Director Médico de la Clínica San Vicente*

ÍNDICE

- *Introducción*
- *Criterios de acreditación para Unidades hospitalarias de rehabilitación de personas con daño cerebral*
- *Criterios de acreditación para Unidades ambulatorias de rehabilitación de personas con daño cerebral*
- *Convenio marco de colaboración para el tratamiento y rehabilitación del daño cerebral sobrevenido como consecuencia de hechos de la circulación*

Copia Original

INTRODUCCIÓN

La redacción de este documento se enmarca en el impulso que la Sociedad Española de Neurorrehabilitación (SENR) está dando a la elaboración y difusión de un conjunto de Guías de práctica clínica. El fin último de este ejercicio es asegurar a los pacientes, y a la sociedad en general, unos estándares de calidad altos en la actividad que nos ocupa: la rehabilitación de personas con daño cerebral, traumas craneales severos e ictus fundamentalmente. Esta Guía es el reflejo del esfuerzo que se llevó a cabo a iniciativa de la UNESPA, la patronal de las Compañías de Seguros. En el Comité de elaboración de la misma participaron médicos de Compañías de Seguro de automóvil, representantes de la UNESPA y un conjunto de profesionales españoles de reconocida trayectoria en el ámbito de la atención al daño cerebral. Esta Guía puede ser de gran ayuda a los Servicios en desarrollo y de orientación a las Instituciones que elaboran proyectos para la rehabilitación de personas con daño cerebral.

La elaboración de esta Guía tiene una larga historia que se remonta como mínimo a 2004, momento en que UNESPA creó una primera Comisión con médicos de Compañías de Seguros de automóvil y de representantes de los Servicios de Daño Cerebral más destacados en España: Hospital Beata María Ana, Hospital San Vicente, Hospital Guttman y Hospital Aita Menni. Ya en aquel momento Javier Arana, en representación de UNESPA, expresaba la preocupación de la patronal del Seguro por diferenciar la atención a los graves lesionados de tráfico a consecuencia de traumas craneales del resto de lesionados; reconocían la singularidad del tratamiento que requerían estos pacientes y la dificultad de encontrar proveedores de calidad. Aquella primera Comisión no pudo culminar su tarea con éxito por dificultades en las dinámicas de funcionamiento interno. En 2011, Javier Arana volvió a embarcarse en la tarea de crear una nueva Comisión de expertos en la rehabilitación del Daño Cerebral. Pidió a José Ignacio Quemada que le ayudara en la selección y coordinación del grupo de expertos y en esta ocasión el grupo pudo culminar su tarea. Las reuniones de la Comisión tuvieron lugar en 2011 y 2012, en Bilbao y Madrid.

El contenido de la Guía de acreditación de Servicios de Daño Cerebral se elaboró como un documento de mínimos exigibles a cualquier Servicio que quisiera ser reconocido por UNESPA como proveedor de neurorrehabilitación para personas con daño cerebral traumático. En la Comisión se equilibraron criterios de exigencia, número de camas y número de pacientes anuales por ejemplo, con otros que trataban de permitir que los Servicios estuvieran presentes en lugares de la geografía española que no fueran sólo las grandes urbes. Como todo ejercicio de consenso es susceptible de ser mejorado y criticado, tanto por excesivamente exigente y excluyente, como por insuficientemente exigente. Sólo cabe señalar en esta introducción que estas cuestiones fueron objeto de cuidadosa consideración y debate.

Con los criterios de acreditación ya terminados UNESPA buscó su legitimación a través de una Sociedad científica de prestigio, la SENR y de la representación de usuarios y familiares, FEDACE. Ambas organizaciones, SENR y FEDACE, vieron como un claro avance social la publicación de la Guía de acreditación y ofrecieron por lo tanto su aval, permaneciendo hasta hoy como entidades externas consultoras en la puesta en marcha del proceso de acreditación. La publicación definitiva de los criterios de acreditación por parte de UNESPA y su aplicación no se llevó a cabo hasta 2016. Problemas relativos a la negociación del Convenios de circulación previamente existente y consultas legales para evitar problemas con las leyes de la competencia fueron los últimos escollos que los criterios de acreditación hubieron de sortear. El resultado final de las consultas relativas a la Ley de la Competencia fue una ligera modificación en los criterios aprobados por la Comisión consistente en pasar un grupo de criterios de la categoría de exigibles a aconsejables. En este documento se reflejan tanto los criterios inicialmente aprobados por la Comisión como la última redacción finalmente publicada por UNESPA. SENR y FEDACE conocieron las modificaciones y mantuvieron su aval a los criterios entendiendo que a pesar de preferir la primera redacción, el sistema en su conjunto suponía un notable avance social.

Por último, y dado que esta introducción se redacta en noviembre de 2019, podemos afirmar que el sistema de acreditación lleva funcionando desde finales de 2016, que cuenta con un proceso de acreditación publicado, con evaluadores externos, con una Comisión de seguimiento que se reúne y trabaja con regularidad, y con un grupo de Servicios que ya han sido acreditados y lo que lo van a seguir haciendo de manera periódica; dicho de otro modo, además de crear un documento que explicita los criterios exigibles, lo que ya tiene su valor como creación de doctrina, ha dado el paso a su puesta en práctica.

CRITERIOS DE ACREDITACIÓN PARA UNIDADES HOSPITALARIAS DE REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON DAÑO CEREBRAL

1. Perfil de paciente: traumatismo cráneo encefálico que reúna las siguientes características:
 - ECG (escala de coma de Glasgow) entre 3 y 12 en las primeras 24 horas tras el trauma
 - Ingreso en la Unidad preferentemente antes de los 6 meses después del TCE; excepcionalmente entre los meses 6 y 12.
2. Unidad física diferenciada de otras unidades del hospital con un mínimo de 10 camas.
3. Al menos 30 nuevos pacientes cada año y una estancia media inferior a 150 días
4. Al menos el 90% de los pacientes presentan diagnóstico etiológico característico de daño cerebral adquirido: TCE, ictus, secuelas de tumores cerebrales, encefalitis, anoxia.
5. *Presencia de médico rehabilitador y neurólogo cubriendo entre ambos un 100% de la jornada laboral. Siendo opcional que también pudiera ser completada esta jornada de 40h semanales con la figura de un psiquiatra. Al menos uno de los médicos contará con una experiencia demostrable de un año con pacientes de daño cerebral.*
6. El hospital cuenta con médico de guardia presencial de 24 horas y la dotación o plan estratégico necesario para el tratamiento de las complicaciones médicas habituales en estos pacientes.
7. La Unidad cuenta con atención de diplomadas de enfermería las 24 horas.
8. El equipo terapéutico ha de incluir un profesional de cada una de las siguientes disciplinas en dedicación mínima del 50%: fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional, neurociología y trabajo social.
9. El equipo terapéutico se reunirá semanalmente con el fin de elaborar y revisar los planes individualizados de rehabilitación. En la reunión participarán médicos, enfermeras, terapeutas de cada especialidad y trabajador social.
10. La historia clínica del paciente incluirá planes individualizados de rehabilitación con objetivos funcionales en cada una de las áreas.
11. En cada caso se elaborarán informes de evaluación inicial, de seguimiento y de alta que reflejen la naturaleza multidisciplinar de la rehabilitación.

12. Existirá un método de medición global de resultados de la rehabilitación con alguna escala internacionalmente reconocida. La escala ha de reflejar información relativa a la funcionalidad. En la actualidad se recomienda utilizar FIM/FAM.

13. Deberá existir un plan de atención a las familias que incluya:

- Reuniones periódicas con el responsable médico
- Sesiones regulares de entrenamiento en el manejo de los problemas que presenta el paciente. Las llevarán a cabo los distintos terapeutas que trabajan con el paciente
- Contacto regular con trabajo social y/o psicólogo con el fin de valorar la situación familiar

14. Espacios específicos para cada uno de los terapeutas descritos en los puntos anteriores.

15. Ratios de personal:

- 1 médico por cada 15 pacientes
- 1 fisioterapeuta por cada 10 pacientes
- 1 logopeda por cada 20 pacientes
- 1 neuropsicólogo por cada 20 pacientes
- 1 terapeuta ocupacional por cada 20 pacientes
- 1 enfermera por turno y unidad
- 1 auxiliar por cada 7 pacientes en cada turno diurno

CRITERIOS DE ACREDITACIÓN PARA UNIDADES AMBULATORIAS DE REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON DAÑO CEREBRAL

Los Servicios que tengan acreditada su actividad para rehabilitación hospitalaria también la tendrán para rehabilitación ambulatoria. Los criterios que se citan a continuación son para centros de rehabilitación ambulatoria sin Unidades de hospitalización.

1. Perfil de paciente: traumatismo cráneo encefálico que puede tener dos niveles distintos de severidad y procedencia:

Aquellos TCE severos que procedan de Unidades de rehabilitación hospitalaria accederán a los Servicios de rehabilitación ambulatoria antes de que trascurren 12 meses del traumatismo.

Los pacientes con TCE moderado y leve que accedan directamente a los Servicios de Rehabilitación ambulatoria lo harán antes de que trascurren 3 meses desde el TCE; excepcionalmente entre los 3 y los 6 meses si los problemas cognitivo-conductuales se pusieron de manifiesto en este período. El TCE ha de estar documentado mediante informe de atención hospitalaria.

2. Unidad física diferenciada, de carácter monográfico y exclusivamente dedicada a la rehabilitación de pacientes con daño cerebral. Ha de incluir espacios específicos para el desarrollo de la labor de tres de las siguientes especialidades: fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional, neuropsicología.

3. Al menos 30 nuevos pacientes cada año y una estancia media inferior a 180 días.

4. Al menos el 90% de los pacientes presentan diagnóstico etiológico característico de daño cerebral adquirido: TCE, ictus, secuelas de tumores cerebrales, encefalitis, anoxia.

5. Presencia de médico rehabilitador al menos un 25% de la jornada semanal y acceso regular a consultas de neurólogo y/o psiquiatra.

6. El equipo terapéutico ha de incluir al menos un fisioterapeuta y un terapeuta ocupacional a jornada completa, y un logopeda y un neuropsicólogo con dedicación de media jornada cada uno.

7. El equipo terapéutico se reunirá semanalmente con el fin de elaborar y revisar los planes individualizados de rehabilitación. En la reunión participarán médicos y terapeutas de cada especialidad.

8. La historia clínica del paciente incluirá planes individualizados de rehabilitación con objetivos funcionales en cada una de las áreas de rehabilitación.

9. En cada caso se elaborarán informes de evaluación inicial, de seguimiento y de alta que reflejen la naturaleza multidisciplinar de la rehabilitación.

10. Existirán métodos de medición de resultados de la rehabilitación.

11. Deberá existir un plan de atención a las familias que incluya:

- Reuniones periódicas con el responsable médico
- Sesiones regulares de entrenamiento en el manejo de los problemas que presenta el paciente. Las llevarán a cabo los distintos terapeutas que trabajan con el paciente

12. Ratios de personal:

- Media jornada laboral de médico por cada 100 pacientes en rehabilitación ambulatoria. Dicha media jornada puede completarse por varios especialistas
- 1 fisioterapeuta por cada 20 pacientes
- 1 logopeda por cada 20 pacientes
- 1 neuropsicólogo por cada 20 pacientes
- 1 terapeuta ocupacional por cada 20 pacientes

Copia Original

CONVENIO MARCO DE COLABORACIÓN PARA EL TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DEL DAÑO CEREBRAL SOBREVENIDO COMO CONSECUENCIA DE HECHOS DE LA CIRCULACIÓN

ANEXO I

REQUISITOS TÉCNICOS DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS PARA EL TRATAMIENTO DEL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

REGIMEN DE HOSPITALIZACIÓN

1. Perfil de paciente: traumatismo cráneo encefálico que reúna las siguientes características:
 - ECG (escala de coma de Glasgow) entre 3 y 12 en las primeras 24 horas tras el trauma
 - Ingreso en la Unidad preferentemente antes de los 6 meses después del TCE; excepcionalmente entre los meses 6 y 12.
2. Unidad física diferenciada de otras unidades del hospital con un mínimo de 10 camas.
3. Al menos 30 nuevos pacientes cada año y una estancia media inferior a 150 días
4. Al menos el 90% de los pacientes presentan diagnóstico etiológico característico de daño cerebral adquirido: TCE, ictus, secuelas de tumores cerebrales, encefalitis, anoxia.
3. Presencia de médico rehabilitador y neurólogo cubriendo entre ambos un 100% de la jornada laboral. Al menos uno de los médicos contará con una experiencia demostrable de un año con pacientes de daño cerebral.
4. El hospital cuenta con médico de guardia presencial de 24 horas y la dotación o plan estratégico necesario para el tratamiento de las complicaciones médicas habituales en estos pacientes.
5. La Unidad cuenta con atención de diplomadas de enfermería las 24 horas.
6. El equipo terapéutico ha de incluir un profesional, con presencia diaria, de cada una de las siguientes disciplinas: fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional, neuropsicología y trabajo social.
7. Espacios específicos para cada uno de los terapeutas descritos en los puntos anteriores.

CRITERIOS DE ACREDITACIÓN DE CENTROS SANITARIOS PARA UNIDADES DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA Y AMBULATORIA DE PERSONAS CON DAÑO CEREBRAL

8. La unidad hospitalaria deberá contar, al menos, con los siguientes profesionales de presencia diaria

- 1 médico con carácter permanente las 24 horas del día
- 1 fisioterapeuta
- 1 logopeda
- 1 neuropsicólogo
- 1 terapeuta ocupacional
- 1 enfermera por turno y unidad las 24 horas del día
- 1 auxiliar en cada turno las 24 horas del día

REGIMEN DE FUNCIONAMIENTO ACONSEJABLE

1. El equipo terapéutico se reunirá semanalmente con el fin de elaborar y revisar los planes individualizados de rehabilitación. En la reunión participarán médicos, enfermeras, terapeutas de cada especialidad y trabajador social.
2. La historia clínica del paciente incluirá planes individualizados de rehabilitación con objetivos funcionales en cada una de las áreas.
3. En cada caso se elaborarán informes de evaluación inicial, de seguimiento y de alta que reflejen la naturaleza multidisciplinar de la rehabilitación.
4. Existirá un método de medición global de resultados de la rehabilitación con alguna escala internacionalmente reconocida. La escala ha de reflejar información relativa a la funcionalidad. En la actualidad se recomienda utilizar FIM/FAM.
5. Deberá existir un plan de atención a las familias que incluya:
 - Reuniones periódicas con el responsable médico
 - Sesiones regulares de entrenamiento en el manejo de los problemas que presenta el paciente. Las llevarán a cabo los distintos terapeutas que trabajan con el paciente
 - Contacto regular con trabajo social y/o psicólogo con el fin de valorar la situación familiar

REGIMEN AMBULATORIO

Los Servicios que tengan acreditada su actividad para rehabilitación hospitalaria también la tendrán para rehabilitación ambulatoria. Los criterios que se citan a continuación son para centros de rehabilitación ambulatoria sin Unidades de hospitalización.

1. Perfil de paciente: traumatismo cráneo encefálico que puede tener dos niveles distintos de severidad y procedencia:

Aquellos TCE severos que procedan de Unidades de rehabilitación hospitalaria accederán a los Servicios de rehabilitación ambulatoria antes de que trascurren 12 meses del traumatismo.

Los pacientes con TCE moderado y leve que accedan directamente a los Servicios de Rehabilitación ambulatoria lo harán antes de que trascurren 3 meses desde el TCE; excepcionalmente entre los 3 y los 6 meses si los problemas cognitivo-conductuales se pusieron de manifiesto en este período. El TCE ha de estar documentado mediante informe de atención hospitalaria.

2. Unidad física diferenciada, de carácter monográfico y exclusivamente dedicada a la rehabilitación de pacientes con daño cerebral. Ha de incluir espacios específicos para el desarrollo de la labor de tres de las siguientes especialidades: fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional, neuropsicología.

3. Al menos 30 nuevos pacientes cada año y una estancia media inferior a 180 días

4. Al menos el 90% de los pacientes presentan diagnóstico etiológico característico de daño cerebral adquirido: TCE, ictus, secuelas de tumores cerebrales, encefalitis, anoxia.

5. Presencia diaria de médico rehabilitador y posibilidad de acceso regular a consultas de neurólogo y psiquiatra.

6. El equipo terapéutico ha de incluir al menos un fisioterapeuta y un terapeuta ocupacional a jornada completa, y un logopeda y un neuropsicólogo con dedicación de media jornada cada uno.

7. Se deberá contar con al menos los siguientes profesionales de presencia física diaria

- 1 médico
- 1 fisioterapeuta
- 1 logopeda
- 1 neuropsicólogo
- 1 terapeuta ocupacional

REGIMEN DE FUNCIONAMIENTO ACONSEJABLE

1. El equipo terapéutico se reunirá semanalmente con el fin de elaborar y revisar los planes individualizados de rehabilitación. En la reunión participarán médicos y terapeutas de cada especialidad.
2. La historia clínica del paciente incluirá planes individualizados de rehabilitación con objetivos funcionales en cada una de las áreas de rehabilitación.
3. En cada caso se elaborarán informes de evaluación inicial, de seguimiento y de alta que reflejen la naturaleza multidisciplinar de la rehabilitación.
4. Existirán métodos de medición de resultados de la rehabilitación
5. Deberá existir un plan de atención a las familias que incluya:
 - Reuniones periódicas con el responsable médico
 - Sesiones regulares de entrenamiento en el manejo de los problemas que presenta el paciente. Las llevarán a cabo los distintos terapeutas que trabajan con el paciente