

PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS

PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS (PPT) QUE HA DE REGIR LA CONTRATACIÓN MEDIANTE ACUERDO MARCO CON UN ÚNICO ADJUDICATARIO EL SERVICIO PÚBLICO CONSISTENTE EN LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS DE REHABILITACIÓN DOMICILIARIA Y LOGOPEDIA AMBULATORIA EN EL ÁMBITO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.

1.- INTRODUCCIÓN

Actualmente el Servicio de Salud del Principado de Asturias carece de medios propios para satisfacer la demanda asistencial de determinados procedimientos terapéuticos de rehabilitación, lo que hace necesario la contratación externa de estas prestaciones sanitarias, conforme a lo previsto en el marco jurídico del Principado de Asturias, y a la evolución del conocimiento científico y técnico, con las indudables mejoras asociadas que esto conllevara en la calidad terapéutica, y en definitiva en la calidad asistencial prestada.

Por ello, y en virtud de lo dispuesto en el artículo 116 del Real Decreto Legislativo 3/2011 por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público (en adelante TRLCSP 3/2011), se procede a elaborar el presente Pliego de Prescripciones Técnicas para la realización de Procedimientos terapéuticos de rehabilitación domiciliaria y logopedia ambulatoria, en el ámbito territorial del Principado de Asturias.

2.- OBJETO DEL CONTRATO

2.1.- Constituye el objeto del presente contrato la realización de los procedimientos terapéuticos de rehabilitación domiciliaria y logopedia ambulatoria que se describen en el ANEXO I del presente Pliego de Prescripciones Técnicas (en adelante PPT) "PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS DE REHABILITACIÓN DOMICILIARIA Y LOGOPEDIA AMBULATORIA", para los pacientes de las Áreas Sanitarias III y V en el ámbito del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias.

2.2.- Los procesos y procedimientos terapéuticos se corresponden con los siguientes lotes:

Lote 1. Procedimientos Terapéuticos de Rehabilitación domiciliaria.

Lote 2. Procedimientos Terapéuticos de Logopedia Ambulatoria.

2.3.- Las especificaciones de cada una de los lotes se descomponen en los siguientes bloques:

BLOQUE A: EQUIPAMIENTO

BLOQUE B: LOCALES E INSTALACIONES

BLOQUE C: RECURSOS HUMANOS

BLOQUE D: ORGANIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

BLOQUE E: REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

BLOQUE F: INFORMES CLÍNICOS

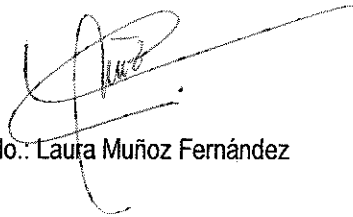
2.4.- En cada uno de los Bloques se han definido unos requisitos mínimos de obligado cumplimiento y no puntuables, que se describen en el Anexo II Procesos y Procedimientos Terapéuticos de Rehabilitación.

2.5.- En el Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares se detallan unas mejoras en la oferta para los dos lotes, que se valoraran de acuerdo a una puntuación máxima definida para cada una de ellas.

2.6- La realización de los procedimientos indicados en el ANEXO I.- PPT "PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS " se llevará a cabo por los adjudicatarios a requerimiento del Servicio de Salud del Principado de Asturias, previa determinación de los procedimientos concretos a realizar, su número, el plazo de realización, así como las condiciones específicas de ejecución, ajustándose, en todo caso, a las establecidas con carácter general en el contrato y en el presente Pliego.

En Oviedo, a 20 de noviembre de 2015

LA DIRECTORA DE ATENCIÓN Y EVALUACIÓN SANITARIA

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'L' followed by a series of loops and a long horizontal stroke extending to the right.

Fdo.: Laura Muñoz Fernández

ANEXO I

PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS DE REHABILITACIÓN

LOTE 1:		REHABILITACIÓN DOMICILIARIA	
CODIGO CMD	DESCRIPCION	CODIGO PROCESO	DESCRIPCION PROCESO
1	Accidente vascular cerebral (AVC) con hemiplejia.	1.3	AVC con hemiplejia en fase aguda
		1.4	AVC con hemiplejia en fase crónica
2	Enfermedades del sistema nervioso central.	2.2	Enfermedad de Parkinson.
		2.3	Esclerosis múltiple.
		2.4	Otras enfermedades del sistema nervioso central.
3	Lesiones de la Médula Espinal	3.2	Lesiones de la Médula Espinal
4	Afecciones del sistema nervioso periférico y neuromiopatías	4.4	Afecciones del sistema nervioso periférico y neuromiopatías
5	Traumatismos craneoencefálicos	5.2	Traumatismos craneoencefálicos
6	Afecciones traumáticas Osteoarticulares y de partes blandas de las extremidades.	6.5	Fracturas de epífisis proximal del humero
		6.6	Fracturas de epífisis proximal del fémur
		6.7	Otras afecciones traumáticas y de las partes blandas de las extremidades
7	Afecciones no traumáticas Osteoarticulares y de partes blandas de las extremidades.	7.7	Artroplastia de rodilla.
		7.8	Artroplastia de cadera.
		7.9	Otras afecciones no traumáticas y de las partes blandas de las extremidades (excepto artroplastia de rodilla y cadera).
8	Afecciones traumáticas y no traumáticas de la columna vertebral sin lesión medular.	8.4	Afecciones vertebrales sin lesión medular.
9	Amputaciones	9.2	Amputaciones de las extremidades inferiores
10	Enfermedades respiratorias	10.2	EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)
12	Grupo específico de patología senil.	12.2	Síndrome de inmovilidad.

LOTE 2: LOGOPEDIA	
13	Alteraciones del lenguaje, de la voz y del habla en la edad adulta. (Quedan excluidas las alteraciones del lenguaje durante el periodo obligatorio de escolarización)
	13.1 Disfonía.
	13.2 Afasia.
	13.3 Disartria.
	13.4 Trastornos de la fluencia.
	13.5 Anomalías bucodentofaciales.
	13.6 Laringectomía.

ANEXO II

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:
REQUISITOS MÍNIMOS**

ANEXO II

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: REQUISITOS MÍNIMOS

LOTE 1: REHABILITACIÓN DOMICILIARIA

BLOQUE A: EQUIPAMIENTO

1.- NORMATIVA

Será de obligado cumplimiento en todo momento, la normativa legal y autonómica vigente, y en especial lo dispuesto en el Decreto 55/2014, de 20 de mayo por el que se regula la autorización de centros y servicios sanitarios, así como, los criterios internacionales especificados en el Real Decreto 1591/ 2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios, para la ubicación, funcionamiento y seguridad de todos los equipos disponibles electromédicos o no, y para todo el material fungible que se precise debiendo de estar todos ellos en correcto estado de funcionamiento.

EQUIPAMIENTO

El número de equipos o aparatos disponibles deberá estar adaptado a la actividad asistencial desarrollada y más concretamente a la asistencia de pacientes derivados por los centros remitentes garantizando en todo momento que esta sea correcta, eficiente y de calidad .

2.-EQUIPAMIENTO MÉDICO GENERAL

Para realizar las funciones de exploración, diagnóstico, revisiones y marcar planes terapéuticos, se dispondrá de todo el equipamiento y utillaje necesario, y en concreto de una unidad de cada uno de los elementos que relacionan a continuación excepto en el caso de que se especifique otro número distinto:

- Para traslado al domicilio del paciente: goniómetro, dinamómetro de mano, cinta métrica, martillo de reflejos, diapasón, esfingomanómetro, fonendoscopio, linterna de exploración.
- En el local de consulta-entrevistas de pacientes y familiares se dispondrá de negatoscopio o lector de imágenes radiológicas digitales, báscula, tallímetro y camilla para pacientes adultos.

3.- ELECTROTERTERAPIA

3.1 ESTIMULACIÓN NEUROMUSCULAR TRANSCUTÁNEA TNS

El Equipamiento poseerá, al menos, los siguientes elementos y las características mínimas que se describen a continuación:

- Estimulador portátil, con un peso menor o igual de 200 gr.
- Microprocesador que controle todas las funciones del mismo, disponiendo de sistemas de alarma que avisan visualmente (mediante leds) y acústicamente (mediante sonidos) de cualquier tipo de incorrección en la aplicación.
- Dos salidas con dosificadores independientes para cada salida.
- Batería (pila 9v) o alimentador de red Frecuencia: 1 a 200 Hz.
- Anchura de pulso: 30 a 280 μ s.
- Intensidad: 60 mA.

- Modulación trenes: 3 Hz.
- 2 cables para electrodos.
- 4 electrodos de goma 30 x 50 mm.
- 4 electrodos desechables 30 x 50 mm.
- Rollo cinta adhesiva.
- Bote gel conductor.
- Instrucciones de manejo.
- Maletín de transporte.
- Certificación CE o de calidad.

3.2 ULTRASONIDOS

El equipo permitirá que se consigan, al menos, los mecanismos de acción y los efectos fisiológicos siguientes:

- Acción de micromasaje a nivel celular.
- Acción térmica por la degradación de la energía mecánica en el interior de los tejidos.
- Mecanismo de reacción química a nivel molecular.
- Acción refleja neural tanto en las terminaciones nerviosas como en las raíces.

El Equipamiento poseerá, al menos, los siguientes elementos y las características mínimas que se describen a continuación:

- Equipo portátil, con un peso que oscile sobre los 4 Kg.
- Frecuencias ultrasónicas: 1 MHz.
- Intensidad/duty cycle: 3W/cm².
- Reloj acoplado al control de contacto.
- Batería: 12 V – 1,8 Ah. Batería de plomo sin mantenimiento.
- Voltaje: 110 – 220 V (50/60 Hz.).
- Prueba de seguridad: reconocido por CE.
- Cabezal estándar de 4-6 cm². de ERA.
- Tipo de emisión: pulsátil y continua.
- Adaptador a la red.
- Gel transmisor.
- Instrucciones de manejo.
- Maletín de transporte, de dimensiones estándar.

4. MATERIAL TÉCNICO

4.1 ANDADORES SIN RUEDAS

Los andadores como estructuras autoestables con 3 o más pies de apoyo mientras se camina, al menos, deberán poseer las siguientes características:

- Talla normalizada del andador en función de la altura del usuario.
- Peso del andador (Kg): adecuado a las necesidades del usuario. En cualquier caso, el peso no será superior a 3 Kg.
- Descripción general: andador plegable regulable en altura.
- Ajustes disponibles: sistema de plegado mediante pulsador retráctil de accionamiento manual dispuesto en la barra frontal superior. Regulación de altura por alargamiento independiente de los cuatro pies de apoyo en pasos de 25 mm. mediante pulsadores retráctiles.
- La anchura máxima para uso en interiores no debe superar los 650 mm.
- La anchura de la empuñadura debe estar entre 20 y 50 mm. (excepto mangos anatómicos).
- El diámetro de la contera debe ser mayor de 35mm

4.2 ANDADORES CON RUEDAS

Los andadores con ruedas, también conocidos como rodadores, son estructuras auto estables con ruedas y asideros que proporcionan apoyo mientras se camina.

Dispondrán, al menos de dos ruedas delanteras y dos pies de apoyo traseros, aceptándose también, lógicamente, modelos con cuatro ruedas y variantes con asiento de descanso.

Poseerán, al menos, las siguientes características:

- Talla normalizada del andador con ruedas en función de la altura del usuario.
- Peso del andador con ruedas (Kg): adecuado a las necesidades del usuario. El peso será inferior a 4.5 Kg.
- La anchura máxima para uso en interiores no debe superar los 650 mm.
- El diámetro de las ruedas delanteras no debe ser inferior a 75 mm.
- Para uso en exteriores el diámetro de las ruedas no debe ser inferior a 180 mm. y la anchura de las ruedas no debe ser inferior a 28 mm.
- La anchura de la empuñadura debe estar entre 20 y 50 mm. (excepto mangos anatómicos).
- El diámetro de la contera debe ser mayor de 35 mm.

5. MATERIAL FUNGIBLE

Se dispondrá, como mínimo, del siguiente material:

- Batas con manga larga desechables.
- Guantes de látex o vinilo desechables talla pequeña.
- Guantes de látex o vinilo desechables talla mediana.
- Guantes de látex o vinilo desechables talla grande.
- Mascarillas desechables adecuadas a cada paciente.
- Vendas de Yeso para la confección de férulas.

6. EQUIPAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

El equipamiento mínimo es el necesario para facilitar las transferencias o las actividades de la vida diaria (AVD) más básicas de los usuarios. Se poseerá asimismo, el equipamiento necesario para el tratamiento por medio de juegos y otras actividades, de pacientes, niños o adultos con secuelas neurológicas (Accidente Cerebrovascular, Parálisis Braquial, Parálisis cerebral infantil), amputados y otros déficit, en los que se prescriba dicha modalidad de tratamiento.

6.1 HIGIENE PERSONAL

6.1.1 Adaptación al baño:

- Tabla de bañera, colocándose por encima de la misma, sin modificaciones estructurales del baño.
- Asa de pared aumentando la seguridad a la hora de entrar y salir del plato de ducha.
- Elevador sanitario de WC, aumentando la altura del inodoro para facilitar la incorporación en bipedestación y en sedestación

6.1.2 Ayudas técnicas

- Peine con mango largo flexible: ideal para el paciente con balance articular limitado en el hombro.
- Pulsera metacarpo-falángica para colocar cepillo de dientes o cuchilla para afeitarse

6.2 VESTIRSE

- Calzador con mango largo, al menos 40 cms.
- Calzalcetín: Adecuados para pacientes con balance articular limitado en flexión de cadera o con prótesis de cadera.
- Abrochabotones.
- Pinza con mango largo para alcanzar objetos
- Bastón de ayuda para facilitar al paciente con movilidad reducida la acción de vestirse y desvestirse.

6.3 ALIMENTACIÓN

- Material antideslizante que evita que los objetos resbalen.
- Protege-comida que evita que ésta salga del plato cuando el paciente sólo puede utilizar una mano.
- Cubiertos con mangos gruesos y moldeables.
- Cubiertos adaptados, que permiten cortar con una mano:
 - Tipo tenedor / cuchillo.
 - Cuchillo tipo media luna.
 - Cuchillo tipo L.
- Pulsera metacarpo-falángica para colocar cubiertos.
- Vaso adaptado, para paciente con prensión limitada, con tapa y caña, con 1 ó 2 asas, con abertura en forma de 4 para pacientes con extensión cervical limitada.

6.4 COCINA

- Tabla con ventosas y clavos que permite cortar y pelar verduras con una mano.
- Pelador adaptado

6.5 ESCRITURA

- Agarradora de lápices y bolígrafos

6.6 OCIO

- Soporte que permite hacer puntos con una mano. Se coloca sobre el borde de una mesa.
- Soporte de madera para jugar a las cartas con una mano

6.7 AYUDAS TÉCNICAS PARA LA EXTREMIDAD SUPERIOR

6.7.1 Férulas:

- Férula pasiva derecha para pacientes con debilidad o espasticidad de leve a moderada, que puede moldearse.
- Férula pasiva izquierda para pacientes con debilidad o espasticidad de leve a moderada, que puede moldearse.
- Material termoplástico para confeccionar férulas o adaptaciones.
- Cutter para cortar material termoplástico.
- Tijeras para cortar material termoplástico.
- Vendas para moldear férulas.
- Velcro y cintas.
- Pistola de aire caliente
- Vendaje tubular

6.7.2 Cabestrillo

- Cabestrillo tipo hemipléjico

6.7.3 Soporte

- Soporte para reducir la subluxación de hombro

6.8 TRANSFERENCIAS

6.8.1 Tabla de transferencias de madera:

- Silla de ruedas ↔ cama
- Silla de ruedas ↔ coche

- Silla de ruedas ↔ silla

Tabla de madera (20 cm. x 65 cm. x 2 cm.) que permite al paciente pasar de un asiento a otro sin desniveles y de manera autónoma. También puede facilitar la tarea del cuidador

6.8.2 Disco Giratorio que facilita la tarea del cuidador durante las transferencias pasivas del paciente

7. EQUIPAMIENTO INFORMÁTICO

La adjudicataria deberá de disponer de un tratamiento informatizado de los procesos administrativos asociados al paciente y a la derivación,. En concreto, ha de ser capaz de disponer de un sistema de programación de citas, control de asistencia y anulaciones, registro de tratamientos.

8. OTROS

La empresa adjudicataria dispondrá de servicio técnico permanente y de mantenimiento (preventivo y reparador) del equipamiento informático y electromédico, estableciendo, en este sentido, las condiciones de colaboración con las empresas suministradoras para reducir al mínimo los tiempos de parada de los equipos, e igualmente, la empresa adjudicataria se responsabilizará de la garantía de calidad de su funcionamiento, de acuerdo con las instrucciones de cada suministrador y del restablecimiento de las condiciones que, aún no suponiendo un paro en la actividad, puedan comprometer la calidad de los procedimientos y/o la seguridad de los pacientes.

BLOQUE B: LOCALES E INSTALACIONES

Será de obligado cumplimiento la normativa legal local, autonómica y estatal vigentes, para la construcción y puesta en marcha de este tipo de instalaciones, así como toda la normativa de aplicación general, y en especial lo previsto en el Decreto 55/2014, de 28 de mayo por el que se regulan la autorización de centros sanitarios y la normativa vigente en materia de accesibilidad. En todo caso su estructura y distribución garantizará unos itinerarios accesibles externos y unas circulaciones internas, distribución de locales, accesos, dotaciones etc, accesibles y con la menor complejidad posible para los usuarios, atendiendo al criterio de la accesibilidad universal. En todo caso deberá posibilitarse adecuadamente la movilidad de camas, camillas, sillas de ruedas, material y medios de evacuación. La accesibilidad Universal se entiende en los términos expresados en el artículo 2 letra c de la Ley 51/2003 de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

1. LOCAL DE COORDINACIÓN DE REHABILITACIÓN DOMICILIARIA

Se dispondrá de un local de coordinación con las siguientes zonas diferenciadas :

- Área de recepción y sala de espera en condiciones generales adecuadas para procurar la comodidad de pacientes y acompañantes.
- Área Clínica de Consulta, exploración y tratamiento, que contará con ventilación e iluminación suficiente.
- Área de aseos integrada en el centro que dispondrá de lavamanos e inodoro para utilización de los usuarios, así como, dosificador de jabón, aparato para secar las manos de aire caliente o toallas de un solo uso y cubo de pedal.
- Se dispondrá de un sistema de archivo de las historias clínicas que permita su rápida localización y garantice mediante medidas de índole técnica y organizativa, la custodia segura y la confidencialidad de los datos personales contenidos en ellas, su correcta conservación y la recuperación de la información. Este archivo podrá tener formato digital. En cualquier caso se garantizarán las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad y la integridad clínica de acuerdo con la normativa vigente.
- El almacenamiento, ubicación y distribución del equipamiento y material se hará de manera que se preserven los circuitos higiénico-sanitarios de circulación de personas y materiales.

2. CONDICIONES DE LA ACTIVIDAD SANITARIA EN RELACIÓN CON LA HIGIENE, DESINFECCIÓN, Y ESTERILIZACIÓN Y BIOSEGURIDAD

Deberán mantener en todo momento sus dependencias, instalaciones y equipos de trabajo en condiciones de higiene, desinfección y bioseguridad adecuadas a la actividad desarrollada de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 55/2014, de 28 de mayo por el que se regula la autorización de centros y servicios sanitarios.

3- ASPECTOS GENERALES

Instalación de un sistema de aire acondicionado y calefacción en todas las dependencias.

BLOQUE C: RECURSOS HUMANOS

REQUISITOS MÍNIMOS

1.PERSONAL FACULTATIVO

Un **Facultativo Especialista en Medicina Física y Rehabilitación**, que será responsable del servicio, en posesión de la titulación establecida en la legislación vigente.

2. PERSONAL SANITARIO

- **Diez Fisioterapeutas**, con la titulación establecida en la legislación vigente, a partir de la ejecución del contrato.
- **Un Terapeuta Ocupacional**, con la titulación establecida en la legislación vigente, a partir de la ejecución del contrato.

3 PERSONAL NO SANITARIO

Un **Administrativo**, con el nivel académico exigido para la titulación establecida en la legislación vigente o superior, a partir de la ejecución del contrato.

BLOQUE D: ORGANIZACIÓN EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

REQUISITOS MÍNIMOS

El servicio dispondrá de los protocolos o procedimientos necesarios para garantizar la accesibilidad de los profesionales a los servicios y equipamiento necesarios

1. HORARIO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

1.1 Horario de prestación Terapéutica

a) Realización del procedimiento con carácter ordinario:

Siete horas diarias en horario de mañana y/o tarde (comprendidas entre las 08 y las 21 horas), 5 días a la semana como mínimo siempre que lo permita el calendario laboral vigente.

b) Contratación de paquetes de servicios (lista de espera y similares). En este caso se ajustará al horario y/o calendario que se pacte con el Servicio de Salud del Principado de Asturias.

c) Durante el horario establecido en los dos apartados anteriores (a y b) se realizarán los procedimientos objeto del servicio a pacientes desde régimen ambulatorio, hospitalización y situaciones de urgencia, según determine el Servicio de Salud del Principado de Asturias

1.2 Horario de oficina

Siete horas diarias en horario de mañana y/o tarde (comprendidas entre las 8 y las 21 horas), 5 días a la semana como mínimo siempre que lo permita el calendario laboral vigente.

2. SOLICITUD DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Las Gerencias de las Áreas III -Avilés- , y V -Gijón- remitirán las solicitudes de los procedimientos de rehabilitación domiciliaria a las dependencias centrales del Servicio de Salud del Principado en modelo normalizado quien a su vez asignará un número de caso a cada solicitud. A su vez desde las dependencias centrales del Servicio de Salud del Principado se remitirán estas solicitudes a la adjudicataria bien en soporte papel mediante repartidor o mensajero propio, fax o bien en soporte informático mediante correo electrónico.

3. COMUNICACIÓN DE LA FECHA DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO (CITACIÓN):

a) Realización del Procedimiento con carácter ordinario:

- **Pacientes con carácter no urgente:** la empresa adjudicataria realizará la citación, en un plazo no superior a 2 días laborables, directamente al paciente por vía telefónica. En el caso de no poder contactar con el paciente o con personas autorizadas, tras al menos tres intentos (en días diferentes y con un intervalo máximo entre la primera y la tercera llamada de 5 días) y en horarios diferentes (una de ellas al menos por la tarde), la empresa adjudicataria deberá comunicarlo con la mayor brevedad al Servicio de Salud del Principado de Asturias, vía fax o correo electrónico.
- **Pacientes con carácter urgente:** Se realizará por la empresa adjudicataria vía telefónica en el mismo momento de su recepción. En el caso de no poder contactar, tras tres intentos, con el paciente o con personas autorizadas, la empresa adjudicataria deberá comunicarlo, con la mayor brevedad, al Servicio de Salud del Principado de Asturias, vía fax o correo electrónico.

b) **En el caso de contratación de paquetes de servicios,** (lista de espera y similares) la demora en la citación para la realización del tratamiento se ajustará al plazo global que se pacte con el Servicio de Salud del Principado de Asturias.

4. REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1. PLAZOS PARA EL INICIO DEL PROCEDIMIENTO

a) Realización del Procedimiento con carácter ordinario.

El plazo para el inicio del procedimiento terapéutico (contado a partir desde el momento de la solicitud), salvo en el caso de que se especifique una fecha concreta posterior en el modelo de solicitud serán:

- En pacientes con carácter no urgente 15 días laborables como máximo.
- En pacientes con carácter urgente, con la mayor brevedad posible y un plazo máximo de respuesta de 48 horas.

b) **El plazo para el inicio del procedimiento, en el caso de contratación de paquetes de servicios (lista de espera y similares)** se ajustará al plazo global que se pacte con el Servicio de Salud del Principado de Asturias

4.2 PROGRAMACIÓN

Tras la primera consulta, una vez decidido y planificado el tratamiento, se entregará al paciente programa de las actividades a realizar con fecha y hora de cada una de las consultas y sesiones terapéuticas. Estas fechas podrán ser

modificadas en función de la respuesta terapéutica y las incidencias que ocurran durante el desarrollo de todo el procedimiento.

4.3 HISTORIA CLÍNICA

La empresa contratada deberá disponer de una historia clínica para cada paciente, a disposición del Servicio de Salud del Principado de Asturias cuyo contenido, usos, archivo y conservación, derechos de acceso, cancelación y oposición deberá cumplir según lo dispuesto en la *Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica* y la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal. En todo caso deberán disponer de la documentación clínica conforme a lo previsto en el Decreto 55/2014, por el que se regula la autorización de centros y Servicios Sanitarios, así como cumplir la normativa legal vigente en cuanto a confidencialidad, protección de datos, y seguridad de las instalaciones.

4.4 PLANIFICACIÓN

Para distribuir las cargas de trabajo de los profesionales, el servicio deberá disponer de un planning conteniendo profesionales y horarios

4.5. HOJA INFORMATIVA Y CUESTIONARIO DE OPINIÓN

En la primera consulta se entregará una "hoja informativa" para cada paciente. En ella se harán constar los derechos y obligaciones del paciente y de la empresa contratada, así como, los datos de referencia de ésta última. Igualmente se informará del mecanismo y soporte de las reclamaciones y sugerencias debiéndose cumplir, en todo momento, la normativa vigente en el Servicio de Salud del Principado de Asturias

Al finalizar el tratamiento, se entregará al paciente un documento de recogida de opinión sobre la prestación del servicio, que se recogerá una vez cumplimentado. En este documento, como mínimo, deberán constar:

1. Actitud y trato de los profesionales 2. Valoración de la puntualidad del servicio. 3. Valoración de la información recibida. 4. Valoración subjetiva del resultado del tratamiento.

4.6 SEGUIMIENTO DE LA ASISTENCIA

La adjudicataria deberá disponer del documento *Hoja de Control de Asistencia* donde quede reflejado el día, hora de inicio, hora final y duración de la asistencia de cada paciente, así como un protocolo de seguimiento de las ausencias.

4.7 NOTIFICACION DE LA ASISTENCIA PRESTADA

Mensualmente la adjudicataria notificará a los servicios centrales del Servicio de Salud vía telemática el inicio de los nuevos procesos recibidos y la finalización de aquellos que hayan terminado el proceso de rehabilitación indicando Nombre y Apellidos, número de historia clínica, número de Seguridad Social, número de caso asignado por el Servicio de Salud y proceso o tratamiento realizado.

BLOQUE E: REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Los licitadores deberán presentar oferta a todos los procesos de cada lote al que opten cuyos procedimientos se describe a continuación.

1.- Teniendo en cuenta la evolución del conocimiento científico una vez formalizado el contrato los citados protocolos pueden ser modificados y añadirse otros procedimientos nuevos, siempre con los objetivos de conseguir mayor facilidad de realización con menores molestias y un aumento de la capacidad terapéutica. Estas modificaciones deberán contar con la aprobación del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

De la misma manera los criterios de inclusión y exclusión en cada procedimiento serán relativos y susceptibles de modificación y deberán contar con la aprobación del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

2.- Siempre que las características técnicas del equipamiento lo permitan y basándose en el conocimiento científico en cada protocolo específico, de forma general o en un paciente concreto, la adjudicataria modificará a requerimiento del Servicio de Salud del Principado de Asturias, las características del mismo.

3.- El intervalo máximo de tiempo entre dos sesiones de las especificadas en cada uno de los protocolos que se describen a continuación, será de tres días laborables.

4.-El alta se dará en cualquiera de las siguientes circunstancias :

4.1. En la primera visita médica (MD-1), cuando se considere "No indicado el tratamiento solicitado"

4.2. **Siempre que se haya conseguido la curación, la máxima mejoría alcanzable o los objetivos especificados en cada protocolo, independientemente del número de sesiones realizadas.**

4.3. Cuando se considere que no es posible la curación, mejoría adicional o el cumplimiento de los objetivos especificados o alguno de ellos, y se hallan realizado todas las sesiones y visitas especificadas en cada uno de los protocolos.

5.-Cuando se produzca interrupción de tratamiento por causas ajenas a la empresa que presta el servicio se procederá como sigue :

5.1 – Si es debido a circunstancias personales del paciente justificadas por enfermedad, intervención quirúrgica o ingreso hospitalario se mantendrá el proceso abierto durante 10 días laborales continuados, transcurridos los cuáles y en caso de mantenerse en esa situación, se procederá a dar el alta.

5.2 – En caso de interrupción por otros motivos, o por incomparecencia del paciente por un periodo de 3 sesiones continuadas sin justificar se procederá a dar el alta.

Modalidades Terapéuticas a utilizar en los protocolos de realización de cada procedimiento

Modalidad Terapéutica		Descripción	
Código	Descripción	Tiempo de consulta	Recursos mínimos utilizados
MD-1	Primera visita médica realizada en el domicilio habitual del paciente previo al inicio del tratamiento de rehabilitación	45'	Visita médico rehabilitador
MD-R	Revisión médica realizada en el domicilio habitual del paciente con el fin de, si procede, reorientar los objetivos y/o modificar el plan terapéutico	30'	Visita médico rehabilitador
MD-A	Visita médica realizada en el domicilio habitual del paciente para valorar el resultado final del tratamiento y confeccionar el informe de alta	45'	Visita médico rehabilitador
FD	Tratamiento de fisioterapia realizado en el domicilio habitual del paciente	40'	Fisioterapeuta
TOD	Tratamiento de terapia ocupacional realizado en el domicilio habitual del paciente. Consulta de terapia ocupacional orientada a la valoración de las barreras arquitectónicas y al asesoramiento de las adaptaciones y/o ayudas técnicas	40'	Terapeuta Ocupacional

PROCEDIMIENTOS

CATEGORÍA MAYOR DIAGNOSTICA. Código CMD 1

Accidente Vascular Cerebral (AVC) con Hemiplejía.

Descripción de las Categoría Mayor Diagnóstica: se incluirán todos aquellos pacientes que hayan sufrido un accidente vascular cerebral (AVC) provocado por enfermedades o lesiones cerebrales y que comporten un síndrome paralizante de uno de los hemicuerpos.

Códigos y descripciones más frecuentes del CIE-9-MC incluidos en esta CMD

342 [0.9] Diferentes tipos de hemiplejía o de hemiparesia

436 Enfermedad cerebrovascular aguda mal definida

438.2 [0.2] Hemiplejía/hemiparesia

438.3 [0.2] Monoplejía de extremidad superior

438.4 [0.2] Monoplejía de extremidad inferior

- En el caso de que exista la necesidad de codificar alguna patología no descrita, se seguirán los criterios citados en la definición de la CMD o los específicos del proceso correspondiente, además de los explícitos en los manuales de codificación de la CIE-9-MC. - Siempre se procurará codificar a 4 ó 5 dígitos.

Códigos y descripciones CIE-9-MC excluidos:

343.1 Hemiplejía congénita

343.4 Hemiplejía infantil

Procesos Incluidos en este Lote y Categoría Mayor Diagnóstica.

1.3 AVC con hemiplejía en fase aguda

Descripción del Proceso: En este proceso se incluirán todos aquellos pacientes que reúnan las siguientes características:

- Hemiplejía aguda por AVC
- Tiempo de evolución inferior a seis meses en caso de infarto isquémico y de un año en caso de infarto hemorrágico

Criterios de Inclusión: Pacientes que cumplan, como mínimo, uno de los criterios de inclusión que se describen en los apartados de adecuación y/o seguridad y siempre los de accesibilidad

Criterios de adecuación:

- AVC en fase evolutiva

Criterios de accesibilidad:

- No poder desplazarse a un centro hospitalario o ambulatorio de forma autónoma

Criterios de seguridad:

- El desplazamiento incrementa los factores de riesgo
- Problemas de incontinencia
- Problemas de orientación

Criterios de Exclusión: 1. Ámbito domiciliario que no cumple las mínimas condiciones higiénicas y arquitectónicas para desarrollar un programa terapéutico. 2. Déficit cognitivo del paciente que impide una mínima colaboración. 3. No aceptación del tratamiento por parte del enfermo y/o de los cuidadores. 4. No colaboración de la familia y/o cuidadores cuando sea imprescindible

Objetivos Generales: 1. Adquirir un nivel funcional que permita una vida en comunidad con eventual necesidad de seguir tratamiento ambulatorio. Generalmente I.Barthel >65. 2. Adquirir el estado de cronicidad descrito sin posibilidades de desarrollar vida en comunidad. En este caso se establece un programa de educación sanitaria. Generalmente I.Barthel <65.

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**Primera Visita Control y Alta:**

Profesional	Tipo	Nº de visitas
Médico Rehabilitador	MD- 1	1
Médico Rehabilitador	MD-R	1
Médico Rehabilitador	MD-A	1

Se realizarán además de lo específico de cada modalidad terapéutica

- Cumplimentación exhaustiva de la historia clínica
- Evaluar las necesidades de rehabilitación
- Definir la frecuencia del tratamiento y los profesionales que intervienen
- Marcar los objetivos terapéuticos concretos

Control y alta:

- Evaluar resultados terapéuticos
- Definir la situación de alta del servicio
- Realizar el informe de alta

Tratamiento de Fisioterapia:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Fisioterapeuta	FD	17

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Consolidación y mejoramiento de la marcha
- Entrenamiento para el uso de las extremidades superiores
- Tratamiento de la espasticidad
- Tratamiento de los trastornos sensitivos
- Adaptación al uso de órtesis prescritas de miembros inferiores

Tratamiento de Terapia Ocupacional:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Terapeuta Ocupacional	TOD	3

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Entrenamiento en la realización de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales
- Informar e implicar, tanto a la familia como al paciente, en el proceso terapéutico
- Educación sanitaria
- Las técnicas necesarias para disminuir el impacto de las deficiencias y/o discapacidades en los miembros superiores y tronco
- Trabajar la capacidad neuropsicológica
- Aconsejar ayudas técnicas, adaptaciones y/u órtesis

- Asesoramiento sobre el posicionamiento, el manejo y/o la estimulación del paciente

1.4 AVC con hemiplejía en fase crónica

Descripción del Proceso: En este proceso se incluirán todos los pacientes que reúnan las siguientes características:

- Situación clínica de hemiplejía de origen vascular
- Tiempo de evolución superior a seis meses en casos de infarto isquémico y de un año en caso de infarto hemorrágico

Criterios de inclusión: Pacientes que cumplan, como mínimo, uno de los criterios de inclusión que se describen en los apartados de adecuación y/o seguridad y siempre los de accesibilidad.

Criterios de adecuación:

- Espasticidad severa que condiciona el deterioro funcional.
- Patología intercurrente que obligue a un encamamiento prolongado.
- Incidencia de nuevos factores quirúrgicos u ortopédicos relacionados con el AVC.
- Necesidad objetiva de adaptación intradomiliaria.

Criterios de accesibilidad:

- No poder desplazarse a un centro hospitalario o ambulatorio de forma autónoma

Criterio de seguridad:

- El desplazamiento incrementa los factores de riesgo
- Problemas de incontinencia
- Problemas de orientación

Criterios de Exclusión: 1. Ámbito domiciliario que no cumple las condiciones higiénicas y arquitectónicas para desarrollar un programa terapéutico. 2. Déficit cognitivo del paciente que impide una mínima colaboración. 3. No aceptación del tratamiento por parte del enfermo y/o cuidadores. 4. No colaboración de la familia y/o cuidadores cuando sea imprescindible

Objetivos Generales: 1. Restablecer la situación funcional previa al agravamiento de las secuelas. 2. Establecer un programa de educación sanitaria.

Primera Visita Control y Alta:

Profesional	Tipo	Nº de visitas
Médico Rehabilitador	MD- 1	1
Médico Rehabilitador	MD-A	1

Se realizarán además de lo específico de cada modalidad terapéutica

- Complimentación exhaustiva de la historia clínica
- Evaluar las necesidades de rehabilitación
- Definir la frecuencia del tratamiento y los profesionales que intervienen
- Marcar los objetivos terapéuticos concretos

Control y alta:

- Evaluar resultados terapéuticos
- Definir la situación de alta del servicio
- Realizar el informe de alta

Tratamiento de Fisioterapia:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Fisioterapeuta	FD	17

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Reconocer las discapacidades del momento y abordarlas según el contexto humano y ambiental del paciente
- Disminuir el dolor crónico debido a problemas neuromusculoesqueléticos, algodistrofia del miembro superior
- Tratamiento de la espasticidad severa
- Educación sanitaria

Tratamiento de Terapia Ocupacional:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Terapeuta Ocupacional	TOD	3

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Entrenamiento en la realización de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales
- Aconsejar ayudas técnicas, adaptaciones y/u órtesis.
- Asesoramiento sobre el posicionamiento, el manejo y/o la estimulación del paciente.
- Informar e implicar, tanto a la familia como al paciente, en el proceso terapéutico.
- Educación sanitaria.

CATEGORÍA MAYOR DIAGNOSTICA. Código CMD 2

Enfermedades del Sistema Nervioso Central

Descripción de las Categoría Mayor Diagnóstica:

Se incluirán todos los pacientes con enfermedades que afecten al encéfalo y a sus cubiertas y que comporten alteraciones del movimiento y/o de la postura y/o de la coordinación y/o del equilibrio y/o de la sensibilidad, así como de las funciones superiores.

Códigos y descripciones más frecuentes del CIE-9-MC incluidos en esta CMD

191 [0.9] Neoplasia maligna del encéfalo
225.0 Neoplasia benigna del encéfalo
332 Todas las formas de Parkinsonismo
340 Esclerosis múltiple
348.1 Lesiones cerebrales anóxicas

- En el caso de que exista la necesidad de codificar alguna patología no descrita, se seguirán los criterios citados en la definición de la CMD o los específicos del proceso correspondiente, además de los explícitos en los manuales de codificación de la CIE-9-MC. - Siempre se procurará codificar a 4 ó 5 dígitos

Códigos y descripciones CIE-9-MC excluidos:

- Enfermedades que afecten a la médula espinal y al Sistema Nervioso Periférico
- Traumatismos Cráneo Encefálicos
- Enfermedades degenerativas tipo Alzheimer, demencias, espinocerebelosas y de la neurona motora

Procesos Incluidos en este Lote y Categoría Mayor Diagnóstica.

2.2 Enfermedad de Parkinson

Descripción del Proceso: se incluirán todos los pacientes diagnosticados de cualquier tipo de Parkinsonismo

Criterios de Inclusión: Pacientes que cumplan como mínimo uno de los criterios de inclusión que se describen en los apartados de adecuación y/o seguridad y siempre los de accesibilidad

Adecuación: Estadios 4, 5 de Hoehn y York

Accesibilidad: No poder desplazarse al centro hospitalario o ambulatorio de forma autónoma

Seguridad: 1. Si el desplazamiento aumenta los factores de riesgo. 2. Problemas de incontinencia. 3. Problemas de orientación

Criterios de Exclusión: 1. Estadios 1, 2, y 3 de la enfermedad. 2. El domicilio no cumple las mínimas condiciones higiénicas o arquitectónicas. 3. Déficit cognitivo que impida una mínima colaboración en el tratamiento. 4. No aceptación del tratamiento por parte del enfermo y/o cuidadores. 5. No colaboración de la familia y/o cuidadores cuando ésta sea imprescindible

Objetivos Generales: 1. Evitar los efectos perniciosos de la enfermedad. 2. Intervención en el entorno para facilitar la autonomía personal. 3. Educación sanitaria

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Primera Visita Control y Alta:

Profesional	Tipo	Nº de visitas
Médico Rehabilitador	MD- 1	1
Médico Rehabilitador	MD-A	1

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Cumplimentación exhaustiva de la historia clínica
- Evaluación de las necesidades de rehabilitación
- Definir la frecuencia del tratamiento y de los profesionales que intervienen
- Marcar los objetivos terapéuticos concretos

Control y alta:

- Evaluar el resultado terapéutico
- Definir la situación de alta
- Confeccionar el informe de alta
- Identificar a los pacientes que puedan precisar intervenciones posteriores

Tratamiento de Fisioterapia:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Fisioterapeuta	FD	17

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

En el estadio 4:

- Mantener la amplitud articular funcional
- Estimular la participación activa del paciente
- Instalación correcta del paciente en la cama y en la silla para el confort y prevención de retracciones musculares y deformidades articulares, evitando actitudes viciosas
- Los ejercicios serán practicados en diversas posiciones: decúbito, sedestación y bipedestación

En el estadio 5:

- Prevención de las complicaciones respiratorias
- Mejorar la capacidad ventilatoria

- Prevención de deformidades articulares
- Sedestación en sillón el mayor tiempo posible
- Bipedestación asistida entre dos personas o en plano inclinado
- Participación en las A.V.D. dentro de sus posibilidades
- Educación sanitaria

Tratamiento de Terapia Ocupacional:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Terapeuta Ocupacional	TOD	3

Se realizarán además de lo específico de cada modalidad terapéutica:

- Entrenamiento en la realización de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales
- Disminuir el impacto de las deficiencias y/o discapacidades de los miembros superiores y tronco
- Aconsejar adaptaciones, ayudas técnicas y/u órtesis
- Asesoramiento sobre el posicionamiento, el manejo y/o la estimulación del paciente
- Informar e implicar, tanto a la familia como al paciente, en el proceso terapéutico
- Educación sanitaria

2.3 Esclerosis múltiple

Descripción del Proceso: se incluirán todos los pacientes diagnosticados de Esclerosis Múltiple y que cumplan, como mínimo, uno de los criterios de inclusión que se describen en los apartados de adecuación y/o seguridad y siempre los de accesibilidad

Criterios de Inclusión:

Criterios de adecuación: Cuatro primeros meses después de un brote de la enfermedad

Criterios de accesibilidad: No poder desplazarse al centro hospitalario o ambulatorio de forma autónoma

Criterios de seguridad: 1. Si el desplazamiento aumenta los factores de riesgo. 2. Déficit severo de control de esfínteres
3. Problemas de orientación

Criterios de Exclusión: 1. Que el ámbito domiciliario cumpla las mínimas condiciones higiénicas y arquitectónicas para desarrollar un programa terapéutico. 2. El déficit cognitivo del paciente impide la colaboración mínima del paciente

No aceptación del tratamiento por parte del enfermo y/o cuidadores. 3. No colaboración de la familia y/o cuidadores cuando sea imprescindible. 4. Asistencia a otra modalidad asistencial simultánea (centro propio de la asociación de enfermos)

Objetivos Generales: 1. Mejorar la funcionalidad. Tratamiento de los síntomas. 2. Evitar complicaciones generales. 3. Estimular la independencia. 4. Adaptación al entorno. 5. Análisis de actividad: ergonomizar los esfuerzos en las actividades cotidianas

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Primera Visita Control y Alta:

Profesional	Tipo	Nº de visitas
Médico Rehabilitador	MD- 1	1
Médico Rehabilitador	MD-A	1

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Complimentación exhaustiva de la historia clínica
- Evaluación de las necesidades de rehabilitación
- Definir la frecuencia del tratamiento y de los profesionales que intervienen

- Marcar los objetivos terapéuticos concretos

Control y alta:

- Evaluar el resultado terapéutico
- Definir la situación de alta
- Confeccionar informe de alta
- Identificar a los pacientes que puedan precisar intervenciones posteriores

Tratamiento de Fisioterapia:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Fisioterapeuta	FD	17

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Disminuir la espasticidad
- Mantenimiento de la fuerza muscular
- Mantenimiento del equilibrio y de la coordinación
- Reeducación de la marcha
- Valoración de la necesidad de órtesis antiequinas

En casos más avanzados:

- Mantenimiento de las capacidades restantes
- Preservación de las posibilidades de desplazamiento
- Prevención de las úlceras por decúbito
- Prevención de las complicaciones respiratorias
- Prevención de los trastornos circulatorios
- Educación sanitaria

Tratamiento de Terapia Ocupacional:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Terapeuta Ocupacional	TOD	3

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Entrenamiento en la realización de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales
- Valorar el ahorro de energía en la ocupación diaria
- Disminuir el impacto de las deficiencias y/o discapacidades de los miembros superiores y tronco
- Enseñar manejo silla de ruedas autopropulsada o eléctrica
- Aconsejar adaptaciones, ayudas técnicas y/u órtesis
- Asesoramiento sobre el posicionamiento, el manejo y/o la estimulación del paciente
- Informar e implicar, tanto a la familia como al paciente, en el proceso terapéutico
- Educación sanitaria

2.4 Otras Enfermedades del Sistema nervioso Central

Descripción del Proceso: se incluirán todos aquellos pacientes diagnosticados de enfermedades que afecten al encéfalo y a sus cubiertas y que comporten alteraciones del movimiento y/o de la postura y/o de la coordinación y/o del equilibrio y/o de la sensibilidad, así como de las funciones superiores y que cumplan, como mínimo, uno de los criterios de inclusión que se describen en los apartados de adecuación y/o seguridad y siempre los de accesibilidad. Quedan excluidas la enfermedad de Parkinson en todas sus formas y la Esclerosis Múltiple.

Criterios de Inclusión:

Criterios de adecuación: 1. La patología genera un proceso de discapacidad del paciente. 2. La naturaleza del proceso es en si misma potencialmente rehabilitable. 3. Precisa objetivamente de ayudas técnicas a domicilio. 4. Precisa objetivamente de un programa de educación sanitaria.

Criterios de accesibilidad: 1. No poder desplazarse al centro hospitalario o ambulatorio de forma autónoma

Criterios de seguridad: 1. Si el desplazamiento aumenta los factores de riesgo. 2. Déficit severo del control de esfínteres. 3. Problemas de orientación

Criterios de Exclusión: 1. El ámbito domiciliario no cumple las mínimas condiciones higiénicas y arquitectónicas para desarrollar un

programa terapéutico. 2. El déficit cognitivo del paciente le impide la colaboración mínima. 3. No aceptación del tratamiento por parte del

enfermo y/o cuidadores. 4. No colaboración de la familia y/o cuidadores cuando sea imprescindible

Objetivos Generales: 1. Estabilización de los déficits y discapacidades generados. 2. Intervención en el entorno mediante el análisis de las

necesidades de ayudas técnicas a domicilio. 3. Establecer un programa de educación sanitaria en la fase de estabilización del proceso

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Primera Visita Control y Alta:

Profesional	Tipo	Nº de visitas
Médico Rehabilitador	MD- 1	1
Médico Rehabilitador	MD-A	1

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Cumplimentación exhaustiva de la historia clínica
- Evaluación de las necesidades de rehabilitación
- Definir la frecuencia del tratamiento y de los profesionales que intervienen
- Marcar los objetivos terapéuticos concretos

Control y alta:

- Evaluación de resultados terapéuticos
- Definir la situación de alta
- Confeccionar el informe de alta
- Identificar a los pacientes que puedan precisar intervenciones posteriores

Tratamiento de Fisioterapia:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Fisioterapeuta	FD	17

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Consolidación y mejora de la marcha
- Entrenamiento para el uso de las extremidades superiores
- Tratamiento de la espasticidad
- Tratamiento de los trastornos sensitivos
- Adaptación y uso de órtesis de los miembros inferiores
- Educación sanitaria

Tratamiento de Terapia Ocupacional:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Terapeuta Ocupacional	TOD	3

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Entrenamiento en la realización de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales
- Valorar el ahorro de energía en la ocupación diaria
- Disminuir el impacto de las deficiencias y/o discapacidades de los miembros superiores y tronco
- Enseñar manejo de la silla de ruedas, autopropulsada o eléctrica
- aconsejar adaptaciones, ayudas técnicas y/u órtesis
- Asesoramiento sobre el posicionamiento, el manejo y/o la estimulación del paciente
- Informar e implicar, tanto a la familia como al paciente, en el proceso terapéutico
- Educación sanitaria

CATEGORÍA MAYOR DIAGNOSTICA. Código CMD 3**Lesiones de la Médula Espinal**

Descripción de las Categoría Mayor Diagnóstica: se incluirán todos los pacientes con lesiones de la médula espinal, ya sean de etiología traumática o no traumática, que comporten alteraciones motoras y/o sensitivas de los miembros superiores y/o miembros inferiores y/o tronco.

Códigos y descripciones más frecuentes del CIE-9-MC incluidos en esta CMD**Mielopatías No Focalizadas**

335.2 Enfermedad de la neurona motora

336.0 Siringomielia

Lesiones Medulares Traumáticas

806 Fractura de la columna vertebral con lesión medular

344 Otros síndromes paralíticos

334.3 y .4 Otras ataxias cerebelosas

Mielopatías Focalizadas

192 Tumores malignos no encefálicos

225.3 Meningioma espinal

323 Mielitis transversa

324 Absceso epidural

336.1 Infarto agudo medular espinal (embólico o no embólico)

721.1 Espondilosis cervical con mielopatía

721.41 Espondilosis dorsal con mielopatía

721.42 Espondilosis lumbar con mielopatía

722.7 Trastorno de disco intervertebral con mielopatía

Mielopatías No Focalizadas

334.0 Ataxia de Friedreich

- En el caso de que exista la necesidad de codificar alguna patología no descrita, se seguirán los criterios citados en la definición de la CMD o los específicos del proceso correspondiente, además de los explícitos en los manuales de codificación de la CIE-9-MC.- Siempre se procurará codificar a 4 ó 5 dígitos

Códigos y descripciones CIE-9-MC excluidos:

335.0 Enfermedad de Werdnig Hoffmann

741 Espina bífida

Procesos Incluidos en este Lote y Categoría Mayor Diagnóstica.

3.2 Lesiones de la Médula Espinal

Descripción del Proceso: se incluirán todos los pacientes con lesiones de la médula espinal de etiología traumática o no traumática que hayan comportado una alteración motora y/o sensitiva de los miembros superiores y/o miembros inferiores y/o tronco y que cumplan, como mínimo, uno de los criterios de inclusión que se describen en los apartados de adecuación y/o seguridad y siempre los de accesibilidad

Criterios de Inclusión:

Criterios de adecuación: 1. El diagnóstico neurológico deficitario conlleva severas dificultades a la marcha (precisando supervisión o asistencia) o vida en sedestación. 2. Niveles neurológicos por encima de C5 sin posibilidades de autocuidados o automovilizaciones. 3. Necesidad objetiva de adaptaciones y/o ayudas técnicas domiciliarias

Criterios de accesibilidad: 1. Cuando el domicilio no cumple con los criterios de supresión de barreras arquitectónicas imposibilitando el desarrollar una vida de comunidad

Criterios de seguridad: 1. El desplazamiento incrementa los factores de riesgo. 2. Déficit de control de esfínteres. 3. Problemas de orientación

Criterios de Exclusión: 1. El domicilio está adaptado para el desarrollo de la actividad cotidiana y cumple con los criterios de supresión de barreras arquitectónicas, siempre que el nivel neurológico esté por debajo de C5 2. Que el déficit cognitivo del paciente impida la colaboración mínima. 3. No aceptación por parte del enfermo y/o cuidadores. 4. No colaboración de la familia y/o cuidadores cuando sea imprescindible

Objetivos Generales: 1. Intervenir en el entorno para favorecer la independencia final. 2. Potenciar al máximo la funcionalidad conservada. 3. Desarrollar un programa ventilatorio en aquellos pacientes con severo compromiso respiratorio (niveles C3,C4) o inferiores si existen factores agravantes concomitantes

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Primera Visita Control y Alta:

Profesional	Tipo	Nº de visitas
Médico Rehabilitador	MD- 1	1
Médico Rehabilitador	MD-A	1

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Cumplimentación exhaustiva de la historia clínica
- Evaluar las necesidades de rehabilitación
- Definir la frecuencia del tratamiento y de los profesionales que intervienen
- Marcar los objetivos terapéuticos concretos

Control y alta:

- Evaluar resultados terapéuticos
- Definir la situación de alta del servicio
- Confeccionar el informe de alta

Tratamiento de Fisioterapia:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Fisioterapeuta	FD	17

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

Objetivos en pacientes parapléjicos:

- Seguir con la verticalización

- Prevención de las deformidades
- Fortalecimiento de los miembros superiores
- Trabajo del equilibrio y la coordinación
- Cinesiterapia de la espasticidad
- Movilidad en la cama
- Deambulación y marcha

Objetivos terapéuticos en los pacientes tetrapléjicos:

- Evitar complicaciones respiratorias
- Prevenir los dolores en el hombro y las actitudes viciosas
- Prevenir la hipotensión ortostática mediante la verticalización regular
- Educación y seguimiento

Tratamiento de Terapia Ocupacional:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Terapeuta Ocupacional	TOD	3

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Entrenamiento en la realización de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales
- Disminuir el impacto de las deficiencias y/o discapacidades de los miembros superiores y tronco
- Enseñar manejo de silla de ruedas autopropulsada y/o eléctrica.
- Aconsejar ayudas técnicas, adaptaciones y/u órtesis
- Asesoramiento sobre el posicionamiento, el manejo y/o estimulación del paciente
- Informar e implicar, tanto a la familia como al paciente, en el proceso terapéutico
- Educación sanitaria

CATEGORÍA MAYOR DIAGNOSTICA. Código CMD 4

Afecciones del Sistema Nervioso Periférico y Neuropatías

Descripción de las Categoría Mayor Diagnóstica: se incluirán todos aquellos pacientes con afecciones traumáticas y no traumáticas del sistema nervioso periférico, así como las alteraciones miopáticas intrínsecas o de la placa motora

Procesos Incluidos en este Lote y Categoría Mayor Diagnóstica.

4.4 Afectaciones del Sistema Nervioso Periférico y Neuromiopatías

Descripción del Proceso se incluirán todos los pacientes con enfermedades de etiología conocida o idiopática o traumatismo, que afecten al sistema nervioso periférico y/o a la coordinación y/o equilibrio, así como procesos miopáticos o mioneurales, en pacientes mayores de 14 años, que comporten alteraciones de la sensibilidad y/o funcionalidad y que cumplan, como mínimo, uno de los criterios de inclusión que se describen en los apartados de adecuación y/o seguridad y siempre los de accesibilidad

Códigos y descripciones más frecuentes del CIE-9-MC incluidos en esta CMD

Enfermedades Neuromusculares del adulto

358 Trastornos mioneurales. Sólo los correspondientes a adultos

359 Distrofias musculares y otras miopatías. Sólo las correspondientes a adultos

Afecciones no Traumáticas del Sistema Nervioso Periférico

355.3 Lesión del nervio popliteo externo

Afecciones Traumáticas del Sistema Nervioso Periférico

956 [0.9] Lesión de nervio/s periférico/s de la cintura pelviana y miembros inferiores

Enfermedades del Sistema Nervioso Periférico

353.5 Parsonage Turner

355.1 Meralgia parestésica
 356.1 Enfermedad Charcot Marie Tooth
 357.0 Polineuropatía infecciosa aguda (ej., Guillain Barré)
 357.2 Polineuropatía diabética
 357.5 Polineuropatía alcohólica

- En el caso de que exista la necesidad de codificar alguna patología no descrita, se seguirán los criterios citados en la definición de la CMD o los específicos del proceso correspondiente, además de los explícitos en los manuales de codificación de la CIE-9-MC.- Siempre se procurará codificar a 4 ó 5 dígitos

Criterios de Inclusión:

Criterios de adecuación: 1. La patología genera un proceso de discapacidad del paciente. 2. La naturaleza del proceso es en si misma potencialmente rehabilitable. 3. Precisa de ayudas técnicas a domicilio. 4. Precisa objetivamente de un programa de educación sanitaria

Criterios de accesibilidad: 1. No poder desplazarse a un centro de rehabilitación ambulatoria de forma autónoma

Criterios de seguridad: 1. Si el desplazamiento aumenta los factores de riesgo. 2. Déficit severo de control de esfínteres. 3. Problemas de orientación

Criterios de Exclusión: 1. El domicilio no cumple las mínimas condiciones higiénicas y arquitectónicas para desarrollar un programa terapéutico. 2. El déficit cognitivo del paciente impide la colaboración mínima necesaria. 3. No aceptación del tratamiento por parte del paciente y/o cuidadores 4. No colaboración de la familia y/o cuidadores cuando sea imprescindible

Objetivos Generales: 1. Estabilizar y minimizar las secuelas neuromusculares discapacitantes. 2. Evaluación y adecuación de las adaptaciones domiciliarias necesarias. 3. Establecer un programa de Educación Sanitaria en la fase de estabilización del proceso.

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Primera Visita Control y Alta:

Profesional	Tipo	Nº de visitas
Médico Rehabilitador	MD- 1	1
Médico Rehabilitador	MD-A	1

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Cumplimentación exhaustiva de la historia clínica
- Evaluar las necesidades de rehabilitación
- Definir la frecuencia del tratamiento y de los profesionales que intervienen
- Marcar las pautas terapéuticas concretas

Control y alta

- Evaluar los resultados terapéuticos
- Definir situación de alta del servicio
- Confección del informe de alta

Tratamiento de Fisioterapia:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Fisioterapeuta	FD	17

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

Se establecerán en función del tipo de patología. De forma generalizada irán orientados a:

- Consolidación y mejora de la marcha

- Entrenamiento para el uso de las extremidades superiores
- Tratamiento de los trastornos sensitivos
- Adaptación y uso de órtesis de los miembros inferiores
- Rehabilitación respiratoria

Tratamiento de Terapia Ocupacional:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Terapeuta Ocupacional	TOD	3

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Reeducción de las A.V.D. básicas e instrumentales
- Disminuir el impacto de las deficiencias y/o discapacidades del miembro superior afectado
- Aconsejar ayudas técnicas, adaptaciones y/u órtesis

CATEGORÍA MAYOR DIAGNOSTICA. Código CMD 5

Traumatismos Craneoencefálicos (TCE)

Descripción de las Categoría Mayor Diagnóstica: se incluirán todos los pacientes que presenten secuelas de TCE con discapacidades predominantemente de tipo motor y/o sensitivo, que afecten a los miembros superiores y/o inferiores y/o tronco

Códigos y descripciones más frecuentes del CIE-9-MC incluidos en esta CMD

- 801.3 Fractura cerrada de base de cráneo con otra hemorragia intracraneal no especificada
- 801.4 Fractura cerrada de base de cráneo con lesión intracraneal no especificada
- 801.7 Fractura abierta de base de cráneo con hemorragia subaracnoidea, subdural y extradural
- 801.8 Fractura abierta de base de cráneo con otra hemorragia intracraneal no especificada
- 801.9 Fractura abierta de base de cráneo con lesión intracraneal de otro tipo y no especificada
- 800.2 Fractura cerrada de bóveda craneal con hemorragia subaracnoidea, subdural y extradural
- 800.3 Fractura cerrada de bóveda craneal con hemorragia intracraneal no especificada
- 800.4 Fractura de bóveda craneal con lesión intracraneal de otro tipo y de tipo no especificado
- 800.7 Fractura abierta de bóveda craneal con hemorragia subaracnoidea, subdural y extradural
- 800.8 Fractura abierta de bóveda craneal con otra hemorragia intracraneal no especificada
- 800.9 Fractura abierta de bóveda craneal con lesión intracraneal de otro tipo no especificada
- 801.2 Fractura cerrada de base de cráneo con hemorragia subaracnoidea, subdural y extradural

- En el caso de que exista la necesidad de codificar alguna patología no descrita, se seguirán los criterios citados en la definición de la CMD o los específicos del proceso correspondiente, además de los explícitos en los manuales de codificación de la CIE-9-MC.- Siempre se procurará codificar a 4 ó 5 dígitos

Códigos y descripciones CIE-9-MC excluidos:

- 800.0 Fractura cerrada de bóveda craneal sin mención de lesión intracraneal
- 800.5 Fractura abierta de bóveda craneal sin mención de lesión intracraneal
- 801.0 Fractura cerrada de base de cráneo sin lesión intracraneal
- 801.5 Fractura abierta de base de cráneo sin mención de lesión intracraneal

Procesos Incluidos en este Lote y Categoría Mayor Diagnóstica.

5.2 Traumatismos Cráneo Encefálicos

Descripción del Proceso: se incluirán todos los pacientes que hayan sufrido un traumatismo cráneo encefálico y que presenten secuelas discapacitantes y que cumplan, como mínimo, uno de los criterios de inclusión que se describen en los apartados de adecuación y/o seguridad y siempre los de accesibilidad.

Criterios de Inclusión:

Criterios de adecuación: 1. Secuelas neurológicas y discapacitantes graves con un tiempo de evolución desde el TCE no superior a dos años. 2. Tiempo de evolución superior a dos años, pero con objetiva necesidad de adaptaciones domiciliarias.

Criterios de accesibilidad: 1. Incapacidad para trasladarse a un centro hospitalario o ambulatorio de forma autónoma

Criterios de seguridad: 1. El desplazamiento incrementa los factores de riesgo. 2. Problemas de incontinencia. 3. Problemas de orientación

Criterios de Exclusión: 1. El domicilio no cumple las mínimas condiciones higiénicas y arquitectónicas para desarrollar un programa terapéutico. 2. El déficit cognitivo del paciente impide la colaboración mínima del paciente. 3. No aceptación del tratamiento por parte del enfermo y/o cuidadores. 4. No colaboración de la familia y/o cuidadores cuando sea imprescindible. Tiempo de evolución superior a dos años si se han practicado ya las adaptaciones domiciliarias necesarias.

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**Primera Visita Control y Alta:**

Profesional	Tipo	Nº de visitas
Médico Rehabilitador	MD- 1	1
Médico Rehabilitador	MD-A	1

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Complimentación exhaustiva de la historia clínica
- Evaluar las necesidades de rehabilitación
- Definir la frecuencia del tratamiento y de los profesionales que intervienen
- Marcar los objetivos terapéuticos concretos

Control y alta:

- Evaluar los resultados terapéuticos
- Definir la situación de alta del servicio
- Confeccionar el informe de alta

Tratamiento de Fisioterapia:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Fisioterapeuta	FD	17

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Mantener permeables las vías respiratorias
- Evitar las úlceras por presión
- Evitar decúbitos
- Evitar deformidades ortopédicas y prevenir calcificaciones para-articulares

En una fase más avanzada:

- Transferencia a la postura erecta y deambulación
- Consolidación y mejoramiento de la marcha
- Entrenamiento para el uso de los miembros superiores
- Tratamiento de la espasticidad
- Tratamiento de los trastornos sensitivos
- Adaptación y utilización de las órtesis prescritas

Tratamiento de Terapia Ocupacional:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Terapeuta Ocupacional	TOD	3

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Entrenamiento en la realización de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales
- Disminuir el impacto de las deficiencias y/o discapacidades de los miembros y tronco
- Trabajar la capacidad neuropsiquiátrica
- aconsejar ayudas técnicas, adaptaciones y/u órtesis
- Asesoramiento sobre el posicionamiento, el manejo y/o la estimulación del paciente
- Informar e implicar, tanto a la familia como al paciente, en el proceso terapéutico
- Educación sanitaria

CATEGORÍA MAYOR DIAGNOSTICA. Código CMD 6**Afecciones Traumáticas Osteoarticulares y de partes blandas de las Extremidades**

Descripción de las Categoría Mayor Diagnóstica: se incluirán todos los pacientes con afecciones traumáticas (fracturas, luxaciones, esguinces, contusiones, roturas y secciones entre otras) que afecten a las extremidades y que comporten algún tipo de deficiencia y/o incapacidad

Códigos y descripciones más frecuentes del CIE-9-MC incluidos en esta CMD

- 891.2 Herida abierta de rodilla y/o pierna y/o tobillo con afectación de tendón
892.2 Herida abierta de pie (se excluye dedos) con afectación de tendón
893.2 Herida abierta de dedos pie con afectación de tendón
923 [0.9] Contusión extremidad superior
924 [0.9] Contusión extremidad inferior
958.6 Contractura isquémica de Volkmann
Del 810 al 819 Fracturas extremidades superiores
Del 920 al 929 Fracturas extremidades inferiores
Del 831 al 834 Luxaciones extremidades superiores
Del 835 al 838 Luxaciones extremidades inferiores
836 [0.2] Desgarro actual del cartilago o menisco de la rodilla
Del 840 al 842 Esguinces extremidad superior
Del 843 al 845 Esguinces extremidad inferior
880.2 Herida abierta de hombro y/o brazo con afectación de tendón
881.2 Herida abierta del codo y/o antebrazo y/o muñeca con afectación de tendón
882.2 Herida abierta de mano (se excluye dedos) con afectación de tendón
883.2 Herida abierta de dedo/s de la mano con afectación de tendón
890.2 Herida abierta de cadera y/o muslo con afectación de tendón

- En el caso de que exista la necesidad de codificar alguna patología no descrita, se seguirán los criterios citados en la definición de la CMD o los específicos del proceso correspondiente, además de los explícitos en los manuales de codificación de la CIE-9-MC.- Siempre se procurará codificar a 4 ó 5 dígitos

Códigos y descripciones CIE-9-MC excluidos:

- 717 [0.9] Amputaciones
718 [0.9] Trastornos internos de la rodilla
719 [0.9] Otros trastornos de la articulación
Otros trastornos no especificados de la articulación

727.6 [0.9] Rotura no traumática de tendón
754.3 [0.5] Luxación congénita de cadera

Procesos Incluidos en este Lote y Categoría Mayor Diagnóstica.

6.5 Fracturas de Húmero

Descripción del Proceso: se incluirán todos los pacientes que hayan sufrido algún tipo de fractura de húmero (cabeza, subcapital, cuello, etc.) y que cumplan, como mínimo, uno de los criterios de inclusión que se escriben en los apartados de adecuación y/o seguridad y siempre los de accesibilidad

Criterios de Inclusión:

Criterios de adecuación: 1. El déficit de movilidad articular implica limitaciones para las A.V.D.

Criterios de accesibilidad: 2. Incapacidad para desplazarse a un centro hospitalario o ambulatorio de forma autónoma

Criterios de seguridad: 1. El desplazamiento incrementa los factores de riesgo. 2. Problemas de incontinencia. 3.

Problemas de orientación.

Criterios de Exclusión: 1 El déficit articular no implica limitaciones para las A.V.D. 2. El déficit cognitivo del paciente impide la colaboración mínima del paciente. 3. No aceptación del tratamiento por parte del enfermo y/o cuidadores. 4. No colaboración de la familia y/o cuidadores cuando sea imprescindible

Objetivos Generales: 1 Aumentar la amplitud y función articular hasta conseguir la independencia en las A.V.D.

2. Estimular la movilidad activa del paciente para evitar el síndrome hombro-mano

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Primera visita, control y alta:

Profesional	Tipo	Nº de visitas
Médico Rehabilitador	MD- 1	1
Médico Rehabilitador	MD-A	1

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Complimentación exhaustiva de la historia clínica
- Evaluar las necesidades de rehabilitación
- Definir la frecuencia del tratamiento y de los profesionales que intervienen
- Marcar los objetivos terapéuticos concretos

Control y alta:

- Evaluar los resultados terapéuticos
- Definir la situación de alta del servicio
- Confeccionar el informe de alta

Tratamiento de Fisioterapia:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Fisioterapeuta	FD	18

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Recuperar las amplitudes pasivas
- Recuperar la movilidad activa
- Eliminar o disminuir el dolor
- Mejorar y/o restablecer las consecuencias motoras y sensitivas, si las hubiere

Tratamiento de Terapia Ocupacional:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Terapeuta Ocupacional	TOD	2

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Mejorar la funcionalidad del miembro superior afectado
- Entrenamiento en la realización de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales
- Aconsejar ayudas técnicas, adaptaciones y/u órtesis
- Informar e implicar al paciente en el proceso terapéutico

6.6 Fracturas de Fémur

Descripción del Proceso: se incluirán todos los pacientes que hayan sufrido algún tipo de fractura de fémur y que cumplan, como mínimo, uno de los criterios de inclusión que se describen en los apartados de adecuación y/o seguridad y siempre los de accesibilidad y que se encuentren en una fase de descarga parcial o total o en sedestación

Criterios de Inclusión:

Criterios de adecuación: 1. Tiempo de evolución inferior a tres meses desde la intervención, excepto los pacientes que han precisado periodos prolongados de descarga.

Criterios de accesibilidad: 1. Incapacidad para desplazarse de forma autónoma a un servicio de rehabilitación ambulatorio

Criterios de seguridad: 1. El desplazamiento incrementa los factores de riesgo. 2. Déficit de control de esfínteres. 3. Problemas de orientación

Criterios de Exclusión: 1 Sin capacidad de desarrollar una vida en comunidad. 2. El déficit cognitivo del paciente impide la colaboración mínima del paciente. 3. No aceptación del tratamiento por parte del enfermo y/o cuidadores. 4. No colaboración de la familia y/o cuidadores cuando sea imprescindible

Objetivos Generales: 1. En función de la edad y estado del paciente, siempre pasan por recuperar el nivel funcional previo, cuando no existen factores agravantes o complicaciones determinantes de objetivos inferiores (deterioro cognitivo)

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**Primera visita, control y alta:**

Profesional	Tipo	Nº de visitas
Médico Rehabilitador	MD- 1	1
Médico Rehabilitador	MD-A	1

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Cumplimentación exhaustiva de la historia clínica
- Evaluar las necesidades de rehabilitación
- Definir la frecuencia del tratamiento y de los profesionales que intervienen
- Marcar los objetivos terapéuticos concretos

Control y alta:

- Evaluar los resultados terapéuticos
- Definir la situación de alta del servicio
- Confeccionar el informe de alta

Tratamiento de Fisioterapia:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Fisioterapeuta	FD	18

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Conservar o recuperar la movilidad articular funcional
- Conseguir la fuerza muscular que permita una buena estabilidad BM 4/5
- Reeducar el patrón de marcha no claudicante
- Evitar complicaciones respiratorias o vasculares en estadios precoces
- Adecuación de las ayudas al entorno

Tratamiento de Terapia Ocupacional:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Terapeuta Ocupacional	TOD	2

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

Terapeuta Ocupacional

- Entrenamiento en la realización de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales enfocada en la ergonomía articular
- Aconsejar ayudas técnicas y/o adaptaciones
- Educación sanitaria

6.7 Otras Afecciones Traumáticas Osteoarticulares y de las partes blandas de las extremidades

Descripción del Proceso se incluirán todos los pacientes con afecciones traumáticas osteo-articulares y de las partes blandas de las extremidades (excepto las fracturas de la epífisis proximal del húmero y las fracturas de la epífisis proximal de fémur), que hayan sido tratadas con medios conservadores o cruentos y que, los pacientes citados, presenten cualquier tipo de deficiencia o discapacidad que no les permita un desplazamiento autónomo extradomiciliario y que cumplan como mínimo uno de los criterios de inclusión que se describen en los apartados de adecuación y/o seguridad y siempre los de accesibilidad

Criterios de Inclusión:

Criterios de adecuación: 1. La patología genera un proceso de discapacidad del paciente. 2. La naturaleza del proceso es en si misma potencialmente rehabilitable. 3. Precisa de ayudas técnicas a domicilio. 4. Precisa objetivamente de un programa de educación sanitaria

Criterios de accesibilidad: 1. o poder desplazarse de forma autónoma a un centro de rehabilitación ambulatoria.

Criterios de seguridad: 1. Si el desplazamiento aumenta los factores de riesgo. 2. Déficit severo del control de esfínteres

Criterios de Exclusión: 1 El domicilio no cumple las mínimas condiciones higiénicas y arquitectónicas para desarrollar un programa terapéutico. 2. El déficit cognitivo del paciente impide la colaboración mínima necesaria. 3. No aceptación del tratamiento por parte del paciente y/o cuidadores. 4. No colaboración de la familia y/o cuidadores cuando sea imprescindible

Objetivos Generales: 1 Aumentar amplitud y función articular. 2. Incrementar la fuerza y la resistencia muscular de los grupos musculares implicados en la lesión. 3. Reeducar la marcha y el entrenamiento de las A.V.D.

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**Primera visita, control y alta:**

Profesional	Tipo	Nº de visitas
Médico Rehabilitador	MD- 1	1
Médico Rehabilitador	MD-A	1

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Cumplimentación exhaustiva de la historia clínica
- Evaluar las necesidades de rehabilitación
- Definir la frecuencia del tratamiento y de los profesionales que intervienen
- Marcar los objetivos terapéuticos concretos
- Marcar las pautas terapéuticas concretas

Control y alta:

- Evaluar los resultados terapéuticos
- Definir la situación de alta del servicio
- Confección del informe de asistencia

Tratamiento de Fisioterapia:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Fisioterapeuta	FD	18

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Luchar contra la atrofia muscular
- Calmar el dolor
- Prevenir las rigideces articulares
- Obtener una óptima movilidad
- Luchar contra los trastornos circulatorios
- Conservar la imagen del movimiento

Tratamiento de Terapia Ocupacional:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Terapeuta Ocupacional	TOD	2

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Reeducación de las A.V.D. básicas e instrumentales
- Disminuir el impacto de las deficiencias y/o discapacidades del miembro superior afectado
- Aconsejar ayudas técnicas, adaptaciones y/u órtesis
- Informar e implicar al paciente sobre el proceso terapéutico de terapia Ocupacional

CATEGORÍA MAYOR DIAGNOSTICA. Código CMD 7

Afecciones no Traumáticas Osteoarticulares y de partes blandas de las Extremidades

Descripción de las Categoría Mayor Diagnóstica: se incluirán a todos los pacientes con afecciones no traumáticas (artrosis,

tendinitis, bursitis, entesopatías, condropatías, etc.) que afecten a las extremidades y que comporten algún tipo de deficiencia y/o discapacidad

En esta Categoría Mayor Diagnóstica la descripción de los códigos de las enfermedades más frecuentes se efectúa de forma individualizada para cada uno de los procesos

Procesos Incluidos en este Lote y Categoría Mayor Diagnóstica.

7.7 Artroplastia de Rodilla

Descripción del Proceso se incluirán todos los pacientes a los cuales se haya sometido a un procedimiento de sustitución total o parcial de la articulación de la rodilla, con independencia de la causa que haya justificado la intervención. Los pacientes han de cumplir alguno de los criterios de inclusión que se describen en los apartados de adecuación y/o de seguridad y siempre los de accesibilidad

Códigos y descripciones más frecuentes del CIE-9-MC incluidos en este proceso

81.54 Sustitución total de rodilla (incluye bicompartimental, tricompartmental y unicompartimental)

En el caso de que exista la necesidad de codificar alguna patología no descrita, se seguirán los criterios citados en la definición del proceso además de los explícitos en los manuales de codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión Modificación Clínica

Criterios de Inclusión:

Criterios de adecuación: 1. Existencia de un arco articular de la rodilla menor a 90° de flexión y déficit de extensión mayor a 10°. 2. Existencia de un balance muscular del grupo antigravitatorio inferior a 4 en la Escala de Daniels. 3. Tiempo de evolución inferior a tres meses desde la intervención

Criterios de accesibilidad: 1. Incapacidad para desplazarse de forma autónoma a un servicio de rehabilitación ambulatorio u hospitalario.

Criterios de seguridad: 1. Si el desplazamiento aumenta los factores de riesgo. 2. Problemas de incontinencia. 3. Problemas de orientación

Criterios de Exclusión: 1 Existencia de un arco articular mayor a 90° de flexión y déficit de extensión menor a 10°. 2. Existencia de un balance muscular antigravitatorio mayor de 4 (Escala de Daniels). 3. Tiempo de implantación de la artroplastia superior a los tres meses.

4. El déficit cognitivo del paciente le impide la colaboración mínima. 5. No aceptación del tratamiento por parte del enfermo y/o cuidadores. 6. No colaboración de la familia y/o cuidadores cuando sea imprescindible

Objetivos Generales: 1 Marcha extradomiliaria, si este era el nivel funcional previo. 2. Mejorar el balance articular. 3. Mejorar el balance muscular

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Primera visita, control y alta:

Profesional	Tipo	Nº de visitas
Médico Rehabilitador	MD- 1	1
Médico Rehabilitador	MD-A	1

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Cumplimentación exhaustiva de la historia clínica
- Evaluación de las necesidades de rehabilitación
- Definir la frecuencia del tratamiento y de los profesionales que intervienen
- Marcar los objetivos terapéuticos concretos

Control y alta

- Evaluación de los resultados terapéuticos
- Definir la situación de alta
- Confeccionar el informe de alta
- Identificar pacientes que puedan precisar intervenciones posteriores

Tratamiento de Fisioterapia:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Fisioterapeuta	FD	18

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Masoterapia en cicatriz
- Lucha contra las adherencias (poco frecuentes)
- Recuperación de la flexión más allá de los 90°
- Estimular la extensión activa
- Intensificación del trabajo muscular del cuádriceps y los isquiotibiales
- Bloqueo activo en carga, refuerzo del equilibrio en carga
- Puesta al día del esquema de marcha
- Adquisición de autonomía en la subida y bajada de escaleras

Tratamiento de Terapia Ocupacional:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Terapeuta Ocupacional	TOD	2

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Entrenamiento en la realización de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales enfocado en la ergonomía articular
- Aconsejado ayudas técnicas y/o adaptaciones
- Educación sanitaria

7.8 Artroplastia de Cadera

Descripción del Proceso se incluirán todos los pacientes a los cuales se haya sometido a un procedimiento de sustitución total o parcial de la articulación de la cadera, con independencia de la causa que haya justificado la intervención. Los pacientes han de cumplir alguno de los criterios de inclusión que se describen en los apartados de adecuación y/o de seguridad y siempre los de accesibilidad.

Códigos y descripciones más frecuentes del CIE-9-MC incluidos en este proceso

81.51 Sustitución total de cadera

81.52 Sustitución parcial de cadera

En el caso de que exista la necesidad de codificar alguna patología no descrita, se seguirán los criterios citados en la definición del proceso además de los explícitos en los manuales de codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión Modificación Clínica.

Criterios de Inclusión:

Criterios de adecuación: 1. Tiempo de evolución inferior a tres meses, si no ha sufrido ningún tipo de complicación. 2. Deambulación con dos bastones, si existen barreras arquitectónicas

Criterios de accesibilidad: 1. Incapacidad para desplazarse de forma autónoma a un centro de rehabilitación ambulatorio u hospitalario Criterios de seguridad: 1. El desplazamiento incrementa los factores de riesgo. 2. Problemas de incontinencia

Problemas de orientación

Criterios de Exclusión: 1. El domicilio no cumple las mínimas condiciones higiénicas y arquitectónicas para desarrollar un programa terapéutico. 2. El déficit cognitivo del paciente impide la colaboración mínima. 3. No aceptación del

tratamiento por parte del enfermo y/o cuidadores. 4. No colaboración de la familia y/o cuidadores cuando sea imprescindible. 5. Tiempo de evolución superior a tres meses si no ha sufrido ningún tipo de complicación. 6. No existencia de barreras arquitectónicas

Objetivos Generales: 1 Adquisición de un balance funcional tanto articular como muscular. 2. Reeducación de la marcha con o sin ayudas intradomiciliarias.

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Primera visita, control y alta:

Profesional	Tipo	Nº de visitas
Médico Rehabilitador	MD- 1	1
Médico Rehabilitador	MD-A	1
Médico Rehabilitador	MD-A	1

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Cumplimentación exhaustiva de la historia clínica
- Evaluar las necesidades de rehabilitación
- Definir la frecuencia del tratamiento y de los profesionales que intervienen
- Marcar los objetivos terapéuticos concretos

Control y alta

- Evaluar los resultados terapéuticos
- Definir la situación de alta del servicio
- Confeccionar el informe de alta

Tratamiento de Fisioterapia:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Fisioterapeuta	FD	18

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Conservar o recuperar la movilidad funcional articular
- Conseguir la fuerza muscular que permita una buena estabilidad BM 4/5
- Reeducar el patrón de marcha no claudicante
- Evitar complicaciones respiratorias o vasculares en estadios precoces
- Adecuación de las ayudas al entorno
- Control postural para evitar desplazamientos

Tratamiento de Terapia Ocupacional:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Terapeuta Ocupacional	TOD	2

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Entrenamiento en la realización de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales enfocado en la ergonomía articular
- Aconsejar ayudas técnicas y/o adaptaciones
- Educación sanitaria

7.9 Otras Afecciones no Traumáticas Osteoarticulares de las Partes Blandas de las Extremidades (excepto artroplastia de rodilla y de cadera)

Descripción del Proceso se incluirán todos los pacientes con afecciones no traumáticas ya sean inflamatorias o de causa degenerativa, las cuales debido a su sintomatología provoquen algún tipo de discapacidad y/o disfunción en alguna articulación que impidan una autonomía extradomiciliaria (exceptuando las pertenecientes a los procesos de artroplastia de rodilla y de cadera). Los pacientes han de cumplir con alguno de los criterios de inclusión citados en los apartados de adecuación y/o seguridad y siempre con los de accesibilidad

Códigos y descripciones más frecuentes del CIE-9-MC incluidos en este proceso

Afecciones no traumáticas Osteoarticulares y de las Partes Blandas de la Rodilla

715.36 Osteoartrosis localizada en rodilla no especificada si es primaria o secundaria

717 [0.9] Trastorno interno rodilla

717.7 Condromalacia de la rodilla

718.36 Luxación recurrente de la rodilla

719.56 Rigidez de la rodilla

Artritis

710.0 Lupus eritematoso sistémico

710.1 Esclerosis sistémica

712.3 Artropatías cristalinas no especificadas

714.0 Artritis reumatoide

720.0 Espondilitis anquilosante

- En el caso de que exista la necesidad de codificar alguna patología no descrita, se seguirán los criterios citados en la definición de la CMD o los específicos del proceso correspondiente, además de los explícitos en los manuales de codificación de la CIE-9-MC.- Siempre se procurará codificar a 4 ó 5 dígitos

Criterios de Inclusión:

Criterios de adecuación: 1. La patología genera un proceso de discapacidad del paciente. 1. La naturaleza del proceso es en si misma potencialmente rehabilitable. 3. Precisa de ayudas técnicas a domicilio. 4. Precisa objetivamente de un programa de educación sanitaria **Criterios de accesibilidad:** 1. Imposibilidad para desplazarse de forma autónoma a un servicio de rehabilitación ambulatoria **Criterios de seguridad:** 1. Si el desplazamiento aumenta los factores de riesgo. 2. Déficit severo en el control de esfínteres. 3. Problemas de orientación

Criterios de Exclusión: 1. El domicilio no cumple las mínimas condiciones higiénicas y arquitectónicas para desarrollar un programa terapéutico. 2. El déficit cognitivo del paciente impide la colaboración mínima necesaria. 3. No aceptación del tratamiento por parte del paciente y/o cuidadores. 4. No colaboración de la familia y/o cuidadores cuando sea imprescindible

Objetivos Generales: 1 Disminuir las manifestaciones álgicas de la patología. 2. Reequilibrio teno-muscular. 3. Entrenamiento de las A.V.D. y reeducar la marcha en los casos necesarios

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Primera visita, control y alta:

Profesional	Tipo	Nº de visitas
Médico Rehabilitador	MD- 1	1
Médico Rehabilitador	MD-A	1

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Cumplimentación exhaustiva de la historia clínica
- Evaluar las necesidades de rehabilitación
- Definir la frecuencia del tratamiento y profesionales que intervienen
- Marcar pautas terapéuticas concretas

Control y alta:

- Evaluar los resultados terapéuticos
- Definir situación de alta del servicio
- Confección del informe de alta

Tratamiento de Fisioterapia:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Fisioterapeuta	FD	18

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Electro-termoterapia antiálgica
- Estiramientos tendo-musculares y analíticos
- Ejercitación muscular isométrica
- Reequilibrio propioceptivo del miembro afecto

Tratamiento de Terapia Ocupacional:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Terapeuta Ocupacional	TOD	2

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Reeducación de las A.V.D. básicas e instrumentales
- Disminuir el impacto de las deficiencias y/o discapacidades del miembro superior afectado
- Aconsejar ayudas técnicas, adaptaciones y/u órtesis
- Informar e implicar al paciente sobre el proceso terapéutico de terapia ocupacional

CATEGORÍA MAYOR DIAGNOSTICA. Código CMD 8

Afecciones Traumáticas y no Traumáticas de la Columna Vertebral sin Lesión Medular

Descripción de las Categoría Mayor Diagnóstica: se incluirán todos los pacientes con afecciones traumáticas y no traumáticas de la columna vertebral sin lesión medular y que comporten algún tipo de deficiencia y/o discapacidad

Procesos Incluidos en este Lote y Categoría Mayor Diagnóstica.

8.4 Afecciones Vertebrales sin Lesión Medular

Descripción del Proceso: se incluirán todos los pacientes con afectaciones vertebrales idiopáticas o secundarias a otras patologías sin lesión medular y que cumplan alguno de los criterios de inclusión que se describen en los apartados de adecuación y/o seguridad y siempre los de accesibilidad

Códigos y descripciones más frecuentes del CIE-9-MC incluidos en este proceso

Síndromes Algícos Vertebrales de Características Mecánicas y/o Degenerativas

742.3 Ciática

Otras Afecciones Vertebrales

015.0 Enfermedad de Pott

731.0 Enfermedad ósea de Paget

733.0 Osteoporosis

Afecciones traumáticas de la Columna Vertebral sin

Lesión Medular

805 [0.9] Fractura de la columna vertebral sin lesión medular

Síndromes Álgicos Vertebrales de Características

Mecánicas y/o Degenerativas

722.0 Desplazamiento del disco intervertebral (hernia discal)
sin mielopatía

722.1 Desplazamiento del disco intervertebral torácico o
lumbar (hernia discal) sin mielopatía

724.01 Estenosis espinal en región dorsal

724.02 Estenosis espinal en región lumbar

724.2 Lumbago

- En el caso de que exista la necesidad de codificar alguna patología no descrita, se seguirán los criterios citados en la definición de la CMD o los específicos del proceso correspondiente, además de los explícitos en los manuales de codificación de la CIE-9-MC - Siempre se procurará codificar a 4 ó 5 dígitos

Criterios de Inclusión:

Criterios de adecuación: 1. La patología genera un proceso de discapacidad del paciente. 2. La naturaleza del proceso es en si misma potencialmente rehabilitable. 3. Precisa de ayudas técnicas a domicilio. 4. Precisa objetivamente de un programa de educación sanitaria.

Criterios de accesibilidad: 1. El paciente está incapacitado para desplazarse de forma autónoma a un centro de rehabilitación ambulatoria

Criterios de seguridad: 1. Si el desplazamiento aumenta los factores de riesgo. 2. Déficit severo de control de esfínteres
Problemas de orientación

Criterios de Exclusión: 1. El domicilio no cumple las mínimas condiciones higiénicas y arquitectónicas para desarrollar un programa terapéutico. 2. El déficit cognitivo del paciente impide la colaboración mínima necesaria. 3. No aceptación del tratamiento por parte del paciente y/o cuidadores. 4. No colaboración de la familia y/o cuidadores cuando sea imprescindible

Objetivos Generales: 1 Analgesia. 2. Adiestrar en técnicas de higiene postural. 3. Potenciación de la musculatura abdominal y
Paravertebral

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Primera visita, control y alta:

Profesional	Tipo	Nº de visitas
Médico Rehabilitador	MD- 1	1
Médico Rehabilitador	MD-A	1

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Complimentación exhaustiva de la historia clínica
- Evaluar las necesidades de rehabilitación
- Definir la frecuencia de tratamiento y los profesionales que intervienen
- Marcar las pautas terapéuticas concretas

Control y alta:

- Evaluar los resultados terapéuticos
- Definir la situación de alta

- Confección del informe de alta

Tratamiento de Fisioterapia:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Fisioterapeuta	FD	18

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Electro-termoterapia antiálgica y descontracturante
- Masoterapia
- Higiene postural
- Tonificación muscular una vez superada la fase aguda
- Fisioterapia respiratoria

CATEGORÍA MAYOR DIAGNOSTICA. Código CMD 9

Amputaciones

Descripción de las Categoría Mayor Diagnóstica: se incluirán todos aquellos pacientes que hayan sufrido una exéresis de una(s) extremidad(es) o parte de ella(s) ya sea por causa traumática o no traumática (vascular, neoplásica, etc.)

Códigos y descripciones más frecuentes del CIE-9-MC incluidos en esta CMD

Amputaciones Traumáticas

896 Amputación traumática de otro(s) dedo(s) del pie completa o parcial

897 Amputación traumática de pierna (s) (completa) (parcial)

Amputaciones No Traumáticas

Se codificará por el proceso primario causante de la amputación (neoplasia, vascular, etc.). Se utilizarán los códigos de procedimientos para clasificar el tipo de amputación

84.1 Amputación de miembro inferior

- En el caso de que exista la necesidad de codificar alguna patología no descrita, se seguirán los criterios citados en la definición de la CMD o los específicos del proceso correspondiente, además de los explícitos en los manuales de codificación de la CIE-9-MC

- Siempre se procurará codificar a 4 ó 5 dígitos

Procesos Incluidos en este Lote y Categoría Mayor Diagnóstica

9.2 Amputacion/es de la/s Extremidad/es Inferior/es

Descripción del Proceso: se incluirán todos aquellos pacientes que hayan sufrido una exéresis de una(s) extremidad(es) inferior/res y/o parte de ella(s) ya sea por causa traumática o no traumática (vascular, neoplásica, etc.) y que reúna como mínimo uno de los criterios de inclusión que se describen en los apartados de adecuación y/o seguridad y siempre los de accesibilidad

Criterios de Inclusión:

Criterios de adecuación: 1. Necesidad de acondicionar paciente y muñón ante una eventual protetización. 2. Necesidad de reeducación de la marcha con prótesis recién adaptada. 3. Necesidad de proceder a reeducación de transferencias intradomiciliarias en paciente al que se le descarta la protetización

Criterios de accesibilidad: 1. Incapacidad para trasladarse de forma autónoma a un centro de rehabilitación ambulatorio u hospitalario

Criterios de seguridad: 1. El desplazamiento incrementa los factores de riesgo. 2. Déficit en el control de esfínteres. 3. Problemas de orientación

Criterios de Exclusión: 1. Paciente protetizado que realiza marcha segura y estable. 2. Paciente no protetizable que realiza transferencias domiciliarias de forma autónoma. 3. El domicilio no cumple las mínimas condiciones higiénicas y arquitectónicas para desarrollar un programa terapéutico. 4. El déficit cognitivo del paciente impide la colaboración mínima del paciente. 5. No aceptación del tratamiento por parte del enfermo y/o cuidadores. 6. No colaboración de la familia y/o cuidadores cuando sea imprescindible

Objetivos Generales: 1 Potenciación muscular global (miembros superiores y tronco sobre todo). 2. Insensibilización del muñón. 3. BA y BM funcionales de las articulaciones presentes. 4. Equilibrio de la bipedestación unipodal. 5. Reeducación de la marcha. 6. Reeducación de las transferencias

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Primera visita, control y alta:

Profesional	Tipo	Nº de visitas
Médico Rehabilitador	MD- 1	1
Médico Rehabilitador	MD-A	1

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Complimentación exhaustiva de la historia clínica
- Evaluar las necesidades de rehabilitación
- Definir la frecuencia de los tratamientos y de los profesionales que intervienen
- Marcar los objetivos terapéuticos concretos

Control y alta:

- Evaluar los resultados terapéuticos
- Definir la situación de alta
- Confeccionar el informe de alta

Tratamiento de Fisioterapia:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Fisioterapeuta	FD	18

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Conseguir la autonomía con el menor gasto energético posible
- Aprender a realizar aquellos movimientos de la vida diaria dificultados por la discapacidad, a fin de conseguir una mejor readaptación
- Utilizar de la mejor manera las posibilidades intrínsecas de cada paciente equipándolo con los sistemas auxiliares

Tratamiento de Terapia Ocupacional:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Terapeuta Ocupacional	TOD	4

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Entrenamiento en la realización de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales
- Enseñar manejo de silla de ruedas
- Aconsejar ayudas técnicas, adaptaciones y/u órtesis
- Educación sanitaria

CATEGORÍA MAYOR DIAGNOSTICA. Código CMD 10**Enfermedades Respiratorias**

Descripción de las Categoría Mayor Diagnóstica: se incluirán todos aquellos pacientes con afecciones respiratorias ya sean obstructivas, de parénquima, trastornos ventilatorios y de la caja torácica. Dichos trastornos pueden abocar a una insuficiencia respiratoria limitando la capacidad funcional restringiendo de esta forma la calidad de vida del paciente.

Códigos y descripciones más frecuentes del CIE-9-MC incluidos en esta CMD

491.1 Bronquitis crónica mucopurulenta
491.2 Bronquitis crónica obstructiva
491.9 Bronquitis crónica no especificada
492.8 Otros enfisemas
493.9 Asma no especificada
494 Bronquiectasia
496 Obstrucción crónica de las vías respiratorias no clasificadas bajo otros conceptos.
500 Neumoconiosis de los trabajadores del carbón
502 Neumoconiosis por otro sílice o silicato
503 Neumoconiosis por otro polvo inorgánico
505 Neumoconiosis no especificada
508.1 Manifestaciones pulmonares crónicas y otras manifestaciones pulmonares por radiación
515 Fibrosis pulmonar postinflamatoria
517 Neumopatía en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos
517.2 Neumonopatía en esclerosis sistémica
517.8 Neumonopatía en otras enfermedades clasificadas bajo conceptos (lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Sjögren)
518.81 Fracaso respiratorio

En el caso de que exista la necesidad de codificar alguna patología no descrita, se seguirán los criterios citados en la definición de la CMD o los específicos del proceso correspondiente, además de los explícitos en los manuales de codificación de la CIE-9-MC.

Siempre se procurará codificar a 4 ó 5 dígitos

Procesos Incluidos en este Lote y Categoría Mayor Diagnóstica

10.2 EPOC

Descripción del Proceso Se incluirán en este proceso todos los pacientes que sufran una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y que cumplan como mínimo uno de los criterios de inclusión que se describen en los apartados de adecuación y/o seguridad y siempre los de accesibilidad

Criterios de Inclusión:

Criterios de adecuación: 1. Parámetros biológicos de la enfermedad en grado severo de limitación del flujo aéreo

Criterios de accesibilidad: 1. Incapacidad para trasladarse de forma autónoma a un centro de rehabilitación ambulatorio u hospitalario.

Criterios de seguridad: 1. El desplazamiento incrementa los factores de riesgo. 2. Déficit en el control de esfínteres. 3. Problemas de orientación

Criterios de Exclusión: 1. Grados leves y moderados de la enfermedad. 2. La restricción del flujo aéreo le permita realizar vida en comunidad. 3. El domicilio no cumple las mínimas condiciones higiénicas y arquitectónicas para desarrollar un programa terapéutico. 4. El déficit cognitivo del paciente impide la colaboración mínima del paciente. 5. No aceptación del tratamiento por parte del enfermo y/o cuidadores. 6. No colaboración de la familia y/o cuidadores cuando sea imprescindible

Objetivos Generales: 1. Drenaje bronquial en los broncosecretores. 2. Reentrenamiento al esfuerzo. 3. Potenciación de la musculatura ventilatoria accesoria. 4. Reeducación abdomino-diafragmática. 5. Establecer programa de educación sanitaria

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Primera visita, control y alta:

Profesional	Tipo	Nº de visitas
Médico Rehabilitador	MD- 1	1
Médico Rehabilitador	MD-A	1

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

Cumplimentación exhaustiva de la historia clínica

Evaluar las necesidades de rehabilitación

Definir la frecuencia del tratamiento y de los profesionales que intervienen

Marcar objetivos terapéuticos concretos

Control y alta:

Evaluar resultados terapéuticos

Definir situación de alta del servicio

Confección del informe de alta

Tratamiento de Fisioterapia:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Fisioterapeuta	FD	18

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

Objetivos generales:

Prevenir posibles disfunciones respiratorias

Restituir el desarrollo y el mantenimiento óptimo de la función pulmonar

Mejorar la calidad de vida del paciente

Objetivos específicos:

Aumento del aclaramiento mucociliar

Aumento de la eficacia de los músculos respiratorios

Mantenimiento de la movilidad osteoarticular

Desensibilización de la disnea

Tratamiento de Terapia Ocupacional:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Terapeuta Ocupacional	TOD	2

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica): Entrenamiento a la realización de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales enfocado en el ahorro de energía. Aconsejar ayudas técnicas y/o adaptaciones

Educación sanitaria.

CATEGORÍA MAYOR DIAGNOSTICA. Código CMD 12

Grupo Especifico de patología Senil

Descripción de las Categoría Mayor Diagnóstica: Se incluirán todos los pacientes que hayan sufrido un deterioro funcional agudo debido a un período prolongado de encamamiento por etiologías varias no específicas de un proceso concreto

Códigos y descripciones más frecuentes del CIE-9-MC incluidos en esta CMD

728.2 Debilidad muscular y atrofia por desuso, no clasificada bajo otros conceptos

- En el caso de que exista la necesidad de codificar alguna patología no descrita, se seguirán los criterios citados en la definición de la CMD o los específicos del proceso correspondiente, además de los explícitos en los manuales de codificación de la CIE-9-MC.- Siempre se procurará codificar a 4 ó 5 dígitos

12.2 Síndrome de Inmovilidad

Descripción del Proceso se incluirán todos los pacientes que hayan sufrido un deterioro funcional agudo debido a un período

prolongado de encamamiento, independientemente de la etiología causante y que cumplan como mínimo uno de los criterios que se describen en los apartados de adecuación y/o seguridad y siempre los de accesibilidad

Criterios de Inclusión:

Criterios de adecuación: 1. Deterioro funcional de instauración reciente, aproximadamente tres meses, afectando la marcha y las actividades de la vida diaria. 2. La patología desencadenante, que puede ser diversa, ha obligado a un encamamiento prolongado, de al menos dos o tres semanas

Criterios de accesibilidad: 1. Incapacidad para trasladarse a un centro hospitalario o ambulatorio de forma autónoma

Criterios de seguridad: 1. El desplazamiento incrementa los factores de riesgo. 2. Problemas de incontinencia. 3. Problemas de orientación

Criterios de Exclusión: 1. Procesos de deterioro funcional lento en el tiempo (más de tres meses) y progresivo en su evolución, sin relación directa con un encamamiento prolongado. 2. Ámbito domiciliario que no cumple las mínimas condiciones higiénicas y arquitectónicas para desarrollar un programa terapéutico. 3. Déficit cognitivo del paciente que impide la colaboración mínima del paciente. 4. No aceptación del tratamiento por parte del enfermo y/o cuidadores. 5. No colaboración de la familia y/o cuidadores cuando sea imprescindible

Objetivos Generales: 1 Recuperar la situación funcional previa, si la patología de origen no es por si misma discapacitante

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Primera visita, control y alta:

Profesional	Tipo	Nº de visitas
Médico Rehabilitador	MD- 1	1
Médico Rehabilitador	MD-A	1

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Complimentación exhaustiva de la historia clínica
- Evaluar las necesidades de rehabilitación
- Definir la frecuencia del tratamiento y los profesionales que intervienen
- Marcar los objetivos terapéuticos concretos

Control y alta:

- Evaluar los resultados terapéuticos
- Definir la situación de alta del servicio
- Complimentar informe de alta

Tratamiento de Fisioterapia:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Fisioterapeuta	FD	18

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Verticalización desde el momento que sea posible
- Prevenir las úlceras por presión
- Mantenimiento articular de las extremidades inferiores
- Prevención de las retracciones tendinosas o actitudes viciosas
- Mantenimiento del trofismo muscular
- Mejorar el equilibrio sentado para después pasar a la bipedestación
- Mantener la máxima capacidad ventilatoria
- Mantener las vías aéreas permeables

Tratamiento de Terapia Ocupacional:

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Terapeuta Ocupacional	TOD	2

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Entrenamiento en la realización de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales
- Disminuir el impacto de las deficiencias y/o discapacidades de los miembros y tronco
- Trabajar la capacidad neuropsicológica
- Aconsejar ayudas técnicas, adaptaciones y/u órtesis
- Asesoramiento sobre el posicionamiento, el manejo y/o la estimulación del paciente
- Informar e implicar, tanto a la familia como al paciente, en el proceso terapéutico
- Educación sanitaria

MANUALES DE EDUCACIÓN SANITARIA

Se debe disponer de manuales de educación sanitaria, al menos para el proceso patológico más frecuente, ya que éste es un complemento eficaz y permanente para el tratamiento de rehabilitación.

Debe ser un manual impreso y encuadernado.

Debe identificarse claramente el servicio al cual pertenece y la autoridad.

Debe disponer de un protocolo específico para instruir al paciente en el uso del manual.

Debe incluir texto y dibujos explicativos (viñetas).

El contenido del texto ha de incluir: Explicación de la patología. Precauciones y recomendaciones.

En ningún caso el manual sustituirá al tratamiento que el paciente debe realizar en el servicio.

BLOQUE F INFORMES CLINICOS

1. CONTENIDO DEL INFORME DE ALTA

El informe de alta deberá contener en todo caso, los contenidos mínimos fijados en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como las disposiciones que en esta materia se desarrollan. Deberá disponer igualmente de cualquier otro informe sobre la asistencia prestada, independientemente de su modalidad ordenado por la normativa vigente.

En los apartados 1.2 y 1.3 sólo se cumplimentarán los puntos relacionados con la lesión o proceso

1.1 Datos de Identificación del Paciente:

- Nombre y apellidos. Fecha de nacimiento
- Número de historia clínica
- Datos del facultativo y empresa que deriva al paciente
- Fecha de inicio y fecha de alta

1.2 Situación al Inicio del tratamiento:

- Diagnóstico : código y literal
- Inicio de la lesión o proceso
- Antecedentes patológicos
- Estado psíquico
- Valoración morfológica (atrofias, lesiones dermatológicas, dismetrías, protetización, órtesis, etc.)
- Funciones superiores (estado de consciencia, nivel de colaboración, comprensión, etc.)
- Exploración funcional de los miembros: movilidad, tono muscular, "clonus", coordinación, equilibrio y marcha
- Estado álgico según escala analógica. Exploración sensitiva: superficial y profunda
- Valoración funcional de las A.V.D. según escala pertinente al proceso (Barthel, Quebec, Constant etc.)
- Tipo de alteración del lenguaje y/o habla.

1.3 Situación al Final del tratamiento:

- Estado psíquico
- Valoración morfológica (atrofias, lesiones dermatológicas, dismetrías, protetización, órtesis, etc.)
- Funciones superiores (estado de consciencia, nivel de colaboración, comprensión, etc.)
- Exploración funcional de los miembros: movilidad, tono muscular, "clonus", coordinación, equilibrio y marcha
- Estado álgico según escala analógica. Exploración sensitiva: superficial y profunda
- Valoración funcional de las A.V.D. según escala pertinente al proceso (Barthel, Quebec, Constant, etc.)
- Tipo de alteración del lenguaje y/o habla.
- Descripción de las ayudas técnicas a domicilio

1.4 Tratamiento Realizado:

- Se describirá el tipo de tratamiento realizado, nº y tipo de sesiones, así como exploraciones complementarias que se hayan realizado e incidencias que hayan tenido lugar

1.5 Observaciones:

- Se describirán las dificultades o problemas que han surgido durante el tratamiento de la lesión, así como las debidas al paciente (actitudes, colaboración, etc.) y/o los profesionales que participan en el mismo. Se hará hincapié en las normas a seguir en las actividades de la vida diaria y pauta de ejercicios con fines de mantenimiento domiciliario.
- Se incluirá el documento original del "Cuestionario de Opinión" cumplimentado por el paciente.

2. PLAZO DE EMISIÓN DEL INFORME DE ALTA

2 días laborales tras el alta definitiva del paciente

3. SOPORTE DE LOS INFORMES CLINICOS

Los informes generados por la adjudicataria se adecuarán a un modelo consensuado con las Gerencias de las Áreas III - Avilés- y V -Gijón- y que facilite su utilización posterior a efectos de codificación y seguimiento.

El Servicio de Salud del Principado de Asturias podrá optar por un informe en papel o un informe en formato electrónico. En caso de formato electrónico, el informe ha de ser compatible y adecuado para su fácil incorporación al sistema informático del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

4. PROCEDIMIENTO DE ENTREGA

Si el SESPA opta por un informe en papel, tanto los informes escritos así como la documentación gráfica serán entregados físicamente por el personal de la empresa adjudicataria, o servicio de mensajería de esta dependiente, en la dependencia que establezca la Gerencia de Área que deriva al paciente, con el objeto de que se archive en su historia clínica. Asimismo deberá adjuntarse una copia del informe de alta de los procesos finalizados como anexo de la factura mensual remitida a los servicios centrales del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Cuando el SESPA opte por un formato electrónico de los informes, la empresa adjudicataria estará en condiciones de remitirlos vía correo electrónico u otra conexión telemática válida para las dependencias de la Gerencia de Área que deriva al paciente, con el objeto de que se archive en su historia clínica. Asimismo deberá adjuntarse una copia del informe de alta de los procesos finalizados como anexo de la factura mensual remitida a los servicios centrales del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

En cualquier caso deberá hacerse llegar la documentación gráfica de la/s exploración/es realizada/as.

El paciente también recibirá personalmente copia del informe de alta, siempre que sea posible en el mismo momento de su alta o sino por correo postal o electrónico a posteriori.

5. ENTREGA AL PACIENTE DE UN “RESUMEN DEL INFORME “

Además de lo especificado anteriormente, y en el caso de que el paciente no reciba en el momento del alta una copia del Informe de Alta definitivo, en ese momento del alta se le entregará un “Resumen” del citado Informe que, al menos, incluirá:

1.Diagnóstico. 2. Tratamiento realizado. 3. Resumen de situación al alta. 4. Recomendaciones terapéuticas, en su caso.

6. ARCHIVO E INFORMES

La empresa adjudicataria mantendrá archivada copia de los resultados a disposición del contratante según lo estipulado en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Empresa adjudicataria dispondrá de hojas de consentimiento informado. En la historia clínica deberá constar para aquellos procesos que se requiera, el consentimiento firmado por el paciente o persona responsable del mismo según lo estipulado en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

8. ANEXO 1 HOJA DE CONTROL DE ASISTENCIA Y ANEXO 2 CUESTIONARIO DE OPINIÓN

El Anexo 1, Hoja de Control de Asistencia, es un documento que deberá firmar el paciente o persona responsable del mismo al finalizar cada sesión de tratamiento en el cual se recogerá día, hora de inicio, hora final y duración de la asistencia.

El Anexo 2, Cuestionario de Opinión, es un documento que se entregará al paciente o persona responsable del mismo al finalizar el mismo.

Ambos Anexos deberán ser entregados por la empresa adjudicataria al Servicio de Salud del Principado de Asturias una vez finalizado el tratamiento.

ANEXO II

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: REQUISITOS MÍNIMOS

LOTE 2: LOGOPEDIA AMBULATORIA

BLOQUE A: EQUIPAMIENTO

1. NORMATIVA

Será de obligado cumplimiento en todo momento, la normativa legal y autonómica vigente, y en especial lo dispuesto en el Decreto 55/2014, de 20 de mayo por el que se regula la autorización de centros y servicios sanitarios, así como, los criterios internacionales especificados en el Real Decreto 1591/ 2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios, para la ubicación, funcionamiento y seguridad de todos los equipos disponibles electromédicos o no, y para todo el material fungible que se precise debiendo de estar todos ellos en correcto estado de funcionamiento.

2. EQUIPAMIENTO ESPECÍFICO PARA PROCESOS ASISTENCIALES

2.1 EQUIPAMIENTO ESPECÍFICO PARA EL DIAGNÓSTICO

Se dispondrá, al menos, del siguiente equipamiento:

- Un Espejo frontal para la realización de la laringoscopia.
- Una lámpara de alcohol.
- Espejos laríngeos, de al menos 3 tamaños diferentes, para la visualización y detección de patologías de los repliegues vocales.
- Bateas de acero inoxidable para la ubicación y desinfección del instrumental médico.
- Material esporicida para la desinfección del instrumental médico.
- Un Otoscopio: debe constar de espéculums óticos de uso permanente y/o espéculums óticos desechables de al menos 4 medidas diferentes (entre 2 y 5 mm. de diámetro)
- Espéculums nasales para la visualización de fosas nasales de tamaño pequeño, mediano y grande.
- Camilla: debe permitir la exploración de la respiración en posición decúbito supino y de la dehiscencia abdominal en niños.
- Esterilizador estándar para la esterilización del material de exploración.
- Un Sonómetro analógico: debe permitir la medición de la intensidad en dB de la voz hablada, proyectada y el grito. El rango de medición debe oscilar entre 40 y 110 Db.
- Un Espejo de Glatzer: debe permitir la valoración del escape nasal de aire durante la fonación y simetría del tabique en la espiración
- Dos Cronómetros: debe permitir la medición cuantitativa del tiempo de los ítems específicos según la prueba de exploración (TME y TMF).

- Grabadora estándar (con teclas de reproducción, grabación, stop y rebobinado rápido en los dos sentidos).
- Material fungible de exploración de un solo uso: gasas esterilizadas, depresores de madera y de plástico, guantes de látex, alimento sólido y líquido.

2.2. EQUIPO TÉCNICO ESPECÍFICO DE REHABILITACIÓN

- 3 Colchonetas individuales o una colectiva con capacidad para, al menos, cuatro personas adultas.
- Espejo fijo: que permita la visualización del cuerpo entero.
- Juegos didácticos: un mínimo de 20 elementos que permitan el trabajo de los diferentes objetivos de la rehabilitación según la patología.
- Sacos de arena cuyo peso oscile entre 1 y 3 Kg. y que permitan el trabajo de la respiración y la técnica Pussing.
- Material fungible de rehabilitación: debe incluir material de soplo y deglución.
- Fichas de rehabilitación: que permitan el trabajo de los diferentes objetivos de la rehabilitación según la patología.
- Ordenador: Para facilitar y mejorar la intervención en logopedia con un procesador de textos y un programa informático de rehabilitación.

3. EQUIPAMIENTO INFORMÁTICO

La adjudicataria deberá de disponer de un tratamiento informatizado de los procesos administrativos asociados al paciente y a la derivación. En concreto, ha de ser capaz de disponer de un sistema de programación de citas, control de asistencia y anulaciones, registro de tratamientos.

8. OTROS

La empresa adjudicataria dispondrá de servicio técnico permanente y de mantenimiento (preventivo y reparador) del equipamiento informático y electromédico, estableciendo, en este sentido, las condiciones de colaboración con las empresas suministradoras para reducir al mínimo los tiempos de parada de los equipos, e igualmente, la empresa adjudicataria se responsabilizará de la garantía de calidad de su funcionamiento, de acuerdo con las instrucciones de cada suministrador y del restablecimiento de las condiciones que, aún no suponiendo un paro en la actividad, puedan comprometer la calidad de los procedimientos y/o la seguridad de los pacientes.

BLOQUE B: LOCALES E INSTALACIONES

Será de obligado cumplimiento la normativa legal local, autonómica y estatal vigentes, para la construcción y puesta en marcha de este tipo de instalaciones, así como toda la normativa de aplicación general, y en especial lo previsto en el Decreto 55/2014, de 28 de mayo por el que se regulan la autorización de centros sanitarios.

1.- ACCESIBILIDAD UNIVERSAL

Deberá cumplir la normativa vigente en materia de accesibilidad, y en todo caso su estructura y distribución garantizará unos itinerarios accesibles externos y unas circulaciones internas, distribución de locales, accesos, dotaciones etc, accesibles y con la menor complejidad posible para los usuarios, atendiendo al criterio de la accesibilidad universal. En todo caso deberá posibilitarse adecuadamente la movilidad de camas, camillas, sillas de ruedas, material y medios de evacuación. La accesibilidad Universal se entiende en los términos expresados en el artículo 2 letra c de la Ley 51/2003 de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

2.- ESPACIOS FÍSICOS

Serán de dimensiones suficientes (atendiendo a las recomendaciones y estándares, guías etc., sobre las distintas actividades asistenciales) contando con las siguientes áreas diferenciadas:

- Área de recepción y sala de espera en condiciones generales adecuadas para procurar la continuidad de pacientes y acompañantes.
- Área Clínica de Consulta, exploración y tratamiento, que contará con ventilación e iluminación suficiente
- Área de aseos integrada en el centro que dispondrá de lavamanos e inodoro para utilización de los usuarios, así como, dosificador de jabón, aparato para secar las manos de aire caliente o toallas de un solo uso y cubo de pedal.
- Se dispondrá de un sistema de archivo de las historias clínicas que permita su rápida localización y garantice mediante medidas de índole técnica y organizativa, la custodia segura y la confidencialidad de los datos personales contenidos en ellas, su correcta conservación y la recuperación de la información. Este archivo podrá tener formato digital. En cualquier caso se garantizarán las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad y la integridad clínica de acuerdo con la normativa vigente.
- El almacenamiento, ubicación y distribución del equipamiento y material se hará de manera que se preserven los circuitos higiénico-sanitarios de circulación de personas y materiales.

3. AREA TERAPÉUTICA

3.1 SALA DE TRATAMIENTO EN GRUPO

- Es el espacio destinado para que los logopedas realicen los tratamientos en grupos de 4 a 6 personas.
- Es necesario que disponga de buena iluminación, dispositivo de renovación de aire, colgador y armario para el material.
- La superficie mínima será de 10 metros cuadrados.

3.2 SALA DE TRATAMIENTO INDIVIDUAL

- Espacio destinado para que los logopedas realicen los tratamientos de forma individual.
- Es necesario que disponga de buena iluminación, dispositivo de renovación de aire, colgador y armario para el material.
- La superficie mínima será de 8 metros cuadrados.

4- ASPECTOS GENERALES

Instalación de calefacción en todas las dependencias.

5. CONDICIONES DE LA ACTIVIDAD SANITARIA EN RELACIÓN CON LA HIGIENE, DESINFECCIÓN, Y ESTERILIZACIÓN Y BIOSEGURIDAD

Deberán mantener en todo momento sus dependencias, instalaciones y equipos de trabajo en condiciones de higiene, desinfección y bioseguridad adecuadas a la actividad desarrollada de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 55/2014, de 28 de mayo por el que se regula la autorización de centros y servicios sanitarios.

BLOQUE C: RECURSOS HUMANOS

REQUISITOS MÍNIMOS

1. PERSONAL FACULTATIVO

Un Facultativo Especialista en Foniatría y/o en Medicina Física y Rehabilitación, que será el responsable del servicio, en posesión de la titulación establecida en la legislación vigente.

2. PERSONAL SANITARIO NO FACULTATIVO

Un Diplomado Universitario en Logopedia y/o Licenciado con el Postgrado en Logopedia, con la titulación establecida en la legislación vigente, de desarrollo de la actividad correspondiente a su especialidad, a partir de la ejecución del contrato.

3. PERSONAL NO SANITARIO

Un Administrativo con el nivel académico exigido para la titulación establecida en la legislación vigente o superior, a partir de la ejecución del contrato.

BLOQUE D: ORGANIZACIÓN EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

1. HORARIO DE SERVICIO

a) Realización del procedimiento con carácter ordinario:

- Siete horas diarias en horario de mañana y/o tarde, teniendo en cuenta que en el caso de niños deberá ser siempre en horario no escolar, 5 días a la semana como mínimo siempre que lo permita el calendario laboral vigente.

b) Contratación de paquetes de servicios (lista de espera y similares). En este caso se ajustará al horario y/o calendario que se pacte con el Servicio de Salud del Principado de Asturias.

c) Durante el horario establecido en los dos apartados anteriores (a y b) se realizarán los procedimientos objeto del servicio a pacientes enviados desde régimen ambulatorio, hospitalización, según determine el Servicio de Salud del Principado de Asturias.

2. SOLICITUD DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Las Gerencias de las Áreas III -Avilés- y V -Gijón- remitirán las solicitudes de los procedimientos de rehabilitación domiciliaria a las dependencias centrales del Servicio de Salud del Principado en modelo normalizado quien a su vez asignará un número de caso a cada solicitud. A su vez desde las dependencias centrales del Servicio de Salud del Principado se remitirán estas solicitudes a la adjudicataria bien en soporte papel mediante repartidor o mensajero propio, fax o bien en soporte informático mediante correo electrónico.

3. COMUNICACIÓN DE LA FECHA DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO (CITACIÓN):

a) Realización del procedimiento con carácter ordinario:

- Pacientes en régimen ambulatorio: la empresa adjudicataria realizará la citación, en un plazo no superior a dos días laborables, directamente al paciente por vía telefónica. En el caso de no poder contactar con el paciente o con personas autorizadas, tras al menos tres intentos (en días diferentes y con un intervalo máximo entre la primera y la tercera llamada de 5 días) y en horarios diferentes (una de ellas al menos por la tarde), la empresa adjudicataria deberá comunicarlo con la mayor brevedad al Servicio de Salud del Principado de Asturias, vía fax o correo electrónico.
- Pacientes procedentes de hospitalización: la empresa adjudicataria la realizará, vía telefónica, telemática o escrita, en un plazo no superior a 1 día laborable, a la dependencia o dependencias que el Servicio de Salud del Principado designe.

- b) En el caso de contratación de paquetes de servicios, (lista de espera y similares) la demora en la citación para la realización del tratamiento se ajustará al plazo global que se pacte con el Servicio de Salud del Principado de Asturias

4 REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1 . PLAZOS PARA EL INICIO DEL PROCEDIMIENTO

a) Realización del Procedimiento con carácter ordinario.

El plazo para el inicio del procedimiento terapéutico (contado a partir desde el momento de la solicitud), salvo en el caso de que se especifique una fecha concreta posterior en el modelo de solicitud serán:

- En pacientes hospitalizados máximo 6 días laborables.
- En paciente en régimen ambulatorio máximo 20 días laborables
- En pacientes con carácter preferente, con la mayor brevedad posible y un plazo máximo de 48 horas.

b) El plazo para el inicio del procedimiento, en el caso de contratación de paquetes de servicios (lista de espera y similares) se ajustará al plazo global que se pacte con el Servicio de Salud del Principado de Asturias.

4.2 PROGRAMACIÓN

Tras la primera consulta, una vez decidido y planificado el tratamiento, se entregará al paciente programa de las actividades a realizar con fecha de cada una de las consultas y sesiones terapéuticas, Estas fechas podrán ser modificadas en función de la respuesta terapéutica y las incidencias que ocurran durante el desarrollo de todo el procedimiento.

4.3 HISTORIA CLÍNICA

La empresa contratada deberá disponer de una historia clínica para cada paciente, a disposición del Servicio de Salud del Principado de Asturias cuyo contenido, usos, archivo y conservación, derechos de acceso, cancelación y oposición deberá cumplir según lo dispuesto en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, *básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica* y la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal. En todo caso deberán disponer de la documentación clínica conforme a lo previsto en el Decreto 55/2014, por el que se regula la autorización de centros y Servicios Sanitarios, así como, cumplir la normativa legal vigente en cuanto a confidencialidad, protección de datos, y seguridad de las instalaciones.

4.4 PLANIFICACIÓN

Para distribuir las cargas de trabajo de los profesionales, el servicio deberá disponer de un planning conteniendo profesionales y horarios.

4.5. HOJA INFORMATIVA Y CUESTIONARIO DE OPINIÓN

En la primera consulta se entregará una "hoja informativa" para cada paciente. En ella se harán constar los derechos y obligaciones del paciente y de la empresa contratada, así como, los datos de referencia de ésta última. Igualmente se informará del mecanismo y soporte de las reclamaciones y sugerencias debiéndose cumplir, en todo momento, la normativa vigente en el Servicio de Salud del Principado de Asturias

Al finalizar el tratamiento, se entregará al paciente un documento de recogida de opinión sobre la prestación del servicio, que se recogerá al alta. En este documento, como mínimo, deberán constar:

1. Actitud y trato de los profesionales 2. Valoración de la puntualidad del servicio. 3. Valoración de la información recibida. 4. Valoración subjetiva del resultado del tratamiento.

4.6 SEGUIMIENTO DE LA ASISTENCIA

La adjudicataria deberá disponer del documento *Hoja de Control de Asistencia* donde quede reflejado el día, hora de inicio, hora final y duración de la asistencia de cada paciente, así como un protocolo de seguimiento de las ausencias.

4.7 NOTIFICACION DE LA ASISTENCIA PRESTADA

Mensualmente la adjudicataria notificará a los servicios centrales del Servicio de Salud vía telemática el inicio de los nuevos procesos recibidos y la finalización de aquellos que hayan terminado el proceso indicando Nombre y Apellidos, número de historia clínica, número de Seguridad Social, número de caso asignado por el Servicio de Salud y proceso o tratamiento realizado.

BLOQUE E: REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Los licitadores deberán presentar oferta a todos los procesos de cada lote al que opten cuyos procedimientos se describe a continuación.

1. Teniendo en cuenta la evolución del conocimiento científico, una vez formalizado el contrato, los protocolos que se describen a continuación, pueden ser modificados, y añadirse otros procedimientos nuevos, siempre con los objetivos de conseguir mayor facilidad de realización con menores molestias y un aumento en su capacidad terapéutica. Estas modificaciones deberán contar con la aprobación del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

De la misma forma los criterios de inclusión y exclusión en cada procedimiento serán relativos y susceptibles de modificación y deberán contar con la aprobación del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

2. Siempre que las características técnicas del equipamiento lo permitan, y basándose en el conocimiento científico, en cada protocolo específico, de forma general o en un paciente concreto, la adjudicataria modificará, a requerimiento del Servicio de Salud del Principado de Asturias las características del mismo.

3. El Alta se dará en cualquiera de las siguientes circunstancias:

3.1. En la primera visita médica (ML-1), cuando se considere "No indicado el tratamiento solicitado"

3.2. Cuando se hayan conseguido la curación, la máxima mejoría alcanzable o los objetivos especificados en cada protocolo, independientemente del número de sesiones máximo realizadas.

3.3. Cuando se considere que no es posible la curación, mejoría adicional o el cumplimiento de los objetivos especificados o alguno de ellos, y se hallan realizado todas las sesiones y visitas especificadas en cada uno de los protocolos.

MODALIDADES TERAPÉUTICAS A UTILIZAR EN LOS PROTOCOLOS DE REALIZACIÓN DE CADA PROCEDIMIENTO

Modalidad Terapéutica		Descripción	
Código	Descripción	Tiempo de consulta	Recursos mínimos utilizados
ML-1	Primera visita médica realizada antes de que el paciente ingrese en un servicio o unidad monográfica de logopedia . Normalmente no se utilizará en tratamientos combinados con otras especialidades ya que en la primera visita general será suficiente.	40'	Médico rehabilitador/ foniatra. En la afasia puede ser necesario realizar más de una primera visita
ML-R	Revisión médica realizada durante el proceso terapéutico del paciente que se está realizando tratamiento en una unidad o servicio monográfico de logopedia	20'	Médico rehabilitador/ foniatra
ML-A	Visita médica realizada al final del proceso terapéutico del paciente que está realizando tratamiento en una unidad o servicio monográfico de logopedia con el fin de valorar el estado final y realizar el informe de alta	20'	Médico rehabilitador/Foniatra. En la afasia puede ser necesario realizar mas de una visita para valorar el estado final. En algunas patologías ha de intervenir el logopeda para realizar la valoración funcional
LO-I1	Modalidad asistencial de logopedia destinada al tratamiento de pacientes con patologías del lenguaje del habla y/o de la voz	30'	Asistencia individual de logopedia
		30'	Tratamiento complementario de refuerzo. Supervisión por Logopeda, asistencia por Auxiliar sanitario.
LO-I2	Modalidad asistencial de logopedia destinada al tratamiento de pacientes con patologías del lenguaje del habla y/o de la voz	40'	Asistencia individual de logopedia. Se podrán tratar dos pacientes, con características clínicas y funcionales similares al mismo tiempo
		15'	Tratamiento complementario de refuerzo. Supervisión por Logopeda, asistencia por Auxiliar sanitario.
LO-G	Modalidad asistencial de logopedia destinada al tratamiento de pacientes en grupo que presenten un nivel óptimo de autonomía, posibilidades comunicativas y un nivel de comprensión y expresión suficiente para poder seguir consignas y hacer actividades conjuntas.	60'	El grupo como máximo de seis pacientes, con características homogéneas será dirigido directamente por un logopeda

PROCEDIMIENTOS DE LOGOPEDIA AMBULATORIA

CATEGORÍA MAYOR DIAGNOSTICA. Código CMD 13

Alteraciones del Lenguaje, de la Voz y del Habla en la edad adulta

Descripción de las Categoría Mayor Diagnóstica: se incluirán todos los pacientes mayores de 4 años con alteraciones del lenguaje, de la voz y/o del habla. Según la patología el criterio de inclusión por edad puede variar (el criterio se especifica en la descripción de cada proceso)

Códigos y descripciones más frecuentes del CIE-9-MC incluidos en esta CMD:

784.4 Alteración de la voz (proceso 13.1)
784.40 Alteración de la voz no especificada (proceso 13.1)
784.41 Afonía (proceso 13.1)
784.49 Cambio de voz, disfonía, hipernasalidad, hiponasalidad, ronquera (proceso 13.1)
438.11 Afasia (proceso 13.2)
438.19 Otros defectos del habla y del lenguaje. Se incluye la disartria (proceso 13.3)
307.0 Tartamudeo y balbuceo (proceso 13.4)
524.5 Anormalidad funcional dentofacial (proceso 13.5)
30.3 Laringectomía total (se codifica por el procedimiento) (proceso 13.6)

En el caso de que exista la necesidad de codificar alguna patología no descrita, se seguirán los criterios citados en la definición de la CMD o los específicos del proceso correspondiente, además de los explícitos en los manuales de codificación de la CIE-9-MC. Siempre se procurará codificar a 4 o 5 dígitos

Códigos y descripciones CIE-9-MC excluidos:

315.02 Dislexia 299.0 Autismo
315.3 Desórdenes del desarrollo del lenguaje y/o del habla
389.9 Sordera que implique alteración del lenguaje, de la voz y/o del habla.
438.12 Disfasia (proceso 13.2)
317 Retraso mental discreto
318 [0-2] Otro retraso mental no especificado

Se excluyen todas aquellas alteraciones en la adquisición del lenguaje y de la lectoescritura producidas durante el proceso de desarrollo de la persona, además de las alteraciones de la audición y las vinculadas a las deficiencias mentales.

Procesos Incluidos en este Lote y Categoría Mayor Diagnóstica.**13.1 Disfonía**

Descripción del Proceso: se incluirán todas aquellas personas mayores de 6 años con alteraciones que afecten a los parámetros acústicos de la voz, tono/intensidad/timbre, producidas por lesiones localizadas en los repliegues vocales y/o por un desequilibrio en la coordinación de los músculos respiratorios, de los músculos de la laringe y de las cavidades de resonancia

Criterios de Exclusión: No podrán ser tratados en logopedia los pacientes que padezcan trastornos de las funciones superiores o psiquiátricas que comporten alteraciones graves de la conducta o si se detecta la no aceptación y colaboración del paciente en su tratamiento.

Objetivos Generales: Sensibilizar sobre los hábitos que se están utilizando de manera incorrecta, enseñar la técnica vocal correcta y favorecer la interiorización y generalización de esta técnica en la vida diaria

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**Primera Visita Control y Alta:****Primera Visita Control y Alta:**

Profesional	Tipo	Nº de visitas
Médico	ML- 1	1
Médico	ML-R	1
Médico	ML-A	1

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Cumplimentación de la historia clínica que conste de: Anamnesis y valoración orgánica y funcional del paciente

- Determinación del diagnóstico principal y secundarios asociados
- Planificación de los pacientes tributarios de tratamiento logopédico en modalidades terapéuticas que vendrán determinadas por: los resultados de la exploración, la cronificación de la patología y la edad cronológica del paciente
- Estimular la intervención y participación del paciente y la familia en el caso de niños en el proceso terapéutico
- Supervisión de la evolución del proceso
- Determinación, conjuntamente con el resto del equipo terapéutico y paciente, del momento del alta y confección del informe de alta

Tratamiento de Logopedia :

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Logopedia	LO-I1	4
Logopedia	LO-I2	3
Logopedia	LO-G	30

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Aconsejar y mejorar hábitos de higiene vocal
- Corrección de la postura
- Estimular técnicas de relajación
- Mejorar y ejercitar la técnica respiratoria(modos y tipos) y la coordinación fonorespiratoria
- Mejorar y ejercitar la articulación
- Mejorar y ejercitar la resonancia y la proyección vocal
- Mejorar y ejercitar las cualidades acústicas de la voz: intensidad, tono y timbre
- Mejorar y ejercitar la melodía y la entonación
- Informar e implicar al paciente y en el caso de niños a la familia sobre su proceso terapéutico
- Aprender a practicar ejercicios y estrategias de forma sistemática para automatizarlos al máximo

13.2 Afasia

Descripción del Proceso: se incluirán todas aquellas personas mayores de 4 años con trastornos del lenguaje producidos por una lesión cerebral (accidente cerebral vascular, traumatismos craneoencefálicos, infecciones en el sistema nervioso central y tumores) y que previamente podían hablar con normalidad y que comporte alteraciones de los elementos sonoros del habla y/o déficit en la comprensión y/o trastornos en la denominación.

Algunas personas también pueden presentar trastornos neuropsicológicos asociados.

Criterios de Exclusión: No podrán ser tratados en logopedia los pacientes que padezcan trastornos de las funciones superiores o psiquiátricos que comporten alteraciones graves de la conducta o si se detecta la no aceptación y colaboración del paciente y/o la familia en su tratamiento

Objetivos Generales: Conocer las capacidades alteradas y las preservadas que serán la base para definir los objetivos generales de la rehabilitación y recuperar así el mayor grado de capacidad funcional, de autonomía y de integración del paciente en la vida diaria

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**Primera Visita Control y Alta:**

Profesional	Tipo	Nº de visitas
Médico Foniatra o Rehabilitador	ML- 1	2
Médico Foniatra o Rehabilitador	ML-R	1
Médico Foniatra o Rehabilitador	ML-A	2

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Cumplimentación de la historia clínica que conste de: Anamnesis y valoración funcional del paciente
- Determinación del diagnóstico principal y secundarios asociados. Definir el tipo de afasia y el grado de severidad de la misma
- Planificación de los pacientes tributarios de tratamiento logopédico en modalidades terapéuticas que vendrán determinadas por: los resultados de la exploración, la cronificación de la patología y la edad cronológica del paciente
- Estimular la intervención y participación del paciente y la familia en el proceso terapéutico
- Supervisión de la evolución del proceso
- Determinación, conjuntamente con el resto del equipo terapéutico y paciente, del momento del alta y confección del informe de alta

Tratamiento de Logopedia :

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Logopedia	LO-I1	10
Logopedia	LO-I2	10
Logopedia	LO-G	60

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):**En trastornos de predominio motor (no fluentes) se trabajarán los siguientes objetivos:**

- Estimulación de los mecanismos motores y praxias
- Vocalizaciones y repeticiones a partir principalmente del lenguaje automático
- Tareas extraverbales: clasificación, series lógicas, atención y memoria entre otras
- Rehabilitación de la reducción verbal
- Estimulación del lenguaje: Designación, denominación, categorización, abstracción, comprensión y morfosintaxis entre otras
- Rehabilitación de la expresión escrita y de la lectura
- Informar e implicar al paciente y a la familia sobre su proceso terapéutico y sobre las causas y consecuencias de la lesión
- Orientar a la familia sobre pautas de comportamiento y tareas de refuerzo a realizar desde su domicilio
- Aprender a practicar ejercicios y estrategias de forma sistemática para automatizarlos al máximo

- Ofrecer y formar a partir de técnicas de comunicación alternativas en aquellos pacientes en los que el desbloqueo de lenguaje no suceda

En trastornos de predominio sensorial (fluentes) se trabajarán los siguientes objetivos:

- Entrenamiento auditivo y si es necesario reforzar con praxias : Percepción y discriminación auditiva
- Tareas extraverbales: Atención, memoria, clasificación y series lógicas entre otras
- Rehabilitación de la logorrea y/o de los trastornos fonéticos y fonológicos
- Estimulación del lenguaje: Designación, denominación, categorización, comprensión, morfosintaxis y análisis del lenguaje entre otras.
- Rehabilitación de la expresión escrita y de la lectura
- Informar e implicar al paciente y a la familia sobre su proceso terapéutico, sobre las causas y consecuencias de la lesión y sobre las expectativas de la rehabilitación
- Orientar a la familia sobre pautas de comportamiento y tareas de refuerzo a realizar desde su domicilio.
- Aprender a practicar ejercicios y estrategias de forma sistemática para automatizarlos al máximo

13.3 Disartria

Descripción del Proceso se incluirán todas aquellas personas mayores de 4 años con alteraciones del habla y de la voz producidas por una lesión en el Sistema Nervioso Central o Periférico y que curse con alteraciones motrices coexistentes en la respiración, la fonación, la resonancia, la articulación y la prosodia

Criterios de Exclusión: No podrán ser tratados en logopedia los pacientes que padezcan trastornos de las funciones superiores o psiquiátricas que comporten alteraciones graves de la conducta o si se detecta la no aceptación y colaboración del paciente y/o familia en su tratamiento.

Objetivos Generales: Mejorar, mantener y/o retardar las consecuencias de las alteraciones del habla y de la voz y trabajar los trastornos cognitivos asociados en el caso de que existan

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Primera Visita Control y Alta:

Profesional	Tipo	Nº de visitas
Médico	ML- 1	1
Médico	ML-R	1
Médico	ML-A	1

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Cumplimentación de la historia clínica que conste de: Anamnesis y valoración funcional del paciente
- Determinación del diagnóstico principal y secundarios asociados. Definir el tipo de disartria y el grado de severidad de la misma
- Planificación de los pacientes tributarios de tratamiento logopédico en modalidades terapéuticas que vendrán determinadas por: los resultados de la exploración, la cronificación de la patología y la edad cronológica del paciente
- Estimular la intervención y participación del paciente y la familia en el proceso terapéutico
- Supervisión de la evolución del proceso
- Determinación, conjuntamente con el resto del equipo terapéutico y paciente, del momento del alta y confección del informe de alta

Tratamiento de Logopedia :

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Logopedia	LO-I1	5
Logopedia	LO-I2	3
Logopedia	LO-G	42

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Trabajar pautas de respiración costodiafragmática
- Trabajar la postura, el tono y la fuerza muscular
- Potenciar las cavidades de resonancia y mejorar la fonación a partir de las cualidades acústicas de la voz : intensidad, tono y timbre
- Trabajar praxias en órganos orofaciales, enseñar el modo y punto de articulación correctos utilizando refuerzos auditivos y visuales
- Trabajar la articulación, el ritmo y la prosodia
- Trabajar las posibles alteraciones cognitivas asociadas y funciones reflejas como la deglución
- Informar e implicar al paciente y a la familia sobre su proceso terapéutico, sobre las causas y consecuencias de la lesión y sobre las expectativas de la rehabilitación
- Orientar a la familia sobre pautas de comportamiento y tareas de refuerzo a realizar desde su domicilio
- Aprender a practicar ejercicios y estrategias de forma sistemática para automatizarlos al máximo

13.4 Trastornos de la Fluencia

Descripción del Proceso En este proceso de logopedia se incluirán todas aquellas personas mayores de 6 años con trastornos que cursen

con una alteración en la fluidez del habla (disfemia) y/o con un habla excesivamente rápida y poco inteligible (taquifemia)

Criterios de Exclusión: No podrán ser tratados en logopedia los pacientes que padezcan trastornos de las funciones superiores o psiquiátricas que comporten alteraciones graves de la conducta o si se detecta la no aceptación y colaboración del paciente y/o familia en su tratamiento

Objetivos Generales: Conseguir una fluidez total del habla del paciente o en su defecto reducir la gravedad de la sintomatología

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**Primera Visita Control y Alta:**

Profesional	Tipo	Nº de visitas
Médico	ML- 1	1
Médico	ML-R	1
Médico	ML-A	1

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Complimentación de la historia clínica que conste de: Anamnesis y valoración funcional del paciente
- Determinación del diagnóstico principal y secundarios asociados. Definir el tipo de trastorno de la fluencia y el grado de severidad de la misma
- Planificación de los pacientes tributarios de tratamiento logopédico en modalidades terapéuticas que vendrán determinadas por: los resultados de la exploración, la cronificación de la patología y la edad cronológica del paciente
- Estimular la intervención y participación del paciente y la familia en el caso de niños en el proceso terapéutico
- Supervisión de la evolución del proceso
- Determinación, conjuntamente con el resto del equipo terapéutico y paciente, del momento del alta y confección del informe de alta.

Tratamiento de Logopedia :

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Logopedia	LO-I1	3
Logopedia	LO-I2	2
Logopedia	LO-G	30

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Información sobre la génesis, constitución, mantenimiento y consecuencias de la conducta o patrón de los trastornos de la fluencia (disfemia y/o taquifemia)
- Repaso básico anatomofisiológico de los órganos implicados en la fonación
- Ejercicios de relajación, respiración, coordinación fono-respiratoria y técnica de alargar sonidos y sílabas para evitar los bloqueos en la fonación
- Ejercicios de melodía, prosodia, entonación y lecturas de diferentes estilos literarios
- Ejercicios de simulación de las diferentes situaciones en las que se produce el trastorno de la fluencia para mejorar los recursos compensatorios que favorecen la integración espontánea
- Informar e implicar al paciente y a la familia en el caso de niños sobre su proceso terapéutico y sobre las expectativas de la rehabilitación
- Orientar a la familia en caso de niños sobre pautas de comportamiento
- Aprender a practicar ejercicios y estrategias de forma sistemática para automatizarlos al máximo

13.5 Anomalías Funcionales Bucodentofaciales

Descripción del Proceso se incluirán todas aquellos trastornos esquelético/estructurales de origen congénito y/o adquirido y todos aquellos trastornos funcionales originarios de la fase neonatal o desarrollados durante el crecimiento en personas mayores de 4 años, que cursen con una disfunción en la deglución, en la respiración, en la tonicidad muscular de los órganos orofaciales y/o en el habla (dislalia).

Criterios de Exclusión: No podrán ser tratados en logopedia los pacientes que padezcan trastornos de las funciones superiores o psiquiátricas que comporten alteraciones graves de la conducta o si se detecta la no aceptación y colaboración del paciente y/o familia en su tratamiento.

Objetivos Generales: Concienciar y reeducar el desequilibrio estructural y/o funcional a partir de la terapia miofuncional.

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Primera Visita Control y Alta:

Profesional	Tipo	Nº de visitas
Médico	ML- 1	1
Médico	ML-R	1
Médico	ML-A	1

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Cumplimentación de la historia clínica que conste de: Anamnesis y valoración funcional y orgánica del paciente
- Determinación del diagnóstico principal y secundarios asociados. Definir el tipo de trastorno funcional dentofacial y el grado de severidad del mismo
- Planificación de los pacientes tributarios de tratamiento logopédico en modalidades terapéuticas que vendrán determinadas por: los resultados de la exploración, la cronificación de la patología y la edad cronológica del paciente
- Estimular la intervención y participación del paciente y la familia en el caso de niños en el proceso terapéutico
- Supervisión de la evolución del proceso
- Determinación, conjuntamente con el resto del equipo terapéutico y paciente, del momento del alta y confección del informe de alta

Tratamiento de Logopedia :

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Logopedia	LO-I1	5
Logopedia	LO-I2	5
Logopedia	LO-G	27

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Información sobre la génesis, constitución, mantenimiento y consecuencias de la conducta o patrón funcional inadecuado
- Repaso básico anatomofisiológico de los órganos implicados en la respiración, en la deglución y en el habla
- Reeducción pre y post operatoria en las patologías donde la cirugía es necesaria
- Eliminar hábitos nocivos (succión del pulgar, chupete, comida pastosa más allá del tiempo recomendado y onicofagia entre otras)
- Mejorar la tonicidad de la lengua, mejillas y los labios e instruir en el correcto apoyo de la lengua sobre el paladar duro en situación de reposo y durante la deglución
- Trabajar la respiración nasal. Tipo y modo respiratorio
- Trabajar la masticación bilateral a nivel de los molares
- Trabajar los posibles problemas de la articulación del habla
- Conseguir que el nuevo patrón se convierta en un hábito inconsciente

- Informar e implicar al paciente y a la familia en caso de niños sobre su proceso terapéutico y sobre las expectativas de la rehabilitación.
- Orientar a la familia en caso de niños sobre pautas de comportamiento y tareas de refuerzo a realizar desde su domicilio.
- Aprender a practicar ejercicios y estrategias de forma sistemática para automatizarlos al máximo.

13.6 Laringectomía

Descripción del Proceso se incluirán todas aquellas personas a las que se les haya practicado una extirpación total de la laringe y que consecuentemente se encuentren con la imposibilidad de utilizar su voz habitual como medio de comunicación

Criterios de Exclusión: No podrán ser tratados en logopedia los pacientes que padezcan trastornos de las funciones superiores o psiquiátricas que comporten alteraciones graves de la conducta o si se detecta la no aceptación y colaboración del paciente y/o familia en su tratamiento.

Objetivos Generales: Adaptar al paciente a la nueva situación anatómica y capacitarlo para realizar las funciones en las que antes intervenía la laringe: deglución, respiración y habla

PROTOCOLO DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Primera Visita Control y Alta:

Profesional	Tipo	Nº de visitas
Médico	ML- 1	1
Médico	ML-R	1
Médico	ML-A	1

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Cumplimentación de la historia clínica que conste de: Anamnesis y valoración funcional y orgánica del paciente
- Determinación del diagnóstico principal y secundarios asociados. Definir el grado de severidad del mismo
- Planificación de los pacientes tributarios de tratamiento logopédico en modalidades terapéuticas que vendrán determinadas por: los resultados de la exploración, la cronificación de la patología y la edad cronológica del paciente
- Estimular la intervención y participación del paciente y la familia en el proceso terapéutico
- Supervisión de la evolución del proceso
- Determinación, conjuntamente con el resto del equipo terapéutico y paciente, del momento del alta y confección del informe de alta

Tratamiento de Logopedia :

Profesional	Tipo	Nº de sesiones máximo
Logopedia	LO-I1	5
Logopedia	LO-I2	2
Logopedia	LO-G	20

Se realizarán (además de lo específico de cada modalidad terapéutica):

- Información sobre las características de su nuevo estado
- Trabajar la relajación de la zona fonorespiratoria y la ejercitación de la respiración costodiafragmática
- Trabajar la diferenciación de soplos bucal y respiratorio y la producción espontánea de eructos
- Trabajo de la erigimofonía y en su defecto propiciar y formar a partir de ayudas técnicas alternativas
- Trabajar el dominio del ritmo, de la entonación y del volumen
- Conseguir que el nuevo patrón se convierta en un hábito inconsciente.
- Informar e implicar al paciente y a la familia sobre su proceso terapéutico y sobre las expectativas de la rehabilitación
- Orientar a la familia sobre pautas de comportamiento y tareas de refuerzo a realizar desde su domicilio
- Aprender a practicar ejercicios y estrategias de forma sistemática para automatizarlos al máximo

MANUALES DE EDUCACIÓN SANITARIA

Se debe disponer de manuales de educación sanitaria, al menos para el proceso patológico más frecuente, ya que éste es un complemento eficaz y permanente para el tratamiento de rehabilitación.

Debe ser un manual impreso y encuadernado.

Debe identificarse claramente el servicio al cual pertenece y la autoría.

Debe disponer de un protocolo específico para instruir al paciente en el uso del manual.

Debe incluir texto y dibujos explicativos (viñetas).

El contenido del texto ha de incluir:

Explicación de la patología.

Precauciones y recomendaciones.

BLOQUE E: INFORMES CLINICOS

1.-CONTENIDO DEL INFORME DE ALTA

El informe de alta deberá contener en todo caso, los contenidos mínimos fijados en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como las disposiciones que en esta materia se desarrollan. Deberá disponer igualmente de cualquier otro informe sobre la asistencia prestada, independientemente de su modalidad ordenado por la normativa vigente.

1.1 Datos de Identificación del Paciente:

- Nombre y apellidos.
- Fecha de nacimiento.
- Número de historia clínica.
- Datos del facultativo y empresa que deriva al paciente.
- Diagnóstico: código y literal.
- Fecha de inicio
- Fecha de alta

1.2 Valoración funcional atendiendo a la patología al iniciar y finalizar el proceso terapéutico

- Valoración funcional de la respiración, fonación, tonicidad muscular, articulación y prosodia en los procesos 13.1, 13.3, 13.4, 13.5 y 13.6. En el proceso 13.6 además se valorará la voz erigimofónica.
- Valoración funcional de la capacidad de codificación y decodificación del lenguaje oral y escrito y de los posibles trastornos cognitivos asociados en el proceso 13.2

1.3. Tratamiento Realizado:

- Se describirá el tipo de tratamiento realizado, número y tipo de sesiones, así como exploraciones complementarias que se hallan realizado e incidencias que hallan tenido lugar.

1.4. Observaciones:

- Se describirán las dificultades o problemas que han surgido durante el tratamiento de la lesión, así como las debidas al paciente (actitudes, colaboración, etc.) y/o los profesionales que participan en el mismo. Se hará hincapié en las normas a seguir en las actividades de la vida diaria y pauta de ejercicios con fines de mantenimiento domiciliario.

- Se incluirá el documento original del "Cuestionario de Opinión" cumplimentado por el paciente.

2. PLAZO DE EMISIÓN DEL INFORME DE ALTA

- 2 días laborables tras el alta definitiva del paciente.

3. SOPORTE DE LOS INFORMES CLÍNICOS

Los informes generados por la adjudicataria se adecuarán a un modelo consensuado con las Gerencias de las Áreas III y V y que facilite su utilización posterior a efectos de codificación y seguimiento.

El Servicio de Salud del Principado de Asturias podrá optar por un informe en papel o un informe en formato electrónico. En caso de formato electrónico, el informe ha de ser compatible y adecuado para su fácil incorporación al sistema informático del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

4. PROCEDIMIENTO DE ENTREGA

Si el SESPA opta por un informe en papel, los informes escritos así como la documentación gráfica será entregada físicamente por el personal de la empresa adjudicataria, o servicio de mensajería de esta dependiente, en la dependencia que establezca la Gerencia de Área que deriva al paciente, con el objeto de que se archive en su historia clínica. Asimismo deberá adjuntarse una copia del informe de alta de los procesos finalizados como anexo de la factura mensual remitida a los servicios centrales del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Cuando el SESPA opte por un formato electrónico de los informes, la empresa adjudicataria estará en condiciones de remitirlos vía correo electrónico u otra conexión telemática válida para las dependencias de la Gerencia de Área que deriva al paciente con el objeto de que se archive en su historia clínica. Asimismo deberá adjuntarse una copia del informe de alta de los procesos finalizados como anexo de la factura mensual remitida a los servicios centrales del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

En cualquier caso deberá hacerse llegar la documentación gráfica de la/s exploración/es realizada/as.

El paciente también recibirá personalmente copia del informe de alta, siempre que sea posible en el mismo momento de su alta o sino por correo postal o electrónico a posteriori.

5. ENTREGA AL PACIENTE DE UN "RESUMEN DEL INFORME "

Además de lo especificado anteriormente, y en el caso de que el paciente no reciba en el momento del alta una copia del Informe de Alta definitivo, en ese momento del alta se le entregará un "Resumen" del citado Informe que, al menos, incluirá:

1. Diagnóstico. 2. Tratamiento realizado. 3. Resumen de situación al alta. 4. Recomendaciones terapéuticas, en su caso.

6. ARCHIVO E INFORMES

La empresa adjudicataria mantendrá archivada copia de los resultados a disposición del contratante según lo estipulado en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

7. CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Empresa adjudicataria dispondrá de hojas de consentimiento informado. En la historia clínica deberá constar para aquellos procesos que se requiera, el consentimiento firmado por el paciente o persona responsable del mismo según lo estipulado en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

8. ANEXO 1: HOJA DE CONTROL DE ASISTENCIA, Y ANEXO 2: CUESTIONARIO DE OPINIÓN

El Anexo 1, Hoja de Control de Asistencia, es un documento que deberá firmar el paciente o persona responsable del mismo al finalizar cada sesión de tratamiento en el cual se recogerá día, hora de inicio, hora final y duración de la asistencia.

El Anexo 2, Cuestionario de Opinión, es un documento que se entregará al paciente o persona responsable del mismo al finalizar el mismo.

Ambos Anexos deberán ser entregados por la empresa adjudicataria al Servicio de Salud del Principado de Asturias una vez finalizado el tratamiento.