MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"Dra. Adriana Rebaza Flores"
AMISTAD PERÙ-JAPÒN

Nº 094-2021-SA-DG-INR

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Chorrillos, 19 de Mayo del 2021

Visto el Expediente Nº 20-INR-011886-003 que contiene la Nota Informativa Nº 113-2021-DEIDRIFMOT/INR de la Directora Ejecutiva de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras, Nota Informativa N° 171-2021-OAJ/INR del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica, Informe N° 0031-2021-EO-OEPE-INR del Jefe de Equipo de Organización y el Proveído N° 0039-2021-OEPE/INR del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley Nº 26842 Ley General de Salud, establecen que la Salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, además la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Ley Nº 29973 se aprobó la "Ley General de la Persona con Discapacidad" el cual tiene como finalidad establecer el marco legal para la promoción, protección y realización, en condiciones de igualdad, de los derechos de la persona con discapacidad, promoviendo su desarrollo e inclusión plena y efectiva en la vida pública, económica, social, cultural y tecnológica;

Que, mediante Ley Nº 30885 Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS), se estableció el marco normativo para la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS) a nivel nacional, teniendo como función proveer servicios de salud integrales a la población de su ámbito, mediante intervenciones de salud individual y salud pública;

Que, mediante Nota Informativa Nº113-2021-DEIDRIFMOT/INR, la Directora Ejecutiva de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras, señala que el Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales, elaboro el Documento Técnico denominado: Protocolo de Atención en Rehabilitación Integral del Accidente Cerebrovascular (ACV) en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ- JAPÓN, con el objetivo de estandarizar los criterios de evaluación y tratamiento garantizando la efectividad de las intervenciones (calidad de vida y funcionalidad), oportunidad de la atención acorde al nivel de complejidad, disminuir los riesgos y costos de la atención en salud (eficiencia del servicio);

Que, mediante documento del visto, el Jefe del Equipo de Organización y el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, emiten opinión favorable al Documento Técnico: Protocolo de Atención en Rehabilitación Integral del Accidente Cerebrovascular (ACV) en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ- JAPÓN; el cual cumple con la estructura aprobada en la Resolución Ministerial Nº 850-2016/MINSA, que aprueba el documento denominado "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud;

Que, la finalidad de establecer los pasos a seguir en la atención de pacientes con secuela de un Accidente Cerebrovascular (ACV), el grado de severidad de la discapacidad y el tiempo de evolución del daño, hace pertinente que se expida el acto resolutivo que apruebe el Documento Técnico: Protocolo de Atención en Rehabilitación Integral del Accidente Cerebrovascular (ACV) en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN;

De conformidad con lo previsto en la Ley Nº 26842 Ley General de Salud y modificatorias, Ley Nº 29973 y modificatorias de la "Ley General de la Persona con Discapacidad", Ley Nº 30885 Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS), Resolución Ministerial Nº 850-2016/MINSA, que aprueba el documento denominado "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud y la Resolución Ministerial Nº 715-2016/MINSA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación modificada mediante la Resolución Ministerial N° 356-2012/MINSA;

Con el visto bueno de la Directora Adjunta de la Dirección General, de la Directora Ejecutiva de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Motoras, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN,

SE RESUELVE:

***Artículo 1º-** APROBAR el Documento Técnico: **Protocolo de Atención en Rehabilitación Integral del Accidente Cerebrovascular (ACV) en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ- JAPÓN;** que consta de dieciséis (16) folios incluido anexos, el mismo que forma parte de la presente Resolución.*

***Artículo 2º.-** ENCARGAR a la Oficina de Estadística e Informática efectúe la publicación del documento aprobado en el portal Web Institucional.*

Regístrese y Comuníquese

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
20 MAYO 2021

MC. LILY PINGUZ VERGARA
(e) Directora General
CMP. N° 23770 RNE. N° 12918
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

LPV/CARG/yrsd

Distribución:
Oficina de Asesoría Jurídica
Oficina de Planeamiento Estratégico
DEIDRIFMOT
Responsable de la Página Web

DOCUMENTO TECNICO: PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN INTEGRAL DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV) EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

ROL	ORGANO/UNIDAD ORGANICA O FUNCIONAL	FECHA	V°B°
ELABORADO POR	DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LESIONES CENTRALES	MAYO 2021	ANTONIO M. BECERRA PRINCIPE MC. REHABILITADOR C.M.P. 26619 - R.N.E. 031030 Jefe del Departamento de Investigación Docencia y Rehabilitación Integral en las Lesiones Centrales Ministerio de Salud Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú - Japón
	DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN FUNCIONES MOTORAS	MAYO 2021	MINISTERIO DE SALUD – INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
REVISADO POR	DIRECCIÓN ADJUNTA	MAYO 2021	MINISTERIO DE SALUD – DIRECCIÓN ADJUNTA – INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
	OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	MAYO 2021	MINISTERIO DE SALUD – Instituto Nacional de Rehabilitación – Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
	OFICINA DE ASESORIA JURIDICA	MAYO 2021	MINISTERIO DE SALUD – Instituto Nacional de Rehabilitación – Oficina de Asesoría Jurídica
APROBADO POR	DIRECCION GENERAL	MAYO 2021	MINISTERIO DE SALUD – Instituto Nacional de Rehabilitación – Dirección General

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

"DRA. ADRIANA REBAZA FLORES"
AMISTAD PERU – JAPÓN

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN FUNCIONES MOTORAS

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL DE LAS LESIONES CENTRALES

DIDRILC

MINISTERIO DE SALUD – INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

DOCUMENTO TÉCNICO:

PROTOCOLO DE ATENCION EN REHABILITACION INTEGRAL DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV) EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN

2021

ANTONIO M. BECERRA PRINCIPE
MC. REHABILITADOR CMP. 55019 - RNE. 032030
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LAS LESIONES CENTRALES
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN

DOCUMENTO TECNICO: PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN INTEGRAL DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV) EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

ÍNDICE

		Pag.
I.	INTRODUCCIÓN	4
II.	FINALIDAD	4
III.	OBJETIVO 3.1 Objetivo general 3.2 Objetivos específicos	4
IV.	BASE LEGAL	5
V.	ÁMBITO DE APLICACIÓN	6
VI.	DISPOSICIONES GENERALES 6.1 Aspectos epidemiológicos 6.2 Justificación	6
VII.	DISPOSICIONES ESPECÍFICAS 7.1 Criterios de admisión 7.2 Evaluación del paciente en consulta externa 7.3 Diagnóstico 7.4 Pronóstico y metas 7.5 Plan de trabajo	9
VIII.	RESPONSABILIDAD	14
IX.	ANEXOS	14

I. INTRODUCCIÓN

El Accidente Cerebrovascular (ACV) es un problema de salud pública de primer orden y supone una de las primeras causas de mortalidad en el mundo occidental junto con la enfermedad cardiovascular y el cáncer.

Muchos de los pacientes que sobreviven sufren secuelas importantes que les limitan en sus actividades de la vida diaria constituyéndose en la primera causa de discapacidad permanente en la edad adulta y además la primera causa en incapacidad y coste económico.

Su repercusión en el seno de las familias, en el campo profesional y laboral, y en el terreno de lo social es enorme, produciendo un gasto económico muy elevado para todos los servicios sanitarios, y mayor aún si se extiende a los servicios sociales.

A lo largo de la historia de la medicina, todas las denominaciones con las que se ha conocido este proceso clínico-patológico, han estado asociadas a una connotación de mal pronóstico y de imposibilidad de recuperación por lo menos funcional.

Sin embargo, en las dos últimas décadas se ha producido un cambio significativo en las acciones de prevención, pero, sobre todo, en cómo debe realizarse el manejo de los pacientes, lo que ha llevado a una marcada disminución de la mortalidad y las secuelas.

Probablemente, el aspecto más interesante de este cambio es que no se ha producido asociado con la aparición de fármacos mucho más efectivos o de nuevas técnicas quirúrgicas, como ha ocurrido en otras áreas de la medicina, sino que, aunque también se han producido estas innovaciones, la nueva situación se ha debido a la mejora en los procedimientos de abordaje dentro del proceso de rehabilitación integral que se propugna como estrategia de Reeducación Neurológica y el manejo de la prevención secundaria y terciaria.

II. FINALIDAD.

Establecer los pasos a seguir en la atención de pacientes con secuela de un Accidente Cerebrovascular (ACV), teniendo en cuenta el grado de severidad de la discapacidad y el tiempo de evolución del daño.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Estandarizar los criterios de evaluación y tratamiento garantizando la efectividad de las intervenciones (calidad de vida y funcionalidad), oportunidad de la atención acorde al nivel de complejidad, disminuir los riesgos y costos de la atención en salud (eficiencia del servicio).

ANTONIO M. BECERRA PRINCIPE
MG. REHABILITADOR CMP. 26013 - RNE. 032030
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INTERVENCIÓN DOCENCIA
Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LAS SEDES CENTRALES
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN

3.2 Objetivos Específicos

- Disminuir la variabilidad en la atención y los cuidados.
- Mejorar la calidad de los servicios prestados.
- Constituir una importante fuente de información.
- Facilitar la atención a personal de nueva incorporación

IV. BASE LEGAL

- Ley N°26842, Ley General de Salud y modificatorias.
- Ley N°29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y su modificatoria.
- Ley N°29973, Ley General de la Persona con Discapacidad y modificatorias.
- Ley N°30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, y modificatoria
- Ley N° 30421, Ley Marco de Telesalud, y sus modificatorias
- Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS).
- Decreto Legislativo Nº 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Legislativo Nº 1504, Decreto Legislativo que Fortalece el Instituto Nacional de Salud para la Prevención y Control de las Enfermedades.
- Decreto Supremo N° 028-2005-MTC, que aprueba el Plan Nacional de Telesalud.
- Decreto Supremo N° 024-2005-SA, que aprueba las Identificaciones Estándar de Datos en Salud.
- Decreto Supremo N° 052-2008-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley de Firmas y Certificados Digitales, y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 070-2011-PCM, que modifica el Reglamento de la Ley N° 27269, y establece normas aplicables al Procedimiento Registral en Virtud del Decreto Legislativo Nº 681 y ampliatorias.
- Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su modificatoria.
- Decreto Supremo Nº 008-2017-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por los Decretos Supremos Nº 011-2017 y Nº 032-2017-SA.
- Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 018- MINSA/DGSP-V01, denominada Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contra referencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 715-2006-MINSA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación, modificada mediante Resolución Ministerial Nº 356-2012/MINSA.
- Resolución Ministerial N° 365-2008/MINSA, que aprueba la NTS N°067-MINSA/DGSP- V 01 "Norma Técnica de Salud en Telesalud".

ANTONIO M. BECERRA PRINCIPE
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN

- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03: Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud y modificatoria".
- Resolución Ministerial N° 576-2011-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 183-MINSA/OGEI-V.01 "Directiva Administrativa que establece las especificaciones para la estandarización del registro en la historia clínica electrónica".
- Resolución Ministerial N° 850-2016-MINSA "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y modificatoria".
- Resolución Ministerial N° 618-2019-MINSA, que aprueba el Documento Técnico Plan de Implementación del Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas RENHICE.
- Resolución Ministerial N° 117-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 285-MINSA/2020/DGTEL "Directiva Administrativa para la implementación y desarrollo de los servicios de telemedicina síncrona y asíncrona".
- Resolución Ministerial N° 146-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 286-MINSA/2020/DGTEL "Directiva Administrativa para la implementación y desarrollo de los servicios de teleorientación y telemonitoreo".

V. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Protocolo de Atención está dirigido al personal profesional del equipo multidisciplinario del Departamento de Lesiones Centrales del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú – Japón y su aplicación es de carácter obligatorio en la evaluación y tratamiento de los pacientes con secuelas de ACV.

VI. DISPOSICIONES GENERALES

6.1 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

El Observatorio mundial de la salud (GHO) es la puerta de acceso de la OMS a las estadísticas mundiales relacionadas con la salud y es a través de esta fuente que nos informa:

- Los ACV son la segunda causa de muerte en todo el mundo, solamente superado por la cardiopatía isquémica.
- En el 2015 se registraron 56.4 millones de defunciones, más de la mitad (54%) fueron consecuencia de 10 causas identificadas; 8.7 millones de esas muertes se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6.2 millones a los ACV (en el año 2000 era de 6.5 y 5.3 millones respectivamente) (cuadro N° 2).

ANTONIO M. BECERRA PRINCIPE
MC. REHABILITADOR CMP 36019 - RNE. 032030
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LAS LESIONES CENTRALES
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN

- Las muertes por ACV afectan por igual a ambos sexos, y más del 80% se producen en países de ingresos bajos y medios y un tercio a las personas menores de 70 años.
- Se calcula que en 2030 morirán cerca de 23,3 millones de personas por cardiopatías y ACV, y se prevé que sigan siendo la principal causa de muerte.
- La mayoría de los ACV pueden prevenirse actuando sobre los factores de riesgo, como el consumo de tabaco, las dietas malsanas y la obesidad, la inactividad física, la hipertensión arterial, la diabetes o el aumento de los lípidos.
- 9,4 millones de muertes, es decir, el 16,5% de las muertes anuales, son atribuibles a la hipertensión. Esto incluye el 51% de las muertes por ACV y el 45% de las muertes por cardiopatía coronaria.

De la evaluación casuística realizada a la totalidad de pacientes nuevos con lesión cerebral por diferentes causas, atendidos en los años (2013-2017) en el Departamento de Investigación Docencia y Rehabilitación Integral de Lesiones Centrales del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú-Japón, se pudo determinar las siguientes características epidemiológicas:

	INCIDENCIA POR ETIOLOGIA 2013-2017						
	ACV	TEC	PARK	PCI	TUM	OTROS	TOTAL
	1897	275	240	234	132	340	3118
%	60.8	8.8	7.7	7.5	4.2	10.9	100.0

Los Accidentes Cerebrovasculares (ACV) constituyen el 60.8% del total de casos nuevos evaluados en el período 2013-2017, distribuyéndose a su vez, según su etiología en:

- ACV Isquémico: 70.4% y ACV Hemorrágico: 29.6%, guardando entre ambos una proporción de 2:1.

	ACV ETIOLOGIA		
	ISQUEM.	HEMORR.	TOTAL
	1335	560	1895
%	70.4	29.6	100.0

En cuanto a la relación de la etiología con el sexo, se observa que:

- En el ACV Isquémico, hay una moderada predominancia del sexo masculino (59.4%) sobre el sexo femenino (40.6%)
- En cambio, en el ACV Hemorrágico hay solo una leve predominancia del sexo masculino (53.6%) sobre el sexo femenino (46.4%)

ANTONIO M. BECERRA PRINCIPE
MC. REHABILITADOR CMP 26019 - RNE. 022050
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LAS LESIONES CENTRALES

En cuanto a los factores de riesgo, se encuentra una marcada predominancia de la Hipertensión Arterial (HTA) en ambas etiologías, y que cuando es el único factor de riesgo presente llega al 75.8% en los ACV isquémicos y a 56.4% en los de origen hemorrágico.

- En el caso de los otros factores de riesgo: Hiperlipidemia (HPL), Cardiopatías, Diabetes Mellitus (DM), incluso cuando se asocian HTA+DM o HTA+HPL, para el caso de los ACV isquémicos todos los factores de riesgo están presentes en un porcentaje mayor del 22% y en el caso de ACV hemorrágicos el más significativo (hiperlipidemia) no llega al 20%.

6.2 JUSTIFICACION:

Se selecciona el ACV como Daño Trazador, por su prevalencia e incidencia, severidad de las secuelas que propicia, su coste e impacto en la Salud Pública

<u>Definición normalizada de la OMS sobre el Accidente Cerebrovascular</u> (ACV)
Sinónimos: Desorden Vascular Cerebral (DVC) – Enfermedad Cerebrovascular (ECV)

Afección neurológica focal (o a veces general) de aparición súbita, que perdura más de 24 horas (o causa la muerte) y de presunto origen vascular.

Esta definición clínica tiene cuatro componentes:
- Una deficiencia o déficit neurológico
- De aparición súbita,
- Que perdura más de 24 horas (o causa la muerte) y
- De presunto origen vascular.

La definición normalizada de la OMS excluye:
- El accidente isquémico transitorio (AIT), que se define como la presencia de síntomas neurológicos focales pero con una duración inferior a 24 horas;
- La hemorragia subdural
- La hemorragia epidural
- Las intoxicaciones
- Los síntomas causados por traumatismos.

"General" se refiere a los pacientes con hemorragia subaracnoidea o coma profundo pero excluye el coma de origen vascular sistémico como en caso de:
- Choque,
- Síndrome de Stokes-Adams,
- Encefalopatía hipertensiva.

ANTONIO M. BECERRA PRINCIPE
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ JAPÓN

La OMS propone tres principales sub grupos de accidente cerebrovascular

CLASIFICACION

- Infarto Cerebral CIE10 I-63
- Hemorragia Intracerebral CIE10 I-61
- Hemorragia Subaracnoidea CIE10 I-60

Tipo	Causado por	Diagnóstico basado en
Accidente cerebrovascular isquémico	La oclusión súbita de las arterias que irrigan el cerebro, debido a un trombo que se forma: • Directamente en el sitio de la oclusión (accidente cerebrovascular isquémico trombótico) o • En otra parte del sistema cardiovascular y sigue el torrente sanguíneo hasta que obstruye las arterias del cerebro (accidente cerebrovascular isquémico o embolico).	• Pruebas de diagnóstico por imágenes cerebrales Nota: Quizá no sea posible decidir desde el punto de vista clínico o radiológico si se trata de un accidente cerebrovascular isquémico de tipo trombótico o embolico.
Hemorragia Intracerebral	Hemorragia de una de las arterias cerebrales en el tejido cerebral. Nota: Puede ser más prevalente en los países en desarrollo, posiblemente debido al régimen alimentario, la actividad física, el tratamiento insuficiente de la hipertensión arterial y la predisposición genética.	• Pruebas de diagnóstico por imágenes cerebrales
Hemorragia subaracnoidea	Hemorragia arterial en el espacio que hay entre dos de las membranas meníngeas, la piamadre y la aracnoides. Nota: Los síntomas característicos son aparición súbita de cefalea muy intensa	• Pruebas de diagnóstico por imágenes cerebrales • Punción lumbar.

VII. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

7.1 CRITERIOS DE ADMISIÓN

- Serán admitidos al programa de rehabilitación integral los pacientes con secuelas de ACV, en edades comprendidas a partir de los doce (12) años en adelante y cuyo cuadro se encuentre estabilizado.
- Los pacientes menores de 12 años serán atendidos en el área que el corresponde a los niños.
- Deberán contar con un documento que acredite el diagnóstico de ACV (hoja de referencia, informe médico, certificado médico, informes de Resonancia Magnética o TAC)

7.2 EVALUACIÓN DEL PACIENTE EN CONSULTA MÉDICA

- Manteniendo las medidas de bioseguridad se procederá a la evaluación del paciente teniendo en cuenta el formato de Historia Clínica diseñada para este fin.

ANTONIO M. BECERRA PRINCIPE
MÉDICO REHABILITADOR CMP 25019 - RNE 032030
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LAS LESIONES CENTRALES
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

- Cada una de las áreas a explorar definirán las deficiencias presentes en el paciente como producto del ACV, para este fin se recomienda el uso especifico de instrumentos de valoración estandarizados y que figuran en la Tabla Resumen de la Exploración Clínica (ANEXO Nº 1).

7.3 DIAGNÓSTICO

Si bien es cierto, no es función de nuestra especialidad establecer el diagnóstico de daño (ACV isquémico u hemorrágico), ni la localización o la magnitud del mismo, si es de vital importancia contar en la medida de lo posible con dicha información documentada (pruebas de diagnóstico por imágenes cerebrales) para hacer unidad clínica con las deficiencias detectadas en la exploración inicial.

Una vez perfilada la relación de deficiencias detectadas en la exploración clínica se hace necesario determinar en qué medida éstas han afectado la capacidad funcional del paciente, toda vez que la reeducación neurológica está orientada a optimizar dicho nivel funcional remanente para lograr el máximo grado de independencia y que pueda reinsertarse en la medida de lo posible a su vida habitual (hogar, escuela, trabajo)

7.4 DIAGNOSTICO FUNCIONAL

En este punto es preciso acotar algunas recomendaciones precisas, hay diversos instrumentos de valoración que pueden ser empleados para calificar el grado de severidad de cada uno de los componentes y subcomponentes afectados secundariamente a la instauración del daño principal (ACV isquémico o hemorrágico); sin embargo, para determinar el grado de compromiso funcional prima la apreciación clínica en primer lugar y debe aunarse a ello el grado de dependencia o autonomía del paciente. Por esto es importante conceptualizar los niveles: LEVE, MODERADO Y SEVERO, de una manera más operacional posible. Con ese propósito hay instrumentos recomendables tipo Índice de Barthel que resume el grado de dependencia en, leve moderado, severo y total; la escala de RANKIN modificada, y la escala de medición de la independencia funcional (FIM).

ESCALA	VALORACION	OBSERVACION
Barthel	Independiente, leve, moderada, grave y total	Gran peso específico en control de esfínteres y componente motor
Rankin modificada	Sin incapacidad importante, leve, moderada, moderadamente severa, severa	Muy sutil en la terminología de severo y moderadamente severo.
FIM	Independencia; Dependencia (incluye supervisión, ayuda mínima, ayuda media); Dependencia completa (máxima asistencia, ayuda total).	Utiliza proporcionalidad, 25, 50, 75%, que puede hacernos incurrir en riesgo de error en la estimación del porcentaje..

ANTONIO M. BECERRA PRINCIPE
MC. REHABILITADOR CMP. 76019 - RNE 032030
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL DE LAS LESIONES CENTRALES
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN

Con toda la información obtenida en la exploración y valoración clínica el resultado será un sinnúmero de combinaciones posibles, sin embargo, de esa larga relación de Deficiencias y hallazgos probables, el síndrome clínico más representativo lo constituye la **HEMIPLEJIA**, indistintamente de la etiología del Accidente Cerebrovascular (ACV) y de los factores de riesgo asociados al caso en particular. Es importante también señalar que, dependiendo de las áreas territoriales comprometidas, se desarrollarán cuadros clínicos específicos y diferenciados.

Dependiendo de la combinación del grado de compromiso funcional de cada uno de los componentes afectados, se determinará el grado de compromiso funcional global (ANEXO Nº 2) en función del cual podrá determinarse el pronóstico y las metas iniciales, las mismas que se irán ajustando a la evolución del cuadro y logros obtenidos del proceso de rehabilitación integral.

7.5 PRONÓSTICO Y METAS

- **Interacción Cronológica del cuadro**

DENOMINACION	Tiempo estimado	Observación
SUB AGUDO	< o igual a 6 meses	Se estima el tiempo en función al momento del evento, al margen que haya tenido intervención de Rehabilitación previa o no
CRÓNICO	> a 6 meses	

Pronóstico

- Será planteado en relación a la condición del daño neurológico, su etiología, carácter de temporalidad y características de evolución.
- Se debe tomar en cuenta la presencia individual o combinada de deficiencias: Cognitivas, de la Comunicación, Conductuales, Sensitivas/Sensoriales asociadas a la Motricidad (estudios demuestran que la presencia de deficiencias cognitivas y de la comunicación-afasia, constituyen un peor pronóstico).
- Dependiendo del grado de severidad, determinado por la presencia de deficiencias funcionales de diferente magnitud, el pronóstico es orientado a la optimización de la capacidad funcional del paciente.

Metas

a. Mejorar la capacidad funcional
   - Manejo del dolor
   - Manejo de restricciones musculo esqueléticas (espasticidad, contracturas, rigideces)
   - Manejo de alteraciones sensitivas-sensoriales

b. Independencia en AVD (según grado de compromiso)

c. Mejorar la deglución

d. Mejorar capacidad ventilatoria

ANTONIO M. BECERRA PRINCIPE
MÉDICO REHABILITADOR CMP 26819 - RNE 032030
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LAS LESIONES CENTRALES
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

e. Marcha (según grado de compromiso)
f. Mejorar capacidad cognitiva
g. Mejorar nivel de comunicación
h. Estabilidad conductual
i. Reinserción social (hogar, escuela, trabajo según grupo atareo y grado de compromiso)

7.6 PLAN DE TRABAJO

Luego de la consulta médica inicial y determinada el plan de tratamiento (ANEXO 3), el paciente será evolucionado periódicamente al concluir cada ciclo de terapias indicado (un ciclo por mes). El tiempo promedio de duración del Programa Integral, dependerá de dos variables: tiempo de evolución al iniciar el tratamiento (Sub Agudo o Crónico) y el grado de severidad (Leve, Moderado o Severo).

GRADO	LEVE	MODERADO	SEVERO
SUB AGUDO	2 – 3 MESES	5 – 7 MESES	8 – 10 MESES
CRONICO	1 – 2 MESES	2 – 4 MESES	3 – 5 MESES

TERAPIA FISICA: Uso de Métodos, Técnicas y recursos técnicos según sea el caso
Objetivo: Funcionalidad – Complejo Orofacial – Marcha – Actividades Funcionales -Porcentaje de casos que requieren Terapia Física Individual: 95% N° sesiones por ciclo: (10) Frecuencia: Inter diarias (03 veces/semana) en los casos Sub agudos (08) Frecuencia: Inter diarias (02 veces/semana) en los casos Crónicos Duración de cada sesión: 40 min.
-Porcentaje de casos que requieren Hidroterapia individual: 10 % Tanque de Hubbard: N° sesiones por ciclo: (8 o 10) Frecuencia de sesiones: Inter diaria. Según clasificación Duración de cada sesión: 40 min.
-Porcentaje de casos que requieren Terapia Física Grupal: 80% al inicio y luego el 100% N° sesiones por ciclo: (10) Frecuencia: Inter diarias (03 veces/semana) en los casos Sub agudos (08) Frecuencia: Inter diarias (02 veces/semana) en los casos Crónicos Duración de cada sesión: 40 min.
-Porcentaje de Casos que requieren Hidroterapia grupal (piscina terapéutica): 15% N° sesiones por ciclo: (8 o 10) Frecuencia de sesiones: Inter diaria. Según clasificación. N° pacientes por sesión (promedio 04). Duración de cada sesión: 60 min.
TERAPIA OCUPACIONAL: Uso de Métodos, Técnicas y recursos técnicos según sea el caso
Objetivo: AVD (ABVD – AAVD – AIVD) - FMS – Alimentación - Sensor percepción -Porcentaje de Casos que requieren Terapia Ocupacional Individual: 95% N° sesiones por ciclo: (10) Frecuencia: Inter diarias (03 veces/semana) en los casos Sub agudos (08) Frecuencia: Inter diarias (02 veces/semana) en los casos Crónicos Duración de cada sesión: 40 min.

ANTONIO M. BECERRA PRINCIPE
MEDICO REHABILITADOR CMP 26019 - FINE 032030
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LAS SEDES CENTRALES
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN

-Porcentaje de Casos que requieren Terapia Ocupacional Grupal: 40%
N° sesiones por ciclo: (8 o 10) Frecuencia de sesiones: Inter diaria. Según clasificación.
N° pacientes por sesión (promedio 04).
Duración de cada sesión: 60 min.

INTERVENCION PSICOLOGIA **Uso de Métodos, Técnicas y recursos técnicos según sea el caso**

Casos que requieren atención psicológica: 100% (todo paciente nuevo pasa a psicología)

Objetivo: Estabilidad emocional – Funciones Cognitivas.
Tipo de Intervención: Individual
N° sesiones por ciclo: promedio (04)
Frecuencia de sesiones individual: 1 vez cada 2 semanas
Duración de cada sesión: 1 hora.
Duración de la intervención: 2 meses

Tipo de intervención: Grupal
N° sesiones por ciclo: 04 sesiones - Duración de la intervención: 2 meses.
Frecuencia de sesiones grupal: 1 vez cada 2 semanas (04 grupos de a 5 personas)
Duración de cada sesión grupal: 01 hora

INTERVENCION DE TRABAJO SOCIAL

Casos que requieren atención de trabajadora social: 100% (todo paciente nuevo pasa a trabajo social)

Tipo de Intervención: Individual

- N° sesiones por ciclo: 03 sesiones (evaluación – coordinación y consejería familiar)
- Frecuencia de sesiones: 1 vez por semana o 1 cada 2 semanas
- Duración de cada sesión 60 min
- Duración de la Intervención: 1 mes.

Tipo de intervención: Grupal

- Nº de sesiones: 03
- 01 charla de Inducción antes de iniciar tratamiento integral.
- 02 charlas del Programa Cuidando al Cuidador

PROGRAMA CUIDANDO AL CUIDADOR (manejado por Psicología y Servicio Social)
Charlas de orientación a los familiares del paciente que se encargan de su cuidado, con la intención de facilitar la atención diaria sin afectar su salud física y mental

INTERVENCION DE NUTRICIÓN
Pacientes con factores de riesgo asociados a perfil lipídico patológico, Diabetes Mellitus, Sobrepeso y que reciben alimentación por vía parenteral

PROCEDIMIENTOS MEDICOS

PROCEDIMIENTO:

A. Para disminuir el dolor (8 o 10) Frecuencia de sesiones: Inter diarias. Según clasificación.

- Laserterapia puntual
- Electro acupuntura
- Bloqueo para vertebral
- Desgatillamiento

B. Para el manejo de la espasticidad

- Aplicación de Toxina Botulínica

C. Para determinar capacidad ventilatoria

MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

ANTONIO M. BECERRA PRINCIPE
MC. REHABILITADOR CMP. 26619 - RNE 033030
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LAS LESIONES CENTRALES
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

• Espirometría CONSENTIMIENTO INFORMADO: Obligatorio.
EXAMENES AUXILIARES
1. De Laboratorio: Hemograma, Perfil Lipídico, Glicemia. 2. De Imágenes: Radiografías según segmento, Ecografía de hombros, Ecografía para aplicación de Toxina Botulínica asistida, EMG en algunos casos que lo ameriten.
PRESCRIPCION DE AYUDAS TECNICAS
Para la Marcha: Bastón, Muletas, Andador, bloqueador de rodilla, Ortésis de miembros superiores e inferiores de diferentes materiales (tela, PVC, termoplástico, aluminio etc.)
MEDICACIÓN
Vía Oral: Dependiendo el caso: - Anti hipertensivos - Anti lipídicos - Benzodiacepinas - Gabapentina - Antiagregantes plaquetarios - Baclofeno - Tricíclicos
CRITERIOS DE ALTA
La evaluación del alta se realizará de acuerdo a los criterios por grado de severidad, tiempo de evolución y metas propuestas para cada caso. Esto implica dos alternativas no necesariamente secuenciales: Alta temporal a terapias y alta definitiva al tratamiento según evolución
CONTRAREFERENCIA
Pacientes con buena evolución y que cumplan con criterios de alta temporal al tratamiento, serán derivados a sus niveles asistenciales correspondientes según grado de complejidad y disponibilidad de recursos para continuar con su programa.
DURACION TOTAL DE PROGRAMA: Según grado de compromiso funcional

VIII. RESPONSABILIDAD

- Las disposiciones establecidas en el presente documento técnico son de uso obligatorio en el Departamento de Investigación Docencia y Rehabilitación Integral en Lesiones Centrales (DIDRILC).
- Es responsabilidad de los jefes de servicio la difusión, implementación, asistencia técnica y supervisión de la aplicación en cuanto a los aspectos que corresponden a la formación profesional y ámbito de desempeño de los integrantes de sus servicios.

IX. ANEXOS

ANEXO N°1: TABLA DE RESUMEN DE LA EXPLORACION CLÍNICA
ANEXO N°2: VALORACION CLINICA DEL COPROMISO FUNCIONAL
ANEXO N°3: FLUXOGRAMA DE ATENCION

ANTONIO M. BECERRA PRINCIPE
MG. REHABILITADOR CMP. 30019 - RNE. 032030
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LAS LESIONES CENTRALES
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN

ANEXO Nº 01

TABLA RESUMEN DE LA EXPLORACION CLINICA

COMPONENTE	SUBCOMPONENTES (CIF)	HALLAZGOS PROBABLES	INSTRUMENTO DE VALORACION
MOTOR	Funciones neuromusculo-esqueléticas y relacionadas con el movimiento	Hemiplejia, Cuadriplejia. Diplejía, Paraplejia. Atetosis, Corea, Ataxia, hemiparesia, cuadriparesia, etc. Hipertonía, hipotonía, rigidez, síndrome espástico.	Exploración médica clínica, incluye escala de valoración funcional según Brunnstrom. Test de Ashworth y Tardieu
SENSITIVO	Superficial, profunda	Dolor, Alodinia, Disestesias, Aesterognosia, Parestesia, etc.	Exploración clínica, Escala análoga visual para dolor.
SENSORIALES	Auditivas, Visuales, Gustativas, Olfatorias	Déficit auditivo, visual, alteración de campos visuales, diplopía, etc.	Exploración clínica
COMUNICACION	Expresión y comprensión	Afasia, Disfasia, Agrafia, Alexia, Disartria, etc.	Exploración clínica, Test de Boston
COGNITIVAS	Funciones mentales globales (conciencia, orientación, intelectuales), y especificas (atención, memoria, psicomotoras, del pensamiento, abstracción, juicio, calculo, praxis)	Déficit en cualquiera de las áreas señaladas, globales o especificas.	Exploración clínica, incluye Test Mini mental
CONDUCTUALES	Funciones psicosociales, del temperamento, personalidad, energía e impulsos	Irritabilidad, Labilidad, Abulia, Depresión, Euforia, Mutismo, agresividad, Comportamiento antisocial etc.	Exploración clínica, además evaluación psicológica (Weiss)
SISTEMICO	Función cardiovascular, endocrina, del sistema inmunológico, respiratoria.	Signos de insuficiencia cardiaca, arritmia asociada, HTA, alteraciones metabólicas, Diabetes, hipo ó hipertiroidismo, insuficiencia suprarrenal, renal, síndrome de Inmunodeficiencia; alteraciones de la mecánica ventilatoria.	Exploración clínica, incluye procedimientos tipo: Espirometría; pruebas de laboratorio, hematológicas, de orina; perfil hormonal, exámenes de radiológicos. Interconsultas respectivas a otras especialidades médicas.
Punto aparte merece la evaluación más especifica del COMPLEJO ORO FACIAL, dada la mixtura de componentes que se encuentran inmersos (motor, sensitivo, sensorial, cognitivo) que implican dos condiciones importantes: Dificultad para la Deglución y Peligro de Aspiración, resulta meritorio el empleo de un instrumento especializado (Test de Deglución de GUSS).	Funciones relacionadas con la ingestión (succión, morder, masticar, tragar: deglución oral, deglución faríngea, deglución esofágica)	Disfagia, falla de control de la salivación, dispraxias linguales, aspiración	Exploración clínica Test de Deglución de GUSS

ANTONIO M. BECERRA PRINCIPE
MC. REHABILITADOR CMP. 10619 - RNE. 032030
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LAS LESIONES CENTRALES
MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN

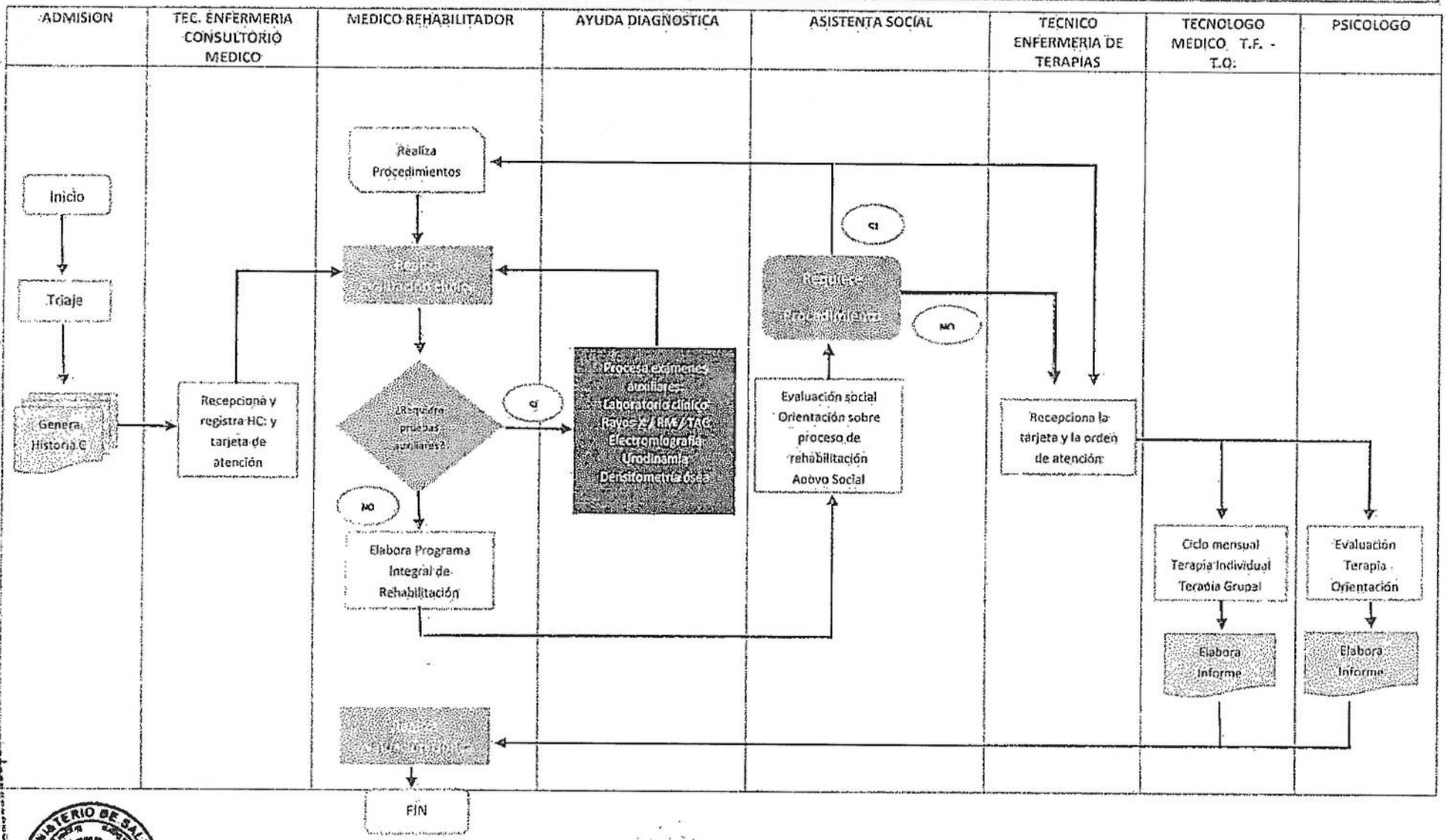
ANEXO Nº 02

VALORACION CLINICA DEL GRADO DE COMPROMISO FUNCIONAL

COMPONENTE	LEVE	MODERADO	SEVERO
MOTOR	Logra marcha independiente en todos los terrenos. Realiza movimientos en casi la totalidad de los rangos permisibles para su condición habitual. Independiente en AVD	No logra completar los movimientos, suele tener más afectado el miembro superior y de éste la mano. Requiere del uso de férulas y ortésis para la ejecución de la marcha Requiere ayuda para su AVD la mayor parte del tiempo	No logra marcha, y si lo hace requiere de supervisión. Mayoritariamente cursa con un trastorno del tono severo sea, hipertonía ó hipotonía. Dependiente para el traslado. Requiere de férulas y ortésis sobretodo como medida preventiva de complicaciones. Dependiente en AVD.
SENSITIVO	No evidencia alteración significativa y si está presente no compromete la sensibilidad profunda.	Hay presencia de dolor que interfiere con su quehacer cotidiano. Aesterognosia. y compromiso de sensibilidad profunda.	Evidente compromiso de sensibilidad profunda, anodinia. Presencia de dolor secundario a complicaciones estructurales osteomusculares.
SENSORIALES	No evidencia, salvo los pres existentes.	Déficit auditivo y/ó visual, susceptible de ser compensados, aunque sea parcialmente.	Déficit sensorial no compensable o compromiso moderado de más de un órgano sensorial (audición y visión).
COMUNICACION	Usualmente no existe alteracion ni en la expresión ni comprensión, de existir disartria sería leve.	Presenta desde disartria hasta Afasia, pero puede mantener un nivel de comunicación básica.	No hay fluidez en el nivel de Comunicación básica. Se limita a órdenes simples con ayuda.
COGNITIVAS Tomar en cuenta, desempeño previo al evento, formación académica y contexto.	No evidencia alteraciones de pensamiento, abstracción, ni juicio crítico, si existe déficit de memoria eso no lo limita en sus AVD.	Déficit en áreas tipo, fijación, atención, memoria inmediata, que pueden ser re vertibles, no comprende ordenes complejas.	Compromiso en la capacidad de juicio y razonamiento. Puede evidenciar Demencia.
CONDUCTUALES (tener en cuenta personalidad pre mórbida)	Se conduce con parámetros sociales convencionales, si existe alguna alteración debe evidenciarse que solo sea reactiva o de desajuste emocional temprano.	Pobre integración en actividades, sociales, culturales o laborales acorde a su contexto habitual previo al evento.	No logra integración por si solo, requiere de entorno facilitador permanente.
SISTEMICO	Puede presentar factores de riesgo, pero mantiene un control manifiesto sobre ellos, objetivado y que no genera dependencia estricta. No hay compromiso del complejo oro facial para la deglución.	Además de factores de riesgo, está condicionado a fármaco terapia frecuente para evitar recaídas o crisis hipertensivas, respiratorias, metabólicas ú otras que interfieren con su desempeño habitual.	Además de farmacoterapia permanente requiere de soporte adicional para controlar factores de riesgo (insulina dependiente, anticoagulación, prótesis valvulares, oxigeno terapia, sondas vesicales).
COMPLEJO OROFACIAL	No evidencia compromiso.	Hay evidencia de disfagia que puede ser revertible y no requiere de SNG.	Compromiso no revertible, uso permanente de SNG u otros medios de alimentación

MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION

... M. BECERRA P...
... REHABILITADOR CMP. 260..
... DEPARTAMENTO DE ... Y REHABILITACIÓN INTEGRAL ...
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ - JAPÓN

DOCUMENTO TECNICO: PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN INTEGRAL DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV) EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

Anexo 3 FLUXOGRAMA DE ATENCION DEL DEPARTAMENTO DE LESIONES CENTRALES