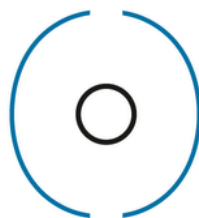




INFORME DE RESULTADOS

Estudio sobre la realidad de la infradetección en la incidencia y prevalencia del Daño Cerebral Adquirido



OBSERVATORIO ESTATAL
daño cerebral



Desde **Daño Cerebral Estatal** queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a todas y todos los profesionales que hicieron posible nuestro estudio sobre la infradetección en la incidencia y prevalencia del daño cerebral adquirido (DCA).

A los y las profesionales en neurocirugía, neurología, neuropsicología, medicina documentalista, enfermería, especialistas en rehabilitación y medicina de atención primaria, y a las direcciones de las entidades del movimiento asociativo Daño Cerebral Estatal, les agradecemos profundamente su dedicación, esfuerzo y compromiso.

Un agradecimiento especial al **Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030**, cuya aportación económica ha sido fundamental para el desarrollo de nuestro programa y la realización de este estudio. Su apoyo nos permite avanzar en la investigación, la detección temprana y la mejora de los procesos de atención sociosanitaria tras el DCA.

Gracias a ustedes, podemos seguir trabajando con sensibilidad, compromiso y esperanza, siempre al servicio de las personas con DCA y sus familias.

A todos y todas, nuestro reconocimiento y gratitud más profunda.

DIRECCIÓN



Clara Dehesa

COORDINACIÓN TÉCNICA



Jorge Palmero Monllor
Javier González Abeytua

Ejecución

Jorge Palmero Monllor

EXPERTOS Y EXPERTAS PARTICIPANTES EN ESTE ESTUDIO

- Dr. **Alfonso Lagares Gómez-Abascal**. Neurocirujano. Jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario 12 de Octubre. Catedrático de Neurocirugía de la Universidad Complutense de Madrid.
- Dr. **Antonio Gómez Blanco**. Médico rehabilitador. Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral.
- Dra. **Asunción Núñez Castilla**. Médica. Área de Valoración de la Dependencia del IMSERSO.
- Dra. **Blanca Navarro Main**. Psicóloga Clínica. Servicio Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre.
- **Daniel Abad Domene**. Técnico en Integración Social. Coordinador federación autonómica Daño Cerebral Comunitat Valenciana.
- Dr. **Jaume Morera Guitart**. Neurólogo. Director Médico Hospital La Pedrera.
- Dr. **José Manuel Calleja Pascua**. Médico de Atención Primaria. Coordinador del Grupo de Trabajo de Neurología de SEMERGEN.
- **Leticia Vila Posada**. Psicóloga. Directora federación autonómica Dano Cerebral Galicia.
- Dra. **María Ramos Trujillo**. Médica Servicio de Admisión y Documentación Clínica del Hospital Universitario de la Plana.
- Dra. **Natalia Rodríguez Nieva**. Médica rehabilitadora infantil. Hospital Sant Joan de Déu.
- Dra. **Rosa Martín Mourelle**. Médica Adjunta del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Marítimo de Oza.

CON EL AVAL DE



ÍNDICE

00. INTRODUCCIÓN	3
01. OBJETIVOS	6
Objetivos generales	6
Objetivos específicos	6
02. METODOLOGÍA	7
Entrevista semiestructurada a persona experta para la contextualización del estudio	7
Sesiones Delphi con expertos y expertas del proceso asistencial al DCA...	8
Perfiles de los y las expertas que han participado en el grupo Delphi	9
Diseño del proceso de trabajo	10
03. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	13
Diagnóstico de situación de la infradetección del Daño Cerebral Adquirido	13
¿Por qué es pertinente abordar la infradetección del Daño Cerebral Adquirido?	13
Dificultades en la codificación y la fragmentación de los sistemas de información	16
El impacto de la infradetección del DCA en el acceso y mantenimiento de la neurorrehabilitación	19
Impacto en el acceso a servicios sociales y reconocimiento de la discapacidad	21
04. RESULTADOS	23
Análisis de los consensos y disensos alcanzados	23
Consenso encontrados entre los y las expertas que destacan la necesidad de mejorar la detección del Daño Cerebral Adquirido	23
Disensos encontrados entre los y las expertas y sus abordajes	35
Análisis de las propuestas surgidas para mejorar la detección del Daño Cerebral Adquirido y superar los obstáculos asociados a la identificación	38
Propuestas trabajadas en el Bloque 1 de códigos diagnósticos del DCA	38

Propuestas trabajadas en el Bloque 2 de diseño de un proceso clínico de detección	42
Propuestas trabajadas en el Bloque 3 de sensibilización y capacitación	48
Propuestas trabajadas en el Bloque 4 de coordinación entre servicios sanitarios y coordinación sociosanitaria	51
Listado de códigos y subcódigos de enfermedad y secuela que pueden indicar la presencia de Daño Cerebral Adquirido	54
Los momentos de identificación del DCA a lo largo del recorrido de atención sanitario y sociosanitario	56
Fase 1: entrada y estancia hospitalaria	57
Fase 2: neurorrehabilitación	65
Fase 3: programas de atención sanitaria a largo plazo, atención primaria, servicios sociales y reconocimiento de la discapacidad y dependencia .	71
05. CONCLUSIONES	75
06. BIBLIOGRAFÍA.....	80
ANEXO 1: LISTADO DE CÓDIGOS DIAGNÓSTICOS Y DE SECUELAS QUE PUEDEN SER ASOCIADOS A UNA ETIQUETA DIAGNÓSTICA DE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO	82
ANEXO 2: ESCALAS PARA LA VALORACIÓN DEL DCA	122

00. INTRODUCCIÓN

El DCA es una condición neurológica que surge de una lesión cerebral sobrevenida, generalmente un ictus, un traumatismo craneoencefálico, un tumor cerebral o una anoxia, entre otras etiologías. Esta representa una de las principales causas de discapacidad en adultos, quienes presentan secuelas físicas, cognitivas, emocionales y/o conductuales que afectan directamente a la vida de quienes presentan la condición, así como sus familias y personas allegadas.

A pesar de su prevalencia e impacto, la identificación y el registro del DCA en sus diferentes fases presentan deficiencias significativas, lo que da lugar a una situación de infradetección según la literatura disponible y la comunidad científica. Esta situación, por un lado, contribuye a la invisibilización de las personas con DCA y, por otro, obstaculiza (cuando no, imposibilita) el acceso a los recursos y apoyos necesarios de neurorrehabilitación.

La infradetección del DCA es un fenómeno multifactorial inducido por la complejidad de los sistemas de diagnóstico y codificación del ámbito de salud y sociosanitario y por la propia naturaleza heterogénea del DCA y sus secuelas. Las barreras a la detección se evidencian en todo el recorrido asistencial, desde el diagnóstico inicial en entornos hospitalarios hasta la codificación de las patologías y secuelas, pasando por la derivación a servicios especializados y el seguimiento durante la fase crónica en el ámbito sociosanitario. La falta de un código diagnóstico en el sistema de codificación que permita etiquetar el DCA, la falta de protocolos estandarizados y compartidos entre niveles asistenciales, la falta de una cultura profesional sobre la adecuada codificación del DCA, la fragmentación de la atención entre niveles asistenciales y la ausencia de una visión integral del paciente con DCA contribuyen a la dificultad de detectar a tiempo las señales de alerta de su presencia y, por tanto, garantizar una adecuada exploración y registro.

La principal barrera a la detección y una de las motivaciones que lleva a la realización de este estudio es la falta de un código diagnóstico de DCA en la Clasificación Internacional de Enfermedades (en España se utiliza la versión 10 en su versión más actualizada, aunque algunos servicios pueden usar versiones más antiguas). La falta de código se traduce en que ninguna persona con DCA tiene asociado a su informe de alta hospitalaria un código diagnóstico de Daño Cerebral Adquirido, sino que son codificados generalmente a partir del proceso etiológico que ha producido la condición, así como por las secuelas exploradas en planta hospitalaria y neurorrehabilitación.

Además de la ausencia de un código propio para el DCA, existe una considerable heterogeneidad y una alta variabilidad en los códigos con los que son codificados las personas, basados especialmente en las pruebas diagnósticas que se realizan en el ámbito hospitalario y en los hallazgos durante la neurorrehabilitación. Además, se detecta que una parte considerable de las personas con ciertos déficits neurológicos, especialmente los relacionados con el ámbito de la cognición, las emociones y la conducta, no son codificados por deficiencias crónicas en la exploración neurológica. En este sentido, se observa una mayor atribución de importancia en la patología que origina el ingreso hospitalario y a la exploración de las secuelas evidentes y más frecuentes, dejando de lado otras que precisan de un mayor nivel de exploración realizada por algunos profesionales que pueden no estar disponibles en los momentos de atención que se precisan, como los y las profesionales de psicología expertas en neuropsicología, o que pueden aparecer en otros momentos de la atención.

En general, la provisión de atención a las personas con DCA se caracteriza por una marcada fragmentación entre los diferentes niveles asistenciales y tipos de servicios (hospitalario, neurorrehabilitación, atención primaria, servicios sociales). Esta fragmentación en la coordinación se ha traducido, en muchas ocasiones, en una atención discontinua donde la información se va perdiendo entre los diferentes niveles o es ininteligible entre ellos, produciendo una pérdida paulatina de pacientes. De hecho, hasta los propios sistemas de información hospitalarios o de atención primaria, que son los encargados de recoger la información de los pacientes, no están óptimamente diseñados para facilitar la codificación detallada y la coordinación interinstitucional social y sanitaria. Esta situación obstaculiza el registro apropiado de la información y la trazabilidad del paciente a lo largo de su recorrido asistencial, generando discontinuidades en el flujo de datos cruciales para una gestión eficaz de los casos.

La consecuencia directa de esta codificación y seguimiento deficiente es que el DCA se torna "invisible" en las bases de datos sanitarias, se registran menos casos de los que existen y, por tanto, no hay medición de una prevalencia e incidencia que se corresponda a la realidad epidemiológica. Esta invisibilidad tiene un efecto de bola de nieve en la planificación de recursos, la financiación de servicios, la visibilidad epidemiológica de la condición y, en última instancia, en la capacidad del sistema para responder eficazmente a las necesidades de las personas con DCA. Sin datos precisos y fiables, resulta imposible dimensionar adecuadamente el problema, por lo que las personas quedan sin recibir la atención que precisan.

Como consecuencia de todo ello, muchos estudios e informes han documentado los impactos de todo tipo en las vidas de las personas con DCA y sus familias, siendo estos impactos especialmente de tipo económico, social, de tiempo y de cuidados. Cuando el DCA no se detecta o no se codifica adecuadamente, las consecuencias se extienden a

múltiples esferas de la vida, generando círculos viciosos que afectan tanto al individuo como a su entorno más cercano.

El más relevante de esta tipología de impactos lo encontramos en el reconocimiento de la discapacidad y de la dependencia (u otros tribunales), donde la falta de detección y exploración se traduce directamente en el retraso, dificultad o imposibilidad de acceso a los servicios de neurorrehabilitación especializados, ayudas técnicas, prestaciones por dependencia o discapacidad, incapacidades laborales y otros apoyos esenciales.

En síntesis, la infradetección del DCA es un problema central tanto para las personas con DCA y sus familias como afectados directos de la falta de apoyos, como para los y las profesionales y del recorrido asistencial que han de prestar servicios sin la información y herramientas suficientes para que sea una atención de calidad. Esto lleva a una necesidad imperiosa de dimensionar cómo se está dando la infradetección para desarrollar estrategias y propuestas que permitan superar las barreras, por ello, los resultados de este estudio pretenden arrojar luz a todas estas dinámicas estructurales y coyunturales que permiten o limitan el alcance de la detección del DCA.

01. OBJETIVOS

El siguiente informe se ha realizado en base a los siguientes objetivos generales y específicos dirigidos a la identificación de las causas de la infradetección del DCA en los ámbitos sanitarios, sociosanitarios y sociales y a la construcción de propuestas innovadoras y viables de transformación de la problemática enunciada.

Objetivos generales

- Realización de un estudio cualitativo que evidencie los problemas de infradetección del Daño Cerebral Adquirido en las instancias sanitarias, sociosanitarias y sociales.
- Diseño de propuestas orientadas a la superación de las limitaciones en cuanto identificación, diagnóstico y codificación del DCA que permitan superar la barrera de la infradetección.

Objetivos específicos

- Identificar cuáles son las problemáticas al respecto del diagnóstico y codificación del DCA que llevan a su infradetección.
- Analizar los sistemas de codificación de enfermedades que permiten el reconocimiento del DCA, así como las herramientas de medición de las secuelas para evidenciar el grado de aplicación y protocolización de la atención al DCA.
- Recoger los códigos principales y secundarios que refieren a la existencia del DCA con el objetivo de incidir en la valoración de estos, revelando la importancia de generar recorridos de diagnóstico y atención específicos.
- Identificar y establecer los momentos asistenciales en los que es relevante la evaluación y codificación del DCA y las necesidades materiales y técnicas para llevar a cabo una correcta identificación.

02. METODOLOGÍA

Las dificultades al respecto de la infradetección de la realidad del Daño Cerebral Adquirido tienen una naturaleza multicausal y se extienden a lo largo de todo el proceso asistencial, tanto en el ámbito sanitario como en el social y el comunitario. Ante un escenario tan multifactorial, la investigación cualitativa resulta especialmente adecuada para abordar esta complejidad, puesto que genera conocimiento, no sólo sobre los hechos en sí, sino también sobre las posibilidades de superación de las limitaciones y barreras que impulsan esta investigación.

Teniendo, por tanto, como enfoque principal la metodología cualitativa, se han combinado diversas técnicas que permiten la triangulación metodológica. De manera secuencial, se ha realizado un análisis documental y bibliográfico vinculado con la infradetección del DCA donde se destaca el estado de la cuestión, así como las problemáticas médicas y sociales que se disparan ante esta realidad para los y las profesionales que participan del recorrido asistencial, la persona y la familia. Seguidamente, se ha ejecutado una entrevista semiestructurada a una persona experta, especialista médico con un sólido conocimiento en codificación al alta hospitalaria que ha servido de contexto y aterrizaje en el objeto de estudio. Por último, se ha llevado a cabo una adaptación ad hoc de la metodología Delphi que pudiera responder a los objetivos planteados. Así, se han desarrollado fases de trabajo presencial y fases en las que se ha requerido que las y los expertos consultados debían responder a un cuestionario semiestructurado. En total se han desarrollado 3 sesiones de trabajo grupal y 3 momentos de trabajo individual sobre los cuestionarios diseñados para cada momento del proceso. El primer paso para poder lograr el éxito en los objetivos plantados ha sido la de conformar un grupo de expertos y expertas en la realidad del DCA, la codificación médica y la asistencia sanitaria y sociosanitaria con el objetivo de desarrollar y diseñar de manera colaborativa soluciones viables a la realidad de la infradetección.

Entrevista semiestructurada a persona experta para la contextualización del estudio

Se ha realizado 1 entrevista en profundidad en formato semiestructurado y un enfoque semi-dirigido a una persona experta en atención sanitaria e infradetección del DCA, lo que permite un amplio grado de flexibilidad tanto para formular y adaptar preguntas, como para responder de forma libre a las mismas. La entrevista tiene como aspectos clave la moderación, así como la mínima dirección (al menos en la fase inicial), a partir de una provocación que permita el desarrollo de la dinámica. Tras un tiempo de conversación, es

posible ir acotando mediante preguntas más concretas la dinámica conversacional hacia aquellos aspectos que cumplan los objetivos de la investigación y de la entrevista. De esta forma, se ha diseñado un guion de entrevista que ha permitido recoger las valoraciones y opiniones de la persona experta, adaptando las preguntas de acuerdo con lo que resultaba oportuno e interesante en cada momento, permitiendo abrir ventanas de oportunidad discursiva.

Sesiones Delphi con expertos y expertas del proceso asistencial al DCA

Se han llevado a cabo diversas sesiones de metodología Delphi con un panel multidisciplinar de personas expertas en Daño Cerebral Adquirido, incluyendo profesionales del ámbito médico, rehabilitador, social y académico, con amplia trayectoria en intervención directa, gestión de servicios, investigación y representación institucional. Además, también se ha contado con la participación de personas del entorno asociativo del DCA para la contextualización de las necesidades detectadas en las personas con DCA y sus familias.

La técnica Delphi es un método de investigación sociológica que reduce en gran medida las limitaciones de una entrevista convencional, permitiendo que las personas participantes puedan expresarse con total libertad, evitando los sesgos producidos por el propio entrevistador/a o la interacción grupal. Se trata de un método de estructuración de un proceso de comunicación grupal que es efectivo a la hora de permitir a un grupo de individuos, expertos/as en el tema, tratar un problema hasta llegar a un consenso para identificar soluciones duraderas. Esta técnica de investigación permite que personas que cuentan con información y criterio técnico, puedan identificar y priorizar problemas, necesidades o soluciones en temas sobre los que el grado de conocimiento es escaso. En definitiva, permite profundizar, matizar, ampliar y valorar alternativas, imaginar respuestas sinérgicas, resilientes y sostenibles.

El objetivo que se ha perseguido en la conformación de este grupo de metodología Delphi ha sido la constatación de la existencia de una problemática al respecto de la infradetección del DCA, así como la posibilidad de superar estas dificultades a partir de estrategias y propuestas realistas aplicables tanto a los recursos del recorrido asistencial como a las entidades del movimiento asociativo.

El grupo Delphi, metodológicamente, se caracteriza por ser:

- Un proceso iterativo

Las personas participantes emiten su opinión en varias oportunidades. Entre una y otra consulta tienen la oportunidad de reflexionar tanto acerca de sus propias opiniones como de las emitidas por el resto de los/as expertos/as.

- Basado en el conocimiento

Las opiniones emitidas se basan únicamente en las ideas contenidas en la consulta, con una base fundamentada en la experiencia previa y el criterio propio, sin condicionamiento por parte del grupo o del equipo investigador.

- De *feedback* controlado

El grupo de investigación analiza las respuestas recibidas y produce la nueva consulta, de modo que pone el énfasis que se requiere de acuerdo con los objetivos del trabajo. Se destacan aportaciones significativas, acuerdos explícitos entre las opiniones, posturas divergentes y cualquier otra información de interés.

Perfiles de los y las expertas que han participado en el grupo Delphi

Las personas que participan de este grupo cuentan con un perfil experto a través del cual pueden aportar sus conocimientos acerca de las problemáticas derivadas de la infradetección del Daño Cerebral Adquirido y aportan soluciones viables. No ha sido un elemento central que las personas que han participado tengan una mirada general y holística de la atención al DCA, pero sí que puedan aportar conocimiento desde su labor y experiencia cotidiana y concreta. En resumen, se las personas participantes cuentan con:

- Conocimiento de cuáles son las principales dificultades a la hora de identificar, medir y codificar la existencia del DCA a partir de la etiología y las pruebas neurológicas.
- Experiencia en los recorridos asistenciales y evaluativos de las personas con DCA para ubicar cuáles son los momentos críticos en los que se produce la infradetección.
- Conocimientos en la codificación hospitalario y/o sociosanitaria de casos clínicos que pueden suponer la existencia de un DCA.

Ideas sobre las oportunidades de mejora de la identificación y codificación de las personas con DCA para la mejora de la trazabilidad y continuidad de itinerarios asistenciales y el reconocimiento de la discapacidad y dependencia.

En concreto, el grupo estuvo compuesto por:

- **1 neurólogo** que desempeña funciones de dirección hospitalaria y coordinación asistencial como jefe de servicio en un hospital público pertenecientes al Sistema Nacional de Salud.
- **1 neurocirujano** jefe de servicio de neurocirugía en un hospital público del Sistema Nacional de Salud y Catedrático de Neurocirugía en la Universidad Pública.

- **2 médicos rehabilitadores** en unidades hospitalarias de neurorehabilitación para personas adultas y menores, también adscritas al Sistema Nacional de Salud.
- **1 médico rehabilitador** adscrito a un Centro de Referencia Estatal especializado en Daño Cerebral Adquirido.
- **1 médico especialista en Documentación Clínica**, con actividad en un hospital del Sistema Nacional de Salud.
- **1 médico de Atención Primaria**, coordinador de un grupo de trabajo en neurología en Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria.
- **1 médica del área de valoración de la discapacidad**, con experiencia en procesos de evaluación y reconocimiento de situaciones de dependencia o discapacidad.
- **1 neuropsicóloga clínica**, integrada en el Servicio de Neurología y Salud Mental de un hospital del Sistema Nacional de Salud.
- **2 coordinadores/as de federaciones autonómicas**, vinculadas a la representación, atención y defensa de los derechos de personas con DCA y de sus familias.

La diversidad de perfiles incluidos permitió generar un consenso experto con una base sólida y transversal, abarcando todas las dimensiones implicadas en la atención, el seguimiento y la codificación del DCA

Diseño del proceso de trabajo

La realización de la técnica Delphi suele comprender la elaboración de 3 o más rondas de consulta. En este caso, el método se ha realizado en seis fases: tres sesiones grupales y otras tres sesiones de trabajo individual.

Sesiones grupales de Delphi

Se han llevado a cabo 3 sesiones grupales de Delphi que han perseguido objetivos diferenciados.

- Primera fase: Reunión grupal de inicio.

Esta primera fase consiste en una primera reunión grupal online en la que se presentan los objetivos del proceso de trabajo y cuáles serán los pasos para seguir dentro de este mediante un calendario de trabajo.

En esta sesión se facilita un debate de carácter general en el que se presentarán los ejes temáticos a trabajar y las preguntas guía que se usarán en las sesiones. En el debate se abre a discusión la formulación de las preguntas y los conceptos planteados, así como posibilidad de reformularlas, incorporar alguna novedosa, o incluso eliminar alguna de ellas.

- Segunda fase: Segunda reunión grupal.

El documento con los resultados del análisis (resultado del trabajo grupal e individual de la primera sesión) se envía con antelación a las personas participantes para que puedan procesarlo previamente a la realización de una reunión online. En esta se presenta y aborda el trabajo de análisis, donde se pone de relieve los aspectos más relevantes y se trabaja con el objetivo de facilitar la apertura de la segunda ronda de trabajo individual basada en propuestas de transformación.

En esta segunda sesión se facilita un debate a través del trabajo colectivo. Se profundiza en los acuerdos explícitos entre las opiniones, las posturas divergentes y cualquier otra información de interés que permita avanzar en la resolución de las preguntas planteadas.

- Tercera fase: Reunión grupal de cierre

Por último, se realiza una reunión online para presentar los resultados del trabajo elaborado por las personas participantes, su procesamiento y análisis en los que poner de relieve aquellos aspectos sobre los que pueden determinarse grandes acuerdos y propuestas prioritarias para el abordaje de la problemática.

Se trabaja colectivamente sobre la matización y definición de las propuestas trabajadas y, a partir de ellas, se profundiza en las más relevantes, pudiendo comenzar a desarrollarlas, como es en el caso de este proyecto la cuestión de los códigos diagnósticos o los momentos de codificación.

Sesiones individuales de Delphi

- Primera fase: Primera ronda individual de trabajo (Consensos y disensos)

Desarrollo de un trabajo de reflexión individual sobre las preguntas de investigación consensuadas en la primera sesión grupal.

Se envía a cada persona participante un cuestionario de preguntas abiertas (consensuadas en la primera sesión grupal) para que puedan plasmar por escrito su postura respecto de estas. Una vez recopiladas las respuestas de todas las personas participantes, se procede a un trabajo de identificación de nudos críticos, consensos, disensos y elementos de interés para el debate.

- Segunda fase: Segunda ronda individual de trabajo (Propuestas)

Una vez procesada la información obtenida durante la segunda reunión presencial se abre otra etapa de trabajo individual a través de un nuevo documento guía facilitado por el equipo técnico.

El documento está basado en los resultados del trabajo de la anterior sesión grupal, donde se pone de relieve aquellos aspectos que han logrado mayor consenso y aquellos sobre los que haya resultado más difícil encontrar una posición común o que supongan un reto que se debe trabajar, pensar y abordar. Como consecuencia de este trabajo, ha surgido una tercera sesión de trabajo individual previa a la reunión grupal de cierre.

- Tercera fase: Tercera ronda de trabajo individual (Bloques operativos)

En la última sesión individual, antes de la última sesión grupal, se plantean diversas medidas operativas resultado de las propuestas trabajadas y consensuadas dirigidas a superar los nudos críticos del diagnóstico de situación.

En esta fase, los y las participantes se dividen por grupos de experiencia profesional para abordar los diversos objetivos, dando como resultado un documento operativo que permite construir una alternativa viable para la codificación e identificación de las personas con DCA

03. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Diagnóstico de situación de la infradetección del Daño Cerebral Adquirido

¿Por qué es pertinente abordar la infradetección del Daño Cerebral Adquirido?

En 2018 había en España 420.064 personas con Daño Cerebral Adquirido (DCA), según datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) realizada en ese mismo año¹. Actualmente, teniendo en cuenta los datos de incidencia de las patologías mayormente asociadas al DCA y otros elementos contextuales como el envejecimiento poblacional y el estilo de vida, se estima que hay alrededor de 435.000 personas afectadas por esta condición en nuestro país, constituyendo una discapacidad de alta incidencia y presencia social. Sin embargo, como se observará a continuación en este apartado, esta estimación no está exenta de importantes dificultades.

El Daño Cerebral Adquirido, en adelante DCA, se debe contemplar como una discapacidad transversal que, por sus grandes limitaciones en distintas áreas, exige soluciones multidisciplinarias que permitan la adaptación a cada etapa, entorno y situación personal y familiar. El DCA no constituye una enfermedad en sí misma, sino que se trata de un concepto clínico heterogéneo que hace referencia a un conjunto de etiologías cuyo factor común es la lesión repentina y brusca en el cerebro a la que acompañan un conjunto variado de secuelas que pueden afectar a diferentes partes del organismo. Éstas suelen agruparse en las siguientes grandes categorías: secuelas en el nivel de alerta, en el control motor², alteraciones sensitivas y sensoriales, secuelas en la comunicación³, en la cognición⁴ y en las emociones, conducta y personalidad⁵, además de otras consecuencias en las actividades de la vida diaria. Así, el DCA deberá ser diagnosticado en función de la etiología de la lesión, la realización de estudios complementarios como la

¹ Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia dirigida a hogares (2020). Instituto Nacional de Estadística.

² Entre los tipos de secuelas relacionadas con el control motor destacan la hemiplejía, la hemiparesia, la espasticidad, la disfagia y la fatiga.

³ Engloba secuelas como la afasia global, de broca, mixta y anómica, la alexia, la disartria y las disfonías.

⁴ Especialmente la amnesia postraumática y la desorientación y confusión, aunque en muchas ocasiones pueden pasar desapercibidas.

⁵ En este sentido se destacan secuelas como la agitación, la deambulación, la labilidad emocional, la irritabilidad y agresividad, la conducta sexual inapropiada, la desinhibición conductual, la depresión y ansiedad, la apatía y el egocentrismo.

neuroimagen y las pruebas de déficits motores junto con la historia clínica en coordinación entre especialidades.

Respecto a las condiciones que pueden causar DCA, predomina, con una representación del 78% de los casos, el ictus⁶, seguida por los traumatismos craneoencefálicos y enfermedades como las anoxias, los tumores cerebrales o las infecciones. No obstante, esta distribución varía en función del grupo etario que estemos observando; ya que, entre los jóvenes adultos la primera causa de DCA es el traumatismo craneoencefálico ocasionado, principalmente, por los accidentes automovilísticos.

A pesar de que existe un extendido consenso acerca de las cuestiones presentadas, no todas las administraciones médicas comparten la misma definición del DCA –trabajan con diferentes matizaciones–; siendo, además, la edad un criterio de disenso para diferenciar el DCA de otras patologías como la parálisis cerebral; aunque la mayoría de los profesionales apuntan a considerar daño cerebral adquirido infantil (DCAI) cuando el daño se produce más allá de los 28 días de vida. Asimismo, la falta de coordinación de criterios y procedimientos diagnósticos entre las Comunidades Autónomas se traduce en una enorme dificultad para obtener información fidedigna tanto del dimensionamiento y segmentación de los/las pacientes de DCA, como del seguimiento de su evolución biopsicosocial.

A este contexto se le añade otro obstáculo, el derivado del despliegue en tres fases de la atención la persona con DCA – fase aguda, fase subaguda y la fase crónica - que complejiza el seguimiento de los itinerarios o circuitos sociosanitarios por los que transitan las personas desde el inicio del episodio que puede generar DCA, donde la prioridad es la estabilización y eliminación del riesgo vital, hasta que la persona alcanza su máximo nivel de recuperación posible y los esfuerzos se dirigen al mantenimiento de la calidad de vida.

A lo largo de estos itinerarios van interviniendo profesionales sociosanitarios de diferentes especialidades, entre los cuales no necesariamente todos presentan un alto nivel de conocimiento en relación con aspectos como la evaluación neuropsicológica durante la fase aguda de ingreso, la estandarización de las herramientas para esta valoración o la coordinación multidisciplinar en la atención a personas con DCA y sus familias. En este sentido, la falta de homogeneización de las herramientas de valoración utilizadas por las diferentes disciplinas mientras la persona permanece en la planta de hospitalización, junto con el desconocimiento o ausencia de la figura del “profesional de referencia” - especialmente en las disciplinas involucradas en la atención al menor con DCAI - contribuyen muy negativamente al registro, estandarización y seguimiento de los casos

⁶ El ictus o accidente cerebrovascular (ACV) se produce por la interrupción más o menos repentina del flujo sanguíneo en una zona del cerebro.

con DCA; lo que influye en el hecho de que no existan datos estadísticos precisos sobre el número de personas afectadas.

Otra de las barreras muy a destacar a este respecto es la inespecificidad del código de enfermedad del DCA en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), un problema reconocido en la práctica clínica y en la investigación. El CIE-10 no recoge un código único y específico que englobe el DCA como entidad global; lo que obliga a que el daño cerebral adquirido sea codificado por los profesionales según su causa (traumática, vascular, infecciosa, anóxica, etc.). Se señala la CIE-10 porque, a pesar de que el CIE-11 existe y se aplica en algunos países, España sigue rigiéndose por las versiones más actualizadas de la CIE-10.

A pesar de que el CIE-11 ofrece una estructura más flexible para mejorar la codificación mediante códigos de "resultado funcional" y "condiciones asociadas", todavía existen importantes dificultades para agrupar casos de DCA en registros clínicos y estudios epidemiológicos; lo que impide la identificación de personas con esta condición de manera uniforme en todo el territorio español. Este hecho, junto a la inexistencia de un registro de casos⁷, obstaculiza la obtención de valores de tasa de incidencia anual comparables entre comunidades autónomas. Todo ello supone un reto para la asignación de los recursos sanitarios y, en definitiva, para el diseño de protocolos, planes y políticas públicas de salud dirigidas a las necesidades específicas de las personas con DCA.

Frente a esta problemática, en el año 2019, el Defensor del Pueblo propuso como solución la introducción de un método de registro de casos homogéneo para todos los territorios, mediante el cual sería posible llevar a cabo esta “tarea de necesaria aproximación epidemiológica, sobre la que definir y planificar los medios y recursos que han de ponerse a disposición de los afectados”. Asimismo, denunciaba la falta de iniciativas de coordinación entre las Comunidades Autónomas en este ámbito. Sin embargo, y como veremos a lo largo del siguiente informe, parece que estas recomendaciones, a pesar de su pertinencia, no se han adoptado por parte de las Administraciones Públicas encargadas de la materia, ni hay previsión de que esto llegue a suceder.

Por último, en relación a las estimaciones poblacionales que hace el INE a través de la encuesta EDAD que se resaltaba al comienzo del apartado, estas derivan únicamente de que las personas conozcan que tienen un DCA y, además, solamente recoge en su explotación la posibilidad de que estos sean por un ictus o por un TCE. La manera en la que pregunta esta institución al respecto de la prevalencia epidemiológica deja fuera una multiplicidad de orígenes que podrían derivar en DCA. Por otro lado, la encuesta EDAD

⁷ En relación con los instrumentos y métodos utilizados para el seguimiento de los pacientes con DCA, no existen registros específicos; lo que obliga a recurrir a los datos del CMBD hospitalario y bases de datos propias de las consultas específicas para extraer dicha información.

recoge diferentes deficiencias que están asociadas al DCA, como pueden ser las dificultades del habla o deficiencias en el sistema nervioso, pero la manera de agruparlas impide determinar la prevalencia epidemiológica solamente a partir de las secuelas.

Sin embargo, apuntar que esta dificultad en la explotación estadística no solo es solo en la base de datos del INE, si no que otras como la Base Estatal de datos de personas con discapacidad del IMSERSO también presentan un diseño metodológico que impide la aproximación a esta. Bases de datos como el Conjunto Mínimo de Datos Básicos al Alta Hospitalaria dependiente del Ministerio de Salud enfrenta la dificultad de que, al regirse por el CIE10, no está recogido el DCA como código y, al no haber consenso sobre los códigos que indican la existencia de este, la explotación no es viable.

En definitiva, y tras presentar de forma introductoria la problematización entorno al diagnóstico del DCA en el Estado español, se puede afirmar que nos encontramos ante una discapacidad doblemente oculta, tanto por la naturaleza híbrida y la no inmediata visibilidad de sus alteraciones como por las barreras institucionales para el reconocimiento, seguimiento y medición del DCA. Teniendo en cuenta que las personas con DCA configuran un colectivo especialmente vulnerable no sólo por el tipo de secuelas que presentan, sino también por la sobrecarga familiar y otro tipo de consecuencias en sus trayectorias vitales que son acentuadas, en muchos casos, por la pérdida de capacidad para defender sus propios derechos; se torna urgente la generación y consolidación de consensos entre personas expertas en diferentes ámbitos relacionados con el diagnóstico del DCA, de forma que se pueda avanzar en la orientación de las políticas públicas destinadas a aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de las personas y su entorno, adaptándose lo mejor posible a sus necesidades.

Dificultades en la codificación y la fragmentación de los sistemas de información

Una de las mayores limitaciones a la atención y el reconocimiento del DCA reside en una problemática de largo recorrido que ya recogía el Defensor del Pueblo⁸ en el año 2005 y que sigue presente en la actualidad: la inespecificidad de la codificación de la realidad médica del DCA.

La realidad de la codificación del DCA no se corresponde con otras etiologías porque no hay un consenso en si es una entidad nosológica en sí misma. En este sentido, algunas fuentes afirman que sí que lo es debido a que el DCA cumple diversos criterios para ser una entidad nosológica como tener un origen común como es una lesión repentina en el cerebro o presentar una sintomatología característica como las alteraciones en las

⁸ Defensor del Pueblo (2005). Daño cerebral sobrevenido en España: Un acercamiento epidemiológico y sociosanitario.

funciones motoras, sensoriales, cognitivas, etcétera; mientras que otras fuentes discrepan. Este desacuerdo supone, en primer lugar, que dentro del sistema de codificación CIE (el más extendido y el que se utiliza para la explotación de datos en el Conjunto Mínimo Básico de Datos del Ministerio de Salud), no exista una etiqueta de Daño Cerebral Adquirido.

La no existencia de este código implica la imposibilidad de asimilar los casos de DCA a un reconocimiento directo en los sistemas de medición estadística que operan con datos hospitalarios. En el caso del DCA, este siempre va a ser codificado, en un primer momento, a través de la etiología que suponga el motivo de entrada en el ámbito hospitalario, generalmente a través del servicio de urgencias para el abordaje de la situación aguda.

Ante esta falta de código lo que se encuentra es una alta variabilidad de posibilidades de codificación, que no tienen por qué reflejar la existencia, o si quiera la sospecha, de que pueda existir un DCA (especialmente en los códigos asociados a secuelas al alta hospitalaria). A pesar de ello, la mayoría de las etiologías asociadas al DCA que implican ingreso hospitalario reflejan, si el profesional médico tiene la suficiente formación y sensibilidad, la posible existencia de un DCA y la necesidad de explorarlo.

En este sentido, la identificación del DCA en el momento de entrada al ámbito hospitalario en la fase aguda no es un proceso sencillo, por lo que cuando la situación de riesgo vital de la persona ha sido estabilizada, una de las dimensiones prioritarias es la necesidad de llevar a cabo exploraciones y pruebas diagnósticas que permitan identificar y codificar, ahora sí, las posibles secuelas que tenga la persona derivadas de la etiología de entrada. A pesar de esta necesidad imperiosa, esto puede no suceder por múltiples motivos, entre ellos la existencia y disponibilidad de algunos perfiles profesionales sanitarios, tiempos de atención, cultura médica y asistencial, existencia de protocolos diagnósticos, etcétera.

Cabe apuntar aquí que, incluso si se llevan a cabo las exploraciones neurológicas pertinentes en la fase aguda para la identificación de secuelas y se recogen en el informe de alta hospitalaria, esto no supone una directa codificación de la enfermedad o secuelas. Sucede que, en ocasiones, esta información queda recogida en formato de texto libre donde los diferentes profesionales que atienden a la persona anotan los procesos clínicos de atención y otra información de interés. Es tarea, posteriormente, de los técnicos de codificación hospitalaria interpretar la información proporcionada en el documento de alta y codificarla en función de la CIE10. En función de las pruebas realizadas y la información recogida por los profesionales, estos codificarán y, como consecuencia de todo este proceso, puede ser que algunas ocasiones solo se codifiquen las secuelas más visibles, frecuentes o evidentes, y no tanto así las más invisibilizadas (siendo estas, generalmente, las secuelas cognitivas, emocionales y conductuales).

En consecuencia, la falta de exploración y diagnóstico de las secuelas, y su consecuente falta de registro mediante un código en el alta hospitalaria y en la historia clínica electrónica produce que las personas y sus familias terminen su recorrido asistencial en el ámbito sanitario sin conocer fehacientemente las secuelas que tienen, sus implicaciones y los apoyos y servicios de neurorrehabilitación que precisan.

Este desconocimiento de las secuelas puede producir que los recorridos asistenciales que permiten atender las secuelas existentes se quiebren y no se produzca el continuum asistencial deseado por la falta de coordinación sociosanitaria.

Idealmente, cuando una persona con un diagnóstico que implica la existencia de un DCA abandona el hospital con un informe de alta sanitaria, debería ser derivado a otros sistemas de apoyo del ámbito sociosanitario para la neurorrehabilitación. Sin embargo, esta falta de identificación y registro, así como otras problemáticas como la frecuente ausencia de una valoración de Trabajo Social Hospitalario repercute en que las personas vuelven a sus domicilios o a los de los familiares que sustentan la carga de cuidados sin información y sin acompañamiento, lo que produce fuertes impactos sociales y emocionales⁹.

Uno de los motivos que se argumenta al respecto de por qué se está produciendo esta infradetección es que, como se recoge en el Informe del Defensor del Pueblo, esta codificación es difícil debido a la complicada detección y pronóstico de la secuelas y lesiones neurológicas que va a tener la persona por lo reciente del daño y porque las secuelas evolucionan con el tiempo. En este sentido, esta codificación que se produce en el momento del alta hospitalaria reflejaría únicamente la realidad diagnóstica en este momento específico, lo que marca como imperativo realizar un seguimiento y reevaluar el estado del DCA a lo largo del tiempo.

Otro de los motivos es el problema de los sistemas de información y la posibilidad de una continuidad asistencial entre diferentes sistemas. Las fuentes de datos primarios para la incidencia del DCA, como el Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBD) y la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EMH), se basan en altas hospitalarias y diagnósticos en la fase aguda. La barrera la encontramos en que estos sistemas no están diseñados para el seguimiento a largo plazo de las secuelas del DCA, creando una brecha significativa entre el evento agudo y la realidad a largo plazo de la persona y el entorno familiar, ya que el flujo de información a menudo se interrumpe después del alta hospitalaria.

Esta ruptura contribuye directamente a la infradetección del DCA en otras instancias asistenciales, como lo es la atención primaria, por ejemplo. Sin datos sistemáticos a largo

⁹ Daño Cerebral Estatal (2024). Estudio sobre el impacto socioeconómico del Daño Cerebral Adquirido en España.

plazo y actualizaciones de los diagnósticos, el verdadero impacto del DCA permanece sin cuantificar, lo que está dificultando la defensa de los derechos de las personas y la planificación de servicios de rehabilitación y apoyo a largo plazo.

Además, de cara a la cuestión del continuum asistencial, la información compartida entre diferentes especialidades (médicos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales) y niveles asistenciales (hospital, atención primaria, servicios sociales) es a menudo deficiente, cuando no inexistente. Esta falta de coordinación conduce a una pérdida constante de los casos, lo que obstaculiza la continuidad de la atención, el seguimiento adecuado y la reevaluación de la situación.

Esto indica una fragmentación de la gestión de la información, donde cada parte del sistema de atención opera de forma independiente sin un intercambio de datos real, lo que implica que rara vez se logre una visión holística de la condición de DCA de la persona, abarcando tanto las necesidades médicas como sociales. En este sentido, impide directamente la implementación de vías de atención integradas, lo que lleva a servicios desarticulados y a la pérdida de oportunidades para una neurorrehabilitación temprana.

El impacto de la infradetección del DCA en el acceso y mantenimiento de la neurorrehabilitación

La neurorrehabilitación es “un proceso clínico complejo dirigido a restituir, minimizar y/o compensar las alteraciones funcionales aparecidas en la persona afectada por una discapacidad como consecuencia de una lesión del sistema nervioso¹⁰”. En el caso del DCA, la persona sufre grandes alteraciones de sus capacidades, competencias, estilo de vida, capacidad de relacionarse con su entorno, etcétera, por lo que la neurorrehabilitación aquí tiene como objetivo “influir positivamente en las aptitudes y actitudes de la persona con discapacidad, y en su entorno afectivo; en las aptitudes para conseguir en cada caso el mayor grado de autonomía personal posible y en las actitudes para procurar restablecer la autoestima y una disposición emocional constructiva capaz de adaptarse a la nueva situación y potenciar los recursos personales, con el fin de lograr una reinserción social activa y satisfactoria¹¹”.

Esta constituye un momento crítico y es uno de los motivos que impulsa la realización del presente estudio, pues la gran problemática de la infradetección del DCA es la imposibilidad de acceder y mantener los servicios, recursos y tratamientos de neurorrehabilitación necesarios.

¹⁰ Estrategia para la atención al Daño Cerebral Adquirido en la Comunitat Valenciana 2017-2020

¹¹ Estrategia para la atención al Daño Cerebral Adquirido en la Comunitat Valenciana 2017-2020

La neurorrehabilitación, en el caso del DCA, ha de ir dirigida a todas las personas que han sufrido un ictus o un TCE (entre otras etiologías) que hayan alcanzado una estabilidad clínica suficiente y en las que se hayan controlado las posibles complicaciones que pongan en riesgo la vida del paciente. En este sentido, la neurorrehabilitación se recomienda comenzarla lo antes posible cuando no haya riesgo vital, por lo que esto indica la importancia de que se identifique, con presteza, la situación de DCA a la que se enfrenta la persona. Se afirma incluso que los pacientes que ya sean estables clínicamente no pueden ser limitados en la movilidad de la cama incluso durante las primeras 24 horas, siempre que no tengan limitada su movilidad, tengan suficiente capacidad cognitiva y tengan supervisión de otra persona.

La neurorrehabilitación, para que alcance los objetivos planteados en la persona que la recibe, según la Estrategia Valenciana para la atención al DCA, ha de ser holística e integral, orientada al paciente e individualizada, integradora, participativa, ecológica, continuada, resolutive y adaptable al entorno social.

Para poder acceder a la neurorrehabilitación desde la estancia hospitalaria se requiere, antes que nada, que la persona sea diagnosticada a partir de la realización de una serie de pruebas neurológicas validadas, estandarizadas y adaptadas que permitan especificar códigos secundarios asociados a las secuelas lo que, como veremos adelante, puede no ocurrir en muchos casos, especialmente en lo que refiere a las secuelas de la cognición, emocionales y conductuales.

Estas pruebas neurológicas deberían ir dirigidas a constatar la pérdida de las capacidades físicas, cognitivas, sensoriales, emocionales, conductuales y/o funcionales que tengan repercusión en el grado de actividad y/o participación de la persona que sufre el DCA para determinar el proceso personalizado de rehabilitación y apoyo.

Un elemento que destacar es que existe una gran variabilidad de los servicios, profesionales y apoyos disponibles para la neurorrehabilitación en función del territorio en el que sea atendido el suceso agudo. En función de lo desarrollado en la normativa autonómica y en los reglamentos hospitalarios se prevé unas aproximaciones u otras, lo que implica diferentes grados de atención. Y esta variabilidad no solo depende de los territorios, como se destaca, por ejemplo, en el Informe del Defensor del Pueblo “Daño Cerebral sobrevenido en España: un acercamiento epidemiológico y sociosanitario”, donde se apunta que esta variabilidad también depende de cada hospital en el que se atiende el caso, especialmente por la diferencia de prácticas profesionales, la disponibilidad de estos, tiempos o la existencia de protocolos de atención en las unidades especializadas y en la atención en planta hospitalaria. En este informe se destaca que son necesarias, especialmente, las disciplinas de fisioterapia, terapia postural y ocupacional, logopedia, neurología, psicología y trabajo social.

Por todo ello, el reto se encuentra especialmente en que los y las profesionales que atienden a la persona con etiologías que pueden suponer DCA por las afectaciones graves y prolongadas en el tiempo en el cerebro o por la producción de alteraciones en la estructura, función y participación del individuo, realicen las pruebas pertinentes para valorar las secuelas, tanto las que se aprecian a simple vista como las que pueden resultar más ocultas. Además, cabe destacar aquí que no existe evidencia para limitar el acceso a la rehabilitación a ninguna persona, con independencia de criterios de gravedad, edad o cronicidad, por lo que las pruebas diagnósticas deberían de realizarse a todas las personas, sin excepción.

A pesar de ello, muchas personas parecen no recibir la neurorrehabilitación de manera pronta, a pesar de la potencial recuperación que podría suponer. Se destaca que existe carencia de unidades especializadas en neurorrehabilitación, particularmente en neuropsicología, que podrían identificar de mejor manera la existencia de secuelas cognitivas, emocionales y conductuales. Esta realidad puede estar generando que las personas no tengan la máxima recuperación posible de competencias, por el retraso o la falta de neurorrehabilitación. Como impacto más destacado, la falta de neurorrehabilitación parece conducir a una mayor dependencia a largo plazo, mayores costes sociales y una disminución de la calidad de vida de las personas y sus familias, además de situaciones de desorientación, desinformación y sentimiento de abandono.

En conclusión, la neurorrehabilitación va dirigida, en última instancia, a la reintegración comunitaria de la persona con DCA tratando de asegurar el máximo nivel de autonomía posible. Atendiendo a que la rehabilitación ocupa un tiempo concreto que comprende la fase subaguda, pensar en la vuelta a la comunidad es una necesidad imperiosa que se va a dar en la práctica totalidad de los casos. Esta vuelta a la comunidad solamente se va a poder dar bajo las mejores condiciones siempre y cuando las personas hayan accedido a la neurorrehabilitación desde el primer momento y en ella se hayan abordado las secuelas pertinentes en función de los diagnósticos codificados.

Impacto en el acceso a servicios sociales y reconocimiento de la discapacidad

Una de las problemáticas que se encuentran, fuera del ámbito sanitario, al respecto de la infradetección del DCA la encontramos en las dificultades que encuentran las personas a la hora de pasar los tribunales de la discapacidad.

Las personas profesionales que integran los equipos multidisciplinares de la valoración de la discapacidad se basan en la información sanitaria disponible, por lo que dependen en gran medida de los diagnósticos y la codificación médica para actuar. Como ya se ha ido

relatando, esta información puede ser incompleta o poco clara a la hora de recoger las secuelas que ha producido el evento agudo por el que la persona necesita apoyos.

Esta situación puede dejar a los tribunales de reconocimiento de la discapacidad sin criterios objetivos para una correcta valoración, dejando a la interpretación la realidad clínica presentada. De esta manera, la infradetección del DCA en los registros médicos actuaría como un cuello de botella diagnóstico para acceder al reconocimiento, dejando a muchas personas fuera de este que presentan necesidades de apoyo. Esta realidad pone de manifiesto la interdependencia que existe de los sistemas de salud y sociales y la necesidad de criterios unificados para garantizar un acceso equitativo a un apoyo integral, así como la necesidad de mecanismos integrados que permitan compartir la información sociosanitaria.

Por otro lado, al igual que sucede en instancias hospitalarias, las secuelas cognitivas, conductuales y emocionales también pueden pasar más desapercibidas por su menor autoevidencia, volviendo a quedar invisibilizadas. La complejidad de estas secuelas puede dificultar su correcta evaluación por parte de los equipos de valoración de la discapacidad, donde la ausencia de expertos en neuropsicología puede contribuir a mantenerlas "invisibilizadas". Como consecuencia, se mantiene un impedimento del reconocimiento formal de la discapacidad para muchas personas con DCA sin secuelas motoras o evidentes.

En conclusión, las dificultades vinculadas a la infradetección del DCA no terminan en la estancia hospitalaria, si no que se ramifica a todos los ámbitos asistenciales, destacando con mayor importancia el reconocimiento de la discapacidad, pero siendo otros, por ejemplo, las adaptaciones educativas o las incapacidades laborales.

04. RESULTADOS

Los resultados de este informe han sido contruidos a partir de las reflexiones alcanzadas por un grupo de expertos y expertas en la asistencia hospitalaria y de atención primaria al DCA, que comprenden la exploración de una serie de consensos y disensos al respecto de la infradetección del DCA, la elaboración de propuestas de superación de la problemática, una aproximación a los códigos diagnósticos que pueden indicar la presencia de un DCA y una revisión de los momentos críticos en el recorrido asistencial de evaluación y codificación.

Análisis de los consensos y disensos alcanzados

A partir de las diferentes sesiones del Grupo Delphi con los y las expertas, se han ido alcanzando consensos y disensos en diferentes ámbitos y aspectos relevantes en lo que refiere a la detección y diagnóstico del DCA. En cuanto a los consensos, nos referimos especialmente a aquellas cuestiones y dimensiones que los y las expertas han destacado como relevantes a la hora de conseguir un mejor diagnóstico y detección de las personas con DCA, donde la frecuencia con la que se recoge es relevante para determinar un consenso. En cuanto a los disensos, más allá de visiones contrapuestas al respecto de una misma idea, encontramos elementos que son señalados de manera anecdótica y que no necesariamente se opone a otra aproximación más consensuada, sino que también puede venir a matizarla o a aportar mayor complejidad en el análisis de las razones de la infradetección.

En conjunto este análisis de consensos y disensos al respecto de las problemáticas del DCA y de su identificación a lo largo del proceso asistencial viene a arrojar luz sobre dónde se encuentran las mayores dificultades a superar, cuáles son las ventanas de oportunidad de transformación y determinar el por qué es relevante identificar correctamente a las personas que tienen un Daño Cerebral Adquirido.

Consensos encontrados entre los y las expertas que destacan la necesidad de mejorar la detección del Daño Cerebral Adquirido

En la búsqueda de los consensos y los disensos, se han elaborado 10 preguntas que buscan abordar los objetivos y retos más importantes detectados para la superación de

las barreras en materia de diagnóstico e identificación. Estas preguntas surgen de las sesiones Delphi realizadas y se nutren de la participación de todas las personas expertas.

01. ¿Por qué y para qué necesitamos identificar a las personas con DCA?

Al respecto de esta pregunta, diversos consensos se alcanzaron en el Grupo Delphi que permiten evidenciar las deficiencias actuales al respecto de la identificación y detección actual, así como la importancia de centrar esfuerzos en ello.

Existe consenso de que hay una **necesidad de elaborar una adecuada estimación epidemiológica**. Si bien existen estudios que hablan de una prevalencia entorno a las 435.000 personas con DCA en España, lo cierto es que la manera en la que se registra y codifica el DCA a lo largo del proceso asistencial plantea la posibilidad de que esta cifra no dimensione de manera fidedigna la realidad de prevalencia. Actualmente no existe ninguna manera en la que se pueda recoger la prevalencia real del DCA mediante los datos disponibles en organismos públicos, tanto estadísticos como de salud. En este sentido, conocer la prevalencia e incidencia real del DCA se torna tarea urgente con el objetivo de definir a qué población se le debería de estar dando una asistencia y apoyo concreto y que, derivado de esta infradetección, no se le está dando. Además, esta estimación epidemiológica no solo debería referir a la tenencia o no de DCA, sino que también sería deseable ser capaces de determinar el origen, tipo e intensidad del DCA para tener un mejor conocimiento de la realidad epidemiológica.

- Aparece como relevante al respecto de conocer e identificar a las personas el hacer una valoración de la gravedad del DCA y del tipo de secuelas. Se destaca que no solo es necesario y urgente conocer la prevalencia real, si no que las etiologías y las secuelas son muy variadas entre los casos y es necesario conocer todas las posibilidades al respecto del DCA, su aparición y sus consecuencias.
- Los y las expertas coinciden en que es necesario, en la aproximación a la prevalencia, la realización de estudios comparativos entre territorios, ya que las realidades no son las mismas y que la realidad del DCA está aterrizada localmente. Este aterrizaje se destaca en la lógica de poder dimensionar las necesidades territoriales reales en base a recursos sociales, sanitarios y sociosanitarios disponibles pues, como se verá más adelante, esta limitación es una realidad frecuentemente enunciada.

- Hay consenso en que conocer e identificar a las personas permite mejorar los datos de salud pública para la toma de decisiones estratégicas, cuestión que debe interesar especialmente a los servicios y sistemas públicos.

En segundo lugar, se afirma que un mejor conocimiento de las personas con DCA permite **una mejor planificación y asignación de recursos sanitarios, sociales y sociosanitarios adecuados a las necesidades asistenciales**. Como se ha señalado anteriormente, esto permitiría articular respuestas en función de la fase evolutiva del DCA (aguda, subaguda y crónica) y establecer planes estratégicos autonómicos y estatales que mejoren la cobertura social y el apoyo a las personas. En este sentido, se destaca la necesidad de identificarlas para establecer mejoras en su cobertura social y facilitar el acceso a tratamientos, servicios de neurorrehabilitación y recursos específicos de atención y apoyo. Las personas con DCA, a menudo, presentan necesidades complejas que requieren un apoyo multidisciplinar y especializado que no se despliega en su totalidad por la dificultad de establecer la prevalencia epidemiológica.

También se destaca como consenso que un mayor conocimiento permite **procurar y garantizar la continuidad asistencial y establecer protocolos de atención concretos** que pueden no estar dándose en la manera que se precisan en la actualidad. Una prevalencia mayor a la que actualmente se contempla destacaría la desatención al DCA desde las instancias públicas, por lo que requeriría de acciones orientadas a la reversión de la falta de atención.

- Además, la continuidad asistencial está comprometida por las fallas en la conexión entre hospital, atención primaria y el ámbito sociosanitario. Existen deficiencias en la coordinación asistencial entre diferentes profesionales de las diferentes fases del DCA a pesar de que todas las fases requieren de conocimiento compartido y de mecanismos de derivación establecidos, seguros y efectivos. Actualmente, la información sobre secuelas y déficits no fluye adecuadamente a lo largo del proceso asistencial, donde las historias clínicas pueden no estar interconectadas entre los diferentes niveles asistenciales.
- Tener un mayor conocimiento de la prevalencia real, coinciden los y las expertas, podría presionar para la constitución de un itinerario de atención trazado con una actuación protocolizada desde la fase aguda hasta la integración comunitaria que atienda a las necesidades de la persona con DCA, que sea personalizado y, sobre todo, en el que se identifiquen las secuelas derivadas del origen del DCA.

- Por último, también se destaca que una mayor identificación podría ser útil para potenciar la participación de las personas, profesionales del ámbito sanitario y sociosanitario y de las entidades del asociacionismo, destacando su relevancia debido a las necesidades de atención que tienen y a los recursos de los que disponen.

Como hallazgo, también se ha de destacar que **una evidencia de una mayor prevalencia podría facilitar la lucha por los derechos sociales y sanitarios de las personas con DCA.**

- Por un lado, podría suponer un acceso sencillo o simplificado a los certificados de discapacidad y al grado de dependencia que sí que existe para otro tipo de etiologías, lo que permitiría un camino más seguro, acompañado e informado hacia los reconocimientos de la discapacidad y dependencia.
- Por otro, podría suponer un mayor reconocimiento administrativo que facilitaría algunos procesos que actualmente pueden ser desgastantes, así como facilidades en el acceso a prestaciones adecuadas y servicios.

Como consenso también destaca que la mayor prevalencia podría hacer **destacar la perspectiva de las familias y personas cuidadoras, dando un mayor reconocimiento de su importancia.** Esto podría facilitar el acceso a información clara y comprensible en las diferentes fases del DCA, proporcionar acompañamiento en los diferentes servicios y apoyos, así como atender a sus necesidades psicosociales, especialmente en las poblaciones con DCA más vulnerables (DCA severo, niños y niñas o secuelas con grandes necesidades de apoyo).

Por último, se afirma que un mayor conocimiento epidemiológico permitiría **mejorar el diálogo con las Administraciones Públicas**, basándose en datos reales de la problemática, lo que potencialmente podría permitir orientar mejor las políticas públicas destinadas a mejorar la calidad de vida de las personas con DCA y sus familias.

En definitiva, existe un acuerdo profundo en que **muchas personas con DCA no son reconocidas al alta del hospital o tardan mucho tiempo en ser identificadas.** Esta situación lleva a que estas personas no sean registradas como personas con DCA y, por tanto, no aparecen en los registros médicos y estadísticos como personas con esta condición neurológica. En este sentido, la identificación es necesaria para dar visibilidad y reconocer a las personas con DCA, así como para evitar la incomprensión de su situación y la falta de apoyos, especialmente cuando presentan secuelas invisibles. De ello se desprende la importancia de la investigación y la evaluación de la calidad de la atención

médica que, por un lado, permite construir esta prevalencia real y, por otro, identificar las barreras de la medición epidemiológica.

02. ¿Cuáles son y cómo funcionan los sistemas de información y de codificación en el ámbito sanitario?

Al respecto de esta pregunta, se han encontrado consensos en cuestiones de codificación y fragmentación asistencial.

El mayor problema que se detecta al respecto de la producción y gestión de la información de prevalencia del DCA es la **ausencia de un código diagnóstico en la CIE10**. En la actualidad, a las personas se les codifica en función de sus etiologías y secuelas, lo que dificulta el seguimiento longitudinal y el análisis epidemiológico del DCA como entidad.

Por ejemplo, este niño, que había tenido un accidente no sé dónde, llega aquí con el diagnóstico de daño cerebral. A este tampoco le podemos poner un código suyo. Diagnóstico de ingreso de daño cerebral no existe. (...) A este le ponen (...) un daño axonal difuso... Hombre este diagnóstico, daño axonal difuso, lo vemos muchas veces. Son estos, cuando hay un accidente de tráfico que parece que a veces no les ha pasado nada, pero que se dan así... y de repente no conectan bien, puede ser temporal o gente que se queda con el daño axonal difuso. Este es un código que está, que existe y esto implica un daño cerebral siempre, porque muchos se quedan muy mal (Entrevista a persona experta)

Este es otro día que viene el niño. Que ya en febrero, porque eso había sido en septiembre, por presentar riesgo neurológico tras sufrir hemorragias subdurales, que además le operan. Aquí te dice: fecha del daño cerebral (fecha), y con todo esto, no pues codificar el daño cerebral. (Entrevista a persona experta)

- Esta dificultad en la identificación y seguimiento se da especialmente en cuanto a las secuelas cognitivas, conductuales o emocionales, que son habitualmente no exploradas o poco registradas en la codificación. Esto se debe, por un lado, a la falta de tiempo que los y las profesionales del ámbito sanitario tienen para realizar las pruebas diagnósticas y, por otro, a la falta una cultura clínica y protocolos para la realización de estas pruebas, lo que incurre en la falta de identificación.

La codificación es, por tanto, una herramienta técnica que resulta clave en la identificación y detección de la población con DCA y es fundamental para la planificación sanitaria, la trazabilidad asistencial y la generación de conocimiento.

- A pesar de esta centralidad, la codificación actual no se transporta adecuadamente por el continuum asistencial del DCA (agudo-subagudo-crónico) porque sistemáticamente se pierde información, especialmente la referida a las

secuelas secundarias que no se codifican y que solo quedan recogidas de manera escrita en el alta médica. Es por esta falta de una sistematización de los códigos y un consenso sobre ellos en las diferentes estancias médicas y sociosanitarias que no existe un registro unificado en todos los sistemas.

Se ha encontrado consenso al respecto de que **existe una fragmentación de los sistemas de información de los diferentes ámbitos sanitarios que puede estar influyendo en la dificultad de detección e identificación de las personas con DCA.**

- Se ha evidenciado, a partir del relato de varios expertos y expertas, que las Comunidades Autónomas utilizan diferentes versiones de la CIE para la codificación de las enfermedades en los hospitales y en los centros de atención primaria, así como otras escalas (en atención primaria o instancias sociosanitarias se utilizan algunas como la International Classification of Functioning, Disability and Health). Esto supone que no es posible conocer el grado de coincidencia entre las codificaciones que maneja el Ministerio de Salud una vez recoge la información de las diferentes instancias médicas, dificultando conocer la prevalencia real a nivel local y nacional.
- Se afirma que existe una gran diferencia en cómo se comparte la información dentro de los hospitales. En los grandes hospitales suele haber contacto con Trabajo Social, rehabilitación y enfermería de enlace durante el ingreso, pero en otros de tamaños más reducidos y con menos personal, esto puede no suceder de la misma manera. Mientras en los hospitales más grandes este contacto repercute en que estos profesionales también elaboran sus informes y pueden ser otro punto de detección de personas con DCA, en los pequeños o en los que no se de esta comunicación puede haber dificultades en la detección.
- Por lo que respecta al ámbito ambulatorio o los centros residenciales y centros de día, se encuentra la dificultad de que no se conoce cuanta información se registra y no ha interlocución con el ámbito público, lo que puede estar dando lugar, según las expertas, a dificultades en la identificación de secuelas y cambios diagnósticos.

Estas dificultades en la codificación derivadas, en gran parte, por la ausencia de un código diagnóstico, tiene un gran impacto a la hora de **arrojar información al Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y en utilidad de la Historia Clínica Electrónica para los casos de DCA.** El CMBD se reconoce como el principal sistema nacional de recopilación estructurada de datos hospitalarios y este se nutre del conjunto de casos

codificados bajo la CIE en el ámbito hospitalario, por lo que ante la ausencia de código específico de DCA, no hay una medición precisa. Por lo que respecta a la Historia Clínica Electrónica, aunque muy extendida, esta presenta limitaciones en interoperabilidad y trazabilidad del DCA entre niveles asistenciales, pudiéndose perder gran parte de información no codificada que refiere a la posible existencia de un DCA.

Claro, la normativa es exactamente igual para todos. La obligatoriedad, para todos igual, públicos y privados. Ahora imagínate un hospital que, por lo que sea, tiene un codificador. Es que este año no me han mandado el CMBD... ¿Y? ¿Le cierro el hospital? No, pues no tienes CMBD, (...) O está mal codificado. (Entrevista a persona experta)

03. ¿Cuáles son y cómo funcionan los sistemas de información y de codificación en el ámbito sanitario?

En la tercera pregunta, los y las expertas han continuado incidiendo en las dificultades, barreras y limitantes a la detección que supone la ausencia de código diagnóstico para el DCA.

Al no tener un código diagnóstico del DCA, este **no está reconocido como una categoría diagnóstica propia**, por lo que no se traslada como tal al CMBD. Es por ello por lo que las personas no se les codifica con DCA, si no por su etiología. Esto implica que encontramos un gran conjunto de códigos diagnósticos que pueden referir a la misma realidad del DCA. Este conjunto de códigos es relevante debido a las limitaciones y potencialidades que plantean, como se verán más adelante en el capítulo al respecto del esfuerzo que han llevado a cabo algunos expertos y expertas en tratar de conseguir un conjunto base de códigos diagnósticos del DCA.

- Ante la ausencia de código que indique la necesidad de llevar a cabo ciertas pruebas diagnósticas, existen secuelas y déficits que no se codifican adecuadamente ni de forma sistemática. Al codificar a las personas con los motivos de entrada, es decir, la etiología, y luego no explorar las secuelas, muchos déficits neuropsicológicos (trastornos del lenguaje, ejecutivos, emocionales, de marcha, etc.) no se registran aunque sí estén presentes. Especialmente, son alteraciones que no implican déficit motor evidente las que quedan sin codificar, aunque tengan gran impacto en la autonomía y calidad de vida.
- En algunas ocasiones, los datos al respecto de la discapacidad y de la disfunción neurológica son recogidos en la exploración del paciente, como dato de texto y no estructurado en código (con lo que es difícil establecer su incidencia, se dificulta la explotación estadística y el seguimiento clínico). Los diagnósticos secundarios se omiten si no se consideran "clínicamente relevantes" para el alta, aunque sean

claves para la vida diaria de la persona. Esto dificulta establecer cuántos pacientes son dados de alta con secuelas como un trastorno del lenguaje, por ejemplo, porque no se llega a codificar como un código diagnóstico.

Ellos hacen su informe como quieren hacerlo. Eso en todas partes, tú el informe lo haces como quieres, mejor o peor. Lo lógico sería un informe que pueda entender el paciente, un informe de alta es un derecho del paciente. Yo tengo que saber por qué he estado ingresada, no que te cuenten historias raras (Entrevista a persona experta)

- Como elemento central, destaca que existe una falta de cultura médica específica en los y las profesionales de estudiar los impactos neurológicos que se dan en planta hospitalaria para algunas de las etiologías que podrían indicar la presencia de un DCA, lo que sería uno de los elementos centrales de la infradetección. Esto se puede deber a múltiples casuísticas, como se verá más adelante, destacando la falta de protocolos específicos, falta de recursos materiales o de sensibilidad.

El segundo consenso al que se llega a partir de esta pregunta es que el sistema de **codificación actual no es capaz de captar el carácter dinámico y cambiante del DCA**, donde el alta hospitalaria es **un momento puntual**, mientras que el DCA tiene un desarrollo **prolongado y evolutivo**.

Los y las expertas afirman que las personas con DCA han de ser reevaluadas y revisitadas en diferentes momentos en instancias sanitarias, sociales y sociosanitarias, pues la información al alta hospitalaria es válida para este momento, pero puede no serlo en adelante. Con ello, algunas personas expertas coinciden en que la mejora en los códigos al alta es **necesaria pero insuficiente** para comprender la situación global de las personas con DCA.

04. ¿Cómo se produce el infradiagnóstico de las personas con DCA en los sistemas de codificación en el ámbito sanitario?

Los y las expertas han abordado, a propósito de la cuarta pregunta, cuestiones relativas al tipo de secuelas, a la sensibilización y formación de los profesionales que intervienen en el recorrido asistencial o a la cultura médica.

Más allá de las cuestiones destacadas al respecto de la falta de exploración de las secuelas “invisibilizadas”, esto es, aquellas que refieren especialmente a la parte cognitiva, conductual y emocional, existe consenso al respecto de la existencia de **una falta de sensibilización y formación del personal médico, especialmente en el ámbito hospitalario**, que deriva en una mayor falta de detección. En este sentido, las personas expertas destacan que no siempre están formadas para identificar el DCA como entidad patológica más allá de su etiología.

Se detecta como consenso la existencia de una **falta de cultura clínica e institucional del registro completo**, donde no se prioriza la codificación exhaustiva por cuestiones culturales, organizativas y de presión asistencial. Además, se destaca que existe una infravaloración del DCA por la falta de recursos profesionales en especialidades como neuropsicología, logopedia o terapia ocupacional, lo que sumado a la cultura institucional, limita la detección de manera considerable.

Entonces, ellos lo hacen manualmente, y la normativa es: diagnóstico principal, es el diagnóstico que trae al paciente al hospital, ¿por qué ha venido?... no todo lo que ha pasado. (Entrevista a persona experta)

- Como consecuencia de ello, son muchas las personas y familias con DCA que salen del hospital tras el alta hospitalaria con un diagnóstico de ictus, traumatismo craneoencefálico o tumor cerebral pero sin haber recibido algunas de las pruebas diagnósticas necesarias para identificar secuelas. Por ello, son muchas las familias que se van a sus domicilios sin conocimiento concreto del impacto de las secuelas y las necesidades de atención que estas requieren y, por ende, no buscan los recursos necesarios para su neurorrehabilitación, quedando al margen del sistema de atención y registro.

Para mí, (...) lo fundamental es que quien se va a su casa sepa lo que tiene. (...) los médicos tenemos muy mala tolerancia a la frustración, no nos mola nada que se nos mueran los pacientes (...) Cuando un paciente, ya te decía yo, pues llega, que tú ves que va a poder ir mal, y se va andando (pero con secuelas), “a mí no me cuentes milongas, está estupendo” (Entrevista a persona experta)

05. ¿Cómo suelen quedar codificadas las personas que podrían tener un DCA en el ámbito sanitario?

Según recogen los y las expertas en esta pregunta, las personas con DCA quedan codificadas especialmente bajo los códigos: **Ictus isquémico o hemorrágico (I63.x, I61.x...), Traumatismo Craneoencefálico (S06.x), Anoxia cerebral (G93.1) o Tumores cerebrales (C71.x, D33.x)**. Pese a que existen más códigos etiológicos, estos son los más destacados.

En adelante, en el capítulo sobre los códigos diagnósticos del DCA, se hará un abordaje más extenso al respecto de los códigos diagnósticos y secuelas bajo las que quedan codificadas las personas con DCA.

06. ¿Cuáles son las consecuencias de la ausencia de codificación de las secuelas en el ámbito social, familiar y personal?

En esta pregunta encontramos consensos al respecto de la barrera de entrada a los servicios, apoyos y atenciones, al reconocimiento de la discapacidad y de la dependencia y a los impactos en el entorno personal y familiar.

El mayor consenso es que **son las limitaciones en el acceso a recursos, apoyos y rehabilitación derivadas de la no identificación de las secuelas** una de las mayores consecuencias de la ausencia de codificación.

- En este sentido, se dificulta enormemente el reconocimiento de la discapacidad y dependencia, dejándola, en muchas ocasiones, a la interpretación de los equipos multidisciplinares la información médica disponible. Esto puede llegar a bloquear el acceso a prestaciones económicas, adaptaciones y recursos sociosanitarios como centros de día o servicios residenciales. Como consecuencia de la falta de reconocimiento de la discapacidad y de la dependencia, también se ven mermados los accesos a los servicios de neurorrehabilitación (logopedia, terapia ocupacional, neuropsicología, fisioterapia, entre otros), produciendo una derivación de las personas a los servicios ofertados por el mercado privado siempre y cuando se lo puedan permitir.

Además, se afirma que **la no codificación y reconocimiento de secuelas deriva en un impacto negativo sobre la familia y el entorno cercano, que pasan a ser responsables de los cuidados, pero sin apoyos suficientes.**

Además, existe una falta de comunicación hacia la familia de la nueva realidad a la que se va a enfrentar derivadas de la situación de DCA y de algunas secuelas concretas. Esta falta de información se da porque estas secuelas, al no explorarse, parecen no existir, lo que lleva a que la familia no comprenda lo que ocurre ni que pueda buscar los apoyos necesarios para las secuelas específicas. En consecuencia, la sobrecarga emocional, física y económica recae intensamente sobre la red familiar quien, de tener la información pertinente gracias a las exploraciones oportunas, podría recurrir a los apoyos necesarios para mantener los cuidados sin tener los impactos negativos derivados.

Como consecuencia, la falta de apoyos e información de la nueva realidad por parte del núcleo familiar puede derivar en transformaciones sociales y familiares complejas y dolorosas, como el aislamiento social o el deterioro personal y familiar. Pueden aparecer dificultades en la comprensión personal de la propia situación, sentimientos de frustración, ansiedad y baja autoestima tanto en la familia como en la persona con DCA. Además, los impactos se expanden a lo social, pudiendo no haber una reintegración en la vida comunitaria, educativa, laboral y social.

07. ¿De qué herramientas / sistemas / escalas / pruebas se dispone para identificar las posibles secuelas que podrían tener las personas con DCA durante las fases aguda, subaguda y crónica?

Entrando ahora en la séptima pregunta, encontramos que son muchas las herramientas de medición evidenciadas por los y las expertas. Esto supone una dificultad añadida a la hora de poder estandarizar un sistema de escalas para medir las secuelas del DCA que, como veremos más adelante, puede no ser una opción viable.

Algunas de las escalas más referidas, aunque no las únicas (quedan recogidas en su totalidad en el Anexo 2), son:

- **Fase aguda:** Glasgow Coma Scale (GCS), NIHSS.
- **Fase subaguda:** Barthel, Rankin, FIM, MoCA, DRS, escalas cognitivas y conductuales.
- **Fase crónica:** SF-36, EQ-5D, baterías neuropsicológicas, escalas de participación y calidad de vida.

En cuanto a estas, se destaca que el uso de escalas multidimensionales es fundamental para determinar las secuelas, especialmente las invisibles. Entre los y las expertas se destaca la necesidad de evaluar secuelas desde diferentes ámbitos profesionales para un abordaje y detección holística e integral. En este sentido, se propone medir la funcionalidad física, cognición y conducta, estado emocional, calidad de vida, participación social, dependencia y autonomía. Además, se destaca que ninguna escala sustituye una valoración clínica integral (neurológica, neuropsicológica y funcional) realizada por profesionales especializados, por lo que por sí mismas tienen un alcance potencial limitado.

08. ¿Cómo se evalúa y actualiza el diagnóstico de la situación de la persona con DCA a lo largo del tiempo? ¿Cómo influye en la falta de detección y codificación?

En esta pregunta, los y las expertas coinciden en que **la actualización del diagnóstico de las secuelas del DCA es poco frecuente, irregular o prácticamente inexistente**. A lo largo de las diferentes fases asistenciales al DCA la persona atraviesa diferentes recursos y apoyos con profesionales varios, sin embargo, las expertas afirman que muchas veces no se añaden nuevos déficits en las nuevas estancias, ni se eliminan los superados, lo que repercute negativamente en la atención, planificación y seguimiento de los casos pues, con el tiempo, estas codificaciones en la historia clínica no reflejarán las necesidades asistenciales actuales.

Además, **el seguimiento tiene una gran dependencia del lugar y del tipo de atención.** Como ejemplos, algunas personas expertas destacan que en clínicas especializadas de neurorrehabilitación se observa una evaluación continua y sistemática mientras que en Atención Primaria o en centros no especializados, esta actualización no se realiza de forma estructurada.

La normativa sí que es estricta y la deberían cumplir, pero si no la cumples, no pasa nada, no te cierran el hospital ni nada. Quedarás peor o mejor en la foto, pero no te cierran... (Entrevista a persona experta)

09. ¿Cómo se recogen los determinantes sociales de la salud que pueden producir un DCA y/o que pueden transformar las secuelas de este?

En esta pregunta se han abordado cuestiones relativas a la falta de estructuración y sistematización de los datos de contexto, a la existencia de múltiples agentes en la recogida de datos que no están coordinados, a la importancia que tienen estos factores en la existencia y abordaje del DCA y la poca atención que se deposita en su recogida.

Al igual que sucede con los diagnósticos de las secuelas, encontramos en la recogida de los datos de los determinantes sociales de la salud que estos son recogidos **en formato libre y no estructurado**, donde esta información es poco accesible, no sistematizable y difícil de trasladar para realizar un seguimiento clínico, social o una explotación de datos.

Además, son múltiples agentes los que pueden llegar a recoger la información social de las personas que tienen o podrían tener un DCA (médicos/as, enfermeros/as, trabajadoras sociales). Sin embargo, **no siempre comparten información ni tienen acceso cruzado** a ella entre disciplinas. Los y las expertas afirman que estos datos quedan mejor recogidos en la historia social realizada por la persona trabajadora social que en la información recogida por profesionales de la salud.

En consecuencia, los determinantes sociales de la salud como el consumo de sustancias, el entorno sociofamiliar, los hábitos de vida o el acceso a cuidados, que son factores determinantes tanto en la aparición del DCA como en la calidad de la recuperación posterior, no acaban bien recogidos, perdiéndose en las diferentes fases, recursos y sistemas por la falta de una buena coordinación sociosanitaria.

10. ¿Podríamos hacer un listado tentativo de códigos principales del CIE10 que podrían generar o que generan DCA? / ¿Podríamos hacer un listado tentativo de códigos secundarios del CIE10 que podrían generar o que generan DCA?

En general, se afirma que sí que se puede llevar a cabo, pero hay que destacar que **los códigos etiológicos no bastan para identificar todos los casos de DCA** y que el diagnóstico de DCA requiere una combinación etiológica y funcional (es decir, también considerar las secuelas). Esto deja entrever que un listado de códigos de la CIE10 podría ser relevante y útil pero que, posiblemente, no resuelva completamente el problema de la infradetección.

Por otro lado, en cuanto a los códigos secundarios, estos pueden ayudar a **identificar el tipo y la gravedad del DCA**, que son útiles para comprender la complejidad clínica del caso, estimar comorbilidades relevantes o ayudar a construir un perfil clínico funcional más completo.

Se ha desarrollado un listado completo de códigos en el Anexo 1 de este estudio.

Disensos encontrados entre los y las expertas y sus abordajes

Así como se han encontrado amplios consensos al respecto de las problemáticas alrededor de la infradetección del Daño Cerebral Adquirido, también se han encontrado puntos de debate reseñables. Estos son, en muchos casos, puntos de vista diferentes o aproximaciones alternativas y no tanto disensos o puntos contrapuestos, por lo que vienen a complementar los consensos o a matizar y advertir de dificultades añadidas.

El primer punto de disenso es al respecto de la **dimensión del DCA como entidad nosológica** y la necesidad de tener un **código único de DCA dentro de la clasificación de la CIE 10**. En este sentido, si bien hay personas que abogan por la incorporación de un código que viniera a solventar la infradetección, este se plantea como imposible debido a la incapacidad de los agentes de intervenir sobre la estructuración de la CIE. También existe debate al respecto de si es oportuno realizar un largo listado de códigos secundarios que pudieran referir a un DCA o si es más necesaria la elaboración de una etiqueta transversal de DCA que permita superar esta imposibilidad de código. Es aquí donde los códigos secundarios y los códigos de las secuelas cobran especial relevancia, aterrizando la importancia en con qué códigos se va a codificar e identificar el DCA en las fases hospitalarias y no hospitalarias, aumentando el protagonismo de todos los ámbitos de detección (sanitario, social y educativo).

sabemos que tiene daño cerebral por otros códigos asociados (Entrevista a persona experta)

Sin embargo, también se señala que la utilidad real de los códigos es limitada, donde algunos expertos y expertas afirman que una buena codificación permite identificar todos los casos, otras afirman que su utilidad viene limitada por la cultura médica del

diagnóstico de la enfermedad aguda y no de las secuelas. Un ejemplo de estas prácticas de la cultura médica que limitan el alcance de la detección es, por ejemplo, algunos déficits leves que no se codifican porque los y las profesionales esperan que remitan solos, como pueden ser dolores agudos leves, casos de personas que no han sido hospitalizadas o de personas que desarrollan secuelas cognitivas o conductuales que podrían ser transitorias y, por tanto, no reciben diagnóstico.

Cuando sale del hospital, el neurólogo que trata con él, a poco que sea sensible, sabe si tiene un Daño Cerebral Adquirido. Otra cosa es que decida que es mucho o poco, y otra cosa es que se decida que, tal y como vino, (...) se va a su casa estupendo, porque vino fatal. Y eso ya, variabilidad de cada uno, y de empatía. (...) tú ves cómo se van los pacientes, y te pondrán que van a estar deprimidos, te pondrán que no van a poder, no sé, tener relaciones... yo qué sé, es que, mil cosas que te cuentan. (Entrevista a experta)

Esta idea está estrechamente relacionada con el uso de las escalas de medición de las secuelas del DCA. Algunas respuestas reflejan una visión ideal de lo que debería usarse (escala completa por fase y dominio) pero siempre se afirma que, en la práctica, muchas de estas herramientas no se utilizan sistemáticamente por falta de tiempo, recursos o formación.

Otro punto relevante que se plantea es el **diferente grado de implementación de la CIE** en los diferentes hospitales y a nivel nacional. Se destaca que existe ya una versión 11 de la CIE más actualizada y que permite mayor flexibilidad en la codificación que, sin embargo, no se aplica en España en la actualidad, teniendo de referencia únicamente las actualizaciones bianuales que se hace de la CIE10. Sin embargo, no todos los hospitales se rigen por estas últimas versiones, destacando que algunos todavía codifican bajo versiones basadas en la CIE9. Esta realidad dificulta todavía más la detección del DCA y la uniformidad en la codificación de los casos, generando brechas y heterogeneidad.

(...) nosotros ahora estamos trabajando con la nueva versión de la CIE 10 para Enero del 2026, que es una nueva versión de la CIE 10, la CIE 11 no está... (...) cuando pone lo de la CIE 11, en Estados Unidos. (...) No sé si algún país europeo... Pero Estados Unidos, va por delante en años... (...) En el 2026 va a ser CIE 10. (Entrevista a persona experta)

Esta heterogeneidad viene acrecentada en que el uso y conocimiento de la codificación de la CIE varía sustancialmente entre instancias hospitalarias y la Atención Primaria. Mientras que en los hospitales manejan este sistema de codificación, los especialistas de Atención Primaria pueden **desconocer cómo funciona**. Además, muchas veces se utilizan otros sistemas y escalas en estas instancias como SNOMED CT, CIF, LOINC o ICPC, pero **no queda claro su grado de implantación en el ámbito clínico español**, ni si se combinan o sustituyen al uso de la CIE.

Otro punto que señalar por las diferentes lecturas que se realizan refiere a la **responsabilidad del diagnóstico funcional**, que es el encargado de atender a estas secuelas que muchas veces quedan invisibilizadas. Aunque la mayor parte de las

personas expertas apuntan al ámbito **hospitalario y a sus especialistas** como responsables de dejar registrado el DCA, algunas también señalan la falta de acción también en **atención primaria**, que no suele registrar consecuencias si no hay un diagnóstico previo de DCA, que muchas veces no llega por las dificultades en la transmisión de información, en la falta de sensibilización o de formación en DCA. En este sentido, se resalta que la responsabilidad es compartida entre ambos ámbitos y que no existe un sistema de derivación de información idónea que permita valorar y reevaluar los diagnósticos funcionales.

Más allá del diagnóstico funcional, también se plantea la pertinencia o no de actualizar el propio diagnóstico de DCA. Algunas respuestas apuntan que el diagnóstico base de DCA no cambia, y lo que debería actualizarse son las secuelas, déficits y grado de dependencia, mientras que otras asumen que el diagnóstico general (DCA) debería actualizarse según el estado funcional del paciente mediante mecanismos de evaluación.

Otro punto de especial disenso es al respecto de cuáles patologías deben considerarse parte del DCA. Esto genera **inseguridad o posturas divergentes** que dificultan una práctica común en el diagnóstico. Como resultado, encontramos una falta de consenso en qué códigos deberían tenerse en cuenta entre profesionales del mismo u otros niveles asistenciales para identificar que hay o que puede haber DCA, cuestión que se aborda en el capítulo sobre el conjunto básico de códigos del DCA.

Puede que sí, puede que no. Pero, una hemorragia extradural no traumática... es como de cuero cabelludo, (...) oclusiones en vasos y arterias sin infarto cerebral... Ahora, con infarto cerebral, seguro que tiene un daño cerebral adquirido. (Entrevista a persona experta)

Una de las consecuencias de estos problemas en el reconocimiento y codificación deriva en otros profesionales como los y las trabajadoras sociales o en las familias. Por el lado de las trabajadoras sociales, se resalta constantemente la necesidad de que identifiquen y reevalúen, pero, al mismo tiempo, se reconoce que son especialmente dependientes del diagnóstico y codificación del ámbito de la salud para poder actuar. La falta de codificación deja a los/as profesionales del trabajo social sin criterios objetivos para actuar, dejándoles en un espacio interpretativo de la realidad clínica que podrá no coincidir con la realidad del DCA. Lo mismo sucede en las familias, donde **el grado de conocimiento sobre lo que hacer de la familia depende, en gran medida, del informe diagnóstico**, haciendo que la familia no sepa que existe un DCA, lo que impide movilizar recursos. En otras ocasiones, se asume que sí lo perciben, pero no saben cómo actuar ni tienen acceso a servicios por una falta de codificación, información y derivación oficial.

Análisis de las propuestas surgidas para mejorar la detección del Daño Cerebral Adquirido y superar los obstáculos asociados a la identificación

Todos los consensos y disensos que se han desarrollado en el bloque anterior han orientado a los y las diferentes expertas a definir unas líneas de actuación prioritaria en forma de propuestas para la superación de las limitaciones en la detección del Daño Cerebral.

Estas expertas han definido 4 bloques de propuestas que concentran los hallazgos colectivos surgidos de los procesos reflexivos de los consensos y los disensos. Los bloques sobre los que se ha trabajado han sido:

- Bloque 1: código diagnóstico del DCA.
- Bloque 2: diseño de un proceso clínico de detección.
- Bloque 3: sensibilización y capacitación.
- Bloque 4: coordinación entre servicios sanitarios y coordinación sociosanitaria.

En cada uno de estos bloques se desglosan las propias propuestas, que han sido valoradas en función de cuatro dimensiones que tienen por objetivo priorizar qué propuestas son urgentes y cuáles son oportunas:

- **Pertinencia:** en qué medida la propuesta responde a unas necesidades detectadas/percibidas previamente.
- **Viabilidad/Sostenibilidad:** en qué medida es posible llevar a cabo la propuesta teniendo en cuenta posibles elementos favorecedores y/o limitantes en su implementación (Por ejemplo, valorar la viabilidad de incluir un código DCA en la CIE10). Además, en esta categoría ha de valorarse en qué medida la propuesta es más o menos vulnerable a cambios o a desaparecer por diferentes motivos.
- **Importancia:** ponderación general de la propuesta teniendo en cuenta estos y otros criterios que se consideren oportunos.
- **Impacto** esperado de la aplicación de la propuesta en la mayor detección del DCA.

Propuestas trabajadas en el Bloque 1 de códigos diagnósticos del DCA

En este bloque de propuestas se concentran todas aquellas propuestas orientadas a la superación de la codificación de la CIE10, debido a que esta, como se señala en el análisis de los consensos y disensos, no da un código diagnóstico para la realidad del

DCA sino que estas personas acaban siendo codificadas únicamente por la etiología, dificultando la existencia de protocolos de atención claros y de caminos asistenciales.

Las propuestas que se han trabajado en este bloque han sido:

- Creación de un código diagnóstico de DCA en la CIE10.
- Identificar todos los códigos de la CIE-10 que refieren al DCA (teniendo en cuenta que las causas no son equitativas a las consecuencias sobre la funcionalidad o las manifestaciones del DCA).
- Construir un estándar que homogeneice la codificación profundizando en los criterios comunes, las buenas prácticas y la correcta codificación.
- Establecer etiquetas diagnósticas que marquen una alerta de seguimiento o la necesidad de hacer una valoración del paciente.

Al respecto de la “**creación de un código diagnóstico**”, los y las expertas opinan que es una necesidad fundamental que puede superar la infradetección. Este código diagnóstico eliminaría las dificultades que se le atribuyen actualmente a la detección del DCA por el camino de la codificación médica. De esta manera, las personas serían codificadas, además de por su etiología y por sus secuelas concretas, por un código que evidencia la realidad compleja a la que se asiste, que es variable en el tiempo y requiere de una identificación para las posibles evaluaciones en otros sistemas públicos como puede ser la atención primaria o el reconocimiento de la discapacidad y la dependencia. Este código vendría a cubrir, por tanto, un vacío en la codificación actual y unificaría la dispersión existente.

A pesar de esta importancia reconocida en el código diagnóstico, la mayoría apunta a la baja viabilidad de conseguir la inclusión del código en la CIE10, debido a que esto requiere de una solicitud formal a la OMS para que la CIE incorpore este cambio. Por lo tanto, a pesar de su idoneidad, no es posible desarrollarla desde las capacidades de los y las profesionales y las entidades del DCA, al menos en el corto y medio plazo.

Por lo que respecta a la propuesta de “**identificar todos los códigos de la CIE-10 que refieren al DCA**”, esta se reclama como muy pertinente, especialmente ante la imposibilidad de poder incidir en la CIE10 para la incorporación del código de DCA, aunque esto no supe los beneficios en la detección que tendría un código único. La recuperación de los códigos que refieren a una posible realidad de DCA puede suponer, en parte, una solución viable a la mejora de la identificación. Sin embargo, este conjunto de códigos, para ser operativo y asimilado por los centros hospitalarios y la atención primaria deben estar basados en un consenso científico a nivel nacional, lo que facilitaría la adhesión de otros profesionales.

A diferencia de la conformación de un código diagnóstico, esta propuesta parece que sí es viable y se ha realizado un trabajo orientado a la consecución de un listado base de códigos que refieren al DCA, lo que puede ayudar a realizar estudios epidemiológicos más aterrizados en la realidad.

En lo que respecta a la propuesta de **“construir un estándar que homogeneice la codificación profundizando en los criterios comunes, las buenas prácticas y la correcta codificación”** sucede una lectura similar a la de construir un código diagnóstico en la CIE10, esto es, es ampliamente deseable tener un amplio consenso de codificación pero la viabilidad contemplada es demasiado baja como para que se considere una propuesta que alcance una mejora en la identificación del DCA.

Se ha destacado que entre los y las profesionales del ámbito sanitario puede existir un cierto desconocimiento o desinformación sobre las mejores prácticas para la correcta codificación, lo que lleva a que el consenso sea importante, además de ser un paso previo a la construcción de estándares de atención. De hecho, se señala que este es un paso previo y necesario a la consecución del código diagnóstico.

El impacto que se podría esperar de un estándar de codificación devendría no solo en una mejora de la identificación, si no también implicaría una mayor concienciación sobre la realidad diagnóstica y de atención a las personas con DCA, pues abriría la posibilidad de diseñar procesos y protocolos de atención específicos y especializados como sucede en otras etiologías.

Otras ideas relevantes al respecto de la consecución de un estándar devienen en que la implantación de este en los diferentes recursos asistenciales sería más compleja que su mera construcción, pues esto precisaría de la voluntad y la coordinación de las administraciones públicas sanitarias, así como la colaboración entre ellas para que un estándar pueda traducirse en una guía de práctica clínica. Incluso, esta propuesta tiene el problema de que con homogeneización, la información podría seguir siendo incorrecta o insuficiente.

En este sentido y como conclusión, esta propuesta se puede categorizar como una propuesta que necesita un trabajo a largo plazo basado en la sustentación científica de aproximaciones hacia la estandarización de la codificación, como puede ser la recolección de códigos diagnósticos disponibles en la CIE10.

Por último, en el bloque 1 se ha trabajado la propuesta de **“establecer etiquetas diagnósticas que marquen una alerta de seguimiento o la necesidad de hacer una valoración del paciente”** que viene siendo, en esencia, una manera de superar la imposibilidad de conseguir un código diagnóstico en la CIE10. Esta se ha clasificado como muy pertinente, afirmando que podría mejorar la respuesta en función de la fase

evolutiva del DCA o ayudar a identificar personas en condiciones de deterioro o con capacidad de mejoría. La etiqueta, en este sentido, generaría una identificación de una situación dinámica que requiere atención y seguimiento clínico más estrecho. Las etiquetas diagnósticas pueden servir como avisos o recordatorios para el seguimiento y la reevaluación diagnóstica y, además, se reconoce que tiene una implementación sencilla, dependiente únicamente de la incorporación de esta dentro de los sistemas informáticos de los centros hospitalarios y trasladable a los informes al alta y la historia clínica.

En este sentido, la etiqueta diagnóstica del DCA permitiría a todos los y las profesionales que participan del proceso de atención tener siempre presente e identificada la realidad del DCA para adecuar la atención a esta.

La etiqueta se considera útil no solo para facilitar el seguimiento de la evolución de la persona con DCA, sino también como para nutrir el "Big Data" de las instancias sanitarias, permitiendo desarrollar la automatización de procesos clínicos y el análisis de grandes volúmenes de datos, permitiendo establecer conductas/evoluciones predictivas.

Por lo que respecta a la viabilidad, los y las expertas consideran altamente viable poder instaurar etiquetas diagnósticas, afirmando que con los sistemas informáticos actuales es relativamente sencillo establecer reglas de alertas cuando los códigos o etiquetas lo requieran, algo que se puede lograr sin tener que modificar la codificación actual.

La mayor dificultad, en el sentido de la viabilidad, seguiría manteniéndose en que a la persona se le realicen las pruebas diagnósticas que lleven a determinar la existencia del DCA más allá de la intuición derivada de la etiología. Otra dificultad revertería en que la Historia Clínica Electrónica puede no estar compartida con otras entidades médicas como la atención primaria, por lo que si bien esta etiqueta saltaría en los sistemas hospitalarios, la persona en atención primaria podría ser atendida sin tener en cuenta esta realidad.

Las consecuencias de aplicar esta propuesta, se valora que si el código y la etiqueta generan una alarma y funcionan, se garantizaría con más seguridad las actuaciones pertinentes según el grado de DCA, pondría en valor el diagnóstico y permitiría al profesional comprender y actuar de mejor manera sobre las secuelas y los déficits que se han producido. Además, se mejoraría el cumplimiento de las necesidades sociosanitarias, la toma de conciencia sobre diagnosticar a las personas con DCA y mejoraría el seguimiento de este.

Propuestas trabajadas en el Bloque 2 de diseño de un proceso clínico de detección

En este bloque de propuestas se ha trabajado al respecto la necesidad de construir y consensuar unos protocolos de atención al DCA que, a día de hoy, no están dando resultados, especialmente en la cuestión de la identificación del DCA después de la existencia de etiologías compatibles con esta. Este bloque de propuestas surge directamente de los consensos al respecto de la necesidad de transformar la cultura asistencial y médica al DCA, centrando los esfuerzos en la socialización del conocimiento experto para llevar a cabo mediciones y pruebas neurológicas en la exploración durante la fase aguda.

En este sentido, las propuestas que se han trabajado en este bloque han sido:

- Abrir un proceso clínico de detección que identifique a los pacientes con DCA y que preconfigure una ruta de pruebas diagnósticas y escalas, así como información práctica del proceso, información de recursos, avisos automáticos, entre otros.
- Utilización de escalas y pruebas para la identificación de secuelas donde los sistemas de información pudieran identificar los casos a partir de los resultados de las escalas.
- Protocolizar la valoración de las consecuencias de las enfermedades que potencialmente pueden causar DCA, de manera multidisciplinar, y realizar revisiones periódicas de la situación de los déficit para modificar el diagnóstico de la intensidad del DCA.
- Tener un programa de gestión de la historia clínica electrónica con indicadores de seguimiento asociados a un código DCA.
- Establecimiento de nuevas figuras médicas especializadas en neuropsicología (p.e. psicólogos clínicos expertos en neuropsicología que trabajen con neurocirujanos y neurólogos).
- Tener un médico rehabilitador de referencia para el seguimiento global de los pacientes.

Todas ellas refieren, en última instancia, en la consecución de un protocolo de atención consensuado, seguro, dotado y multidisciplinar que permita, desde el primer momento en que la persona tenga disponibilidad y consciencia, identificar el DCA, sus potenciales secuelas y los apoyos de neurorrehabilitación necesarios.

Al respecto de la propuesta de **“abrir un proceso clínico de detección que identifique a los pacientes con DCA y que preconfigure una ruta de pruebas diagnósticas y escalas, así como información práctica del proceso, información de recursos, avisos automáticos, entre otros”**, se destaca como una de las propuestas más pertinentes del proceso de trabajo con los y las expertas.

Se destaca especialmente que procesos de establecimiento de protocolos ya se están dando en algunos centros asistenciales y hospitalarios, con resultados dirigidos a ahorrar esfuerzos médicos, con una notable mejora en la comprensión de las necesidades de las personas que permite recoger la realidad del DCA de una manera más automatizada. Esta definición de protocolos, debido al diseño asistencial estandarizado que supone, puede resultar en una mejora en la garantía de la equidad de la atención, la calidad y continuidad asistencial, así como una atención integral y multidisciplinar.

Sin embargo, una de las limitaciones que recogen algunos expertos y expertas es que existe una alta variabilidad en los impactos y secuelas del DCA y que, sin antes haber identificado con qué códigos se ha de producir el protocolo de atención, es posible que algunas personas, especialmente aquellas con secuelas invisibilizadas, sigan sin ser atendidos por estos recorridos.

Entrando en la viabilidad de esta propuesta, se reconoce que su implementación resulta posible si se atiende a la escala local, a nivel de hospital o de servicios, pero es improbable que se establezca un protocolo común a todos los territorios y hospitales debido a la variabilidad que existe entre las entidades territoriales. En este sentido, hay que apostar por procesos de reflexión profesional en los territorios y los servicios para adaptar los protocolos a las necesidades de atención y a la capacidad técnica.

También se destaca que un componente fundamental de la viabilidad de los protocolos reside en el acompañamiento entre derivaciones mediante un responsable de paciente, que no solo sea encargado de seguir el protocolo, sino que le transmita y traduzca la información médica a este y su familia y le derive entre sistemas.

La consecución de un protocolo de atención también necesita, fundamentalmente, de la coordinación y colaboración estrecha entre los diferentes servicios y niveles asistenciales implicados, así como de la disponibilidad de recursos, tanto profesionales, económicos, materiales como culturales y formativos.

Como mayor impacto, se reconoce que esta protocolización podría permitir una mayor coordinación entre profesionales, un mejor uso de los recursos y una planificación más efectiva de los mismos. Con ello, la atención a las personas con DCA mejoraría sustancialmente dentro del proceso de atención estandarizado y, habiendo sorteado la primera identificación, se podrían pasar las pruebas neurológicas pertinentes orientadas

al reconocimiento de déficits y secuelas de una manera más sencilla. Se favorecería la tarea de los profesionales sanitarios y evitaría que se dejen tareas sin hacer, especialmente la identificación en otras instancias sanitarias y fases del DCA.

En consecuencia, lo que se espera de la creación de un protocolo es que se sistematice la atención, permitiendo identificar mejor a las personas con DCA, sus patrones de evolución y factores pronósticos, además de mejorar el acceso de estas al seguimiento y proporcionar un marco de referencia a personas con DCA y familiares.

Pasando a la propuesta de la **“Utilización de escalas y pruebas para la identificación de secuelas”**, en esta los y las expertas afirman que las escalas y pruebas permiten, dentro de algunas limitaciones, establecer y graduar el daño y las secuelas y déficits del DCA. Se destaca que las escalas pueden servir de baremo para medir el DCA y que si, además, estas escalas y resultados se traslada a los sistemas informáticos sanitarios, se facilitaría mucho la búsqueda, identificación y seguimiento de casos, así como la posibilidad de recuperarlos si no se ha identificado en las primeras fases del DCA.

Uno de los elementos que se han recogido por parte de los expertos y expertas es que es necesario definir biomarcadores, entendidos estos como herramientas para objetivar la situación del paciente y la evolución en el tiempo en correlación con otras aproximaciones y tratamientos, en función de la edad que tengan las personas con DCA.

Pese a que en un capítulo posterior se va a abordar la cuestión de la importancia del informe al alta sanitaria, se señala que las escalas de cribado al alta que se hace, en ocasiones, por parte de enfermería en el hospital, podría ser muy útil para identificar a personas con DCA, destacando la pronta identificación también en otros recursos sociosanitarios y destacando el valor de la evaluación a lo largo del proceso asistencial.

En cuanto a viabilidad, se destaca especialmente la tecnologización de las escalas, de forma que la tecnología podría ayudar a la obtención de resultados y a la creación de modelos de previsión de las secuelas. Esta realidad podría generar modelos predictivos de las secuelas que podría simplificar la toma de decisiones sobre los tratamientos, rehabilitaciones y la intensidad de estas.

No obstante, a pesar de esta reflexión sobre la tecnologización, se afirma que, de nuevo, existen dificultades en cuanto al consenso de qué escalas son pertinentes en cada momento, y su correlación con la disponibilidad de recursos para llevarlas a cabo con cada persona con DCA. Existe una tensión constante entre la deseabilidad y la capacidad real de ejecución pero, a pesar, de ello, se reconoce que es deseable y compartido por todos y todas las expertas tener escalas sencillas para hacer cribado y seguimiento identificadas, implementadas, recogidas en la Historia Clínica Electrónica y compartidas con otros sistemas sanitarios y sociosanitarios.

Por lo que respecta a la importancia, de nuevo, aplicar escalas que midan los impactos del suceso etiológico permitiría atender a las secuelas de este, por lo que ayudaría a aumentar la identificación del DCA. Además, un buen registro de los datos a partir de escalas estandarizadas podría permitir analizar cómo se producen las intervenciones clínicas sobre los y las pacientes con el objetivo de mejorar internamente, así como tener a todas las personas identificadas. Por último, destacan que las escalas pueden constituir un consenso sobre un conjunto mínimo de datos a recopilar de los pacientes.

El impacto esperado repercute especialmente en que la identificación de personas con DCA que podían no ser identificados sin las escalas ahora pasarían a estar identificados, especialmente aquellos que tienen secuelas en la cognición o emocionales y conductuales. Además, los resultados que arrojen las escalas en las historias clínicas servirían para condensar y conceptualizar mejor las secuelas, lo que puede facilitar y favorecer la atención y acceso a recursos sociosanitarios.

Pasando a la propuesta **“Protocolizar la valoración de las consecuencias de las enfermedades que potencialmente pueden causar DCA, de manera multidisciplinar, y realizar revisiones periódicas de la situación de los déficit para modificar el diagnóstico de la intensidad del DCA”**, las reflexiones que han surgido son similares a las de las otras propuestas recogidas, ya que redunda en la idea de crear un protocolo definido, multidisciplinar y centrado en la identificación de las secuelas. Por ende, se considera esencial para subsanar los vacíos diagnósticos existentes, permitiendo mejorar el conocimiento sobre DCA y permitiendo establecer mejoras en los protocolos de atención. En este punto se profundiza en la centralidad de que los protocolos y los procesos de atención tengan un carácter multidisciplinar y que, además, las valoraciones han de ser periódicas para actualizar la situación de la persona en cada momento, debido a la gran variedad de ámbitos en los que los déficits pueden estar presentes.

En cuanto a la viabilidad, esta es dependiente de tener identificados y cubiertos los recursos necesarios, lo que dependerá especialmente de las Comunidades Autónomas y de los hospitales. Además, pese a la deseabilidad de que los protocolos sean multidisciplinarios y periódicos, se pone en duda la capacidad de llevarlo a cabo de manera sostenida, pues se destaca una alta necesidad de coordinación entre distintos ámbitos hospitalarios, así como con atención primaria y el ámbito sociosanitario.

El impacto esperado de conseguir protocolizar la valoración de manera multidisciplinar y periódica sería una mejora en la incidencia en el seguimiento y acompañamiento de la persona, mejorando el resultado final de la atención al permitir estrategias que minimizan riesgos y vacíos, facilitaría el acceso a los recursos necesarios (especialmente sociosanitarios y los garantizados mediante el reconocimiento de la discapacidad) y

profundizaría en la cultura médica del trabajo multidisciplinar aumentando el conocimiento sobre el proceso asistencial holístico de la persona con DCA.

Pasando ahora a la propuesta de **“tener un programa de gestión de la historia clínica electrónica con indicadores de seguimiento asociados a un código DCA”** se plantea como una manera de tener un mayor seguimiento del DCA dentro de la historia clínica que viaja por los diferentes sistemas de atención. De esta manera, este programa podría evitar la pérdida de pacientes o de datos en las diferentes instancias sanitarias y sociosanitarias pero, sin embargo, se destaca que su utilidad real depende de que este permita el registro y actualización periódica de los datos relacionados con la atención y la situación de la persona.

En términos de viabilidad, como todo lo que tiene que ver con los sistemas informáticos, se considera sencillo de hacer y afirman que hay sistemas sanitarios en diversas Comunidades Autónomas que ya lo podrían integrar. Al mismo tiempo, esta desigualdad entre territorios podría llevar a aumentar, todavía más, las inequidades territoriales, aunque podría presionar hacia la necesidad de establecer este tipo de sistemas en todo el territorio.

Como elemento más relevante del impacto esperado, este sistema podría ahorrar recursos a lo largo del proceso, al tiempo que permitiría definir una mejor atención ante la información recogida.

En cuanto a la quinta propuesta, de **“establecimiento de nuevas figuras médicas especializadas en neuropsicología”**, esta se considera muy relevante, como se ha visto en la dimensión de la atención multidisciplinar. Se considera imprescindible una aproximación desde múltiples profesionales debido que podría aumentar la identificación de las secuelas del DCA, que muchas de ellas son específicas y difícilmente perceptibles durante la fase aguda, además de producir espacios de intercambio de información en los que se produzca una concienciación de los profesionales. Estas nuevas figuras, además, supondrían un cambio en el modelo de atención actual a las etiologías relacionadas con el DCA, debido a que en algunos hospitales no cuentan con estos perfiles profesionales.

Uno de los puntos más relevantes al respecto de la pertinencia de estos profesionales de psicología especializados en neuropsicología es que las alteraciones en la parte cognitivo-conductual, que son las más invisibilizadas, son las que precisamente estos perfiles pueden indagar y tienen conocimiento específico y especializado. Estas deficiencias, a pesar de estar invisibilizadas, pueden llegar a ser más discapacitantes que los déficits motores, sobre los que se pone generalmente el foco por ser evidentes.

A pesar de estas valoraciones, también hay algunos expertos y expertas que señalan limitaciones, como que realmente no cambiaría sustancialmente la identificación, tan solo

permitiendo detectar déficits cognitivos y conductuales leves durante la fase aguda. Otra limitación es que estos profesionales podrían no ser tan necesarios en las fases de atención aguda como los neurocirujanos y neurólogos, sino más bien deberían de integrarse en el equipo de neurorrehabilitación. Sin embargo, si se atiende a los consensos médicos recogidos al respecto de que las personas han de empezar la rehabilitación lo antes posible, la pronta identificación por neuropsicólogos podría permitir una mejor rehabilitación ya desde la fase aguda.

Analizando la viabilidad, hay posiciones divididas. Mientras que algunos expertos y expertas indican que los y las neuropsicólogos podrían contribuir a la mejora de la actividad de los servicios, la detección, la derivación entre sistemas y la mejora del bienestar de los pacientes y sus familias, algunos señalan retos y desafíos a superar como el coste económico y de tiempo que implicaría integrar el trabajo de estos nuevos profesionales. Destacan que, tal vez, implicaría trabajo de reestructuración del personal laboral, la creación de nuevas especializaciones y nuevas distribuciones de las responsabilidades de la atención.

Además, la mayor limitación se encuentra en que esta figura no forma parte, actualmente, de la cartera de servicios públicos sanitarios, por lo que la contratación depende de cada hospital. Por último, también apuntar que se afirma que las pruebas de neuropsicología son muy demandantes en tiempo, lo que es relevante a la hora de evaluar a los pacientes.

A pesar de estas limitaciones, en cuanto a la importancia, está valorada como muy adecuada para la exploración del DCA, con un alto impacto esperado en la detección de secuelas cognitivas, conductuales y emocionales que, generalmente, se quedan sin atender. Además, supondría un cambio considerable en los procesos evolutivos de los y las personas con DCA, así como la posibilidad de recibir tratamiento para esas secuelas para volver a la vida en comunidad con la menor discapacidad posible.

Por último, la sexta propuesta de **“tener un médico rehabilitador de referencia para el seguimiento global de los pacientes”** tiene una valoración positiva, donde se considera que las personas con DCA debería de ser atendidas por servicios con un grupo de personas de referencia para cada patología, en este caso el Daño Cerebral. Esto podría mejorar el conocimiento sobre el DCA, estandarizar el tratamiento y el seguimiento de las personas, en un recorrido asistencial acompañado e interlocutado con las necesidades que vayan apareciendo.

En este marco, el médico rehabilitador es el especialista que va a tener una visión global y holística de las secuelas que tiene la persona y de cuáles van a ser los servicios y apoyos pertinentes para el manejo de estas. Se destaca que esta figura existe actualmente en todos los hospitales de agudos y en los recursos de etapas subagudas

pero que, sin embargo, existe una fuerte sobrecarga de los servicios de rehabilitación, por lo que no se desarrolla este acompañamiento de manera efectiva. Se apunta, por tanto, que existe una imperiosa necesidad de más especialistas para cubrir la atención de la manera deseada.

Sin embargo, otros expertos y expertas apuntan que, si bien es deseable tener médicos rehabilitadores de referencia, esta función puede ser suplida por profesionales de enfermería que desarrollen funciones de gestión de casos, que puede ser trasladable hasta la atención primaria.

El impacto esperado de la tenencia de médicos rehabilitadores de referencia con los recursos necesarios sería la mejora del control de las personas con DCA y la adaptación del recorrido asistencial y del tratamiento a los objetivos y necesidades concretas orientadas a la mejora de la autonomía funcional a lo largo del tiempo.

Propuestas trabajadas en el Bloque 3 de sensibilización y capacitación

En el tercer bloque de propuestas se ha trabajado al respecto de dos iniciativas destinadas a aumentar el conocimiento y la comprensión sobre el DCA tanto entre los y las profesionales de la salud y otros agentes como en la población general, las entidades y los decisores políticos. Por otro lado, también se ha trabajado en una propuesta destinada a desarrollar las comunicaciones y sensibilizaciones necesarias para que se den procesos de detección precoz y se trabaje con un enfoque preventivo en todos los niveles asistenciales. Estas propuestas, a diferencia de las que se encuentran en los bloques 1 y 2, apuntan especialmente al trabajo que han de llevar las entidades del movimiento asociativo del DCA, puesto que permitirían la mejora del conocimiento y la valoración del DCA como un problema social de gran impacto que es necesario abordar. Estas dos propuestas son:

- Elaboración de un censo del DCA a partir de datos hospitalarios y sociales que incorporen indicadores funcionales, no solo diagnósticos.
- Desarrollo de campañas de sensibilización y detección precoz en todos los niveles asistenciales, especialmente en la identificación de secuelas invisibles.

En la primera propuesta, esto es, de “**elaboración de un censo de DCA**” esta se desprende de la necesidad de realizar un acercamiento a la prevalencia real del DCA. Los estudios que existen de prevalencia del DCA en la actualidad son aproximativos, con dificultades de estimación diagnóstica persistentes a lo largo del tiempo.

Es por ello por lo que los y las expertas afirman que esta es una medida que es muy pertinente de desarrollar, tanto por parte de las entidades del DCA como por parte de las Administraciones Públicas que poseen los datos oficiales al respecto. Se afirma que conocer la incidencia y prevalencia real del DCA es fundamental para adecuar los recursos sociosanitarios disponibles a las necesidades de atención y para el diseño de políticas públicas y sanitarias que sean capaces de dar respuesta a las necesidades multifactoriales de estas personas.

Además, a nivel médico y hospitalario, tener un estudio epidemiológico de prevalencia e incidencia del DCA siempre es positivo, pues permite mejorar el conocimiento sobre este, incidiendo en mejoras en los protocolos, profesionales, escalas, etcétera.

En cuanto a la viabilidad y sostenibilidad de esta propuesta, las reflexiones son dispares. Por un lado y como ya se ha explicitado, la deseabilidad y pertinencia es alta pero, por otro, existen muchos limitantes a esta explotación estadística. En primer lugar, los datos hospitalarios actuales pueden estar aportando pocos indicadores funcionales debido a la falta de exploración de estas secuelas, por lo que hay casos no registrados. Por otro, se afirma que elaborar una prevalencia exhaustiva sería dificultoso debido a la variabilidad que existe entre los sistemas autonómicos a la hora de registrar la información y compartirla entre ellas, destacando los hospitales, la atención primaria, las instancias sociosanitarias y los servicios y profesionales privados. En tercer lugar, se destaca que no solo sería necesario realizar una foto fija del momento, si no sería oportuno desarrollar la prevalencia del DCA a lo largo del tiempo, lo que precisaría de un grupo de profesionales dotados de recursos técnicos y organizativos que actualizaran e hicieran seguimiento. Además, este trabajo de actualización precisa tiempo para la introducción y actualización de los datos.

El impacto esperado de tener un estudio de prevalencia e incidencia, que fuera actualizándose con el tiempo, destaca por su capacidad de visibilizar las secuelas del DCA y ayudaría a concienciar sobre la necesidad de desplegar mejores apoyos, soportes, recursos y servicios con una dotación presupuestaria y profesional acorde.

Por otro lado, la propuesta al respecto del **“desarrollo de campañas de sensibilización y detección precoz en todos los niveles asistenciales, especialmente en la identificación de secuelas invisibles”** surge de la lectura común que se ha ido relatando al respecto de las dificultades en la identificación del DCA en todos los niveles asistenciales pero, en especial, todas aquellas secuelas o déficits que, por falta de cultura de la exploración y de recursos de todo tipo, quedan sin ser registradas. Esta propuesta, al igual que la anterior, recae también sobre las propias entidades del DCA.

Como ya se ha visto, las secuelas invisibilizadas son, a menudo, las que mayores limitaciones pueden producir en la persona y las que más afectan al entorno, tanto a la

salud física como a la mental y la emocional por la falta de comprensión de lo que le está sucediendo a la persona. Existe una falta de comprensión profunda de estas secuelas, también en el ámbito sanitario y social, lo que repercute en una situación de desatención de las necesidades y de falta de apoyos.

Las personas expertas están de acuerdo que es necesario desarrollar una conciencia acerca de la existencia de estas secuelas y de la necesidad de explorarlas para poder detectarlas, diagnosticarlas, tratarlas y mejorar la realidad de la persona. Para ello, es necesario mejorar la información y formación a todos los niveles asistenciales, desde atención primaria hasta el ámbito hospitalario y agudo, para que puedan identificar y disponer de una ruta de derivación segura y acompañada hacia los y las especialistas que correspondan.

Desarrollar estas campañas de sensibilización para la detección precoz, se afirma, serviría para mejorar la atención y minimizar las secuelas que se cronifican debido a la falta de atención y apoyos.

Otro punto que se destaca al respecto de esta necesidad de sensibilización es que esta es necesaria no solo en los niveles asistenciales sanitarios, sino que también sería beneficioso que la población general conociera las dificultades de identificación del DCA para que, si en algún caso se presenta esta realidad en sus núcleos familiares, tengan herramientas para identificar o saber dónde pedir apoyo y acompañamiento.

Para la viabilidad de la propuesta, algunas personas expertas afirman que estas pueden ser poco costosas y tener un gran impacto, por lo que consideran que debe ser viable poner en marcha una comunicación externa en este sentido. Para ello, se destaca que se deben reorganizar también las prioridades dentro del área sanitaria y que se precisa comunicar en la necesidad de cambiar el modelo de cultura institucional, actualmente más centrada en ser reactiva ante la urgencia cuando el fenómeno ha sucedido más que preventiva. Además, se destaca que es en las instancias de atención primaria donde este enfoque preventivo podría tener mejores resultados a la hora de evitar que los casos queden sin atención. A pesar de ello, algunos reconocen que el sistema sanitario está demasiado tensionado en algunos territorios, especialmente en atención primaria, por lo que el reto podría ser demasiado grande.

El impacto esperado es alto, destacando que se espera que el conocimiento de las secuelas “poco conocidas” por los y las profesionales que trabajan en la fase aguda y en atención primaria pueda llevar a un mayor diagnóstico. Especialmente se destaca que se espera un impacto significativo en la identificación de caso de DCA leves que han pasado desapercibidos, además de poder recuperar personas que ya han salido del sistema de atención sanitaria por estabilización de los síntomas, pero que todavía tengan secuelas por atender y diagnosticar. Por último, se espera que esta comunicación aumente la

identificación y pueda ser trasladada a una mejora en los estudios de prevalencia e incidencia.

Propuestas trabajadas en el Bloque 4 de coordinación entre servicios sanitarios y coordinación sociosanitaria

Por último, tenemos el bloque 4 de propuestas, en las que se desarrollan cuatro propuestas centradas especialmente en lo que refiere a la coordinación entre servicios, ya que ha sido uno de los elementos más destacados en cuanto a las dificultades de identificación del DCA.

Las propuestas trabajadas han sido:

- Mejorar la coordinación entre recursos que atienden personas con DCA para poder hacer un mejor seguimiento a lo largo del tiempo.
- Establecer algún mecanismo que permita/obligue a codificar los déficits neurológicos en altas hospitalarias, codificar las secuelas en informes de seguimientos hospitalarios y codificar los déficits/secuelas de informes clínicos de los procesos de rehabilitación en periodos subagudos y crónicos.
- Habilitar escalas de alcance sociosanitario.
- Todas las personas con DCA en planta hospitalaria han de ser valoradas por Trabajo social y realizar contacto con Trabajo Social Comunitario.

La primera propuesta, esto es, **“Mejorar la coordinación entre recursos que atienden personas con DCA para poder hacer un mejor seguimiento a lo largo del tiempo”**, esta busca optimizar la continuidad y calidad de la atención de las personas con Daño Cerebral Adquirido a través de una mejor interconexión entre los distintos servicios y niveles asistenciales mediante herramientas como la historia única social y sanitaria o la mejora de los sistemas de derivación.

Por lo general, esta ha sido considerada como una propuesta muy relevante, existiendo consenso en que estructurar la atención a las personas con DCA mediante la coordinación es el primer paso hacia la mejora de la atención. Ante la lectura de un sistema muy fragmentado que implica el goteo de personas entre los servicios, esto surge como imprescindible para el correcto seguimiento de la evolución clínica, además de mejorar los propios resultados de los tratamientos y terapias de neurorrehabilitación.

Se destaca que la coordinación entre especialistas ha de ser un proceso multiprofesional orientado a evitar duplicidades y contradicciones entre los servicios y sistemas,

situaciones que se dan en la actualidad. En este sentido, integrar la asistencia en un recorrido definido puede ayudar tanto a las personas como a las familias.

En la viabilidad, algunas personas expertas consideran que es fácil mejorar la situación actual de descoordinación debido a las pocas iniciativas en este sentido, pero que resulta complejo de llevar a cabo, especialmente en lo que se refiera al manejo de las patologías asociadas al DCA. Existe una gran dispersión de servicios sanitarios y sociosanitarios entre los diferentes territorios que puede dificultar la consecución de una estructura fija de coordinación, por lo que la flexibilidad y la adaptabilidad a los diferentes sistemas de salud debe ser una base fundamental en la coordinación.

Se destaca como gran limitante la falta de un mapeo de recursos disponibles para el DCA en todas las instancias asistenciales que permita dimensionar las necesidades reales de coordinación, lo que requeriría de un trabajo previo de dimensionar los recursos disponibles antes de coordinarlos.

Al respecto del impacto, se afirma que este no tendría un impacto directo en la detección, pero sí en el manejo, seguimiento y tratamiento del DCA, mejorando la calidad de vida y los apoyos a nivel sociosanitario para las personas, así como mejorando la eficacia y eficiencia en los servicios.

Al respecto de la propuesta de **“establecer algún mecanismo que permita/obligue a codificar los déficits neurológicos en altas hospitalarias, codificar las secuelas en informes de seguimientos hospitalarios y codificar los déficits/secuelas de informes clínicos de los procesos de rehabilitación en periodos subagudos y crónicos”**, también va dirigida a la consecución de un registro más completo y continuado del DCA.

Sin embargo, algunas de las personas expertas destacan que esto debería de estar haciéndose en la actualidad (ya que, además, les es útil a los gestores hospitalarios pues aumenta la complejidad de los casos) pero que, sin embargo, puede no estar haciéndose de manera sistemática. Si se registraran los déficits y secuelas en todos los procesos hospitalarios y extrahospitalarios, así como en las revisiones de la fase subaguda y crónica, se podría mejorar la detección y el seguimiento de los casos.

En cuanto a la viabilidad, se destaca que la obligatoriedad del registro sin explicación de la necesidad a los y las profesionales puede llegar a ser contraproducente y generar un rechazo en el sistema sanitario, especialmente debido a la saturación de trabajo y el déficit de algunos profesionales especialistas. En lugar de abogar por un sistema de obligación, se antepone la necesidad de estimular el registro, de la mano de la idea de cambio cultural. En este cambio cultural, además de los profesionales que atienden a la persona con DCA, también hay que realizar un trabajo de incidencia sobre los

codificadores, últimos encargados en el proceso de codificación y quienes ponen los códigos diagnósticos en el informe de alta hospitalaria.

A pesar de este debate sobre obligación o estímulo, de nuevo parece que la posibilitación de estos mecanismos depende fuertemente de las administraciones públicas correspondientes. Sin embargo, se considera que es factible dado que los informes de alta hospitalaria ya incorporan códigos y solo sería necesario ampliar la codificación para incluir las secuelas.

En cuanto al impacto esperado, se propone una mejora en el acceso a la atención sanitaria, mejora en los estudios de prevalencia e incidencia, mejora en el seguimiento y en la calidad de vida de las personas y su familia.

Pasando a la tercera propuesta de **“habilitar escalas de alcance sociosanitario”**, surge de la necesidad de la construcción y aplicación de escalas para la detección del DCA que superen las limitaciones del ámbito sanitario (especialmente el hospitalario) y alcance a la mejora de la detección también en el ámbito sociosanitario.

Esta propuesta, si bien se considera importante, no ha recibido la suficiente atención por parte de los y las expertas, por lo que no sería una propuesta prioritaria. En el análisis de la viabilidad, los expertos señalan barreras idénticas a las del ámbito hospitalario, como puede ser la falta de profesionales, tiempo o económica, afirmando estar desbordados.

Por último, al respecto de la última propuesta de que **“todas las personas con DCA en planta hospitalaria han de ser valoradas por Trabajo social y realizar contacto con Trabajo Social Comunitario”**, esta se considera muy pertinente debido a la necesidad de que el abordaje ha de ser multidisciplinar e integrado desde el inicio de la atención en la fase aguda. En este sentido, una vez detectado el caso de DCA, el ámbito social y el sociosanitario debería de estar presente para abordar las nuevas necesidades que aparecen.

Así, se reclama que trabajo social hospitalario debería de valorar y asesorar a todas las personas con DCA, especialmente en cuanto a sus necesidades sociales y a qué respuestas pueden encontrar en servicios públicos, privados y comunitarios. A pesar de este reclamo, también se señala que es inviable que suceda por la falta de medios, por lo que se aboga por la creación de unos criterios de inclusión/exclusión que sean claros y no deje a ninguna persona sin ser atendida si tiene necesidades en este sentido.

En cuanto a la viabilidad, las miradas están polarizadas. Mientras que algunas personas afirman que no hay recursos, otras plantean que se podría garantizar la valoración por parte de trabajo social hospitalario y el comunitario mediante el establecimiento de directrices y protocolos entre los servicios correspondientes.

El abordaje social o sociosanitario garantiza la incorporación de la persona con DCA a la sociedad en las mejores circunstancias que sus secuelas permitan, por ello, el impacto esperado de esta propuesta es que la calidad de vida de las personas con DCA mejoraría significativamente, especialmente para familias vulnerables con menor nivel socioeconómico y falta de acceso a recursos sociales y comunitarios.

Listado de códigos y subcódigos de enfermedad y secuela que pueden indicar la presencia de Daño Cerebral Adquirido

La mayor barrera a la consecución de una mayor detección del DCA que acerque las estimaciones de incidencia y prevalencia a la real es la inexistencia de un código diagnóstico que refiera a condición neurológica en la CIE10.

Esta ausencia, sin embargo, no es posible superarla en un horizonte de corto y medio plazo debido a las dificultades que existen en la incidencia para realizar cambios dentro del sistema privado de clasificación internacional de enfermedades que es la CIE, por lo que aquí se ha tratado de encontrar soluciones y herramientas de instauración a corto plazo con alta viabilidad para solventar los problemas en la detección de las personas con DCA, así como para facilitar la comunicación de las necesidades de apoyo a las personas y familias.

Cabe apuntar que la práctica totalidad de los códigos que se recogen en este bloque han de estar correlacionados con la codificación de diferentes etiologías sobre las que existe consenso en que producen DCA. Los diferentes códigos, por tanto, han de estar relacionadas con el Accidente Cerebrovascular (en la CIE, categorías del I60 al I63), los Traumatismos Intracraneales (en la CIE, categoría S06 con séptimo carácter de diagnóstico, valor A), Neoplasia Cerebral Primaria (en la CIE, categoría C71) y la Anoxia Cerebral (Código subcategoría de 4 dígitos: G93.1). Existen otras formas en las que se produce el DCA, como consecuencia de algunos tumores o por enfermedades infecciosas, sin embargo, no se han recogido en el proceso de análisis códigos al respecto de estas etiologías, aunque se recogen algunos de los subcódigos de secuela.

Señalar que este documento cuenta, en el Anexo 1, de un listado completo de los códigos de las patologías causantes y de las secuelas del DCA que amplía la información que se recoge en este bloque.

En la primera table encontramos una serie de categorías diagnósticas referidas a la parte motora y de consciencia que tienen un grado alto de visibilidad y que, normalmente, quedan recogidas en la historia médica del paciente y en el informe de alta sanitaria. En este bloque, encontramos una serie de códigos que se pueden vincular directamente a la presencia de un DCA si va relacionado con las etiologías previamente expuestas.

CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS	
G81	Hemiplejía y hemiparesia
G82	Paraplejía (paraparesia) y tetraplejía (tetraparesia)
G83	Otros síndromes paráliticos
R13	Afasia y disfagia
R26	Alteraciones de la marcha y de la movilidad
R27	Otras alteraciones de la coordinación motora
R40	Somnolencia, estupor y coma

En la segunda tabla, encontramos una serie de códigos que refieren a subcategorías de los códigos R41 (Otros síntomas y signos que involucran la función cognoscitiva y la conciencia), R47 (Alteraciones del habla, no clasificadas en otra parte) y G93 (Otros trastornos del encéfalo). Al igual que en la anterior, estos códigos en relación con las etiologías que generan DCA indican la presencia de un DCA en el paciente.

SUBCATEGORÍAS DE 4 DÍGITOS:	
R41.0	Desorientación, no especificada
R41.1	Amnesia anterógrada
R41.2	Amnesia retrógrada
R41.3	Otra amnesia
R41.4	Síndrome neurológico de inatención
R47.0	Disfasia y afasia
R47.1	Disartria y anartria
R47.8	Otros trastornos del habla
R47.9	Trastornos del habla no especificados
G93.1	Lesión cerebral anóxica, no clasificada bajo otro concepto
SUBCATEGORÍAS DE 5 DÍGITOS:	
R41.84	Otros déficits cognitivos especificados
R41.89	Otros síntomas y signos que afectan a las funciones cognitivas y la conciencia

Por último, también se han recogido los códigos I69 (secuelas de enfermedades cerebrovasculares) y G09 (Secuelas de enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central) que han de ser tenidas en cuenta en pacientes que entran a los sistemas sanitarios con etiologías causantes de DCA y que ya tengan registrado, derivado de un suceso etiológico previo, estos códigos, pues pueden venir a indicar que hay presencia de un DCA en el paciente.

CÓDIGOS PARA SECUELAS YA INSTAURADAS, SIN SABER CUÁNTO TIEMPO LLEVAN ASÍ:	
I69	Secuelas de enfermedad cerebrovascular
G09	Secuelas de enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central

En consecuencia, todos los códigos y subcategorías aquí recogidas, además de las condensadas en el Anexo 1, producen una señal de alerta al respecto de que la persona

tiene un DCA si está en consonancia con las etiologías referentes al Accidente Cerebrovascular, los Traumatismos Intracraneales, la Neoplasia Cerebral Primaria y la Anoxia Cerebral.

Atendiendo a la alta improbabilidad de que la CIE10 (o la CIE11 y otras adaptaciones) integren un código que refiera directamente al DCA, todo este conjunto de códigos debería de incorporarse dentro de los sistemas sanitarios para la identificación del DCA. En el consenso entre los y las expertas se ha propuesto la inclusión de una etiqueta diagnóstica dentro de los sistemas informáticos de los hospitales que, ante la codificación de estos códigos, alerte de la presencia de un posible DCA. Este permitiría la activación de protocolos de atención, devolución de información y establecimiento de itinerarios sociosanitarios donde la información producida al alta tenga una sensibilidad especial al respecto de los sistemas de valoración que, presumiblemente, vendrán.

Los momentos de identificación del DCA a lo largo del recorrido de atención sanitario y sociosanitario

Una de las dimensiones que se han ido viendo al respecto de la infradetección del DCA es la dificultad de encontrar los momentos en los que se ha de realizar una evaluación y una codificación de la realidad que le sucede a la persona después del momento etiológico en los recorridos sanitarios y sociosanitarios.

Con el objetivo de evidenciar la importancia de la evaluación y codificación en diferentes momentos del recorrido asistencial se ha dimensionado la atención en función de diferentes servicios y ámbitos donde, a partir de la reflexión agregada y colectiva, se ha llegado a consensos al respecto de cada momento.

Esta información puede, además, ayudar a nutrir una de las debilidades detectadas, que es la falta de un protocolo de detección integrado que se encargue, por cada etapa del DCA (fase aguda, subaguda y crónica), de identificar qué está sucediendo, qué profesionales han de intervenir y de qué escalas hay que hacer uso para la correcta identificación del DCA. Dentro de este protocolo existirían, por tanto, momentos específicos en los que han de sucederse evaluaciones y codificaciones. Además, en este protocolo de atención, tendría que ser incluido el movimiento asociativo del DCA, en tanto en cuanto proveedores de una red de apoyos y servicios entre iguales que vela por el cumplimiento de los recorridos asistenciales y de la identificación de secuelas del DCA.

Fase 1: entrada y estancia hospitalaria

Durante esta primera fase, se han identificado cinco momentos en los que se puede codificar a la persona o sobre los que se puede hacer una reevaluación del diagnóstico para reflejar en el informe del paciente las etiologías y las secuelas que este tenga.

Por un lado, tenemos el momento de entrada al sistema sanitario a partir de la urgencia hospitalaria, en la que frecuentemente se recoge la etiología de entrada al hospital. Por otro, encontramos la estancia en la UCI o la Unidad de Ictus en la que se identifican dos momentos, la entrada a esta y la salida. Por último, se ha identificado la estancia en la Unidad de Neurología y Neurocirugía con dos momentos de codificación iguales a la de la UCI.

Entrada al sistema sanitario por evento agudo - urgencias

Este es, generalmente, el primer contacto de la persona con los servicios sanitarios después del suceso etiológico que pueda dar lugar a la aparición de un DCA. En este momento, la persona llega al servicio de urgencias y aquí los y las profesionales han de actuar con celeridad en la identificación de la etiología y en contener las posibles complicaciones y el riesgo vital. Este servicio de urgencias, según afirman los y las expertas, no está pensado como un servicio orientado a la identificación más allá de la etiología, por lo que ha habido opiniones contrapuestas al respecto de la pertinencia de la identificación y codificación de las secuelas.

En este sentido, la pertinencia en la codificación en este momento no encuentra un consenso claro. Se destaca que podría ser pertinente hacer una evaluación mayor que la de la identificación de la etiología pues ayudaría a ver la incidencia de las causas del DCA y que, aunque la situación sea leve, sería positivo registrarla. Sin embargo, otros y otras expertas han señalado que no es necesario codificar o evaluar más allá de las afecciones que sean muy evidentes en este momento porque, si la persona pasa a ingresar en planta hospitalaria, accederá a otro servicio más especializado dentro del hospital donde, ahora sí, se llevarán a cabo diferentes pruebas diagnósticas.

A rasgos generales, pues, se destaca que el diagnóstico en este momento es provisional y puede cambiar a lo largo del tiempo si la persona entra en el ámbito hospitalario, por lo que no sería tan necesaria la identificación, y menos aún la codificación. Por lo tanto, lo que sería importante, al menos, es identificar los principales grupos etiológicos que han producido la entrada a las urgencias hospitalarias (TCE, Ictus, Tumor, Proceso infeccioso, Inmunitario) y la contención de estas etiologías.

Al respecto de los y las profesionales que tienen que tomar parte en esta primera fase de entrada mediante la urgencia, los y las expertas afirman que son los y las médicos de

urgencias las que deben evaluar a las personas. Otros perfiles que han sido señalados, en menor frecuencia, son los y las profesionales de transporte sanitario urgente, neurólogos, especialistas de disciplinas en las que se detecten algunos impactos según la etiología y enfermería de urgencias. Como se puede ver, se destaca que es recomendable que todas las personas de servicio de urgencia que ha atendido a la persona registren sus valoraciones al respecto del suceso etiológico, destacando la pertinencia de un buen registro para ser trasladado a otros servicios sanitarios posteriores.

En cuanto a las escalas que se precisan utilizar en la urgencia hospitalaria si se quiere evaluar algunos de los impactos del suceso etiológico deberían ser: GCS (Glasgow Coma Scale) y la NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale). Además, se han destacado otras escalas que pueden ser complementarias y arrojar un mayor nivel de luz sobre la situación urgente de la persona, como FOUR Score, RASS (Richmon Agitation- Sedation Scale), mRS, SIS, EVA dolor y la exploración neurológica.

Por lo tanto, cuando la persona ha sido atendida por el sistema de urgencia y ya ha sido trasladada a otro servicio hospitalario, debería haberse generado una información lo suficientemente profunda y detallada para que el resto de los servicios entienda qué situación enfrenta la persona.

Esta información debería estar compuesta, idealmente, por la etiología, anamnesis, una evaluación neurológica para la identificación de déficits neurológicos y la situación de conciencia. Además, sería conveniente recoger el estado general de la persona, sus constantes, su nivel de orientación y consciencia, evaluación cardiorrespiratoria y los antecedentes personales y sociosanitarios.

Por último, cabe destacar que existen personas con etiologías compatibles con el DCA que no entran en los sistemas hospitalarios por que el suceso ha sido leve. En este sentido, el sistema de urgencia puede informar a la persona y sus familiares de recursos a los que acudir si tiene algunas sintomatologías compatibles con un DCA y derivar, por ejemplo, a atención primaria. Se destaca que también puede ser una opción informar a su médico de atención primaria de la situación acaecida, profundizando en la coordinación sociosanitaria. Por último, sería recomendable dar a conocer a la persona que tiene un suceso leve de la existencia de las entidades asociativas del Daño Cerebral Adquirido, con el objetivo de disponer de una red territorializada que pueda dar una primera respuesta o alerta en el caso de que existan secuelas.

Limitaciones a la correcta recogida de los datos y codificación

La sobrecarga asistencial y la saturación de los servicios de urgencia es el principal factor limitante a la buena práctica de la evaluación y registro de las etiologías y las secuelas, pues dificulta la disponibilidad de tiempo y de profesionales para la atención adecuada orientada a un buen registro etiológico.

Se destaca que no se identifica toda la información idealmente relevante, o que se simplifica el diagnóstico tan solo registrando la etiología, hallazgos de neuroimagen o los déficits más visibles, omitiendo aspectos cognitivos, emocionales o funcionales.

Además de la sobrecarga de los servicios de urgencia, otro de los elementos limitantes es la posible falta de sensibilización de los profesionales en materia de DCA, que puede repercutir en que no se registre toda la información relacionada con el evento que produce la entrada en urgencias, perdiendo información relevante en diferentes fases hospitalarias.

Por último, cabe reflejar también que los y las personas o los familiares pueden tener dificultades en identificar posibles síntomas relevantes, que no se trasladan a los profesionales o quedan durante mucho tiempo sin atender. Además, otros problemas son que algunos síntomas se identifican como sintomatología psiquiátrica y demora el proceso diagnóstico y que también hay mucho desconocimiento sobre a quién acudir y cuándo. Por lo tanto, un limitante relevante a tener siempre en cuenta es que la falta de conocimiento, no solo en los profesionales, sino también en la población general, puede limitar la identificación del DCA.

Propuestas y recomendaciones en la evaluación y registro del DCA

En cuanto a las propuestas y las recomendaciones, se aboga desde los y las profesionales por la explicación de síntomas, explicación de cómo manejarlos, conocer cuánto tiempo es normal padecerlos y qué síntomas deben hacer consultar para ser valorados de manera más exhaustiva. En este sentido, se destaca que la transmisión de información profesional e informada al respecto de los siguientes pasos del proceso asistencial en función de la etiología y de la sintomatología podría mejorar la manera en la que las personas y las familias podrían identificar que la persona tiene un DCA.

En caso de que el suceso etiológico se categorice como leve y no implique ingreso hospitalario, se recomienda que el proceso asistencial no se limite a la mera identificación posterior y que, idealmente se puede proponer una revisión por parte de neurología en 3-6 meses para la exploración neurológica y una valoración neuropsicológica para identificar afectación cognitivo-conductual. Este itinerario permitiría, en función de los hallazgos, derivar al Servicio de Rehabilitación para ampliar la evaluación funcional y, si

procediera, iniciar un programa de neurorrehabilitación o derivar a Trabajo Social para el análisis de necesidades de soporte social. Sin embargo, ante esto se señalan graves limitaciones como la imposibilidad de hacer esta atención con todos los casos leves por sobrecarga de los servicios y por la infradotación hospitalaria del servicio de psicología especializada en neuropsicología.

Más allá del ámbito hospitalario, se recoge la pertinencia de hacer un seguimiento con los especialistas de atención primaria, una valoración sociosanitaria y recomendaciones al alta, todo ello en caso de que la persona identifique síntomas posteriores al alta, ya que cuando sale de urgencias sin ingreso hospitalario se entiende que la persona, en principio, no tiene secuelas.

UCI / Unidad de ictus

Cuando la persona tiene identificado el suceso etiológico en la urgencia hospitalaria, esta pasa a la Unidad de Cuidados Intensivos o la Unidad de Ictus para el abordaje de las necesidades del momento agudo de la enfermedad, donde la vida corre peligro, hasta la estabilización del paciente.

Momento de entrada a la unidad y valoración inicial

Al respecto de la evaluación de los impactos del suceso etiológico en la persona, esta debe empezar desde el primer momento que entra al servicio de la fase aguda, con el fin de identificar cuáles son las áreas afectadas y cuáles van a ser las necesidades de atención y de rehabilitación. Sin embargo, la codificación no ha de empezar en este momento, pues se está estudiando a la persona y todavía no se sabe con certeza cuáles van a ser los códigos de las secuelas existentes, más allá de los más evidentes. En este sentido, los y las personas expertas destacan la calma a la hora de codificar, que se dará mejor en el momento de alta del servicio, y centrarse en la exploración de las secuelas.

En cuanto a los y las profesionales que han de intervenir en la evaluación de las personas, destacan los y las profesionales de neurología y neurocirujía, rehabilitación, enfermería, los profesionales de la unidad de ictus y médicos intensivistas.

Las escalas recomendadas a usar en esta fase son GOS, NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale), exploración neurológica, Barthel, GCS, CRS-R y EVA dolor.

En esta valoración inicial, se debería comprender la situación clínica del paciente, el plan terapéutico y el plan de seguimiento, donde debe reflejarse la causa del DCA y la afectación del parénquima cerebral (pruebas de imagen), además de todos los déficits observados. En este sentido, es importante recoger la monitorización de la sintomatología neurológica y cardiovascular (Unidad ictus) y del resto de sistemas (UCI), la identificación etiológica y clínica del DCA que permita la adecuada toma de decisiones terapéuticas y la identificación precoz de posibles complicaciones neurológicas.

Momento de alta de la unidad

A diferencia del momento de la valoración inicial en la UCI o en la Unidad de Ictus, aquí existe coincidencia entre los y las expertas en que la codificación del DCA y de las secuelas es muy pertinente, con independencia de que la persona pase a otra unidad de hospitalización previa al alta hospitalaria en la que se volverá a evaluar y codificar las secuelas. En este momento es importante codificar para reflejar todos los síndromes neurológicos existentes y tener ya identificadas las secuelas iniciales.

Los profesionales que han de evaluar son los y las profesionales de neurología y rehabilitación, enfermería, los profesionales de la unidad de ictus y colaboradores (trabajo social, psicología...), neurocirugía y el o la médico rehabilitador.

En cuanto a las escalas, se destacan a emplear la GOS, NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale), FIM o WEEFIM (en niños), mRS (Modified Rankin Scale), específicas de valoración cognitiva, MAS, GMFS (en niños), GCS, exploración neurológica, Montreal Cognitive Assessment (MoCA), DCS, CRS-R, EVA dolor, índice Barthel (versión breve), función motora y tono Motricity Index, Ashworth Modificada.

Por último, en la salida de la persona de estas unidades, debería de haber sido registrada la información siguiente para facilitar una buena continuidad asistencial en la que el siguiente servicio tenga en cuenta todas las exploraciones realizadas: Anamnesis y exploración, pruebas realizadas y su resultados, evolución, diagnósticos médicos y de enfermería, problemas detectados en la valoración social, déficits detectados, grado de DCA mediante la escala DCS y nivel de Complejidad del caso (marcaría la necesidad de coordinación e integración sociosanitaria-comunitaria de los recursos que precisa la persona).

Toda esta información debería estar dirigida a iniciar y nutrir el contacto/valoración/tratamiento con los Servicios de Rehabilitación Hospitalarios. En este momento también sería recomendable comunicar a la persona y/o la familia la situación a nivel de daño cerebral y la existencia de las redes asociativas del DCA en el territorio.

Unidad de neurología / neurocirugía

Las Unidades de Neurología y Neurocirugía son unos servicios transversales que pueden recibir pacientes desde diferentes unidades hospitalarias como la UCI y la Unidad de Ictus para el diagnóstico y para el tratamiento de diversas etiologías, especialmente aquellas relacionadas con el DCA.

Momento de entrada a la unidad y valoración inicial

Al igual que sucede en la UCI o en la Unidad de Ictus, no se valora pertinente realizar una codificación en el momento de entrada a la Unidad de Neurología o Neurocirugía debido a que los equipos médicos han recibido la información de los otros sistemas sanitarios por los que ha atravesado la persona y se disponen a evaluar las secuelas y los impactos del suceso etiológico.

Los profesionales que han de evaluar son los y las neurólogas, rehabilitadoras, facultativos referentes, neurocirujanas, enfermería, trabajo social y psicología.

Las escalas que utilizar son la NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale), GCS, exploración neurológica, Montreal Cognitive Assessment (MoCA), DCS, CRS-R, EVA dolor, índice Barthel (versión breve), función motora y tono Motricity Index, Ashworth Modificada.

La información relevante para recoger en este momento de entrada a la unidad es la situación diagnóstica y el plan terapéutico derivado (para entender los posibles tratamientos que van a seguir), la situación clínica, la situación funcional, la situación cognitiva y la situación social.

Momento de alta de la unidad

En el momento al alta encontramos las mismas reflexiones que en el momento al alta de la UCI o de la Unidad de Ictus, donde la codificación de todas las evaluaciones realizadas durante el ingreso en la Unidad de Ictus han de quedar recogidas en el informe de alta, por lo que la codificación es relevante al alta, pero no al ingreso en la unidad.

Los y las profesionales que han de intervenir en la evaluación para que los codificadores codifiquen correctamente las secuelas son los neurólogos/as o Neurocirujanos/as, médicos rehabilitadores, enfermería, trabajo social y psicología. Todos ellos deberían hacer un informe sobre la valoración y evolución del paciente y recomendaciones, para que se refleje en el informe de alta toda esta información según la perspectiva de cada perfil profesional.

Las escalas que se han de pasar son sencillas de screening cognitivo para valorar afectación a nivel funcional y cognitiva (FIM MoCA); GCS o NIHSS, exploración neurológica, Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Modified Rankin Scale (mRS), DCS, Índice de Evaluación de la Complejidad del Caso (IECC), CRS-R, EVA dolor, índice Barthel completo, Función motora y tono Motricity Index, Ashworth Modificada, Escala Rankin Modificada, FIM. También se apunta que, en los tumores del sistema nervioso

central pediátricos, al alta es recomendable pasar la escala SARA (Scale for the Assessment and Rating of Ataxia).

Con todo ello, el alta de la Unidad de Neurología debería reflejar todas estas situaciones aportando (además del enfoque sanitario) un enfoque orientado a las necesidades de las personas con DCA y sus familias: la situación diagnóstica y el plan terapéutico derivado, la situación clínica, la situación funcional, la situación cognitiva, la situación social, la intensidad del DCA y el grado de complejidad clínico-social-comunitaria.

A nivel más matizado, se debe recoger la etiología del DCA, las complicaciones neurológicas secundarias, los déficits neurológicos al alta (Incluyendo déficits cognitivos groseros, si se identifican o sospechan), situación funcional al alta (básica) y revisiones médicas especializadas (NRL, NRCx, RHB...).

Información complementaria al informe de alta hospitalaria que puede beneficiar a las personas y sus familias en el itinerario asistencial sociosanitario

Una de las limitaciones a la hora de acceder a algunos sistemas de neurorrehabilitación, tanto hospitalaria como de centros públicos deviene de la falta de una información detallada en diferentes ámbitos de afectación de la persona que, si bien quedan registrados al alta, se necesita hacer un ejercicio de deducción para comprender cuáles van a ser las necesidades de apoyo en neurorrehabilitación.

Con el objetivo de superar esta barrera, los y las expertas destacan que, al alta hospitalaria, se deberían de recoger las siguientes dimensiones:

- Medidas de rehabilitación y fisioterapia.
- Secuelas objetivadas no codificables.
- Valoración sociosanitaria realizada y seguimiento propuesto (Atención Primaria, hospitalaria, etcétera).
- Nivel de autonomía personal (si precisa productos de soporte como silla de ruedas, ortesis, caminadores, etc.)
- Derivación/ Continuación asistencial en los Servicios de Rehabilitación ambulatoria.
- Situación laboral o escolar (necesidad de adaptación curricular)
- Capacidad de comunicación (dentro de la valoración cognitiva global)
- Situación social y económica (si dispone de un entorno adaptado a su déficit)
- Tratamiento farmacológico y no farmacológico. Tipo de medicación que necesita y dosificación (quién será su médico y centro de referencia para el manejo de secuelas)

con las citas pertinentes y las revisiones con los diferentes especialistas y las pruebas de control programadas).

- Adaptaciones domiciliarias o productos de apoyos iniciales.
- La necesidad de ayuda o supervisión de terceras personas.
- Información de las limitaciones legales que implican su DCA (Legislación de la DGT sobre la conducción, por ejemplo).
- Información sobre las entidades del movimiento asociativo del Daño Cerebral.

A su vez, afirman que esta alta también debe de ser un espacio en el que dar recomendaciones la persona con DCA y sus familiares o planes de rehabilitación para abordar las dificultades detectadas, incluyendo aspectos conductuales, emocionales y cognitivos que son los que suelen quedar menos cubiertos.

Por último, hay que señalar que se destaca que debería haber un apartado referido específicamente a las necesidades de la persona en relación al proceso que originó el DCA y sus consecuencias. Estas necesidades deberían ser validadas por la persona e incluso categorizadas por priorización de esta. Cada una de estas necesidades debería tener su objetivo y recomendación terapéutica (esto sería equivalente a un Plan de Atención Personalizado centrado en el paciente).

Limitaciones a la correcta recogida de los datos y codificación

Tanto en la UCI, la Unidad de Ictus como en la Unidad de Neurología o Neurocirugía se encuentran limitaciones y barreras a la correcta recogida y codificación de los datos de tipo hospitalario, referidos a la etiología y las secuelas del DCA, así como a cuestiones relacionadas con la continuidad asistencia. Entre ellas, los expertos y expertas han destacado:

- Falta de desglose y profundización del diagnóstico principal.
- Falta de utilización de códigos comunes según las etiologías.
- El DCA como entidad no se recoge en los sistemas de información sanitaria, por lo que se tiene que usar métodos indirectos para identificar a las personas con DCA.
- No siempre se registran las complicaciones secundarias del DCA, ni se suelen registrar al alta los déficits neurológicos, cognitivos y situación funcional.
- No se realizan adecuadas recomendaciones e indicaciones al alta al paciente para su continuidad asistencial y hay una falta de interoperabilidad entre sistemas sanitarios, hospitalarios y sociosanitarios
- Las herramientas de historia clínica son difíciles de utilizar y desincentivan el registro.

- Existen pocos recursos humanos para valorar a los pacientes de manera integral en la fase inicial y limitados recursos también para derivar a los pacientes o plantear seguimiento tras la identificación de déficits.

Propuestas y recomendaciones en la evaluación y registro del DCA

Las recomendaciones que se han en dirección a la mejora de los documentos de alta hospitalaria son:

- Remarcar el diagnóstico en el informe: Se señala como importante que se apunte directamente DCA o un diagnóstico asociado a esta entidad.
- Explicitar en qué consisten sus dificultades de cara a que se comprenda tanto por parte del paciente como de su entorno más cercano y también por otras instituciones.
- Recoger un listado de déficits neurológicos en el informe de alta, recoger si se identifica o sospecha de déficit cognitivo para reevaluar y explorar en revisiones posteriores y dejar explicitado el circuito asistencial tras el alta.
- Recomendar seguimiento por el especialista de Atención Primaria e integrar un seguimiento multidisciplinar y sociosanitario. Además, en el ámbito hospitalario, se destaca que una buena coordinación con el equipo multidisciplinar permitiría definir y concretar todas las siguientes visitas.
- Es necesario que los pacientes, además de ser evaluados en relación con el proceso de enfermedad y sus consecuencias, se evalúe también si existe una situación de complejidad clínico-social-comunitaria que requiera poner en marcha una coordinación sociosanitaria dirigida a gestionar los recursos que necesita el paciente y que han de proveerse de manera concurrente y desde varios sectores asistenciales

Fase 2: neurorrehabilitación

En esta segunda fase, la persona ya ha salido de la fase aguda y ha podido ser derivada hacia los servicios de neurorrehabilitación, tanto hospitalarios como ambulatorios. En este momento, identificamos dos momentos de evaluación y codificación de la persona, que son a la entrada de los servicios de neurorrehabilitación y a la salida de estos. Al igual que en la fase 1, es necesario identificar la importancia y pertinencia de realizar estas codificaciones orientadas a la identificación del DCA.

Unidad de neurorrehabilitación

Momento de entrada a la unidad y valoración inicial

Al igual que en los otros casos, se destaca que no es pertinente codificar en el momento de ingreso a la unidad de neurorrehabilitación, pues es más conveniente realizar una exploración de lo que le sucede a la persona de la mano de los informes producidos durante la fase aguda. Además, también carece de sentido llevar a cabo una codificación en este momento pues el objetivo de la neurorrehabilitación es el de producir mejoras y recuperación en las personas con discapacidad y limitaciones funcionales, cognitivas, etcétera. En este sentido y siguiendo la misma dinámica que con las otras unidades, este momento se ha centrado en evaluar y no tanto codificar.

Se destaca que es importante, en esta entrada a neurorrehabilitación y con el objetivo de hacer un buen seguimiento, definir la situación de la que se asiste con todos los diagnósticos clínicos en el momento de inicio de la rehabilitación. La neurorrehabilitación es, posiblemente, el momento en el que más déficits se codifican y con mayor detalle se haga, ya que de ello depende la adecuada planificación de los tratamientos a recibir.

En cuanto a los y las profesionales que han de intervenir, destacan el médico rehabilitador, neuropsicólogo, trabajador Social, psiquiatra/psicólogo y todos los y las profesionales que integren el equipo de neurorrehabilitación. Según las secuelas se añadirían otros especialistas para tener su evaluación como: Neurocirujano, Neurólogo, Gastroenterólogo, Logopeda, Terapeuta Ocupacional, Endocrinólogo, Urólogo... En general, todos los profesionales que abordan sus necesidades de neurorrehabilitación son susceptibles para recoger la información de la persona.

Las escalas que han de utilizarse en la medición de la situación de la persona encontramos:

- CIF (para la clasificación de la función y de la discapacidad)
- Para medir la calidad de vida (SF-36 adultos, PedsQoL niños)
- Para medir la independencia en las AVD's (Barthel, FIM, WeeFim, PediCat en niños)
- Para medir desarrollo motor en niños HINE, Bayley, GMFS
- Para medir de daño cerebral: mRS,
- Para medir espasticidad: MAS
- Para medir fatiga: FSS o Facit-F
- Para medir función de EEES Fugl Meyer, AHA
- Para valoración de marcha y equilibrio: 10-Meter Walking Test (10MWT)
- 6-Minute Walking Test (6MWT), Berg Scale (Berg), SARA para evaluación de ataxia en los tumores de fosa posterior (los más prevalentes en edad pediátrica), Timed Up and Go (TUG)

Otros expertos y expertas añaden otros sistemas de evaluación como: Lawton y Brody, FAC, TUG, Cognición avanzada, WAIS-IV, conducta y funciones ejecutivas, estado emocional, Lenguaje Boston Naming, Apoyo social y familiar Zarit.

En este sentido, se señala que se han de llevar a cabo las evaluaciones propias de su protocolo de valoración estandarizada más las que se estimen oportunas según la situación y déficits de la persona, pero se afirma que escalas hay cientos y es muy complicado recomendar unas sobre otras, siendo más relevante la experiencia en el uso y comprensión por parte de los profesionales que la escala en sí misma.

La información que se ha de recoger en esta etapa, en esencia, es similar a la que encontramos a la etapa de valoración en otras unidades, siendo estas la situación diagnóstica y el plan terapéutico derivado, la situación clínica, la situación funcional, la situación cognitiva, la situación social, el tipo e intensidad de DCA y el grado de complejidad clínico-social-comunitaria.

Momento de alta de la unidad

Como en otros momentos al alta, en el caso de las unidades de neurorrehabilitación, la cuestión de la evaluación y la codificación de las secuelas derivadas del suceso etiológico cobran gran relevancia. Es aquí cuando la persona va a tener una valoración al alta completa en la que va a tener un listado de las secuelas que se van a mantener, tanto al corto como al largo plazo. Así, todos y todas las expertas han coincidido en que este momento de codificación es fundamental y un pilar base sobre el que va a depender la interlocución de la información tanto con la persona con DCA y su familia como con otros servicios, unidades y recursos, tanto sanitarios como sociales y sociosanitarios.

En cuanto a los y las profesionales que tienen que aportar su valoración para la codificación se encuentra el equipo de neurorrehabilitación (médico rehabilitador, neurólogo, psicólogo/neuropsicólogo, terapeutas), trabajo social y/o cualquier otro profesional que haya participado de la rehabilitación. Todos y todas ellas deberían hacer un informe sobre su valoración y evolución de la persona y recomendaciones, para que se refleje en el informe de alta toda esta información según la perspectiva de cada perfil profesional. El informe lo debe firmar un facultativo reflejando toda la información generada durante el proceso asistencial.

En cuanto a las escalas a recoger, se han de usar las mismas que se hayan pasado en la valoración inicial, con el objetivo de medir la evolución.

Por lo que respecta al informe de alta, este debería estar orientado a la continuidad asistencial y a la coordinación sociosanitaria. En ese sentido quizá no debería denominarse “Informe de Alta” sino “Informe de Transferencia asistencial”.

Debería reflejar todas estas situaciones aportando (además del enfoque sanitario) un enfoque orientado a las necesidades de las personas con DCA y sus familias:

- Estado inicial del paciente
- Codificación de la causa del DCA.
- Indicar si hay DCA (Tipo e intensidad): Escala DCS.
- Codificación de secuelas. Tratamientos realizados.
- Tratamientos al alta.
- Repercusión funcional de los déficits.
- Síndrome neurológico
- Situación cognitivo-conductual
- Medicación que precisa
- Comorbilidades
- Situación social-laboral-escolar
 - Impactos esperados en la vida diaria (esto no es determinar qué cosas o no puede hacer sino describir qué procesos están afectados, por ejemplo, el paciente tiene dificultades atencionales que no le permiten permanecer concentrado en una tarea un tiempo prolongado, en las sesiones a los 20 minutos de estar realizando una tarea con una carga cognitiva no muy elevada era evidente un deterioro significativo en su rendimiento)
 - Necesidad de ayudas técnicas, adaptaciones y productos de apoyos.
 - Justificación clínica y funcional de la necesidad de adaptaciones y/o productos de apoyos.
- Necesidad de continuidad de tratamiento de rehabilitación, si se ha derivado a otro centro, si se ha facilitado contacto con asociaciones, todas las revisiones previstas con los diferentes especialistas y todas las pruebas complementarias de revisión programadas.

Información complementaria al informe de alta hospitalaria que puede beneficiar a las personas y sus familias en el itinerario asistencial sociosanitario

Además de la información integrada en el informe de alta, se recomienda recoger la siguiente información para facilitar la comunicación con el entorno sociosanitario, así como para una mayor comprensión del DCA por parte de la persona y la familia:

- Recomendaciones dietéticas.

- Recomendaciones de actividad física, ejercicios aconsejables (domiciliarias, extradomiciliarias, comunitarias).
- Recomendación de participación comunitaria en actividades lúdicas y/o deportivas.
- Logopedia.
- Adaptaciones en domicilio y entorno.
- Prótesis, ortesis, ayudas mecánicas aconsejables.
- Información de las posibles limitaciones legales que implican sus secuelas y los circuitos oficiales para su gestión.
- Orientación y recomendación de los itinerarios asistenciales en servicios sociales a seguir en fase crónica en cada caso (Centros de Día, Centros residenciales, Centros Ocupacionales)
- Información de las entidades asociativas del Daño Cerebral Adquirido.

En cuanto al reconocimiento de la discapacidad, etapa previsible en función de las secuelas, se destaca la inclusión de un informe de discapacidad para la tramitación del grado de discapacidad que incluya toda la información aterrizada a las necesidades de interpretación del tribunal de la discapacidad. Este aterrizaje debería de ser, idealmente, una codificación en base a la CIF.

Toda esta información al alta ha de ser escrita de manera que la entiendan las personas con DCA y sus familiares para que estén precavidos ante los impactos que irán apareciendo en el día a día, así como para las instancias sociales que provean de apoyos y reconocimientos (discapacidad, dependencia, incapacidad laboral, etcétera). Se destaca también la necesidad de un Plan de Atención Personalizado donde cada paciente debería tener su documento de alta con un apartado referido específicamente a las necesidades de la persona en relación al proceso que origina el DCA y sus consecuencias. Estas necesidades deberían ser validadas por la persona e, incluso, categorizadas por priorización. Cada una de estas necesidades debería tener su objetivo y recomendación terapéutica.

Limitaciones a la correcta recogida de los datos y codificación

En cuanto a las limitaciones, se afirma que existe una falta de entrenamiento, cultura y conocimiento en la introducción de los diagnósticos para que sean entendidos por otras instancias sociales, como los tribunales de reconocimientos de la discapacidad, dependencia o incapacidad laboral. A pesar de que, según los y las expertas, se recoge toda la información de los déficits de manera pormenorizada y detallada, es posible que los servicios de neurorrehabilitación no conozcan cómo necesitan la información los

tribunales para el mejor entendimiento e interpretación de la información sanitaria para dimensionar el impacto en la vida diaria de la persona la aparición del DCA.

Se señala también que hay una falta de evaluaciones exhaustivas, marcada por el limitado acceso a recursos de neurorrehabilitación en muchas personas con sintomatología leve. Además, otro elemento que se destaca es la falta de actualización del estado de los pacientes, donde pueden no ser registrados algunos cambios o remisiones en déficits.

Por último, en cuanto a la continuidad asistencial, esta atención suele estar externalizada a centros concertados que utilizan sistemas de información propios, por lo que es muy difícil de codificar en los Sistemas de Información corporativos del sistema público/poblacional. Existe una falta de interlocución entre sistemas de información donde, además, en estos informes de los recursos de fuera del sistema público, a veces, no llegan a ser codificados o no se tienen en cuenta para reconocimientos posteriores de dependencia o discapacidad.

Propuestas y recomendaciones en la evaluación y registro del DCA

Para mejorar la identificación, registro y la interlocución entre sistemas, los y las expertas recomiendan:

- Consignar diagnóstico de DCA y de las secuelas y su grado mediante una escala validada de DCA correspondiente.
- Formación a los equipos de neurorrehabilitación para adecuar la información a las necesidades de reconocimiento de los pacientes y familias en tribunales de discapacidad, dependencia o laborales. A recoger en los informes de manera adaptada:
 - Déficits/secuelas bien detalladas (para una adecuada valoración de discapacidad)
 - Repercusiones funcionales de los déficits detallada:
 - En las repercusiones en su vida diaria (dependencia)
 - En las repercusiones en otras capacidades (laborales, conducción, ...)
- Establecimiento de un circuito de derivación y preparar, por ejemplo, sesiones semanales de casos con los sociosanitarios.
- Facilitar la comunicación con las asociaciones de pacientes y las asociaciones del DCA, mantener algún tipo de seguimiento desde Trabajo Social, vía telefónica o a

través del pdp con el paciente. Cuanto más organizado y definido esté el itinerario, más fácil será la derivación y coordinación.

- Idealmente los socios sanitarios deberían tener acceso a la Historia Clínica.

Fase 3: programas de atención sanitaria a largo plazo, atención primaria, servicios sociales y reconocimiento de la discapacidad y dependencia

En la fase crónica, la persona ha recuperado las máximas competencias posibles y existe un trabajo para el mantenimiento de lo recuperado y evitar la aparición o el agravamiento de las secuelas.

En el caso de las personas gravemente afectadas, estas pueden continuar en programas de atención sanitaria a largo plazo, en la que, de nuevo e idealmente, se ha de velar por el reconocimiento y evaluación de las secuelas.

Programa de atención sanitaria a largo plazo

Se afirma que, en el momento de entrada al programa de atención sanitaria al largo plazo, existe consenso en que es relevante volver a evaluar a la persona para atender a las necesidades de apoyo que esta pueda tener derivadas de sus secuelas. Esta nueva evaluación permite diseñar una planificación de la atención más personalizada y porque permite justificar el mantenimiento de dichos recursos asistenciales a largo plazo.

Los profesionales que han de intervenir en esta nueva evaluación son los médicos de atención primaria, enfermería de atención primaria, trabajo social sanitario, trabajadores sociales del ámbito municipal y cualquier otro profesional dependiente de la atención a las necesidades de la persona. A nivel hospitalario también deberían estar los profesionales de la especialidad de neurología y neurocirugía (neurología, neurocirugía, neurorrehabilitación, psiquiatría, etcétera). En el caso de que la persona haya sido derivada y puesta en conocimiento con una asociación de DCA también deberá ser evaluada por los profesionales de la misma (terapeutas, neuropsicología, trabajo social, rehabilitador).

En cuanto a las escalas a utilizar en la fase crónica, aunque se realice seguimiento de secuelas, siempre es importante seguir evaluando la calidad de vida, el nivel de fatiga, la situación emocional, el nivel de autonomía personal y espasticidad para ajustar su manejo. Dependiendo de la etiología del Daño Cerebral, también habrá que estar atento a posibles empeoramientos del síndrome neurológico.

Algunas escalas que se apuntan son: Barthel, Lawton-Brody, Escalas de calidad de vida, de apoyo social y familiar, Cognitivas (MMSE, MOCA o más avanzadas) y las escalas necesarias de fase subaguda que ayuden a valorar la evolución funcional de las secuelas.

Esta fase (fase crónica) es también una fase activa en la que, si se trabaja adecuadamente y existe predisposición por parte de la persona y la familia, se van consiguiendo hitos en funcionalidad durante años.

Es conveniente, en este sentido, una revisión periódica para revisar que al menos la persona no empeora y también para refrendar los logros en funcionamiento en autonomía y capacidades sociales. Aunque se afirma que es difícil definir la periodicidad, se propone generalmente de manera anual, contando con la posibilidad de adelantar la revisión ante incidencias.

En este sentido, se puede afirmar que:

- Si el paciente es estable, la revisión ha de ser anualmente hasta cumplir 5 años del inicio.
- Si el paciente es inestable o se esperan cambios en las secuelas ha de haber una reevaluación cada 3-6 meses.
- Atender siempre a las necesidades del paciente.

Atención primaria

Al mismo tiempo, durante esta fase, las instancias sanitarias han de tener conexión y seguimiento con las instancias sociosanitarias y los servicios sociales. A pesar de ello, la capacidad de coordinación sociosanitaria y la inexistencia de una única historia social y sanitaria que recoja toda la información de la persona dificulta este seguimiento. Teniendo en cuenta esta realidad, la persona con DCA o con una codificación que pueda referir en un DCA que acude al ámbito de la atención primaria debería tener una valoración por parte del médico de atención primaria que pudiera explorar y profundizar en los diagnósticos existentes. Esta valoración permitiría ajustar tratamientos, activar recordatorios de escalas, acciones, etcétera.

En atención primaria intervendrían en la valoración el médico de atención primaria, enfermería de atención primaria, trabajo social sanitario, trabajador social municipal, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional.

El médico de primaria debería tener acceso a toda la información de la Historia Clínica del especialista y dar el soporte a todas las comorbilidades de la persona.

Periódicamente se podría revisar el nivel de autonomía personal con las escalas correspondientes y valorar si por la situación global del paciente y su edad puede ser susceptible de mejoría y generar una comunicación con el especialista por si procediera reentrenar con la persona alguno de estos aspectos. La espasticidad (habitual en DCA) siempre será susceptible de tratamiento por el especialista en el ámbito hospitalario, por lo que en estos casos no se debería perder el seguimiento. En el caso de personas que requieran ayudas técnicas, si no son de prescripción posible desde primaria, deberán también mantener también la coordinación entre atención primaria y sanitaria.

En cuanto a las escalas que pasar para reevaluar, se destaca que no deberían de ser muchas, priorizando un abordaje rápido, debido a que la disponibilidad de tiempo en atención primaria es muy limitada: se afirma que se necesita algo global, de screening que permita identificar síntomas, pero que con una entrevista estructurada también podría ser adecuada la evaluación. Se destacan algunas escalas como DCS, IECC, MoCA, Barthel, Minimental, Anamnesis, la exploración neurológica, Índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody, Escala de Rankin mod., Poststroke checklist, Escala de Pfeiffer, Escala de Tinetti, Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GADS), Prueba SPPG fragilidad, Valoración del riesgo de caídas, Cuestionario de salud EQ-5D, Escala de Gijón, Escala visual analógica del dolor, Escala de Apoyo Social Percibido (DUKE-UNC).

Por último, en cuanto a la reevaluación a lo largo del tiempo de la persona, se afirma que revalorarse periódicamente la funcionalidad de la persona con DCA (si progresa en el reaprendizaje de nuevas capacidades tanto de autonomía como de relación y funcionamiento social). Afirman que se debería diseñar, juntamente con la persona y su entorno social (familia), nuevas metas que sean significativas para estos y estas. Para ello, desde atención primaria han de apoyarse en la valoración y recomendaciones de otros profesionales, por lo que tener a disposición toda la información posible es fundamental.

A pesar de esta aproximación más expansiva, otros expertos y expertas limitan a la identificación de nuevos déficits las necesidades de reevaluación, esto es, que en caso de identificación de nuevos déficits se debe derivar a la persona a servicios especializados para un adecuado diagnóstico, cuantificación y tratamiento (Neurología, Neuropsicología, Psicología, Médico Rehabilitador).

La cuestión reside en que se ha de valorar el estado de salud de la persona tras el alta hospitalaria. Elaborar un plan de atención individualizado donde se recoja información sobre la percepción de la salud, nutrición, eliminación, actividad, sueño/descanso, patrón cognitivo-perceptivo, relaciones, autopercepción/autoconcepto, adaptación/tolerancia al estrés, sexualidad y valores/creencias, identificar y controlar los factores de riesgo del DCA (prevención secundaria) y monitorizar la adherencia al tratamiento rehabilitador. En

el caso de personas con disfagia, control regular del peso para prevenir la desnutrición. En general, la reevaluación y seguimiento se establece según la situación de la propia persona con DCA.

Reconocimiento discapacidad y dependencia

Por último, uno de los momentos en los que se reevalúan a las personas con DCA y en los que una buena codificación hospitalaria tiene relevancia es en el momento del reconocimiento de la discapacidad y la dependencia. En estas instancias, debería haber una nueva valoración de la situación de la persona para dar cuenta de las necesidades de apoyo existentes.

Los profesionales que han de evaluar son:

- Médico de Familia.
- Especialista hospitalario responsable principal del seguimiento.
- Médico Rehabilitador.
- Psicólogo clínico (no existe el perfil de neuropsicología en el sistema público, pero sería más pertinente).
- Trabajador social.
- Equipos de valoración de los Centros Base.
- Profesionales asignados a las valoraciones de dependencia (diferentes en cada CCAA).

En cuanto a las necesidades de reevaluación de la persona, los y las expertas afirman que debería revalorarse periódicamente la funcionalidad del paciente puesto que puede variar y precisar nuevos tipos de ayuda y no necesitar otras que se gestionaron anteriormente, por lo tanto, conviene actualizar las necesidades del pacientes y cuidadores y ajustarlos a la situación funcional y social del momento.

Se afirma que esta reevaluación podría plantearse a medio-largo plazo por parte de servicios sociales y a criterio de los profesionales. Se apuntan algunas temporalidades, como cada 3-5 años, salvo cambios importantes en el estado de secuelas.

Además, haber informado sobre las entidades asociativas del DCA en los momentos asistenciales previos (como en los diferentes momentos al alta), puede permitir una mayor detección de cambios en las secuelas experimentadas, facilitando y acompañando el recorrido hacia el reconocimiento de la discapacidad y la dependencia, ya sea la primera vez como a lo largo de la vida de la persona en la que las necesidades de apoyo hayan cambiado.

05. CONCLUSIONES

Este informe ha puesto de manifiesto una problemática multifactorial que tiene un impacto elevado en las vidas de las personas con DCA y sus familias, y que repercute en todo el sistema de atención sanitario y social, que es la infradetección del Daño Cerebral Adquirido como diagnóstico. El problema de la infradetección radica en que la poca identificación de la condición neurológica del DCA está generando una invisibilización las personas y, consecuentemente, una barrera que limita el acceso de las personas y las familias a los recursos, apoyos y servicios sanitarios, sociosanitarios y sociales adecuados, con especial impacto en los servicios de neurorrehabilitación.

Uno de los elementos abordados más críticos consiste en la inexistencia de un código diagnóstico específico para el DCA en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Actualmente, el DCA se codifica según su etiología (ictus, traumatismo craneoencefálico, anoxia, tumores, infecciones, etcétera) y, por tanto, la presencia clínica de DCA o no vendrá determinada por las pruebas diagnósticas que se realicen y por los códigos de secuela que queden registrados en el informe de alta sanitaria y en la historia clínica. Esto introduce una alta variabilidad de situaciones de codificación y dificulta la consolidación de datos homogéneos para el DCA. Esta fragmentación en la codificación no solo impide un seguimiento adecuado de los casos, sino que también provoca una subestimación de la prevalencia e incidencia real del DCA, especialmente en lo que respecta a las secuelas cognitivas, conductuales y emocionales, que a menudo pasan desapercibidas o no se exploran adecuadamente.

A pesar de que se reconoce la necesidad de un código único para el DCA en la CIE-10 como una solución óptima para la infradetección, su implementación es actualmente inviable debido a las limitaciones para influir sobre la propia CIE en el corto y medio plazo. Esta realidad ha obligado a la exploración de maneras alternativas en las que conseguir que las personas queden identificadas como personas con DCA.

Además, la CIE-10 no es un sistema homogéneo de aplicación en todos los recursos sanitarios, sociosanitarios y sociales en todo el territorio, si no que existe variabilidad de versiones y de aplicaciones en función de la territorialidad y los recursos a los que se asiste. En este sentido, existen servicios hospitalarios que codifican en base a la última versión actualizada de la CIE-10 en España, mientras que otros pueden usar versiones menos actualizadas y hasta versiones de la CIE-9. Esto supone una falta de concordancia entre los sistemas de codificación que pueden acabar afectando al registro unificado que

permite la explotación estadística y la medición de prevalencia e incidencia en las estadísticas del Ministerio de Salud con su Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) en el que se recoge la información agregada de todos los hospitales de agudos y la codificación en base a la CIE. Salvando las cuestiones de la versión de la CIE, cada hospital cuenta con un servicio de codificadores más o menos extenso y con mayor o menor formación, por lo que el papel de los codificadores también es relevante a la hora de determinar la codificación final de las personas con DCA.

Sumada a la heterogeneidad de versiones de la CIE en el ámbito hospitalario, la atención primaria, que también es fuente de detección de situaciones de DCA o es sujeto de reevaluaciones de personas con etiologías compatibles, puede no utilizar la CIE, destacando el uso de otras escalas como la CIF, que no tiene una correspondencia directa con la primera.

Como se puede observar, no solo hay un momento, servicio, recurso o unidad asistencial que sea responsable del diagnóstico del DCA, sino que es una detección que se puede producir en cualquier momento asistencial. Aunque idealmente sería conveniente que la persona fuera detectada como una persona con DCA cuando haya una etiología y unas secuelas que así lo indiquen en la fase aguda (urgencias hospitalarias, UCI, unidad de ictus o unidad de neurología), los y las profesionales hospitalarias que trabajan en las unidades de neurorrehabilitación también continúan explorando y evaluando a la persona, así como en los recursos sociosanitarios y en la atención primaria, por lo que la responsabilidad de la identificación ha de ser compartida entre todos los sistemas destacando, por tanto, la importancia fundamental que tiene la continuidad asistencial en la atención a las personas con DCA. En la actualidad, la articulación y coordinación entre sistemas asistenciales es deficiente por una carencia relevante en coordinación sociosanitaria, lo que hace que la escasa derivación y devolución de información esté impidiendo una visión longitudinal de la persona.

Otro elemento destacado, casi tanto como la ausencia de código diagnóstico o de la necesidad de coordinación, es que existen componentes culturales de las instituciones de salud y sociales que tienen un impacto elevado en la problemática de la infradetección del DCA.

En este sentido, la eficacia de la codificación de las etiologías y secuelas vinculadas al DCA se ve mitigada por una cultura médica centrada en el diagnóstico agudo, que en ocasiones infravalora la exploración de algunas secuelas que pueden ser determinantes en la calidad de vida de las personas y que está muy condicionada por la disponibilidad de tiempo, profesionales y espacios que impide el correcto diagnóstico de los pacientes. Esto plantea un desafío no solo técnico, sino también de cambio cultural en la práctica clínica para asegurar un registro completo del impacto funcional del DCA, especialmente

mediante la construcción de protocolos que permitan la exploración de manera más efectiva y sistemática.

Todos estos problemas de infradetección lleva a que las cifras actuales de prevalencia e incidencia del DCA en España están subestimadas. La falta de una estimación epidemiológica precisa impide, más allá de cálculos aproximativos, la definición de la población afectada. Esto tiene como principal consecuencia una dificultad en la asignación efectiva de recursos y apoyos especializados, consolidándose como una barrera para la planificación sanitaria y social eficiente, la capacidad de financiación y el desarrollo de políticas públicas que respondan eficazmente a las necesidades.

Entrando ahora directamente en las propias personas con DCA y sus familias, la infradetección tiene un impacto directo y severo en la calidad de vida de todos los miembros. Las personas con DCA y sus familias encuentran su realidad cotidiana transformada por las necesidades de apoyo derivadas de la condición neurológica, pero, al no estar debidamente identificados los pacientes en las bases de datos sanitarias, se retrasan o se les deniega el acceso a servicios de neurorrehabilitación especializados, ayudas técnicas, prestaciones por dependencia o discapacidad, entre otros apoyos fundamentales para su recuperación e integración social.

Esta realidad la podemos observar especialmente cuando las personas con DCA han de enfrentar los tribunales de la discapacidad y dependencia, así como en otros momentos como los relativos a las adaptaciones o a la incapacidad laboral. En este sentido, las personas con DCA que no cuentan con una historia clínica y médica bien desarrollada, así como informes al alta sanitaria completos y que recojan la información de cara a los tribunales de discapacidad y dependencia pueden quedar sin los apoyos que precisan, cuestión que solventaría una etiqueta de Daño Cerebral Adquirido. En este sentido, existe una dependencia crítica de los y las profesionales de los tribunales de reconocimiento con los diagnósticos médicos y la codificación al alta que, de no adecuarse a las necesidades del recurso, las personas con DCA pueden quedar privadas de su derecho a los servicios y apoyos que precisan.

Ante esta compleja realidad, se han identificado cuatro bloques de propuestas de mejora que condensan ideas dirigidas a la corrección de los impactos negativos que produce la falta de identificación del DCA. De entre estas, son dos las que se han desarrollado de cara a mejorar, en el corto plazo, la detección de personas con DCA.

En primer lugar, a pesar de la prácticamente nula viabilidad a corto y medio plazo de crear un nuevo código en la CIE-10 para el DCA como entidad global, se ha propuesto la identificación y estandarización de todos los códigos existentes de la CIE-10 que refieren al DCA. Esto se ha realizado con la intención de intentar homogeneizar la codificación, en la medida de lo posible. Sin embargo, el mayor impacto esperado al respecto del conjunto

de códigos construido es la posibilidad de incidir en la necesidad de insertar etiquetas diagnósticas de DCA dentro de los sistemas informáticos de atención hospitalaria y primaria cuando exista una cierta concurrencia de etiologías y secuelas. Esta etiqueta, concluimos, tiene la potencialidad de alertar a los y las profesionales en la necesidad de atender a la realidad del DCA a pesar de que de que existan barreras culturales y de formación específica en la atención a esta condición neurológica.

En conjunto, se han recogido más de 900 códigos de la CIE10 que refieren a la realidad del DCA, siempre y cuando estén vinculados al Accidente Cerebrovascular (en la CIE, categorías del I60 al I63), los Traumatismos Intracraneales (en la CIE, categoría S06 con séptimo carácter de diagnóstico, valor A), Neoplasia Cerebral Primaria (en la CIE, categoría C71) y la Anoxia Cerebral (Código subcategoría de 4 dígitos: G93.1).

De entre estos códigos y subcódigos destacan, por importancia y por afectación, el código G81 (Hemiplejia y hemiparesia), G82 (Paraplejia y tetraplejia), G83 (Otros síndromes paráliticos), R13 (Afasia y disfagia), R26 (Alteraciones de la marcha y de la movilidad), R27 (Otras alteraciones de la coordinación motora), R40 (Somnolencia, estupor y coma), R41 (Otros síntomas y signos que involucran la función cognoscitiva y la conciencia), R47 (Alteraciones del habla, no clasificadas en otra parte), G93 (Otros trastornos del encéfalo), I69 (secuelas de enfermedades cerebrovasculares) y G09 (Secuelas de enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central).

En segundo lugar, se ha profundizado en una de las barreras detectadas, que es la necesidad de protocolizar el proceso de atención y diagnóstico del DCA. Para ello, se ha comenzado mediante la estandarización de los momentos clave de evaluación y detección de las etiologías y secuelas que indican que la persona tiene un DCA. En este sentido, se han analizado los momentos de urgencia hospitalaria, UCI, Unidad de Ictus, Unidad de neurología y neurocirugía, Unidad de neurorrehabilitación, Sistemas sanitarios de larga estancia, Atención primaria y los sistemas de reconocimiento de la discapacidad y la dependencia para identificar, en cada uno de ellos, la pertinencia e importancia de evaluar y/o codificar, los profesionales que intervienen, las escalas a pasar para la identificación de las secuelas y la información al alta que ha de ser recogida, atendiendo a barreras y limitaciones existentes.

En síntesis, el informe que se ha desarrollado tiene la intención de destacar la urgencia de abordar la infradetección del DCA a través de mejoras en la codificación, la implementación de procesos de detección estandarizados, el aumento de la sensibilización y capacitación de los profesionales que permita cambiar la cultura institucional y una mayor coordinación entre los servicios sanitarios y sociosanitarios, con el fin último de mejorar la calidad de vida y el acceso a la atención a las personas con Daño Cerebral Adquirido en España. Las dos aproximaciones a la solución que aquí se

proponen, tanto la elaboración del listado de códigos diagnósticos como la exploración de los momentos fundamentales de evaluación y codificación, tienen la intención de producir una mejora directa en la detección y en la vida de las personas con DCA a corto plazo, superando así las históricas dificultades que producen la infradetección del DCA.

06. BIBLIOGRAFÍA

Defensor del Pueblo (2006) Daño Cerebral sobrevenido en España: Un acercamiento epidemiológico y sociosanitario.

Defensor del Pueblo (2019). La atención específica al Daño Cerebral Adquirido Infantil.

Carvajal-Castrillón, Julián. "Rehabilitación neuropsicológica en la fase aguda del daño cerebral adquirido." Acta Neurol Colomb 29, no. 3 (2013): 173-179.

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (2017). Estrategia para la atención al Daño Cerebral Adquirido en la Comunitat Valenciana 2017-2020.

Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia dirigida a hogares (2020). Instituto Nacional de Estadística.

Daño Cerebral Estatal (s.f.). Daño cerebral consultado en <https://fedace.org/dano-cerebral>

Daño Cerebral Estatal (2022). Daño Cerebral Adquirido Infantil. Propuestas técnicas Estudio "Posicionamiento y contextualización del Daño Cerebral Adquirido Infantil (DCAI) en España".

Daño Cerebral Estatal (2022). Daño Cerebral Adquirido Infantil. Posicionamiento y contextualización del Daño Cerebral Adquirido Infantil (DCAI) en España.

Daño Cerebral Estatal (2023). La situación de las personas con Daño Cerebral Adquirido en España.

Daño Cerebral Estatal (2024). Estudio sobre el impacto socioeconómico del Daño Cerebral Adquirido en España.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2022). Traumatic Brain Injury: A Roadmap for Accelerating Progress. National Academies Press,

Noé, E.; Gómez, A.; Bernabeu, M.; Quemada, I. (2020). Principios básicos de la neurorrehabilitación del paciente con Daño Cerebral Adquirido. Recomendaciones de la

sociedad española de neurorrehabilitación. Sociedad Española de Neurorrehabilitación. Guía 2. ISBN:978-84-09-62586-4.

Turner-Stokes, L.; et al (2022). Servicios especializados de neurorrehabilitación para el paciente con necesidades complejas tras daño cerebral adquirido (DCA). Propuesta de modelo de atención al DCA. Recomendaciones de la sociedad española de neurorrehabilitación (DCA). Guía 4. ISBN:978-84-09-67725-2.

ANEXO 1: LISTADO DE CÓDIGOS DIAGNÓSTICOS Y DE SECUELAS QUE PUEDEN SER ASOCIADOS A UNA ETIQUETA DIAGNÓSTICA DE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

Recordar en el Anexo 1 que la práctica totalidad de los códigos que se recogen en este bloque han de estar correlacionados con la codificación de diferentes etiologías sobre las que existe consenso en que producen DCA. Los diferentes códigos, por tanto, han de estar relacionadas con el Accidente Cerebrovascular (en la CIE, categorías del I60 al I63), los Traumatismos Intracraneales (en la CIE, categoría S06 con séptimo carácter de diagnóstico, valor A), Neoplasia Cerebral Primaria (en la CIE, categoría C71) y la Anoxia Cerebral (Código subcategoría de 4 dígitos: G93.1). Existen otras formas en las que se produce el DCA, como consecuencia de algunos tumores o por enfermedades infecciosas, sin embargo, no se han recogido en el proceso de análisis códigos al respecto de estas etiologías, aunque se recogen algunos de los subcódigos de secuela.

CÓDIGOS DE LAS PATOLOGÍAS CAUSANTES DEL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO SIN INCLUIR PERINATAL (ACV, TRAUMAS INTRACRANEALES, NEO MALIGNA INTRACRANEAL, ANOXIA CEREBRAL) SOLO SE RECOGEN AQUELLAS QUE INDICAN LA PRESENCIA INEQUÍVOCA DE DCA

I60.00	Hemorragia subaracnoidea no traumática de sifón y bifurcación carotídeos no especificados
I60.01	Hemorragia subaracnoidea no traumática de sifón y bifurcación carotídeos derechos
I60.02	Hemorragia subaracnoidea no traumática de sifón y bifurcación carotídeos izquierdos
I60.10	Hemorragia subaracnoidea no traumática de arteria cerebral media no especificada
I60.11	Hemorragia subaracnoidea no traumática de arteria cerebral media derecha
I60.12	Hemorragia subaracnoidea no traumática de arteria cerebral media izquierda
I60.2	Hemorragia subaracnoidea no traumática de arteria comunicante anterior
I60.30	Hemorragia subaracnoidea no traumática de arteria comunicante posterior no especificada
I60.31	Hemorragia subaracnoidea no traumática de arteria comunicante posterior derecha



I60.32	Hemorragia subaracnoidea no traumática de arteria comunicante posterior izquierda
I60.4	Hemorragia subaracnoidea no traumática de arteria basilar
I60.50	Hemorragia subaracnoidea no traumática de arteria vertebral no especificada
I60.51	Hemorragia subaracnoidea no traumática de arteria vertebral derecha
I60.52	Hemorragia subaracnoidea no traumática de arteria vertebral izquierda
I60.6	Hemorragia subaracnoidea no traumática de otras arterias intracraneales
I60.7	Hemorragia subaracnoidea no traumática de arteria intracraneal no especificada
I60.8	Otra hemorragia subaracnoidea no traumática
I60.9	Hemorragia subaracnoidea no traumática, no especificada
I61.0	Hemorragia intracerebral no traumática en hemisferio, subcortical
I61.1	Hemorragia intracerebral no traumática en hemisferio, cortical
I61.2	Hemorragia intracerebral no traumática en hemisferio, no especificada
I61.3	Hemorragia intracerebral no traumática en tronco cerebral
I61.4	Hemorragia intracerebral no traumática en cerebelo
I61.5	Hemorragia intracerebral no traumática, intraventricular
I61.6	Hemorragia intracerebral no traumática, localización múltiple
I61.8	Otra hemorragia intracerebral no traumática
I61.9	Hemorragia intracerebral no traumática, no especificada
I62.00	Hemorragia subdural no traumática, no especificada
I62.01	Hemorragia subdural aguda no traumática
I62.02	Hemorragia subdural subaguda no traumática
I62.03	Hemorragia subdural crónica no traumática
I62.1	Hemorragia extradural no traumática
I62.9	Hemorragia intracraneal no traumática, no especificada
I63.00	Infarto cerebral debido a trombosis de arteria precerebral no especificada
I63.011	Infarto cerebral debido a trombosis de arteria vertebral derecha
I63.012	Infarto cerebral debido a trombosis de arteria vertebral izquierda
I63.013	Infarto cerebral debido a trombosis de ambas arterias vertebrales
I63.019	Infarto cerebral debido a trombosis de arteria vertebral no especificada
I63.02	Infarto cerebral debido a trombosis de arteria basilar
I63.031	Infarto cerebral debido a trombosis de arteria carótida derecha
I63.032	Infarto cerebral debido a trombosis de arteria carótida izquierda
I63.033	Infarto cerebral debido a trombosis de ambas arterias carótidas
I63.039	Infarto cerebral debido a trombosis de arteria carótida no especificada
I63.09	Infarto cerebral debido a trombosis de otra arteria precerebral
I63.10	Infarto cerebral debido a embolia de arteria precerebral no especificada
I63.111	Infarto cerebral debido a embolia de arteria vertebral derecha
I63.112	Infarto cerebral debido a embolia de arteria vertebral izquierda
I63.113	Infarto cerebral debido a embolia de ambas arterias vertebrales
I63.119	Infarto cerebral debido a embolia de arteria vertebral no especificada
I63.12	Infarto cerebral debido a embolia de arteria basilar
I63.131	Infarto cerebral debido a embolia de arteria carótida derecha

I63.132	Infarto cerebral debido a embolia de arteria carótida izquierda
I63.133	Infarto cerebral debido a embolia de ambas arterias carótidas
I63.139	Infarto cerebral debido a embolia de arteria carótida no especificada
I63.19	Infarto cerebral debido a embolia de otra arteria precerebral
I63.20	Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificadas de arterias precerebrales no especificadas
I63.211	Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificadas de arteria vertebral derecha
I63.212	Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificadas de arteria vertebral izquierda
I63.213	Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificadas de ambas arterias vertebrales
I63.219	Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificadas de arteria vertebral no especificada
I63.22	Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificadas de arteria basilar
I63.231	Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificadas de arteria carótida derecha
I63.232	Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificadas de arteria carótida izquierda
I63.233	Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificadas de ambas arterias carótidas
I63.239	Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificadas de arteria carótida no especificada
I63.29	Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificadas de otras arterias precerebrales
I63.30	Infarto cerebral debido a trombosis de arteria cerebral no especificada
I63.311	Infarto cerebral debido a trombosis de arteria cerebral media derecha
I63.312	Infarto cerebral debido a trombosis de arteria cerebral media izquierda
I63.313	Infarto cerebral debido a trombosis de ambas arterias cerebrales medias
I63.319	Infarto cerebral debido a trombosis de arteria cerebral media no especificada
I63.321	Infarto cerebral debido a trombosis de arteria cerebral anterior derecha
I63.322	Infarto cerebral debido a trombosis de arteria cerebral anterior izquierda
I63.323	Infarto cerebral debido a trombosis de ambas arterias cerebrales anteriores
I63.329	Infarto cerebral debido a trombosis de arteria cerebral anterior no especificada
I63.331	Infarto cerebral debido a trombosis de arteria cerebral posterior derecha
I63.332	Infarto cerebral debido a trombosis de arteria cerebral posterior izquierda
I63.333	Infarto cerebral debido a trombosis de ambas arterias cerebrales posteriores
I63.339	Infarto cerebral debido a trombosis de arteria cerebral posterior no especificada
I63.341	Infarto cerebral debido a trombosis de arteria cerebelosa derecha
I63.342	Infarto cerebral debido a trombosis de arteria cerebelosa izquierda
I63.343	Infarto cerebral debido a trombosis de ambas arterias cerebelosas
I63.349	Infarto cerebral debido a trombosis de arteria cerebelosa no especificada
I63.39	Infarto cerebral debido a trombosis de otra arteria cerebral

I63.40	Infarto cerebral debido a embolia de arteria cerebral no especificada
I63.411	Infarto cerebral debido a embolia de arteria cerebral media derecha
I63.412	Infarto cerebral debido a embolia de arteria cerebral media izquierda
I63.413	Infarto cerebral debido a embolia de ambas arterias cerebrales medias
I63.419	Infarto cerebral debido a embolia de arteria cerebral media no especificada
I63.421	Infarto cerebral debido a embolia de arteria cerebral anterior derecha
I63.422	Infarto cerebral debido a embolia de arteria cerebral anterior izquierda
I63.423	Infarto cerebral debido a embolia de ambas arterias cerebrales anteriores
I63.429	Infarto cerebral debido a embolia de arteria cerebral anterior no especificada
I63.431	Infarto cerebral debido a embolia de arteria cerebral posterior derecha
I63.432	Infarto cerebral debido a embolia de arteria cerebral posterior izquierda
I63.433	Infarto cerebral debido a embolia de ambas arterias cerebrales posteriores
I63.439	Infarto cerebral debido a embolia de arteria cerebral posterior no especificada
I63.441	Infarto cerebral debido a embolia de arteria cerebelosa derecha
I63.442	Infarto cerebral debido a embolia de arteria cerebelosa izquierda
I63.443	Infarto cerebral debido a embolia de ambas arterias cerebelosas
I63.449	Infarto cerebral debido a embolia de arteria cerebelosa no especificada
I63.49	Infarto cerebral debido a embolia de otra arteria cerebral
I63.50	Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de arteria cerebral no especificada
I63.511	Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de arteria cerebral media derecha
I63.512	Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de arteria cerebral media izquierda
I63.513	Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de ambas arterias cerebrales medias
I63.519	Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de arteria cerebral media no especificada
I63.521	Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de arteria cerebral anterior derecha
I63.522	Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de arteria cerebral anterior izquierda
I63.523	Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de ambas arterias cerebrales anteriores
I63.529	Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de arteria cerebral anterior no especificada
I63.531	Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de arteria cerebral posterior derecha
I63.532	Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de arteria cerebral posterior izquierda
I63.533	Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de ambas arterias cerebrales posteriores
I63.539	Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de arteria cerebral posterior no especificada
I63.541	Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de arteria cerebelosa derecha

I63.542	Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de arteria cerebelosa izquierda
I63.543	Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de ambas arterias cerebelosas
I63.549	Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de arteria cerebelosa no especificada
I63.59	Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de otra arteria cerebral
I63.6	Infarto cerebral debido a trombosis venosa cerebral, no piógena
I63.81	Otro infarto cerebral debido a oclusión o estenosis de arteria pequeña
I63.89	Otros infartos cerebrales
I63.9	Infarto cerebral, no especificado
S06.1X0A + A134:B18 4	Edema cerebral traumático sin pérdida de conciencia, contacto inicial
S06.1X1A	Edema cerebral traumático, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto inicial
S06.1X2A	Edema cerebral traumático, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto inicial
S06.1X3A	Edema cerebral traumático, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto inicial
S06.1X4A	Edema cerebral traumático, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto inicial
S06.1X5A	Edema cerebral traumático, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto inicial
S06.1X6A	Edema cerebral traumático, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, contacto inicial
S06.1X7A	Edema cerebral traumático, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por lesión cerebral antes de recuperar la conciencia, contacto inicial
S06.1X8A	Edema cerebral traumático, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por otra causa antes de recuperar conciencia, contacto inicial
S06.1XAA	Edema cerebral traumático con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto inicial
S06.1X9A	Edema cerebral traumático, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto inicial
S06.2X0A	Lesión cerebral traumática difusa sin pérdida de conciencia, contacto inicial
S06.2X1A	Lesión cerebral traumática difusa, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto inicial
S06.2X2A	Lesión cerebral traumática difusa, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto inicial
S06.2X3A	Lesión cerebral traumática difusa, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto inicial
S06.2X4A	Lesión cerebral traumática difusa, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto inicial
S06.2X5A	Lesión cerebral traumática difusa, con pérdida de conciencia de más de 24 horas y retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto inicial

S06.2X6A	Lesión cerebral traumática difusa, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente con supervivencia del paciente, contacto inicial
S06.2X7A	Lesión cerebral traumática difusa, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por lesión cerebral antes de recuperar la conciencia, contacto inicial
S06.2X8A	Lesión cerebral traumática difusa, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por otra causa antes de recuperar conciencia, contacto inicial
S06.2XAA	Lesión cerebral traumática difusa con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto inicial
S06.2X9A	Lesión cerebral traumática difusa con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto inicial
S06.300A	Lesión cerebral traumática focal no especificada, sin pérdida de conciencia, contacto inicial
S06.301A	Lesión cerebral traumática focal no especificada, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto inicial
S06.302A	Lesión cerebral traumática focal no especificada, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto inicial
S06.303A	Lesión cerebral traumática focal no especificada, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto inicial
S06.304A	Lesión cerebral traumática focal no especificada, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto inicial
S06.305A	Lesión cerebral traumática focal no especificada, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto inicial
S06.306A	Lesión cerebral traumática focal no especificada, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, contacto inicial
S06.307A	Lesión cerebral traumática focal no especificada, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por lesión cerebral antes de recuperar la conciencia, contacto inicial
S06.308A	Lesión cerebral traumática focal no especificada, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por otra causa antes de recuperar conciencia, contacto inicial
S06.30AA	Lesión cerebral traumática focal no especificada con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto inicial
S06.309A	Lesión cerebral traumática focal no especificada, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto inicial
S06.310A	Contusión y desgarro de hemisferio cerebral derecho sin pérdida de conciencia, contacto inicial
S06.311A	Contusión y desgarro de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto inicial
S06.312A	Contusión y desgarro de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto inicial
S06.313A	Contusión y desgarro de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto inicial
S06.314A	Contusión y desgarro de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto inicial

S06.315A	Contusión y desgarro de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto inicial
S06.316A	Contusión y desgarro de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, contacto inicial
S06.317A	Contusión y desgarro de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por lesión cerebral antes de recuperar la conciencia, contacto inicial
S06.318A	Contusión y desgarro de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por otra causa antes de recuperar conciencia, contacto inicial
S06.31AA	Contusión y desgarro de hemisferio cerebral derecho con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto inicial
S06.319A	Contusión y desgarro de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto inicial
S06.320A	Contusión y desgarro de hemisferio cerebral izquierdo sin pérdida de conciencia, contacto inicial
S06.321A	Contusión y desgarro de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto inicial
S06.322A	Contusión y desgarro de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto inicial
S06.323A	Contusión y desgarro de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto inicial
S06.324A	Contusión y desgarro de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto inicial
S06.325A	Contusión y desgarro de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto inicial
S06.326A	Contusión y desgarro de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, contacto inicial
S06.327A	Contusión y desgarro de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por lesión cerebral antes de recuperar la conciencia, contacto inicial
S06.328A	Contusión y desgarro de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por otra causa antes de recuperar conciencia, contacto inicial
S06.32AA	Contusión y desgarro de hemisferio cerebral izquierdo con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto inicial
S06.329A	Contusión y desgarro de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto inicial
S06.330A	Contusión y desgarro cerebral no especificados, sin pérdida de conciencia, contacto inicial
S06.331A	Contusión y desgarro cerebral no especificados, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto inicial
S06.332A	Contusión y desgarro cerebral no especificados, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto inicial
S06.333A	Contusión y desgarro cerebral no especificados, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto inicial

S06.334A	Contusión y desgarro cerebral no especificados, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto inicial
S06.335A	Contusión y desgarro cerebral no especificados, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto inicial
S06.336A	Contusión y desgarro cerebral no especificados, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, contacto inicial
S06.337A	Contusión y desgarro cerebral no especificados, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por lesión cerebral antes de recuperar la conciencia, contacto inicial
S06.338A	Contusión y desgarro cerebral no especificados, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por otra causa antes de recuperar conciencia, contacto inicial
S06.33AA	Contusión y desgarro cerebral no especificados, con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto inicial
S06.339A	Contusión y desgarro cerebral no especificados, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto inicial
S06.340A	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral derecho sin pérdida de conciencia, contacto inicial
S06.341A	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto inicial
S06.342A	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto inicial
S06.343A	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto inicial
S06.344A	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto inicial
S06.345A	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto inicial
S06.346A	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, contacto inicial
S06.347A	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por lesión cerebral antes de recuperar la conciencia, contacto inicial
S06.348A	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por otra causa antes de recuperar conciencia, contacto inicial
S06.34AA	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral derecho con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto inicial
S06.349A	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto inicial
S06.350A	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral izquierdo sin pérdida de conciencia, contacto inicial
S06.351A	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto inicial
S06.352A	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto inicial

S06.353A	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto inicial
S06.354A	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto inicial
S06.355A	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto inicial
S06.356A	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, contacto inicial
S06.357A	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por lesión cerebral antes de recuperar la conciencia, contacto inicial
S06.358A	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por otra causa antes de recuperar conciencia, contacto inicial
S06.35AA	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral izquierdo con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto inicial
S06.359A	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto inicial
S06.360A	Hemorragia traumática de cerebro, no especificada, sin pérdida de conciencia, contacto inicial
S06.361A	Hemorragia traumática de cerebro, no especificada, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto inicial
S06.362A	Hemorragia traumática de cerebro, no especificada, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto inicial
S06.363A	Hemorragia traumática de cerebro, no especificada, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto inicial
S06.364A	Hemorragia traumática de cerebro, no especificada, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto inicial
S06.365A	Hemorragia traumática de cerebro, no especificada, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto inicial
S06.366A	Hemorragia traumática de cerebro, no especificada, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, contacto inicial
S06.367A	Hemorragia traumática de cerebro, no especificada, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por lesión cerebral antes de recuperar la conciencia, contacto inicial
S06.368A	Hemorragia traumática de cerebro, no especificada, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por otra causa antes de recuperar conciencia, contacto inicial
S06.36AA	Hemorragia traumática de cerebro, no especificada, con estado de conciencia no especificado, contacto inicial
S06.369A	Hemorragia traumática de cerebro, no especificada, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto inicial
S06.370A	Contusión, laceración y hemorragia de cerebelo sin pérdida de conciencia, contacto inicial
S06.371A	Contusión, laceración y hemorragia de cerebelo, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto inicial

S06.372A	Contusión, laceración y hemorragia de cerebelo, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto inicial
S06.373A	Contusión, laceración y hemorragia de cerebelo, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto inicial
S06.374A	Contusión, laceración y hemorragia de cerebelo, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto inicial
S06.375A	Contusión, laceración y hemorragia de cerebelo, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto inicial
S06.376A	Contusión, laceración y hemorragia de cerebelo, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, contacto inicial
S06.377A	Contusión, laceración y hemorragia de cerebelo, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por lesión cerebral antes de recuperar la conciencia, contacto inicial
S06.378A	Contusión, laceración y hemorragia de cerebelo, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por otra causa antes de recuperar conciencia, contacto inicial
S06.37AA	Contusión, laceración y hemorragia de cerebelo con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto inicial
S06.379A	Contusión, laceración y hemorragia de cerebelo, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto inicial
S06.380A	Contusión, laceración y hemorragia de tronco cerebral sin pérdida de conciencia, contacto inicial
S06.381A	Contusión, laceración y hemorragia de tronco cerebral, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto inicial
S06.382A	Contusión, laceración y hemorragia de tronco cerebral, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto inicial
S06.383A	Contusión, laceración y hemorragia de tronco cerebral, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto inicial
S06.384A	Contusión, laceración y hemorragia de tronco cerebral, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto inicial
S06.385A	Contusión, laceración y hemorragia de tronco cerebral, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto inicial
S06.386A	Contusión, laceración y hemorragia de tronco cerebral, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, contacto inicial
S06.387A	Contusión, laceración y hemorragia de tronco cerebral, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por lesión cerebral antes de recuperar la conciencia, contacto inicial
S06.388A	Contusión, laceración y hemorragia de tronco cerebral, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por otra causa antes de recuperar conciencia, contacto inicial
S06.38AA	Contusión, laceración y hemorragia de tronco cerebral con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto inicial
S06.38AS	Contusión, laceración y hemorragia de tronco cerebral con estado de pérdida de conciencia desconocido, secuela
S06.389A	Contusión, laceración y hemorragia de tronco cerebral, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto inicial
S06.4X0A	Hemorragia epidural sin pérdida de conciencia, contacto inicial



S06.4X1A	Hemorragia epidural, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto inicial
S06.4X2A	Hemorragia epidural, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto inicial
S06.4X3A	Hemorragia epidural, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto inicial
S06.4X4A	Hemorragia epidural, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto inicial
S06.4X5A	Hemorragia epidural, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto inicial
S06.4X6A	Hemorragia epidural, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, contacto inicial
S06.4X7A	Hemorragia epidural, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por lesión cerebral antes de recuperar la conciencia, contacto inicial
S06.4X8A	Hemorragia epidural, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por otra causa antes de recuperar conciencia, contacto inicial
S06.4XAA	Hemorragia epidural con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto inicial
S06.4X9A	Hemorragia epidural, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto inicial
S06.5X0A	Hemorragia subdural traumática sin pérdida de conciencia, contacto inicial
S06.5X1A	Hemorragia subdural traumática, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto inicial
S06.5X2A	Hemorragia subdural traumática, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto inicial
S06.5X3A	Hemorragia subdural traumática, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto inicial
S06.5X4A	Hemorragia subdural traumática, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto inicial
S06.5X5A	Hemorragia subdural traumática, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto inicial
S06.5X6A	Hemorragia subdural traumática, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, contacto inicial
S06.5X7A	Hemorragia subdural traumática, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por lesión cerebral antes de recuperar la conciencia, contacto inicial
S06.5X8A	Hemorragia subdural traumática, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por otra causa antes de recuperar conciencia, contacto inicial
S06.5XAA	Hemorragia subdural traumática con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto inicial
S06.5X9A	Hemorragia subdural traumática, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto inicial
S06.6X0A	Hemorragia subaracnoidea traumática sin pérdida de conciencia, contacto inicial
S06.6X1A	Hemorragia subaracnoidea traumática, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto inicial
S06.6X2A	Hemorragia subaracnoidea traumática, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto inicial

S06.6X3A	Hemorragia subaracnoidea traumática, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto inicial
S06.6X4A	Hemorragia subaracnoidea traumática, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto inicial
S06.6X5A	Hemorragia subaracnoidea traumática, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto inicial
S06.6X6A	Hemorragia subaracnoidea traumática, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, contacto inicial
S06.6X7A	Hemorragia subaracnoidea traumática, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por lesión cerebral antes de recuperar la conciencia, contacto inicial
S06.6X8A	Hemorragia subaracnoidea traumática, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por otra causa antes de recuperar conciencia, contacto inicial
S06.6XAA	Hemorragia subaracnoidea traumática con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto inicial
S06.6X9A	Hemorragia subaracnoidea traumática, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto inicial
S06.810A	Traumatismo de arteria carótida interna derecha, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, sin pérdida de conciencia, contacto inicial
S06.811A	Traumatismo de arteria carótida interna derecha, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto inicial
S06.812A	Traumatismo de arteria carótida interna derecha, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto inicial
S06.813A	Traumatismo de arteria carótida interna derecha, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto inicial
S06.814A	Traumatismo de arteria carótida interna derecha, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto inicial
S06.815A	Traumatismo de arteria carótida interna derecha, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto inicial
S06.816A	Traumatismo de arteria carótida interna derecha, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, contacto inicial
S06.817A	Traumatismo de arteria carótida interna derecha, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por lesión cerebral antes de recuperar la conciencia, contacto inicial
S06.818A	Traumatismo de arteria carótida interna derecha, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por otra causa antes de recuperar conciencia, contacto inicial

S06.81AA	Traumatismo de arteria carótida interna derecha, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto inicial
S06.819A	Traumatismo de arteria carótida interna derecha, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto inicial
S06.820A	Traumatismo de arteria carótida interna izquierda, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, sin pérdida de conciencia, contacto inicial
S06.821A	Traumatismo de arteria carótida interna izquierda, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto inicial
S06.822A	Traumatismo de arteria carótida interna izquierda, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto inicial
S06.823A	Traumatismo de arteria carótida interna izquierda, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto inicial
S06.824A	Traumatismo de arteria carótida interna izquierda, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto inicial
S06.825A	Traumatismo de arteria carótida interna izquierda, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto inicial
S06.826A	Traumatismo de arteria carótida interna izquierda, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, contacto inicial
S06.827A	Traumatismo de arteria carótida interna izquierda, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por lesión cerebral antes de recuperar la conciencia, contacto inicial
S06.828A	Traumatismo de arteria carótida interna izquierda, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por otra causa antes de recuperar conciencia, contacto inicial
S06.82AA	Traumatismo de arteria carótida interna izquierda, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto inicial
S06.829A	Traumatismo de arteria carótida interna izquierda, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto inicial
S06.8A0A	Lesión cerebral primaria por explosión, no clasificada bajo otro concepto sin pérdida de conciencia, contacto inicial
S06.8A0A	Lesión cerebral primaria por explosión, no clasificada bajo otro concepto con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto inicial
S06.8A0A	Lesión cerebral primaria por explosión, no clasificada bajo otro concepto con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto inicial
S06.8A0A	Lesión cerebral primaria por explosión, no clasificada bajo otro concepto con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto inicial

S06.8A0A	Lesión cerebral primaria por explosión, no clasificada bajo otro concepto con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto inicial
S06.8A0A	Lesión cerebral primaria por explosión, no clasificada bajo otro concepto con pérdida de conciencia de más de 24 horas con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto inicial
S06.8A0A	Lesión cerebral primaria por explosión, no clasificada bajo otro concepto con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente con supervivencia del paciente, contacto inicial
S06.8A0A	Lesión cerebral primaria por explosión, no clasificada bajo otro concepto con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por lesión cerebral antes de recuperar la conciencia, contacto inicial
S06.8A0A	Lesión cerebral primaria por explosión, no clasificada bajo otro concepto con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por otra causa antes de recuperar la conciencia, contacto inicial
S06.8A0A	Lesión cerebral primaria por explosión, no clasificada bajo otro concepto con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto inicial
S06.8A0A	Lesión cerebral primaria por explosión, no clasificada bajo otro concepto con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto inicial
S06.890A	Otro tipo especificado de traumatismo intracraneal sin pérdida de conciencia, contacto inicial
S06.891A	Otro tipo especificado de traumatismo intracraneal, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto inicial
S06.892A	Otro tipo especificado de traumatismo intracraneal, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto inicial
S06.893A	Otro tipo especificado de traumatismo intracraneal, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto inicial
S06.894A	Otro tipo especificado de traumatismo intracraneal, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto inicial
S06.895A	Otro tipo especificado de traumatismo intracraneal, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto inicial
S06.896A	Otro tipo especificado de traumatismo intracraneal, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, contacto inicial
S06.897A	Otro tipo especificado de traumatismo intracraneal, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por lesión cerebral antes de recuperar la conciencia, contacto inicial
S06.898A	Otro tipo especificado de traumatismo intracraneal, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por otra causa antes de recuperar conciencia, contacto inicial
S06.89AA	Otro tipo especificado de traumatismo intracraneal con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto inicial
S06.899A	Otro tipo especificado de traumatismo intracraneal, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto inicial
S06.9X0A	Traumatismo intracraneal no especificado sin pérdida de conciencia, contacto inicial
S06.9X1A	Traumatismo intracraneal no especificado, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto inicial
S06.9X2A	Traumatismo intracraneal no especificado, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto inicial

S06.9X3A	Traumatismo intracraneal no especificado, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto inicial
S06.9X4A	Traumatismo intracraneal no especificado, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto inicial
S06.9X5A	Traumatismo intracraneal no especificado, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto inicial
S06.9X6A	Traumatismo intracraneal no especificado, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, contacto inicial
S06.9X7A	Traumatismo intracraneal no especificado, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por lesión cerebral antes de recuperar la conciencia, contacto inicial
S06.9X8A	Traumatismo intracraneal no especificado, con pérdida de conciencia de cualquier duración, con muerte por otra causa antes de recuperar conciencia, contacto inicial
S06.9XAA	Traumatismo intracraneal no especificado con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto inicial
S06.9X9A	Traumatismo intracraneal no especificado, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto inicial
S06.A0XA	Compresión cerebral traumática sin herniación, contacto inicial
S06.A1XA	Compresión cerebral traumática con herniación, contacto inicial
C71.0	Neoplasia maligna de cerebro, excepto lóbulos y ventrículos
C71.1	Neoplasia maligna de lóbulo frontal
C71.2	Neoplasia maligna de lóbulo temporal
C71.3	Neoplasia maligna de lóbulo parietal
C71.4	Neoplasia maligna de lóbulo occipital
C71.5	Neoplasia maligna de ventrículo cerebral
C71.6	Neoplasia maligna de cerebelo
C71.7	Neoplasia maligna de tronco cerebral
C71.8	Neoplasia maligna de localizaciones contiguas de cerebro
C71.9	Neoplasia maligna de cerebro, no especificada
G93.1	Lesión cerebral anóxica, no clasificada bajo otro concepto

**CÓDIGOS DE LAS PATOLOGÍAS CAUSANTES DEL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO SIN INCLUIR PERINATAL (ACV, TRAUMAS INTRACRANEALES, NEO MALIGNA INTRACRANEAL, ANOXIA CEREBRAL)
SOLO SE RECOGEN AQUELLAS QUE POR IMPORTANCIA, FRECUENCIA O NECESIDAD DE EXPLORACIÓN REQUIEREN DE LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS NEUROLÓGICAS PARA DETERMINAR LA EXISTENCIA DE DCA**

S06.0X0A	Conmoción sin pérdida de conciencia, contacto inicial
S06.0X1A	Conmoción, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto inicial
S06.0XA A	Conmoción con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto inicial
S06.0X9A	Conmoción, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto inicial



CÓDIGOS DE LAS POSIBLES SECUELAS EN CUADROS AGUDOS DE LAS PATOLOGÍAS CAUSANTES. SOLO SE RECOGEN AQUELLAS QUE INDICAN LA PRESENCIA INEQUÍVOCA DE DCA.	
G09	Secuelas de enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central

CÓDIGOS DE LAS POSIBLES SECUELAS EN CUADROS AGUDOS DE LAS PATOLOGÍAS CAUSANTES. SOLO SE RECOGEN AQUELLAS QUE POR IMPORTANCIA, FRECUENCIA O NECESIDAD DE EXPLORACIÓN REQUIEREN DE LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS NEUROLÓGICAS PARA DETERMINAR LA EXISTENCIA DE DCA	
I69.00	Secuelas no especificadas de hemorragia subaracnoidea no traumática
I69.010	Déficit de atención y concentración tras hemorragia subaracnoidea no traumática
I69.011	Déficit de memoria tras hemorragia subaracnoidea no traumática
I69.012	Déficit visuoespacial y agnosia tras hemorragia subaracnoidea no traumática
I69.013	Déficit psicomotor tras hemorragia subaracnoidea no traumática
I69.014	Déficit del lóbulo frontal y de la función ejecutiva tras hemorragia subaracnoidea no traumática
I69.015	Déficit cognitivo social o emocional tras hemorragia subaracnoidea no traumática
I69.018	Otros síntomas y signos que afectan a las funciones cognitivas tras hemorragia subaracnoidea no traumática
I69.019	Síntomas y signos no especificados que afectan a las funciones cognitivas tras hemorragia subaracnoidea no traumática
I69.020	Afasia tras hemorragia subaracnoidea no traumática
I69.021	Disfasia tras hemorragia subaracnoidea no traumática
I69.022	Disartria tras hemorragia subaracnoidea no traumática
I69.023	Trastorno de la fluidez del habla tras hemorragia subaracnoidea no traumática
I69.028	Otros déficits del habla y el lenguaje tras hemorragia subaracnoidea no traumática
I69.031	Monoplejía de extremidad superior tras hemorragia subaracnoidea no traumática con afectación de lado derecho dominante
I69.032	Monoplejía de extremidad superior tras hemorragia subaracnoidea no traumática con afectación de lado izquierdo dominante
I69.033	Monoplejía de extremidad superior tras hemorragia subaracnoidea no traumática con afectación de lado derecho no dominante
I69.034	Monoplejía de extremidad superior tras hemorragia subaracnoidea no traumática con afectación de lado izquierdo no dominante
I69.039	Monoplejía de extremidad superior tras hemorragia subaracnoidea no traumática con afectación de lado no especificado
I69.041	Monoplejía de extremidad inferior tras hemorragia subaracnoidea no traumática con afectación de lado derecho dominante
I69.042	Monoplejía de extremidad inferior tras hemorragia subaracnoidea no traumática con afectación de lado izquierdo dominante
I69.043	Monoplejía de extremidad inferior tras hemorragia subaracnoidea no traumática con afectación de lado derecho no dominante

I69.044	Monoplejía de extremidad inferior tras hemorragia subaracnoidea no traumática con afectación de lado izquierdo no dominante
I69.049	Monoplejía de extremidad inferior tras hemorragia subaracnoidea no traumática con afectación de lado no especificado
I69.051	Hemiplejía y hemiparesia tras hemorragia subaracnoidea no traumática con afectación de lado derecho dominante
I69.052	Hemiplejía y hemiparesia tras hemorragia subaracnoidea no traumática con afectación de lado izquierdo dominante
I69.053	Hemiplejía y hemiparesia tras hemorragia subaracnoidea no traumática con afectación de lado derecho no dominante
I69.054	Hemiplejía y hemiparesia tras hemorragia subaracnoidea no traumática con afectación de lado izquierdo no dominante
I69.059	Hemiplejía y hemiparesia tras hemorragia subaracnoidea no traumática con afectación de lado no especificado
I69.061	Otro síndrome paralítico tras hemorragia subaracnoidea con afectación de lado derecho dominante
I69.062	Otro síndrome paralítico tras hemorragia subaracnoidea con afectación de lado izquierdo dominante
I69.063	Otro síndrome paralítico tras hemorragia subaracnoidea con afectación de lado derecho no dominante
I69.064	Otro síndrome paralítico tras hemorragia subaracnoidea con afectación de lado izquierdo no dominante
I69.065	Otro síndrome paralítico tras hemorragia subaracnoidea no traumática, bilateral
I69.069	Otro síndrome paralítico tras hemorragia subaracnoidea con afectación de lado no especificado
I69.090	Apraxia tras hemorragia subaracnoidea no traumática
I69.091	Disfagia tras hemorragia subaracnoidea no traumática
I69.092	Paresia facial tras hemorragia subaracnoidea no traumática
I69.093	Ataxia tras hemorragia subaracnoidea no traumática
I69.098	Otras secuelas tras hemorragia subaracnoidea no traumática
I69.10	Secuelas no especificadas de hemorragia intracerebral no traumática
I69.110	Déficit de atención y concentración tras hemorragia intracerebral no traumática
I69.111	Déficit de memoria tras hemorragia intracerebral no traumática
I69.112	Déficit visuoespacial y agnosia tras hemorragia intracerebral no traumática
I69.113	Déficit psicomotor tras hemorragia intracerebral no traumática
I69.114	Déficit del lóbulo frontal y de la función ejecutiva tras hemorragia intracerebral no traumática
I69.115	Déficit cognitivo social o emocional tras hemorragia intracerebral no traumática
I69.118	Otros síntomas y signos que afectan a las funciones cognitivas tras hemorragia intracerebral no traumática
I69.119	Síntomas y signos no especificados que afectan a las funciones cognitivas tras hemorragia intracerebral no traumática
I69.120	Afasia tras hemorragia intracerebral no traumática
I69.121	Disfasia tras hemorragia intracerebral no traumática
I69.122	Disartria tras hemorragia intracerebral no traumática
I69.123	Trastorno de la fluidez del habla tras hemorragia intracerebral no traumática

I69.128	Otros déficits del habla y el lenguaje tras hemorragia intracerebral no traumática
I69.131	Monoplejía de extremidad superior tras hemorragia intracerebral no traumática con afectación de lado derecho dominante
I69.132	Monoplejía de extremidad superior tras hemorragia intracerebral no traumática con afectación de lado izquierdo dominante
I69.133	Monoplejía de extremidad superior tras hemorragia intracerebral no traumática con afectación de lado derecho no dominante
I69.134	Monoplejía de extremidad superior tras hemorragia intracerebral no traumática con afectación de lado izquierdo no dominante
I69.139	Monoplejía de extremidad superior tras hemorragia intracerebral no traumática con afectación de lado no especificado
I69.141	Monoplejía de extremidad inferior tras hemorragia intracerebral no traumática con afectación de lado derecho dominante
I69.142	Monoplejía de extremidad inferior tras hemorragia intracerebral no traumática con afectación de lado izquierdo dominante
I69.143	Monoplejía de extremidad inferior tras hemorragia intracerebral no traumática con afectación de lado derecho no dominante
I69.144	Monoplejía de extremidad inferior tras hemorragia intracerebral no traumática con afectación de lado izquierdo no dominante
I69.149	Monoplejía de extremidad inferior tras hemorragia intracerebral no traumática con afectación de lado no especificado
I69.151	Hemiplejía y hemiparesia tras hemorragia intracerebral no traumática con afectación de lado derecho dominante
I69.152	Hemiplejía y hemiparesia tras hemorragia intracerebral no traumática con afectación de lado izquierdo dominante
I69.153	Hemiplejía y hemiparesia tras hemorragia intracerebral no traumática con afectación de lado derecho no dominante
I69.154	Hemiplejía y hemiparesia tras hemorragia intracerebral no traumática con afectación de lado izquierdo no dominante
I69.159	Hemiplejía y hemiparesia tras hemorragia intracerebral no traumática con afectación de lado no especificado
I69.161	Otro síndrome paralítico tras hemorragia intracerebral no traumática con afectación de lado derecho dominante
I69.162	Otro síndrome paralítico tras hemorragia intracerebral no traumática con afectación de lado izquierdo dominante
I69.163	Otro síndrome paralítico tras hemorragia intracerebral no traumática con afectación de lado derecho no dominante
I69.164	Otro síndrome paralítico tras hemorragia intracerebral no traumática con afectación de lado izquierdo no dominante
I69.165	Otro síndrome paralítico tras hemorragia intracerebral no traumática, bilateral
I69.169	Otro síndrome paralítico tras hemorragia intracerebral no traumática con afectación de lado no especificado
I69.190	Apraxia tras hemorragia intracerebral no traumática
I69.191	Disfagia tras hemorragia intracerebral no traumática
I69.192	Paresia facial tras hemorragia intracerebral no traumática
I69.193	Ataxia tras hemorragia intracerebral no traumática
I69.198	Otras secuelas de hemorragia intracerebral no traumática
I69.20	Secuela no especificada de otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática

I69.210	Déficit de atención y concentración tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática
I69.211	Déficit de memoria tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática
I69.212	Déficit visuoespacial y agnosia tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática
I69.213	Déficit psicomotor tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática
I69.214	Déficit del lóbulo frontal y de la función ejecutiva tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática
I69.215	Déficit cognitivo social o emocional tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática
I69.218	Otros síntomas y signos que afectan a la función cognitiva tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática
I69.219	Síntomas y signos no especificados que afectan a la función cognitiva tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática
I69.220	Afasia tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática
I69.221	Disfasia tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática
I69.222	Disartria tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática
I69.223	Trastorno de la fluidez del habla tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática
I69.228	Otros déficits del habla y el lenguaje tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática
I69.231	Monoplejía de extremidad superior tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática con afectación de lado derecho dominante
I69.232	Monoplejía de extremidad superior tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática con afectación de lado izquierdo dominante
I69.233	Monoplejía de extremidad superior tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática con afectación de lado derecho no dominante
I69.234	Monoplejía de extremidad superior tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática con afectación de lado izquierdo no dominante
I69.239	Monoplejía de extremidad superior tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática con afectación de lado no especificado
I69.241	Monoplejía de extremidad inferior tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática con afectación de lado derecho dominante
I69.242	Monoplejía de extremidad inferior tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática con afectación de lado izquierdo dominante
I69.243	Monoplejía de extremidad inferior tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática con afectación de lado derecho no dominante
I69.244	Monoplejía de extremidad inferior tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática con afectación de lado izquierdo no dominante
I69.249	Monoplejía de extremidad inferior tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática con afectación de lado no especificado
I69.251	Hemiplejía y hemiparesia tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática con afectación de lado derecho dominante
I69.252	Hemiplejía y hemiparesia tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática con afectación de lado izquierdo dominante
I69.253	Hemiplejía y hemiparesia tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática con afectación de lado derecho no dominante
I69.254	Hemiplejía y hemiparesia tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática con afectación de lado izquierdo no dominante

I69.259	Hemiplejia y hemiparesia tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática con afectación de lado no especificado
I69.261	Otro síndrome paralítico tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática con afectación de lado derecho dominante
I69.262	Otro síndrome paralítico tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática con afectación de lado izquierdo dominante
I69.263	Otro síndrome paralítico tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática con afectación de lado derecho no dominante
I69.264	Otro síndrome paralítico tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática con afectación de lado izquierdo no dominante
I69.265	Otro síndrome paralítico tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática, bilateral
I69.269	Otro síndrome paralítico tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática con afectación de lado no especificado
I69.290	Apraxia tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática
I69.291	Disfagia tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática
I69.292	Paresia facial tras otros tipos de hemorragia intracraneal
I69.293	Ataxia tras otro tipo de hemorragia intracraneal no traumática
I69.298	Otras secuelas de otros tipos de hemorragia intracraneal no traumática
I69.30	Secuelas no especificadas de infarto cerebral
I69.310	Déficit de atención y concentración tras infarto cerebral
I69.311	Déficit de memoria tras infarto cerebral
I69.312	Déficit visuoespacial y agnosia tras infarto cerebral
I69.313	Déficit psicomotor tras infarto cerebral
I69.314	Déficit del lóbulo frontal y de la función ejecutiva tras infarto cerebral
I69.315	Déficit cognitivo social o emocional tras infarto cerebral
I69.318	Otros síntomas y signos que afectan a las funciones cognitivas tras infarto cerebral
I69.319	Síntomas y signos no especificados que afectan a las funciones cognitivas tras infarto cerebral
I69.320	Afasia tras infarto cerebral
I69.321	Disfasia tras infarto cerebral
I69.322	Disartria tras infarto cerebral
I69.323	Trastorno de la fluidez del habla tras infarto cerebral
I69.328	Otros déficits del habla y el lenguaje tras infarto cerebral
I69.331	Monoplejia de extremidad superior tras infarto cerebral con afectación de lado derecho dominante
I69.332	Monoplejia de extremidad superior tras infarto cerebral con afectación de lado izquierdo dominante
I69.333	Monoplejia de extremidad superior tras infarto cerebral con afectación de lado derecho no dominante
I69.334	Monoplejia de extremidad superior tras infarto cerebral con afectación de lado izquierdo no dominante
I69.339	Monoplejia de extremidad superior tras infarto cerebral con afectación de lado no especificado
I69.341	Monoplejia de extremidad inferior tras infarto cerebral con afectación de lado derecho dominante

I69.342	Monoplejia de extremidad inferior tras infarto cerebral con afectación de lado izquierdo dominante
I69.343	Monoplejia de extremidad inferior tras infarto cerebral con afectación de lado derecho no dominante
I69.344	Monoplejia de extremidad inferior tras infarto cerebral con afectación de lado izquierdo no dominante
I69.349	Monoplejia de extremidad inferior tras infarto cerebral con afectación de lado no especificado
I69.351	Hemiplejia y hemiparesia tras infarto cerebral con afectación de lado derecho dominante
I69.352	Hemiplejia y hemiparesia tras infarto cerebral con afectación de lado izquierdo dominante
I69.353	Hemiplejia y hemiparesia tras infarto cerebral con afectación de lado derecho no dominante
I69.354	Hemiplejia y hemiparesia tras infarto cerebral con afectación de lado izquierdo no dominante
I69.359	Hemiplejia y hemiparesia tras infarto cerebral con afectación de lado no especificado
I69.361	Otros síndromes paralíticos tras infarto cerebral con afectación de lado derecho dominante
I69.362	Otros síndromes paralíticos tras infarto cerebral con afectación de lado izquierdo dominante
I69.363	Otros síndromes paralíticos tras infarto cerebral con afectación de lado derecho no dominante
I69.364	Otros síndromes paralíticos tras infarto cerebral con afectación de lado izquierdo no dominante
I69.365	Otros síndromes paralíticos tras infarto cerebral, bilaterales
I69.369	Otros síndromes paralíticos tras infarto cerebral con afectación de lado no especificado
I69.390	Apraxia tras infarto cerebral
I69.391	Disfagia tras infarto cerebral
I69.392	Paresia facial tras infarto cerebral
I69.393	Ataxia tras infarto cerebral
I69.398	Otras secuelas de infarto cerebral
I69.80	Secuelas no especificadas de otro tipo de enfermedad cerebrovascular
I69.810	Déficit de atención y concentración tras otra enfermedad cerebrovascular
I69.811	Déficit de memoria tras otra enfermedad cerebrovascular
I69.812	Déficit visuoespacial y agnosia tras otra enfermedad cerebrovascular
I69.813	Déficit psicomotor tras otra enfermedad cerebrovascular
I69.814	Déficit del lóbulo frontal y de la función ejecutiva tras otra enfermedad cerebrovascular
I69.815	Déficit cognitivo social o emocional tras otra enfermedad cerebrovascular
I69.818	Otros síntomas y signos que afectan a las funciones cognitivas tras otra enfermedad cerebrovascular
I69.819	Síntomas y signos no especificados que afectan a las funciones cognitivas tras otra enfermedad cerebrovascular
I69.820	Afasia tras otra enfermedad cerebrovascular
I69.821	Disfasia tras otra enfermedad cerebrovascular

I69.822	Disartria tras otra enfermedad cerebrovascular
I69.823	Trastorno de la fluidez del habla tras otro tipo de enfermedad cerebrovascular
I69.828	Otros déficits del habla y el lenguaje tras otra enfermedad cerebrovascular
I69.831	Monoplejía de extremidad superior tras otra enfermedad cerebrovascular con afectación de lado derecho dominante
I69.832	Monoplejía de extremidad superior tras otra enfermedad cerebrovascular con afectación de lado izquierdo dominante
I69.833	Monoplejía de extremidad superior tras otra enfermedad cerebrovascular con afectación de lado derecho no dominante
I69.834	Monoplejía de extremidad superior tras otra enfermedad cerebrovascular con afectación de lado izquierdo no dominante
I69.839	Monoplejía de extremidad superior tras otra enfermedad cerebrovascular con afectación de lado no especificado
I69.841	Monoplejía de extremidad inferior tras otra enfermedad cerebrovascular con afectación de lado derecho dominante
I69.842	Monoplejía de extremidad inferior tras otra enfermedad cerebrovascular con afectación de lado izquierdo dominante
I69.843	Monoplejía de extremidad inferior tras otra enfermedad cerebrovascular con afectación de lado derecho no dominante
I69.844	Monoplejía de extremidad inferior tras otra enfermedad cerebrovascular con afectación de lado izquierdo no dominante
I69.849	Monoplejía de extremidad inferior tras otra enfermedad cerebrovascular con afectación de lado no especificado
I69.851	Hemiplejía y hemiparesia tras otra enfermedad cerebrovascular con afectación de lado derecho dominante
I69.852	Hemiplejía y hemiparesia tras otra enfermedad cerebrovascular con afectación de lado izquierdo dominante
I69.853	Hemiplejía y hemiparesia tras otra enfermedad cerebrovascular con afectación de lado derecho no dominante
I69.854	Hemiplejía y hemiparesia tras otra enfermedad cerebrovascular con afectación de lado izquierdo no dominante
I69.859	Hemiplejía y hemiparesia tras otra enfermedad cerebrovascular con afectación de lado no especificado
I69.861	Otro síndrome paralítico tras otra enfermedad cerebrovascular con afectación de lado derecho dominante
I69.862	Otro síndrome paralítico tras otra enfermedad cerebrovascular con afectación de lado izquierdo dominante
I69.863	Otro síndrome paralítico tras otra enfermedad cerebrovascular con afectación de lado derecho no dominante
I69.864	Otro síndrome paralítico tras otra enfermedad cerebrovascular con afectación de lado izquierdo no dominante
I69.865	Otro síndrome paralítico tras otra enfermedad cerebrovascular, bilateral
I69.869	Otro síndrome paralítico tras otra enfermedad cerebrovascular con afectación de lado no especificado
I69.890	Apraxia tras otros tipos de enfermedad cerebrovascular
I69.891	Disfagia tras otra enfermedad cerebrovascular
I69.892	Paresia facial tras otra enfermedad cerebrovascular
I69.893	Ataxia tras otra enfermedad cerebrovascular
I69.898	Otras secuelas de enfermedad cerebrovascular

I69.90	Secuelas no especificadas de enfermedad cerebrovascular no especificada
I69.910	Déficit de atención y concentración tras enfermedad cerebrovascular no especificada
I69.911	Déficit de memoria tras enfermedad cerebrovascular no especificada
I69.912	Déficit visuoespacial y agnosia tras enfermedad cerebrovascular no especificada
I69.913	Déficit psicomotor tras enfermedad cerebrovascular no especificada
I69.914	Déficit del lóbulo frontal y de la función ejecutiva tras enfermedad cerebrovascular no especificada
I69.915	Déficit cognitivo social o emocional tras enfermedad cerebrovascular no especificada
I69.918	Otros síntomas y signos que afectan a las funciones cognitivas tras enfermedad cerebrovascular no especificada
I69.919	Síntomas y signos no especificados que afectan a las funciones cognitivas tras enfermedad cerebrovascular no especificada
I69.920	Afasia tras enfermedad cerebrovascular no especificada
I69.921	Disfasia tras enfermedad cerebrovascular no especificada
I69.922	Disartria tras enfermedad cerebrovascular no especificada
I69.923	Trastorno de la fluidez del habla tras enfermedad cerebrovascular no especificada
I69.928	Otros déficits del habla y el lenguaje tras enfermedad cerebrovascular no especificada
I69.931	Monoplejía de extremidad superior tras enfermedad cerebrovascular no especificada con afectación de lado derecho dominante
I69.932	Monoplejía de extremidad superior tras enfermedad cerebrovascular no especificada con afectación de lado izquierdo dominante
I69.933	Monoplejía de extremidad superior tras enfermedad cerebrovascular no especificada con afectación de lado derecho no dominante
I69.934	Monoplejía de extremidad superior tras enfermedad cerebrovascular no especificada con afectación de lado izquierdo no dominante
I69.939	Monoplejía de extremidad superior tras enfermedad cerebrovascular no especificada con afectación de lado no especificado
I69.941	Monoplejía de extremidad inferior tras enfermedad cerebrovascular no especificada con afectación de lado derecho dominante
I69.942	Monoplejía de extremidad inferior tras enfermedad cerebrovascular no especificada con afectación de lado izquierdo dominante
I69.943	Monoplejía de extremidad inferior tras enfermedad cerebrovascular no especificada con afectación de lado derecho no dominante
I69.944	Monoplejía de extremidad inferior tras enfermedad cerebrovascular no especificada con afectación de lado izquierdo no dominante
I69.949	Monoplejía de extremidad inferior tras enfermedad cerebrovascular no especificada con afectación de lado no especificado
I69.951	Hemiplejía y hemiparesia tras enfermedad cerebrovascular no especificada con afectación de lado derecho dominante
I69.952	Hemiplejía y hemiparesia tras enfermedad cerebrovascular no especificada con afectación de lado izquierdo dominante
I69.953	Hemiplejía y hemiparesia tras enfermedad cerebrovascular no especificada con afectación de lado derecho no dominante
I69.954	Hemiplejía y hemiparesia tras enfermedad cerebrovascular no especificada con afectación de lado izquierdo no dominante

I69.959	Hemiplejía y hemiparesia tras enfermedad cerebrovascular no especificada con afectación de lado no especificado
I69.961	Otro síndrome paralítico tras enfermedad cerebrovascular no especificada con afectación de lado derecho dominante
I69.962	Otro síndrome paralítico tras enfermedad cerebrovascular no especificada con afectación de lado izquierdo dominante
I69.963	Otro síndrome paralítico tras enfermedad cerebrovascular no especificada con afectación de lado derecho no dominante
I69.964	Otro síndrome paralítico tras enfermedad cerebrovascular no especificada con afectación de lado izquierdo no dominante
I69.965	Otro síndrome paralítico tras enfermedad cerebrovascular no especificada, bilateral
I69.969	Otro síndrome paralítico tras enfermedad cerebrovascular no especificada con afectación de lado no especificado
I69.990	Apraxia tras enfermedad cerebrovascular no especificada
I69.991	Disfagia tras enfermedad cerebrovascular no especificada
I69.992	Paresia facial tras enfermedad cerebrovascular no especificada
I69.993	Ataxia tras enfermedad cerebrovascular no especificada
I69.998	Otras secuelas tras enfermedad cerebrovascular no especificada

**CÓDIGOS DE SECUELAS PARA EL CÓDIGO S06 (TRAUMATISMO INTRACRANEAL).
SOLO SE RECOGEN AQUELLAS QUE INDICAN LA PRESENCIA INEQUÍVOCA DE DCA.**

S06.A0XS	Compresión cerebral traumática sin herniación, secuela
S06.A1XD	Compresión cerebral traumática con herniación, contacto sucesivo
S06.A1XS	Compresión cerebral traumática con herniación, secuela
G09	Secuelas de enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central
B90.0	Secuelas de tuberculosis del sistema nervioso central
B94.1	Secuelas de encefalitis viral

**CÓDIGOS DE SECUELAS PARA EL CÓDIGO S06 (TRAUMATISMO INTRACRANEAL).
SOLO SE RECOGEN AQUELLAS QUE POR IMPORTANCIA, FRECUENCIA O NECESIDAD DE EXPLORACIÓN REQUIEREN DE LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS NEUROLÓGICAS PARA DETERMINAR LA EXISTENCIA DE DCA**

S06.0X0D	Conmoción sin pérdida de conciencia, contacto sucesivo
S06.0X0S	Conmoción sin pérdida de conciencia, secuela
S06.0X1D	Conmoción, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto sucesivo
S06.0X1S	Conmoción, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, secuela
S06.0XAD	Conmoción con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto sucesivo

S06.0XAS	Conmoción con estado de pérdida de conciencia desconocido, secuela
S06.0X9D	Conmoción, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto sucesivo
S06.0X9S	Conmoción, con pérdida de conciencia de duración no especificada, secuela
S06.1X0D	Edema cerebral traumático sin pérdida de conciencia, contacto sucesivo
S06.1X0S	Edema cerebral traumático sin pérdida de conciencia, secuela
S06.1X1D	Edema cerebral traumático, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto sucesivo
S06.1X1S	Edema cerebral traumático, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, secuela
S06.1X2D	Edema cerebral traumático, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto sucesivo
S06.1X2S	Edema cerebral traumático, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, secuela
S06.1X3D	Edema cerebral traumático, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto sucesivo
S06.1X3S	Edema cerebral traumático, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, secuela
S06.1X4D	Edema cerebral traumático, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto sucesivo
S06.1X4S	Edema cerebral traumático, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, secuela
S06.1X5D	Edema cerebral traumático, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto sucesivo
S06.1X5S	Edema cerebral traumático, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, secuela
S06.1X6D	Edema cerebral traumático, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, contacto sucesivo
S06.1X6S	Edema cerebral traumático, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, secuela
S06.1XAD	Edema cerebral traumático con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto sucesivo
S06.1XAS	Edema cerebral traumático con estado de pérdida de conciencia desconocido, secuela
S06.1X9D	Edema cerebral traumático, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto sucesivo
S06.1X9S	Edema cerebral traumático, con pérdida de conciencia de duración no especificada, secuela
S06.2X0D	Lesión cerebral traumática difusa sin pérdida de conciencia, contacto sucesivo
S06.2X0S	Lesión cerebral traumática difusa sin pérdida de conciencia, secuela
S06.2X1D	Lesión cerebral traumática difusa, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto sucesivo
S06.2X1S	Lesión cerebral traumática difusa, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, secuela

S06.2X2D	Lesión cerebral traumática difusa, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto sucesivo
S06.2X2S	Lesión cerebral traumática difusa, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, secuela
S06.2X3D	Lesión cerebral traumática difusa, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto sucesivo
S06.2X3S	Lesión cerebral traumática difusa, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, secuela
S06.2X4D	Lesión cerebral traumática difusa, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto sucesivo
S06.2X4S	Lesión cerebral traumática difusa, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, secuela
S06.2X5D	Lesión cerebral traumática difusa, con pérdida de conciencia de más de 24 horas y retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto sucesivo
S06.2X5S	Lesión cerebral traumática difusa, con pérdida de conciencia de más de 24 horas y retorno al nivel de conciencia preexistente, secuela
S06.2X6D	Lesión cerebral traumática difusa, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente con supervivencia del paciente, contacto sucesivo
S06.2X6S	Lesión cerebral traumática difusa, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente con supervivencia del paciente, secuela
S06.2XA D	Lesión cerebral traumática difusa con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto sucesivo
S06.2XA S	Lesión cerebral traumática difusa con estado de pérdida de conciencia desconocido, secuela
S06.2X9D	Lesión cerebral traumática difusa con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto sucesivo
S06.2X9S	Lesión cerebral traumática difusa con pérdida de conciencia de duración no especificada, secuela
S06.300D	Lesión cerebral traumática focal no especificada, sin pérdida de conciencia, contacto sucesivo
S06.300S	Lesión cerebral traumática focal no especificada, sin pérdida de conciencia, secuela
S06.301D	Lesión cerebral traumática focal no especificada, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto sucesivo
S06.301S	Lesión cerebral traumática focal no especificada, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, secuela
S06.302D	Lesión cerebral traumática focal no especificada, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto sucesivo
S06.302S	Lesión cerebral traumática focal no especificada, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, secuela
S06.303D	Lesión cerebral traumática focal no especificada, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto sucesivo
S06.303S	Lesión cerebral traumática focal no especificada, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, secuela
S06.304D	Lesión cerebral traumática focal no especificada, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto sucesivo
S06.304S	Lesión cerebral traumática focal no especificada, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, secuela

S06.305D	Lesión cerebral traumática focal no especificada, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto sucesivo
S06.305S	Lesión cerebral traumática focal no especificada, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, secuela
S06.306D	Lesión cerebral traumática focal no especificada, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, contacto sucesivo
S06.306S	Lesión cerebral traumática focal no especificada, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, secuela
S06.30AD	Lesión cerebral traumática focal no especificada con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto sucesivo
S06.30AS	Lesión cerebral traumática focal no especificada con estado de pérdida de conciencia desconocido, secuela
S06.309D	Lesión cerebral traumática focal no especificada, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto sucesivo
S06.309S	Lesión cerebral traumática focal no especificada, con pérdida de conciencia de duración no especificada, secuela
S06.310D	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral derecho sin pérdida de conciencia, contacto sucesivo
S06.310S	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral derecho sin pérdida de conciencia, secuela
S06.311D	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto sucesivo
S06.311S	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, secuela
S06.312D	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto sucesivo
S06.312S	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, secuela
S06.313D	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto sucesivo
S06.313S	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, secuela
S06.314D	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto sucesivo
S06.314S	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, secuela
S06.315D	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto sucesivo
S06.315S	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, secuela
S06.316D	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, contacto sucesivo

S06.316S	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, secuela
S06.31AD	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral derecho con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto sucesivo
S06.31AS	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral derecho con estado de pérdida de conciencia desconocido, secuela
S06.319D	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto sucesivo
S06.319S	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de duración no especificada, secuela
S06.320D	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral izquierdo sin pérdida de conciencia, contacto sucesivo
S06.320S	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral izquierdo sin pérdida de conciencia, secuela
S06.321D	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto sucesivo
S06.321S	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, secuela
S06.322D	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto sucesivo
S06.322S	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, secuela
S06.323D	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto sucesivo
S06.323S	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, secuela
S06.324D	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto sucesivo
S06.324S	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, secuela
S06.325D	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto sucesivo
S06.325S	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, secuela
S06.326D	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, contacto sucesivo
S06.326S	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, secuela
S06.32AD	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral izquierdo con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto sucesivo
S06.32AS	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral izquierdo con estado de pérdida de conciencia desconocido, secuela
S06.329D	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto sucesivo
S06.329S	Contusión y desgarró de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de duración no especificada, secuela

S06.330D	Contusión y desgarró cerebral no especificados, sin pérdida de conciencia, contacto sucesivo
S06.330S	Contusión y desgarró cerebral no especificados, sin pérdida de conciencia, secuela
S06.331D	Contusión y desgarró cerebral no especificados, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto sucesivo
S06.331S	Contusión y desgarró cerebral no especificados, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, secuela
S06.332D	Contusión y desgarró cerebral no especificados, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto sucesivo
S06.332S	Contusión y desgarró cerebral no especificados, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, secuela
S06.333D	Contusión y desgarró cerebral no especificados, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto sucesivo
S06.333S	Contusión y desgarró cerebral no especificados, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, secuela
S06.334D	Contusión y desgarró cerebral no especificados, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto sucesivo
S06.334S	Contusión y desgarró cerebral no especificados, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, secuela
S06.335D	Contusión y desgarró cerebral no especificados, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto sucesivo
S06.335S	Contusión y desgarró cerebral no especificados, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, secuela
S06.336D	Contusión y desgarró cerebral no especificados, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, contacto sucesivo
S06.336S	Contusión y desgarró cerebral no especificados, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, secuela
S06.33AD	Contusión y desgarró cerebral no especificados, con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto sucesivo
S06.33AS	Contusión y desgarró cerebral no especificados, con estado de pérdida de conciencia desconocido, secuela
S06.339D	Contusión y desgarró cerebral no especificados, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto sucesivo
S06.339S	Contusión y desgarró cerebral no especificados, con pérdida de conciencia de duración no especificada, secuela
S06.340D	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral derecho sin pérdida de conciencia, contacto sucesivo
S06.340S	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral derecho sin pérdida de conciencia, secuela
S06.341D	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto sucesivo
S06.341S	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, secuela
S06.342D	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto sucesivo

S06.342S	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, secuela
S06.343D	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto sucesivo
S06.343S	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, secuela
S06.344D	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto sucesivo
S06.344S	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, secuela
S06.345D	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto sucesivo
S06.345S	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, secuela
S06.346D	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, contacto sucesivo
S06.346S	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, secuela
S06.34AD	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral derecho con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto sucesivo
S06.34AS	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral derecho con estado de pérdida de conciencia desconocido, secuela
S06.349D	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto sucesivo
S06.349S	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral derecho, con pérdida de conciencia de duración no especificada, secuela
S06.350D	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral izquierdo sin pérdida de conciencia, contacto sucesivo
S06.350S	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral izquierdo sin pérdida de conciencia, secuela
S06.351D	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto sucesivo
S06.351S	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, secuela
S06.352D	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto sucesivo
S06.352S	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, secuela
S06.353D	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto sucesivo
S06.353S	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, secuela
S06.354D	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto sucesivo
S06.354S	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, secuela

S06.355D	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto sucesivo
S06.355S	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, secuela
S06.356D	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, contacto sucesivo
S06.356S	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, secuela
S06.35AD	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral izquierdo con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto sucesivo
S06.35AS	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral izquierdo con estado de pérdida de conciencia desconocido, secuela
S06.359D	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto sucesivo
S06.359S	Hemorragia traumática de hemisferio cerebral izquierdo, con pérdida de conciencia de duración no especificada, secuela
S06.360D	Hemorragia traumática de cerebro, no especificada, sin pérdida de conciencia, contacto sucesivo
S06.360S	Hemorragia traumática de cerebro, no especificada, sin pérdida de conciencia, secuela
S06.361D	Hemorragia traumática de cerebro, no especificada, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto sucesivo
S06.361S	Hemorragia traumática de cerebro, no especificada, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, secuela
S06.362D	Hemorragia traumática de cerebro, no especificada, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto sucesivo
S06.362S	Hemorragia traumática de cerebro, no especificada, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, secuela
S06.363D	Hemorragia traumática de cerebro, no especificada, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto sucesivo
S06.363S	Hemorragia traumática de cerebro, no especificada, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, secuela
S06.364D	Hemorragia traumática de cerebro, no especificada, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto sucesivo
S06.364S	Hemorragia traumática de cerebro, no especificada, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, secuela
S06.365D	Hemorragia traumática de cerebro, no especificada, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto sucesivo
S06.365S	Hemorragia traumática de cerebro, no especificada, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, secuela
S06.366D	Hemorragia traumática de cerebro, no especificada, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, contacto sucesivo

S06.366S	Hemorragia traumática de cerebro, no especificada, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, secuela
S06.36AD	Hemorragia traumática de cerebro, no especificada, con estado de conciencia no especificado, contacto sucesivo
S06.36AS	Hemorragia traumática de cerebro, no especificada, con estado de conciencia no especificado, secuela
S06.369D	Hemorragia traumática de cerebro, no especificada, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto sucesivo
S06.369S	Hemorragia traumática de cerebro, no especificada, con pérdida de conciencia de duración no especificada, secuela
S06.370D	Contusión, laceración y hemorragia de cerebelo sin pérdida de conciencia, contacto sucesivo
S06.370S	Contusión, laceración y hemorragia de cerebelo sin pérdida de conciencia, secuela
S06.371A	Contusión, laceración y hemorragia de cerebelo, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto inicial
S06.371D	Contusión, laceración y hemorragia de cerebelo, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto sucesivo
S06.371S	Contusión, laceración y hemorragia de cerebelo, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, secuela
S06.372D	Contusión, laceración y hemorragia de cerebelo, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto sucesivo
S06.372S	Contusión, laceración y hemorragia de cerebelo, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, secuela
S06.373D	Contusión, laceración y hemorragia de cerebelo, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto sucesivo
S06.373S	Contusión, laceración y hemorragia de cerebelo, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, secuela
S06.374D	Contusión, laceración y hemorragia de cerebelo, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto sucesivo
S06.374S	Contusión, laceración y hemorragia de cerebelo, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, secuela
S06.375D	Contusión, laceración y hemorragia de cerebelo, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto sucesivo
S06.375S	Contusión, laceración y hemorragia de cerebelo, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, secuela
S06.376D	Contusión, laceración y hemorragia de cerebelo, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, contacto sucesivo
S06.376S	Contusión, laceración y hemorragia de cerebelo, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, secuela
S06.37AD	Contusión, laceración y hemorragia de cerebelo con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto sucesivo
S06.37AS	Contusión, laceración y hemorragia de cerebelo con estado de pérdida de conciencia desconocido, secuela
S06.379D	Contusión, laceración y hemorragia de cerebelo, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto sucesivo

S06.379S	Contusión, laceración y hemorragia de cerebelo, con pérdida de conciencia de duración no especificada, secuela
S06.380D	Contusión, laceración y hemorragia de tronco cerebral sin pérdida de conciencia, contacto sucesivo
S06.380S	Contusión, laceración y hemorragia de tronco cerebral sin pérdida de conciencia, secuela
S06.381D	Contusión, laceración y hemorragia de tronco cerebral, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto sucesivo
S06.381S	Contusión, laceración y hemorragia de tronco cerebral, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, secuela
S06.382D	Contusión, laceración y hemorragia de tronco cerebral, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto sucesivo
S06.382S	Contusión, laceración y hemorragia de tronco cerebral, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, secuela
S06.383D	Contusión, laceración y hemorragia de tronco cerebral, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto sucesivo
S06.383S	Contusión, laceración y hemorragia de tronco cerebral, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, secuela
S06.384D	Contusión, laceración y hemorragia de tronco cerebral, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto sucesivo
S06.384S	Contusión, laceración y hemorragia de tronco cerebral, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, secuela
S06.385D	Contusión, laceración y hemorragia de tronco cerebral, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto sucesivo
S06.385S	Contusión, laceración y hemorragia de tronco cerebral, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, secuela
S06.386D	Contusión, laceración y hemorragia de tronco cerebral, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, contacto sucesivo
S06.386S	Contusión, laceración y hemorragia de tronco cerebral, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, secuela
S06.38AD	Contusión, laceración y hemorragia de tronco cerebral con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto sucesivo
S06.38AS	Contusión, laceración y hemorragia de tronco cerebral con estado de pérdida de conciencia desconocido, secuela
S06.389D	Contusión, laceración y hemorragia de tronco cerebral, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto sucesivo
S06.389S	Contusión, laceración y hemorragia de tronco cerebral, con pérdida de conciencia de duración no especificada, secuela
S06.4X0D	Hemorragia epidural sin pérdida de conciencia, contacto sucesivo
S06.4X0S	Hemorragia epidural sin pérdida de conciencia, secuela
S06.4X1D	Hemorragia epidural, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto sucesivo
S06.4X1S	Hemorragia epidural, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, secuela
S06.4X2D	Hemorragia epidural, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto sucesivo

S06.4X2S	Hemorragia epidural, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, secuela
S06.4X3D	Hemorragia epidural, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto sucesivo
S06.4X3S	Hemorragia epidural, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, secuela
S06.4X4D	Hemorragia epidural, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto sucesivo
S06.4X4S	Hemorragia epidural, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, secuela
S06.4X5D	Hemorragia epidural, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto sucesivo
S06.4X5S	Hemorragia epidural, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, secuela
S06.4X6D	Hemorragia epidural, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, contacto sucesivo
S06.4X6S	Hemorragia epidural, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, secuela
S06.4XA D	Hemorragia epidural con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto sucesivo
S06.4XA S	Hemorragia epidural con estado de pérdida de conciencia desconocido, secuela
S06.4X9D	Hemorragia epidural, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto sucesivo
S06.4X9S	Hemorragia epidural, con pérdida de conciencia de duración no especificada, secuela
S06.5X0D	Hemorragia subdural traumática sin pérdida de conciencia, contacto sucesivo
S06.5X0S	Hemorragia subdural traumática sin pérdida de conciencia, secuela
S06.5X1D	Hemorragia subdural traumática, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto sucesivo
S06.5X1S	Hemorragia subdural traumática, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, secuela
S06.5X2D	Hemorragia subdural traumática, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto sucesivo
S06.5X2S	Hemorragia subdural traumática, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, secuela
S06.5X3D	Hemorragia subdural traumática, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto sucesivo
S06.5X3S	Hemorragia subdural traumática, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, secuela
S06.5X4D	Hemorragia subdural traumática, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto sucesivo
S06.5X4S	Hemorragia subdural traumática, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, secuela
S06.5X5D	Hemorragia subdural traumática, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto sucesivo
S06.5X5S	Hemorragia subdural traumática, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, secuela

S06.5X6D	Hemorragia subdural traumática, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, contacto sucesivo
S06.5X6S	Hemorragia subdural traumática, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, secuela
S06.5XA D	Hemorragia subdural traumática con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto sucesivo
S06.5XA S	Hemorragia subdural traumática con estado de pérdida de conciencia desconocido, secuela
S06.5X9D	Hemorragia subdural traumática, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto sucesivo
S06.5X9S	Hemorragia subdural traumática, con pérdida de conciencia de duración no especificada, secuela
S06.6X0D	Hemorragia subaracnoidea traumática sin pérdida de conciencia, contacto sucesivo
S06.6X0S	Hemorragia subaracnoidea traumática sin pérdida de conciencia, secuela
S06.6X1D	Hemorragia subaracnoidea traumática, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto sucesivo
S06.6X1S	Hemorragia subaracnoidea traumática, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, secuela
S06.6X2D	Hemorragia subaracnoidea traumática, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto sucesivo
S06.6X2S	Hemorragia subaracnoidea traumática, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, secuela
S06.6X3D	Hemorragia subaracnoidea traumática, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto sucesivo
S06.6X3S	Hemorragia subaracnoidea traumática, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, secuela
S06.6X4D	Hemorragia subaracnoidea traumática, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto sucesivo
S06.6X4S	Hemorragia subaracnoidea traumática, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, secuela
S06.6X5D	Hemorragia subaracnoidea traumática, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto sucesivo
S06.6X5S	Hemorragia subaracnoidea traumática, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, secuela
S06.6X6D	Hemorragia subaracnoidea traumática, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, contacto sucesivo
S06.6X6S	Hemorragia subaracnoidea traumática, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, secuela
S06.6XA D	Hemorragia subaracnoidea traumática con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto sucesivo
S06.6XA S	Hemorragia subaracnoidea traumática con estado de pérdida de conciencia desconocido, secuela
S06.6X9D	Hemorragia subaracnoidea traumática, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto sucesivo

S06.6X9S	Hemorragia subaracnoidea traumática, con pérdida de conciencia de duración no especificada, secuela
S06.810D	Traumatismo de arteria carótida interna derecha, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, sin pérdida de conciencia, contacto sucesivo
S06.810S	Traumatismo de arteria carótida interna derecha, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, sin pérdida de conciencia, secuela
S06.811D	Traumatismo de arteria carótida interna derecha, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto sucesivo
S06.811S	Traumatismo de arteria carótida interna derecha, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, secuela
S06.812D	Traumatismo de arteria carótida interna derecha, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto sucesivo
S06.812S	Traumatismo de arteria carótida interna derecha, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, secuela
S06.813D	Traumatismo de arteria carótida interna derecha, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto sucesivo
S06.813S	Traumatismo de arteria carótida interna derecha, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, secuela
S06.814D	Traumatismo de arteria carótida interna derecha, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto sucesivo
S06.814S	Traumatismo de arteria carótida interna derecha, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, secuela
S06.815D	Traumatismo de arteria carótida interna derecha, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto sucesivo
S06.815S	Traumatismo de arteria carótida interna derecha, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, secuela
S06.816D	Traumatismo de arteria carótida interna derecha, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, contacto sucesivo
S06.816S	Traumatismo de arteria carótida interna derecha, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, secuela
S06.81AD	Traumatismo de arteria carótida interna derecha, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto sucesivo
S06.81AS	Traumatismo de arteria carótida interna derecha, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto con estado de pérdida de conciencia desconocido, secuela

S06.819D	Traumatismo de arteria carótida interna derecha, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto sucesivo
S06.819S	Traumatismo de arteria carótida interna derecha, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de duración no especificada, secuela
S06.820D	Traumatismo de arteria carótida interna izquierda, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, sin pérdida de conciencia, contacto sucesivo
S06.820S	Traumatismo de arteria carótida interna izquierda, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, sin pérdida de conciencia, secuela
S06.821D	Traumatismo de arteria carótida interna izquierda, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto sucesivo
S06.821S	Traumatismo de arteria carótida interna izquierda, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, secuela
S06.822D	Traumatismo de arteria carótida interna izquierda, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto sucesivo
S06.822S	Traumatismo de arteria carótida interna izquierda, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, secuela
S06.823D	Traumatismo de arteria carótida interna izquierda, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto sucesivo
S06.823S	Traumatismo de arteria carótida interna izquierda, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, secuela
S06.824D	Traumatismo de arteria carótida interna izquierda, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto sucesivo
S06.824S	Traumatismo de arteria carótida interna izquierda, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, secuela
S06.825D	Traumatismo de arteria carótida interna izquierda, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto sucesivo
S06.825S	Traumatismo de arteria carótida interna izquierda, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, secuela
S06.826D	Traumatismo de arteria carótida interna izquierda, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, contacto sucesivo
S06.826S	Traumatismo de arteria carótida interna izquierda, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, secuela
S06.82AD	Traumatismo de arteria carótida interna izquierda, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto sucesivo

S06.82AS	Traumatismo de arteria carótida interna izquierda, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto con estado de pérdida de conciencia desconocido, secuela
S06.829D	Traumatismo de arteria carótida interna izquierda, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto sucesivo
S06.829S	Traumatismo de arteria carótida interna izquierda, porción intracraneal, no clasificada bajo otro concepto, con pérdida de conciencia de duración no especificada, secuela
S06.8A0D	Lesión cerebral primaria por explosión, no clasificada bajo otro concepto sin pérdida de conciencia, contacto sucesivo
S06.8A0S	Lesión cerebral primaria por explosión, no clasificada bajo otro concepto sin pérdida de conciencia, secuela
S06.8A1D	Lesión cerebral primaria por explosión, no clasificada bajo otro concepto con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto sucesivo
S06.8A1S	Lesión cerebral primaria por explosión, no clasificada bajo otro concepto con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, secuela
S06.8A2D	Lesión cerebral primaria por explosión, no clasificada bajo otro concepto con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto sucesivo
S06.8A2S	Lesión cerebral primaria por explosión, no clasificada bajo otro concepto con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, secuela
S06.8A3D	Lesión cerebral primaria por explosión, no clasificada bajo otro concepto con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto sucesivo
S06.8A3S	Lesión cerebral primaria por explosión, no clasificada bajo otro concepto con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, secuela
S06.8A4D	Lesión cerebral primaria por explosión, no clasificada bajo otro concepto con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto sucesivo
S06.8A4S	Lesión cerebral primaria por explosión, no clasificada bajo otro concepto con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, secuela
S06.8A5D	Lesión cerebral primaria por explosión, no clasificada bajo otro concepto con pérdida de conciencia de más de 24 horas con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto sucesivo
S06.8A5S	Lesión cerebral primaria por explosión, no clasificada bajo otro concepto con pérdida de conciencia de más de 24 horas con retorno al nivel de conciencia preexistente, secuela
S06.8A6D	Lesión cerebral primaria por explosión, no clasificada bajo otro concepto con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente con supervivencia del paciente, contacto sucesivo
S06.8A6S	Lesión cerebral primaria por explosión, no clasificada bajo otro concepto con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente con supervivencia del paciente, secuela
S06.8AAD	Lesión cerebral primaria por explosión, no clasificada bajo otro concepto con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto sucesivo
S06.8AAS	Lesión cerebral primaria por explosión, no clasificada bajo otro concepto con estado de pérdida de conciencia desconocido, secuela
S06.8A9D	Lesión cerebral primaria por explosión, no clasificada bajo otro concepto con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto sucesivo
S06.8A9S	Lesión cerebral primaria por explosión, no clasificada bajo otro concepto con pérdida de conciencia de duración no especificada, secuela

S06.890D	Otro tipo especificado de traumatismo intracraneal sin pérdida de conciencia, contacto sucesivo
S06.890S	Otro tipo especificado de traumatismo intracraneal sin pérdida de conciencia, secuela
S06.891D	Otro tipo especificado de traumatismo intracraneal, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto sucesivo
S06.891S	Otro tipo especificado de traumatismo intracraneal, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, secuela
S06.892D	Otro tipo especificado de traumatismo intracraneal, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto sucesivo
S06.892S	Otro tipo especificado de traumatismo intracraneal, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, secuela
S06.893D	Otro tipo especificado de traumatismo intracraneal, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto sucesivo
S06.893S	Otro tipo especificado de traumatismo intracraneal, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, secuela
S06.894D	Otro tipo especificado de traumatismo intracraneal, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto sucesivo
S06.894S	Otro tipo especificado de traumatismo intracraneal, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, secuela
S06.895D	Otro tipo especificado de traumatismo intracraneal, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto sucesivo
S06.895S	Otro tipo especificado de traumatismo intracraneal, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, secuela
S06.896D	Otro tipo especificado de traumatismo intracraneal, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, contacto sucesivo
S06.896S	Otro tipo especificado de traumatismo intracraneal, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, secuela
S06.89AD	Otro tipo especificado de traumatismo intracraneal con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto sucesivo
S06.89AS	Otro tipo especificado de traumatismo intracraneal con estado de pérdida de conciencia desconocido, secuela
S06.899D	Otro tipo especificado de traumatismo intracraneal, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto sucesivo
S06.899S	Otro tipo especificado de traumatismo intracraneal, con pérdida de conciencia de duración no especificada, secuela
S06.9X0D	Traumatismo intracraneal no especificado sin pérdida de conciencia, contacto sucesivo
S06.9X0S	Traumatismo intracraneal no especificado sin pérdida de conciencia, secuela
S06.9X1D	Traumatismo intracraneal no especificado, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, contacto sucesivo
S06.9X1S	Traumatismo intracraneal no especificado, con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos, secuela
S06.9X2D	Traumatismo intracraneal no especificado, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, contacto sucesivo

S06.9X2S	Traumatismo intracraneal no especificado, con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos, secuela
S06.9X3D	Traumatismo intracraneal no especificado, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, contacto sucesivo
S06.9X3S	Traumatismo intracraneal no especificado, con pérdida de conciencia de 1 hora a 5 horas y 59 minutos, secuela
S06.9X4D	Traumatismo intracraneal no especificado, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, contacto sucesivo
S06.9X4S	Traumatismo intracraneal no especificado, con pérdida de conciencia de 6 a 24 horas, secuela
S06.9X5D	Traumatismo intracraneal no especificado, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, contacto sucesivo
S06.9X5S	Traumatismo intracraneal no especificado, con pérdida de conciencia de más de 24 horas, con retorno al nivel de conciencia preexistente, secuela
S06.9X6D	Traumatismo intracraneal no especificado, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, contacto sucesivo
S06.9X6S	Traumatismo intracraneal no especificado, con pérdida de conciencia de más de 24 horas sin retorno al nivel de conciencia preexistente, con supervivencia del paciente, secuela
S06.9XA D	Traumatismo intracraneal no especificado con estado de pérdida de conciencia desconocido, contacto sucesivo
S06.9XA S	Traumatismo intracraneal no especificado con estado de pérdida de conciencia desconocido, secuela
S06.9X9D	Traumatismo intracraneal no especificado, con pérdida de conciencia de duración no especificada, contacto sucesivo
S06.9X9S	Traumatismo intracraneal no especificado, con pérdida de conciencia de duración no especificada, secuela
S06.A0X D	Compresión cerebral traumática sin herniación, contacto sucesivo
S06.A1X D	Compresión cerebral traumática con herniación, contacto sucesivo

ANEXO 2: ESCALAS PARA LA VALORACIÓN DEL DCA

- Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF)
- Índice de Barthel de Actividades de la Vida Diaria (BI, Barthel Index)
- Fatigue Severity Scale (FSS)
- FIM
- 10-Meter Walking Test (10MWT)
- 6-Minute Walking Test (6MWT)
- Berg Scale (Berg)
- Functional Ambulation Categories (FAC)
- Timed Up and Go (TUG)
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADs)
- Mini-Mental State Examination (MMSE-1)
- Escala Geriátrica de Depresión (DGS)
- Montreal Cognitive Assessment (MoCA)
- Short Form 36 Health Survey (SF-36)
- EuroQol-5D (EQ-5D)
- Escala de Rankin modificada(mRS)
- Fugl-Meyer Assessment (FMA)
- Rivermead Motor Assessment (RMA)
- Motricity Index (MI)
- Baterías de valoración neuropsicológica

- CAVIDACE
- Test de Stroop
- WAIS-IV (Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos)
- TMT (Trail Making Test)
- Figura compleja de Rey
- Escala DCS

Herramientas para identificar secuelas del DCA por fase y dominio:

- Aguda
 - (UCI, planta) Nivel de conciencia Glasgow Coma Scale (GCS), CRS-R
 - Déficits neurológicos NIHSS, exploración neurológica
 - Función motora y tono Motricity Index, MRC, Ashworth Modificada
 - Autonomía básica Índice de Barthel (versión breve)
 - Dolor y espasticidad EVA, Escalas específicas por segmento
- Subaguda
 - (rehabilitación inicial) Función global mRS, CIF, FIM
 - Cognición MoCA, ACE-III, FAB
 - Lenguaje Boston Naming, Token Test
 - Conducta y funciones ejecutivas DEX, FrSBe
 - Estado emocional HADS, PHQ-9
 - Actividades diarias Barthel completo, Lawton & Brody
 - Marcha y equilibrio TUG, 10MWT, Fugl-Meyer
- Crónica
 - (seguimiento, comunidad) Calidad de vida SF-36, EQ-5D, SSQoL, QOLIBRI
 - Cognición avanzada BADS, WAIS-IV, TAVEC
 - Participación social CIQ, Escalas CIF

- Apoyo social y familiar Zarit, FAD
 - Autoconciencia SADI
 - Transversales
- Todas las fases: Cribado rápido MMSE, MoCA, NPI
- Dependencia y discapacidad social: Valoración de dependencia, baremos CAIS



www.dañocerebralestatal.org

Tlf. 91 417 89 05



El Observatorio Estatal de Daño Cerebral es un instrumento técnico que Daño Cerebral Estatal pone al servicio de las Administraciones Públicas, el Tercer Sector y la población en general con el objetivo de recopilar, sistematizar, actualizar, generar y difundir información sociosanitaria relacionada con el Daño Cerebral Adquirido.