



Sociedade Galega de Fisioterapeutas

(SOGAFI)

## **Revisión do Documento “*Proceso Asistencial Integrado (PAI) da Enfermidade Pulmonar Obstrutiva Crónica (EPOC)*”.**

Dende a Comisión de Fisioterapia Respiratoria de SOGAFI, realizouse unha revisión do documento *PAI en EPOC*, trala que presentamos as seguintes alegacións, coa conseguinte exposición motivada:

### **1. Consideracións previas**

Os pacientes con EPOC son unha poboación clínica na que a mellora das súas capacidades pulmonares, a boa xestión das secrecións, e o aumento da súa funcionalidade física son imprescindibles para melloralasúa calidade de vida. Por este motivos, dende Sogafi consideramos que na busca da mellor atención destes pacientes, potenciar as intervencións de Fisioterapia precoz orientada a toda a mellora da esfera respiratoria (forza muscular, flexibilidade costal, mellor manexo das secrecións, etc..) debe ser un apartado fundamental deste PAI.

Neste xeito, na carteira de servizos de Fisioterapia en AP incorporouse un programa de Fisioterapia orientado aos pacientes con procesos respiratorios crónicos, dirixido a estas poboacións clínicas, para darlles a maior funcionalidade posible a través do exercicio terapéutico. Por este motivo, botamos de menos unha máis clara referencia dentro do PAI a estas abordaxes dende a Fisioterapia, tanto no apartado de tratamentos non farmacolóxicos, coma no da rehabilitación pulmonar.

Debemos considerar que nestes casos de procesos crónicos, os tratamentos conservadores orientados a mellora da funcionalidade a través do exercicio terapéutico, e a correcta xestión das secrecións, son básicos para manter a mellor calidade de vida posible, evitar as reagudizacións dos procesos, e favorecer e potenciar a tan desexada Continuade Asistencial nos coidados.

## 2. Alegacións concretas ao documento.

- **Páxina 4**, apartado 3 de *“Análisis de situación y expectativas”*, en el *“análisis de la situación”*, fai referencia a atención especializada, e debería ser atención Hospitalaria.

- **Páxina 11**, no apartado *“C) Consulta de confirmación diagnóstica, evaluación de riesgo e inicio tratamiento”*, cando fala de analizar as necesidades asistenciais, a clasificación que se fai non queda clara, xa que fala de intervención non farmacolóxica, pero non queda claro se inclúe as intervencións de Fisioterapia (por exemplo os programas para pacientes respiratorios que se van a poñer en marcha nas Unidades de Fisioterapia de AP (UFAP).

- **Páxina 12**, cando se refire a os *“programas de rehabilitación Respiratoria”*, consideramos máis axeitado utilizar o termo de **rehabilitación pulmonar**

- **Páxina 12**, no apartado *“d) Consulta inicial de Intervenciones no farmacológicas”*, cando fala de propoñer un programa de educación terapéutica, creemos preferible utilizar *“educación para a saúde”*, onde este formaría parte en realidade da rehabilitación pulmonar, que ademais estaría incluído no programa de rehabilitación pulmonar.

Creemos que é confuso o epígrafe de intervención non farmacolóxicas, e separado dela a rehabilitación pulmonar. Entendemos que a Rehabilitación pulmonar sería parte dun tratamento non farmacolóxico, que entre os seus apartados incluíría a educación para a saúde.

- **Páxina 16**, no apartado *“a) Consulta médica inicial de paciente inestable y/o de alto riesgo”*, cando fala de solicitar certas probas para medir certos valores, cando se refire a *“Volúmenes pulmonares estáticos y prueba de transferencia de CO”*, ¿refírese á pletismografía?

- **Páxina 23**, no punto *“7- INDICADORES DEL PROCESO”*, creemos necesario establecer un indicador de pacientes que fagan un programa de Fisioterapia respiratoria na súa UFAP, dos que están contemplados dentro da nova carteira de servizos de Fisioterapia en AP., para procesos respiratorios.

- **Páxina 25**, no *“ANEXO 2.- Recomendaciones previas a la realización de la espirometría”*, pódese proporcionar aos pacientes follas de información previamente. Recomendamos revisar estas da SEPAR pacientes: [https://drive.google.com/file/d/1UGuK0\\_KDki2\\_rse1-gn5tW7xz6tgLWhd/view](https://drive.google.com/file/d/1UGuK0_KDki2_rse1-gn5tW7xz6tgLWhd/view)

- **Páxina 25**, no mesmo apartado, cando fala dos *“aumentos da presión intraocular”*, non se engade ningunha condición relacionada co aumento de presión intraocular. Por exemplo, cirurxía ocular recente, desprendemento de retina, glaucoma...

- **Páxina 27**, cando fala dos *“criterios de aceptabilidad”*, no apartado da *“Duración”*, *“la Curva Volumen / tiempo debe alcanzar una meseta mantenida, y si no es así al menos 15 segundos”*. Creemos que este dato non está dacordo á normativa ERS 2019.

- **Páxina 27**, de acordo á última normativa vixente débese incluír a rama inspirométrica da curva ao final da espiración. A FVC e a FIVC deben de diferir menos de 100 mL.

- **Páxina 30**, no **“ANEXO 5.- Rasgos tratables más relevantes de la EPOC”**. No apartado de **“Infección bronquial crónica”**, debería de engadirse a **Fisioterapia Respiratoria**, para a educación en técnicas de drenaxe de secrecións

- **Páxina 38**, no **“ANEXO 9.- Criterios de indicación de un Programa de Rehabilitación Pulmonar”**, debería facer referencia aos programas de Fisioterapia nas UFAP.

Ademais os criterios expostos están pensados para a parte nuclear do programa de Rehabilitación Pulmonar, que é o exercicio terapéutico, pero tamén forma parte da RP a drenaxe de secrecións, por exemplo, onde *“os pacientes con patoloxía cardiovascular aguda ou inestable que limite a realización de exercicio, e os pacientes con enfermidades do aparato locomotor que sexan incompatibles co entramento muscular”*, aínda así poderían beneficiarse destes programas para perseguir outros obxectivos.

- **Páxina 40**, no **“ANEXO 11.- Contenido mínimo de información de Educación Terapéutica para el/la paciente diagnosticado de EPOC y/o su cuidador principal”**, no apartado **“Información sobre el tratamiento”**, no punto onde se refire a Fisioterapia respiratoria no caso de estar *“prescrita”*, debería poñer *“no caso de ser necesaria”*. A Fisioterapia non é unha técnica que se prescriba, é unha categoría profesional, con profesionais competentes para deseñar o plan terapéutico máis axeitado para conseguir os obxectivos que se plantexasen, co que o que se debe expresar e que se realizará unha derivación a estes profesionais cando a súa intervención con estes pacientes sexa necesaria.

- **Páxina 41**, nos **“Programas de Educación Terapéutica”**, no apartado de **“Actividade física”** todas esas indicacións deben ser realizadas polo fisioterapeuta, para axustar o tipo de exercicio, a carga de traballo, a duración e a frecuencia, ás capacidades pulmonares dos pacientes. O programa de educación para a saúde debe falar da importancia do exercicio, pero é un pouco atrevido entrar en definir que exercicios, durante canto tempo, ou incluso falar de exercicios respiratorios en xenérico, xa que para definir estes parámetros con exactitude dentro dunha intervención segura para os pacientes, contamos con Fisioterapeutas que poderán realizar unha intervención de alta precisión deseñada para o caso concreto (necesario individualizar o exercicio terapéutico dentro dos programas de rehabilitación pulmonar)

- **Páxina 41**, no apartado **“Educar a el/la paciente en el reconocimiento precoz de signos y síntomas”**, é moi importante ensinar ao paciente a non confundir fatiga con disnea; e en cuanto á **“aparición o aumento de las secreciones”**, debese incluír como indicación a realizar por parte dos pacientes, a Realización / intensificación das técnicas de drenaxe de secrecións nas que foi adestrado polo seu fisioterapeuta, para manter a vía aérea permeable e previr sobreinfeccións.

- **Páxina 45**, no **“ANEXO 13.- Características básicas de un Programa de Rehabilitación Respiratoria”** Cando se refire a *“el registro de distancia caminada, registros podométricos”*; y *“mejorar la calidad de vida relacionada con la salud: escala de calidad de vida”*, non son obxectivos do programa. Non deben estar nese apartado.

- **Páxina 45**, no uso de escalas para a *“Evaluación de la disnea”*, cando fala da escala modificada del MRC<sup>27</sup>(mMRC), sobra o 27. Ademais entendemos que co a MRC sería suficiente.

- **Páxina 45**, no apartado onde fala de *“para la medición de tolerancia al esfuerzo”*, como alternativa tamén se pode utilizar a proba de esforzo submáxima en cicloergómetro.

### **3. Consideracións finais.**

Dende a SOGAFI esperamos se consideren as nosas aportacións para o desenvolvemento deste PAI, e se conte coa Fisioterapia, tanto nas Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria e Comunitaria coma cos fisioterapeutas hospitalarios, segundo a gravidade e complexidade do proceso e do momento no que se atope, co fin de ofrecer a mellor e máis segura atención para estes pacientes.