

TERCEIRAS XORNADAS SOGAFI: FACER OU NON FACER. VIGO,
20-21 OCTUBRE 2023

SOCIEDADE GALEGA DE FISIOTERAPEUTAS (SOGAFI)

CONCLUSIONES





CONCLUSIONES “TERCEIRAS XORNADAS SOGAFI”



Mesa 1: Hacer o No Hacer en el DOLOR.

1. Dolor e imagen médica. Dr. Roque Oca Pernas.

- La lumbalgia como entidad clínica tiene una alta prevalencia y su diagnóstico se suele apoyar en pruebas de imagen.
- Las causas de las lumbalgias son variables, siendo los cambios degenerativos una de las principales.
- Se destaca la importancia de la necesidad de utilización de un lenguaje común entre el profesional de la imagen y el clínico.
- En pacientes sin signos de alarma (banderas rojas) la prueba de imagen no mejora el pronóstico.
- Es habitual encontrar hallazgos sin relevancia clínica en las pruebas de imagen, de ahí la importancia de que exista una correlación entre la clínica y la prueba de imagen.
- No se deben tomar decisiones clínicas atendiendo solamente a las pruebas de imagen.

2. Dolor neuropático. Dra. Eva Sierra Silvestre.

- Se define como aquel dolor que afecta al sistema somatosensorial nervioso desde la periferia hasta el cerebro.
- El ejercicio es una opción para el tratamiento del dolor neuropático (aeróbico, fuerza, HIIT, entrenamiento sensoriomotor, realidad virtual).
- No está indicado el tratamiento con ultrasonidos, frío y calor, masaje o láser. No varían la intensidad del dolor.

3. Uso racional de fármacos en dolor persistente: sí, se puede. Dra. Aina Perelló Bratescu.

- La mayoría de las guías publicadas en los últimos años abogan por un tratamiento no farmacológico basado en pedagogía del dolor, psicoterapia y ejercicio físico en pacientes con DPNO (dolor persistente no oncológico).
- Los fármacos analgésicos (incluyendo los opioides) son los medicamentos más consumidos para el tratamiento del DPNO.
- Desde el año 2009 las muertes ligadas al consumo de fármacos son la primera causa de muerte accidental en Estados Unidos.
- Excepto en alguna comunidad, el acceso a los abordajes no farmacológicos no suele estar cubierto por la seguridad social. Hay que tener en cuenta también el desconocimiento de la mayoría de los profesionales de medicina y enfermería en este tipo de abordajes, por lo que se dificulta su integración en abordajes multidisciplinares del DPNO.
- El abordaje del DPNO requiere un afrontamiento activo por parte de la persona afectada, dejando de ser un mero receptor de fármacos pasivo. El DPNO incluye factores emocionales y físicos que no podemos desligar de su tratamiento.
- La formación de los profesionales sanitarios en el abordaje del dolor es muy deficitaria tanto en pregrado como en postgrado, siendo la facultad de medicina la que menos horas dedica al dolor dentro de las formaciones sanitarias.
- Y por último, no podemos dejar de tener en cuenta la influencia de la industria farmacéutica en la prescripción de opioides en nuestro entorno, y los conflictos de intereses de los autores de varias guías de práctica clínica, nacionales e internacionales.

4. Unboxing de Fisioterapia en Dolor Crónico: cuando lo pides por internet... y cuando te llega. Dr. Raúl Ferrer Peña.

- El dolor agudo y crónico no son entidades consecutivas. Deben abordarse de manera específica.
- La terapia manual es eficaz a corto plazo.
- Muchos tipos de ejercicio tienen un grado B de recomendación.
- La educación y el ejercicio tienen un grado B de recomendación.
- Se deberían evitar terapias complementarias.
- Las modalidades pasivas no consiguen suficiente.
- Provocar más dolor no parece buena idea.
- Creerse las redes sociales o los “*papers*” tampoco parece buena idea.



Mesa 2: Conservador Vs. Quirúrgico.

1. Ejercicio Físico en Equipo: ¿La clave para el abordaje de las meniscopatías? D. Rubén Fernández Matías.

- La primera línea de intervención debería ser un tratamiento conservador consistente en ejercicio terapéutico de carga progresiva, educación y medidas analgésicas.
- Actualmente disponemos de datos de que posponer la cirugía no parece suponer un detrimento en el posible beneficio de la misma si finalmente es necesaria.
- No disponemos de datos que permitan establecer si existe algún subgrupo de pacientes que vayan a beneficiarse más de una cirugía como primera línea de intervención.
- La educación es un componente primordial del tratamiento, debido a que es necesaria para mejorar la adherencia a los ejercicios, la autoeficacia para el manejo de la carga en domicilio por parte de los pacientes, así como por su influencia en las expectativas del paciente, que parece ser uno de los principales factores pronóstico de mejoría en múltiples procesos musculoesqueléticos.

- El trabajo multidisciplinar entre distintos profesionales es indispensable tanto para coordinar todo el procedimiento terapéutico, como para enviar un mensaje unificado al paciente con el objetivo de mejorar sus expectativas y autoeficacia con el ejercicio.
- El programa de ejercicio debe implementarse un mínimo de tres meses antes de establecer el fracaso del tratamiento conservador.
- La dosificación de los ejercicios debe adaptarse de manera individual tanto a la situación clínica del paciente, como a su condición física y sus factores sociales.
- Las dosificaciones genéricas para todos los pacientes (ej. 3 series de 10 repeticiones) no son recomendables.
- Es recomendable que, en aquellos pacientes que sea posible, el programa incluya una parte de ejercicio aeróbico.
- Debe procurarse disminuir de manera progresiva el número de sesiones presenciales a lo largo del tratamiento.

2. Abordaje del hombro: qué hacer y qué no hacer. Dr. Manuel Castro Menéndez // D. Carlos Pita Martínez.

- Se debe realizar una atención centrada en el paciente que responda al contexto individual de cada paciente.
- Se deben descartar banderas rojas, como infección, cáncer o fracturas.
- Se deben evaluar factores biopsicosociales.
- La evaluación debe incluir un examen físico, examen neurológico, movilidad y fuerza.
- Se debe evaluar de forma objetiva el progreso del paciente.
- Todos los pacientes deben recibir información sobre su condición y opciones de manejo.
- Si se utiliza la terapia manual debe aplicarse con otros tratamientos.
- Como tratamiento conservador la fisioterapia tiene una efectividad del 75%.

3. El dedo rígido: causas y tratamiento quirúrgico. D. Marcos Sanmartín Fernández y D. César de Ceglia Alcalde.

- La fisioterapia es el tratamiento estándar del dedo rígido trifalángico.
- La plena amplitud de movimiento de las articulaciones de los dedos trifalángicos es la condición previa para un buen funcionamiento de la mano.

- La articulación metacarpofalángica (MF), interfalángica proximal (IFP) e interfalángica distal (IFD) mantienen una relación complementaria; casi todas las lesiones de los dedos pueden causar rigidez, incluso cuando alguna de sus articulaciones no está implicada directamente en la lesión inicial. Tanto el tratamiento conservador como el quirúrgico puede provocar rigidez, siendo esta la complicación más común.
- La respuesta inicial a la lesión es la inflamación, que provoca edema y dolor. Una inmovilización inadecuada o excesiva en este momento puede ser perjudicial.
- Cuando la respuesta a estas etapas no es la adecuada, a partir de cualquier lesión (fx, esguince, luxaciones, afectación nerviosa, incluso lesiones banales...), puede desarrollarse una rigidez.
- Independientemente del tipo de tratamiento, es complicado recuperar un ROM completo si ha comenzado a desarrollarse rigidez. Por tanto, la prevención suele ser más fácil y puede proporcionar mejores resultados que el tratamiento.
- La rigidez y contractura pueden atribuirse a la inmovilización prolongada y a una pobre participación del paciente por dolor o edema. Para reducir la posibilidad de fibrosis y rigidez, se requiere un tratamiento temprano y eficaz.
- Toda la evidencia incide en la movilización precoz, medidas que limiten el edema y la inflamación, evitar el dolor e inmovilización adecuada como método preventivo.
- El tratamiento de la rigidez una vez instaurando, incluye movilización precoz, activa y pasiva, ferulización.
- La evidencia actual no es concluyente, y las variables en cuanto al tipo de movilización, elección de medidas antiinflamatorias, tipo de órtesis, no está del todo aclarada.

4. Evidencia del tratamiento quirúrgico en lumbalgias. Dra. María Rosario Sarabia Herrero.

- La máxima causa de consulta es el dolor de espalda.
- Tiene una prevalencia del 37% con alto impacto económico.
- Es labor del sanitario evitar la cronificación del dolor.
- Medidas de autocuidado, fisioterapia, psicología y mejora en las condiciones laborales.
- El paciente con lumbalgia debe evitar el sedentarismo.
- Solo en caso de banderas rojas se recomienda la RMN por su capacidad discriminativa.
- Las guías de práctica clínica prescriben tratamientos activos y hacen énfasis en el abordaje biopsicosocial en fase aguda y crónica.

5. Proctología y fisioterapia: disciplinas complementarias. Dña. María Teresa García Martínez.

- Las unidades de proctología deberían incluir a fisioterapeutas en su equipo para la mejora de los resultados post quirúrgicos tanto en dolor como en funcionalidad.
- En la incontinencia anal el papel de los fisioterapeutas es clave para la intervención primaria y secundaria.
- Tras las cirugías la fisioterapia es clave para el manejo de la cicatrización.
- Fisioterapia y proctología son disciplinas complementarias.

3ª Xornada SOGAFI
FACER ou NON FACER
21 Outubro HAC (Vigo)

3ª Mesa FACER ou NON FACER en NEUROLOXÍA
Modera: Dra Eva LANTARÓN Vicereitora Univ de Vigo e Fisioterapeuta.

Rehabilitación post-ictus: traballo en equipo.
Dr José Luis MACIÑEIRAS - Neurólogo.

Neurociencia: condicionan as crenzas as nosas decisións clínicas?
Dr Carlos RODRÍGUEZ - Fisioterapeuta.

Qué evidencias temos na rehabilitación neuropsicolóxica das afasias?
Dr Aarón De OLMO - Neuropsicólogo clínico.

Espesar ou non espesar? A adaptación da dieta nas disfaxias post-ictus.
Francisco Javier BUENO - Logopeda.

O valor do cotián. O papel da Terapia Ocupacional en Neurorehabilitación.
Sara PASCUAL - Terapeuta Ocupacional.

#3XSogafi

Mesa 3: To Do or Not to Do en Paciente Neurológico.

1. Rehabilitación postictus: trabajo en equipo. Dr. José Luis Maciñeiras Montero.

- El principal objetivo tras el ictus es la disminución de los déficits, prevenir complicaciones y mejorar la funcionalidad del paciente.
- No se debe dejar a ningún paciente sin tratamiento rehabilitador. Todos los pacientes que hayan alcanzado un mínimo de estabilidad clínica son susceptibles de rehabilitación.
- El tratamiento precoz debe constar de 1-3h/día durante 5 días a la semana.
- Los objetivos establecidos con el paciente deben ser realistas e individualizados.
- Se destaca la importancia del trabajo multidisciplinar.

2. Neurociencia: ¿Condicionan las creencias nuestras decisiones clínicas? Dr. Carlos Rodríguez López.

- En neurorrehabilitación existen múltiples guías de práctica clínica, que establecen las pautas de intervención terapéutica.
- La salud como base para la funcionalidad del paciente.
- A pesar de que la lesión ocurra en el SNC del paciente, la alteración de la función puede venir dada por la disminución de la capacidad aeróbica, resistencia a la insulina, debilidad muscular, hiperresistencia al movimiento pasivo o cambios en los nervios periféricos.

3. ¿Qué evidencias tenemos en la rehabilitación neuropsicológica en las afasias? Dr. Aarón Fernández Del Olmo.

- En DCA el papel del neuropsicólogo como parte del equipo es importante.
- Con respecto a la rehabilitación de la afasia se realizarán la batería Western y otras pruebas objetivables por el clínico.
- En cuanto a la dosificación del tiempo en el paciente afásico, no debe recibir menos de 3 horas semanales de terapia.
- La terapia regia parece efectiva en el tratamiento de la afasia.

4. ¿Espesar o no espesar? La adaptación de la dieta en la disfagia post-ictus. D. Javier Bueno Herrera.

- La disfagia es una alteración frecuentemente asociada al ictus, con prevalencias que oscilan según los estudios, entre el 15 y el 80%.
- Las dificultades de deglución pueden generar graves complicaciones en los pacientes que han sufrido un ictus. Los pacientes con ictus y disfagia tienen más posibilidades de desarrollar una neumonía broncoaspirativa durante el ingreso, más probabilidad de sufrir un reingreso hospitalario tras el alta y mayores índices de mortalidad a 5 años.
- Los pacientes con disfagia manifiestan mayores tasas de malnutrición y deshidratación. Existe una relación entre gravedad de la disfagia y peores puntuaciones en las escalas de calidad de vida.
- La modificación de la textura de los alimentos y de la viscosidad de los líquidos son las estrategias más empleadas para el abordaje de la disfagia en los pacientes con ictus, muy por encima de otras técnicas compensatorias o rehabilitadoras.
- Cuando se modifica la textura de los alimentos se busca adaptar varias de sus propiedades, como la dureza, cohesión o adhesividad para facilitar su masticación y deglución.

- El uso de dietas con textura modificada podría facilitar el manejo del alimento y garantizar una adecuada nutrición. El uso de líquido espesado ha demostrado reducir el riesgo de aspiración durante las pruebas instrumentales y puede ser una opción costoefectiva para reducir la neumonía aspirativa y mejorar la hidratación en los pacientes con disfagia.

- Por lo tanto, podemos concluir que la modificación de texturas en la dieta y el uso de espesante en los líquidos se debe prescribir teniendo en cuenta las características individuales de la deglución de cada sujeto a lo largo del tiempo.

- Las personas con ictus deben conocer las alternativas de tratamiento existentes y los cambios se deben implementar teniendo en cuenta su entorno sociocultural, sus opiniones y sus deseos.

5. El valor de lo cotidiano. El papel de la terapia ocupacional en Neurorehabilitación. Dña. Sara Pascual Vilavedra.

- Cuando hay una lesión cerebral, hay una alteración de las capacidades de la persona y aparecen limitaciones físicas, cognitivas, de acceso al entorno, entre otras; teniendo un impacto directo en la capacidad de la persona y su familia para reintegrarse en la participación en su comunidad.

- La clave de éxito de todo proceso de rehabilitación es que la persona vuelva a la comunidad y pueda participar en ella.

- Los profesionales seguimos con la tendencia de poner el foco en el déficit y/o en las actividades, y no sobre la mejoría en la autonomía y participación social de la persona, sabiendo que tiene un impacto sobre la calidad de vida.

- Algunos de los motivos por los que no llegamos a intervenir en esta área podrían ser: la complejidad de la dimensión de la participación; la poca inversión por gestores y centros en intervenciones en la comunidad; no realizar seguimientos tras la intervención; la falta en los equipos de la figura de la terapia ocupacional; y que los cambios en la participación suceden a medio-largo plazo.

- Para hacer posible la transferencia del aprendizaje a los contextos naturales, debemos realizar intervenciones centradas en el desempeño y en la participación, un enfoque Top- Down.

- Pararnos a reflexionar sobre las intervenciones que estamos realizando como profesionales, conocer con detalle las características de la persona y su entorno, sus motivaciones y “escuchar de forma activa” por parte de todos los implicados en el proceso de recuperación, es clave para poder darles respuesta con las diferentes herramientas que disponemos y empoderarles en el proceso de su vida tras una lesión cerebral.

- “Todo el que tiene una ocupación tiene una oportunidad” (Elbert Green Hubbard).



Mesa 4: Must To Do en Patoloxía Cardiometabólica.

1. Recomendacións de facer e non facer en rehabilitación cardíaca para unha práctica clínica óptima. D. Diego A. Fernández Redondo.

- Es necesaria a realización de charlas de educación sanitaria a pacientes para a modificación de factores de risco.
- Se contraindica a rehabilitación cardíaca a pacientes con estas condicións: Aneurisma de aorta disecante, obstrución severa sintomática do tracto de saída, angina inestable.

2. Recomendacións de actividade física e exercicio para os pacientes cardio-metabólicos. D. Miguel Aragón Fitera.

- La actividade física e exercicio é parte do tratamento en as patoloxías Cardio-Metabólicas máis prevalentes.

- Se precisa creación de unidades en hospitalaria que prescriban y coordinen la supervisión y seguimiento de los pacientes.
- La fisioterapia debe ofertar opciones para mantener el tratamiento en el medio y largo plazo:
 - Consultas de fisioterapia especializadas: servicios presenciales y/o híbridos.
 - “Home” con supervisión y seguimiento.
 - *Community* (implementación de fisioterapia cardio-metabólica en instalaciones deportivas, asociaciones, ofertas municipales...).
 - Tecnología digital.
- La programación de ejercicio debe hacerse individualmente:
 - Adaptarla a las características clínicas y circunstancias personales.
 - Individualización de la dosificación.
 - Programar en el interés y gusto del paciente siempre que sea posible.
- Evitar “*screening*” innecesarios que solo generen barreras para el desarrollo de programas de actividad física (AF) y ejercicio.
- Mantener una visión plural y multidisciplinar, pero sin convertirlo en barrera.

3. Hacer hoy para mañana. Dña. María Concepción Abreu Pazó.

- Las unidades de Rehabilitación cardiaca (RHC) centran sus esfuerzos en optimizar el estado físico, psíquico y social de las personas con enfermedad cardiaca con el objetivo de disminuir el riesgo de nuevos eventos.
- “La manera más importante de prevenir la Enfermedad Arterial es la promoción de un estilo de vida saludable a lo largo de la vida, en especial evitando el tabaquismo”
- Dentro de este equipo, enfermería desarrolla una labor centrada en la promoción de un estilo de vida saludable (dieta, ejercicio, abandono de tóxicos, higiene del sueño), de la adherencia terapéutica (medicación y estilo de vida) y del buen control de factores de riesgo cardiovascular (tensión arterial, peso, glucemia, colesterol).
- Para ello se utilizan técnicas de escucha activa con el objetivo de detectar los comportamientos en relación con la salud y los posibles problemas de índole emocional y/o socioeconómico que puedan interferir con su enfermedad/tratamiento, así como los posibles signos de alarma, resolución de dudas sobre la enfermedad y los cuidados que requiere.

4. Aportación de la Fisioterapia en los programas de Rehabilitación Cardio-Oncológica. Dña. Estibaliz Díaz Balboa.

- La supervivencia en las personas con cáncer ha aumentado gracias al diagnóstico precoz y a los avances en el tratamiento, sin embargo, se ha observado un aumento de la morbilidad causada por la propia enfermedad y por los efectos secundarios de los tratamientos.
- Varios tratamientos para el cáncer (quimioterapia con antraciclinas, terapia dirigida con anticuerpos anti-HER2 o la radioterapia) han demostrado ser eficaces contra las células cancerosas, pero se han asociado a un aumento del riesgo de cardiotoxicidad.
- La incidencia acumulada de este efecto secundario puede alcanzar hasta el 37,5%, dependiendo del tratamiento oncológico.
- Aunque el concepto de cardiotoxicidad ha evolucionado con el tiempo, las últimas guías europeas de práctica clínica en cardio-oncología recogen un consenso en sus diferentes definiciones y clasificaciones.
- Entre los parámetros que la definen se encuentra la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) como componente central, la deformación longitudinal global (GLS), los biomarcadores circulantes (troponina-I y NT-proBNP) y los síntomas de insuficiencia cardíaca (IC).
- Para una evaluación global de la función cardiopulmonar se debe considerar el consumo pico de oxígeno (VO₂pico), ya que puede verse comprometido durante la quimioterapia.
- La Fisioterapia con ejercicio en los programas de rehabilitación cardio-oncológica se reconoce cada vez más como una herramienta cardioprotectora complementaria al tratamiento habitual.
- Más allá del corazón, también pretende atenuar el deterioro del rendimiento físico, proteger el estado psicosocial y mejorar el estilo de vida del paciente.
- El ejercicio ha demostrado ser seguro y eficaz frente a múltiples efectos secundarios del tratamiento, como la fatiga, la mejora de la composición corporal y el mantenimiento e incluso mejora del VO₂pico en un proceso cuya tendencia es al declive.
- Sin embargo, su papel en la prevención de cardiotoxicidad medida por los parámetros que actualmente la definen (FEVI, GLS, biomarcadores y síntomas de IC) es más incierto y se necesitan más estudios con el fin de identificar la intervención más eficaz para optimizar su implementación.
- Existe evidencia sólida para incorporar la Fisioterapia en el cuidado habitual del paciente con cáncer y sus beneficios en los programas de rehabilitación cardio-oncológica son prometedores.

- Transferir los resultados de investigación a la práctica clínica es un proceso que requiere de trabajo riguroso basado en resultados, de la colaboración entre profesionales de diferentes áreas, y del compromiso para mejorar los servicios que ofrecemos cada día a los pacientes.

5. Enfermedad Arterial Periférica: una claudicación sanitaria. D. Rafael Ugarte.

- La Enfermedad Arterial Periférica (EAP) es la tercera localización más importante de la enfermedad aterosclerótica después de la enfermedad coronaria y la enfermedad cerebrovascular.

- La EAP es una patología que clínicamente comparte signos y síntomas con muchas otras patologías (tanto musculoesqueléticas, como neurológicas o vasculares) dificultando así su detección entre los clínicos menos entrenados.

-Es importante saber reconocer la patología arterial periférica en todos los entornos clínicos, aun en ausencia de signos y síntomas claros. Eso hará la diferencia entre una intervención de salud pública con enfoque salutogénico y un abordaje asistencial y terciario.

- La recomendación de las guías de práctica clínica es muy clara: hay que hacer el índice tobillo brazo (ITB). En la práctica, sin embargo, es más complicado y complejo que eso, porque aunque si bien el ITB además de rápido y económico es preciso, la historia clínica lo es aún más.

- Una vez realizado este proceso y tras haber descartado patología grave o un cuadro clínico severo, es entonces que podremos intervenir al paciente con nuestras mejores herramientas: la educación, el ejercicio terapéutico y la integración.

- En la educación será clave el entendimiento de la patología y sus factores de riesgo promover la autoeficacia, la autoconfianza y la alfabetización sanitaria que permitan al paciente aumentar el control sobre su salud, la capacidad para buscar información y su capacidad para tomar un papel activo en su proceso de rehabilitación.

- El ejercicio, será fundamental para incrementar las capacidades físicas y metabólicas, incrementar la tolerancia a las demandas diarias, e incorporar al individuo a su entorno.