



Sociedade Galega de Fisioterapeutas

(SOGAFI)

Revisión do documento do Proceso Asistencial Integrado (PAI) de Dano Cerebral Adquirido (DCA). Relación de alegacións.

Dende a **Comisión de Neurorrehabilitación da SOGAFI**, realizouse unha revisión do documento do PAI en DCA, trala que presentamos as seguintes alegacións, coa conseguinte exposición motivada.

1. Aspectos competenciais do fisioterapeuta en neurorrehabilitación.

A- O fisioterapeuta, coma profesional competente e experimentado no ámbito da neurorrehabilitación, é o único profesional capacitado para realizala valoración inicial, seguimento e alta de Fisioterapia, de todos aqueles pacientes que presentan DCA.

B- Na intervención clínica do fisioterapeuta débese ter en conta o tempo preciso para a valoración obxectiva do paciente, seguimento e vixilancia para criterios de alta ou derivación a outros profesionais.

C- A intervención do fisioterapeuta é crítica ao longo de todo o proceso do paciente que pase por unha unidade de ictus, dende a atención temperá na UCI, atención na planta, atención durante o ingreso hospitalario e atención ambulatoria.

D- Estímase oportuna a creación dun coordinador de Fisioterapia en neurorrehabilitación que centralice as valoracións, seguimentos, altas e reunións co resto do equipo da unidade de neurorrehabilitación.

2. Aspectos clínicos en unidades de neurorrehabilitación.

A- Considérase preciso definir claramente os criterios tanto físicos, coma funcionais, cognitivos e conductuais que son necesarios para a participación ou non dun paciente nun programa de terapia intensiva. Así mesmo, deberán marcarse criterios de inclusión - exclusión e alternativas terapéuticas para aqueles pacientes que non poidan someterse a un réxime intensivo pero que si necesiten esta atención.

- B-** Será necesario o establecemento de obxectivos funcionais que sigan os criterios SMART.
- C-** Cando se refire no documento a *“activación”* doutras disciplinas na fase subaguda, consideramos que é máis axeitado falar de *“valorar a intervención doutros profesionais”*; xa que o termo *activación* asemella que se está a falar de robots que están en modo *“pausa”*.
- D-** Cando se fala do termo *“Alta Intensidade”* no **Anexo 3**, máis ben parece que se refire a intensivo. Para falar de alta intensidade deben establecerse parámetros de capacidade aeróbica e anaeróbica. Cunha monitorización simple podería ser suficiente. Neste sentido, no documento fálase de alta intensidade, pero refírese principalmente só as horas de intervención.
- E-** Sería aconsellable entón definir de mellor maneira os termos *“Alta Intensidade”*, *“Tratamento intensivo”* e *“Non intensivo”*, tendo en conta máis parámetros que as horas de tratamento. A alta intensidade establécese, por exemplo, coma un proceso terapéutico adecuado para un tipo determinado de pacientes con DCA (é preciso concretar os criterios de inclusión), e as variables que a definen son: un número elevado de horas de terapia presencial, o nivel de intensidade física durante a terapia (esfuerzo percibido elevado, determinando umbrais de traballo aeróbico e anaeróbico), e coa necesidade de determinar e monitorizar o traballo non presencial do paciente no seu domicilio ou similar.
- F-** No **apartado B, Non intensivo, no punto b**, debe referirse a *“Comorbilidade que ~~no~~ impide un tratamento rehabilitador de alta intensidad intensivo”*.
- G-** A terapia intensiva é unha ferramenta interesante e útil para obter melloras funcionais en pacientes con DCA. A intensidade é unha variable complexa na que se debe ter en conta: o tempo de sesión; o carácter do esforzo percibido polo paciente na sesión (debe ser alto no caso da Alta Intensidade); teñen que ser sesións que xiren en torno a actividade do propio paciente; e debe incorporar tamén un traballo para que o paciente realice fora da sesión, ben definido e monitorizado. Soamente un número elevado de horas de tratamento non implica que o tratamento sexa intensivo.
- H-** É necesaria a avaliación multidisciplinar do paciente. Débese ter en conta a esfera física, funcional, cognitiva, perceptiva, comunicativa e alimenticia, que permita unha clasificación do paciente e un cribado orientado a realizar os tratamentos mais pertinentes en cada caso.
- I-** Obsérvase a necesidade de establecer como se valorará a evolución do paciente con medios obxectivos e validados nas guías de práctica clínica actualizadas.
- J-** Na avaliación da disfaxia é necesaria a presenza na unidade de profesionais con experiencia e medios para realizar esa valoración, tratamento e seguimento. A colaboración entre fisioterapeutas e logopedas debe ser primordial na abordaxe de este trastorno.
- K-** É preciso establecer criterios clínicos para definir o tratamento de alta intensidade, mais alá de parámetros temporais. Tamén se deben establecer criterios de inclusión - exclusión para os pacientes.
- L-** Débense establecer criterios de actuación validados en cada fase da evolución do paciente. Será preciso tamén optar por terapias activas, xa que é a medida terapéutica máis avalada para o éxito.

M- Incluir a formación as familias/coidadores, por parte dos fisioterapeutas, en tarefas para realizar no domicilio, instrucións no manexo e transferencias.

N- Na alta hospitalaria o fisioterapeuta terá que emitir un informe coa avaliación do paciente, seguimento e instrucións detalladas a futuro.

O- Na alta hospitalaria o fisioterapeuta informará a familia /coidadores da necesidade de establecer as prescricións de exercicio terapéutico que este realice ao paciente, a fin de prever as comorbilidades derivadas do DCA.

P- O fisioterapeuta realizará o asesoramento a familia /coidadores dos produtos de apoio necesarios (se o fosen) para o paciente e as formas de obtelos.

Q- E aconsellable incluír escalas FIM, BERG, FMA, MAL,..., sinxelas, rápidas e validadas.

3. Bibliografía.

- "Guía: Principios básicos de la neurorrehabilitación del paciente con daño cerebral adquirido. Recomendaciones de la Sociedad Española de Neurorrehabilitación E. Noéa,*, A. Gómez b, M. Bernabeuc, I. Quemada d, R. Rodríguez e, T. Pérezf, C. Lópezg, S. Laxe h, C. Colomer a, M. Ríos i, A. Juárez-Belaúndej, C. González b, R. Pelayoc, J. Ferri a y por el Comité ad hoc de la Sociedad Española de Neurorrehabilitación".

- 2016 Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery .A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association Carolee J. Winstein, PhD, PT, Chair; Joel Stein, MD, Vice Chair; Ross Arena, PhD, PT, FAHA; Barbara Bates, MD, MBA; Leora R. Cherney, PhD; Steven C. Cramer, MD; Frank Deruyter, PhD; Janice J. Eng, PhD, BSc; Beth Fisher, PhD, PT; Richard L. Harvey, MD; Catherine E. Lang, PhD, PT; Marilyn MacKay-Lyons, BSc, MScPT, PhD; Kenneth J. Ottenbacher, PhD, OTR; Sue Pugh, MSN, RN, CNS-BC, CRRN, CNRN, FAHA; Mathew J. Reeves, PhD, DVM, FAHA; Lorie G. Richards, PhD, OTR/L; William Stiers, PhD, ABPP (RP); Richard D. Zorowitz, MD; on behalf of the American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Quality of Care and Outcomes Research

- 2020 Physical Activity and Exercise Recommendations for Stroke Survivors -A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association The American Academy of Neurology affirms the value of this statement as an educational tool for neurologists. Sandra A. Billinger, PT, PhD, FAHA, Chair; Ross Arena, PT, PhD, FAHA, Co-Chair; Julie Bernhardt, PT, PhD; Janice J. Eng, BSc, PT/OT, PhD; Barry A. Franklin, PhD, FAHA; Cheryl Montag Johnson, OTR; Marilyn MacKay-Lyons, BSc, MScPT, PhD; Richard F. Macko, MD; Gillian E. Mead, MD, MA, FRCP; Elliot J. Roth, MD, FAHA; Marianne Shaughnessy, PhD, RN, CRNP; Ada Tang, PT, PhD; on behalf of the American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health, Council on Epidemiology and Prevention, and Council on Clinical Cardiology

- 2016 National clinical guideline for stroke. Prepared by the Intercollegiate Stroke Working Party. Fifth edition.