

 Badalona Serveis Assistencials	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermèdia		
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 1 de 67	

ELABORA:	REVISA:	APROVA:
Anna Ferré Jodrà Cap de Servei de Geriatria i Cures Pal·liatives	Albert Monterde Martínez Director d'Infermeria	Cristina Carod Pérez Directora Assistencial

Data: Desembre de 2024	Data: Desembre de 2024	Data: Desembre de 2024
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

**Model del Servei de Rehabilitació a
l'Atenció Intermèdia**

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 2 de 67

Document elaborat per:

- Sra. Mónica Polo. Fisioterapeuta. Atenció Intermèdia
- Sra. Pilar Rullo. Logopeda. Atenció Intermèdia
- Sra. M. Carmen Turón. Terapeuta ocupacional. Atenció Intermèdia
- Dr. Jose Manuel Cancio. Cap Clínic. Atenció Intermèdia
- Sra. M^a Carmen de Haro. Supervisora d'infermeria. Atenció Intermèdia
- Dra. Anna Ferré. Cap de Servei. Atenció intermèdia
- Sra. Alicia Gutiérrez . Cap d'infermeria. Atenció Intermèdia
- Sra. Yolanda Varas. Supervisora d'infermeria. Atenció Intermèdia

Amb la col·laboració de José Manuel Marin Alcaine, metge rehabilitador del Servei de Rehabilitació de BSA.

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermèdia		
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 3 de 67	

Data de caducitat d'aquest procediment: 2 anys

Edició	Data	Modificacions introduïdes respecte edicions anteriors
1		
2		
3		
4		

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermitèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 4 de 67

ÍNDEX

1.- INTRODUCCIÓ

2.- JUSTIFICACIÓ

3.- OBJECTE

4.- ABAST

5.- OBJECTIUS

6. DEFINICIONS

7.- RESPONSABILITATS

8.- DESENVOLUPAMENT

8.1 Criteris d'inclusió/ exclusió del servei de rehabilitació

8.2 Canvis que implica el nou model

8.3 Tipus d'atenció

8.3.1. Atenció directa

8.3.2 Atenció indirecta

8.4 Programa de fisioteràpia en el pacient ingressat

8.4.1 Tipus d'intensitat

8.3.2.1 Fisioteràpia d'alta intensitat (FAI)

8.3.2.2 Fisioteràpia de baixa intensitat (FBI)

8.4.2 Tipologia de pacient

8.3.3.1 Pacient fràgil amb pèrdua funcional secundària a patologia

8.3.3.2 Pacient neurològic

8.4.3. Programa d'intervenció segons tipologia de pacient i intensitat terapèutica.

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermitèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 5 de 67

8.5. Programa d'intervenció a Hospital de Dia de pacients no ingressats.

8.6. Altres disciplines que intervenen en el procés rehabilitador

8.6.1 Programa de logopèdia

8.6.2. Programa de teràpia ocupacional.

9.- NECESSITATS

10.- CRONOGRAMA D'IMPLEMENTACIÓ

11.- AVALUACIÓ D'INDICADORS

12.- REFERÈNCIES

ANNEXES

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 6 de 67

1.- INTRODUCCIÓ

La rehabilitació en atenció intermèdia és un conjunt d'intervencions multidisciplinar, en el que intervenen en diferent mesura les disciplines de medicina rehabilitadora, medicina geriàtrica, fisioteràpia, teràpia ocupacional, logopèdia, infermeria i tècnics cures auxiliars d'infermeria.

El terme fragilitat va començar a aparèixer a la literatura mèdica als anys cinquanta del segle passat, generalment en relació amb la vellesa, per descriure persones amb malalties greus o amb un important deteriorament físic i mental. Aquestes persones tenen major risc de morir i de patir nous problemes mèdics. Tot i això, definir-les com a fràgils probablement aporta molt poc a la seva atenció, al seu pronòstic o la seva qualitat de vida, si no s'aborda aquest aspecte específicament.

El principal canvi que s'ha produït durant les dues darreres dècades en la comprensió de la fragilitat ha estat un canvi de focus, centrant-se en l'impacte en termes de prevenció de salut que pot tenir un abordatge adequat de la mateixa.

La fragilitat, doncs, entesa com a vulnerabilitat, és un concepte que ha vingut per quedar-se i s'imposarà a la pràctica clínica com una eina fonamental per tractar òptimament als pacients grans. La valoració geriàtrica integral i la intervenció sobre els factors reversibles pot millorar l'estat de fragilitat i el pronòstic del pacient.

El Servei de rehabilitació (RHB) del Centre sociosanitari El Carme (CSSC) aborda la pèrdua funcional (o risc de perdre-la) causada per múltiples patologies mèdiques i quirúrgiques, agudes o cròniques. Aquesta tasca precisa de l'actuació d'un ampli equip que treballa coordinadament com a servei multidisciplinar, amb l'objectiu de aconseguir la recuperació de la deambulació i de l'autonomia de les activitats bàsiques de la vida diària. Aquesta activitat es desenvolupa tant a l'àrea d'internament (que és l'objecte principal del present Pla) com a Hospital de Dia rehabilitador, en col·laboració amb l'Equip de Consulta Externa Interdisciplinària de Geriatria (CEI-GER) de Consultes Externes del centre.

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 7 de 67

Per altra banda, amb el pas dels anys, el canvi de perfil de la població atesa, l'augment de la demanda rehabilitadora, la complexitat dels pacients ingressats i els aprenentatges derivats de la pandèmia, fan evident que el model de rehabilitació actual ha de fer un pas endavant cap a l'atenció centrada en la persona amb programes de rehabilitació individualitzats.

2.- JUSTIFICACIÓ

El model de rehabilitació a l'àmbit sociosanitari, sempre ha dedicat els seus esforços a aconseguir un guany funcional dels pacients, partint del seu diagnòstic, situació clínica i capacitat funcional, amb una abordatge rehabilitador majoritàriament grupal i centralitzat en el gimnàs del centre.

En aquesta darrera dècada ha hagut canvis significatius en la contractació del centre i la tipologia de pacients pel que cal destacar:

- Atenció al procés de final de vida: l'objectiu d'aquest no és la recuperació funcional, atès que a mesura que les malalties en fase avançada evolucionen i apareixen patrons de pèrdua funcional associats al final de la vida. No obstant, l'augment de pacients oncològics en fases de no terminalitat o en tractament actiu i la inclusió de pacients afectats de malalties no oncològiques, amb insuficiència orgànica crònica avançada (MACA) a les unitats de cures pal·liatives, han modificat el nivell d'intervenció del servei de rehabilitació, que ha tingut un considerable increment de la demanda.
- Atenció del pacient subagut: tot i tenir com a criteris una estada mitjana de vuit dies i no indicació específica de rehabilitació, la intervenció d'aquest servei cada vegada és més rellevant, donada la fragilitat i la complexitat d'aquests pacients (aproximadament el 52% dels subaguts ingressats al nostre centre l'any 2021, van ser PCC o MACA), que un cop resolt el procés agut de salut, varen necessitar rehabilitació per poder tornar a domicili.

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermitèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 8 de 67

D'altra banda, cal destacar que des de l'any 2016-2017 es van incrementar 43 llits de convallescència a la contractació del centre, així com la reconversió de llits de llarga estada a mitja estada, amb un increment simbòlic de 320h al servei de rehabilitació.

A més a més, en els darrers anys s'ha hagut de replantejar el perfil de pacient candidat a Hospital de Dia rehabilitador del nostre centre i cal apostar per centrar l'activitat en el abordatge preventiu del pacient fràgil, en paral·lel a la evolució del programa de prevenció de caigudes i la Unitat de Fragilitat que s'està desenvolupant com a evolució de l'activitat de la EAIA-Geriatria i que és objecte d'un altre document.

A partir d'aquesta realitat, el focus d'actuació no només ha d'anar dirigit cap a la millora de la marxa i les activitats bàsiques de la vida diària, sinó a potenciar les capacitats de l'individu fràgil en seguiment a EAIA-Geriatria i de qualsevol pacient ingressat, presenti o no dependència funcional, és a dir: entre els objectius ha d'estar prevenir aquesta dependència, tractant els pacients fràgils, pre-fràgils i robustos per disminuir la seva vulnerabilitat, evitar una davallada relacionada amb l'ingrés i prevenir els síndromes geriàtrics.

Per tant, per portar terme aquest nou model de rehabilitació, el canvi es farà al voltant de 2 eixos:

- Canvi de paradigma per posar el focus en la capacitat intrínseca del pacient, amb actuacions individualitzades i precoces i en base a escales de fragilitat i valoració geriàtrica integral.
- Reorganització de la logística del servei de manera que siguin els professionals qui s'apropin al pacient (a les unitats on està ingressat o espais equipats)

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 9 de 67

3.- OBJECTE

Dissenyar, elaborar i implementar un nou model de rehabilitació a l'atenció intermèdia a B.S.A.

4.- ABAST

- Pacients ingressats a l'atenció intermèdia que presenten pèrdues funcionals com a conseqüència dels diferents processos de malaltia que pateixen i que són susceptibles d'una millora funcional.
- Pacients ingressats a l'atenció intermèdia amb risc de pèrdua funcional durant l'ingrés.
- Pacients en seguiment ambulatori a la Consultes Externes amb criteris de fragilitat i pre-fragilitat susceptibles de millorar amb un programa específic ambulatori.

5.- OBJECTIUS

Objectiu general

- Millorar l'eficiència del servei de rehabilitació, per aconseguir la millora del guany funcional dels pacients ingressats a l'atenció intermèdia, reduint l'estada mitjana al centre
- Oferir un programa preventiu en pacients fràgils ambulatoris en seguiment a les nostres Consultes Externes.

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermitèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 10 de 67

Objectius específics

- Reorganitzar el servei de rehabilitació, orientat cap a l'atenció centrada en la persona.
- Garantir la millora de la capacitat funcional dels pacients afavorint la seva autonomia.
- Garantir un major temps d'assistència directa personalitzada, durant el temps d'atenció.
- Disminuir les estades mitjanes dels pacients ingressats.
- Millorar la comunicació entre els equips i potenciar el treball multidisciplinar.
- Promoure la implicació del cuidador principal en la restauracions de funcions.
- Promoure un entorn de seguretat del pacient i transmetre la cultura de prevenció de caigudes amb actuacions a l'entorn del pacient i família

6.- DEFINICIONS

Servei de rehabilitació: servei que s'orienta a la recuperació d'una habilitat o funció que s'havia deteriorat o perdut a causa d'una malaltia o d'un traumatisme.

Capacitat funcional: capacitat d'una persona a l'hora d'executar aquelles activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) o les activitats instrumentals de la vida diària (AIVD), de manera autònoma, a nivell individual i social, mantenint la seva independència en el seu entorn.

Fragilitat: descriu una síndrome predominantment biològica, producte de la disminució de la reserva homeostàtica de l'organisme i de la resistència davant de l'estrès, qual

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermedica	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 11 de 67

incrementa la vulnerabilitat per a molts efectes deleteris, incloent el major ús dels serveis de salut, més risc d'immobilitat, discapacitat i mort

Rehabilitació (RHB): conjunt de tècniques i mètodes dirigits a la recuperació de la mobilitat, habilitat manual, comunicació i cura personal d'aquelles funcions que han estat disminuïdes a causa d'un problema de salut, amb l'objectiu de recuperar la màxima capacitat funcional.

Valoració Geriàtrica Integral (VGI): procés diagnòstic multidimensional e interdisciplinar, dissenyat per quantificar els problemes mèdics, funcionals i psicosocials de l'ancià i els seus cuidadors, així com establir el pla terapèutic integral pel seguiment a llarg termini.

Body battery: anglicisme que fa referència a la capacitat de recuperació de l'estat funcional previ.

Seguretat del pacient: La seguretat dels pacients és la reducció del risc de dany innecessari associat a l'atenció sanitària fins a un mínim acceptable. Fa referència a informar els ciutadans sobre aspectes relacionats amb la seva seguretat, informar els professionals sobre les bones pràctiques, estimular els pacients a assumir un paper més actiu en la pròpia assistència sanitària, formar en seguretat dels pacients, tant per els ciutadans com per els professionals sanitaris i contribuir en la prevenció d'esdeveniments adversos associats amb l'atenció sanitària.

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 12 de 67

7.- RESPONSABILITATS

- Metge geriatra: fa valoració geriàtrica integral incloent valoració del pronòstic funcional i intensitat terapèutica en cada circumstància clínica i activa precoçment el servei de fisioteràpia.
- Metge rehabilitador: fa valoració experta i indicacions terapèutiques en patologies neurològiques de manera sistemàtica i en altres patologies o circumstàncies a petició de l'equip assistencial, coneix el mapa global de les actuacions rehabilitadores al centre i vetlla per el bon funcionament del servei de rehabilitació.
- Fisioterapeuta: avalua la inclusió del pacient al programa de fisioteràpia més adient segons la situació de fragilitat ajustant expectatives, desenvolupa el pla terapèutic i supervisa les activitats dirigides.
- TCAI Rehabilitació: col·labora i participa en el pla terapèutic rehabilitador, sota la supervisió de fisioterapeuta.
- Equip assistencial d'infermeria (INF - TCAI): col·labora en la continuïtat del procés de rehabilitació durant l'ingrés a les unitats d'hospitalització, avaluant la seva evolució i planificant els objectius a les reunions interdisciplinars.
- Logopeda: desenvolupa activitats per prevenir, avaluar i tractar trastorns de la comunicació: llenguatge, parla, audició, veu, deglució i funcions orals no verbals, amb l'objectiu de mantenir capacitats comunicatives, mentals i estratègies de memòria i d'associació d'idees i paraules.
- Terapeuta ocupacional: actua com rehabilitador integral amb l'objectiu de que els pacients recuperin la màxima independència possible per les activitats de la vida diària, elaborant un programa individualitzat centrat en la optimització de la motricitat fina; afavoreix socialització.
- TCAI teràpia ocupacional: col·labora i participa en el pla terapèutic rehabilitador, sota la supervisió de la terapeuta ocupacional.

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 13 de 67

8.- DESENVOLUPAMENT :

El model de rehabilitació es fonamenta en una nova metodologia de valoració i classificació dels pacients que ens permet establir un programa de rehabilitació precoç individualitzat, amb diferents nivells d'intensitat terapèutica basats en temps d'atenció directa i/o indirecta.

8.1. Criteris d'inclusió / exclusió al servei de rehabilitació

Criteris d'inclusió:

Tot pacient ingressat a l'àmbit de l'atenció intermèdia amb possibilitat de millorar la seva capacitat funcional o amb risc de perdre la que té (excloent situació de terminalitat).

Criteris d'exclusió:

- Negativa del pacient/ familiar per rebre tractament rehabilitador.
- Delirium o trastorn conductual disruptiu que impossibilitin adherència al tractament.
- Dolor no controlat.
- Afectació cardíaca o pulmonar greu que impossibiliti la realització de qualsevol esforç.

8.2. Canvis que implica el nou model

El canvi de paradigma que implica el model rehabilitador en el nostre context geriàtric incorpora els conceptes de fragilitat i de capacitats intrínseques com a motor d'actuació més enllà de l'abordatge especialitzat dels diferents processos patològics. Inclou, per tant, la necessitat d'actuació rehabilitadora ràpida des del moment de l'ingrés per evitar la pèrdua de funcionalitat associada a la fragilitat inherent al perfil de pacients del servei.

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 14 de 67

Es posa, doncs, el focus en dos aspectes importants:

- Valoració geriàtrica integral dirigida a la determinació de la funcionalitat basal, la fragilitat i la millora funcional presumible segons la condició clínica i comorbiditat de cada pacient, més enllà del procés que hagi condicionat el seu ingrés.
- Necessitat d'intervenció precoç per evitar davallada secundària al mateix ingrés i manteniment d'estimulació física de manera continuada i indirecta durant tot el procés.

Per tant, ha de quedar garantida la valoració del metge geriatra i l'inici de fisioteràpia adequada de manera àgil, així com les necessitats quant a la intervenció d'altres professionals del servei de rehabilitació

En definitiva, els canvis que comporta aquest paradigma respecte a l'anterior es poden resumir en:

- Adquireix un paper rellevant l'actuació del servei de fisioteràpia de manera precoç, en base a les escales de fragilitat consensuades i utilitzades en l'entorn i la valoració inicial de l'equip sanitari que porta el pacient, de manera que aquest passarà a ser incorporat el més aviat possible a un programa individualitzat rehabilitador, segons les seves necessitats.
- La figura del metge rehabilitador té un paper fonamental i especialitzat com a avalador del pla general de rehabilitació, com a expert consultor i com a garant del correcte abordatge dels diferents processos patològics. La intervenció dels metges rehabilitadors es farà per dos vies diferents:
 - En determinades patologies que per si mateixes requereixen una valoració d'expertesa, com ara les relacionades amb el sistema nerviós central (bé sigui un ictus, una malaltia neurodegenerativa, lesions medul·lars o altres), el metge rehabilitador intervindrà de manera reglada i preferent a l'ingrés, sense detriment de l'activació precoç dels professionals de fisioteràpia.
 - En qualsevol circumstància a petició dels membres de l'equip

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 15 de 67

assistencial (metge responsable, fisioterapeuta).

- S'incorpora la TCAI de rehabilitació, com a membre del servei amb tasques pròpies i funcions de col·laboració i participació en el pla terapèutic rehabilitador sota la supervisió de la fisioterapeuta.

El rol d'aquesta figura té com a responsabilitats:

- Assistencials:
 - Col·laborar amb l'equip de fisioterapeutes a l'hora d'aplicar les teràpies prescrites.
 - Assegurar l'assistència dels pacients a les sessions de fisioteràpia.
 - Suport i seguiment de mesures per la seguretat del pacient
- No assistencials
 - Assegurar l'adequació dels espais de rehabilitació per les sessions.
 - Control, manteniment i cura del material de suport tècnic
 - Manteniment de l'estoc de material.
 - Vetllar pel correcte funcionament dels diferents aparells i utilitatge del servei de rehabilitació.

En aquest nou model el pacient serà valorat a l'ingrés per equip assistencial de la unitat d'internament (medicina, infermeria i fisioteràpia), que activarà les actuacions que calguin. El metge responsable posarà en coneixement del metge rehabilitador, mitjançant interconsulta, el diagnòstic i característiques clíniques del pacient ingressat. El metge rehabilitador disposarà, doncs, del mapa global en contínua actualització dels pacients atesos al centre. L'evolució i canvis de necessitats del pacient es tractaran en sessions interdisciplinars i el metges rehabilitador/geriatra centralitzaran les consultes a qualsevol professional de l'equip, independentment de les comunicacions que es facin entre les diferents disciplines.

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 16 de 67

8.3. Tipus d'atenció

8.3.1. Atenció directa:

Aquest tipus d'atenció, es el temps dedicat del professional de manera individual o grupal als pacients; un punt diferencial d'aquest model és la diversificació d'espais; s'estableixen tres punts d'atenció diferenciats:

- Gimnàs 1: destinat a pacients ingressats a la primera planta (unitat d'ortogeriatria i unitat de subaguts)
- Gimnàs 2: destinat a pacients ingressats a la segona planta (unitat de psicogeriatria, cures pal·liatives i medicoquirúrgica)
- Unitats: destinades a treballar pacients que requereixen rehabilitació de baixa intensitat terapèutica.
- Servei Teràpia Ocupacional
- Despatx Logopeda

Aquest model contempla la descentralització de la rehabilitació del gimnàs, allunyant-nos del model de rehabilitació convencional per ampliar i afavorir l'apropament del servei al pacient i als equips assistencials.

La distribució dels pacients en diferents espais, permet destinar recursos sanitaris de manera simultània en les diferents línies d'atenció, garantint una millora en el flux intern dels pacients (evitar cues per l'accés al gimnàs), optimització del temps del personal i un increment del nombre de pacients atesos pel servei de fisioteràpia.

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermitèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 17 de 67

8.3.2. Atenció indirecta:

Aquest tipus d'atenció, ve donada per la implementació d'activitats guiades o espontànies:

- **Activitats guiades:**
 - Programa audiovisual d'activitat física terapèutica. Eina de suport que permeti realitzar fisioteràpia en pacients aïllats, en períodes de descàrrega o repòs relatiu.
 - Sala de realitat virtual immersiva.
- **Activitats espontànies:** ús del material de rehabilitació ubicat en diferents espais de manera espontània pels propis pacients.

8.4. Programa de fisioteràpia en el pacient ingressat

8.4.1 Tipus d'intensitat

A l'hora de començar el tractament de rehabilitació funcional és important recalcar que :

- Els objectius plantejats han de ser individualitzades i realistes.
- Cal obtenir la confiança del pacient i explicar clarament els objectius i el mètode utilitzar.

En línies generals podem dividir el procés de RHB en funció de la seva intensitat en alta i baixa.

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 18 de 67

- Fisioteràpia Alta Intensitat (FAI)

La fisioteràpia d'alta intensitat anirà dirigida a aquell pacient amb capacitat per recuperar el seu estat funcional previ (Body Battery)

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 19 de 67

- Fisioteràpia Baixa Intensitat (FBI)

La fisioteràpia de baixa intensitat anirà dirigida al pacient pel qual no es prevegi la recuperació completa de la funcionalitat prèvia, però que necessiti un programa de rehabilitació per aconseguir la màxima millora possible, manteniment o evitar una major pèrdua funcional.

8.4.2 Tipologia de pacients:

La majoria dels pacients ingressats a un centre d'atenció intermèdia presenten algun tipus de davallada funcional respecte a la seva situació prèvia i són, per tant, candidats a un programa rehabilitador per intentar tornar a situació basal. En alguns casos, aquesta intervenció anirà dirigida a evitar davallada funcional durant l'ingrés, no tant a buscar millora funcional.

Hi ha, no obstant, dos perfils ben definits de pacients en relació al diagnòstic que condiciona l'ingrés: el perfil de ortogeriatria i el perfil de malaltia neurològica aguda.

Per raons pràctiques, englobarem la tipologia de pacients en dos grups:

- **Pacients fràgils no neurològics:** inclou el grup de pacients amb patologia aguda traumatològica (ortogeriatria) i també pacients amb qualsevol altra patologia aguda o crònica medico-quirúrgica que condicioni ingrés a atenció intermèdia. Aquests pacients no requeriran de valoració de metge rehabilitador en primera instància i la seva valoració serà a demanda de l'equip assistencial
- **Pacients fràgils per patologia neurològica aguda (ictus).** Aquests pacients seguiran un programa rehabilitador diferenciat i seran valorats sistemàticament pel metge rehabilitador a l'ingrés.

Respecte als pacients no ingressats, identificats com a candidats a programa d'entrenament a Hospital de Dia per a prevenció de caigudes, es valoraran

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermitèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 20 de 67

ambulatoriament a consultes externes amb escales estandarditzades de fragilitat.

8.4.3 Programa d'intervenció segons tipologia i intensitat

● Pacients fràgils no neurològics:

Els criteris de classificació d'aquest grup de pacients, es basaran en la valoració del nivell de fragilitat (Short Physical Performance Battery - SPPB), d'autonomia (I. Barthel) i número de caigudes prèvies. Un cop descartat el quadre confusional agut (escala 4-AT) es realitzaran, doncs, les següents escales (veure annex 1):

- N° caigudes en el darrer any sense necessitat d'hospitalització
- Barthel previ
- SPPB a l'ingrés

BARTHEL PREVI	N° CAIGUDES	DESCÀRREGA	SPPB	INTENSITAT TERAPÈUTICA	FREQÜÈNCIA SETMANAL	DURADA DEL PROGRAMA
>0=60	<0=2	NO	3-6	AI	DIÀRIA	6 SETMANES
>0=60	<0=2	NO	7-9	AI	3 DIES	4 SETMANES
>0=60	<0=2	NO	10-12	AI	2 DIES	4 SETMANES
<0=59	<0=2	NO	0-2	BI	DIÀRIA	6 SETMANES
>0=60	<0=2	NO	0-2	BI	DIÀRIA	6 SETMANES
>0=60	<0=2	SI	0-2	BI	3 DIES	6 SETMANES
<0=59	>2	NO	0-2	BI	3 DIES	6 SETMANES
<0=10	>2	NO	0	BI – PASSIVA	2 DIES	6 SETMANES

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermitèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 21 de 67

a) Fisioteràpia Alta Intensitat (FAI)

El programa de FAI contempla 3 grups d'intervenció:

- **AI Diària**

Programa de FST que consisteix en 5 sessions de 60 minuts, de dilluns a divendres a la sala de FST.

Duració del programa: 6 setmanes.

- **AI FST 3 dies/ setmana**

Programa de FST que consisteix en 3 sessions de 60 minuts, de dilluns a divendres a la sala de FST.

Duració del programa: 4 setmanes.

- **AI FST 2/dies setmana**

Programa de FST que consisteix en 2 sessions de 60 minuts, de dilluns a divendres a la sala de FST.

Duració del programa: 4 setmanes.

El programa de FST AI té una durada de 6 setmanes. Un cop finalitzades es valorarà la millora funcional i l'alta del servei de rehabilitació.

El temps de tractament es pot veure incrementat si l'usuari requereix tractament amb mobilitzacions específiques.

Aquest programa inclou atenció indirecta amb reforç audiovisual i plantilla d'exercicis pautats, la resta de dies a la planta.

b) Fisioteràpia Baixa Intensitat (FBI)

El programa de BI contempla 3 grups d'intervenció:

- **BI Diària**

Programa de FST que consisteix en sessions de 30-45 minuts, de dilluns a divendres a la sala de FST.

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermitèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 22 de 67

Els pacients d'aquest grup d'intervenció candidats al programa d'alta intensitat, però clínicament inestables, passaran a AI un cop estabilitzats.

- **BI FST 3 dies/ setmana**

Programa de FST que consisteix en sessions de 30-45 minuts, de dilluns a divendres a la sala de FST.

En el cas dels pacients d'ortogeriatria que estiguin en descàrrega, un cop autoritzada la càrrega i que estiguin estables clínicament, passaran al programa d'alta intensitat.

- **BI FST 2 dies/ setmana**

Programa de FST amb mobilitzacions passives, en sessions de 20 minuts a la habitació.

El programa de FST BI té una durada de 6 setmanes, però es pot veure incrementat si l'usuari requereix tractament amb mobilitzacions. un cop finalitzat el període es valorarà la millora funcional.

La fisioteràpia de baixa intensitat no estableix programa d'exercicis setmanals grupals ja que en aquests grups existeix una gran diversitat funcional i el tractament es individualitza i centrat en la persona.

L'activitat física de baixa intensitat és una intervenció de rehabilitació multimodal dirigida a promoure:

- un estil de vida saludable com a prevenció secundària de la fragilitat dels nostres pacients amb baixa reserva funcional.
- millora la capacitat funcional i està dirigit a diferents aspectes de la condició física: aeròbics, tasca orientada a l'enfortiment dels músculs implicats en les funcions bàsiques (asseure's i mantenir-se dempeus, pujar escales, i fase de

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 23 de 67

propulsió de la marxa) i equilibri per promoure un re-aprenentatge de la funció deteriorada i traslladar els guanys a les activitats de la vida diària.

Tenint en compte la inactivitat física i la disminució funcional després d'un procés agut, la modalitat de programa d'exercici multimodal de baixa-moderada intensitat facilita l'adherència a llarg termini, redueix l'estil de vida sedentari i actua com a prevenció secundària de la davallada funcional.

El programa de baixa intensitat no té establerta una duració màxima perquè son usuaris on la seva evolució sovint està condicionada per múltiples factors. En aquest cas, a les 6 setmanes, es realitzarà una nova valoració del SPPB per determinar la millora funcional i plantejar nous objectius o l'alta amb l'equip multidisciplinar.

c) Ítem d'actuació del programa d'exercicis

- **Força muscular:** EEII i EESS
- **Elasticitat:** Serà l'inici del nostre tractament, en la elasticitat incloem també estimulació somatosensorial i activitat postural anticipatòria.
Molt important a la baixa intensitat perquè son pacients amb caigudes de repetició.
- **Equilibri:** Inicialment en sedestació i progressivament en bipedestació, treballant equilibri intrínsec i posteriorment equilibri extrínsec.
- **Resistència cardiovascular:** Marxa, marxa en superfície inestable, obstacles doble tasca, bicicleta, escales.

Es portarà a terme una programació setmanal d'activitat en els pacients de baixa intensitat de manera individualitzada en funció del resultat del SPPB.

Els exercicis de BI varien en funció de la tolerància de cada pacient a l'activitat

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermitèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 24 de 67

Veure annex 2. TABLA EXERCICIS

- **Pacient fràgil neurològic:**

Els pacients que ingressin per a rehabilitació després de patir un ictus o lesió medul·lar, o per empitjorament funcional en context de malaltia neurodegenerativa seran valorats sistemàticament pel metge rehabilitador de manera precoç.

No obstant, des de fisioteràpia s'iniciaran actuacions rehabilitadores en el pacient que ingressa en situació post-ictus, per no demorar el tractament, en base a criteris consensuats.

Els pacients es classificaran en funció de la situació neurològica, el grau d'autonomia, en control de tronc o la extensió de maluc, aplicant les escales detallades a continuació i es descartarà presència de delirium (serà criteri d'exclusió) amb escala 4-AT:

Escales:

-

Barthel previ

-

Valora

ció sensibilitat propioceptiva

-

Valora

ció sensibilitat tàctil hemicos afectat

-

Test

BARTHEL PREVI	SENSIBILITAT PROPIOCEPTIVA	SENSIBILITAT TÀCTIL	TEST CONTROL TRONC	TEST EXTENSIO MALUC	CLASSIFICACIÓ	FREQÜÈNCIA	UBICACIÓ
>0=60	SI	SI	>40	NO	AI	DIÀRIA	GYM + 2 DIES LLIT
>0=60	SI	SI	>40	SI	AI	DIÀRIA	GYM
>0=60	SI	SI	<40	NO	BI	DIÀRIA	LLIT
>0=60	NO	NO	<40	NO	BI	DIÀRIA	LLIT
<0=59	SI	SI	>40	SI	BI	DIÀRIA	GYM
<0=59	NO	NO	>40	SI	BI	DIÀRIA	GYM
<0=59	SI	SI	>40	SI	BI	3 DIES	GYM
<0=59	NO	NO	>40	SI	BI	3 DIES	GYM
<0=10	SI	SI	<40	NO	BI - PASSIVA	2 DIES	LLIT
<0=10	NO	NO	<40	NO	BI - PASSIVA	2 DIES	LLIT

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 25 de 67

Test del Control de Tronc, valora mitjançant 4 ítems el control de tronc que presenta el pacient. La puntuació més gran que es pot obtenir és 100. Els moviments valorats són:

- Volteig cap al costat dret
- Volteig cap al costat esquerre
- De decúbit supí a sedestació, podent fer servir el braç.
- Equilibri de sedestació. Assegut a la vora del llit, peus allunyats del terra. Equilibri durant 30 segons.

Puntuació

0: Incapaç de fer-ho per si mateix

12: Ho realitza amb ajuda, per exemple, agafat de la roba de la llit, amb impuls.

25: Capaç de fer-ho amb normalitat de control de tronc.

L'escala MRC és una escala validada i fàcil de fer servir a nivell clínic a peu de llit, que permet avaluar la força muscular en 3 grups musculars de cada extremitat superior i inferior, en un rang de 0 (paràlisi) a 5 (força normal) per a cada grup muscular. S'utilitza aquesta escala per calcular l'**extensió de maluc**.

Valor per a cada moviment	Escala Medical Research Council. Examen muscular
0	Contracció no visible
1	Contracció muscular visible però sense moviment de l'extremitat
2	Moviment actiu però no contra gravetat
3	Moviment actiu contra gravetat
4	Moviment actiu contra gravetat i resistència

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermitèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 26 de 67

5	Moviment actiu contra total resistència
---	---

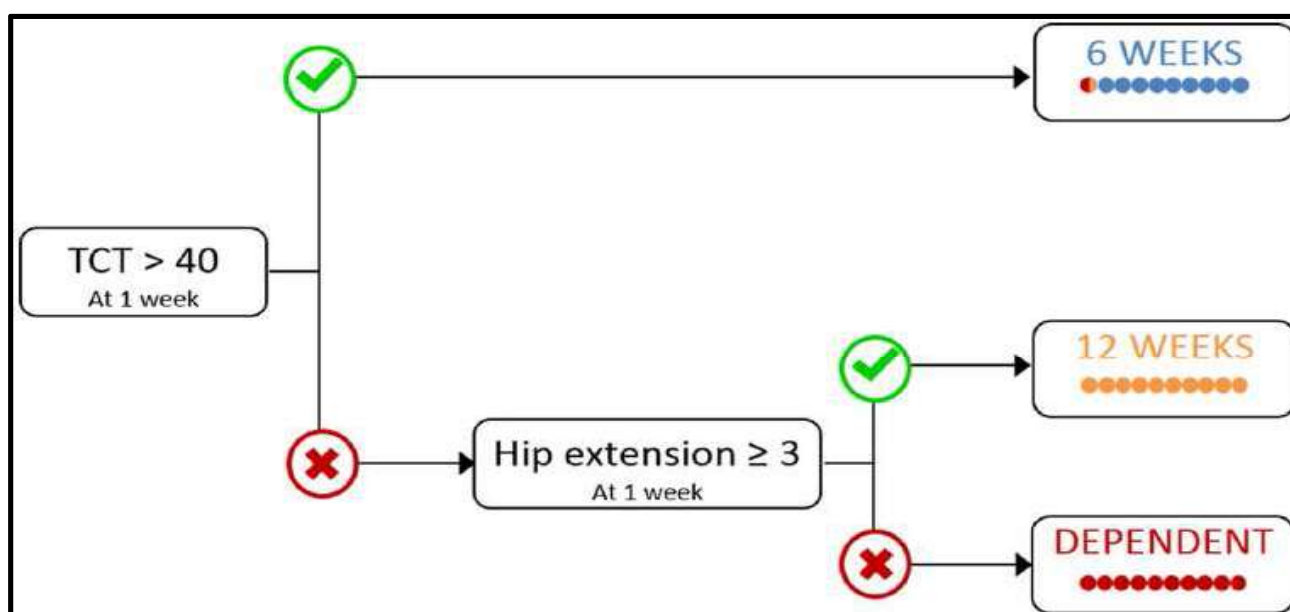
El algoritme Twist es basa en 2 mesures clíniques que es realitzen al llit després de passar una setmana post ictus i poden predir quan i si el pacient caminarà en 12 setmanes posteriors a l'ictus. No preveu la qualitat de la marxa, velocitat, marxa a la comunitat o caigudes ..etc

La lectura del logaritme és la següent:

Es passa al pacient el TCT. Si la puntuació és superior a 40 punts, el pacient tornarà a caminar al cap de 6 setmanes. Si la puntuació en TCT no és superior a 40 punts, cal mirar l'extensió de la pelvis.

Es passa el test d'extensió de maluc (amb l'escala MRC). Si és igual o superior a 3 punts, el pacient tornarà a caminar en 12 setmanes. Si la puntuació no és igual o superior a 3, el pacient serà dependent per a la deambulació.

TWIST ALGORITHM



	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermitèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 27 de 67

El programa de fisioteràpia neurològica, té l'objectiu de realitzar un pla d'actuació per aquells usuaris que hagin patit un ictus, segons escales de valoració específiques i tractaments individualitzats.

a) Fisioteràpia Alta Intensitat (FAI)

El programa de FAI contempla 2 grups d'intervenció:

- **AI Diària + 2 dies lliure**

Programa de FST que consisteix en 5 sessions de 60 minuts, de dilluns a divendres a la sala de FST i 2 sessions de 20 minuts a la setmana a l'habitació.

- **AI Diària**

Programa de FST que consisteix en 5 sessions de 60 minuts, de dilluns a divendres a la sala de FST

* Aquest programa té una durada inicial de 6 setmanes. Un cop acabades es valorarà l'evolució del pacient.

b) Fisioteràpia Baixa Intensitat (FBI)

El programa de FBI contempla 4 grups d'intervenció:

- **BI Diària Lliure**

Programa de FST que consisteix en sessions de 30 minuts, de dilluns a divendres a l'habitació.

- **BI Diària**

Programa de FST que consisteix en sessions de 30-45 minuts, de dilluns a divendres a la sala FST.

- **BI FST 3 dies/ setmana**

Programa de FST que consisteix en sessions de 30 minuts, de dilluns a divendres a la unitat.

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermitèdia		
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 28 de 67	

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermedà	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 29 de 67

- **BI FST 2 dies/ setmana**

Programa de FST amb mobilitzacions passives, en sessions de 20 minuts a l'habitació.

Aquests programes tenen una durada inicial de 6-12 setmanes. Un cop acabades es valorarà l'evolució del pacient.

FASES DE NEUROREHABILITACIÓ:

La fisioteràpia neurològica tracta les alteracions i lesions ocasionades per una afectació del sistema nerviós central o perifèric i que afecta el moviment. L'objectiu és millorar la mobilitat, reforçant les rutes neurològiques ja existents o creant-ne de noves.

La neurorehabilitació és un procés assistencial complex dirigit, doncs, a restituir, minimitzar i/o compensar els dèficits funcionals apareguts a la persona afectada per una discapacitat greu com a conseqüència d'una lesió al sistema nerviós central.

Aquest procés s'estructura en programes específics en tres fases, cadascuna amb una bateria d'exercicis específics. Assolir les exigències de cada fase permetrà passar a la següent. La fase inicial en la que s'inclou cada pacient dependrà de la seva situació clínica.

FASE 1: LLIT

Objectiu: control de tronc i sedestació >2h

- Volteig al llit
- Exercicis membre inferior inhibitoris, dorsiflexió, extensió selectiva de genoll:..)
- Extensió selectiva de maluc
- Mobilització passiva o actiu assistida ES
- Inhibició de membre superior

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermitèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 30 de 67

- Control de tronc en sedestació
- Exercicis de membre superior i anticipació de tronc
- Transferència de pes en sedestació.
- Transferència de pes amb premsió de membre superior parètica o plègica
- Educació i inclusió en el procés de FT a la família

FASE 2

Objectiu: transferències amb càrrega

- Pas de sedestació a bipedestació
- Transferència de pes en bipedestació
- Equilibri en bipedestació amb peus paral·lels, semitandem, tàndem i superfície inestable
- Exercicis d'equilibri amb doble tasca
- Inici marxa lateral
- Inici fase oscil·lació de la marxa
- Educació a la família + informació d'evolució

FASE 3

Objectiu: inici de la marxa

- Treball de la marxa
- Automatització de la marxa(amb doble tasca)
- Marxa en superfície inestable
- Circuit d'obstacles per la marxa amb canvis direccionals

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermitèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 31 de 67

- Step i escales
- Valoració d'ajudes tècniques i necessitats de tractament ortopèdics(Dyna ankle, Rancho de los amigos, foot up)
- Educació a la família informació de necessitats a l'alta

Família i procés rehabilitador:

Des de l'inici de la rehabilitació el servei de fisioteràpia implicarà a la família en el procés, per tal de mantenir una comunicació directa i explicar la situació funcional actual, ajustar expectatives i dubtes.

Aquesta primera entrevista es portarà a terme a la segona setmana de l'ingrés al servei de rehabilitació i una segona al mes i mig per informar de l'evolució, del pronòstic funcional i valorar la implicació de la família per reforçar l'estimulació física i cognitiva.

Una setmana abans de l'alta del pacient, es contactarà amb la família telefònicament i es valorarà la necessitat d'entrevista presencial, si cal reforçar el maneig del pacient amb ajudes tècniques i/ o consells per mantenir la funcionalitat d'aquest.

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 32 de 67

8.5. Programa d'intervenció a Hospital de Dia rehabilitador segons tipologia de pacients ambulatoris de EAIA-Geriatria.

A l'Atenció intermèdia s'identificarà el pacient fràgil de manera oportunista amb la intenció de consolidar una consulta específica de fragilitat, que serà objecte d'un altre document. En aquest context, es tractaran els pacients fràgils i pre-fràgils detectats, amb programes específics, grupals i graduals d'entrenament de força i equilibri. Aquesta activitat es durà a terme a Hospital de Dia rehabilitador.

El equip avaluador es compon de metge/sa geriatra i un/a fisioterapeuta i en base a la valoració geriàtrica i la utilització d'escals específiques, si el pacient té criteris d'inclusió per entrar al programa se li adjudica el grup més idoni.

Aquesta activitat es realitzarà a les tardes a Hospital de Dia, en dos grups diferenciats per dies i horaris, amb una fisioterapeuta per un màxim de 8 pacients per sessió i amb una freqüència de 2-3 sessions setmanals + entrenament per a exercicis a realitzar suplementàriament a domicili. El programa tindrà una duració de 8 setmanes i s'avaluaran els pacients a l'ingrés i l'alta.

8.6. Altres disciplines que intervenen en el procés rehabilitador.

En el procés de rehabilitació és, en molts casos, necessària la participació d'altres disciplines com ara logopèdia i la teràpia ocupacional.

8.6.1. Programa de logopèdia

a) Logopèdia en funció de diagnòstics

La logopèdia és la disciplina que s'ocupa de la rehabilitació dels trastorns de la parla, del llenguatge i la comunicació. La patologia del llenguatge i la seva rehabilitació constitueixen un univers de temes i problemes que s'han de tractar de manera individual i interdisciplinari, dins del programa global de rehabilitació dels malalts, per tal que la intervenció sigui més efectiva.

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermitèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 33 de 67

En el context del nostre centre i tenint en compte perfil de pacients i capacitat real d'actuació es farà una atenció específica i prioritària al malalt amb ictus, especialment centrada en els següents diagnòstics:

Afàsia: pèrdua total o parcial de les activitats del llenguatge i trastorns associats per lesió del Sistema Nerviós Central Perifèric. En el cas que resulti impossible la producció verbal es considera una anàrtria.

L'objectiu general del tractament de l'afàsia és aconseguir millorar, en el major grau possible, les capacitats comunicatives del pacient i possibilitar la seva òptima adaptació psicològica, emocional, familiar i social. No existeixen mètodes generals de rehabilitació de les afàsies, cada pacient ha de ser sotmès a un programa individual diferenciat i específic. El programa dissenyat, segons la rehabilitació vindrà donat pels trastorns que ha ocasionat la lesió.

- rehabilitació dels trastorns d'expressió oral
- rehabilitació dels trastorns de comprensió verbal
- rehabilitació de l'anòmia
- rehabilitació del discurs i de la comunicació
- rehabilitació dels trastorns de la lectura i l'escriptura
- sistemes augmentatius i alternatius de comunicació

Disàrtria: alteració de la parla provocada per paràlisi, debilitat o incoordinació de la musculatura de la parla, d'origen neurològic.

Els objectius de treball són:

. Treballar la relaxació facial

- Treballar la respiració costo-diafragmàtica.
- Treballar la incoordinació fono-respiratòria
- Potenciar l'articulació. Cal treballar-ho. Vocalitzar de forma exagerada...
- Parla monòtona. Treballar l'aspecte de la prosòdia i la melodia.

Es valoren els següents aspectes: tipus de respiració que realitza el pacient (si és superficial, bucal, etc), postura corporal adoptada, mobilitat de la musculatura facial (hipertònica o hipotònica) i òrgans de la parla es troben més afectats, incoordinació

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 34 de 67

fono-respiratòria (implica disminució del volum de veu), problemes de deglució i a quin nivell (líquids/sòlids i/o semi-sòlids), articulació i intel·ligibilitat de la parla, ritme de la parla, aspectes d'entonació i melodia.

Disfonia: alteració de la veu en qualsevol de les seves qualitats intensitat, to i timbre ja sigui per alteracions orgàniques o per desarmonia, híper o hipotonia muscular.

Els objectius generals de treball són:

- * Relaxació general i específica dels òrgans implicats directament amb la fonació: mandíbula, coll, clatell, espatlles. Tonicitat corporal adient, sense tensió a les musculatura implicades en la fonació
- * Aconseguir una bona verticalitat del cos dret /assegut
- * Respiració Diafragmàtica: Evitar respiració superior i moviment associat d'espatlles.
- * Respiració Nasal: Disminuir el temps d'inspiració i augmentar el d'aspiració.
- * Mantenir una bona coordinació fono-respiratòria, conscientment
- * Projecció palatal (utilitzar correctament la projecció de l'aire dins la nostra "caixa de ressonància", sense que pateixin les cordes vocals)
- * Projecció de la sortida de l'aire (intensitat cap a l'exterior)
- * Articular correctament.
- * Flexibilitat de la veu: treballar diferents tonalitats.

Es valoren els següents aspectes: relaxació general, tant a nivell general com segmentària, alineació de la verticalitat, tipus de respiració que es realitza (superficial, mixta, bucal), coordinació fono- respiratòria, projeccions vocals (observar si es dona atac glòtic en parla espontània o llegint), projecció de paraules i de frases, articulació i flexibilitat de la veu (diferents tonalitats)

b) Logopèdia. Esquema general d'actuacions.

- * Valoració inicial del pacient.

La valoració es farà a demanda de l'equip assistencial, a través del metge geriatra o del metges rehabilitador.

A tenir en compte que existeix la Unitat de Tècniques Augmentatives de Comunicació (UTAC) com a suport del treball logopèdia en aquells casos que ho requereixin. El servei

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 35 de 67

UTAC s'adreça a les persones amb discapacitat motriu que requereixen formes augmentatives i alternatives de comunicació i d'accés a l'ordinador, joc adaptat i mobilitat assistida. S'accedeix quan (entre d'altres) un pacient presenta problemes motrius severos i no és possible la valoració des de el centre.

* Valorar l'evolució del tractament. Els objectius de treball han de ser revisats i adaptats en funció de la evolució del pacient. Per tant, a mesura que es va treballant els objectius van augmentant la seva complexitat. La durada del tractament és molt variable, cal tenir en compte les característiques individuals i la seva evolució.

* Assessorament al personal sanitari donant pautes per a que la comunicació amb el malalt sigui més fàcil, en el cas que ho requereixi i participació en les reunions interdisciplinars.

* Assessorament a famílies, donant pautes i implicació al tractament. Normalment es citen el primer dia de l'exploració i així fer un recull de dades significatives en la primera entrevista. Al finalitzar la sessió se'ls hi dona pautes de com tractar al pacient i com fer-ho perquè la comunicació sigui més entendible (Annexa díptic)

La implicació de la família és fonamental. En el cas que el pacient requereixi plafo de comunicació, una vegada entregat aquest, es cita a la família per explicar el seu funcionament i d'aquesta manera ajudar a que el pacient ho integri de forma més ràpida.

* Alta del tractament (quan s'hagin estat assolits els objectius establerts, si no s'ha aconseguit cap millora significativa sobre els objectius terapèutics o quan s'han estabilitzat les millores aconseguides).

Concretament, la intervenció terapèutica de logopèdia serà de la següent manera:

- Valoració: En aquestes sessions es realitzaran les valoracions inicials i de seguiment dels malalts. La durada de les mateixes serà de 45 minuts, si les característiques del malalt ho permeten. La valoració del malalt amb afàsia en principi pot precisar un mínim de 2 sessions.
- Tractament individual: sessions individuals que tindran una durada entre 30 i 45 minuts, segons l'objectiu de la intervenció i la capacitat de seguiment del malalt amb una freqüència de 2-3 sessions setmanals. En el cas que sigui necessari es

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 36 de 67

farà treball amb la família del malalt per tal que participi de manera directa en la rehabilitació.

-Tractament en grup: sessions en grups homogenis per patologia i característiques dels malalts. Per la dificultat de les sessions grupals es preveu tractar la part miofuncional i algun grup d'afàsia. Les sessions seran de 45 minuts i amb una freqüència de 2-3 sessions setmanals.

- Tractament mixt individual i grupal. Es contempla la possibilitat, segons característiques del pacient realitzar una sessió individual i un altre grupal.

8.6.2. Programa de teràpia ocupacional.

La teràpia ocupacional és una disciplina sanitària que, juntament i de manera integrada a les altres disciplines rehabilitadores, ajuda a potenciar capacitats preservades i recuperar-ne les pèrdues per la persona. Es basa en l'ús terapèutic del treball, les activitats d'autocura i el joc per afavorir la independència funcional (activitats bàsiques i instrumentals de la vida diària), prevenir la incapacitat i millorar la qualitat de vida, tenint en compte aspectes físics, emocionals, cognitius i relacionals.

Es basa en el model d'Ocupació Humana centrats en tres conceptes bàsics:

- les persones no poden estar sanes quan no tenen ocupacions significatives
- les ocupacions d'una persona poden afectar i alterar la seva salut però també poden ser utilitzades com a eines per millorar-la
- la teràpia ocupacional hauria d'incloure totes les ocupacions que tinguin un propòsit, que ofereixin un repte i que estiguin vinculades amb l'assoliment d'objectius i satisfacció.

En el nostre entorn d'atenció intermèdia, les actuacions del servei de teràpia ocupacional es concreten en 5 objectius més concrets:

1. Entrenament de les activitats bàsiques i instrumentals de la vida diària basant-se sobretot en aspectes biomecànics i de neurodesenvolupament, i centrant l'atenció en tècniques que permetin:
 - millorar la mobilitat i la força muscular per tal d'augmentar el llindar de fatiga

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermitèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 37 de 67

- millorar la coordinació de moviments, especialment en motricitat fina, augmentant d'aquesta manera la destresa motriu
 - aprendre tècniques per compensar funcions perdudes i desenvolupar capacitats residuals
 - simplificació de feines, optimitzant energies emprades
 - detectar i corregir alteracions posturals
 - protecció articular
 - reeducació sensorial
2. Valoració, disseny, prescripció i entrenament en d'ús d'ortesis, protesis i productes de suport.
- adaptació, formació i entrenament en l'utilització d'ortesis i pròtesis
 - prescripció, formació i entrenament en l'ús de diferents eines i utensilis de suport tècnic per les activitats de la vida diària
 - adaptació en l'ús de transport adaptat
3. Dins del procés de planificació a l'alta: Adaptació i transformació de l'entorn eliminant barreres físiques i/o socials que dificultin la participació de les persones en les seves ocupacions.
- valoració amb família d'entorn domiciliari i consell personalitzat
4. Assessorament i propostes d'ocupació dels moments d'oci i temps lliure.
- teràpia recreativa
 - estimulació de la creativitat
 - socialització en activitats grupals
5. Estimulació general i cognitiva, amb activitats grupals destinades a millorar les habilitats comunicatives, afavorir la gestió de les emocions o modular la impulsivitat. S'utilitzen tècniques de reorientació a la realitat, reminiscències, etc...

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermitèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 38 de 67

La valoració es farà a demanda de l'equip assistencial, a través del metge geriatra o del metges rehabilitador.

S'organitza de la següent manera:

- valoració inicial del pacient (i/o família): àrees ocupacionals, capacitats manipulatives, funcions cognitives, motricitat extremitats superiors, entorn domiciliari.
- definició d'objectius i inclusió en grups de treball, teràpia personalitzada o consell/assessorament

La teràpia ocupacional es durà a terme majoritàriament de manera grupal, en espais comuns i en grups el més homogenis possible. En el cas de pacients de perfil pal·liatiu o de grans discapacitats, la teràpia ocupacional es farà prioritàriament de manera individualitzada.

La teràpia grupal es farà en grups de un màxim de 10 pacients i les tècniques utilitzades dependran de la tipologia de pacient de les diferents unitats:

- a les unitats de convalescència de qualsevol tipus, es prioritzen actuacions dirigides a la recuperació de les activitats bàsiques i instrumentals de la vida diària, a l'aprenentatge i entrenament en pròtesis, ortesis i eines de suport i consell sobre adaptacions de domicili.
- a la unitat de llarga estada, tindran rellevància especial les actuacions dirigides a l'ocupació del temps de lleure i estimulació general i cognitiva
- a la unitat de psicogeriatría es prioritzen les actuacions dirigides a l'estimulació general i cognitiva
- en el cas dels pacients de perfil pal·liatiu es prioritzen actuacions que proporcionin confort
- en el cas de grans discapacitats es prioritzen actuacions dirigides al manteniment de les activitats bàsiques preservades i a les que proporcionen confort al pacient.

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermitèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 39 de 67

9.- NECESSITATS

1.- Adequació d'espais:

- S'habilita un espai comú de la segona planta com a segon gimnàs
- S'adeqüen els espais comuns dintre de les plantes per a fer rehabilitació

2.- Necessitats d'infraestructura del gym 2na planta

- Barana a cristalada de seguretat pel buit del hall
- Punt informàtic
- Punt de telèfon
- Clima A/A

2.- Material

MATERIAL	QUANTITAT	OBSERVACIONS
PARAL·LELAS	1	REGULABLES EN ALÇADA
ESCALES	1	ESCALES EN FORMA DE "L" AMB DOS TRAMS, SENSE RAMPA (UN TRAM ESGLAONS ALTS I ALTRE TRAM AMB BAIROS). BARANES REGULABLES
BARRA	1	UNA BARRA PARAL·LELA MENTRE LES PARAL·LELES I L'ALTRE DESDE
ARMARI	1	AMB CLAU PER GUARDAR MATERIAL
ARMARI PROFUND MAT. TÈCNIC	1	GUARDAR CAMINADORS I CROSSES
PEDALINES	5	
DISC PROPIOCEPTIU	6	BARRA O CERCLES DE SOSTRE PER COL·LOCAR PILOTES, EN GIMNÀS PLANTA BAIXA.
PILOTA BOBATH	6	
SAQUET DE SORRA	8	
STEP	6	
CARRITO	2	PER PORTAR MATERIAL (IKEA)
TABURET	4	IKEA

MIRALL DE FISIOTERÀPIA AMB RODES	1	
TABURETS RODAS	4	
RAIL DE MARXA	2	RAIL DE MARXA AMB ARNÉS RECTE DE 4-4.5 METRES UN PER SALA 
PEDALS (APARELL BIOSALUDABLE)	2	
TIMÓ - VOLANTS (APARELL BIOSALUDABLE)	1	
SURF CINTURA (APARELL BIOSALUDABLE)	1	
PARAL·LELÀS (APARELL BIOSALUDABLE)	1	

 Badalona Serveis Assistencials	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermedrà		
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 42 de 67	

3.- Distribució de recursos humans

Per portar a terme aquest projecte basat en un canvi de paradigma fonamentat en la descentralització del servei de rehabilitació, cal una nova distribució dels recursos humans orientada a millorar l'eficiència del servei, en varies fases de desenvolupament

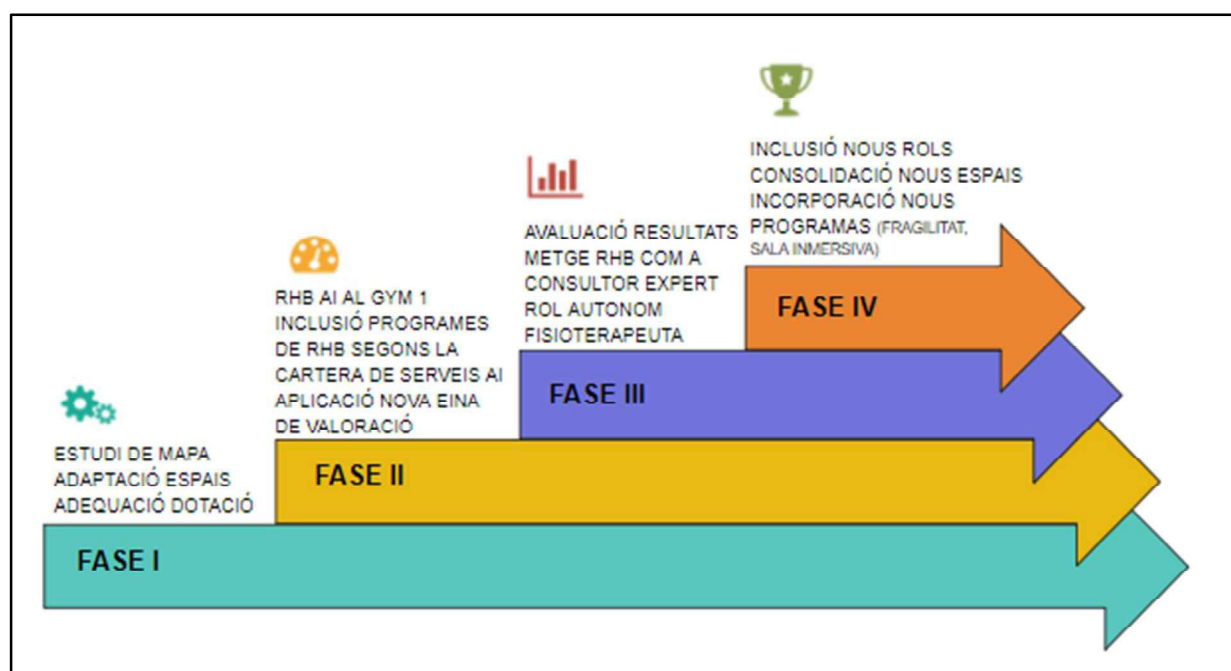
- Adequació de les ràtios de les terapeutes (fisioteràpia, logopèdia i Teràpia Ocupacional i Logopèdia) a les necessitats segons activitat
- Incorporació parcial de personal Tècnic cures auxiliars d'infermeria segons el desplegament del projecte

CATEGORIA	PRESSUPOST 2023	INCREMENT sense PC - FASE I	INCREMENT sense PC - FASE II	REQUERIMENTS sense PC
FISIOTERAPEUTES	5	2	0,5	7,5
TERAPEUTES OCUPACIONALS	1,65	0,65	0,7	3
TCAI - TO	0,8	0,2	1	2
TCAI -FISIOTERÀPIA		0	2	2
LOGOPEDA	0,5	0	0,5	1

* Increment en llocs de treball equivalents a jornada completa

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermitèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 43 de 67

10.- CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓ



11.- AVALUACIÓ/ INDICADORS

1. Nom: Millora funcional (barthel alta – barthel ingrés)

Descripció: percentatge d'episodis tancats (altes) que presenten una millora funcional a l'alta

Fórmula de càlcul:

Numerador: nombre d'episodis que han causat alta i han realitzat RHB, que el pacient ha presentat millora funcional

Denominador: nombre d'episodis que han realitzat RHB

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermitèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 44 de 67

2. Nom: Mortalitat

Descripció: percentatge de pacients que realitzen RHB i són finalment èxits

Fórmula de càlcul:

Numerador: nombre d'episodis amb destinació final èxitus que realitzaven RHB

Denominador: nombre d'episodis que han realitzat RHB

3. Nom: Duració episodi (data alta – data ingrés)

Descripció: estades dels pacients altats que han realitzat RHB

4. Nom: Millora de fragilitat motriu:

Descripció: percentatge d'episodis tancats per rehabilitació (acabat procés de fisioteràpia indicada) que presenten una millora en el índex de fragilitat SPPB (línies de convalsència i llarg estada de manera diferenciada)

Fórmula de càlcul:

Numerador: nombre d'episodis que han acabat el programa rehabilitador indicat amb millora de SPPB

Denominador: nombre d'episodis que han acabat el programa rehabilitador indicat

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermedia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 45 de 67

12.- REFERÈNCIES

- 1.- Morley JE, Vellas B, Abellan van Kan G, et al. Frailty Consensus: A Call to Action. J Am Med Dir Assoc. 2013;14:392-397.
- 2.- Li Q, Wang S, Milot E, et al. Homeostatic dysregulation proceeds in parallel in multiple physiological systems. Aging Cell. 2015;14(6):1103-1112.
- 3.- Sourial N, Wolfson C, Bergman H, et al. A graphical analysis revealed frailty deficits aggregate and are multidimensional. J Clin Epidemiol. 2010;63:647-654.
- 4.- Romero-Ortuno R, Hartley P, Davis J, et al. Transitions in frailty phenotype states and components over 8 years: Evidence from The Irish Longitudinal Study on Ageing. Arch Gerontol Geriatr. 2021;95:104401.
- 5.- Puts MTE, Toubasi S, Andrew MK, et al. Interventions to prevent or reduce the level of frailty in community-dwelling older adults: a scoping review of the literature and international policies. Age Ageing. 2017;46:383-392.
- 6.- Mahoney FI, Barthel DW. FUNCTIONAL EVALUATION: THE BARTHEL INDEX. Md State Med J 1965;14:61-5.
- 7.- An evaluation of the effectiveness of a multi-modal intervention in frail and prefrail older people with type 2 diabetes--the MID-Frail study: study protocol for a randomised controlled trial - PubMed [Internet]. [citado 2022 abr 5];Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24456998/>
- 8.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor [Internet]. 2014;Available from: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/doc s/Fragili dad/FragilidadyCaidas_personamayor.pdf
- 9.- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Hoja de ruta para el abordaje de la fragilidad. [Internet]. 2019;Available from: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/>

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 46 de 67

doc s/Fragilidad/Fragilidad_Hoja_ruta_Abordaje.pdf

10.-P. Abizanda, M. León, L. Romero, P.M. Sánchez-Jurado, C. Luengo, L. Domínguez, *et al.* La pérdida funcional al ingreso, principal variable explicativa de discapacidad y mortalidad al alta y al mes en ancianos hospitalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 42 (2007), pp. 201-211

ANNEX 1: ESCALES

TEST 4AT

Table 1 Spanish version of the 4ATscale (4AT-ES).



Test 4AT: instrumento de cribado de deterioro cognitivo y delirium

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Número:

Fecha:

Hora:

Evaluador:

(etiqueta)

Rodear con un círculo la respuesta correcta

[1] NIVEL DE CONCIENCIA

Este ítem se aplica en pacientes que pueden presentar marcada somnolencia (por ejemplo, dificultad para despertarse y/o con somnolencia evidente durante la evaluación) o agitados/hiperactivos. Observe al paciente. Si está dormido, intente despertarlo hablándole o tocándolo ligeramente el hombro. Pida al paciente que diga su nombre y dirección para ayudar a establecer la puntuación.

Normal (totalmente alerta, pero no agitado, durante la evaluación)	0
Somnolencia leve durante <10 segundos tras despertarse, luego normal	0
Claramente anormal	4

[2] AMT4

Edad, fecha de nacimiento, lugar (nombre del hospital o edificio), año actual

Sin errores	0
1 error	1
2 o más errores/imposible de evaluar	2

[3] ATENCIÓN

Diríjase al paciente y pídale lo siguiente: "Por favor dígame los meses del año en orden inverso, empezando por diciembre."

Para ayudar a la comprensión inicial está permitido preguntar "¿Cuál es el mes anterior a diciembre?"

Meses del año en o rden inverso	Logra decir 7 o más meses correctamente	0
	Logra decir menos de 7 meses / se niega a comenzar	1
	imposible de evaluar (debido a malestar, somnolencia, falta de atención)	2

[4] CAMBIO AGUDO O CURSO FLUCTUANTE

Evidencia de un cambio significativo o fluctuación en: nivel de conciencia, cognición, otra función mental (Por ejemplo: paranoia, alucinaciones) durante las últimas 2 semanas y que se mantiene en las últimas 24 horas

No	0
Si	4

4 o más: posible delirium +/- deterioro cognitivo

1-3: posible deterioro cognitivo

0: delirium o deterioro cognitivo poco probables (pero la presencia de delirium es aún posible si la información [4] no es completa)

PUNTUACIÓN 4AT-ES

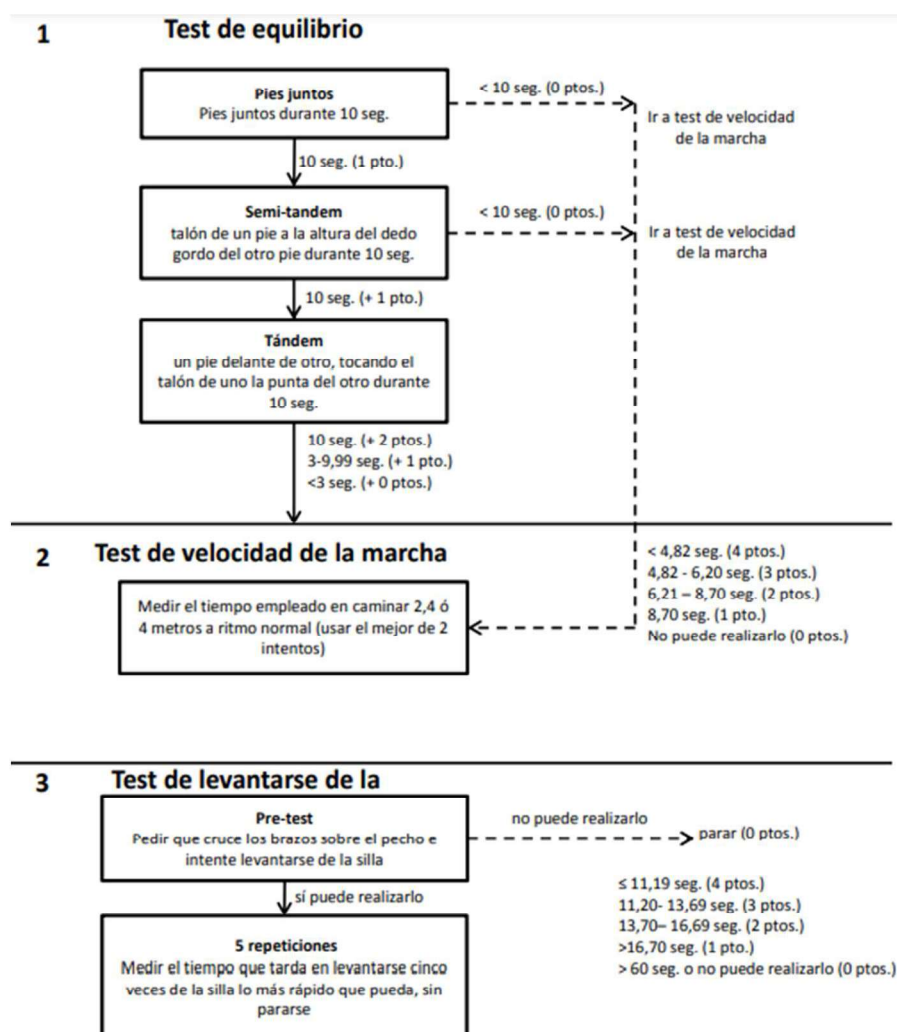
114

 Badalona Serveis Assistencials	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermedà	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 48 de 67

ESCALA SPPB: Prueba Corta de Desempeño Físico (Short Physical Performance Battery)

Esquema de ejecución de la batería SPPB. Fuente: Rodríguez Mañas L

Consiste en la realización de tres pruebas: equilibrio (en tres posiciones: pies juntos, semi tándem y tándem), velocidad de la marcha (sobre 2,4 ó 4 metros) y levantarse y sentarse en una silla cinco veces. Es muy importante respetar la secuencia de las pruebas, ya que, si empezamos por las levantadas, el paciente se puede fatigar y ofrecer rendimientos falsamente bajos en los otros dos sub-tests. El tiempo medio de administración se sitúa entre los 6 y los 10 minutos. Los valores normativos para la población española se han establecido en diversos estudios, de cohortes poblacionales y en atención primaria. La puntuación total del SPPB resulta de la suma de los tres sub-tests, y oscila entre 0 (peor) y 12; cambios en 1 punto tienen significado clínico. Una puntuación por debajo de 10 indica fragilidad y un elevado riesgo de discapacidad, así como de caídas.



	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermedà	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 49 de 67

Índice de Barthel. Fuente: elaboración propia basado en Mahoney

Comer	
Independiente	10
Necesita ayuda para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc.	5
Dependiente	0
Lavarse	
Independiente: es capaz de lavarse entero usando la ducha o el baño	5
Dependiente	0
Vestirse	
Independiente: es capaz de ponerse y quitarse toda la ropa sin ayuda	10
Necesita ayuda, pero realiza solo al menos la mitad de la tarea en un tiempo razonable	5
Dependiente	0
Arreglarse	
Independiente: incluye lavarse la cara y las manos, peinarse, maquillarse, afeitarse, etc.	5
Dependiente	0
Deposición (valora la semana previa)	
Contiene :ningún episodio de incontinencia	10
Ocasional: un episodio de incontinencia, necesita ayuda para administrarse enemas o supositorios	5
Incontinente	0
Micción (valorar la semana previa)	
Continente: ningún episodio de incontinencia	10
Ocasional: como máximo un episodio de incontinencia en 24 horas; necesita ayuda para cuidado de la sonda o el colector	5
Incontinente	0
Usar el retrete	
Independiente: usa el retrete, bacinilla o cuña sin ayuda y sin manchar o mancharse	10
Necesita una pequeña ayuda para quitarse y ponerse la ropa, pero se limpia solo	5
Dependiente	0
Trasladarse (sillón/cama)	
Independiente	15
Minima ayuda física o supervisión verbal	10
Necesita gran ayuda (persona entrenada), pero se sienta sin ayuda	5
Dependiente: necesita grúa o ayuda de dos personas; no puede permanecer sentado	0
Deambular	
Independiente: camina solo 50 metros, puede ayudarse de bastón, muletas o andador sin ruedas; si utiliza prótesis es capaz de quitársela y ponérsela	15
Necesita ayuda física o supervisión para andar 50 metros	10
Independiente en silla de ruedas sin ayuda ni supervisión	5
Dependiente	0
Subir escaleras	
Independiente para subir y bajar un piso sin supervisión ni ayuda de otra persona	10
Necesita ayuda física de otra persona o supervisión	5
Dependiente	0

Sus resultados, a la hora de valorar el grado de dependencia para las ABVD, se establecen, según Shah et al., de la siguiente manera: - Dependencia escasa (91-99), - Dependencia moderada (61-90), - Dependencia severa (21-60), - Dependencia total (0-20).

 Badalona Serveis Assistencials	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermedà	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 50 de 67

Mini-Cog™

Introducción.

Es un instrumento simple y rápido para detección de probable deterioro cognitivo, toma alrededor de 3 minutos aplicarlo. No tiene influencia significativa del idioma, la cultura o la escolaridad. El *Mini-Cog™* permite identificar a quienes requieren una evaluación más exhaustiva. Es adecuado para su uso en todos los tipos de establecimientos de salud; es apropiado para ser utilizado con personas mayores, en contextos de múltiples idiomas, culturas y grados de escolaridad.

Se compone de dos secciones, la primera es una prueba de 3 palabras y la segunda el dibujo de un reloj. La inclusión del dibujo de un reloj, permite evaluar varios dominios cognitivos como: memoria, comprensión del lenguaje, habilidades visuales y motrices, funciones ejecutivas.

Material requerido.

Una hoja de papel en blanco (tamaño media carta o carta), una pluma y un reloj o cronómetro para medir tiempo.

Instrucciones:

1. Registro de tres palabras.

Vea directamente a la persona, logre su atención y dígame:

*"Le voy a decir tres palabras que quiero que usted recuerde ahora y más tarde. Las palabras son **papel, bicicleta, cuchara**. Por favor, dígamelas ahora".*

Pueden usar otras series de 3 palabras como: **manzana, amanecer, silla; o mesa, llave, libro**. Si la persona no logra repetir las 3 palabras en un primer intento, dígame las 3 palabras nuevamente. Máximo se le darán hasta 3 intentos a la persona para repetir las 3 palabras. Si la persona no logra repetir las 3 palabras después de 3 intentos, continúe con la siguiente sección.

2. Dibujo del reloj.

Proporcione a la persona una hoja de papel en blanco y una pluma, y dígame las siguientes frases en el orden indicado:

*"Por favor, **dibuje un reloj** en este espacio. Comience dibujando un círculo grande."*

Cuando la persona haya terminado, dígame:

*"**Coloque todos los números** en el círculo."*

Cuando la persona haya terminado, dígame:

*"**Ahora coloque las manecillas del reloj** para que marquen las **11 y 10**."*

(Si la persona no ha terminado de dibujar el reloj en 3 minutos, deje pendiente esta sección pase a lo siguiente).

3. Evocación de las tres palabras.

Dígame a la persona:

*"¿**Cuáles** fueron las **tres palabras** que le pedí que recordara?"*

(papel, bicicleta, cuchara).

Registre la fecha, el nombre completo, la edad, el sexo y los años de escolaridad de la persona evaluada.

 Badalona Serveis Assistencials	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermedrà	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 51 de 67

Calificación

Puntuación de las palabras (0 a 3 puntos):

1 punto por cada palabra recordada correctamente de forma espontánea, es decir, sin pistas.

Puntuación del reloj (0 o 2 puntos):

Un reloj normal equivale a 2 puntos; para considerarlo normal debe cumplir con lo siguiente: tiene todos los números del 1 al 12, cada uno solo una vez, están presentes en el orden correcto y aproximadamente en la dirección correcta dentro del círculo; dos manecillas están presentes, una apuntando al 11 y la otra al 2; la longitud de las manecillas no se puntúa. El no cumplir con los criterios de un reloj normal o el rehusarse a dibujar el reloj se califica como 0 puntos.

Ejemplos de dibujos del reloj:



Normal = 2 puntos



Anormal = 0 puntos

Calificación total: sumar los puntos por las palabras y los puntos por el reloj.

La calificación máxima alcanzable es de 5 puntos (3 puntos para la sección de tres palabras y 2 puntos para la sección de dibujo del reloj).

Interpretación	
0-2 puntos	Probable deterioro cognitivo, se recomienda una evaluación cognitiva más amplia.
3-5 puntos	Muy poco probable que haya deterioro cognitivo.

1.

Balance Tests



Side-by-Side Stand
Feet together side-by-side for 10 sec

< 10 sec (0 pt)

Go to 4-Meter
Gait Speed Test

10 sec (1 pt)



Semi-Tandem Stand
Heel of one foot against side of big toe of the other for 10 sec

< 10 sec (+0 pt)

Go to 4-Meter
Gait Speed Test

10 sec (+1 pt)

Tandem Stand
Feet aligned heel to toe for 10 sec

10 sec (+2 pt)
3-9.99 sec (+1 pt)
<3 sec (+0 pt)

2.

Gait Speed Test

Measures the time required to walk
4 meters at a normal pace (use best of 2 times)

<4.82 sec	4 pt
4.82-6.20 sec	3 pt
6.21-8.70 sec	2 pt
>8.7 sec	1 pt
Unable	0 pt



3.

Chair Stand Test

Pre-test
Participants fold their arms across their chest
and try to stand up once from a chair.

unable

Stop (0 pt)

able

5 repeats
Measures the time required to perform five rises
from a chair to an upright position as fast as
possible without the use of the arms



≤11.19 sec	4 pt
11.20-13.69 sec	3 pt
13.70-16.69 sec	2 pt
>16.7 sec	1 pt
>60 sec or unable	0 pt

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermitèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 53 de 67

Annex 2: TAULA DE EXERCICIS

ORGANITZACIÓ EXERCICIS PER SETMANES: FORÇA MUSCULAR

SETMANA	SERIES I REPETICIONS	INTENSITAT I PROGRESSIÓ
1	2 sèries/12-15 repeticions	
2	3 sèries/12 repeticions	
3	2 sèries /10 repeticions.Augmenta pes	
4	2 sèries/12-15 repeticions	Augment de pes que li permet realitzar l'exercici correctament i sense interrupcions 20 vegades
5-6	3 sèries/12-15 repeticions	

EXERCICIS D'EEII

1. Exercici de força muscular EEII en sedestació. ADD, ABD i quàdriceps.
2. Exercici en bipedestació ABD-ADD d'extremitats sense pes
3. Exercici en bipedestació ABD-ADD d'extremitats amb pes.
4. Exercici de sentadillas
5. Exercici de flexió de genoll (treball isquiotibials)
6. Exercici de treball isquiotibials amb pes
7. Exercici pujar i baixar step
8. Exercici de pujar i baixar escales

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 54 de 67

EXERCICIS D'EES

1. Exercici de pressió de mans
2. Exercici d'apertura de braços amb goma elàstica en sedestació.
3. Exercici d'apertura de braços en diagonal amb cinta elàstica en sedestació.
4. Exercici d'elevació de pal amb pes o sense
5. Exercici d'anterioritzar pal amb els braços a 90º i extensió de colzes i portar-lo al pit flexionant colzes. Amb pes o sense.

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermitèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 55 de 67

ORGANITZACIÓ EXERCICIS PER SETMANES : EQUILIBRI

SETMANA	SERIES I REPETICIONS	INTENSITAT I PROGRESSIÓ
1	2 sèries/ 10 repeticions	Equilibri sedestació amb transferència de pes.
2	2 sèries/ 8 repeticions	Mantenir posició primer en bipedestació estàtica. Després bipedestació dinàmica.
3	2 sèries/10 repeticions	Equilibri intrínsec amb superfície estable
4	2 sèries /8 repeticions	Equilibri intrínsec amb superfície inestable
5-6	2 sèries/ 10 repeticions	Equilibri extrínsec superfície estable/ inestable

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 56 de 67

EXERCICIS D'EQUILIBRI

SEDESTACIÓ

1. Exercici de transferir el pes d'una cama a un altre

BIPEDESTACIÓ

1. Exercici d'equilibri de peus junts.
2. Exercici d'equilibri sobre una extremitat i braços creuats
3. Exercici d'equilibri punta-taló
4. Exercici d'equilibri intrínsec en superfície estable
5. Exercici d'equilibri intrínsec en superfície inestable
6. Exercici d'equilibri extrínsec en superfície estable
7. Exercici d'equilibri extrínsec en superfície inestable

ORGANITZACIÓ EXERCICIS PER SETMANES : ELASTICITAT

SETMANA	SERIES I REPETICIONS	INTENSITAT I PROGRESSIÓ
1-6	2 sèries / 3 repeticions mantenint 10 segons cada postura	Estiraments fins on es generi certa tensió mantenint la posició 10 segons. Es realitzaran a l'inici i al final de la sessió.

1. Exercici d'elasticitat obrint caixa toràcica elevat braços
2. Exercici d'elasticitat aixecar braços i tocar genolls i turmells
3. Exercici d'elasticitat inclinació lateral amb braç aixecat
4. Exercici d'elasticitat de rotació de tronc
5. Exercici d'elasticitat cervical.

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermedia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 57 de 67

ORGANITZACIÓ EXERCICIS PER SETMANES : RESISTÈNCIA
CARDIOVASCULAR

SETMANA	SERIES I REPETICIONS	INTENSITAT I PROGRESSIÓ
1	Camini de 25 a 30 seg descansi 20 seg. Repetir de 5 a 7 veges	Ritme habitual si és necessari amb ajuda tècnica
2	Camini de 25 a 35 seg descansi 20 seg. Repetir de 10 a 15 veges	
3	Camini de 35 a 45 seg descansi 20seg. Repetir de 8 a 12 veges	Ritme habitual si és necessari amb ajuda tècnica amb menys base de recolzament
4	Camini 60 seg descansi 20 seg. Repetir de 6 a 8 vegades+ circuit de marxa amb canvis direccionals. Repetir el circuit 3 vegades.	Ritme habitual si és necessari amb ajuda tècnica amb menys base de recolzament
5-6	Camini de 50 a 70 seg, descansi 20 seg.Repetir de 12 a 15 vegades + Doble tasca + circuit d'obstacles	Ritme habitual amb o sense ajuda tècnica + doble tasca + obstacles.

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermitèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 58 de 67

MES ANNEXES:

PROTOCOLS I GUIES D'ACTUACIÓ

VALORACIÓ PROTOCOL AFÀSIES:

Pacient:

Data naixement:

Edat:

Llengua:

Data:

1. Resum del llenguatge espontani (làmina)

Valorar: fluència, competència gramatical i contingut informatiu.

Mostra transcrita:

Valoració:

2. Llenguatge automàtic (Números, dies de la setmana)

Valoració:

2. Comprensió d'ordres verbals (Bé=1, Mal.=0)*Tot bé=2, dues ordres=1, una o cap= 0

Puntuació màxima=10 punts

Tanqui els ulls Agafi el llapis

Obri la boca Obri el llibre

Aixequi un braç Posi el llapis dintre el got

Doni'm un mocador Prova dels 3 papers: El paper gran me'l dona a mí

El mitjà el tira a terra i

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermedica	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 59 de 67

el petit se'l posa a la butxaca

Miri darrere seu

Observacions:

3. Denominació: Ensenyar làmina i el pacient denomina objecte.

Bé=1, Es reconeix paraula, Mal=0 Puntuació màxima=10

Martell

.....

.....

Vaixell

Pera

.....

.....

Sabates

Peix

.....

.....

Flors

Arbre

.....

.....

Embut

Moto

.....

.....

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermedica	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 60 de 67

Bombeta

Observacions:

5. Repetició Puntuació màx. 40

Lletres i síl·labes Puntuació màxima: 25

A PA BA ZA RRA

U TA DA XA NYA

O KA GA JA PARA

E MA FA LA FLA

I NA SA LLA CLA

Paraules (Transcriure producció) Puntuació màxima:10

Casa Caixa

Taula Gerra

Fulla Dona

Armari Got

Bicicleta Mapa

Frases (Transcriure producció) Puntuació màxima: 5

Avui fa sol

Això és un got

Aquella casa és gran

En Joan ha menjat pomes de l'hort

El riu porta molta aigua perquè ha plogut

Observacions:

6. Designació verbal (s'exposen les 10 imatges i es presenten els ítems)

(si no ho pot fer es proposen grups de tres i donem 1 punt per tot l'exercici)

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermitèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 61 de 67

Puntuació màxima:10

Martell Vaixell

Pera Sabates

Peix Flors

Arbre Embut

Moto Bombeta

Observacions:

7.Designació escrita (s'exposen les 10 paraules i es van presentant els ítems 1 a 1.Bé 1 punt)

(si no ho pot resoldre es proposen grups de tres i donem 1 punt per tot l'exercici)

Puntuació:

Martell Vaixell

Pera Sabates

Peix Flors

Arbre Embut

Moto Bombeta

Observacions:

8.Escriptura:

Automàtica: Nom i adreça

Dictat: Barcelona, camisa

Còpia: Carta, espina

Observacions:

Orientació diagnòstica:

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermedica	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 62 de 67

Orientació terapèutica:

8. Escriptura

Nom i adreça

Material necessari i/o complementari per a avaluar:

- Làmina a descriure
- 10 imatges
- Prova per a valorar les ordres simples i complexes.
- Els noms de les imatges anteriors
- Còpia i dictat de lletres, paraules i frases.

Dictat

Còpia

Carta.....

.....

Espina.....

....

PROTOCOL DISÀRTRIA:

TEST DE DISÀRTRIA

DIAGNÒSTIC

MÈDIC

: _____

N F b R P N TASCA

R 1.- Habilitat per a mantenir /s/ en exhalació

E 2.- Habilitat per a fer un “crescendo” amb /s/

S 3.- Habilitat per a disminuir amb /s/

P 4.- Habilitat per a repetir sèries de /s/

I 5.- Habilitat per a sincronitzar respiració i fonació

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermedà	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 63 de 67

F 1.- Habilitat per a iniciar /a /

O 2.- Habilitat per a mantenir /a/

N 3.- Habilitat per a dir “a” cridant

A 4.- Habilitat per a fer decrescendo amb/ a/

C 5.- Habilitat per a disminuir amb /a/

I 6.- Habilitat per a repetir sèries de /a/

Ó 7.- Habiiltat per a pujar el to amb /a/

8.- Habilitat per a baixar el to amb /a/

9.- Habilitat per a fer més aguda /a/

10.- Habilitat per a fer més greu/a/

11.-Habilitat per a mantenir un volum adequat de parla

12.-Qualitat de la veu

M 1.-Simetria de l'expressió facial en repós

U 2.-Habilitat per a canviar l'expressió per somriure

S 3.-Habilitat per a frunzir els llavis

C 4 .-Habilitat per a estirar els llavis

U 5.-Habilitat per a tenir els llavis tancats en repós

6.-Habilitat per a tancar els llavis parlant

F 7.-Habilitat per a obrir i tancar la boca

A 8.-habilitat per a moure mandíbula cap D

C 9.-Habilitat per a moure mandíbula E

I 10.- Habilitat per a treure la llengua

A 11.- Habilitat per a fer enrere la llengua

L 12.-Habilitat per a moure la llengua cap a la dreta

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermedà	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 64 de 67

- 13.-Habilitat per a moure la llengua cap a l'esquerra
- 14.-Habilitat per a passar la llengua sobre les dents
- 15.-Habilitat per a moure la punta de la ll dins galta D
- 16.-Habilitat per a moure la punta de la ll dins galta E
- 17.-Habilitat per a aixecar la punta de la ll dins la boca
- 18.-Habilitat per a aixecar la punta de la ll dins la boca
- 19 .-Habilitat per a aixecar punta ll fora la boca
- 20.-Habilitat per a elevar el paladar tou en sèries de /a/
- D 1.- Habilitat per a obrir i tancar la boca ràpid.
- I 2.-Habilitat per a estirar i arronsar els llavis ràpidament
- A 3.-Habilitat per a amagar i treure la ll
- D 4.-Pujar i baixar la punta de la ll. Rap.
- O 5.-Moure la ll rapid. D'una banda a l'altra
- C 6.-Repetir "oo-ii" ràp.
- 7.-Repetir "pa-pa" ràp.
- 8.-Repetir "ta-ta"
- 9.-"ka-ka"
- 10.-"ka-la"
- 11.-Habilitat per a repetir "p-t-k" ràp.
- D 1.-Habilitat per a mastegar
- E 2.-Habilitat per a empassar menjar sòlid
- G 3.-Habilitat per a empassar líquids
- L 4.- Habilitat per a bavejar en repós
- U 5.-Habilitat per a evitar bavejar quan menja

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermitèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 65 de 67

C 6.-Habilitat per a evitar bavejar quan parla

I 7.-Habilitat per a evitar tossir/aclarir la gola

Ó

A 1.-Habilitat per a repetir consonants inicials

R 2.-Precissió en els sons vocàlics

T 3.-Habilitat per a repetir grups consonàntics

I 4.-Habilitat per a repetir paraules pol·lisílables

C 5.-Habilitat per a repetir frases

I 1.-Intel·lig. en llegir (per al terapeuta)

N 2.-Intel·lig. en llegir (per al familiar)

T 3.-Intel·lig. en llegir (desconegut)

E 4.-Intel·lig. en parlar (per al terapeuta)

L 5.-Intel·lig. en parlar (per al familiar)

6.-Intel·lig. en parlar (desconegut)

P 1.-Habilitat per a mantenir una velocitat adequada

R 2.-Habilitat per a augmentar la velocitat

O 3.-Habilitat per a matenir un ritme adequat

S 4.-Habilitat per a utilitzar una entonació apropiada

O 5.-Habilitat per a mantenir models d'accentuació

D

Material necessari i /o complementari:

- Lectura de paraules,pol·lisilabs, frases i text.

- Cronòmetre

PROTOCOL AVALUACIÓ FONIÀTRICA

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 66 de 67

Nom: Edat:

Domicili: Professió:

Telèfon: Data:

Patologia:

ANAMNESI

La disfonia:

es manté sempre.....

apareix intermitentment.....

Sensacions de Dolor Fatiga

Irritació Tensió

Altres.....

AVALUACIÓ DE LA VEU

1. POSTURA I TO MUSCULAR

POSTURA

Manté l' eix vertical i horitzontal perpendiculars a la base de suport ?

EN REPÓS SI NO PARLANT SI NO

COLL /ESPATLLES /COLUMNA V./ PELVIS /BASE DE SUPORT

TO MUSCULAR

REPÓS NORMAL TENS LAX NORMAL TENS

PARLAR NORMAL TENS LAX NORMAL TENS

CLATELL/ COLL/ MANDÍBULA / ESPATLLES /TÒRAX /ABDÓMEN

RESPIRACIÓ

En repòs En parlar

Mode: BUCAL /NASAL / MIXTE

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermedà	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 67 de 67

Tipus: COST.SUP / DIAFRAGM / MIXTE / ABDOMINAL / INVERTIT

Ritme i Freqüència Normal (13-16 resp./min) Augmentat Dis

Temps espiració /s/ - / sh /.....seg.

Habilitat fer “crescendo” amb /s/ - / sh / Normal Regular Malament

Habilitat fer “diminuendo” amb /s/ - / sh / Normal Regular Malament

Habilitat repetir sèries amb /s/ - / sh / Normal Regular Malament

FONACIÓ

Temps d' emissió de la /a/..... seg. /i/.....seg.

Coordinació fono-respiratòria Temps espiració (seg.) =

Temps fonació (seg.)

Habilitat fer “crescendo” amb /a/-/i/ Normal Regular Malament

Habilitat fer “diminuendo” amb /a/ - /i/ Normal Regular Malament

Habilitat repetir sèries amb /a/- /i/ Normal Regular Malament

Fuga aire nasal No Si

To Normal Augmentat Disminuït Dessonoritzat

Veu parlada

Veu projectada

Grau de disfonia

Ressonància Normal Pect Laríng Faríng Hiponas. Hipernas

Atac Glòtic Suau Fort Aspirat

Final de la fonació Normal Brusc Fluix

Tremolor No Ocasional Sempre Vocals

Tensió de la veu Normal Excessiva

Trencament veu No Poc Molt Vocal Con Inici Mig Final

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermedà	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 68 de 67

Ritme Parla Normal Ràpid Lent Irregular Entretallat Disfèmia

Prosòdia Normal Monòtona Excessiva

ARTICULACIÓ

Normal Tens Lax

Moviment llavis / Mov llengua / mov mandíbular

Dislàlia /Disàtria/Disglòsia/Anàtria/

Grau intel·ligibilitat parla Normal Regular Pobre

OBSERVACIONS

ORIENTACIÓ TERAPÈUTICA

Material necessari i/o complementari:

* Mirall per observar i fer conscient de la postura corporal

* Objectes de buf,

* Material amb paraules i frases.

PROTOCOL DEGLUCIÓ:

TRACTAMENT DEGLUCIÓ

Nom: Data: Edat:

ÒRGANS BUCOFONATORIS

☐ peces dentàries normals ☐ dentadura postissa

☐ posició llavis normal ☐ alterada

☐ tonicitat llavis normal ☐ hipotònics ☐ hiopertònics

☐ mobilitat llavis normal ☐ poca mobilitat

☐ posició llengua normal ☐ baixa ☐ interdental ☐ altres

☐ tonicitat llengua normal ☐ hipotònica ☐ hipertònica

☐ mobilitat llengua normal ☐ poca mobilitat

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermitèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 69 de 67

- ☐ buccinadors (galtes) amb tonicitat normal ☐ hipotonia ☐ asimètrics
- ☐ maseters amb tonicitat normal ☐ hipotònics ☐ asimètrics

Conclusió

- ☐ cal continuar treballant les pràxies musculars
- ☐ la motricitat és l'adient per a la correcta deglució

COL·LOCACIÓ NATURAL DE LA LLENGUA

- ☐ Posició incorrecta (baixa)
- ☐ Posició incorrecta (interdental)

Objectiu: aconseguir mantenir de forma generalitzada la punta de la llengua (àpex lingual) a les arrugues palatines.

DEGLUCIÓ SALIVA

- ☐ Realitza incorrectament
- ☐ Passos de succió i deglució de la saliva correcta (amb boca oberta)
- ☐ Passos de succió i deglució de la saliva correcta (boca tancada i llavis oberts)
- ☐ Passos de succió i deglució de la saliva correcta (amb boca i llavis tancats)

= objectiu assolit

- ☐ Realitza el procés de forma automàtica
- ☐ Realitza el procés de forma generalitzada
- ☐ S' observen alteracions i/o moviments anòmals al deglutir
- ☐ No s' observen alteracions

TRÍPTIC.PROGRAMA D'EXERCICIS PER TREBALLAR LA DISÀRTRIA.

DÍPTIC.PAUTES DE COMUNICACIÓ PER A CUIDADORS/ES AMB PACIENTS AMB ICTUS/DISÀRTRIA

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermitèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 70 de 67

EXERCICIS PER AUGMENTAR EL

VOLUM DE LA VEU

Amb una sola inspiració, anar augmentant

els números:

123...12345...1234567...

Inspirar pel nas abans de parlar:

"Avui és divendres"

"Avui és divendres i és festa..."

Juntar les mans, agafar aire pel nas i fer força

amb les mans, apretant-les cada cop que vas

dient:

"CA-CA-CA-CO-CO-CO-QUE-QUE-QUE

AC-AC-AC-OC-OC-OC"

EXERCICIS DE COORDINACIÓ

FONO-RESPIRATÒRIA

Aprendre a regular i controlar l'aire de l'expiració

per a millorar la fonació.

Inspirar pel nas i dir amb força la sil·laba

marcada en majúscula, o la síl·laba tònica:

Inspirar pel nas i al dir els números en

negreta augmentar el volum de veu

12345 12345 12345 12345 12345

corBAta

paQUET

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermitèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 71 de 67

cinQUÈ

colÒnia

quiNIEla

calaMAR

Inspirar pel nas lentament i profundament sense esforç. L'aire arriba fins a l'abdomen, que s'eleva.

retenir l'aire aproximadament uns 3 segons i deixar sortir l'aire suaument i lentament per la boca.

Agafant aire pel nas, mantenint-lo, i deixant-lo anar per la boca a poc a poc fent una "Sssss" o "Fffff" o una "Shhhh".

Inspirar lentament pel nas durant 3 segons, mantenir l'aire durant 3 segons i expirar l'aire pel nas durant 3 segons de forma lenta

EXERCICIS PER TREBALLAR LA

RESPIRACIÓ

Bufar amb força l'espanta-sogres, fent soroll.

Inspirar l'aire pel nas i mantenir l'espantasogres estirat.

Agafar l'aire pel nas i fer ballar la flama de l'espelma sense apagar-la.

Agafar l'aire pel nas i amb força apagar-la.

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermitèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 72 de 67

Agafar l'aire pel nas i treure'l per la boca

mantenint la pilota a l'aire.

EXERCICIS per a treballar el buf:

Aquests 3 exercicis s'haurien de repetir 5 cops cadascun:

TIC-TAC del rellotge

HO-LA LLI-BRE

CAR-PE-TA PAN-TA-LÒ

OR-DI.NA-DOR TE-LE-VI-SOR

Dir l'abecedari lentament i vocalitzat

Dir paraules sil·labejant , i a un ritme marcat:

EXERCICIS PER TREBALLAR LA

MUSCULATURA OROFACIAL

Posa't davant d'un mirall i ...

Treure i entrar la llengua

Dirigir la llengua al llavi superior i inferior

Moure la llengua cap a les comissures

Fer petons a l'aire

Fer morrets i estirar els llavis

Omplir les galtes d'aire

Estrènyer la galta interna amb la punta de la
llengua.

Imitar diferents expressions facials:

EXERCICIS PER TREBALLAR

L'ARTICULACIÓ

	Model del Servei de Rehabilitació a l'Atenció Intermitèdia	
Edició: 0	Data: 01-12-2024	pàgina 73 de 67

___oOo___