

Valor de la Fisioterapia en las Unidades de Críticos en la Comunidad Autónoma de Galicia (SERGAS).

Sociedade Galega de Fisioterapeutas (SOGAFI).

www.sogafi.es



FisioCRITIC

Grupo de Fisioterapia nas Unidades de Críticos

Sociedade Galega de Fisioterapeutas SOGAFI

ÍNDICE

Introducción.

Mapa de situación actual en Unidades de Críticos de la red SERGAS.

Personal.

Actividad asistencial en cada Centro.

Circuito de derivación:

Resumen situación de UCI Galicia.

Resumen situación de Unidades de Reanimación Galicia.

Potencial y posibilidades de las distintas Unidades hospitalarias.

Necesidades en las distintas Unidades.

Programa desarrollado en el Área Sanitaria de Vigo: Fisioterapia 7/7 en Unidades de Críticos.

Introducción.

Meta a alcanzar.

Estrategia asistencial.

Esfera económica.

Gestión de recursos.

Horarios ampliados de atención.

Beneficios que aporta el programa.

Conclusiones del programa.

Líneas estratégicas.

Objetivos a corto plazo.

Conclusiones finales.

Anexos.

Bibliografía.

Introducción:

Durante esta pandemia de Covid19 ha quedado demostrado el beneficio asistencial que ha supuesto la fisioterapia respiratoria y funcional en las Unidades de Críticos gallegas, no sólo para los pacientes que han ingresado por esta patología, sino también para todos aquellos que, estando ingresados en estas Unidades, presentaban procesos subsidiarios de recibir atención de Fisioterapia

Los procesos que claramente se verán más beneficiados, son aquellos que necesitan el abordaje desde la fisioterapia respiratoria, y los que demandan una movilización precoz para evitar el deterioro funcional y la aparición de secuelas... (muy evidente en las REAs en los procesos postquirúrgicos)

Al mismo tiempo sabemos, que la intervención de la fisioterapia está indicada en pacientes intubados, ya que colaboramos activamente durante el proceso de extubación mediante la gestión de las secreciones respiratorias que presentan los pacientes, mantenimiento de los rangos articulares, utilización de las ventanas de sedación para trabajo más activo del paciente, etc.

Por todo ello, entendemos que el objetivo principal de la intervención de Fisioterapia con el paciente crítico, es la optimización del tiempo asistencial de rehabilitación funcional física (respiratoria y motora), y cognitiva tras un evento agudo. Como objetivos específicos están todos aquellos relacionados con la integración asistencial del profesional de Fisioterapia en estas Unidades: la mejora de la comunicación asistencial a través de protocolos específicos de registro de la información del proceso asistencial, la coordinación asistencial a través de equipos multidisciplinares, garantizar la continuidad asistencial de todos los procesos con figuras de enlace tipo enfermeras gestoras, buscando en todo momento la capacidad resolutive y la humanización asistencial.

Para ello es necesario establecer en la red Sergas, a nivel gallego, un protocolo específico entre las Unidades de Críticos y las Unidades de Fisioterapia, trabajando en conjunto desde la Sociedad Gallega de Fisioterapia con las diferentes sociedades médicas como son SOGAMIUC y AGARYD y estableciendo los recursos humanos y materiales necesarios, así como definir las necesidades de atención en los horarios ampliados.

La apuesta del Sergas por implementar una estrategia de atención al paciente crítico desde la fisioterapia en Unidades de Críticos, podrá servir de referente para su replicación a nivel nacional, de igual manera que ha ocurrido durante el último año de Pandemia, donde hemos sido ejemplo para otros hospitales del ámbito nacional e incluso europeo.

Se cumpliría así, con los “estándares y recomendaciones de las Unidades de Cuidados Intensivos” publicado por el Ministerio de Sanidad y política Social, que considera esencial la disponibilidad de Fisioterapia en estas Unidades (1); también con la guía de “Consideraciones relativas a la rehabilitación durante el brote de COVID-19” editada por la Organización Panamericana de la Salud (2); y también con el “Manual de buenas prácticas de Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos” (3).

En base a todo lo expuesto, en Vigo se ha desarrollado durante los últimos 6 meses un programa de atención de fisioterapia en Unidades de Críticos (Programa Fisioterapia en Críticos 7/7), que establecía una atención en horario ampliado en turno de tarde, fines de semana y festivos, para cumplir con las recomendaciones de calidad en la atención a estos pacientes.

En el desarrollo de este programa, se establecía una labor de coordinación clínica del equipo de fisioterapeutas y otra de gestión de los recursos. Con todo ello, se conseguía un diseño óptimo del trabajo realizado en las Unidades de Críticos

Mapa de situación actual en Unidades de Críticos de la red SERGAS

1. Personal

Las dotaciones de personal de cada Área sanitaria, para desarrollar su trabajo en las Unidades de Críticos hospitalarias, son muy dispares. Desde FisioCritic creemos que ese número debe ir en relación al número de camas de cada Centro Hospitalario; ya que la posibilidad de poder aportar todo nuestro potencial de conocimiento dentro de nuestro campo competencial en aras de la salud del paciente crítico, dependerá de unos ratios adecuados de pacientes/fisioterapeutas.

2. Actividad asistencial en cada Centro

Además del número de profesionales, debemos tener en cuenta, en qué franjas horarias, y con qué disponibilidad de horarios a lo largo de un día se dispone en las distintas Áreas, a la hora de ofertar la posibilidad de atención de fisioterapia a nuestros pacientes.

Partimos de la base de que la atención se realiza prioritariamente en turno de mañana de lunes a viernes, pero también creemos que es muy necesaria la atención en turnos de tarde y en fines de semana y festivos, que pasaremos a llamar horario ampliado de atención, por las necesidades tan específicas y particulares de estos pacientes.

3. Circuito de derivación:

En este apartado, existen unas claras diferencias en cuanto a cómo influye el circuito de derivación elegido en el inicio del tratamiento. En las Unidades en las que la solicitud es directa del facultativo de la Unidad de Críticos al fisioterapeuta, la atención es inmediata. En caso de interconsulta a otros facultativos, la demora, por propia organización de los Servicios, está en torno a 2 ó 3 días para el inicio del tratamiento.

UCI						
	CAMAS	FIS_Mañ	FIS_TAR	FIS_FEST	DERIV	DEMORA
HAC	30	1	1	½	Directo	No hay
CHOP		½			RHB	2_3 días
POVISA	17	1		1_2	Directo	No hay
CHUAC	36	1		Sabados	Resp. Directos/resto 2_3 días	
FERROL	18+5	1			RHB	2_3 días
CHUS	30	1 para rea/uci			Directo	No hay
CHOU		½			Directo	No hay
HULA	24	1		Sabados	RHB	
CONXO	10	1 (agenda compart da)			RHB	

REANIMACIÓN						
	CAMAS	FIS_Mañ	FIS_TAR	FIS_FEST	DERIV	DEMORA
HAC	30	1	1	½	Directo	No hay
CHOP		½			RHB	2_3 días
POVISA						
CHUAC	24	½		Sabados	Resp. Directos/resto 2_3 días	0 / 2-3
FERROL	13+5	½			RHB	2_3 días
CHUS	18	½			Directo	No hay
CHOU		½			Directo	No hay
HULA	12	1		Sabados	RHB	
CONXO		½			RHB	

RESUMEN SITUACIÓN DE UCI GALICIA

Camas

- 9 grandes hospitales con UCI dependientes del SERGAS
- 3 Hospitales con +30 camas UCI (HAC, CHUAC y CHUS)
- 1 Hospital con 24 camas UCI (HULA)
- 1 Hospital con 17 camas UCI (POVISA. Compartidas con camas de Reanimación)
- 1 Hospital con 10 camas UCI (Conxo)

Turnos

- 4 con 1 fisioterapeuta de mañana permanentemente
- 3 con ½ fisioterapeuta de mañana (CHUS compartido con REA)
- En Ferrol a demanda. El fisioterapeuta va si se solicita.
- 1 fisioterapeuta de tarde en el HAC. Desde octubre de 2020 hasta octubre de 2021.
- No hay en el resto de hospitales

Continuidad asistencial: Fisioterapia 7/7

- HAC: 1 fisioterapeuta (desde Marzo a Octubre de 2021)
- POVISA: 1 ó 2 fisioterapeutas si es necesario.
- CHUAC fisioterapia en UCI los sábados

Demora en inicio de tratamientos desde la solicitud por parte de la Unidad

- 5 hospitales con derivación directa sin demora en inicio: HAC, POVISA, CHUS, CHOU, CHUAC (éste último sólo en procesos respiratorios)
- 3 hospitales derivación desde RHB con demora 2-3 días: CHOP, Ferrol y Conxo

7

RESUMEN SITUACIÓN DE UNIDADES DE REANIMACIÓN GALICIA

Camas

- 9 grandes hospitales con Reanimación dependientes del SERGAS
- HAC 30 camas
- CHUAC 24
- CHUS 18 camas.
- Ferrol 18
- HULA 12

Turnos

- HAC con 1 fisioterapeuta de mañana (repartido en 2 medias jornadas)
- ½ fisioterapeuta de mañana en: CHOP, CHUAC, CHUS, CHOU, HULA y CONXO.
- 1 fisioterapeuta de tarde en el HAC. Desde octubre de 2020 hasta octubre de 2021.
- No hay en el resto de hospitales

Continuidad asistencial: Fisioterapia 7/7

- HAC: 1 fisioterapeuta (desde Marzo a Octubre de 2021)
- POVISA: 1 ó 2 fisioterapeutas si es necesario.
- CHUAC fisioterapia en UCI los sábados

Demora en inicio de tratamientos desde la solicitud por parte de la Unidad

- 4 hospitales con derivación directa sin demora en inicio: HAC, CHUS, CHOU, CHUAC (éste último sólo en procesos respiratorios)
- 2 hospitales derivación desde RHB; demora 2-3 días: CHOP y Conxo

Tratamientos el mismo día de la intervención quirúrgica

- HAC
- CHUS

4. **Potencial y posibilidades de las distintas Unidades hospitalarias.**

A la hora de valorar distintas opciones de mejora, sería interesante tener en cuenta los recursos con que cuenta cada hospital y cómo se pueden redistribuir (con la formación necesaria) para, con el menor número de recursos, poder ampliar tiempos de atención.

5. **Necesidades en esas Unidades.**

Es necesaria la formación de los fisioterapeutas, ya que es imprescindible que el personal que se asigne a Unidades de Críticos tenga formación específica en este tipo de pacientes, en las técnicas a aplicar y comunicación con el resto de profesionales de estas Unidades.

Muy necesario, también, el estímulo por parte de las direcciones para facilitar la adaptación de la actividad terapéutica.

La atención directa debe ser promovida desde las direcciones, para poder cumplir con la guía de buenas prácticas de Humanización de la UCI (HUCI), como medio para conseguir una movilización precoz y fisioterapia respiratoria en tiempo, como se indica en esta guía.

Programa desarrollado en el A. S Vigo: Fisioterapia 7/7 en Unidades de Críticos

Introducción:

Este programa se ha gestado a partir del estado de alarma por COVID-19 en marzo de 2020. Se han utilizado en una primera fase recursos de fisioterapeutas que, tras suspender su actividad ambulatoria, se ofrecieron voluntariamente para dar apoyo a las Unidades de Críticos del HAC, en las que iba aumentando el número de casos CCOVID-19.

Tras la finalización de la primera fase, en verano de 2020, y regreso del personal a sus Centros de origen, se inició una segunda fase en octubre de 2020, dotándola finalmente de todos los recursos necesarios en marzo de 2021, y que se ha podido mantener hasta el 15 de octubre de 2021. Los fondos para esta segunda fase se han obtenido a partir de fondos Covid-19.

Meta a alcanzar:

Este programa se planteó desde su inicio como **meta**, optimizar al máximo el tiempo de ingreso del paciente, para alcanzar la máxima recuperación de la funcionalidad (motora y respiratoria), a través de las intervenciones precoces y de manera intensiva.

Alcanzar esta meta redundará en una mayor autonomía al alta hospitalaria (menor gasto de recursos durante la fase ambulatoria: ambulancias, sesiones de tratamiento ambulatorio, ayudas técnicas...), una importante disminución de las secuelas provocadas por intervenciones tardías, y sin olvidar la reducción de las complicaciones durante el ingreso y al alta, que nos llevaría a estancias más largas y reingresos hospitalarios.

Estrategia asistencial:

Como estrategia debemos priorizar los tratamientos durante el ingreso hospitalario, frente a los tratamientos ambulatorios. Esto se justifica porque, durante el ingreso hospitalario, la única posibilidad de atención que tiene el paciente es la que se le ofrece desde el propio Hospital en el que está ingresado. Si no se cubren estas necesidades, el paciente no tiene otra posibilidad de recibir el tratamiento de fisioterapia.

Esta priorización es imprescindible y aporta innumerables **beneficios**, no sólo para el paciente, sino también para la organización; ya que aprovechando que tenemos al paciente disponible, se puede realizar todo el tratamiento que necesita, de manera precoz e intensiva, en horarios de mañana, tarde, y en fines de semana y festivos.

Hay que recordar que lo que más recursos sanitarios consume en este tipo de pacientes es el propio ingreso, siendo la asistencia de fisioterapia un ahorro más que un gasto. Si se adelantan las altas reduciendo los tiempos de ingreso (*prioridad máxima en un hospital de agudos*), se genera un importante ahorro al Sistema Sanitario.

Esfera económica:

El coste que supone mantener esta atención al paciente crítico es mínimo comparado con el retorno que obtenemos, tanto en el beneficio que aporta al paciente, a las familias y al resto de profesionales, como también a la organización del Área Sanitaria y al Sistema Sanitario en general, en cuanto a la gestión del gasto.

Según una revisión sistemática de 3548 pacientes y meta-análisis de 43 pruebas aleatorias controladas (Waldauf, 2020), las intervenciones de fisioterapia en una UCI en pacientes ventilados, reducen en 1.7 días el tiempo de ventilación mecánica, en 1.2 días la estancia media en cama UCI, y en 1.6 días la estancia hospitalaria (4), con lo que ello supone en ahorro del coste sanitario.

Gestión de recursos:

La Unidad de Fisioterapia contaba con tres fisioterapeutas en Unidades de Críticos. La implementación de dos fisioterapeutas por la tarde, y posteriormente, un fisioterapeuta para reforzar libranzas, permitió organizar un sistema de rotación de fines de semana y festivos, con 6 semanas por ciclo.

El refuerzo cubre las libranzas, y se encarga de programas de Ejercicio Terapéutico que no requieren una presencia diaria regular: programa paciente post COVID, preoperatorios de cirugía cardíaca y programa de ejercicio terapéutico en cáncer de mama.

El objetivo es rentabilizar al máximo todos los recursos de los que se dispone.

Horarios ampliados de atención:

Se ha implementado inicialmente en tardes, con dos terapeutas, y posteriormente en fines de semana y festivos, con una rotación de los 6 fisioterapeutas de la Unidad.

Beneficios que aporta el programa**1. Al paciente**

Implantación de la movilización precoz: 197 cirugías atendidas en el mismo día de la intervención, facilita la recuperación del paciente, reduce ansiedad y miedo al proceso. En las sesiones preoperatorias se informa al paciente que va a estar acompañado por un fisioterapeuta la misma tarde de la intervención y eso le tranquiliza.

Extubaciones	26
Resolución de complicaciones	29
Cirugías atendidas en el día	185
Sesiones realizadas	2884
Intervenciones Urgentes no programadas	40
Motomed	27
Actividad física: ejercicio libre	493
Actividad física: sentarse a sillón	257
Actividad física: caminar	109
Actividad lúdica: con activ. Física	7
Uso de "Cough Assist"	52
Indicaciones a familiares	20
Charlas a familiares	87

Técnicas o aportaciones en horario ampliado

Se da soporte a las extubaciones (n=27); algunos facultativos no retrasan la extubación si cuentan con soporte de fisioterapia, ya que una reintubación posterior implicaría una complicación mayor que esperar, por ejemplo, a que sea lunes y la Unidad cuente con la ayuda del fisioterapeuta.

El uso del *Cough Assist* y la intervención del fisioterapeuta facilitó la resolución de problemas que podrían acabar en una reintubación, con las consecuencias que esto conlleva.

Se ha estimulado la actividad física por parte del paciente, tanto con el uso del Motomed (n=27), como ejercicio libre (n=546), sentarse a sillón con participación activa del paciente (n=284) y caminar (n=115)

2. A la familia

Se ha acercado la movilización y actividad física del paciente al familiar. Esta medida disminuye ansiedad e incertidumbre además de cumplir con las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica HUCI. El familiar ve cómo puede participar y ayudar en la recuperación del paciente. Se han dado indicaciones para movilizar en 21 ocasiones, y charlas explicando objetivos y manejo del familiar en 94.

3. Resto de personal de Críticos

La integración del fisioterapeuta en la Unidad facilita la comunicación, y ayuda a su actividad diaria por medio de la movilización precoz y la fisioterapia respiratoria.

En el anexo I se muestra un resumen de la encuesta de satisfacción realizada al personal de las Unidades de Críticos. Ha sido respondida por un total de 92 profesionales. En el primer gráfico mostramos los resultados totales y en el segundo los resultados aportados por facultativos y enfermería.

4. Dirección y Sistema sanitario

El uso del *Cough Assist* y la intervención del fisioterapeuta facilitó la resolución de problemas. El *Cough Assist* se ha usado en 55 ocasiones y se han resuelto 30 complicaciones que podrían derivar en reintubación.

El coste de una reintubación, según fuentes de Críticos, supone un gasto mucho mayor que no extubar; aparte de deterioro clínico que supone para el paciente.

En estos apartados hay que implantar el uso de indicadores clave que demuestren la relevancia de mantener este tiempo ampliado en las Unidades de Críticos en un futuro.

5. Visibilidad del programa (comunicaciones en dos congresos)

La implantación del programa 7/7 en Unidades de Críticos del HAC se ha presentado a dos congresos, y en ambos, ha sido elegido como comunicación oral larga.

- *I Congreso de seguridad del Paciente. Modalidad virtual del 8 al 10 de junio de 2021, con la Comunicación oral titulada: SEGURIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO: INTEGRACIÓN DEL FISIOTERAPEUTA 7 DÍAS DE LA SEMANA*
- *II CONGRESO VIRTUAL SECA. Modalidad virtual del 25 al 28 de octubre de 2021, con la Comunicación oral larga titulada: MOVILIZACIÓN TEMPRANA EN UCI: UNA ALIADA PARA LA CALIDAD ASISTENCIAL. CAMINO HACIA LA INTEGRACIÓN DE FISIOTERAPIA.*

6. Valoración del programa por el resto de profesionales

Se ha realizado una encuesta de satisfacción del programa a los profesionales de las Unidades de Críticos.

La encuesta ha sido contestada por 92 profesionales. En el anexo I proporcionamos un resumen de los resultados obtenidos.

7. Conclusiones del programa

El programa que se ha pilotado estos meses en las Unidades de Críticos del HAC demuestra su viabilidad para instaurarlo en la red Sergas: tenemos los recursos, tenemos la organización de los mismos para ofrecer esta atención, disponemos de registros en H^a Clínica de actuaciones que han supuesto resolución de complicaciones, y tenemos las opiniones que nos han trasladado el resto de profesionales de críticos acerca del beneficio de este programa.

También creemos importante destacar, que es muy difícil justificar que si un tratamiento es necesario de lunes a viernes, por todo lo que aporta al paciente, no se realice los fines de semana y festivos; en tanto, que el paciente continúa ingresado y la organización de los recursos lo permite.

Líneas estratégicas

Siendo conscientes de la dificultad para la ampliación de recursos humanos que pueda soportar la atención del paciente crítico en el horario ampliado que hemos definido, sí creemos que existen dos líneas estratégicas en las que englobar objetivos concretos que se deben ejecutar a corto plazo.

Estas dos líneas estratégicas son la mejora de la comunicación entre profesionales y asegurar la calidad y eficiencia asistencial; en las que se apoyan los objetivos planteados a continuación.

Objetivos a corto plazo

1) Línea estratégica para la mejora de la comunicación entre profesionales:

En esta línea estratégica es fundamental tener la visión de integración del fisioterapeuta en Unidades de Críticos, para mejorar estándares de calidad y eficiencia.

Los objetivos concretos a corto plazo a implantar serían:

- Registro de la actividad de fisioterapia a cada paciente en el curso clínico de la historia clínica electrónica del paciente (IANUS).
- Registro de indicadores de fisioterapia en ICCA, al igual que lo hace enfermería.
- Realizar el pase de turno a primera hora con los facultativos y personal de enfermería.
- El personal de fisioterapia asignado a las Unidades de Críticos debe permanecer todo su turno de trabajo para la atención de la actividad programada y de posibles imprevistos o situaciones de emergencia, donde se requiera su intervención.

2) Línea estratégica para asegurar la calidad y eficiencia asistencial

En esta línea estratégica es prioritario acelerar el inicio de la intervención del fisioterapeuta, que posibilite una movilización precoz del paciente y una fisioterapia respiratoria en tiempo.

Para ello, los objetivos concretos a corto plazo serán:

- Derivación directa de los facultativos de las Unidades de Críticos a fisioterapia.
- Protocolización de la intervención del fisioterapeuta en cirugías programadas (ej.

cirugía cardíaca, c. torácica, algunas intervenciones de traumatología...).

- Establecer ratios adecuados de número de pacientes por fisioterapeuta, para disponer del tiempo necesario para su tratamiento.

- Diseño de vías de continuidad asistencial en fisioterapia, en el traslado a planta.
- Diseño de indicadores en relación a la atención de fisioterapia

Para facilitar el desarrollo de estos objetivos, creemos que sería necesario crear un grupo de trabajo con participación de las distintas Sociedades, que permita elaborar un documento de recomendaciones científicas, que engloben experiencias clínicas como la realizada en el Área Sanitaria de Vigo, y establezca estas y otras recomendaciones ejecutivas, a promover desde Servicios Centrales.

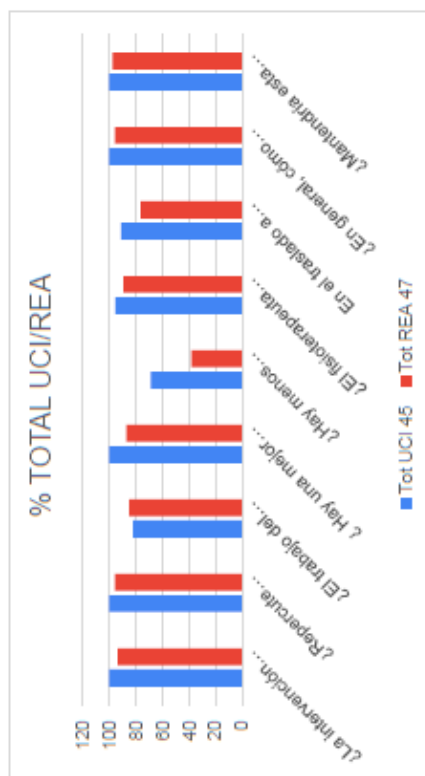
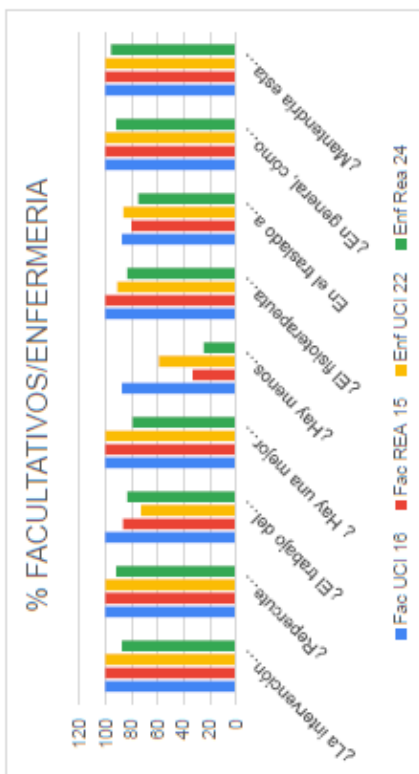
Conclusiones finales

- El valor de la fisioterapia se ha visibilizado en las Unidades de Críticos durante esta pandemia, poniendo en primer plano un trabajo que ya se estaba realizando y que puede aportar más beneficios a nuestros pacientes, con acciones dirigidas a mejorar tanto la calidad como la eficiencia en las intervenciones de fisioterapia.
- El trabajo conjunto entre las distintas Sociedades Científicas de Profesionales que intervienen en el paciente crítico debe ser un pilar fundamental para establecer criterios de calidad y eficiencia asistencial. Por ello, crear un grupo de trabajo sería el primer paso para promover el diseño y puesta en marcha de las diferentes acciones.
- Para finalizar, no debemos tampoco perder la visión de que este proyecto sigue criterios de coste-efectividad; porque invertir en recursos de fisioterapia en Unidades de críticos no debe ser visto como un gasto, sino como lo que en realidad es, una inversión. Este cambio de visión gestora nos debería permitir que las limitaciones impuestas por el Capítulo I de gasto no fueran un impedimento para su implementación desde Servicios Centrales en la Consellería.

ANEXO I

DATOS TOTALES						
	Tot UCI	Tot REA	Fac UCI	Fac REA	Enf UCI	Enf Rea
¿La intervención del fisioterapeuta le ayuda en su trabajo?	45	47	16	15	22	24
¿Repercute positivamente en su trabajo habitual mayor atención de fisioterapia?	45	44	16	15	22	21
¿El trabajo del fisioterapeuta evita complicaciones más frecuentes a nivel respiratorio?	45	45	16	15	22	22
¿Hay una mejor gestión de las secreciones (eliminación)?	37	40	16	13	16	20
¿Hay menos reintubaciones al contar con la ayuda del fisioterapeuta?	45	41	16	15	22	19
¿El fisioterapeuta es importante para solucionar algunas complicaciones respiratorias?	31	18	14	5	13	6
En el traslado a planta, ¿los pacientes van con mayor autonomía?	43	42	16	15	20	20
¿En general, cómo calificaría este programa?	41	36	14	12	19	18
¿Mantendría esta actividad?	45	45	16	15	22	22
	45	46	16	15	22	23

DATOS PORCENTUALES						
	Tot UCI	Tot REA	Fac UCI	Fac REA	Enf UCI	Enf Rea
¿La intervención del fisioterapeuta le ayuda en su trabajo?	45	47	16	15	22	24
¿Repercute positivamente en su trabajo habitual mayor atención de fisioterapia?	100	94	100	100	100	88
¿El trabajo del fisioterapeuta evita complicaciones más frecuentes a nivel respiratorio?	100	96	100	100	100	92
¿Hay una mejor gestión de las secreciones (eliminación)?	82	85	100	87	73	83
¿Hay menos reintubaciones al contar con la ayuda del fisioterapeuta?	100	87	100	100	100	79
¿El fisioterapeuta es importante para solucionar algunas complicaciones respiratorias?	69	38	88	33	59	25
En el traslado a planta, ¿los pacientes van con mayor autonomía?	96	89	100	100	91	83
¿En general, cómo calificaría este programa?	91	77	88	80	86	75
¿Mantendría esta actividad?	100	96	100	100	100	92
	100	98	100	100	100	96



* En el "TOTAL UCI/REA" se incluyen también las respuestas de TCAEs de las Unidades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. “Unidades de Cuidados Intensivos: estándares y recomendaciones”. Informes, estudios e investigación, 2010.
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). “Consideraciones relativas a la rehabilitación durante el brote de COVID-19”, 2020.
3. Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI; 2019 [acceso 22 de mayo de 2019].

Disponible en: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/buenas-practicas/>

4. Waldauf P. et al “Effects of Rehabilitation Interventions on Clinical Outcomes in Critically Ill Patients: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials” Critical Care Medicine. 2020.