

TRABAJO DE FIN DE GRADO

GRADO EN FISIOTERAPIA

“Aproximación a la Fisioterapia en los Servicios de Urgencias Hospitalarios en el territorio gallego. Un proyecto de investigación”

“Approach to Physiotherapy in the Hospital Emergency Services in Galician territory. A research project”

“Aproximación á Fisioterapia nos Servizos de Urgencias Hospitalarios no territorio galego. Un proxecto de investigación”



Facultad de Fisioterapia

Alumna: Dña. Lucía González Boquete

DNI: 53.309.581 C

Directora: Dña. Isabel Raposo Vidal

Convocatoria: Junio 2020

Índice

Glosario de abreviaturas	6
Resumen	8
Abstract	9
Resumo	10
1. Introducción	11
1.1. Tipo de trabajo	11
1.2. Motivación personal	11
2. Contextualización	12
2.1. Antecedentes y estado actual de la Fisioterapia en el Servicio de Urgencias Hospitalario	12
2.1.1. A nivel mundial	12
2.1.2. A nivel europeo	19
2.1.3. En España	21
2.1.4. En Galicia	25
2.2. Justificación del estudio	28
2.2.1. Fisioterapia	28
2.2.2. Fisioterapia en los Servicios de Urgencias Hospitalarios	30
2.2.3. El papel del fisioterapeuta dentro del equipo interdisciplinar de los Servicios de Urgencias Hospitalarios	32
3. Objetivos	34
3.1. Pregunta de investigación	34
3.2. Objetivo general	34
3.3. Objetivos específicos	34
4. Metodología	35
4.1. Estrategia de búsqueda bibliográfica	35
4.1.1. Bases de datos consultadas	35
4.1.2. Criterios de inclusión y exclusión	35
4.1.3. Descriptores empleados	36

4.1.4.	Límites	36
4.1.5.	Búsqueda bibliográfica en bases de datos	36
4.2.	Ámbito de estudio	37
4.3.	Período de estudio	37
4.4.	Tipo de estudio	38
4.5.	Criterios de selección	38
4.6.	Justificación del tamaño muestral	39
4.7.	Selección de la muestra	39
4.8.	Descripción de las variables a estudiar	40
4.9.	Mediciones e intervención	41
4.10.	Análisis de los datos	42
4.11.	Limitaciones del estudio	43
5.	Cronograma y plan de trabajo	44
6.	Aspectos ético-legales	47
7.	Aplicabilidad del estudio	48
8.	Plan de difusión	49
8.1.	Congresos:	49
8.2.	Revistas:	50
8.3.	Comunidad:	50
8.4.	Colegios de profesionales	50
9.	Memoria económica	51
9.1.	Recursos necesarios y distribución del presupuesto	51
9.2.	Posibles fuentes de financiamiento	52
10.	Agradecimientos	54
11.	Bibliografía	55
12.	Anexos	66
	Anexo I. Hospitales con SUH en el territorio gallego según provincia y titularidad	66
	Anexo III. Hoja de información a la Gerencia de Gestión Integrada de las Áreas Sanitarias de Galicia y al/la Jefe del Servicio de Urgencias Hospitalario	82

Anexo IV: Consentimiento informado para la Gerencia de Gestión Integrada de las Áreas Sanitarias de Galicia y el/la Jefe del Servicio de Urgencias Hospitalario	84
Anexo V. Hoja de información al/la participante	85
Anexo VI. Consentimiento informado para el/la participante	89
Anexo VII. Carta de presentación de documentación a la Red de Comités de Ética de la Investigación de Galicia	90

Índice de Tablas

Tabla 1. Criterios de saturación del SUH	13
Tabla 2. Las causas más relevantes de la saturación del SUH	13
Tabla 3. Funciones específicas y compartidas de los fisioterapeutas en los SUH de Sao Paulo, Brasil	16
Tabla 4. Perfil patológico de los pacientes atendidos por fisioterapeutas en los SUH internacionales	18
Tabla 5. Patologías más frecuentes atendidas en los SUH españoles	23
Tabla 6. Niveles de priorización del Sistema Español de Triage	24
Tabla 7. Patologías más frecuentes atendidas en los SUH gallegos	25
Tabla 8. Contribución de la implementación del rol del fisioterapeuta en los SUH	31
Tabla 9. Estrategia de búsqueda	36
Tabla 10. Criterios de selección	39
Tabla 11. Cronograma	46
Tabla 12. Posibles congresos donde divulgar los resultados del estudio	49
Tabla 13. Posibles revistas donde divulgar los resultados del estudio	50
Tabla 14. Recursos necesarios y presupuesto	51
Tabla 15. Posibles fuentes de financiación	52

Índice de Figuras

Figura 1. Roles y tareas de los fisioterapeutas en el SUH a nivel mundial	15
Figura 2. Organigrama del Sistema Nacional de Salud general	21
Figura 3. Proceso de búsqueda en las bases de datos	36

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1. Mapa de Servicios de Urgencias de Galicia	37
--	----

Glosario de abreviaturas

AEF: Asociación Española de Fisioterapeutas

AP: Atención Primaria

B.O.E: Boletín Oficial del Estado

CC.AA: Comunidades Autónomas

CEIC: Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia

CNEF: Congreso Nacional de Estudiantes de Fisioterapia

COFIGA: Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia

CSIC: Consejo Superior de Investigaciones Científicas

D.O.G: Diario Oficial de Galicia

EE.UU.: Estados Unidos

FT: Fisioterapia

ICEM: International Conference on Emergency Medicine

INGESA: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAC: Puntos de Atención Continuada

RX: Radiografía

RM: Resonancia Magnética

SEMES: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

semFYC: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

SEMI: Sociedad Española de Medicina Interna

SERGAS: Servicio Galego de Saúde

SNS: Sistema Nacional de Salud

SUH: Servicios de Urgencias Hospitalarias

TC: Tomografía Computarizada

UAP: Unidad de Atención Primaria

UE: Unión Europea

US: Ecografía

WCPT: World Confederation for Physical Therapy (Confederación Mundial de Fisioterapia)

Resumen

Introducción: La congestión en el Servicio de Urgencias Hospitalario representa una crisis internacional que afecta a la calidad y al acceso a la atención sociosanitaria, como resultado del envejecimiento de la población, el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas y las visitas no urgentes al servicio. El aumento de la presión sobre el Servicio de Urgencias Hospitalario ha supuesto la introducción de formas innovadoras de trabajo. A nivel mundial y europeo, una de esas innovaciones incluye el rol del fisioterapeuta, como miembro integral del equipo interdisciplinar de la unidad, responsable de la evaluación, diagnóstico y manejo de los trastornos funcionales y del movimiento. Sin embargo, cabe destacar la ausencia de la figura del fisioterapeuta en la red asistencial de los Servicios de Urgencias Hospitalarios en España, y consecuentemente, en Galicia. La promoción de la Fisioterapia como alternativa terapéutica y su inclusión en la cartera de servicios sanitarios con mayor presencia, tanto en el ámbito público como privado, resultan esenciales para ajustar las necesidades reales de la atención sociosanitaria a su demanda.

Objetivo: Conocer los contextos y necesidades de los Servicios de Urgencias Hospitalarios del territorio gallego a los que el potencial papel de la Fisioterapia puede contribuir a dar respuesta, determinados mediante las percepciones de los profesionales de la salud de dichos servicios.

Material y método: Para la consecución del objetivo de investigación planteado se realizará un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal, mediante el procedimiento de encuestas a los profesionales sanitarios de los Servicios de Urgencias Hospitalarios. Con una finalidad descriptiva, partiendo de la perspectiva de las personas implicadas y construyendo una visión colectiva, puesto que dicha metodología permite captar el conocimiento, el significado y las interpretaciones que comparten los individuos sobre la realidad que se pretende investigar. Asimismo, se empleará el programa informático IBM SPSS Statistics®, el método descriptivo-analítico y la triangulación de investigadores para realizar el análisis de los datos obtenidos.

Palabras clave: Servicio de Urgencias Hospitalario, Fisioterapia.

Abstract

Introduction: Overcrowding in the Hospital Emergency Department represents an international crisis that affects the quality and access to social and health care, as a result of an aging population, an increase in the prevalence of chronic diseases, and non-urgent visits to the service. The increased pressure on the Hospital Emergency Department has led to the introduction of innovative ways of working. On a global and European level, one such innovation includes the role of the physiotherapist as an integral member of the unit's interdisciplinary team responsible for the assessment, diagnosis and management of functional and movement disorders. However, the absence of the physiotherapist in the care network of Hospital Emergency Departments in Spain, and consequently, in Galicia, should be noted. The promotion of physiotherapy as a therapeutic alternative and its inclusion in the portfolio of health services with the greatest presence, both in the public and private spheres, is essential to adjust the real needs of social and health care to its demand.

Objective: To understand the contexts and needs of hospital emergency services in Galicia to which the potential role of physiotherapy can contribute to respond, determined by the perceptions of health professionals in these services.

Methods: In order to achieve the proposed research objective, a descriptive, observational and cross-sectional study will be conducted through the procedure of surveys of health professionals in Hospital Emergency Departments. The purpose of the study will be solely descriptive, starting from the perspective of the people involved and building a collective vision, since this methodology allows us to capture the knowledge, meaning and interpretations that individuals share about the reality that we intend to investigate. In addition, IBM SPSS Statistics® software, the descriptive-analytical method and the triangulation of researchers, will be used to carry out the analysis of the data obtained.

Keywords: Hospital Emergency Department, Physiotherapy.

Resumo

Introdución: A conxestión no Servizo de Urgencias Hospitalario representa unha crise internacional que afecta á calidade e ao acceso á atención sociosanitaria, como resultado do envellecemento da poboación, o aumento da prevalencia de enfermidades crónicas e as visitas non urxentes ao servizo. O aumento da presión sobre o Servizo de Urgencias Hospitalario supuxo a introdución de formas innovadoras de traballo. A nivel mundial e europeo, unha desas innovacións inclúe o rol do fisioterapeuta, como membro integral do equipo interdisciplinar da unidade, responsable da avaliación, diagnóstico e manexo dos trastornos funcionales e do movemento. Con todo, cabo destacar a ausencia da figura do fisioterapeuta na rede asistencial dos Servizos de Urgencias Hospitalarios en España, e consecuentemente, en Galicia. A promoción da Fisioterapia como alternativa terapéutica e a súa inclusión na carteira de servizos sanitarios con maior presenza, tanto no ámbito público como privado, resultan esenciais para axustar as necesidades reais da atención sociosanitaria á súa demanda.

Obxectivo: Coñecer os contextos e necesidades dos Servizos de Urgencias Hospitalarios do territorio galego aos que o potencial papel da Fisioterapia pode contribuír a dar resposta, determinados mediante as percepcións dos profesionais da saúde dos devanditos servizos.

Material e método: Para a consecución do obxectivo de investigación suscitado realizarase un estudo descritivo, observacional e de corte transversal, mediante o procedemento de enquisas aos profesionais sanitarios dos Servizos de Urgencias Hospitalarios. Cunha finalidade descritiva, partindo da perspectiva das persoas implicadas e construíndo unha visión colectiva, posto que dita metodoloxía permite captar o coñecemento, o significado e as interpretacións que comparten os individuos sobre a realidade que se pretende investigar. Así mesmo, empregárase o programa informático IBM SPSS Statistics®, o método descritivo-analítico e a triangulación de investigadores para realizar a análise dos datos obtidos.

Palabras clave: Servizo de Urgencias Hospitalario, Fisioterapia.

1. Introducción

1.1. Tipo de trabajo

El presente trabajo constituye el diseño de un proyecto de investigación. Se propone un estudio descriptivo observacional de corte transversal para explorar los contextos y necesidades de los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) del territorio gallego a los que el potencial papel de la Fisioterapia (FT) puede contribuir a dar respuesta, determinados mediante las percepciones de los profesionales de la salud de dichos servicios. La finalidad es descriptiva, puesto que se plantea la realización de una encuesta a la población diana.

1.2. Motivación personal

El principal motivo para la realización de este estudio radica en mi interés personal por el desarrollo y avance de la profesión. En concreto, por determinar y justificar la necesidad de definir e incorporar la figura del fisioterapeuta como un profesional más dentro del equipo interdisciplinar en las unidades donde su papel no está integrado, como es el caso de los SUH gallegos.

Para ello, este trabajo pretende constituir un pequeño avance a nivel teórico para posteriormente, poder aplicar y trasladar esta necesidad a nivel práctico. Para lo cual, será necesario plantear el diseño de un estudio basado en este trabajo de fin de grado, con la finalidad de poder llevarlo a la práctica, pretendiendo dar respuesta a la pregunta de investigación. A largo plazo, se pretende dar a conocer dicho estudio, publicarlo y presentarlo, para que, en última instancia, pueda ser de utilidad para favorecer la inclusión de la FT en los SUH en Galicia.

2. Contextualización

2.1. Antecedentes y estado actual de la Fisioterapia en el Servicio de Urgencias Hospitalario

2.1.1. A nivel mundial

El Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) puede definirse como una organización de profesionales sanitarios, ubicada en el hospital, que ofrece asistencia multidisciplinar, cumpliendo unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender a las urgencias y emergencias¹.

Se considera urgencia médica toda situación que requiere una actuación médica inmediata. Se distingue entre urgencia objetiva, necesidad de actuación inmediata y real valorada por un médico, y urgencia subjetiva, en la que la inmediatez es requerida por el propio paciente y/o sus familiares².

Mientras que la emergencia se define como aquella situación con riesgo vital inminente que obliga a poner en marcha unos recursos y medios especiales, y exigen un tratamiento inmediato para salvar la vida del paciente y en algunos casos un diagnóstico etiológico con la mayor premura posible².

El SUH se configura como una unidad intermedia, que presta servicios (asistencia médica y cuidados de enfermería) hasta la estabilización del cuadro clínico a los pacientes que son finalmente ingresados en el hospital, y como un servicio final para aquellos pacientes que, habiendo acudido a la unidad, son finalmente dados de alta¹.

La congestión en el SUH representa una crisis internacional que afecta a la calidad y al acceso a la atención sociosanitaria, como resultado del envejecimiento de la población, el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas y las visitas no urgentes al servicio³.

Se entiende por congestión del SUH cuando “no queda espacio para satisfacer las necesidades tiempo-dependientes del próximo paciente que requiere atención de urgencia”⁴. Por muchos años se creyó que las esperas eran causadas por un mal diseño de la sala de urgencia y por no ser capaces de optimizar el flujo de pacientes. Sin embargo, los últimos datos indican que se produce por la permanencia de los pacientes hospitalizados en este servicio. Por lo que, la congestión en el SUH se debe realmente

a una congestión en todo el complejo hospitalario⁴. Los criterios de saturación del SUH se exponen en la Tabla 1.

Tabla 1. Criterios de saturación del SUH⁴.

Pacientes pendientes de ingreso > 10%
Pacientes con estancia > 4 h > 90%
Retraso en el triaje > 5 min
Índice de ocupación del SUH > 100%
Retraso en la valoración diagnóstica de pacientes > 30 min
Alta no comunicada de pacientes > 5%

Existen muchas causas implicadas en la sobrecarga de los SUH (Tabla 2) y además, se conoce que su saturación no solamente empeora la mayoría de los indicadores de calidad sino que genera peores resultados clínicos, como un mayor número de errores asistenciales, desvíos y demoras en el transporte, tiempos de espera cada vez más largos y pérdidas financieras; los cuales son asociados con una disminución de la satisfacción del paciente y un aumento de la mortalidad^{3,5,6}.

Tabla 2. Las causas más relevantes de la saturación del SUH³.

Permanencia de pacientes hospitalizados en el SUH
Estructura física inadecuada y adaptabilidad limitada a la sobredemanda
Falta de previsión en períodos de mayor afluencia de pacientes
Personal sanitario insuficiente o con inadecuada preparación
Falta de organización y retraso en los ingresos hospitalarios

Para reducir la permanencia de los pacientes en el SUH y evitar el retorno al servicio se propone mejorar la capacidad hospitalaria mediante la programación semanal de los ingresos y las altas, y derivaciones no urgentes⁴, así como incluir personal adicional³ con el fin de prevenir diagnósticos erróneos, manejos inapropiados o fallos en el plan de seguimiento⁷.

El aumento de la presión sobre el SUH ha supuesto la introducción de formas innovadoras de trabajo. Una de esas innovaciones incluye el rol del fisioterapeuta de práctica avanzada que actúa como personal de contacto primario para ayudar en el manejo de un subconjunto de pacientes, principalmente aquellos con problemas musculoesqueléticos; con el propósito de mejorar el manejo y aumentar la eficiencia del servicio⁸. Así como actuar como un profesional de contacto secundario para evaluar la idoneidad para el alta con respecto al estado de movilidad y el riesgo de caídas, después de la derivación por parte del personal médico^{9,10}.

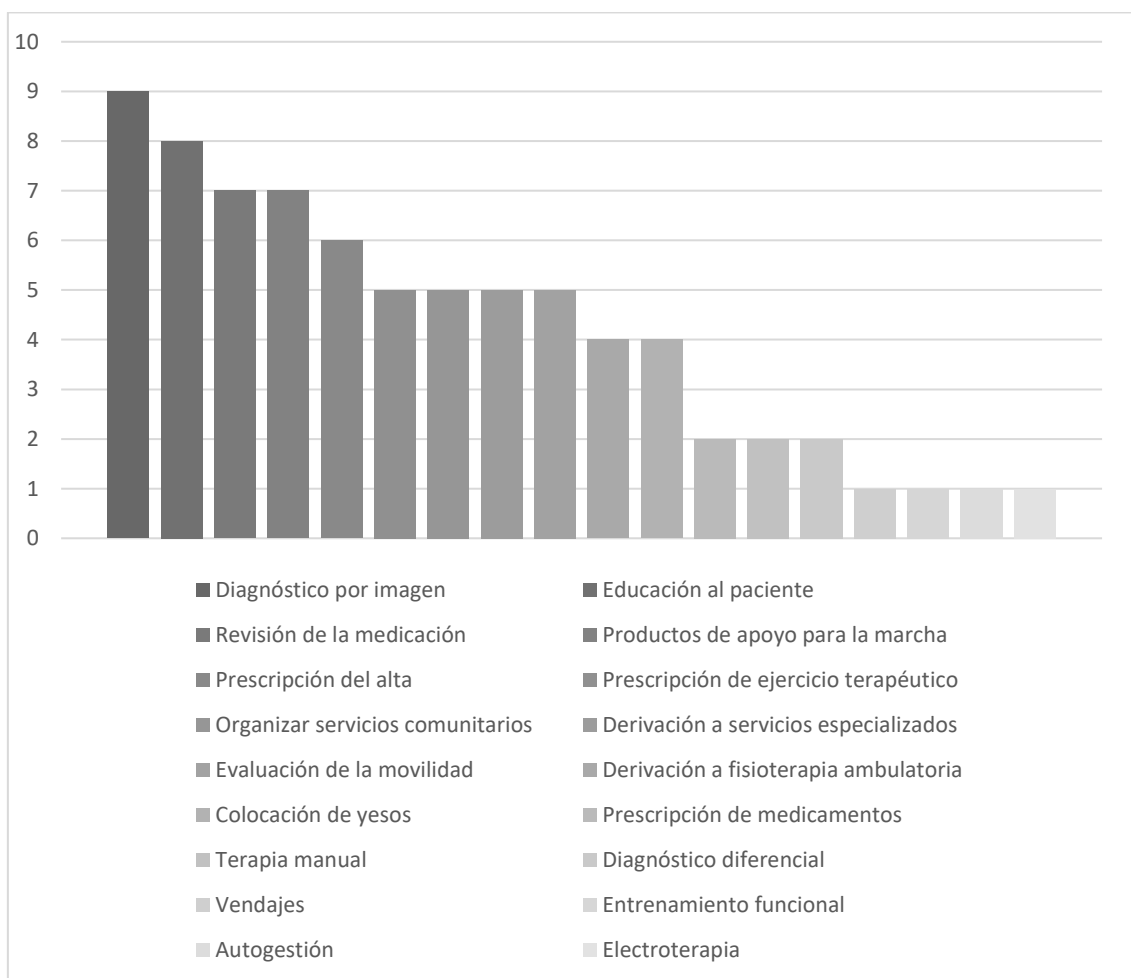
Estados Unidos (EE.UU.)¹⁰, Australia¹¹, Canadá¹², Reino Unido¹³ o Dinamarca¹⁴ son algunos de los países que, dentro de su sistema sanitario, tienen instaurada la figura del fisioterapeuta en el ámbito de urgencias.

La Fisioterapia (FT) en el SUH se introdujo por primera vez en el Reino Unido a principios de la década de 1990 como practicantes de contacto secundario¹⁵. Más recientemente, Australia y EE.UU. han adoptado la contribución temprana del Reino Unido como un catalizador para el desarrollo de profesionales de fisioterapia avanzada que trabajan en roles de contacto primario^{16,17,18}. Los fisioterapeutas se pusieron a prueba por primera vez en Australia en 2003 con la intención de optimizar el flujo de pacientes en respuesta a la creciente demanda en los SUH¹⁹.

Por ello, la Visión 2020 de la Asociación Estadounidense de Terapia Física aboga por que los fisioterapeutas sean miembros integrales de los equipos del SUH responsables de la evaluación, diagnóstico y manejo de los trastornos funcionales y del movimiento^{20,21,22}.

Por lo tanto, es necesaria la delimitación de los roles y tareas asumidos por los fisioterapeutas en el SUH para ayudar a definir los objetivos comunes con el fin de lograr una atención integral y holística centrada en la persona, y una atención eficaz del servicio. Entre los que destacan el diagnóstico por imagen, la educación al paciente, la revisión de la medicación y la prescripción de productos de apoyo para la marcha^{10,23}, los cuales se recogen en la Figura 1.

Figura 1. Roles y tareas de los fisioterapeutas en el SUH a nivel mundial^{10,23}.



En el Reino Unido y Canadá, el ámbito de práctica del fisioterapeuta se ha extendido a la administración de medicamentos y poseen la capacidad de ordenar e interpretar pruebas diagnósticas como radiografía (RX), resonancia magnética (RM), tomografía computarizada (TC) y ecografía (US)^{24,25}. En Australia, el alcance actual de la práctica comprende el ordenamiento e interpretación de RX^{8,18,26}, mientras que el derecho a recetar medicamentos todavía está en debate^{27,28}. La FT puede ayudar a evaluar y manejar a los pacientes para contribuir a reducir los ingresos hospitalarios innecesarios desde el SUH^{29,30}.

A continuación, tomando como ejemplo la realidad del fisioterapeuta en Brasil, se exponen las funciones específicas y compartidas en un modelo que integra en su totalidad la FT en el SUH (Tabla 3).

Tabla 3. Funciones específicas y compartidas de los fisioterapeutas en los SUH de Sao Paulo, Brasil³¹.

Funciones específicas de los fisioterapeutas
Prescribir y realizar intervenciones de fisioterapia cardiovascular
Determinar un diagnóstico y pronóstico de fisioterapia
Prescribir y emplear métodos, técnicas y/o recursos de fisioterapia
Determinar las condiciones para el alta hospitalaria y la prescripción de fisioterapia
Registrar la evaluación de fisioterapia, diagnóstico, pronóstico, intervención, evolución, interconsultas y alta
Funciones compartidas con enfermeros y médicos
Manejar ventilación espontánea, oxigenoterapia, terapia de inhalación, invasiva y no invasiva, natural y/o ventilación mecánica
Trabajar en un equipo interdisciplinario en la rehabilitación de personas con disfunciones cardiovasculares y metabólicas
Evaluar y controlar los parámetros cardiorrespiratorios, incluso en un paciente crítico o potencialmente crítico
Interpretar exámenes complementarios
Aplicar medidas de prevención y control de infecciones en el entorno hospitalario
Participar en el equipo y en los procedimientos de apoyo a la salud
Funciones de fisioterapeutas compartidas con médicos
Evaluar el estado de salud de un paciente crítico o potencialmente crítico bajo soporte ventilatorio invasivo para realizar la extubación
Evaluar el soporte de ventilación no invasivo y las condiciones de salud de un paciente crítico o potencialmente crítico para su extracción
Evaluar y controlar las vías respiratorias naturales y artificiales de un paciente crítico o potencialmente crítico
Favorecer el control gasométrico mediante ajustes ventilatorios invasivos y no invasivos

Identificar la asincronía entre paciente y ventilador, evaluando y monitoreando
Funciones de fisioterapeutas sin consenso
Aplicar métodos, técnicas y recursos de expansión pulmonar, eliminación de secreciones, fortalecimiento muscular, reacondicionamiento cardiorrespiratorio de pacientes críticos o potencialmente críticos
Favorecer la desensibilización para llevar a cabo una ventilación no invasiva
Realizar una evaluación física y funcional, y controlar a las personas con disfunción cardiovascular, metabólica y/o muscular
Conocer las respuestas cardiorrespiratorias y vasomotoras a los cambios en la postura, el esfuerzo físico y otras intervenciones, y vigilarlas durante las actividades prescritas
Estimular el nivel de conciencia a través de estímulos propioceptivos y cambios en la postura
Estimular la conciencia temporal y espacial
Corregir la asincronía entre paciente y ventilador
Establecer la capacidad cardiorrespiratoria funcional y estratificar el riesgo cardiovascular del individuo
Mantener el rango de movimiento mediante el posicionamiento y la movilización pasiva, asistida y activa en pacientes hospitalizados

Las funciones compartidas con médicos y personal de enfermería en los SUH están relacionadas principalmente con controlar las vías respiratorias, monitoreo y cuidado de la ventilación mecánica; y con proporcionar técnicas de evaluación y tratamiento dirigidas a eliminar secreciones, mejorar la respiración y prevenir infecciones^{31,32,33}.

La Tabla 4 presenta los datos sobre el perfil patológico de los pacientes generalmente atendidos por fisioterapeutas en los SUH^{28,34,35,36,37}.

Tabla 4. Perfil patológico de los pacientes atendidos por fisioterapeutas en los SUH internacionales^{28,34,35,36,37}.

Patologías por orden de prevalencia
Musculoesquelética: dolor cervical y lumbar no traumático, lesiones de tejidos blandos superficiales (esguinces y distensiones) y contusiones, trastornos del disco intervertebral y otros problemas de columna vertebral
Trauma-ortopédica: incluyendo caídas y fracturas de extremidades, excluyendo traumatismos de alto riesgo o fracturas abiertas
Neurológica
Cardiopulmonar: infecciones respiratorias y asma
Vestibular
Tegumentaria
Cuidado de heridas

Muchas de estas afecciones son agudas, y existe una sólida evidencia sobre que proporcionar intervención precoz promueve mejores resultados. Donde los fisioterapeutas poseen el conocimiento y las habilidades necesarias para desempeñar un papel importante en la atención temprana de los pacientes, ayudando a mitigar la congestión y mejorar la eficiencia del tiempo en el SUH; destacando su papel en el manejo de afecciones musculoesqueléticas y patologías que acarrear problemas de movilidad^{26,32,38,39,40,41}.

Para poder proporcionar dichos servicios, el nivel de formación de los fisioterapeutas del SUH supone estudios de postgrado que conllevan un aprendizaje profesional adicional en yesos, interpretación de imágenes, farmacología analgésica (comúnmente recetada) y detección de banderas rojas viscerales^{8,10,42}.

2.1.2. A nivel europeo

La primera literatura que define la práctica del fisioterapeuta en el SUH se publicó en 1996 con estudios descriptivos procedentes del Reino Unido^{15,22}. Si bien en EE.UU. se describió por primera vez en el año 2000⁴³ y fue identificada como una "práctica emergente" por la Asociación Estadounidense de Terapia Física⁴⁴. Aunque la práctica del fisioterapeuta en el SUH se ha vuelto más conocida y aceptada en los últimos 20 años, sigue siendo una gran desconocida⁴⁵. No constan datos actuales que indiquen cuántos SUH, en los distintos países, emplean fisioterapeutas a tiempo completo, pero la evidencia empírica de las reuniones de grupos de fisioterapeutas del SUH celebradas en conferencias de FT sugiere que es un número bastante pequeño.

No existe una definición oficial de un fisioterapeuta de práctica extendida en los SUH. El rol es relativamente nuevo y según la Red de Fisioterapeutas de Accidentes y Emergencias en 2004, solo unos 30 hospitales en el Reino Unido tienen algún tipo de servicio de FT en el departamento de emergencias. En ese momento se reconoció que para descongestionar las unidades se requiere una reorganización significativa y cambio completo del sistema en toda la vía de cuidados agudos¹³.

En Italia, en los últimos 15 años, se ha producido un gran aumento en la actividad del SUH, y se han propuesto varias intervenciones posibles, con procedimientos organizativos específicos. En 2004 en el Reino Unido, se introdujo la regla de que el 98% de los pacientes del SUH deberían ser atendidos y luego hospitalizados o dados de alta dentro de las 4 horas posteriores a su presentación en el servicio. Se ha demostrado que esta medida es muy eficaz en la disminución de la congestión del SUH, y ha llevado al desarrollo de nuevos indicadores clínicos de atención aguda^{13,46}.

Otro procedimiento organizativo que intenta abordar esta problemática es el protocolo de capacidad total. Este protocolo, ampliamente utilizado en varios países, busca estandarizar la práctica común de ingresar pacientes en un pasillo del hospital. Los puntos clave del protocolo son: criterios para determinar cuándo el SUH está a plena capacidad (capacidad total = camas del SUH llenas + paciente esperando 2 horas), el proceso para implementar el protocolo (máximo 2 pacientes/pasillo) y los tipos de pacientes susceptibles para una cama de pasillo. Los resultados de la aplicación se traducen en una reducción en los tiempos de espera al ingreso hospitalario y una mayor satisfacción del personal y del paciente⁴⁷.

Otra propuesta recae en la necesidad de mejorar la eficiencia del tiempo a través del triaje directo a FT, es decir, establecer un área específica de FT en el SUH. Puesto que los pacientes atendidos en los departamentos de emergencia en los EE.UU. no pueden ver a un fisioterapeuta sin un examen médico previo, lo que ralentizará la atención hasta que puedan ver a los pacientes de manera autónoma, como pueden hacer los fisioterapeutas de práctica avanzada en el Reino Unido^{13,32}, Irlanda⁴⁸, Canadá¹² y Australia^{8,11}.

Aunque se han publicado pocos estudios específicos en relación a la práctica del fisioterapeuta del SUH, existe una consistente evidencia de la gran satisfacción de los pacientes con dichos servicios en este contexto^{17,32,37}. Existe literatura que sugiere que los tiempos de espera pueden disminuir^{8,15,21,26,41,49,50,51}, se mejora la educación del paciente^{36,41,46,52}, se reduce la realización de pruebas diagnósticas⁵¹, y se mejora la derivación a servicios ambulatorios apropiados^{16,29,53}. Otros autores incluyen que contribuye a evitar ingresos inapropiados^{8,29,52,54}, proporcionando una intervención temprana adecuada³⁷, y liberando a los médicos de urgencias para el tratamiento de pacientes con afecciones más críticas^{45,49,52,53}.

Entre los abordajes destaca facilitar instrucciones específicas sobre el uso adecuado y seguro de los dispositivos de asistencia, proporcionar intervenciones que son una alternativa a la medicación para el dolor y educar a los pacientes sobre prevención de lesiones, seguridad e higiene postural en las actividades de la vida diaria²⁰.

Aproximadamente, el 60% de las afecciones manejadas en el SUH por los fisioterapeutas se clasifican como patología musculoesquelética, y el 40% restante como afecciones neurológicas, cardiopulmonares, vestibulares, quemaduras y heridas, o una combinación de las anteriores²⁰.

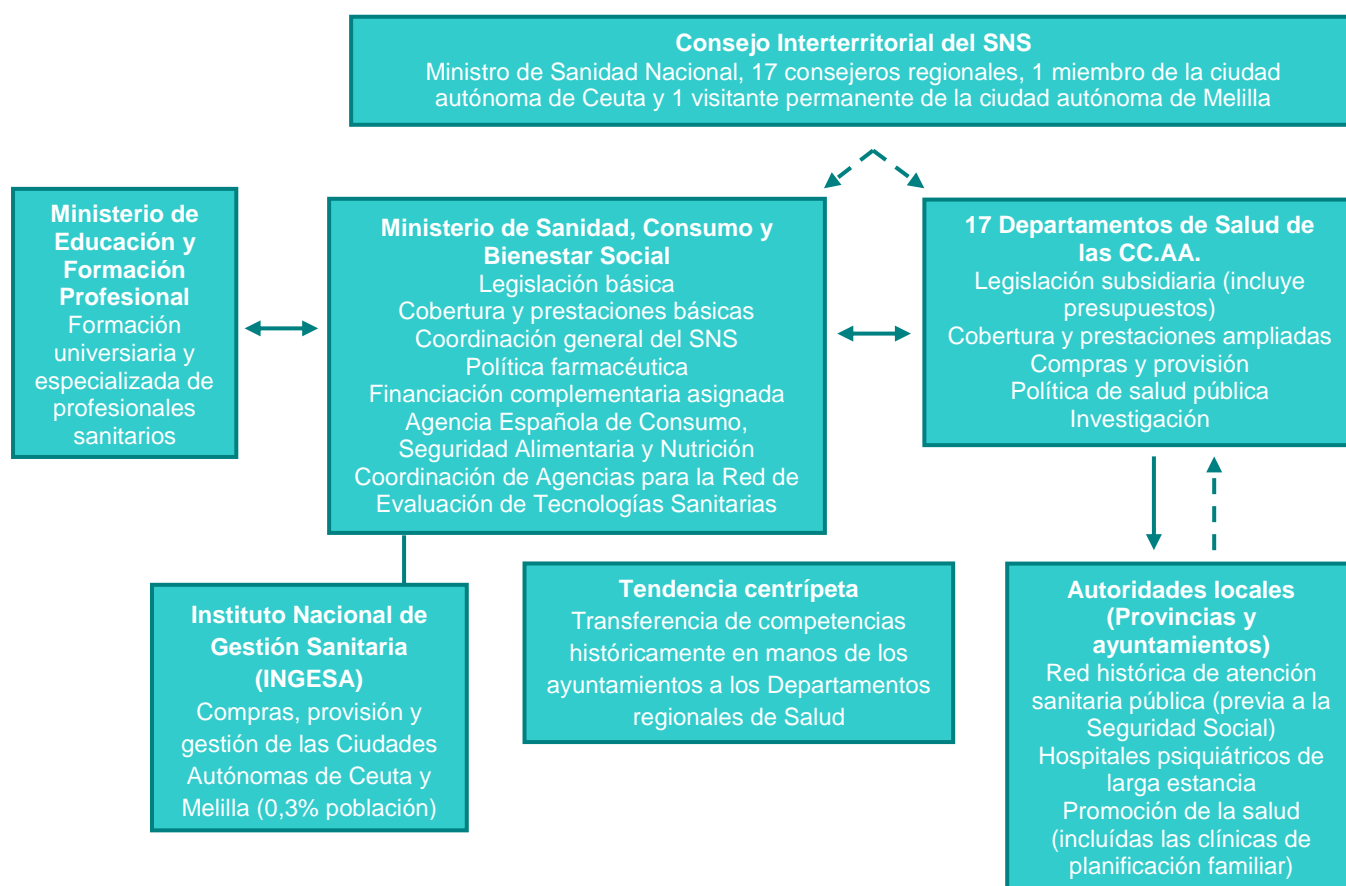
2.1.3. En España

En España el estado de salud ha mejorado desde 2010, implicando un aumento de la esperanza de vida⁵⁵, aunque las enfermedades crónicas y la discapacidad de larga duración siguen aumentando debido al rápido envejecimiento de la población⁵⁶.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) español se basa en los principios de universalidad, libre acceso, equidad y solidaridad financiera; y se financia principalmente mediante impuestos⁵⁶.

Las competencias sanitarias se encuentran transferidas a las 17 Comunidades Autónomas (CC.AA.), quedando la escala nacional a cargo, bajo la dirección del Consejo Interterritorial del SNS, de determinados ámbitos estratégicos, así como de la coordinación general del sistema de salud y de la supervisión nacional del desempeño del sistema sanitario⁵⁶.

Figura 2. Organigrama del Sistema Nacional de Salud general⁵⁶.



El sector privado es un actor importante en el sistema sanitario español, puesto que ofrece planes de seguro de enfermedad a los particulares. Constituye la red alternativa para el 80% de los funcionarios asegurados en una mutualidad; proporciona la asistencia dental y para productos de óptica que no cubre el SNS y, se encuentra estrechamente interrelacionado con el sector público, en concreto, en la atención hospitalaria y farmacéutica⁵⁶.

Desde 2010 no se han producido cambios significativos en la estructura representativa de los agentes sociales y profesionales, ni en sus funciones habituales en el SUH⁵⁷. En lo que se refiere a la distribución de funciones profesionales, el único desarrollo reglamentario en la última década ha sido la regulación de la prescripción de medicamentos por parte de los enfermeros⁵⁶, pero no por parte de los fisioterapeutas, como ya sucede en otros países a nivel mundial y europeo.

El SNS cuenta con una larga tradición en el desarrollo y la aplicación de iniciativas de calidad y seguridad. Muchas de las líneas de trabajo actuales pueden considerarse derivadas del Plan de Calidad de 2010⁵⁶, en particular las 10 estrategias nacionales de salud centradas en los problemas de salud más relevantes⁵⁸, la ampliación de GuíaSalud (la red nacional para el desarrollo y la aplicación de directrices clínicas)⁵⁹, el desarrollo de la Estrategia Nacional de Seguridad del Paciente⁶⁰, el Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España⁶¹ o la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS⁶². Sin embargo, ninguna recoge el papel del fisioterapeuta como parte del equipo interdisciplinar del SUH.

Desde el punto de vista de los pacientes, una proporción importante de los españoles sí que aprecia la necesidad de emprender reformas sustanciales en el SNS, y exigen una mayor participación en las decisiones sobre la atención que reciben⁵⁶.

En los últimos años se ha producido un incremento en la utilización de los SUH. Este hecho obedece no sólo a los cambios demográficos y epidemiológicos: aumento de la población por envejecimiento, cambios en los patrones de morbimortalidad, movimientos migratorios en la última década, sino también a otros factores asociados a la conducta ante la utilización de dichos servicios. La necesidad percibida de atención inmediata y de calidad, la dificultad de acceso a otros recursos del sistema, la falta en algunos individuos de seguro público y de educación sanitaria, el irregular desarrollo de la Atención Primaria (AP) o el uso de los mismos para evitar listas de espera, han contribuido en gran medida a ello. En este contexto se produce una masificación con la consiguiente pérdida de calidad asistencial, la demora en la atención a las urgencias

reales y la insatisfacción de los pacientes y profesionales; lo que conlleva aparte del riesgo intrínseco para el paciente, un mayor gasto sanitario así como repercusiones sobre la gestión de todo el hospital².

Solamente en el año 2015 se atendió en los hospitales españoles a cerca de 28.223.086 pacientes, de los cuales más del 75% se atendieron en hospitales públicos¹. Existen diferentes situaciones que pueden ser consideradas tributarias de una asistencia inmediata; las patologías más frecuentes atendidas en los SUH se encuentran recogidas en la Tabla 5⁶³.

Tabla 5. Patologías más frecuentes atendidas en los SUH españoles⁶³.

Patologías más frecuentes atendidas en urgencias	
Heridas y efectos adversos	28,6%
Signos, síntomas y estados mal definidos	11,81%
Enfermedades del aparato digestivo	10,26%
Enfermedades infecciosas	9,49%
Enfermedades del aparato respiratorio	8,39%
Enfermedades cardiocirculatorias	7,46%
Enfermedades nerviosas y de los sentidos	6,13%
Enfermedades del aparato genitourinario	6,05%
Enfermedades mentales	5,12%
Otros	6,69%

Como se refleja anteriormente, el SUH es el punto de encuentro, filtro y distribución de las distintas especialidades médico-quirúrgicas que ofrece el hospital; presentando un aspecto común; la premura en la actuación sanitaria².

El triaje es el proceso de clasificación de los pacientes por el grado de urgencia a su llegada al servicio. Permite la valoración clínica preliminar que ordena a los pacientes antes de la valoración diagnóstica y terapéutica, de forma que los más graves son tratados primero, aplicando el principio bioético de justicia. Tanto desde el punto de vista estructural como funcional, el área de triaje ha de ser la puerta de entrada del SUH².

Los niveles de priorización del Sistema Español de Triage se recogen en la Tabla 6.

Tabla 6. Niveles de priorización del Sistema Español de Triage².

Nivel de gravedad	Nivel de urgencia	Categoría	Tiempo de atención
I	Reanimación	Rojo	Inmediato
II	Emergencia	Naranja	Inmediato enfermería/5 minutos médico
III	Urgente	Amarillo	< 45 minutos
IV	Menos urgente	Verde	2 horas
V	No urgente	Azul	4 horas

Las funciones del triaje pretenden identificar a los pacientes con riesgo vital, priorizar en función del nivel de clasificación, asegurar la reevaluación de los pacientes en espera, asignar el área más adecuada a cada paciente, así como aportar información acerca del proceso asistencial, ayudar a corregir las situaciones de saturación del SUH y disminuir la congestión de las aéreas de tratamiento².

Una vez atendida la situación de urgencia se procederá al alta del paciente o al ingreso hospitalario. El objetivo fundamental es solucionar el problema por el que acude a consulta y tomar decisiones de forma rápida, ya que un retraso puede poner en peligro la vida del paciente. Por todo ello, el SUH debe contar con profesionales especializados, con los conocimientos y formación adecuada para desarrollar su trabajo².

Aunque en España la FT está reconocida como actividad profesional desde mediados del siglo pasado, hay una evidente carencia de estudios que analicen la implementación de la atención fisioterapéutica en nuevos ámbitos de actuación en nuestro país. En resumen, la FT en el SUH no está implantada en España⁶⁴, a diferencia de como ocurre en otros países a nivel mundial y europeo, de hecho, no se localiza ningún artículo en español que haga referencia a dicha temática.

2.1.4. En Galicia

El fenómeno del aumento del envejecimiento de la población es mayor en Galicia que en el resto del territorio español, siendo las zonas rurales y de interior las más envejecidas⁶⁵.

En Galicia la tasa anual de frecuentación de las urgencias hospitalarias es de 478 por cada 1.000 habitantes. Las cuales suponen más de 1,3 millones de visitas anuales al SUH. De ellas, el 80% fueron atendidas en los centros de la red del Servicio Galego de Saúde (SERGAS). Por lo que, los problemas de presión asistencial del SUH no se solucionan con la ampliación de espacios, sino que deben introducirse cambios en la organización y gestión⁶⁶.

La atención sociosanitaria se caracteriza por ser proporcionada por equipos interdisciplinarios, debido a que los pacientes pueden presentar diversas afecciones. Las patologías por las que los pacientes acudieron al SUH se muestran en la Tabla 7⁶⁷.

Tabla 7. Patologías más frecuentes atendidas en los SUH gallegos⁶⁷.

Patologías más frecuentes atendidas en urgencias	
Traumatismos	21,1%
Problemas músculo-esqueléticos	17,7%
Enfermedades del aparato respiratorio	12%
Enfermedades del aparato digestivo	12%
Enfermedades cardíacas	6,8%
Síntomas generales inespecíficos	4%
Enfermedades neurológicas	3,5%
Enfermedades vasculares	3,5%
Enfermedades infecciosas	3,3%
Enfermedades del aparato genitourinario	3,2%
Enfermedades mentales	2,8%
Otros	10,1%

El SERGAS, con el objetivo de combatir la congestión de los SUH, se ha fijado unos objetivos sobre los tiempos de espera que le dan un margen de actuación de 4 horas como límite desde que el paciente llega a la unidad hasta ser atendido. En 2017, los pacientes menos graves esperaron de media 1 hora y 18 minutos desde que entraron al hospital hasta que recibieron la primera atención médica. En todo caso, se debe tener en cuenta que, esta espera es una media de todo el año, que probablemente se incremente cuando se producen picos de demanda, como sucede en épocas de gripe⁶⁶.

Aunque el principal motivo de la saturación de estos servicios sucede por la espera para ingresar al paciente en planta, la finalidad de la hospitalización fue en el 44,6% de los casos para una intervención quirúrgica, en el 27,6% para recibir un tratamiento, en el 19,5% para realizar un diagnóstico y en el 3,4% para un parto⁶⁷. Para disminuir el tiempo de espera se propone que, en el momento en el que haya una cama disponible, se fije un plazo máximo de 45 minutos para reubicar al paciente; evitando que la sala de observación se convierta en una estancia en la que se acumulan pacientes esperando a ser ingresados⁶⁶.

Las Unidades de Urgencias son las encargadas de proporcionar servicios asistenciales a los usuarios fuera del horario de las Unidades de Atención Primaria (UAP). Están formadas por tres tipos de profesionales: médicos generales, pediatras y personal de enfermería. Son unidades de apoyo y su ámbito de actuación viene definido por zonas geográficas, a nivel de parroquias. Una misma zona geográfica puede estar cubierta por varios dispositivos de urgencias al mismo tiempo⁶⁸.

Podemos distinguir tres dispositivos de urgencias diferentes⁶⁸:

- Dispositivos de Atención de Urgencia Especializada (Servicios Especial y Normal de Urgencias): están formados por personal contratado de forma específica para cubrir estos núcleos de actividad y tienen horario de funcionamiento de 17:00 a 9:00 en días laborables y de 9:00 a 9:00 en festivos y fines de semana. Así pues, el personal de este tipo de unidades no puede formar parte al mismo tiempo de una UAP.
- Puntos de Atención Continuada (PAC): se caracterizan por estar formados por personal perteneciente a UAP, no están formados por personal contratado específicamente para atender las urgencias.
- Atención Continuada: tienen las mismas características que un PAC pero su ámbito de actuación es de un único centro sanitario. Además, este tipo de unidades pueden tener tanto presencia física como localizada de sus efectivos.

Se dispone de Unidades de Fisioterapia ubicadas de manera descentralizada en diversos centros de salud de AP, que funcionan como unidades de referencia para una o más zonas básicas de salud, de tal manera que cada unidad da servicio a una población delimitada numérica y geográficamente⁶⁸. Sin embargo, cabe destacar la ausencia de la figura del fisioterapeuta en la red asistencial de los SUH en Galicia.

Dentro del territorio gallego existe un total de 36 hospitales, de los cuales 14 son de titularidad pública y 22 de titularidad privada que poseen SUH, clasificados por provincias dentro del territorio gallego^{69,70}. El listado de los centros hospitalarios se recoge en el Anexo I.

La Estrategia del SERGAS 2020 tiene como objetivo principal la mejora de la salud de la ciudadanía. Entre sus principales líneas para desarrollarlo se encuentra orientar la estructura de prestación de servicios de cara a las necesidades de los pacientes y a la mejora de la atención a la cronicidad. Significaría la definición de grupos de pacientes con demandas similares y la adaptación de los diferentes servicios a sus necesidades y, sobre todo, de los actuales SUH⁶⁸.

Asimismo, destaca la mejora de la asistencia en el SUH que consiste en definir e implantar un sistema integrado de gestión de las urgencias para la resolución de los picos de alta demanda mediante planes de contingencia, y para la integración de todo el sistema incluyendo todos los puntos de atención a las urgencias: SUH, PAC, 061 y ambulancias medicalizadas. E incluir una aplicación informática para pacientes con recomendaciones y un sistema de información actualizada de su situación para familiares⁶⁸.

2.2. Justificación del estudio

2.2.1. Fisioterapia

Según la Confederación Mundial de Fisioterapia (WCPT) "la FT es una profesión de la salud con experiencia en la prescripción de movimiento y ejercicio a lo largo de la vida en todo el espectro de la salud. La FT implica intervenciones específicas, individuales y colectivas donde el movimiento y la función están, o pueden estar, amenazados por el envejecimiento, lesiones, dolor, discapacidad, enfermedad, trastorno o factores ambientales. Las intervenciones están diseñadas y prescritas para desarrollar, restaurar y mantener una salud óptima"⁷¹.

Es contemplada como una profesión autónoma que presta servicios de valoración integral, formulación del diagnóstico, pronóstico y plan de intervención, consulta y derivación a otros profesionales, implementación del programa de intervención, evaluación y formulación de recomendaciones. Estos servicios son realizados por o bajo la dirección y supervisión del fisioterapeuta en relación a sus conocimientos y competencias, y dirigidos a las personas y comunidades, para recuperar, mejorar, preservar y desarrollar al máximo el movimiento y las habilidades funcionales, así como para prevenir su deterioro y, por tanto, actuar sobre el nivel de salud durante toda la vida^{71,72,73}.

Las creencias básicas que guían la práctica de esta profesión se basan en una perspectiva integral de los seres humanos y la salud. La creencia central de la disciplina es que el movimiento promueve la salud y el bienestar de las personas, mejorando, consecuentemente, su calidad de vida⁷⁴.

La promoción de la figura del fisioterapeuta en el diagnóstico y tratamiento de las disfunciones del movimiento supondrá un profundo impacto en la salud de las personas al fomentar una población más activa y reducir el consumo innecesario de procedimientos hospitalarios de alto costo⁷⁵.

Este entendimiento de la disciplina es coherente con el paradigma socio-crítico vigente de la FT en España fundamentado en la Ciencia del Movimiento⁷⁶. Asimismo, este desarrollo teórico de la profesión se traduce en un reposicionamiento de la FT en el ámbito sociosanitario, generando nuevas estrategias de intervención y abriendo nuevos entornos de práctica⁹.

De este modo, el paradigma de la Ciencia del Movimiento nutre a la FT para ofrecer una perspectiva más amplia de su campo de acción en general y en particular podría contribuir al trabajo en el ámbito de las urgencias hospitalarias, realizando estudios desde esta perspectiva crítica, y desarrollando así un enfoque único y distintivo que enriquezca en última instancia a la FT.

2.2.2. Fisioterapia en los Servicios de Urgencias Hospitalarios

El rol del fisioterapeuta se encuentra integrado en los SUH del ámbito internacional y europeo desde el año 1990 mientras que en España todavía no está implantado. La figura del fisioterapeuta como personal sanitario está reconocida en la Legislación Española, en el Artículo 2 de la Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesionales Sanitarias⁷⁷. Sin embargo, tanto en el sistema sanitario público y privado español, como en la sociedad actual, no goza del mismo reconocimiento que otras disciplinas sanitarias y se desconocen sus competencias y funciones, tanto desde la perspectiva preventiva como curativa.

Siendo relevante poner de manifiesto la necesidad de que la profesión desarrolle marcos regulatorios, éticos y educativos basados en la evidencia científica disponible para adaptarse al entorno clínico cambiante, como puede ser la prestación de servicios en los SUH⁹.

Dos características clave de la práctica de FT son el razonamiento clínico y la capacidad de evolucionar y responder a los cambios en relación a las expectativas sociales sobre la prestación de asistencia sanitaria^{78,79}. Estas características están impulsando a la profesión a ir más allá de la construcción de la autonomía profesional individual y caminar hacia la creación de alianzas con otros profesionales del sistema de salud, para satisfacer las necesidades cambiantes de los pacientes y los modelos de prestación de los SUH^{80,81}.

Esta demanda creciente ha sido reconocida como insostenible y requiere métodos nuevos e innovadores de prestación de servicios para satisfacer las necesidades de la población actual⁸². Una de esas innovaciones es la incorporación de los fisioterapeutas en el equipo interdisciplinar de los SUH a nivel mundial y europeo.

La escasa literatura disponible de calidad sobre el papel de los fisioterapeutas en los SUH refleja la introducción relativamente reciente de este rol⁴⁹. No obstante, se siguen desarrollando nuevas publicaciones^{83,84}, lo que sugiere que el desarrollo del papel de la FT en el SUH está por delante de la investigación clínica y de la comprensión por parte de los pacientes y profesionales de la salud, demostrando que existe una brecha de conocimiento en relación con este papel emergente.

La última evidencia sugiere que la FT es una opción viable para pacientes con afecciones menos urgentes, como lesiones de tejidos blandos, fracturas menores y problemas de movilidad y equilibrio^{16,41,54,85}. Además, permite la liberación del personal

médico para intervenciones más críticas³⁴, menor tiempo de espera del paciente⁵⁰, mayores índices de satisfacción del paciente con la atención recibida de FT^{34,50} y una evaluación y gestión más eficientes³⁴.

Las funciones de la FT en los SUH a nivel mundial y europeo han evolucionado en respuesta a la necesidad de una mayor flexibilidad de los roles laborales y una mejor prestación de los servicios para satisfacer la creciente demanda de los pacientes⁹. Las aportaciones de la implementación del papel del fisioterapeuta en el SUH se recogen en la Tabla 8 que se presenta a continuación.

Tabla 8. Contribución de la implementación del rol del fisioterapeuta en los SUH^{32,33,35,86}.

Contribuir a desarrollar un área de tratamiento que se adecue a las necesidades de los pacientes
Optimizar los recursos y mejorar la gestión del servicio, como un miembro más del equipo interdisciplinar
Disminuir la congestión de las áreas de tratamiento
Maximizar la amplitud y el alcance de la asistencia, así como contribuir en los mecanismos de reparto de la carga de trabajo
Colaborar en la evaluación continua de los pacientes durante la espera
Promover, prevenir, curar y recuperar la salud del paciente aplicando métodos y técnicas de FT
Realizar una evaluación personalizada y emitir un diagnóstico de FT
Proporcionar información clara a los pacientes y a sus familiares sobre los tiempos de espera y los tratamientos a realizar para continuar con el proceso de recuperación tras el alta

En base al papel que los fisioterapeutas desarrollan en los SUH internacionales y europeos, la FT contribuye a generar oportunidades y recursos sociosanitarios que apoyan el compromiso con la prevención y promoción de la salud. Esto evidencia que la profesión tiene un amplio abanico de posibles intervenciones en los SUH, presentándose como oportunidad para el desarrollo y avance de la profesión, tanto a nivel teórico como práctico.

2.2.3. El papel del fisioterapeuta dentro del equipo interdisciplinar de los Servicios de Urgencias Hospitalarios

Varias profesiones en todo el mundo han experimentado cambios en su alcance profesional. El Reglamento de Profesiones de la Salud de EE.UU. destaca la importancia de estos cambios para mejorar el acceso de la población a una atención sociosanitaria rentable y de mejor calidad³¹.

Un ámbito de práctica restrictivo es una barrera para la prestación de atención a la población. Por lo que, la flexibilidad de los límites profesionales proporciona un mayor acceso a atención de calidad, ya que se puede atender a más pacientes, con una mayor colaboración entre los profesionales involucrados en el SUH³¹.

Sin embargo, plantea un desafío importante para los sistemas de salud puesto que existen conflictos relacionados con los roles de las diversas profesiones⁸⁷, generados principalmente por los límites rígidos de las funciones profesionales y por el desconocimiento del alcance de la práctica y la responsabilidad de cada profesional^{87,88}.

Existe una gran preocupación ante las acciones que, históricamente han sido de dominio exclusivo de la profesión médica, se deleguen a otros profesionales de la salud. No obstante, la evidencia disponible^{6,19,20,26,27,41,42,50,51,54,89} indica que cuando los profesionales están capacitados para desempeñar un papel específico en un conjunto de protocolos bien organizado, se da tanto un aumento en la eficiencia del diagnóstico como una reducción en el manejo y el tiempo de espera^{8,10,46,49,89,90,91}.

En base al marco teórico de la educación y la práctica interprofesional, Barr et al.⁹² identifican y analizan desde una perspectiva interprofesional, tres tipos de competencias: complementarias, que son específicas de cada área de especialización; comunes, que se comparten entre varias categorías profesionales; y colaborativas, que apoyan la colaboración entre profesionales de diferentes áreas. Por lo tanto, existen áreas de superposición de las competencias entre los profesionales sanitarios que, por un lado, pueden generar conflictos⁸⁸, pero por otro, pueden instaurar asociaciones que reconocen la constitución de un campo de responsabilidades común y cooperativo en la atención de la salud.

La cooperación y el intercambio de roles y tareas con el personal médico y de enfermería demuestra un movimiento en dos direcciones: por un lado, el reconocimiento de habilidades comunes dentro de la práctica interprofesional; y por otro lado, la extensión del alcance de la práctica de las profesiones que conforman el equipo del SUH. Se entiende que ambos movimientos permiten ampliar el acceso a los servicios con mayor calidad, satisfacción, integración y colaboración³¹.

La profesión necesita considerar cómo crea conciencia sobre el conjunto de habilidades que los fisioterapeutas pueden ofrecer y cómo la FT crea valor a su profesión, tanto para la sociedad general como para los profesionales de la salud de los SUH, para asegurar que su experiencia es reconocida y utilizada adecuadamente⁸⁴.

La promoción de la FT como alternativa terapéutica y su inclusión en la cartera de servicios sanitarios con mayor presencia, tanto en el ámbito público como privado, resultan esenciales para ajustar las necesidades reales de la atención sociosanitaria a su demanda.

Ante este panorama se consideró útil realizar previamente una búsqueda bibliográfica con el fin de contextualizar y conocer cómo se entiende la FT en los SUH en la producción científica existente. Esto es debido a que hoy en día la práctica debe estar basada en la evidencia, por lo que resulta interesante cuestionar qué perspectivas teóricas subyacen y cómo estas se relacionan con el discurso actual más crítico de la FT.

Por lo tanto, se pretende con este proyecto de investigación conocer los contextos y necesidades de los SUH del territorio gallego a los que el potencial papel de la FT puede contribuir a dar respuesta, determinados mediante las percepciones de los profesionales de la salud de dichos servicios, desde una perspectiva teórica biopsicosocial. La opinión de los profesionales sanitarios de los SUH, basada en su experiencia en el servicio, se considera un medio factible y propicio para determinar la necesidad de la implantación de la figura del fisioterapeuta en los SUH. En última instancia, se espera facilitar la actualización teórica y práctica en este ámbito que pueda ser de utilidad para favorecer la inclusión de la FT en los SUH en Galicia.

3. Objetivos

3.1. Pregunta de investigación

¿En los Servicios de Urgencias Hospitalarios de Galicia se dan las circunstancias y condiciones que justifiquen la necesidad de la implementación de la figura del fisioterapeuta en dichas unidades?

3.2. Objetivo general

Conocer los contextos y necesidades de los Servicios de Urgencias Hospitalarios del territorio gallego a los que el potencial papel de la Fisioterapia puede contribuir a dar respuesta, determinados mediante las percepciones de los profesionales de la salud de dichos servicios.

3.3. Objetivos específicos

- Conocer el número de servicios de urgencias hospitalarias y su relación con el número de profesionales de la salud, número de pacientes, patologías prevalentes, edades, tiempo de espera, horas de máxima afluencia, hospitalizaciones y altas de los mismos.
- Detallar los datos sociodemográficos (sexo, edad, profesión, antigüedad en el puesto, nivel de formación, provincia donde trabaja, hospital donde trabaja y titularidad del hospital) de los profesionales sanitarios de los SUH gallegos.
- Identificar los posibles problemas, limitaciones y carencias que los profesionales de la salud de los SUH asocian al servicio.
- Describir cuál es el conocimiento que tienen los profesionales de la salud integrados en los SUH de Galicia sobre las funciones que el fisioterapeuta puede desarrollar en dichas unidades.
- Conocer el valor que otorgan los profesionales sanitarios de los SUH gallegos acerca del alcance de la práctica de la FT a desarrollar en los mismos.
- Identificar qué competencias del fisioterapeuta se están llevando a cabo en los SUH de Galicia.
- Explorar las funciones y actuaciones que llevan a cabo los profesionales sanitarios de los SUH en Galicia que guardan relación con las funciones desarrolladas en los SUH de otros países donde se integra la figura del fisioterapeuta.

4. Metodología

4.1. Estrategia de búsqueda bibliográfica

4.1.1. Bases de datos consultadas

Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos, tanto de carácter internacional como nacional. Las bases de datos consultadas son las que se presentan a continuación:

- Cochrane Library Plus
- CSIC
- Dialnet
- LILACS
- PEDro
- Pubmed
- Scopus
- Web of Science

4.1.2. Criterios de inclusión y exclusión

Los artículos seleccionados para el estudio se han recogido de acuerdo a los siguientes **criterios de inclusión**:

- Artículos originales en revistas científicas, tales como revisiones sistemáticas, investigaciones, abordajes y/o casos de FT en el SUH.
- Publicaciones en inglés y español entre los años 2010 y 2020, con el fin de obtener la información más actualizada sobre el tema y probablemente la que mejor recoja el cambio y desarrollo de las aproximaciones teóricas en la FT.

No se incluirá en el análisis los artículos según los siguientes **criterios de exclusión**:

- Artículos de opinión, cartas al director, reseñas bibliográficas o artículos de colaboración, por suponer niveles de evidencia y grados de recomendación más bajos y por su alta posibilidad de sesgo.

4.1.3. Descriptores empleados

Se ha realizado la búsqueda a lo largo del mes de Febrero de 2020, buscando por término libre, combinando las siguientes palabras recogidas en la Tabla 9.

Tabla 9. Estrategia de búsqueda.

Inglés	("Physiotherapy" OR "Physiotherapist") AND (emergenc* OR urgenc*)
Español	("Fisioterapia" O "Fisioterapeuta") Y (emergencia* O urgencia*)

4.1.4. Límites

- Año: 2010-2020
- Idiomas: Inglés y español
- Campos: Título, resumen y palabras clave
- Tipo de publicación: Artículo en revista científica

4.1.5. Búsqueda bibliográfica en bases de datos

Figura 3. Proceso de búsqueda en las bases de datos.



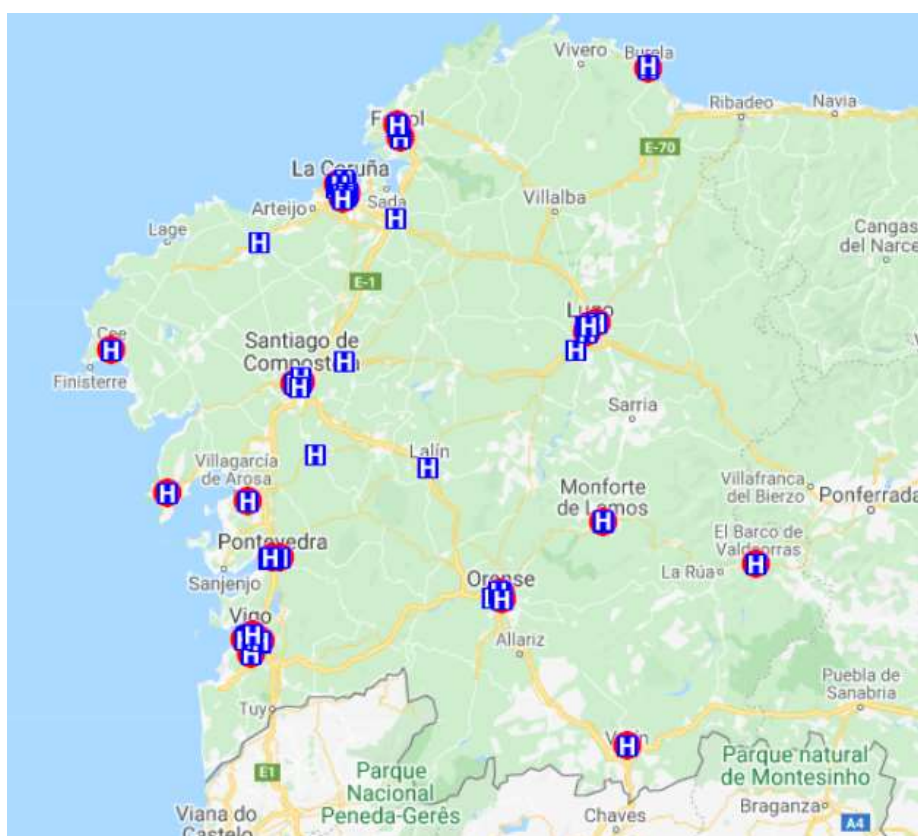
1. Artículos devueltos
2. Eliminación de duplicados + Cribado aplicando criterios de inclusión y exclusión
3. Artículos seleccionados y analizados

Una vez obtenidos los artículos devueltos (n=467), se almacenaron las referencias en Refworks, incluyendo el resumen, y se procedió a eliminar los duplicados mediante el gestor. A continuación, se descartaron manualmente los artículos no relevantes para su lectura. Tras la revisión de los títulos y los resúmenes, y aplicando los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 49 estudios potencialmente adecuados para su lectura a texto completo.

4.2. **Ámbito de estudio**

El estudio se llevará a cabo en los SUH del territorio gallego pertenecientes al SERGAS tanto de titularidad pública como privada, que se recogen en el Anexo I, por constituir las unidades de emergencia donde se pretende explorar si se dan las circunstancias y condiciones que justifiquen la necesidad de la implementación de la figura del fisioterapeuta.

Ilustración 1. Mapa de Servicios de Urgencias de Galicia⁷⁰.



4.3. **Período de estudio**

La duración del estudio será de un año aproximadamente, desde febrero de 2020 hasta febrero de 2021.

4.4. Tipo de estudio

Para la consecución del objetivo de investigación planteado se realizará un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal⁹³, mediante el procedimiento de encuestas a informantes clave. Se utilizará un cuestionario no validado de 48 preguntas con respuesta anónima (Anexo II) enviado por correo electrónico en el mes de junio, mediante una única medición. La finalidad del cuestionario es descriptiva. El objetivo es recoger la percepción de los profesionales sanitarios acerca de los contextos y necesidades de los SUH del territorio gallego, a los que el potencial papel de la FT puede contribuir a dar respuesta. Se parte de la perspectiva de las personas implicadas y se construye una visión colectiva^{94,95}. Puesto que “permite captar el conocimiento, el significado y las interpretaciones que comparten los individuos sobre la realidad que se pretende investigar”⁹⁶.

Además, lo que se procura con esta metodología es informar sobre un aspecto que influye a nivel social para crear nuevos conocimientos teóricos que puedan ser utilizados en el entorno estudiado, al mismo tiempo que son de utilidad de cara a mejorar la práctica asistencial⁹⁷. Puesto que la finalidad es “criticar e identificar el potencial de cambio asumiendo una teorización de los diversos fenómenos que ocurren en la práctica, pues la práctica necesita de los fundamentos teóricos para redireccionarse, y a la vez la teoría necesita de lo que ocurre en la práctica para revitalizar sus constructos y nociones teóricas”⁹⁸.

4.5. Criterios de selección

Para la realización del estudio se seleccionaron los profesionales sanitarios (personal médico y de enfermería) de los SUH pertenecientes al SERGAS tanto de titularidad pública como privada.

La selección de participantes se realizará mediante un muestreo teórico intencional⁹⁹, pues los participantes se seleccionan de manera intencionada, es decir, buscando que las características y situaciones de las personas se correspondan con el fenómeno de estudio.

Tabla 10. Criterios de selección.

Criterios de selección	
Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Profesión: médico/a o enfermero/a	Otras profesiones
Profesionales de la salud del SUH que posean al menos 1 año de experiencia en el puesto	Llevar menos de 1 año trabajando en el SUH
Profesionales de la salud del SUH que estén ejerciendo actualmente	Estar jubilado
Participar de forma voluntaria en la investigación y aportar el consentimiento informado	No presentar el consentimiento informado

Fuente: elaboración propia.

4.6. Justificación del tamaño muestral

Se eligieron todos los SUH pertenecientes al SERGAS tanto de titularidad pública como privada, pretendiendo así aproximarse a la descripción de la realidad acerca de los contextos y necesidades a los que el potencial papel de la FT puede contribuir a dar respuesta.

4.7. Selección de la muestra

La selección de la muestra se realizó a través del Catálogo Nacional de Hospitales del 2018, elaborado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social⁶⁹, y cotejado con el Mapa de Servicios Sanitarios de Urgencias de Galicia, elaborado por la Consellería de Sanidade junto con el SERGAS⁷⁰; que cuenta con un listado de todos los complejos hospitalarios del territorio gallego que poseen SUH.

Se llevará a cabo la puesta en contacto con los centros hospitalarios, con el fin de conseguir el reclutamiento de la muestra, mediante un correo electrónico a la Gerencia de Gestión Integrada de las Áreas Sanitarias de A Coruña y Cee, de Ferrol, de Lugo, A Mariña y Monforte, de Ourense, Verín y O Barco de Valdeorras, de Pontevedra y O Salnés, de Santiago de Compostela y Barbanza, y de Vigo¹⁰⁰; y al/la Jefe de Servicio de Urgencias de cada complejo hospitalario, donde se adjuntará una carta de colaboración con hoja de información adjunta (Anexo III), donde se les proporcionará información

sobre el proyecto y se solicita su participación como facilitador del acceso a la población de estudio.

Se requerirá formalmente su autorización para llevar a cabo la investigación mediante la devolución del consentimiento informado (Anexo IV). Para, una vez contada con su aprobación y disponer de su colaboración, enviar las encuestas, acompañadas de la hoja de información al/la participante (Anexo V) y del consentimiento informado (Anexo VI), por vía telemática a través del correo electrónico, siendo el/la jefe del servicio el encargado de su difusión. La cual únicamente les llevará unos 10 minutos rellenar.

A cambio, se ofrecerá a las personas encuestadas información acerca de la situación de la FT integrada en otros SUH europeos, específicamente sobre en qué países está integrada la figura del fisioterapeuta dentro del equipo interdisciplinar, y qué roles y funciones desarrolla en dichas unidades. En cuanto se reciba la encuesta, se les enviará al correo electrónico que adjunten al final del cuestionario.

4.8. Descripción de las variables a estudiar

Para dar respuesta a la pregunta de investigación y a los objetivos establecidos, se elaboró una encuesta diseñada para los profesionales sanitarios de los SUH de Galicia formada por 48 preguntas, que corresponden a 2 dimensiones diferentes: descriptiva y asistencial. Se trata de una encuesta semiestructurada mixta, que incluye tanto preguntas cerradas como de campo abierto de tipo cuantitativo y cualitativo. Todas las preguntas del cuestionario son de carácter obligatorio, con el fin de procurar evitar errores en las respuestas o la ausencia de respuesta.

La dimensión descriptiva de la encuesta se divide en 2 secciones. Por un lado, recoge los datos personales y laborales de los profesionales de la salud de los SUH gallegos, que incluye 9 ítems descriptivos de la muestra, los cuales son de carácter cuantitativo. Las preguntas pretenden detallar los datos sociodemográficos (sexo, edad, profesión, antigüedad en el puesto, nivel de formación, provincia donde trabaja, hospital donde trabaja y titularidad del hospital) de los profesionales de los SUH gallegos.

Por otro lado, recoge la descripción del contexto de los SUH mediante 11 preguntas, de las cuales 10 son de carácter cualitativo y 1 de tipo cuantitativo. Con estas, se pretende conocer el número de SUH y su relación con el número de profesionales de la salud, número de pacientes, patologías prevalentes, edades, tiempo de espera, horas de máxima afluencia, hospitalizaciones y altas de los mismos.

La dimensión asistencial del cuestionario se divide, a su vez, en 3 apartados. El primero pretende recoger las perspectivas vigentes sobre el SUH, identificando los posibles problemas, limitaciones y carencias que los profesionales de la salud de los SUH asocian al servicio, a través de 4 cuestiones de tipo cualitativo. La segunda sección explora el conocimiento que tienen los profesionales de la salud integrados en los SUH de Galicia sobre las funciones que el fisioterapeuta puede desarrollar en dichas unidades, así como identificar qué competencias del fisioterapeuta se están llevando a cabo, a través de 12 ítems de carácter cualitativo. El tercer apartado está compuesto por 12 preguntas de carácter cualitativo mediante las cuales se pretende conocer el valor o importancia que otorgan los profesionales sanitarios de los SUH gallegos acerca del alcance de la práctica de la FT a desarrollar en los mismos, así como explorar las funciones y actuaciones que llevan a cabo los profesionales sanitarios de los SUH en Galicia que guardan relación con las funciones desarrolladas en los SUH de otros países donde se integra la figura del fisioterapeuta.

4.9. Mediciones e intervención

La intervención se inicia con la puesta en contacto con los centros hospitalarios para realizar el reclutamiento de la muestra. La aceptación y aprobación pertinente previa permitirá el envío de la encuesta por vía telemática a través de la plataforma Google Forms® a los jefes de los SUH del territorio gallego, encargados de difundirlas al resto del personal sanitario de la unidad.

La encuesta estará disponible de forma online durante 2 meses. A mediados del periodo de estudio, se enviará un correo electrónico a modo recordatorio a los SUH, para procurar obtener el mayor número de participantes y respuestas posible. Los resultados se registrarán automáticamente en el correo creado específicamente para la investigación.

Transcurridos los 2 meses de plazo para su realización, la encuesta dejará de estar disponible en la red y se procederá al análisis de los resultados. En la plataforma Google Forms® quedarán reflejados todos los datos recogidos mediante cifras y gráficos.

4.10. Análisis de los datos

Una vez recogidos los datos de todas las encuestas, se procederá al análisis descriptivo de las variables con el programa informático IBM SPSS Statistics®. Para dar respuesta a los objetivos establecidos, para las variables de tipo cuantitativo se ofrecerá la media y la desviación estándar, mientras que para las variables cualitativas se reflejarán como valores absolutos y en porcentajes, así como para la comparación de las mismas. Y para la comparación de variables cualitativas se realizará un chi cuadrado.

Se realizará un análisis descriptivo de las variables descriptivas de la muestra incluidas en el estudio, las cuales son de carácter cuantitativo: sexo, edad profesión, antigüedad en el puesto de trabajo, nivel de formación, provincia donde trabaja, hospital donde trabaja y titularidad del hospital.

Así como, el análisis de las variables cualitativas del estudio entre las que cabe destacar las patologías que se podrían derivar a la unidad FT tras ser atendidos previamente por un médico, patologías que podría abordar la unidad de FT directamente tras el triaje, los problemas, limitaciones y carencias que los profesionales de la salud de los SUH asocian al servicio o las competencias del fisioterapeuta que se están llevando a cabo en los SUH de Galicia.

Asimismo, se empleará el método descriptivo-analítico¹⁰¹, que consiste en la aplicación de un marco analítico que permite recopilar la información más relevante y establecer nuevas teorías, y la triangulación de investigadores para realizar el análisis de los datos, proporcionando mayor consistencia a los hallazgos y rigor metodológico, y procurando reducir la posibilidad de sesgos sistemáticos^{102,103}. Se realizará una triangulación de la investigadora principal con la investigadora colaboradora y otros 2 expertos en la temática, provenientes de diferentes disciplinas relacionadas con el fenómeno estudiado: medicina y enfermería, para obtener así una mayor riqueza a la hora de analizar e interpretar los datos y significados, aumentando su fiabilidad, credibilidad y transferibilidad^{95,104}.

Finalmente, se establecerán las conclusiones del estudio mediante el análisis y comparación de resultados extraídos, dando por finalizado el análisis de la información obtenida.

4.11. Limitaciones del estudio

Una de las limitaciones del estudio se refiere a la búsqueda bibliográfica, en relación a los posibles sesgos como el de selección, al realizar la búsqueda con términos en lenguaje no controlado. Se reconoce que puedan existir artículos que no hayan sido recogidos mediante la siguiente estrategia de búsqueda (en español e inglés) por no emplear otra terminología: (“Fisioterapia” O “Fisioterapeuta”) Y (emergencia* O urgencia*) (“Physiotherapy” OR “Physiotherapist”) AND (emergenc* OR urgenc*).

Otra de las limitaciones del estudio es la escasa producción científica de calidad sobre el rol de la fisioterapia en los SUH tanto a nivel internacional como la ausencia de literatura a nivel nacional, lo cual dificulta el diseño del marco contextual en el que se basa el proyecto. Esto puede deberse a que el papel de los fisioterapeutas en estas unidades es relativamente reciente, poseyendo unos 30 años de desarrollo, y constituyendo una ausencia de antecedentes sobre la temática a tratar.

Asimismo, se corre el riesgo de que no esté actualizado el registro de los complejos hospitalarios del territorio gallego que cuentan con SUH pertenecientes al SERGAS tanto los de titularidad pública como privada, recogidas en el Catálogo Nacional de Hospitales del 2018, elaborado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social⁶⁹, que se empleó para el estudio, puesto que la última actualización recoge los datos del año 2018. Contingencia que se intentó solventar contejando dicho listado con el Mapa de Servicios Sanitarios de Urgencias de Galicia elaborado por la Consellería de Sanidade junto con el SERGAS⁷⁰.

Por último, cabe mencionar que, el acceso al campo y a la población de estudio depende del compromiso e implicación de la Gerencia de Gestión Integrada de las Áreas Sanitarias de A Coruña y Cee, de Ferrol, de Lugo, A Mariña y Monforte, de Ourense, Verín y O Barco de Valdeorras, de Pontevedra y O Salnés, de Santiago de Compostela y Barbanza, y de Vigo¹⁰⁰; y de los Jefes de los SUH con el proyecto, para colaborar con la difusión de las encuestas. En caso de no contar con su colaboración, se podría solicitar la contribución de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) – Galicia¹⁰⁵, constituyendo otra vía de entrada al campo, pretendiendo llegar al mayor número de profesionales sanitarios de los SUH gallegos posible.

5. Cronograma y plan de trabajo

En febrero de 2020 se comienza con el diseño del proyecto de investigación, mediante la búsqueda bibliográfica para conocer el contexto de la producción científica de la FT en los SUH y con el planteamiento de la pregunta de investigación y el establecimiento de los objetivos.

A continuación, durante el mes de abril, se lleva a cabo la elaboración de la encuesta teniendo en cuenta la información recogida y en base a la pregunta de investigación y los objetivos planteados. En mayo, se envía y se solicita la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia (CEIC) (Anexo VII), para llevar a cabo su validación interna.

Una vez obtenido el consentimiento del CEIC, en junio, se procederá a la entrada al campo. Para ello, se contactará con los complejos hospitalarios de Galicia que poseen SUH y se solicitará su colaboración voluntaria en el estudio, mediante una carta de colaboración enviada por correo electrónico a la Gerencia de Gestión Integrada de las Áreas Sanitarias de A Coruña y Cee, de Ferrol, de Lugo, A Mariña y Monforte, de Ourense, Verín y O Barco de Valdeorras, de Pontevedra y O Salnés, de Santiago de Compostela y Barbanza, y de Vigo¹⁰⁰; y al/la Jefe de Servicio de Urgencias de cada complejo hospitalario. En caso de obtener su aprobación, se enviarían las encuestas por correo electrónico a los jefes de servicio de la unidad para su divulgación. Las cuales estarán disponibles en la plataforma Google Forms®, accesibles mediante un enlace, durante los meses de julio y agosto.

A cambio, en cuanto se reciba la encuesta cumplimentada, se les enviará al correo electrónico que adjunten al final del cuestionario, información acerca de la situación de la FT integrada en otros SUH europeos, específicamente sobre en qué países está integrado la figura del fisioterapeuta dentro del equipo interdisciplinar, y qué roles y funciones desarrolla en dichas unidades.

Pasados los 2 meses del plazo preestablecido para que las encuestas sean cubiertas, tendrá lugar el análisis de los datos obtenidos. Posteriormente, se procederá a la elaboración de los resultados y las conclusiones. Se asignarán a este fin los meses de septiembre y octubre.

Los meses siguientes se destinarán a la planificación de la difusión y divulgación de los resultados obtenidos, que pretende comenzar con su presentación en el V Congreso Nacional de Estudiantes de Fisioterapia que se celebrará en el 2021 y su envío a varias revistas científicas para su publicación.

El plan de trabajo se encuentra recogido en la Tabla 11 donde se reflejan las etapas de desarrollo del estudio.

Tabla 11. Cronograma.

	2020											2021	
	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Fase 1: Búsqueda bibliográfica y diseño del proyecto													
Fase 2: Elaboración de la encuesta													
Fase 3: Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia													
Fase 5: Entrada al campo y difusión de las encuestas a los profesionales del SUH													
Fase 6: Análisis de los resultados													
Fase 7: Difusión y divulgación de los resultados													

6. Aspectos ético-legales

Una vez diseñada y elaborada la encuesta será enviada para su aprobación al CEIC (Anexo VII).

De acuerdo a los principios éticos expuestos en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos¹⁰⁶ y en la Declaración de Helsinki¹⁰⁷, así como al Código Deontológico del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España¹⁰⁸ y al Código Deontológico del Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia¹⁰⁹, los complejos hospitalarios pertenecientes al SERGAS, de titularidad pública y privada, y los participantes del estudio serán informados acerca de los objetivos de la investigación que se pretende llevar a cabo mediante una hoja de información (Anexo V) que se enviará junto con el consentimiento informado (Anexo VI) y la encuesta (Anexo II). Donde se detalla la finalidad del estudio, garantizando el conocimiento sobre las características del mismo, para que puedan tomar la decisión de participación en el mismo de manera voluntaria.

Al igual que, conforme con lo establecido en el artículo 7 de la Ley 41/2002, así como en el artículo 7.3 de la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal¹¹⁰ y en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016¹¹¹, que se comenzó a aplicar el 25 de mayo de 2018, se respetará el anonimato de todos los participantes, puesto que las encuestas no contienen ninguna pregunta, solicitando datos personales, que posibilite la identificación de los participantes.

7. Aplicabilidad del estudio

Los resultados obtenidos con la realización del presente proyecto ofrecerán, en respuesta a la pregunta de investigación, una aproximación al conocimiento sobre los contextos y necesidades de los SUH del territorio gallego. Esta realidad, permitirá identificar situaciones a las que el potencial papel de la FT puede contribuir a dar respuesta; siempre establecidos bajo las percepciones de los profesionales de la salud de dichos servicios.

En este sentido se espera que los resultados sean útiles para conocer si en los SUH de Galicia se dan las circunstancias y condiciones que justifiquen la necesidad de la implementación de la figura del fisioterapeuta en dichas unidades.

Siendo ese el efecto esperado, la aplicabilidad del estudio se proyecta a diferentes niveles:

- **Profesional:** los datos que se obtendrán con esta investigación aportarán información y conocimientos que contribuirán a la creación de evidencia para poner de manifiesto campos emergentes de actuación y fortalecer el conocimiento de la FT. Y de este modo, promover la extensión del alcance de la práctica profesional de la FT en los SUH en el contexto gallego.

- **Social:** los resultados de las encuestas pretenden llegar a la población general no sólo desde el punto de vista de apotar conocimiento acerca de los SUH de Galicia y la importancia de su correcto funcionamiento, sino como potenciales beneficiarios de la posible futura incorporación de la figura del fisioterapeuta en los mismos. Si bien no es el objetivo de este trabajo, supone una primera iniciativa para justificar su inclusión en la cartera de servicios sanitarios tanto públicos como privados. El propósito será mejorar la atención sociosanitaria y aumentar la eficiencia del servicio.

- **Investigación:** las conclusiones que se extraigan del análisis de los resultados obtenidos en las encuestas, se podrán tomar como referencia para establecer nuevos objetivos específicos y promover el diseño de nuevos proyectos y estudios de investigación, contribuyendo a establecer un contexto que sirva como base teórica para futuras líneas de investigación, que enriquezca la producción científica de la profesión, especialmente en España, debido a los escasos estudios existentes en este ámbito.

En última instancia, se espera facilitar la actualización teórica y práctica en este ámbito que pueda ser de utilidad para favorecer la inclusión de la FT en los SUH en Galicia.

8. Plan de difusión

Una vez implementado el proyecto, se pretenderá que los resultados emergentes sean divulgados y compartidos con la comunidad y las profesiones sociosanitarias afines. Para ello, los resultados se publicarán en revistas a nivel nacional e internacional, y se difundirán mediante la presentación en congresos de ámbito tanto nacional como internacional, con el fin de contribuir a la producción científica desde FT sobre las circunstancias y condiciones que justifiquen la necesidad de la implementación de la figura del fisioterapeuta en los SUH de Galicia.

Tanto para la publicación en revistas como para la exposición de la investigación en congresos, se seleccionarán aquellos propios de FT, así como aquellos de otras disciplinas relacionadas con el ámbito de urgencias, donde pueda ser de interés dar a conocer las diversas perspectivas de los profesionales de la salud sobre los contextos y necesidades de los SUH del territorio gallego a los que el potencial papel de la FT puede contribuir a dar respuesta.

La difusión de los resultados obtenidos durante el estudio se pretenderán presentar en:

8.1. Congresos:

Tabla 12. Posibles congresos donde divulgar los resultados del estudio.

Congresos internacionales	II Congreso Internacional de Urgencias y Emergencias Sanitarias
	IV Congreso Internacional de Humanización en Urgencias, Emergencias y Catástrofes
	III Congreso Internacional de Actualización y Cuidados de Enfermería en Urgencias Vitales
	International Conference on Emergency Medicine (ICEM) 2021 - XX Congreso Internacional de Medicina de Emergencias
Congresos nacionales	XXXIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)
	VII Jornadas de Urgencias y Emergencias de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)
	XVII Congreso Nacional de Fisioterapia de la Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF)
	V Congreso Nacional de Estudiantes de Fisioterapia (CNEF)
	VIII Encuentro Científico Gallego de Enfermería y Fisioterapia

Fuente: elaboración propia.

8.2. Revistas:

Tabla 13. Posibles revistas donde divulgar los resultados del estudio.

		2018 Journal Impact Factor
Revistas internacionales	Critical Care	6.959
	Journal of Physiotherapy	5.551
	Annals of Intensive Care	3.931
	World Journal of Emergency Surgery	3.798
	Journal of Emergency Nursing	1.489
Revistas nacionales	Emergencias	3.350
	Medicina Intensiva, de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias	0.334
	Revista Clínica Española, de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)	0.26
	Medicina Clínica	0.22
	Fisioterapia, de la Asociación Española de Fisioterapia	0.127

Fuente: elaboración propia.

8.3. Comunidad:

Mediante exposiciones, conferencias, charlas informativas y talleres destinados al personal sanitario de los SUH, a los estudiantes de las Facultades de Fisioterapia de Galicia, a la sociedad en general y a órganos del SERGAS como la Gerencia del Servicio Gallego de Salud o la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Se trata de generar varios puntos de encuentro a nivel profesional, educativo y social donde poder mostrar los resultados de la investigación realizada, constituyendo un foro idóneo para ofrecer la oportunidad de desarrollar debates sobre la FT en los SUH en el territorio gallego.

8.4. Colegios de profesionales

Se considera enriquecedor elaborar un artículo resumido para remitir a los colegios de profesionales de Galicia implicados en el proyecto, para dar a conocer los resultados obtenidos en el estudio para que así puedan difundirlo en sus páginas web. Así como enviar dicha información al COFIGA para divulgar la información recogida y, en última instancia, facilitar la inclusión de la figura del fisioterapeuta en los SUH en Galicia.

9. Memoria económica

9.1. Recursos necesarios y distribución del presupuesto

Para la implementación del proyecto no serán necesarios recursos económicos importantes, puesto que el proceso de investigación a través de las encuestas a los profesionales de la salud se llevará a cabo de forma online y no supone ningún costo. . Así como el análisis de los resultados que será llevado a cabo por la investigadora principal junto con la investigadora colaboradora y 2 expertos en la temática copartícipes. Sin embargo, la divulgación y difusión de los resultados supondrá un coste económico, requiriendo financiación para las inscripciones a los congresos, desplazamientos, dietas y alojamiento.

Los recursos que se utilizarán durante la investigación y a posteriori, así como su coste, aparecen reflejados en la Tabla 14, suponiendo un coste total de 4.543€.

Tabla 14. Recursos necesarios y presupuesto.

Recursos	Descripción	Unidad/Coste	Total
Humanos	Fisioterapeuta – Investigadora principal	0€	0€
	Fisioterapeuta – Investigadora colaboradora	0€	
	2 expertos en la temática	0€	
Infraestructura	Facultad de Fisioterapia	0€	0€
Material inventariable	Ordenador portátil	550€	610€
	Disco duro externo	60€	
Comunicación	Tarifa telefónica	20€	20€
Difusión de resultados	Inscripciones a congresos	700€	3.500€
	Desplazamientos	1.000€	
	Dietas y alojamiento	1.500€	
	Publicaciones en revistas: traducción del artículo	300€	
Otros	Imprevistos (10% del total)	413€	413€
TOTAL			4.543€

9.2. Posibles fuentes de financiamiento

Para poder llevar a cabo la investigación, se buscará financiación a través de diferentes convocatorias de diversas instituciones y organizaciones, tanto de carácter público como privado, que ofrecen becas y ayudas para investigación.

Ofertan convocatorias de carácter anual, por lo que se pretende presentar las solicitudes de cara al próximo año 2021. En la Tabla 15 se detallan las becas y ayudas que podrían solicitarse en la siguiente convocatoria.

Tabla 15. Posibles fuentes de financiación.

Organismo	Ayuda	Titularidad	Cuantía
Obra Social “La Caixa”	“CaixaImpulse”	Privada	Hasta 300.000€
Fundación Mapfre	Convocatoria Ayudas a la Investigación Ignacio H. de Larramendi (Promoción de la Salud)	Privada	30.000€
Fundación Mapfre	Premios a la Innovación Social (Mejora de la Salud)	Privada	30.000€
Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia (COFIGA)	Convocatoria de Ayudas a la Investigación en Fisioterapia	Privada	1.000€
Convenio entre el Banco Santander y la Universidad de A Coruña	Convocatoria de Becas Iberoamérica: Santander Investigación	Privada – Pública	5.000€
Instituto de Salud Carlos III	Proyectos de Investigación en Salud	Pública	24.500€
Agencia Estatal Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)	Becas de introducción a la investigación “JAE Intro”	Pública	3.000€

Deputación Provincial de A Coruña	Becas de Investigación del Área de Ciencias de la Salud	Pública	8.000€
Xunta de Galicia	Plan Gallego de Investigación, Desarrollo e Innovación	Pública	40.000€ - 70.000€
Ministerio de Educación, Cultura y Deporte	Beca para la formación e investigación	Pública	13.000€
Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades en colaboración con la Universidad de A Coruña	Plan Estatal de Innovación Científica y Técnica y de Innovación 2021- 2024 → Convocatoria Beatriz Galindo de ayudas para la atracción del talento investigador	Pública	35.000€
Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades	Plan Estatal de Innovación Científica y Técnica y de Innovación 2021- 2024 → Ayudas de Formación en Gestión de la Investigación en Salud	Pública	21.000€

Fuente: elaboración propia.

10. Agradecimientos

A mi tutora Isabel, por poner a mi alcance todos sus conocimientos y reflexiones, por involucrarse conmigo en este trabajo y por su compromiso, entusiasmo y dedicación en cada palabra de este proyecto.

A mi familia, gracias por creer en mí desde el primer minuto, por vuestra confianza, apoyo y empatía, sin vosotros no hubiese sido posible. Gracias por ser mi guía y aportar luz en los momentos de oscuridad.

A mis compañeros durante estos 4 años, gracias por los aprendizajes y experiencias que hemos vivido juntos. Especialmente a Lydia, Carmen, Raquel y Sara por haber sido mi botiquín de primeros auxilios, simplemente gracias.

A mis amigos por ese apoyo incondicional durante todo el proceso que ha traspasado fronteras, siempre os he sentido muy cerca en cada momento y decisión.

A todas las personas que durante esta etapa han aportado su granito de arena para ayudarme a crecer como persona y como futura profesional. Gracias por permitir que me enriqueciera con esta experiencia, por enseñarme a seguir aprendiendo y por acompañarme en el camino de la Fisioterapia.

11. Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Urgencias Hospitalaria. Estándares y recomendaciones [Internet]; 2010 [citado 11 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>
2. Complejo Hospitalario de Toledo. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias [Internet]. 3ª Edición; 2010 [citado 11 Mar 2020]. Disponible en: https://www.tauli.cat/hospital/images/SubSites/ServeiUrgencies/documents/Llibres/Manual_TOLEDO_de_Protocolos_en_Urgencias.pdf
3. Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Ann Emerg Med*. 2008 Aug; 52(2):126-36. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2008.03.014
4. Salway RJ, Valenzuela R, Shoenberger JM, Mallon WK, Viccellio A. Congestión en el Servicio de Urgencia: respuestas basadas en evidencias a preguntas frecuentes. *Rev Med Clin*. 2017; 28(2) 220-227. DOI: 10.1016/j.rmclc.2017.04.009
5. Cardoso L, Grion C, Matsuo T, Anami E, Kauss I, Seko L, et al. Impact of delayed admission to intensive care units on mortality of critically ill patients: a cohort study. *Crit Care*. 2011; 15 (28). DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/cc9975>
6. Sohil P, Hao PY, Mark L. Potential impact of early physiotherapy in the emergency department for non-traumatic neck and back pain. *World J Emerg Med*. 2017; 8(2):110-115. DOI: 10.5847/wjem.j.1920-8642.2017.02.005
7. Calder L, Pozgay A, Riff S, Rothwell D, Youngson E, Mojaverian N, et al. Adverse events in patients with return emergency department visits. *BMJ Quality & Safety*. 2015; 24:142-148. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003194>
8. de Gruchy A, Granger C, Gorelik A. Physical Therapists as Primary Practitioners in the Emergency Department: Six-Month Prospective Practice Analysis. *Phys Ther*. 2015; Sep; 95(9):1207-16. DOI: 10.2522/ptj.20130552
9. Crane J, Delany C. Physiotherapists in emergency departments: responsibilities, accountability and education. *Physiotherapy*. 2013 Jun; 99(2):95-100. DOI: 10.1016/j.physio.2012.05.003
10. Morris J, Vine K, Grimmer K. Evaluation of performance quality of an advanced scope physiotherapy role in a hospital emergency department. *Patient Relat. Outcome Meas*. 2015; 6: 191–203. DOI: 10.2147/PROM.S75173
11. Tousignant-Laflamme Y, Beaudoin AM, Renaud AM, Lauzon S, Charest-Bossé MC, Leblanc, L, et al. Adding physical therapy services in the emergency department to prevent immobilization syndrome – a feasibility study in a

- university hospital. *Emerg Med*. 2015; 15, 1-7. DOI: 10.1186/s12873-015-0062-1
12. Miller E, Wightman E, Rumbolt K, McConnell S, Berg K, Deveraux M, et al. Management of Fall-Related Injuries in the Elderly: A Retrospective Chart Review of Patients Presenting to the Emergency Department of a Community-Based Teaching Hospital. *Phys Can*. 2009; 61(1), 26-37. DOI: 10.3138/physio.61.1.26
 13. Di Somma S, Paladino L, Vaughan L, Lalle I, Magrini L, Magnanti M. Overcrowding in emergency department: an international issue. *Intern Emerg Med*. 2015 Mar; 10(2):171-5. DOI: 10.1007/s11739-014-1154-8
 14. Hansen I, Nørgaard B, Maribo T, Schiøttz-Christensen B, Backer C. The effect on physical performance of a functional assessment and immediate rehabilitation of acutely admitted elderly patients with reduced functional performance: the design of a randomised clinical trial. *BMJ Open*. 2014; 4, 1-6. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-005252
 15. Morris CD, Hawes SJ. The value of accident and emergency based physiotherapy services. *J Accid Emerg Med*. 1996; 13: 111–3. DOI: 10.1136/emj.13.2.111
 16. Lebec MT, Jogodka CE. The physical therapist as a musculoskeletal specialist in the emergency department. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2009; 39 (3): 221-229. DOI: 10.2519/jospt.2009.2857
 17. Kilner E. What evidence is there that a physiotherapy service in the emergency department improves health outcomes? A systematic review. *J Health Serv Res Policy*. 2011; 16 (1): 51. DOI: 10.1258/jhsrp.2010.009129
 18. Guengerich M, Brock K, Cotton S, Mancuso S. Emergency department primary contact physiotherapists improve patient flow for musculoskeletal patients. *Int J Ther Rehab*. 2013; 20 (8): 396-402. DOI: <https://doi.org/10.12968/ijtr.2013.20.8.396>
 19. Seal R. Can advanced musculoskeletal physiotherapy practitioners help to relieve some of the pressures on the emergency department? *Int Emerg Nurs*. 2017 Nov; 35:59-61. DOI: 10.1016/j.ienj.2017.05.006
 20. Fruth SJ, Wiley S. Physician impressions of physical therapist practice in the emergency department: descriptive, comparative analysis over time. *Phys Ther*. 2016; 96: 1333–41. DOI: 10.2522/ptj.20150306
 21. Fleming-McDonnell D, Czuppon S, Deusinger SS, Deusinger RH. Physical therapy in the emergency department: development of a novel practice venue. *Phys Ther*. 2010; 90:420–426. DOI: 10.2522/ptj.20080268

22. Kempson SM. Physiotherapy in an accident and emergency department. *Accid Emerg Nurs.* 1996; 4:198 –202. DOI: 10.1016/s0965-2302(96)90081-8
23. Croft, K. How does a full time physiotherapy service in the emergency department influence patient flow? *NZ J Physiotherapy.* 2006; 34:105.
24. Stanhope J, Grimmer-Somers K, Milanese S, Kumar S, Morris J. Extended scope physiotherapy for orthopedic outpatients: an update systematic review of the literature. *J Multidiscip Healthc.* 2012; 5:37– 45. DOI: 10.2147/JMDH.S28891
25. Desmeules F, Roy JS, MacDermid JC, Champagne F, Hinse O, Woodhouse LJ. Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord.* 2012; 13:107. DOI: 10.1186/1471-2474-13-107
26. Gill SD, Stella J. Implementation and performance evaluation of an emergency department primary practitioner physiotherapy service for patients with musculoskeletal conditions. *Emerg Med Australas.* 2013; 25:558 –564. DOI: 10.1111/1742-6723.12134
27. Bird S, Thompson C, Williams KE. Primary contact physiotherapy services reduce waiting and treatment times for patients presenting with musculoskeletal conditions in Australian emergency departments: an observational study. *J. Physiother.* 2016; 62: 209–14. DOI: 10.1016/j.jphys.2016.08.005
28. Jesudason C, Stiller K, McInnes M, Sullivan T. A physiotherapy service to an emergency extended care unit does not decrease admission rates to hospital: a randomised trial. *Emerg Med J.* 2012 Aug; 29(8):664-9. DOI: 10.1136/emered-2011-200157
29. Anaf, S, Sheppard, LA. Describing physiotherapy interventions in an emergency department setting: an observational pilot study. *Accid Emerg Nurs.* 2007; 15:34– 39. DOI: 10.1016/j.aaen.2006.09.005
30. Sayer JM, Kinsella RM, Cary BA, Burge AT, Kimmel LA, Harding P. Advanced musculoskeletal physiotherapists are effective and safe in managing patients with acute low back pain presenting to emergency departments. *Australian Health Review.* 2017 May; 42(3) 321-326. DOI: <https://doi.org/10.1071/AH16211>
31. Batista RE, Peduzzi M. Collaborative interprofessional practice in emergency services: specific and shared functions of physiotherapists. *Interface (Botucatu).* 2018; 22(2):1685-1695. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0755>
32. Anaf S, Sheppard LA. Lost in translation? How patients perceive the extended scope of physiotherapy in the emergency department. *Physiotherapy.* 2010 Jan; 96, 160-168. DOI: 10.1016/j.physio.2009.11.006

33. Ferreira GE, Traeger AC, O'Keeffe M, Maher CG. Staff and patients have mostly positive perceptions of physiotherapists working in emergency departments: a systematic review. *J Physiother.* 2018 Oct; 64(4):229-236. DOI: 10.1016/j.jphys.2018.08.001
34. McClellan C, Cramp F, Powell J, Bengler J. Extended scope physiotherapists in the emergency department: a literature review. *Phys Ther Reviews.* 2010; 15 (2), pp. 106-111. DOI: 10.1179/174328810X12719009060344
35. Graves N, Courtney M, Edwards H, Chang A, Parker A, Finlayson K. Cost-Effectiveness of an Intervention to Reduce Emergency Re-Admissions to Hospital among Older Patients. *PLoS One.* 2009 Oct; 4(10). DOI: 10.1371/journal.pone.0007455
36. Richardson B, Shepstone L, Poland F, Mugford M, Finlayson B, Clemence N. Randomised controlled trial and cost consequences study comparing initial physiotherapy assessment and management with routine practice for selected patients in an accident and emergency department of an acute hospital. *Emerg Med J.* 2005; 22:87–92. DOI: 10.1136/emj.2003.012294
37. Lau PM, Chow DH, Pope MH. Early physiotherapy intervention in an accident and emergency department reduces pain and improves satisfaction for patients with acute low back pain: a randomised trial. *Aust J Physiother.* 2008; 54:243–249. DOI: 10.1016/s0004-9514(08)70003-5
38. Harding P, Prescott J, Block L, O'Flynn AM, Burge AT. Patient experience of expanded-scope-of-practice musculoskeletal physiotherapy in the emergency department: a qualitative study. *Aust Health Rev.* 2015 Jun; 39(3):283-289. DOI: 10.1071/AH14207
39. Lefmann SA, Sheppard LA. Perceptions of emergency department staff of the role of physiotherapists in the system: a qualitative investigation. *Physiotherapy.* 2014 Mar; 100(1):86-91. DOI: 10.1016/j.physio.2013.08.004
40. Matifat E, Perreault K, Roy JS, Aiken A, Gagnon E, Mequignon M, et al. Concordance between physiotherapists and physicians for care of patients with musculoskeletal disorders presenting to the emergency department. *BMC Emerg Med.* 2019; 19, 67. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12873-019-0277-7>
41. McClellan CM, Greenwood R, Bengler JR. Effect of an extended scope physiotherapy service on patient satisfaction and the outcome of soft tissue injuries in an adult emergency department. *Emerg Med J.* 2006; 23:384–387. DOI: 10.1136/emj.2005.029231

42. Ferreira GE, Traeger AC, Maher CG. Review article: A scoping review of physiotherapists in the adult emergency department. *Emerg Med Australas*. 2019 Feb; 31(1):43-57. DOI: 10.1111/1742-6723.12987
43. Woods EN. The emergency department: a new opportunity for physical therapy. *PT Magazine*. 2000; 8(9):42– 47.
44. American Physical Therapy Association. *Physical Therapy in the Emergency Care Environment*. Position Paper. 2009.
45. Lebec MT, Cernohous S, Tenbarge L, Gest C, Severson K, Howard S. Emergency department physical therapist service: a pilot study examining physician perceptions. *Internet J Allied Health Sci Pract*. 2010 Jan; 8:1–12. Disponible en: <https://nsuworks.nova.edu/ijahsp/vol8/iss1/8/>
46. Ball ST, Walton K, Hawes S. Do emergency department physiotherapy practitioner's, emergency nurse practitioners and doctors investigate, treat and refer patients with closed musculoskeletal injuries differently? *Emerg Med J*. 2007 Mar; 24(3):185-8. DOI: 10.1136/emj.2006.039537
47. Viccellio P. Emergency department overcrowding: an action plan. *Acad Emerg Med*. 2001; 8(2):185–187. DOI: 10.1111/j.1553-2712.2001.tb01286.x
48. Kersten P, McPherson K, Lattimer V, Georgec S, Bretond A, Ellis B. Physiotherapy extended scope of practice: who is doing what and why? *Physiotherapy*. 2007; 93:235–242. DOI: 10.1016/j.physio.2007.02.007
49. Bethel J. The role of the physiotherapist practitioner in emergency departments: a critical appraisal. *Emerg Nurs*. 2005; 13:26–31. DOI: 10.7748/en2005.05.13.2.26.c1185
50. Taylor NF, Norman E, Roddy L, Tang C, Pagram A, Hearn K. Primary contact physiotherapy in emergency departments can reduce length of stay for patients with peripheral musculoskeletal injuries compared with secondary contact physiotherapy: a prospective non-randomised controlled trial. *Physiotherapy*. 2011; 97:107–114. DOI: 10.1016/j.physio.2010.08.011
51. Sutton M, Govier A, Prince S, Morphett, M. Primary-contact physiotherapists manage a minor trauma caseload in the emergency department without misdiagnoses or adverse events: an observational study. *J Physiother*. 2015; 61:77–80. DOI: 10.1016/j.jphys.2015.02.012
52. Kesteloot L, Lebec MT. Physical therapist consultation in the emergency department: a multiple case report describing three Arizona programs. *J Acute Care Phys Ther*. 2012; 3:224–231. DOI: 10.1097/01592394-201203030-00001
53. Jibuike OO, Paul-Taylor G, Maulvi S, Richmond P, Fairclough J. Management of soft tissue knee injuries in an accident and emergency department: the effect of

- the introduction of a physiotherapy practitioner. *Emerg Med J.* 2003; 20:37–39. DOI: 10.1136/emj.20.1.37
54. Anaf S, Sheppard LA. Physiotherapy as a clinical service in emergency departments: a narrative review. *Physiotherapy.* 2007; 93:243–252. DOI: 10.1016/j.physio.2007.04.006
55. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud [base de datos en Internet]; 2017 [citado 13 Mar 2020]. Disponible en: <http://inclasns.msssi.es/main.html>
56. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. España – Informe del Sistema Sanitario. Sistemas Sanitarios en Transición [Internet]; 2018 [citado 13 Mar 2020]; 20:2. Disponible en: https://www.msccbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/pdf/REVISION_SISTEMA_SANITARIO_ESPANOL_2018.pdf
57. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sociedades Científicas de Profesionales Sanitarios [Internet]; 2017 [citado 13 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/socCientificas/especialidades.htm>
58. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Facturación de Recetas Médicas 2017 [Internet]; 2017 [citado 13 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/datos/home.htm>
59. Guía Salud. Catálogo de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud [Internet]; 2017 [citado 13 Mar 2020]. Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/web/guest/home;jsessionid=f2b838618c7167511ce25281a6b7>
60. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015–2020 [Internet]; 2016 [citado 13 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
61. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Compromiso de las Sociedades Científicas por la Calidad del Sistema Nacional de Salud [Internet]; 2017 [citado 13 Mar 2020]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_sccc.htm
62. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía para la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS [Internet]; 2015 [citado 13 Mar 2020]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Guia_implementation_local.pdf

63. Moya MS. Guía Rápida de actuación en Urgencias. 5ª Edición. Ed. Panamericana. Madrid: McGraw- Hill; 2011. p. 1-4.
64. Duaso E, Tomás S, Rodríguez-Carballeira M, Cuadra L, Lonch M, Ruiz D. Abordaje del anciano en el servicio de urgencias de un hospital de agudos. Revista Española de Geriátría y Gerontología. 2009; 44(1), 10–14. DOI: 10.1016/j.regg.2009.01.009
65. Consellería de Sanidad y Servicios Sociales de la Xunta de Galicia. Plan Gallego de Personas Mayores. Plan actuación Galicia 2010-2013 - Horizonte 2015 [Internet]; 2010. p. 116. [citado 14 Mar 2020]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=57779>
66. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias - SEMES Galicia. Criterios de homogenización de los Servicios de Urgencias Hospitalarias [Internet]; 2018 [citado 14 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.semes.org/semes-galicia-presenta-el-libro-criterios-de-homogenizacion-de-los-servicios-de-urgencias-hospitalarios/>
67. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016 [Internet]; 2017 [citado 15 Mar 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/Informe_Anuar_SNS_2016_completo.pdf
68. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Instituto de Información Sanitaria - Subcomisión de Sistemas de Información del Sistema Nacional de Salud. Organización funcional servicios de apoyo o próximos a la Atención Primaria [Internet]; 2005 [citado 15 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/OrganizacionFuncional.pdf>
69. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Catálogo Nacional de Hospitales 2018. Estadísticas e Información Sanitaria [Internet]; 2017 Dic 31 [citado 15 Mar 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/docs/2018_CNH.pdf
70. Consellería de Sanidade - Servizo Galego de Saúde. Mapa de Servicios Sanitarios de Galicia [Internet]; 2020 [citado 15 Mar 2020]. Disponible en: https://extranet.sergas.es/sixsanweb/sixsan_web/mapa.aspx?Idioma=es
71. World Confederation for Physical Therapy. WCPT guideline for the development of a system of legislation/regulation/recognition of physical therapists. London, UK: WCPT; 2011. Disponible en: <https://www.wcpt.org/guidelines/regulation-legislation>

72. American Physical Therapy Association. Physical Therapist Practice and The Movement System. White Paper. August 2015. Disponible en: <http://www.apta.org/MovementSystem/WhitePaper/>
73. Sahrman SA. The how and why of the movement system as the identity of physical therapy. *Int J Sports Phys Ther.* 2017; 12(6):862-869. PMID: PMC5675362
74. Marcel L. La salud, desde una perspectiva integral. *Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte.* 2016; 9:50-59. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6070681>
75. Sahrman SA. The human movement system: our professional identity. *Phys Ther.* 2014; 94(7):1034-1042. doi:10.2522/ptj.20130319
76. Gallego T. Bases teóricas y fundamentos de la Fisioterapia. Editorial Panamericana. 2007; 15: 238
77. Jefatura del Estado. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. B.O.E. [Internet]; 2003 Nov 22; 280 [citado 27 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44/con>
78. Edwards I, Jones M, Carr J, Braunack-Mayer A, Jensen GM. Clinical Reasoning Strategies in Physical Therapy. *Physical Therapy.* 2004; 84 (4):312-330. DOI: <https://doi.org/10.1093/ptj/84.4.312>
79. Higgs J, Jones M, Loftus S, Christensen N. Clinical reasoning in the health professions (3rd Ed.). Elsevier Butterworth Heinemann, 2008.
80. Sullivan KJ, Wallace JC, O'Neil ME, Musolino GM, Mandich MB, Studer MT, et al. A vision for society: physical therapy as partners in the National Health Agenda. *Physical Therapy.* 2011; 91 (11):1664-1672. DOI: 10.2522/ptj.20100347
81. Edwards I, Delany CM, Townsend AF, Swisher LL. New perspectives on the theory of justice: implications for physical therapy ethics and clinical practice. *Physical Therapy.* 2011; 91 (11):1642-1652. DOI: 10.2522/ptj.20100351.10
82. Taylor D, Bennett D, Cameron P. A paradigm shift in the nature of care provision in emergency departments. *Emergency Medicine Journal.* 2004; 21:681-684. DOI: 10.1136/emj.2004.017640
83. Lefmann SA, Crane JL. Establishing the diverse value of the emergency department physiotherapist. *J Physiother.* 2016; 62(1):1-3. DOI: 10.1016/j.jphys.2015.11.001
84. Barrett R, Terry L. Patients' and healthcare professionals' experiences and perceptions of physiotherapy services in the emergency department: a qualitative systematic review. *Int J Emerg Med.* 2018; 11, 42. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12245-018-0201-z>

85. McClellan C, Cramp F, Powell J, Benger J. Clinical and cost effectiveness of different emergency department healthcare professionals in the management of musculoskeletal soft tissue injuries. *Emergency Medicine Journal*. 2009; 26 (10): A3-A4. Disponible en: <https://uwe-repository.worktribe.com/output/992459>
86. Kilner E, Sheppard L. The 'lone ranger': A descriptive study of physiotherapy practice in Australian emergency departments. *Physiotherapy*. 2010; 96(3):248-56. DOI: 10.1016/j.physio.2010.01.002
87. Mitchell R, Parker V, Giles M, White N. Review: toward realizing the potencial of diversity in composition of interprofessional healthcare teams: an examination of the cognitive and psychosocial dynamics of interprofessional collaboration. *Med Care Res Rev*. 2009; 67(1):3-26. DOI: 10.1177/1077558709338478
88. Brown J, Lewis L, Ellis K, Stewart M, Freeman TR, Kasperski MJ. Conflict on interprofessional primary health care teams – can it be resolved? *J Interprof Care*. 2011; 25(1):4-10. DOI: 10.3109/13561820.2010.497750
89. Alkhouri H, Maka K, Wong L, McCarthy S. Impact of the primary contact physiotherapy practitioner role on emergency department care for patients with musculoskeletal injuries in New South Wales. *Emerg Med Australas*. 2020; 32(2):202-209. DOI: 10.1111/1742-6723.13391
90. Matifat E, Méquignon M, Cunningham C, Blake C, Fennelly O, Desmeules F. Benefits of Musculoskeletal Physical Therapy in Emergency Departments: A Systematic Review. *Phys Ther*. 2019; 1; 99(9):1150-1166. DOI: 10.1093/ptj/pzz082
91. Henderson J, Gallagher R, Brown P, Smith D, Tang K. Emergency department after-hours primary contact physiotherapy service reduces analgesia and orthopaedic referrals while improving treatment times. *Australian Health Review*. 2020; 44(3). DOI: 10.1071/AH18259
92. Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth D. Effective interprofessional education: Development, Delivery and Evaluation [Internet]. Oxford: Blackwell; 2005 [citado 11 Mar 2020]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/9780470776438.fmatter>
93. Manterola C, Otzen T. Estudios Observacionales: los diseños utilizados con mayor frecuencia en investigación clínica. *Int. J. Morphol*. 2014; 32(2): 634-645. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022014000200042>
94. Pedraz A, Zarco A, Ramasco M, Palmar AM. Investigación cualitativa. Barcelona, España: Elsevier España; 2014.
95. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 5ª ed. México: McGraw-Hill; 2010.

96. Villamil, OL. Investigación Cualitativa como propuesta metodológica. Truth Tobacco Industry Documents. 2003; 3. Disponible en: <https://www.industrydocumentslibrary.ucsf.edu/tobacco/docs/#id=ypgc0207>
97. Rossman G, Rallis S. An Introduction to Qualitative Research. 5ª ed. Estados Unidos SAGE Publications; 2016.
98. Gamboa R. El papel de la teoría crítica en la investigación educativa y cualitativa. Rev Electrónica Diálogos Educ. 2011; (11):48-64. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3931278>
99. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Morata; 2004.
100. Xunta de Galicia. Decreto 134/2019, de 10 de octubre, por el que se regulan las áreas sanitarias y los distritos sanitarios del Sistema público de salud de Galicia. D.O.G. [Internet]; 2019 Oct 10; 204: 46618 [citado 12 Abr 2020]. Disponible en: https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2019/20191025/AnuncioC3K1-181019-0003_es.html
101. Taylor, S. & Bogdan, R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1990.
102. Law M, Stewart D, Lette I, Pollock N, Bosch J, Westmorland M. Instrucciones para el Formulario de Revisión Crítica Estudios Cualitativos. McMaster University; 1998. Disponible en: <https://www.canchild.ca/en/canchildresources/resources/MNGuiaCualiCanada06.pdf>.
103. Giacomini M, Cook D. Users' guides to the medical literature: XXIII. Qualitative research in health care A. Are the Results of the study valid? JAMA. 2000; 284:357-62. DOI: 10.1001/jama.284.3.357
104. Patton M. Qualitative research and evaluation methods. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage; 2002.
105. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) – Galicia [Internet]. Galicia; 2017 [citado 12 Abr 2020]. Disponible en: <http://semesgalicia.es/>
106. Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos [Internet]; 1948 [citado 29 Abr 2020]. Disponible en: <http://www.un.org/es/>
107. 59ª Asamblea General. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Seúl, Corea; 2008 Oct. Punto 32 [citado 29 Abr 2020]. Disponible en: <http://www.ctomedicina.com/impugnaciones2014/bibliografiaP202MIR.pdf>

108. Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España. Código Deontológico [Internet]; 1999 [citado 29 Abr 2020]. Disponible en: https://www.consejo-fisioterapia.org/consejo_deontologico.html
109. Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia. Código Deontológico [Internet]; 2002 Dic 22 [citado 29 Abr 2020]. Disponible en: https://www.cofiga.org/documentos/codigo_deontologico_es.pdf
110. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. B.O.E [Internet]; 1999 Dic 14; 298: 10 [citado 29 Abr 2020]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-23750>
111. Unión Europea. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016. Diario Oficial de la Unión Europea [Internet]. 2016 May 4; 119 [citado 29 Abr 2020]. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2016/119/L00001-00088.pdf>

12. Anexos

Anexo I. Hospitales con SUH en el territorio gallego según provincia y titularidad^{69,70}

Provincia	Hospitales con SUH en Galicia	Titularidad
A Coruña	Complejo Hospitalario Universitario A Coruña	Pública
	Hospital HM Modelo-Belén	Privada
	Hospital San Rafael	Privada
	Hospital QuirónSalud A Coruña	Privada
	Centro Oncológico de Galicia	Privada
	Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol	Pública
	Hospital Juan Cardona	Privada
	Complejo Hospitalario Universitario de Santiago	Pública
	Hospital HM Rosaleda	Privada
	Hospital HM La Esperanza	Privada
	Hospital Virxe da Xunqueira	Pública
	Hospital Público da Barbanza	Pública
	Sanatorio La Robleda	Privada
Lugo	Complejo Hospitalario Universitario de Lugo	Pública
	Hospital Polusa	Privada
	Sanatorio Nuestra Señora de los Ojos Grandes	Privada
	Hospital de la Costa (A Mariña)	Pública
	Hospital de Monforte	Pública

Pontevedra	Hospital del Salnés	Pública
	Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra	Pública
	Grupo QuirónSalud Pontevedra	Privada
	Hestia Santa María	Privada
	Complejo Hospitalario Universitario de Vigo	Pública
	Vithas Hospital Nuestra Señora de Fátima	Privada
	Clínica Residencia El Pinar	Privada
	Concheiro Centro Médico Quirúrgico	Privada
	Hospital HM Vigo	Privada
	FREMAP, Hospital de Vigo	Privada
	Hospital Povisa	Privada
	Sanatorio Psiquiátrico San José	Privada
	Centro Médico Pintado	Privada
Ourense	Complejo Hospitalario Universitario de Ourense	Pública
	Centro Médico El Carmen	Privada
	Hospital de Verín	Pública
	Hospital de Valdeorras	Pública
	Clínica Santa Teresa	Privada

Anexo II. Encuesta para los profesionales de la salud de los SUH del territorio gallego.

Encuesta para los profesionales de la salud de los Servicios de Urgencias Hospitalarios del territorio gallego

La presente encuesta se encuadra en la realización de un trabajo de fin de grado del Grado en Fisioterapia de la Universidad de A Coruña. Se pretende conocer las percepciones del personal sanitario acerca de los contextos y necesidades de los Servicios de Urgencias Hospitalarios del territorio gallego a los que el potencial papel de la Fisioterapia puede contribuir a dar respuesta.

Los datos obtenidos como resultado de esta investigación, serán completamente confidenciales, cumpliendo con los principios de ética y confidencialidad.

Solamente le llevará 10 minutos cumplimentarla.

Muchas gracias por su colaboración.

***Obligatorio**

Consentimiento informado para la participación en el estudio de investigación

1. Yo, *

Selecciona todos los que correspondan.

- Leí la hoja de información al/la participante del estudio arriba mencionado que se me entregó, pude ponerme en contacto con la investigadora y hacer todas las preguntas sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria, y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mi puesto de trabajo.
- Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al/la participante.
- Presto libremente mi conformidad para participar en este estudio.

2. Al terminar este estudio acepto que mis datos sean: *

Marca solo un óvalo.

Eliminados.

Conservados anonimizados para usos futuros en otras investigaciones o para su publicación.

Dimensión descriptiva

Datos personales y laborales

3. Sexo *

Marca solo un óvalo.

Mujer

Hombre

4. Edad *

5. Profesión *

Marca solo un óvalo.

Médica/o

Enfermera/o

6. Años que lleva trabajando en el servicio *

7. ¿Posee formación específica en el área de Urgencias y Emergencias? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

8. En caso afirmativo, indique de qué tipo

Selecciona todos los que correspondan.

Posgrado

Talleres

Cursos

Jornadas o Congresos

Otro: _____

9. Provincia donde trabaja *

Marca solo un óvalo.

A Coruña

Lugo

Pontevedra

Ourense

10. Hospital donde trabaja *

11. Titularidad del hospital *

Marca solo un óvalo.

Público

Privado

Descripción del contexto de los Servicios de Urgencias Hospitalarios

12. ¿Cuántos pacientes suele atender de media en un día de servicio? *

13. ¿Qué perfil de paciente (patología) predomina en el servicio? *

14. ¿Qué media de edad de paciente predomina en el servicio? *

Marca solo un óvalo.

18 - 40 años

40 - 60 años

> 60 años

15. ¿Cuál es la media de tiempo de espera (en minutos) de un paciente en el servicio? *

16. ¿Cuándo hay mayor afluencia de pacientes al servicio? *

Marca solo un óvalo.

Entre semana

El fin de semana

17. ¿Cuáles son las horas de máxima afluencia de pacientes al servicio entre semana? *

Selecciona todos los que correspondan.

- 00:00 - 04:00
- 04:00 - 08:00
- 08:00 - 12:00
- 12:00 - 16:00
- 16:00 - 20:00
- 20:00 - 00:00

18. ¿Cuáles son las horas de máxima afluencia de pacientes al servicio el fin de semana? *

Selecciona todos los que correspondan.

- 00:00 - 04:00
- 04:00 - 08:00
- 08:00 - 12:00
- 12:00 - 16:00
- 16:00 - 20:00
- 20:00 - 00:00

19. ¿Qué porcentaje de pacientes suelen ser hospitalizados después de acudir al servicio? *

20. ¿Qué porcentaje de pacientes suelen ser dados de alta después de acudir al servicio? *

21. ¿Cuál es el número de profesionales sanitarios por turno? *

22. ¿Cómo describiría el funcionamiento del servicio? *

Marca solo un óvalo.

- Muy bueno
- Bueno
- Mejorable
- Muy mejorable

Dimensión asistencial

Perspectivas vigentes sobre el Servicio de Urgencias Hospitalario

23. ¿Cuáles considera que son los problemas actuales del servicio? *

Selecciona todos los que correspondan.

- Congestión del complejo hospitalario
- Escaso número de profesionales
- Gran carga asistencial
- Alta demanda de los servicios
- Infraestructuras que no se adecuan a las necesidades actuales
- Triage deficiente
- Ninguno

Otro: _____

24. ¿Detecta limitaciones o carencias para poder desarrollar sus funciones en su día a día? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

25. En caso afirmativo, ¿cuál(es)? *

26. Si pudiera realizar algún cambio en el servicio, ¿cuál(es) sería(n)? *

Selecciona todos los que correspondan.

- Disminuir la congestión de las áreas de tratamiento
- Aumentar el número de profesionales
- Mejorar las infraestructuras
- Optimizar los recursos y mejorar la gestión del servicio
- Maximizar la amplitud y el alcance de la asistencia, repartiendo la carga de trabajo
- Triage de los pacientes más exhaustivo

Otro: _____

Desde el Servicio de Urgencias Hospitalario...

27. ¿Realizan una valoración de la movilidad? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

28. ¿Emplean técnicas de terapia manual y/o vendajes? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

29. ¿Proporcionan educación al paciente acerca de su patología? *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

30. ¿Prescriben productos de apoyo para la marcha? *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

31. ¿Prescriben ejercicio terapéutico y pautas de higiene postural para llevar a cabo en el hogar? *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

32. ¿Derivan a pacientes al Servicio de Fisioterapia de Atención Primaria? *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Muy en desacuerdo Muy de acuerdo

33. ¿Aplican electroterapia como técnica analgésica del dolor? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

34. ¿Estimulan el nivel de conciencia en pacientes agudos? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

35. ¿Realizan cambios posturales en pacientes encamados para prevenir úlceras por presión? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

36. ¿Mantienen el rango de movimiento de las articulaciones en pacientes encamados mediante el posicionamiento y movilización pasiva o activo-asistida? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

37. ¿Emplean técnicas de evaluación y tratamiento del sistema respiratorio (evaluación del soporte ventilatorio, eliminación de secreciones, control gasométrico, técnicas de expansión pulmonar, etc.)? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

38. ¿Evalúan las respuestas cardiorrespiratorias y vasomotoras a los cambios en la postura y ante el esfuerzo físico? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

Perspectiva sobre el alcance de la práctica de Fisioterapia en los Servicios de Urgencias Hospitalarios

39. ¿Considera que el número de profesionales sanitarios en el servicio cubre las necesidades asistenciales de la unidad? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

40. ¿Considera que la presencia de la figura del fisioterapeuta podría disminuir la carga asistencial en el servicio? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

41. ¿Considera que la presencia de la figura del fisioterapeuta podría ayudar a optimizar los recursos y mejorar la gestión del servicio, como un miembro más del equipo interdisciplinar? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

42. ¿Considera que la presencia de la figura del fisioterapeuta podría contribuir a disminuir la congestión de las áreas de tratamiento? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

43. ¿Considera que la presencia de la figura del fisioterapeuta podría colaborar en la evaluación continua de los pacientes durante la espera? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

44. ¿Considera que la presencia de la figura del fisioterapeuta podría promover, prevenir, curar y recuperar la salud del paciente aplicando los métodos y técnicas propios de la fisioterapia? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

45. ¿Considera que la presencia de la figura del fisioterapeuta podría realizar una evaluación personalizada y emitir un diagnóstico de fisioterapia? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

46. ¿Considera que la presencia de la figura del fisioterapeuta podría proporcionar información clara a los pacientes y a sus familiares sobre los tiempos de espera y los tratamientos a realizar en el hogar para continuar con el proceso de recuperación? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

47. ¿Considera la posibilidad de que el fisioterapeuta pueda atender a pacientes después de haber sido atendidos previamente por un médico del servicio? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

48. Marque aquellas patologías que considera que el fisioterapeuta podría abordar tras ser atendido previamente por un médico: *

Selecciona todos los que correspondan.

- Traumatología
- Neurología
- Cardiología y vascular
- Neumología
- Ginecología y obstetricia
- Urología
- Salud mental y psiquiatría
- Digestivo
- Cuidados continuos y paliativos
- Geriatría
- Tegumentaria (ej. quemaduras)
- Oncología
- Pediatría
- Reumatología
- Endocrinología
- Ninguna

49. ¿Considera la posibilidad de que el fisioterapeuta pueda atender a pacientes de bajo riesgo/urgencia leve en el servicio? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Muy en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy de acuerdo

50. Marque aquellas patologías que considera que el fisioterapeuta podría abordar directamente sin necesidad de ser atendido previamente por un médico: *

Selecciona todos los que correspondan.

- Traumatología
- Neurología
- Cardiología y vascular
- Neumología
- Ginecología y obstetricia
- Urología
- Salud mental y psiquiatría
- Digestivo
- Cuidados continuos y paliativos
- Geriatría
- Tegumentaria (ej. quemaduras)
- Oncología
- Pediatría
- Reumatología
- Endocrinología
- Ninguna

Información adicional

51. Correo electrónico donde desea que se le adjunte la información acerca de la situación de la Fisioterapia integrada en otros SUH europeos

Gracias por su colaboración

Anexo III. Hoja de información a la Gerencia de Gestión Integrada de las Áreas Sanitarias de Galicia y al/la Jefe del Servicio de Urgencias Hospitalario

HOJA DE INFORMACIÓN A LA GERENCIA DE GESTIÓN INTEGRADA DE LAS ÁREAS SANITARIAS DE GALICIA Y AL/LA JEFE DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

Título del estudio: “Aproximación a la Fisioterapia en los Servicios de Urgencias Hospitalarios en el territorio gallego. Un proyecto de investigación”

Investigadora: Lucía González Boquete

Centro: Universidad de A Coruña

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar junto a todos los profesionales de la salud (personal médico y de enfermería) del Servicio de Urgencias Hospitalario. Este estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia y cumple con los principios éticos y de confidencialidad requeridos.

Si decide participar en el mismo, debe recibir información personalizada por parte de la investigadora, leer antes este documento y hacer todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea puede llevar el documento, consultarlo con otras personas y tomar el tiempo necesario para decidir acerca de su participación.

La participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin dar explicaciones.

El objetivo principal del estudio es conocer los contextos y necesidades de los Servicios de Urgencias Hospitalarios del territorio gallego a los que el potencial papel de la Fisioterapia puede contribuir a dar respuesta, determinados mediante las percepciones de los profesionales de la salud de dichos servicios.

Por lo que su participación es fundamental para explorar si se dan las circunstancias y condiciones que justifiquen la necesidad de la implementación de la figura del fisioterapeuta en dichas unidades.

Se solicita su participación como persona de contacto y facilitador/a del acceso a la población de estudio. Su colaboración en la investigación consistirá en difundir, vía correo electrónico, las encuestas, acompañadas de la hoja informativa y el consentimiento informado, a los participantes que más se adecuen a los criterios de inclusión y exclusión mencionados en la selección de participantes. Los participantes deben cumplir los criterios de inclusión y exclusión que se mencionan en la siguiente tabla.

Tabla 1. Criterios de selección.

Criterios de selección	
Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Profesión: médico/a o enfermero/a	Otras profesiones
Profesionales de la salud del SUH que posean al menos 1 año de experiencia en el puesto	Llevar menos de 1 año trabajando en el SUH
Profesionales de la salud del SUH que estén ejerciendo actualmente	Estar jubilado
Participar de forma voluntaria en la investigación y aportar el consentimiento informado	No presentar el consentimiento informado

El rol de los participantes consistirá en cumplimentar una encuesta con 48 preguntas en Google Forms® que tan solo les llevará 10 minutos. Los resultados se registrarán automáticamente en el correo creado específicamente para la investigación.

Los resultados de este estudio se incluirán en el Trabajo de Fin de Grado de Fisioterapia y serán remitidos a publicaciones científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que permita la identificación de los participantes.

Para cualquier duda o cuestión, usted puede contactar con Lucía González Boquete en el correo electrónico lucia.gboquete@udc.es y/o en el teléfono XXXXXXXXX, quedando a la espera de su respuesta.

En caso de que acepte participar en el estudio deberá remitir el consentimiento informado que se anexa en el correo.

Muchas gracias por su atención

Anexo IV: Consentimiento informado para la Gerencia de Gestión Integrada de las Áreas Sanitarias de Galicia y el/la Jefe del Servicio de Urgencias Hospitalario

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Título del estudio: “Aproximación a la Fisioterapia en los Servicios de Urgencias Hospitalarios en el territorio gallego. Un proyecto de investigación”

Yo,.....,

Gerente de Gestión Integrada del Área Sanitaria de.....

Jefe/a del Servicio de Urgencias del Hospital

- Leí la hoja de información para la participación en el estudio arriba mencionado que se me entregó, pude ponerme en contacto con la investigadora y hacer todas las preguntas sobre la investigación.
- Comprendo que mi participación es voluntaria, y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mi puesto de trabajo.
- Accedo a que se utilicen los datos en las condiciones detalladas en la hoja de información a la Gerencia de Gestión Integrada de las Áreas Sanitarias de Galicia y al/la Jefe del Servicio de Urgencias Hospitalario.
- Presto libremente mi conformidad para colaborar en este estudio.

Al terminar este estudio acepto que mis datos sean:

- Eliminados.
- Conservados anonimizados para usos futuros en otras investigaciones o para su publicación.

Fdo.: El/la Jefe/a del Servicio de Urgencias Hospitalario/ Gerente de Gestión Integrada del Área Sanitaria de

Fdo.: El/la investigador/a

....., a.....de.....de 2020

....., a.....de.....de 2020

Anexo V. Hoja de información al/la participante

HOJA DE INFORMACIÓN AL/LA PARTICIPANTE

Título del estudio: “Aproximación a la Fisioterapia en los Servicios de Urgencias Hospitalarios en el territorio gallego. Un proyecto de investigación”

Investigadora: Lucía González Boquete

Centro: Universidad de A Coruña

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Este estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia.

Si decide participar en el mismo, debe recibir información personalizada por parte de la investigadora, leer antes este documento y hacer todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea puede llevar el documento, consultarlo con otras personas y tomar el tiempo necesario para decidir acerca de su participación.

La participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin dar explicaciones.

¿Cuál es la finalidad del estudio?

El propósito del estudio es conocer los contextos y necesidades de los Servicios de Urgencias Hospitalarios del territorio gallego a los que el potencial papel de la Fisioterapia puede contribuir a dar respuesta, determinados mediante las percepciones de los profesionales de la salud de dichos servicios.

Por lo que su participación es fundamental para explorar si se dan las circunstancias y condiciones que justifiquen la necesidad de la implementación de la figura del fisioterapeuta en dichas unidades.

¿Por qué me ofrecen participar a mí?

Usted es invitado a participar porque cumple los criterios de inclusión establecidos para llevar a cabo este estudio.

¿En que consiste mi participación?

Su participación consistirá en la cumplimentación de un cuestionario de carácter anónimo con 48 preguntas con una finalidad descriptiva relacionadas con la percepción de los profesionales sanitarios acerca de los contextos y necesidades de los Servicios de Urgencias Hospitalarios del territorio gallego a los que el potencial papel de la Fisioterapia puede contribuir a dar respuesta.

Su participación tendrá una duración total estimada de 10 minutos para cubrir una encuesta. Tras la realización de la misma, la investigadora enviará al correo electrónico que especifique al final del cuestionario información acerca de la situación de la Fisioterapia integrada en otros Servicios de Urgencias Hospitalarios europeos, específicamente sobre en qué países está integrado la figura del fisioterapeuta dentro del equipo interdisciplinar, y qué roles y funciones desarrolla en dichas unidades; y no volverá a contactar con usted con posterioridad para conseguir nuevos datos.

¿Qué molestias o inconvenientes tiene mi participación?

Su participación en el estudio no implica molestias adicionales o inconvenientes, puesto que se basa en la realización de una encuesta; únicamente el tiempo dedicado a responder a la misma.

¿Obtendré algún beneficio por participar?

No se espera que usted obtenga ningún beneficio por participar en el estudio. A cambio, se le proporcionará información acerca de la situación de la Fisioterapia integrada en otros Servicios de Urgencias Hospitalarios europeos, específicamente sobre en qué países está integrado la figura del fisioterapeuta dentro del equipo interdisciplinar, y qué roles y funciones desarrolla en dichas unidades. En cuanto se reciba la encuesta, se les enviará al correo electrónico que adjunten al final del cuestionario.

La investigación pretende descubrir en un futuro aspectos que puedan ser de utilidad y que puedan servir y beneficiar tanto a los profesionales de la salud como a los usuarios de los SUH de Galicia.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Si usted lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio al correo facilitado.

¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los resultados de este estudio se incluirán en el trabajo de fin de grado del Grado de Fisioterapia y serán remitidos a publicaciones científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que permita la identificación de los participantes.

Información referente a sus datos:

La obtención, tratamiento, conservación, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento UE 2016-679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016) y la normativa española sobre protección de datos de carácter personal vigente.

Los datos necesarios para llevar a cabo este estudio serán recogidos y conservados de modo:

- Anonimizados, es decir, que usted no podrá ser identificado ni siquiera por el equipo investigador. Es importante que tenga en consideración que en este caso no se recogerá fecha de nacimiento, ni iniciales, ni ningún otro dato que pueda facilitar su reidentificación.

La normativa que regula el tratamiento de datos de personas, le otorga el derecho a acceder a sus datos, oponerse, corregirlos, cancelarlos, limitar su tratamiento, restringir o solicitar la supresión de los mismos. También puede solicitar una copia de éstos o que ésta sea remitida a un tercero (derecho de portabilidad).

Para ejercer estos derechos puede usted dirigirse a la investigadora principal de este estudio a través de los siguientes medios de contacto: en el correo electrónico: lucia.gboquete@udc.es y/o teléfono: XXXXXXXXX.

Únicamente el equipo investigador y las autoridades sanitarias, que tienen el deber de guardar la confidencialidad, tendrán acceso a todos los datos recogidos por el estudio. Se podrá transmitir a terceros información que no pueda ser identificada. En el caso de que alguna información se transmita a otros países, se realizará con un nivel de protección de datos equivalente, como mínimo, al establecido por la normativa española y europea.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

La investigadora principal no recibirá ninguna retribución económica por la dedicación al estudio.

Usted no será retribuido por participar.

¿Cómo contactar con el equipo investigador de este estudio?

Usted puede contactar con Lucía González Boquete en el correo electrónico lucia.gboquete@udc.es y/o en el teléfono XXXXXXXXX.

Muchas gracias por su colaboración

Anexo VI. Consentimiento informado para el/la participante

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Título del estudio: “Aproximación a la Fisioterapia en los Servicios de Urgencias Hospitalarios en el territorio gallego. Un proyecto de investigación”

Yo,.....

- Leí la hoja de información al/la participante del estudio arriba mencionado que se me entregó, pude ponerme en contacto con la investigadora y hacer todas las preguntas sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria, y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mi puesto de trabajo.
- Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al/la participante.
- Presto libremente mi conformidad para participar en este estudio.

Al terminar este estudio acepto que mis datos sean:

- Eliminados.
- Conservados anonimizados para usos futuros en otras investigaciones o para su publicación.

Fdo.: El/la participante,

Fdo.: El/la investigador/a

....., a.....de.....de 2020

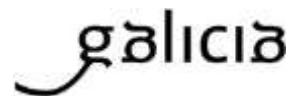
....., a.....de.....de 2020

Anexo VII. Carta de presentación de documentación a la Red de Comités de Ética de la Investigación de Galicia



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Secretaría Xeral Técnica

Secretaría Técnica
Comité Autonómico de Ética de la investigación de Galicia
Consellería de Sanidade
Edificio Administrativo San Lázaro
15703 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Teléfono: 881 546425



CARTA DE PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN A LA RED DE COMITÉS DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE GALICIA

D/D^a:

con teléfono:

y correo electrónico:

SOLICITA la evaluación de:

- Protocolo **nuevo** de investigación
- Respuesta a las aclaraciones** solicitadas por el Comité
- Modificación o Ampliación a otros centros** de un estudio ya aprobado por el Comité

DEL ESTUDIO:

Título:

Promotor:

- MARCAR** si el promotor es sin ánimo comercial y confirma que cumple los requisitos para la exención de tasas según la Ley de presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de Galicia (más información en la web de comités)

Tipo de estudio:

- Ensayo clínico con medicamentos
- Investigación clínica con productos sanitarios
- Estudio Posautorización con medicamento de seguimiento Prospectivo (EPA-SP)
- Otros estudios no catalogados en las categorías anteriores

Investigadores y centros en Galicia:

Y adjunto envío la documentación en base a los requisitos que figuran en la web de la Red Gallega de CEIs, y me comprometo a tener disponibles para los participantes los documentos de consentimiento aprobados en gallego y castellano.

En A Coruña, a 29 de Abril de 2020

Firmado: Lucía González Boquete

Red de Comités de Ética de la Investigación
Secretaría Xeral. Consellería de Sanidade

