

**UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO EN FISIOTERAPIA**



**UNIVERSITAS**  
*Miguel Hernández*

**‘ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DE FISIOTERAPIA EN HOSPITALES Y CENTROS  
DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA’**

**AUTOR: GAMITO RODRÍGUEZ, MARÍA**

**Nº Expediente: 2160**

**TUTOR: ROSES CONDE, JORGE**

**Departamento y área: de patología y cirugía.**

**Curso académico: 2019- 2020.**

**Convocatoria: Junio.**



## ÍNDICE

1. Resumen y abstract .....	1
2. Introducción.....	3
3. Objetivos .....	6
4. Material y métodos utilizados.....	7
5. Resultados.....	9
6. Discusión.....	10
7. Conclusión.....	12
8. Anexos.....	13
9. Bibliografía.....	14



## 1. RESUMEN

**Introducción:** La fisioterapia es una profesión sanitaria de grado desde 2007. A partir de 2008 tiene las competencias de gestión, coordinación y planificación de la actividad asistencial, además de la función de valoración y diagnóstico del paciente según la CIF. El diagnóstico con la CIF es complementario a la CIE, y necesario para una atención multidisciplinar.

**Objetivos:** Conocer si la actividad laboral de los fisioterapeutas en los departamentos de salud de la Comunidad Valenciana es acorde a la legislación que ampara la profesión y si se trabajan todas las competencias de los fisioterapeutas.

**Material y métodos:** Se ha realizado una búsqueda web de la cartera de servicios de fisioterapia de los departamentos de salud. Se pretende enviar un formulario a fisioterapeutas de los centros de salud y hospitales para obtener la información necesaria.

**Resultados:** La mayoría de hospitales incluyen la fisioterapia como servicio subordinado dentro de medicina o enfermería, no incluyen el servicio de fisioterapia en disfunciones de suelo pélvico, en problemas cardíacos o en UCI.

**Discusión:** La información obtenida no es suficiente. Con el formulario se podrán sacar conclusiones sólidas. La fisioterapia respiratoria, la rehabilitación cardíaca, en UCI y en suelo pélvico parece no incluirse en todos los hospitales. Además, parece que no en todos los hospitales se realiza gestión y coordinación de fisioterapia en calidad de servicio independiente.

**Conclusión:** Es necesario completar la recogida de datos para obtener resultados sólidos. Las competencias desarrolladas en los servicios de rehabilitación parecen no cumplir las establecidas en la orden CIN.

**Palabras clave:** Orden CIN, Diagnóstico fisioterápico, Unidades de rehabilitación, Rehabilitación multidisciplinar.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Physiotherapy has been a degree sanitary profession since 2007. From then on, it involves competencies such as management, coordination and planning of the assistant activity, as well as the evaluation and diagnosis of the patient according to the CIF. A CIF diagnosis is complementary to the CIE, and necessary for a multidisciplinary attention.

**Objectives:** The aim of this project is to analyse if the laboral activity of physiotherapists in the Comunidad Valenciana is consistent within the legal framework established and if it involves all the competences of the profession.

**Materials and Methods:** It has been performed an internet research about the services offered at the different health departments. The objective is to send a questionnaire to those physiotherapists working in clinics and hospitals in order to have the requested information for the analysis.

**Results:** Most of the hospitals include physiotherapists in medical or nurse service. On the other hand, most of them do not have a physiotherapy service in areas treating diseases such as pelvic floor dysfunction and heart diseases, or intensive care units.

**Discussion:** The information surveyed is not enough. However, with the questionnaire we would be able to obtain solid conclusions. But, with this first survey, it seems that physiotherapy is not implemented for respiratory diseases, heart diseases recovery, intensive care units and pelvic floor is not present in all hospitals. Furthermore, it seems that not all physiotherapists carry out the management and coordination as an independent service.

**Conclusion:** It is necessary to complete all the data collection. The competences developed seems to be insufficient and do not accomplish the ones which are in the Order CIN/legal framework.

**Key words:** Order CIN, Diagnosis of physiotherapy, Rehabilitation units, Multidisciplinary Rehabilitation.

## 2. INTRODUCCIÓN

### 2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA FISIOTERAPIA EN ESPAÑA

La medicina fue la primera ocupación en convertirse en profesión en el siglo XIX. La fisioterapia hasta el siglo XX había sido una ocupación en la que no había concreción y definición socio-legal de las actividades sanitarias. Surgió la necesidad de la especialización debido a la organización del trabajo entre distintos profesionales, la sensibilización frente a situaciones vulnerables, el conocimiento cada vez era mayor y más complejo, y el manejo de métodos terapéuticos y su focalización en la incapacidad; esto hizo la necesidad de convertir la fisioterapia en una profesión.

Es en el Siglo XVIII, con la Real cédula de Felipe V, donde se define la figura del Practicante. En el siglo XIX se les atribuyó a los practicantes tres funciones: callistas, dentistas y asistentes a partos. En 1915 apareció el título de Enfermería que englobaba a: practicantes, matronas y enfermeras. En este siglo, en un camino paralelo existían las escuelas de gimnasia. Las técnicas de masaje que se impartían condicionaron la aparición de practicantes-masajistas. Estos eran la figura especializada del recuperador físico y terapeuta manual: tenían protagonismo en el campo de la recuperación funcional.

En 1952 se unifican las profesiones de practicantes, matronas y enfermeras en ATS: Ayudantes Técnicos Sanitarios. Las escuelas de ATS estaban vinculadas a las facultades de medicina. En 1957 se estableció la especialización de fisioterapia para los ATS, con un plan de estudios específico. El contexto de la aparición de esta especialidad era la escasez de personal dotado de conocimientos teóricos y prácticos para el gran número de enfermos necesitados. También influía el papel jugado por la participación de fisioterapeutas extranjeros en las escuelas de ATS. En 1977 se integró esta especialidad en las Escuelas Profesionales de Enfermería. La plena autonomía de la profesión tuvo lugar en 1980, cuando se hizo independiente de la Enfermería<sup>(1)</sup>.

En 2003 se publicó la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. El artículo 6 incluye a la fisioterapia dentro de las profesiones sanitarias de nivel de diplomado. El artículo 7 define la función de los fisioterapeutas: “prestación de cuidados propios de su disciplina a través de tratamientos con medios y agentes físicos dirigidos a recuperación, rehabilitación de

personas con discapacidades somáticas y la prevención de los mismos”. En el artículo 4 de principios generales se ordena la existencia de una formalización escrita del trabajo reflejada en la historia clínica, única para cada paciente y común para el centro. El artículo 8, del ejercicio de la profesión sanitaria, incluye: función de gestión clínica, reflejar en la historia clínica soportada electrónicamente el trabajo realizado, la historia debe ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales, y la progresiva consideración de la interdisciplinariedad y multidisciplinariedad entre profesionales. El artículo 9 dice que la atención sanitaria incluye un tratamiento integral y evita la superposición entre especialistas. Cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo de profesionales, se articulará de forma jerarquizada o colegiada, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia, y al de titulación. Por lo tanto, según esta ley, en el equipo multidisciplinar de rehabilitación habrá jerarquía en la que los médicos por ser profesión de licenciatura tendrán más potestad que el fisioterapeutas, que son profesión titulada. Además, todos deben tener acceso a una historia clínica informatizada y reflejar en esta su intervención<sup>(2)</sup>.

## **2.2 MARCO ACTUAL LEGAL DE LA FISIOTERAPIA**

En 1999 se creó el Espacio Europeo de Educación superior, iniciándose con la Declaración del plan Bolonia<sup>(3)</sup>. El 12 de Abril de 2007 en España se creó la ley orgánica 4/2007 de modificación de la ley Orgánica 6/2001, de Universidades, en el que se establece una nueva estructuración de las enseñanzas y títulos universitarios oficiales en grado, máster y doctorado, atendiendo al sistema europeo de créditos<sup>(4)</sup>. Con esta ley, la diplomatura en fisioterapia se transformó a titulación en grado de fisioterapia, igualándose mediante créditos al resto de profesiones. El 3 de Julio de 2008 se publicó la Orden CIN/2135/2008<sup>(5)</sup> atendiendo al Real decreto Ley de 1393/2007 de Ordenación de enseñanzas universitarias oficiales<sup>(6)</sup>, que obedecía a la Ley Orgánica 4/2007 de Universidades. En esta se establecen los requisitos que deben de tener los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión del fisioterapeuta, entre ellos destacan:

5. “Valorar el estado funcional del paciente, considerando los aspectos físicos, psicológicos y sociales.”

6. “Valoración diagnóstica de cuidados de fisioterapia según las normas y con los instrumentos de validación reconocidos internacionalmente.”

7. “Diseñar el plan de intervención de fisioterapia atendiendo a criterios de adecuación, validez y eficiencia.”

8. “Ejecutar, dirigir y coordinar el plan de intervención de fisioterapia, utilizando las herramientas terapéuticas propias y atendiendo a la individualidad del usuario.”

9. “Evaluar la evolución de los resultados obtenidos con el tratamiento en relación con los objetivos marcados.”

10. “Elaborar el informe de alta de los cuidados de fisioterapia una vez cubiertos los objetivos propuestos.”

18. “Adquirir habilidades de gestión clínica que incluyan el uso eficiente de los recursos sanitarios y desarrollar actividades de planificación, gestión y control en las unidades asistenciales donde se preste atención en fisioterapia y su relación con otros servicios sanitarios.”

19. “Comunicarse de modo efectivo y claro, tanto de forma oral como escrita, con los usuarios del sistema sanitario así como con otros profesionales.”

El Consejo General de Fisioterapeutas de España realizó una la asamblea general de 2010 que tuvo lugar en Sevilla, estableciendo el marco de competencias de la profesión basándose en la orden CIN<sup>(7)</sup>.

### **2.3 DIAGNÓSTICO EN FISIOTERAPIA**

La Confederación Mundial de la Fisioterapia define el diagnóstico de fisioterapia según la definición de la Asociación Americana de terapia física: “El diagnóstico en Fisioterapia es el resultado de un proceso de razonamiento clínico que da lugar a la identificación de disfunciones existentes o potenciales, limitaciones en actividades y restricciones de la participación y factores que influyen en la funcionalidad positiva o negativamente. El propósito del diagnóstico es guiar a los fisioterapeutas en la determinación del pronóstico y las estrategias de intervención más apropiadas para los pacientes o clientes, en el intercambio de información con ellos. Si el proceso de diagnóstico revela hallazgos



que no están dentro del ámbito del conocimiento, experiencia o especialización del fisioterapeuta, éste derivará al paciente o cliente a otro profesional adecuado. Un diagnóstico también es una denominación a un conjunto de signos y síntomas comúnmente asociados con un trastorno, síndrome o categoría de deficiencias en las estructuras y la función del cuerpo, limitaciones de la actividad o restricciones de participación”<sup>(8)</sup>. El diagnóstico fisioterápico se ha de realizar desde la postura diagnóstica fisioterapéutica a partir del desarrollo de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)<sup>(9)</sup>. En España, es a partir de la Orden CIN<sup>(5)</sup> de 2008 cuando se reconoce la competencia de diagnóstico del paciente a los fisioterapeutas, con los instrumentos validados internacionalmente. La CIF pertenece a la familia de clasificaciones internacionales desarrolladas por la OMS. Esta familia proporciona el marco conceptual para codificar un amplio rango de información relacionada con la salud: el diagnóstico, el funcionamiento, y la discapacidad. Dentro de estas clasificaciones internacionales, los estados de salud se clasifican principalmente en la CIE-10: la clasificación internacional de enfermedades, esta brinda un marco conceptual basado en la etiología. El funcionamiento y la discapacidad asociados con las condiciones de salud se clasifican en la CIF. Por lo tanto, ambas clasificaciones son complementarias<sup>(10)</sup>.

### **3. OBJETIVOS**

Basándome en los artículos 5, 6, 7, 8, 9, 10, 18 y 19 de la orden CIN<sup>(5)</sup>; en los que se dota legalmente a la fisioterapia de: función de gestión y planificación de su trabajo y de realizar valoración y diagnóstico fisioterápico de los pacientes. Teniendo en cuenta los artículos 8 y 9 de la Ley de Ordenación de las profesiones Sanitarias de 2003<sup>(2)</sup> en los que se dice que el tratamiento debe ser multidisciplinar con el apoyo de la historia clínica informatizada sin la suposición de un profesional sanitario sobre otro.

El objetivo principal de este trabajo será conocer hasta qué punto se desarrollan las competencias de la profesión en el funcionamiento de los servicios de rehabilitación públicos en la Comunidad Valenciana. Por lo tanto, mediante un formulario diseñado para enviar a los fisioterapeutas que trabajan en estos centros, abordaré las siguientes cuestiones:

- Conocer si la unidad de fisioterapia cuenta con un supervisor o adjunto de fisioterapia con las funciones de la coordinación y gestión de esta.
- Saber si los fisioterapeutas realizan una valoración inicial y diagnóstico de fisioterapia del paciente.
- Conocer si los fisioterapeutas tienen acceso a las historias clínicas informatizadas y si reflejan su actividad en estas.
- Conocer si el fisioterapeuta tiene la capacidad de determinar el nº de sesiones y el alta de fisioterapia que el paciente necesita.
- Conocer si dentro de la unidad de fisioterapia se trabaja en distintos equipos multidisciplinares.

#### **4. MATERIAL Y MÉTODOS**

Teniendo en cuenta la historia de la profesión y el contexto legal en el que se encuentra, se analizará hasta qué punto la teoría coincide con la práctica en los hospitales públicos de la Comunidad Valenciana, abriendo puertas a futuras líneas de investigación a nivel nacional.

Según la información a la que se tiene acceso en la web oficial de la Generalitat, se ha realizado una búsqueda sobre el lugar que ocupa la fisioterapia en los 25 departamentos de salud de la Comunidad Valenciana. Para obtener la información, se pretende realizar un cuestionario a un fisioterapeuta de cada hospital y centros de salud de la Comunidad valenciana para responder de forma anónima. El cuestionario ha sido realizado con un Formulario de Google. Las preguntas y sus posibles respuestas son las siguientes:

##### **1. ¿Quién dirige la unidad de fisioterapia?**

- Médico rehabilitador
- Fisioterapeuta supervisor
- Adjunto de fisioterapia
- Coordinador de departamento
- Enfermería
- Otros

**2. ¿En qué tipo de atención trabajas como fisioterapeuta?**

- Atención especializada (hospital de área)
- Atención primaria (centro de salud)

**3. ¿Se divide el servicio de fisioterapia en unidades funcionales?**

- Sí
- No

**4. Si la respuesta anterior es sí: indique cuales.**

- Fisioterapia en traumatología
- Fisioterapia en UCI
- Fisioterapia en neurología
- Fisioterapia en pediatría
- Hidroterapia
- Escuela de espalda
- Escuela de hombro
- Fisioterapia respiratoria
- Fisioterapia en problemas cardiovasculares
- Fisioterapia en suelo pélvico
- Electroterapia
- Otras:

**5. ¿Tienen los fisioterapeutas acceso a los sistemas de historia clínica?**

- Sí
- No

**6. Si la respuesta anterior es sí, indique cuál:**

- En papel de prescripción médico.
- En ficha de tratamiento
- Sistemas de historia clínica digital.

**7. En caso de tener acceso a la historia clínica digital, ¿Refleja en ella sus intervenciones de fisioterapia?**

- Sí
- No

**8. Cuando un paciente inicia el servicio de fisioterapia, ¿Realizan los fisioterapeutas su propia valoración inicial junto al diagnóstico fisioterápico según la CIF?**

- Sí
- No

**9. ¿Determina el fisioterapeuta el número de sesiones y el alta de fisioterapia?**

(El alta de fisioterapia no se refiere al alta del servicio de rehabilitación en el que también incluye la cita con el médico de rehabilitación).

- Sí
- No

## **5. RESULTADOS**

Debido a la situación de saturación del sistema sanitario por la Pandemia Mundial del Covid-19, no se ha podido realizar la recogida de datos mediante el formulario.

De los 25 departamentos, en 9 de ellos no he obtenido información relevante a través de las páginas webs oficiales, ya que se hace referencia a la rehabilitación dentro de la cartera de servicios, sin entrar en más detalle. De los 16 sobre los que he obtenido más información, se hace referencia a que haya un supervisor o adjunto de fisioterapia en 5 de ellos, estando los demás bajo supervisión de servicio médico o de enfermería. En el departamento de Salud de Vinarós, dentro de las funciones médicas se habla del servicio de valoración y diagnóstico, dentro de las funciones de fisioterapia no. En el departamento de salud de Castelló y en el de Elda se habla de que los fisioterapeutas aplican tratamientos bajo prescripción médica. 2 hacen referencia al servicio de fisioterapia en pacientes hospitalizados, entre los que se incluyen los atendidos en UCI, 9 ofrecen el servicio de fisioterapia respiratoria y 6 de rehabilitación cardiaca. 6 hacen referencia a rehabilitación de suelo pélvico y 9 mencionan el servicio de escuelas de dolor (espalda, hombro...). Todos ofrecen el servicio de

electroterapia, fisioterapia en patologías vasculares, gimnasio de fisioterapia con mecanoterapia, servicio de rehabilitación neurológica y rehabilitación en pediatría. (Figura 1)

## 6. DISCUSIÓN

De los 16 departamentos, en 11 se incluye la fisioterapia dentro de la cartera de servicios de la especialidad médica de rehabilitación o dentro del servicio de enfermería sin hacer referencia a un adjunto o supervisor fisioterapeuta. Desde 1980 la fisioterapia se hizo independiente a enfermería, a partir de 2003 se considera profesión sanitaria<sup>(2)</sup> y desde 2008 con la orden CIN<sup>(5)</sup>, son los fisioterapeutas los responsables por ley de: “adquirir habilidades de gestión clínica que incluyan el uso eficiente de los recursos sanitarios y desarrollar actividades de planificación, gestión y control en las unidades asistenciales donde se preste atención en fisioterapia y su relación con otros servicios sanitarios”.

En el departamento de Salud de Vinarós, en las funciones médicas se habla del servicio de valoración y diagnóstico, en las de fisioterapia no. En el departamento de salud de Castelló se habla de que los fisioterapeutas aplican tratamientos bajo prescripción médica. Esto no es acorde a las competencias del fisioterapeuta y a la Orden CIN<sup>(5)</sup> en la que se incluye como responsabilidad del fisioterapeuta: “valorar el estado funcional del paciente, considerando los aspectos físicos, psicológicos y sociales”; y “valoración diagnóstica de cuidados de fisioterapia según las normas y con los instrumentos de validación reconocidos internacionalmente”.

Según la Ley de ordenación de profesiones sanitarias de 2003<sup>(2)</sup>, estas deben trabajar de forma multidisciplinar, por lo tanto, la fisioterapia debería incluirse en las áreas que ha demostrado ser necesaria. De los 16 departamentos, en todos se incluye la fisioterapia dentro del equipo en rehabilitación neurológica, en pediatría, en patologías vasculares y en dolores musculoesqueléticos. No obstante, sólo en 9 de ellos se incluye la fisioterapia respiratoria en la cartera de servicios de fisioterapia. El abordaje de fisioterapia respiratoria está indicado en todas las enfermedades respiratorias crónicas con síntomas permanentes y limitación en la capacidad física, además del tratamiento médico adecuado. La implementación de la rehabilitación respiratoria en España fue estudiada en 2006 mediante una encuesta por la Sociedad Española de Rehabilitación Cardiorrespiratoria demostrando ser insuficiente<sup>(11)</sup>. Además, las guías de práctica clínica de

enfermedades respiratorias recalcan la necesidad del enfoque multidisciplinar de rehabilitación y el abordaje con la CIF<sup>(12)</sup>. En 6 de los 16 departamentos, se incluye la rehabilitación cardiaca dentro del servicio de fisioterapia. Los datos y directrices disponibles apoyan firmemente el papel de la rehabilitación de ejercicio físico supervisado, integral en los pacientes con enfermedades cardíacas. Los beneficios que muestran los pacientes son: disminución de la mortalidad, la morbilidad y discapacidad, aumento de la calidad de vida y reducción de las hospitalizaciones<sup>(13)</sup>. Sólo en 2 de ellos se habla de la atención fisioterapéutica en pacientes hospitalizados, en ninguno de ellos se especifica la fisioterapia en UCI. Hay artículos científicos que demuestran la importancia de tratamiento fisioterápico en UCI: mejora la función y calidad de vida, disminuyendo debilidad general, no tiene efectos adversos, disminuye tiempo de estancia en UCI y favorece el destete de la ventilación mecánica<sup>(14)(15)(16)(17)</sup>. Menos de la mitad de las carteras de servicio incluyen la rehabilitación de suelo pélvico. Es importante un enfoque biopsicosocial en las disfunciones de suelo pélvico y es necesaria la evaluación de los casos por un fisioterapeuta<sup>(18)</sup>. El abordaje de fisioterapia en suelo pélvico ha demostrado ser efectivo tanto en prevención como en tratamiento de la Incontinencia urinaria<sup>(19)(20)(21)</sup>. Además de ser efectiva en el tratamiento del dolor pélvico y disfunciones sexuales femeninas y masculinas<sup>(21)(18)</sup>.

**Limitaciones en el estudio:** Este estudio tiene un sesgo de información por causas de fuerza mayor por las que no se ha podido obtener resultados del formulario. Debido a la situación de saturación del sistema sanitario por la Pandemia Mundial del Covid-19, no se ha podido realizar la recogida de datos mediante el formulario, las vías de acceso a los fisioterapeutas estaban ocupadas trabajando para la pandemia. En cuanto a la búsqueda de información en páginas webs oficiales; la ausencia de información no significa que no haya este servicio, además d no nos permite obtener información de 3 de los objetivos establecido, por lo que no es fiable. La información obtenida en páginas webs es muy escueta, a través de ella no podemos conocer la realidad del trabajo de fisioterapia en estos hospitales, pero sí acercarnos a esta.

**Directrices para futuros trabajos de investigación:** Completar la recogida de datos mediante el formulario en la Comunidad Valenciana y ampliar la dimensión del trabajo a territorio nacional.

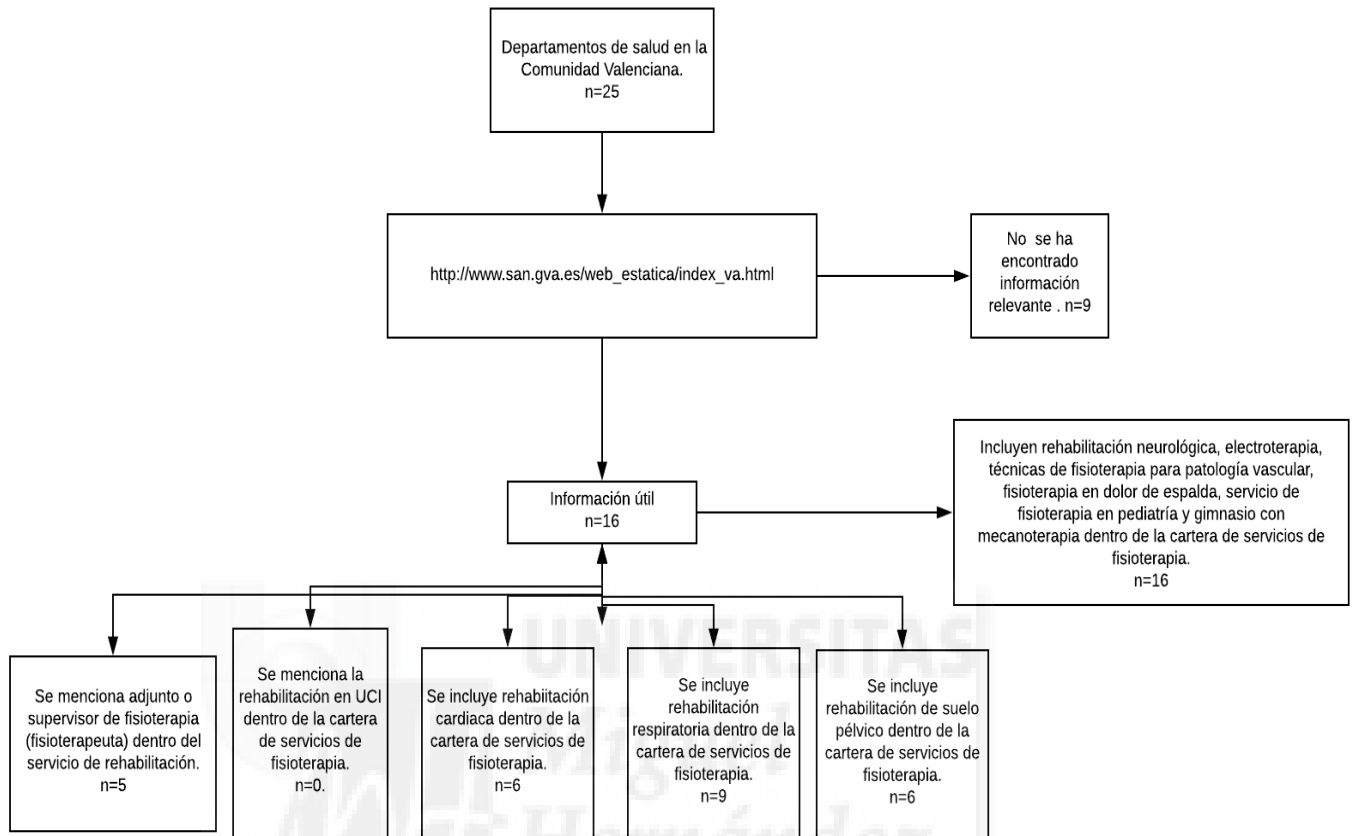
## 7. CONCLUSIÓN

Parece que el funcionamiento de las unidades de fisioterapia en la Comunidad Valenciana no cumple, en su mayoría, las competencias de coordinación, gestión y planificación, valoración y diagnóstico fisioterápico del paciente. Además, parece no realizarse un trabajo multidisciplinar en el caso de las patologías respiratorias, rehabilitación cardíaca, disfunciones de suelo pélvico y unidades de cuidados intensivos, donde la evidencia científica muestra que la fisioterapia es necesaria. Mediante el formulario y su recogida de datos se podrá conocer la realidad del funcionamiento de las unidades de fisioterapia en la Comunidad Valenciana.



## 8. ANEXOS.

Figura 1:





## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. González Domínguez, JA. Historia de la fisioterapia en la Comunidad Valenciana. Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunitat Valenciana. Ediciones Alfabia, 2007.
2. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE.
3. The Bologna declaration of 19 June 1999/Joint declaration of the European Ministers of Education. 1999. EEES.
4. Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. BOE.
5. Orden CIN/2135/2008. BOE.
6. Real Decreto Ley 1393/2007, de 29 de octubre, de Ordenación de enseñanzas Universitarias oficiales. BOE.
7. Resolución 03/2010 documento Marco Perfil del fisioterapeuta. Consejo general de fisioterapeutas de España. Sevilla:2010.
8. American Physical Therapy Association. Guide to Physical Therapist Practice. Second Edition. Physical Therapy 2001: 81:1;9-744.
9. Jiménez Tordoya E. Jimmy. Guía metodológica para elaborar el diagnóstico fisioterapéutico según la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), de la discapacidad y de la salud. Gac Med Bol. 2016; 39 (1): 46-52.
10. OMS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. SANTANDER: 2001.

11. Miranda G, Gómez A, Pleguezuelos E, Capellas L. Respiratory rehabilitation in Spain. SORECAR survey. 2011; 45(3): 247-255.
12. Oral A, Juocevicius A, Lukmann A, Takác P, Tederko P, Haznere I, et al. Evidence-based position paper on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) professional practice for people with respiratory conditions. the European PRM position (UEMS PRM Section). Eur. J. Phys. Rehabil. Med. 2018; 54(4): 624-633.
13. McMahona, Adesa P, Thompson P. The role of cardiac rehabilitation in patients with heart disease. Trends Cardiovasc Med. 2017; 27(6): 420-426.
14. Truong AD, Fan E, Brower RG, et al. Bench-to-bedside review: mobilizing patients in the intensive care unit--from pathophysiology to clinical trials. Crit Care. 2009; 13 (4):216.
15. Silva, Ana Paula Pereira da; Maynard, Kenia; Cruz, Mônica Rodrigues da. Effects of motor physical therapy in critically ill patients: literature review. Rev Bras Ter Intensiva. 2010; 22(1):85 – 91.
16. Nydahl P, Sricharoenchai T, Chandra S, et al. Safety of patient mobilization and rehabilitation in the intensive care unit: systematic review with meta-analysis. Annals of the American Thoracic Society 2017; 14 (5):766-777.
17. Danielle Corrêa F, Aléssia Quintão A, Velloso M, Verônica Franco P. Fisioter. Pesqui. 2010; 17(1): 81 – 87.
18. S Amy, Sauder S, Reale J. The Role of Physical Therapy in Sexual Health in Men and Women: Evaluation and Treatment. Sex Med Rev. 2018; 1-11.
19. López-Liria R, Valverde Martinez MA, Padilla Góngora D, Rocamora Pérez P. Effectiveness of Physiotherapy Treatment for Urinary Incontinence in Women: A Systematic Review. Int J Womens Health. 2019; 28(4):490-501.

20. Deffieux X, Vieillefosse S, Billecocq S, Battut A, Nizard J, Coulm B, et al. Postpartum pelvic floor muscle training and abdominal rehabilitation: guidelines. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2015; 44: 1141-1146.

21. Bradley M, Rawlins A, Brinker A. Physical therapy treatment of Pelvic Pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2017; 18(3): 589-601.

