



Títol del treball:	SITUACIÓ ACTUAL DE LA REHABILITACIÓ A UNA UCI POLIVALENT ABANS DE LA IMPLEMENTACIÓ D'UN PROGRAMA DE MOBILITZACIÓ PRECOÇ
---------------------------	---

Nom i cognoms del ponent:	Anna Garcia Segura
Adreça correu electrònic ponent:	
Telèfon de contacte:	

Autors

Nom i cognoms	Categoria professional	Institució / Lloc de treball
1. Anna Garcia Segura	Fisioterapeuta	Hospital Universitari MútuaTerrassa
2. Noelia Carrasco Rodríguez	Fisioterapeuta	Hospital Universitari MútuaTerrassa
3. Martha Alvarado Panesso	Metge rehabilitador	Hospital Universitari MútuaTerrassa
4. Alba Girbau Moreno	Metge rehabilitador	Hospital Universitari MútuaTerrassa
5. Maria Salamero Amorós	Infermera	Hospital Universitari MútuaTerrassa
6. Maria del Mar Fernández Fernández	Metge intensivista	Hospital Universitari MútuaTerrassa

Resum de la recerca:

Ha de tenir els següents apartats: introducció, objectius, metodologia, resultats i conclusions. Opcional, màxim dues taules de resultats.

Extensió màxima 650 paraules.

INTRODUCCIÓ: Els pacients ingressats a la UCI són vulnerables a patir debilitat adquirida a la UCI (DA-UCI). Per prevenir la DA-UCI és necessari el bon maneig de la sepsis, de la fallida multiorgànica i la mobilització precoç (MP). La MP s'ha demostrat que és segura i factible, que augmenta la força muscular, disminueix els dies de ventilació mecànica (VM) i l'estada hospitalària.



A la UCI de l'Hospital Universitari MútuaTerrassa encara no es fa un programa de MP. Per això el present estudi vol descriure la situació actual de la rehabilitació abans d'implementar el protocol de MP.

OBJECTIUS: L'objectiu general és analitzar el nivell funcional dels pacients amb més de 72 hores de VM. Els objectius específics són determinar els dies que es triga a iniciar la rehabilitació des del dia d'ingrés a la UCI, valorar el grau de debilitat muscular i analitzar els esdeveniments adversos durant les sessions de fisioteràpia.

METODOLOGIA: Es tracta d'un estudi observacional, prospectiu, a una UCI polivalent de 12 llits de setembre 2016 a juliol 2017. Es van incloure tots els pacients independents abans de l'ingrés, VM>72h, interconsulta de l'intensivista a rehabilitació, RASS <3 i >2. Es van excloure els pacients amb inestabilitat hemodinàmica (FC <40 i >110, PAM <60 i >110mmHg), amb inòtrops a dosis mitges/altas, amb insuficiència respiratòria greu (FiO₂ >0,6, PEEP >10cmH₂O), RASS >3 ó <-4 i/o PIC > 20mmHg i la falta d'interconsulta a rehabilitació. En el cas que el pacient complís algun criteri d'exclusió es revalorava a les 24 hores per tal d'iniciar el tractament de fisioteràpia.

Es van registrar el nivell funcional amb l'escala de Functional Status Score for the intensive care unit (FSS-ICU) que presenta valors de 0 a 35. I la DA-UCI amb l'escala de Medical Research Council (MRC) amb valors de 0 a 60, valor de <48 es considera DA-UCI. Els valors del FSS-ICU i MRC es prenen a l'inici de la rehabilitació, a l'alta de la UCI i a l'alta de l'hospital. Es realitzava el seguiment dels pacients per calcular l'estada mitjana i la mortalitat a la UCI i hospitalària.

Durant les sessions de fisioteràpia que consistien en realitzar fisioteràpia motora i respiratòria els dies laborables durant 30 minuts i s'anotaven els possibles esdeveniments adversos: inestabilitat hemodinàmica, retirada de catèters o extubació accidental.

RESULTATS: Es van incloure 30 pacients (70% homes), edat mitjana de 63 ± 12 anys, grau de severitat segons l'escala APACHE de 17 ± 5 i índex de massa corporal (IMC) de 27 ± 6. El 69 % dels pacients es van tractar amb corticoides i/o relaxants musculars. L'estada mitjana a la UCI era de 23 dies i l'hospitalària de 32 dies. La mortalitat a la UCI va ser del 27% i la hospitalària del 33%.

La RHB es va iniciar als 10 ± 5 dies després de l'ingrés en UCI. La DA-UCI segons l'escala MRC va ser de 33 ± 16 a l'inici de la RHB, de 40 ± 15 a l'alta de UCI i de 51 ± 10 a l'alta de l'hospital amb una p=0.001 (veure figura 1). El nivell funcional segons l'escala FSS-

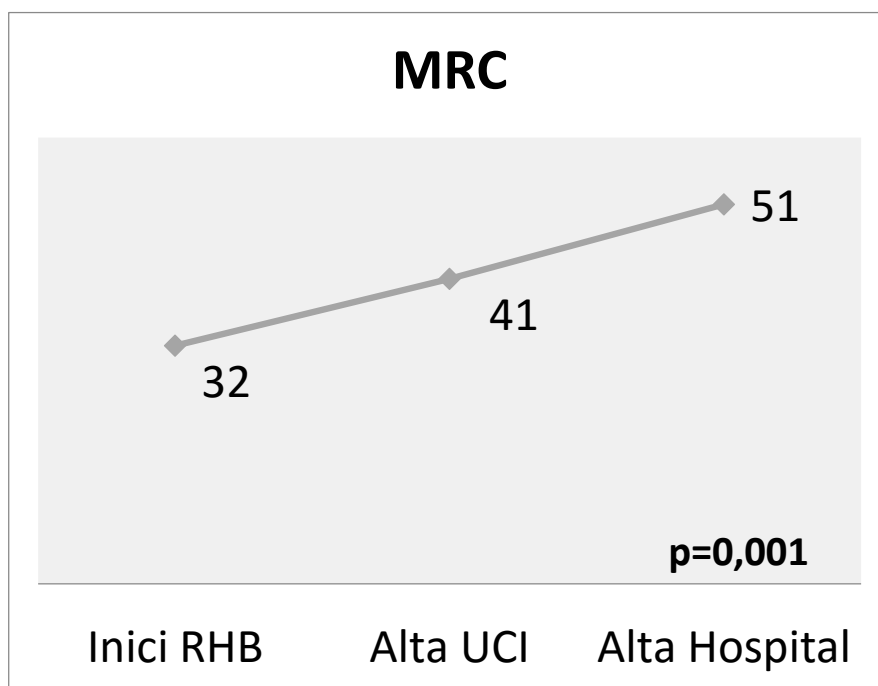


ICU va ser de 4 ± 2 a l'inici de la RHB, de 12 ± 9 a l'alta de UCI i de 28 ± 10 a l'alta de l'hospital amb una $p < 0.001$ (veure figura 2).

Durant les 692 sessions de fisioteràpia no es va produir cap esdeveniment advers.

CONCLUSIONS Els pacients ingressats a la UCI tenen debilitat muscular i un nivell funcional baix. La rehabilitació dels pacients s'inicia tard i la mobilització precoç és segura i factible, ja que no s'ha produït cap esdeveniment advers. Per tant, cal canviar la cultura a la UCI i implementar un protocol multidisciplinar de mobilització precoç.

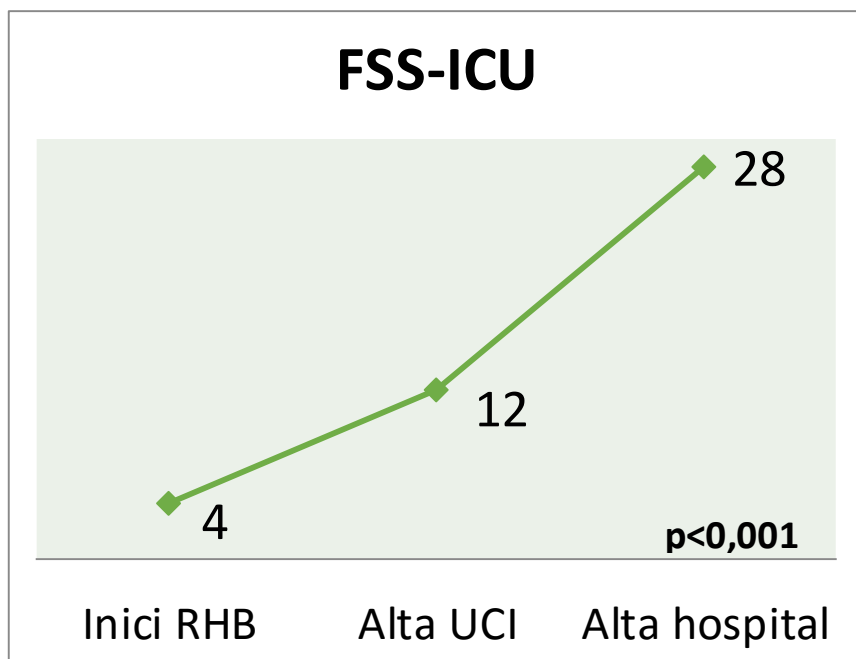
FIGURA 1: Evolució de l'escala Medical Research Council (MRC) a l'ingrés a la UCI, a l'alta de la UCI i al alta de l'hospital.



Valor normal: 0-60



FIGURA 2: Evolució de l'Escaleta Funcional Status Score for the intensive care unit (FSS-ICU) a l'ingrés a la UCI, a l'alta de la UCI i al alta de l'hospital.



Valors normals: 0-35