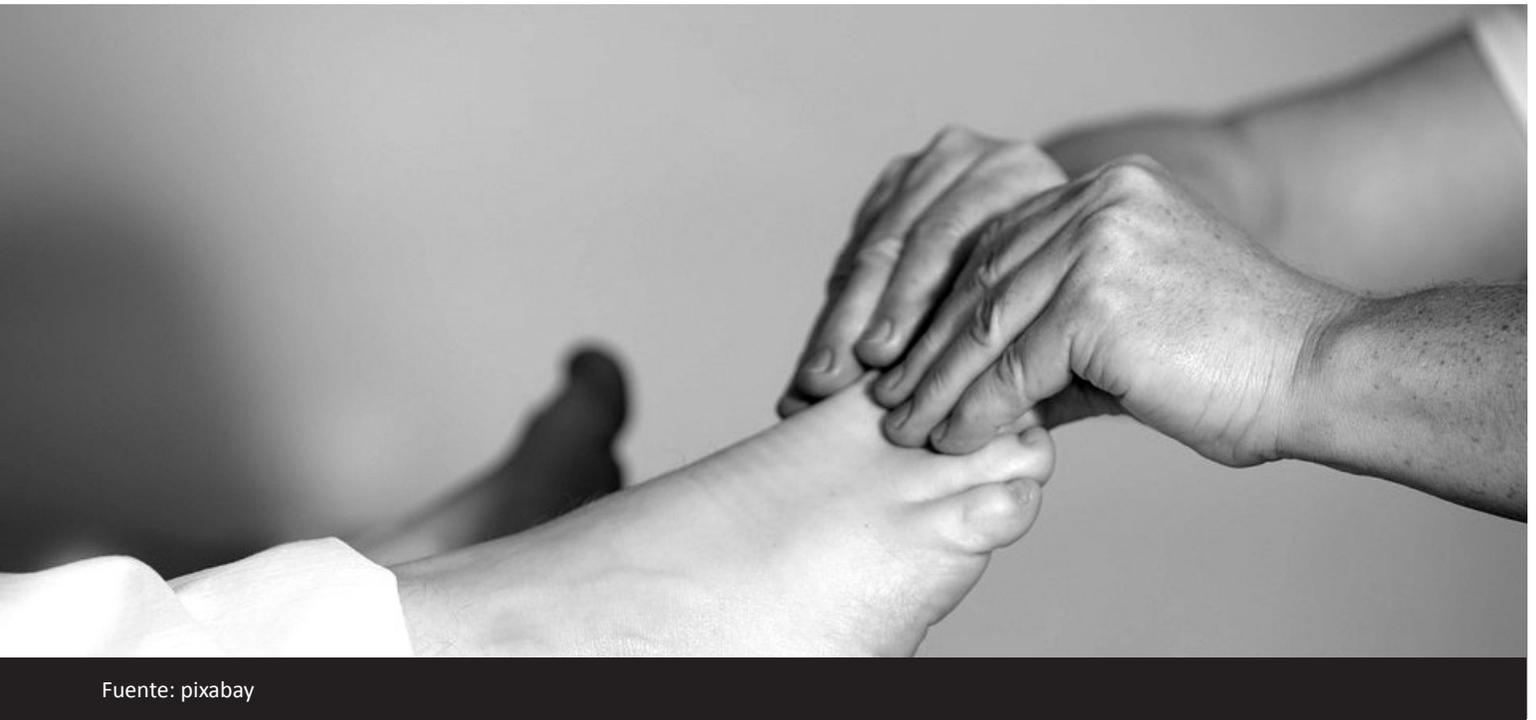


# Percepción del rol del fisioterapeuta en la Unidad de Cuidado Intensivo

**Mónica Chamorro Acosta**  
Docente del Programa de Fisioterapia  
Universidad Mariana

**María Isabel Aguirre**  
**Angie Arcos**  
**Andrea Caicedo**  
Estudiantes del Programa de Fisioterapia  
Universidad Mariana



Fuente: pixabay

Los fisioterapeutas en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) forman parte integral del equipo multidisciplinario para llevar a cabo el manejo del paciente en estado crítico, con el propósito de que la administración del tratamiento vaya encaminado a una intervención holística. Las enfermedades respiratorias siguen siendo una causa importante de morbimortalidad en la UCI y la fisioterapia respiratoria es un coadyuvante importante en el tratamiento de la mayoría de las enfermedades respiratorias. Según Stiller (2013) entre las técnicas que se utilizan, se encuentran la percusión, vibración, hiperinflación manual, tos, aspiración de secreciones, ejercicio respiratorio y físico; el beneficio de éste último, incluye reducir la estancia en la UCI, mejoría en la fuerza y en la funcionalidad. Con la fisioterapia respiratoria se busca promover el retiro de la ventilación mecánica y reducir los reingresos.

Es importante tener en cuenta que el papel preciso que los fisioterapeutas desempeñan en la UCI difiere significativamente

de una unidad a otra, dependiendo de factores como el país en el que se encuentra la unidad de cuidados intensivos, la tradición local, la dotación de personal, formación y experiencia. Por ejemplo, en Europa y Australia la fisioterapia incluye tanto la rehabilitación física como la respiratoria. En Australia y Nueva Zelanda tienen asignado modalidades de tratamientos divididas en dos categorías, así la terapia física y la respiratoria son realizadas únicamente por el fisioterapeuta, sin embargo, en América del Norte, la terapia física la ejerce el fisioterapeuta y de la terapia respiratoria se encuentra a cargo del terapeuta respiratorio.

En Suecia, los países bajos, Suiza y Austria, los fisioterapeutas no participan en el retiro de la ventilación mecánica, mientras que más del 50% de los fisioterapeutas en Bélgica y Portugal participan de forma rutinaria en el retiro de la ventilación (Malone, Ridgeway y Nordon, 2015). Según la formación académica recibida por el proceso de cambio de modalidad y retiro del soporte ventilatorio, es competencia del fisioterapeuta, especialmente si participa de

forma permanente en la toma de decisiones clínicas dentro del tratamiento del paciente junto con el equipo transdisciplinario, lo que le garantiza un seguimiento acorde con las situaciones específicas y cambiantes de cada individuo.

En América del Norte la práctica habitual a menudo no incluye el proceso de evaluación previa a realizar el tratamiento, en comparación con Australia donde la mayoría de las UCI tienen implementado un sistema de evaluación rutinario; el desempeño del fisioterapeuta en el país anteriormente mencionado es autónomo, ya que opera bajo un sistema de evaluación, administración y selección de tratamiento adecuado a cada paciente. Se evidencia que en algunos países, la selección del tratamiento se puede realizar por otros miembros del equipo multidisciplinario es decir que el fisioterapeuta ejecuta su plan de tratamiento bajo dirección del médico (Skinner, Haines, Warrillow, Harrold y Denehy, 2015).

Actualmente en Colombia, según Wilches y Casas (2014), la fisioterapia en las unidades de cuidado intensivo (UCI) se dirige a los pacientes que presentan deficiencias en cualquiera de los sistemas (cardiovascular, pulmonar, neurológico, osteomuscular y tegumentario) o con algún factor de riesgo para adquirir dicha deficiencia con el fin de prevenir las complicaciones por inmovilidad, promoviendo la movilidad temprana, restableciendo la funcionalidad (Stiller, 2013). Sin embargo, a pesar de la clara definición de funciones del fisioterapeuta expresada por Wilches y Casas, según Gordillo refiere que en Colombia se desconoce el rol exacto del fisioterapeuta en UCI, debido a la falta de documentación que permitan identificar el estado actual de la fisioterapia en las unidades de cuidado crítico, y por esta razón, la profesión seguirá evolucionando al igual que la sociedad, sin generar ni demostrar el impacto y la necesidad que representa el fisioterapeuta dentro de las unidades de cuidado crítico en la ciudad de Bogotá (Malone et al., 2015).

Cerón et al. (s.f.) en su artículo refiere que utilizó una metodología de evaluación en las unidades de cuidado crítico que incluyeron categorías del APTA como: integridad y movilidad articular, rango de movimiento articular, desempeño muscular, flexibilidad y trefismo tanto al inicio como al final de la intervención; la propuesta anteriormente mencionada es de vital importancia y debería regir el quehacer del fisioterapeuta e implementarse dentro de las unidades de cuidado crítico como un método objetivo de intervención estandarizada, con el fin de obtener unos resultados medibles que permitan realizar una adecuada intervención individualizada, según las necesidades de cada usuario, para evitar el progreso de las complicaciones por el desacondicionamiento físico y con ello, reducir el tiempo de su estancia en la UCI.

Desde la experiencia en la práctica en la unidad de cuidado intensivo adulto (UCI-A), realizada en el Hospital Universitario Departamental de Nariño (HUDN), se observa que cada terapia es realizada por el profesional especializado, es decir, tanto la terapia física y respiratoria es segmentada debido a que la

terapia respiratoria es llevada a cabo por un fisioterapeuta especialista en cuidado crítico o entrenado en dicha especialidad, quien se encuentra en la unidad de cuidado intensivo de forma permanente; mientras la terapia física es realizada por un fisioterapeuta externo a la unidad, pero perteneciente al hospital, quien no participa de la revista médica ni de las decisiones clínicas tomadas por el equipo multidisciplinario, lo que genera una intervención basada en la indicación médica en contra de la autonomía que confiere la Ley 528 de 1999, por la que se rige el ejercicio de la profesión de la fisioterapia en Colombia.

Evidentemente, entendiendo el objeto de estudio de la fisioterapia y la importancia de su rol en el proceso de recuperación del paciente crítico, desde nuestro punto de vista, en la unidad de cuidado crítico se requiere la permanencia de un equipo de fisioterapeutas que aborden de forma integral al individuo, interviniendo tanto el componente respiratorio como el proceso de rehabilitación física, de tal forma que, dentro de los objetivos del equipo médico se evidencie la progresión clínica en términos del movimiento corporal humano.

Por lo tanto, la participación en la toma de decisiones y el planteamiento de metas acordes con la evolución clínica del individuo, por parte del fisioterapeuta de forma conjunta con el grupo de profesionales de la salud, es el único camino efectivo que llevará a la percepción del impacto que tiene el fisioterapeuta en la recuperación del paciente crítico.

#### Referencias

- Gordillo, E. y López, P. (2011). Caracterización profesional del fisioterapeuta en unidad de cuidado crítico en Bogotá. *Movimiento científico*, 5(1), 25-40.
- Malone, D. Ridgeway, K. y Nordon, A. (2015). Physical Therapist Practice in the Intensive Care Unit: Results of a National Survey. *Phys Ther*, 95(10), 1335-1344.
- Skinner, E. Haines, K. Warrillow, S. Harrold, M. Denehy, L. (2015). La fisioterapia habitual en la atención durante la hospitalización aguda en sujetos ingresados a UCI: un estudio de cohorte observacional.
- Stiller, K. (2013). Physiotherapy in Intensive Care: An Updated Systematic Review. *Chest*, 144(3), 825-847. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S001236921360598X>
- Wilches, E. y Casas, I. (2014). Diseño de indicadores para el cuidado respiratorio y movilización temprana en una unidad de cuidado intensivo. *Rev Cienc Salud*, 12(1).