

Editorial

Fisioterapia en la Unidad de Cuidados Intensivos en Latinoamérica: Cuando la Evidencia Avanza más Rápido que la Práctica

Physiotherapy in the Intensive Care Unit in Latin America: When Evidence Advances Faster Than Practice

Víctor Raymundo Jáuregui-Gutiérrez^{1,2}, Luis Fernando Guerrero-Vega^{1,3}, Orlando Rubén Pérez-Nieto ⁴, Ernesto Deloya-Tomas^{4,5}.

¹ Departamento de Terapia Física y Rehabilitación en Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General San Juan del Río, Querétaro, México.

² Universidad Anáhuac Querétaro, Querétaro, México.

³ Escuela Superior de Medicina, Instituto Politécnico Nacional, Ciudad de México, México.

⁴ Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General San Juan del Río, Querétaro, México.

⁵ Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro, México.

Evolución histórica de la fisioterapia en la UCI

La incorporación de la fisioterapia a la unidad de cuidados intensivos (UCI) no fue un proceso planificado, sino una respuesta gradual a necesidades clínicas emergentes. Sus orígenes se remontan a mediados del siglo XX, durante las epidemias de poliomielitis, cuando los fisioterapeutas comenzaron a intervenir activamente en el manejo respiratorio de pacientes con insuficiencia ventilatoria grave. En las décadas siguientes, y especialmente a partir de los años ochenta, su presencia en la UCI se consolidó, aunque limitada inicialmente a técnicas respiratorias pasivas destinadas a prevenir complicaciones pulmonares. Este enfoque, centrado en la supervivencia más que en la recuperación funcional, reflejaba una cultura asistencial dominada por la sedación profunda, el reposo prolongado y una visión fragmentada de la rehabilitación.

Con el progresivo conocimiento sobre las secuelas de la enfermedad crítica, especialmente la debilidad adquirida en UCI, este modelo comenzó a cuestionarse. Desde principios del siglo XXI, la fisioterapia ha transitado hacia un rol más activo, basado en la movilización temprana, el ejercicio terapéutico y la prevención del deterioro funcional. Hoy, esta

evolución ha dado paso a una concepción integral de la rehabilitación, en la que la intervención fisioterapéutica exige razonamiento clínico avanzado, individualización de la carga, integración tecnológica y participación activa en decisiones complejas, como el destete ventilatorio y la planificación funcional a largo plazo. Hacia el futuro, la fisioterapia en UCI se consolida como una disciplina altamente especializada, con responsabilidad directa en los resultados funcionales y la calidad de vida de los sobrevivientes de la enfermedad crítica.

El impulso de la pandemia y las barreras persistentes

En la última década, la fisioterapia en UCI ha experimentado un crecimiento notable. Sin embargo, fue la pandemia por COVID-19 la que evidenció con mayor crudeza las consecuencias de la inmovilidad prolongada: debilidad adquirida, deterioro funcional persistente y reducción significativa de la calidad de vida tras el alta. Este contexto impulsó un renovado interés por la rehabilitación temprana y colocó a la fisioterapia en el centro del cuidado crítico moderno.

Paradójicamente, este auge no se ha traducido en cambios uniformes ni sostenidos en la práctica clínica. A pesar de

la evidencia acumulada y las recomendaciones internacionales, la movilización temprana sigue siendo irregular, tardía o directamente omitida en muchas UCI. Las causas rara vez radican en la falta de evidencia científica, sino en barreras estructurales, culturales y comunicacionales que persisten incluso en centros altamente especializados.

En este escenario, cabe preguntarse si “¿movilizar o no movilizar?” sigue siendo la cuestión pertinente. El verdadero debate ya no debería centrarse en la indicación, sino en por qué, sabiendo que debemos hacerlo, no lo logramos de forma sistemática.

La inmovilidad como complicación prevenible

Hoy sabemos que muchas secuelas funcionales tras la estancia en UCI no son inevitables consecuencias de la enfermedad crítica, sino el resultado de decisiones acumuladas durante el internamiento. Numerosos estudios han demostrado que la movilización temprana, incluso en pacientes con ventilación mecánica, es factible y segura cuando se aplica con criterios clínicos claros y por equipos entrenados. Por el contrario, la inmovilidad se asocia con pérdida acelerada de masa muscular, deterioro neuromuscular y mayor dependencia funcional a largo plazo.

Sin embargo, en la práctica diaria la movilización se posterga frecuentemente bajo el argumento de que “el paciente aún no está listo”. Aunque comprensible desde una perspectiva de seguridad, esta decisión suele basarse más en percepciones subjetivas de riesgo que en una valoración fisiológica estructurada. A menudo refleja incertidumbre sobre los criterios de estabilidad, desconocimiento de cómo optimizar factores modificables, como la sedación, los modos ventilatorios o la alineación de objetivos diarios del equipo, y, en ocasiones, una cultura que prioriza la estabilidad hemodinámica por encima de la recuperación funcional.

Movilizar no es una técnica, es una decisión clínica

Uno de los mayores obstáculos para la integración plena de la fisioterapia en UCI es su reducción a un conjunto de técnicas aisladas. Sentar, poner de pie o caminar al paciente se perciben como actividades accesorias, dependientes del tiempo disponible o de la autorización implícita del equipo. Esta visión relega al fisioterapeuta a un rol reactivo.

La movilización temprana, sin embargo, constituye una decisión clínica compleja que integra estabilidad hemodinámica, capacidad ventilatoria, nivel de conciencia, carga metabólica y objetivos funcionales individualizados. Cuando este razona-

miento no se comparte ni discute de forma interdisciplinaria, la intervención se vuelve frágil y fácilmente prescindible.

Barreras organizacionales y profesionales

Las revisiones sistemáticas coinciden en que las principales barreras no son técnicas, sino organizacionales: falta de comunicación efectiva, ausencia de objetivos funcionales en las rondas clínicas, escasez de personal entrenado y una cultura centrada casi exclusivamente en variables biomédicas. A ello se suma, en ocasiones, una estructura jerárquica que limita la toma de decisiones compartidas.

Ensayos recientes han recordado que la movilización temprana no es automáticamente beneficiosa en todos los contextos; requiere juicio clínico, dosificación adecuada y coordinación interdisciplinaria. Lejos de invalidarla, estos hallazgos refuerzan la necesidad de profesionalizarla y alejarla de la improvisación.

Hacia un nuevo foco de discusión

Aceptar que la pregunta ya no es “si movilizar” obliga a replantear el debate. Hoy debemos discutir cómo integrar la funcionalidad como indicador de calidad asistencial, cómo formar equipos que razonen en términos de recuperación y no solo de supervivencia, y cómo garantizar que la fisioterapia forme parte del plan terapéutico desde el ingreso.

Las guías internacionales más recientes reconocen la inmovilidad como un problema clínico en sí mismo y recomiendan abordarla sistemáticamente. No obstante, mientras estas recomendaciones no se traduzcan en cambios estructurales y culturales, la brecha entre evidencia y práctica seguirá ampliándose.

Sería, sin embargo, intelectualmente deshonesto atribuir todas las limitaciones exclusivamente a barreras organizacionales. En la práctica cotidiana también se observa que no todos los fisioterapeutas que acceden a la UCI poseen el conocimiento, el razonamiento clínico ni la iniciativa necesarios para intervenir de forma segura y progresiva. La movilización del paciente crítico exige comprender ventilación mecánica, sedación, analgesia, fisiología del esfuerzo y progresión funcional individualizada, competencias que no siempre se adquieren suficientemente durante la formación inicial.

La implementación de la evidencia depende, en última instancia, menos de protocolos y más del interés personal por estudiar, cuestionar y asumir responsabilidad clínica. Esta realidad interpela tanto a los profesionales en formación como a quienes los supervisan: si los fisioterapeutas se incorporan al cuidado crítico sin criterio ni curiosidad clínica, y si



Figura 1. De la inmovilidad a la recuperación: el camino del paciente crítico a través de la fisioterapia en UCI. La ilustración representa el proceso integral de la intervención fisioterapéutica, desde el cuidado inicial en un entorno de alta complejidad, la movilización temprana activa y el trabajo interdisciplinario, hasta la rehabilitación funcional y la restitución de la calidad de vida, destacando la necesidad de razonamiento clínico avanzado, la formación académica, coordinación en equipo y orientación hacia resultados a largo plazo en los sobrevivientes de enfermedad crítica.

sus mentores no generan espacios reales de reflexión y exigencia académica, también forman parte del problema. Cerrar la brecha requiere una fisioterapia crítica, rigurosamente formada y dispuesta a incomodarse a sí misma.

Conclusión

La fisioterapia en el paciente crítico no es una moda ni un complemento opcional, es una intervención que influye directamente en la recuperación funcional, la calidad de vida y la carga futura sobre los sistemas de salud. Persistir en debatir si debemos movilizar equivale a llegar tarde al problema. El verdadero desafío consiste en construir UCI donde no movilizar sea la excepción y no la regla, y donde la funcionalidad del paciente tenga el mismo peso clínico que sus parámetros fisiológicos. Esto solo será posible con una fisioterapia crítica, altamente formada y plenamente consciente de su responsabilidad clínica.

Autor de correspondencia

Víctor Raymundo Jáuregui-Gutiérrez
Departamento de Terapia Física y Rehabilitación en Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General San Juan del Río, Querétaro, México. Universidad Anáhuac Querétaro, Querétaro, México.
E-mail: raymundojauregui51@gmail.com

Conflictos de interés

Todos los autores declaran no tener conflictos de interés.

Agradecimientos

VRJG: Agradezco a mi esposa Luz Paniagua mi CHEC, por el apoyo incondicional, a mi amigo Orlando por toda la confianza y enseñanza, a la Dra. Tania Mondragón, Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General San Juan del Río por darme la oportunidad de ejercer un voluntariado, y a todo el personal de la terapia intensiva del Hospital General de San Juan del Río.

Como citar este artículo:

Jáuregui-Gutiérrez VR, Guerrero-Vega LF, Pérez-Nieto OR, Deloya-Tomas E. Fisioterapia en la Unidad de Cuidados Intensivos en Latinoamérica: Cuando la Evidencia Avanza más Rápido que la Práctica: ¿Deberían seguir siendo rutinarias las vías arteriales en casos de shock? Una perspectiva de enfermería. CC&EM [Internet]. 23 de junio de 2026 [citado 22 de julio de 2026];6(1). Disponible en: <https://www.criticalcareandemergencymedicine.com/OJS/index.php/inicio/article/view/2>

Referencias

1. Ballesteros-Reviriego G, Martí JD. Physiotherapy in the ICU: Past, present, and future. *Medicina Intensiva*. 2025;49:502205. doi:10.1016/j.medin.2025.502205.
2. Kho ME, Connolly B. From Strict Bedrest to Early Mobilization: A History of Physiotherapy in the Intensive Care Unit. *Crit Care Clin*. 2023;39:479-502. doi:10.1016/j.ccc.2023.01.003
3. Needham DM, Davidson J, Cohen H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med*. 2012;40(2):502-509.
4. Herridge MS, Tansey CM, Matté A, et al. Functional disability 5 years after acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med*. 2011;364(14):1293-1304.
5. Hodgson CL, Kho ME, da Silva VM. To mobilise or not to mobilise: is that the right question? *Intensive Care Med*. 2023;49(8):1000-1004.
6. Parry SM, Knight LD, Connolly B, et al. Factors influencing physical activity and rehabilitation in survivors of critical illness: a systematic review. *Intensive Care Med*. 2017;43(4):531-542.
7. Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients. *Lancet*. 2009;373(9678):1874-1882.
8. Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, et al. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult ICU patients (PADIS). *Crit Care Med*. 2018;46(9):e825-e873.
9. Nydahl P, Sricharoenchai T, Chandra S, et al. Safety of patient mobilization and rehabilitation in the intensive care unit: systematic review with meta-analysis. *Ann Am Thorac Soc*. 2017;14(5):766-777.
10. TEAM Study Investigators. Early active mobilization during mechanical ventilation in the ICU. *N Engl J Med*. 2022;387:1747-1758.
11. Sánchez-Medina CM, et al. Intervención y necesidades de formación de los fisioterapeutas en el contexto del COVID-19 en México: percepción sobre preparación y capacitación. *Rev Invest Educ Ciencias Salud*. 2023.
12. Myezwa H, et al. Barriers and facilitators to implementation of early mobilisation as perceived by physiotherapists in public sector intensive care units (Zimbabwe and South Africa). *Disabil Rehabil*. 2022.