

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Fisioterapia y Kinesiología

Percepción interdisciplinaria del rol del fisioterapeuta en la unidad de terapia intensiva

Antonela Capurro Reyes¹, Luján Ullón Acosta¹, Elva Indira Jara Galeano¹

¹Carrera de Fisioterapia y Kinesiología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Norte, sede Asunción, Asunción, Paraguay.

Enviado: 23 de febrero de 2026

Aceptado: 20 de abril de 2026

Publicado: 30 de abril de 2026

DOI: [10.5281/zenodo.22819345](https://doi.org/10.5281/zenodo.22819345)



Licencia Creative Commons Atribución 4.0
Internacional (CC-BY)

RESUMEN

Introducción: La unidad de terapia intensiva (UTI) es un ámbito complejo donde la atención multidisciplinaria resulta clave; el fisioterapeuta forma parte del equipo que previene y trata complicaciones respiratorias y musculoesqueléticas. El objetivo fue analizar la percepción sobre el rol del fisioterapeuta en la UTI según médicos, enfermeros y fisioterapeutas del área metropolitana de Asunción, Paraguay, durante 2025. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal, con 146 profesionales (60 % enfermeros, 23 % fisioterapeutas, 18 % médicos) de instituciones públicas y privadas de Luque, San Lorenzo y Fernando de la Mora, mediante muestreo por bola de nieve y cuestionario estructurado analizado con estadística descriptiva. **Resultados:** El 77 % consideró al fisioterapeuta «indispensable»; destacaron su impacto en reducir la estancia (60 %) y mejorar el pronóstico (68 %). Solo el 15 % colabora «siempre» con él en decisiones clínicas, aunque el 92 % percibió colaboración favorable en el destete ventilatorio. Principales barreras: falta de equipamiento (48 %), sedación prolongada (42 %) y desconocimiento del rol (24 %). **Conclusiones:** Hay valoración positiva del fisioterapeuta en la UTI, pero su integración en decisiones clínicas está limitada por factores estructurales y organizacionales, lo que respalda fortalecer protocolos de movilización temprana y la visibilidad del rol interdisciplinario.

Palabras clave: fisioterapeutas, rol profesional, unidad de cuidados intensivos, relaciones interprofesionales, percepción

Autor correspondiente: Elva Indira Jara Galeano. Carrera de Fisioterapia y Kinesiología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Norte, sede Asunción, Asunción, Paraguay

Correo electrónico: indirajara20@gmail.com

Financiación: Esta investigación no recibió financiación específica de organismos públicos, comerciales ni de entidades sin ánimo de lucro.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

INTRODUCCIÓN

La fisioterapia es una disciplina en transformación permanente que aún construye su espacio dentro del equipo de salud (1); en la UTI, su rol puede ser subestimado, lo que limita su integración y su impacto clínico. Persisten brechas en la comprensión de sus competencias, que pueden generar duplicación de tareas u omisión de áreas donde su intervención es relevante, un patrón documentado también para otras profesiones afines dentro del equipo respiratorio de cuidados críticos (2). Los médicos intensivistas a veces desconocen el alcance de técnicas especializadas como la ventilación no invasiva, y los fisioterapeutas reportan sentirse excluidos de las rondas clínicas, una tensión reconocida a nivel internacional en la definición del alcance profesional de las disciplinas de rehabilitación respiratoria (3).

Pese a la evidencia sobre el aporte del fisioterapeuta en la reducción de complicaciones como la debilidad muscular adquirida en la UTI (4), persisten percepciones heterogéneas sobre su rol entre los distintos miembros del equipo de salud. La movilización temprana del paciente crítico ha demostrado beneficios funcionales consistentes en una revisión sistemática con metaanálisis reciente (5), confirmados además en un ensayo clínico aleatorizado pragmático multicéntrico de movilización estructurada (6), y su efecto favorable sobre la duración de la estancia en la UTI ha sido documentado en una revisión sistemática específica sobre este desenlace (7). Sin embargo, la implementación efectiva de estas intervenciones depende en gran medida de la existencia de protocolos institucionales claros, un problema reconocido incluso en sistemas de salud con alta disponibilidad de recursos, donde persiste una amplia variabilidad organizacional entre unidades (8,9).

En este contexto, el objetivo de este estudio fue analizar la percepción sobre el rol del fisioterapeuta en la UTI según médicos, enfermeros y fisioterapeutas del área metropolitana de Asunción, Paraguay, en 2025, describiendo las características sociodemográficas de los profesionales, su percepción sobre la importancia y presencia del fisioterapeuta, la colaboración y comunicación con él, y la autopercepción del fisioterapeuta sobre sus intervenciones, recursos y barreras. Este trabajo se justifica por la necesidad de optimizar el trabajo interdisciplinario en la UTI y aporta evidencia local para la región latinoamericana, donde el alcance profesional de las

disciplinas de rehabilitación respiratoria en el equipo crítico ha sido documentado de forma heterogénea entre países (3).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, observacional, descriptivo y transversal (10). La población estuvo conformada por médicos, enfermeros y fisioterapeutas de UTI de instituciones públicas y privadas de Luque, San Lorenzo y Fernando de la Mora (área metropolitana de Asunción, Paraguay), estimada en 210 profesionales.

Se empleó un muestreo no probabilístico por bola de nieve (11): se contactó inicialmente a un grupo de profesionales del área, quienes refirieron a otros colegas hasta alcanzar una muestra de 146 participantes (69,5 % de la población estimada). Se incluyó a profesionales de ambos sexos, con más de 3 años de experiencia, en ejercicio activo en UTI del área de estudio y que aceptaron participar voluntariamente; se excluyó a quienes se encontraban fuera de servicio, con licencia, o no completaron la encuesta.

Se empleó un cuestionario autoadministrado, diseñado por los investigadores, compuesto por 36 preguntas distribuidas en cuatro dimensiones: características sociodemográficas; percepción sobre la importancia y presencia del fisioterapeuta; percepción de médicos y enfermeros sobre la colaboración y comunicación con el fisioterapeuta; y autopercepción del fisioterapeuta sobre sus intervenciones, recursos y barreras. El instrumento fue validado mediante juicio de tres expertos del área de salud y sometido a una prueba piloto con diez profesionales. Se aplicó en línea, por correo electrónico y WhatsApp, entre el 10 de junio y el 20 de julio de 2025.

Los datos se procesaron en Microsoft Excel y se analizaron mediante estadística descriptiva, con el cálculo de frecuencias absolutas y porcentajes.

El estudio respetó los principios de la Declaración de Helsinki: participación voluntaria, consentimiento informado, anonimato y confidencialidad, con datos resguardados y usados solo con fines académicos. No fue sometido a evaluación de un comité de ética institucional, lo cual se reconoce como limitación.

RESULTADOS

Participaron 146 profesionales de salud: 60 % (87) enfermeros, 23 % (33) fisioterapeutas y 18 % (26) médicos. El 63 % (92) era de sexo femenino, con edad promedio de 37 años (DE = 8,5) y experiencia predominante entre 5 y 10 años (38 %, 56). El 90 % (131) indicó contar con un fisioterapeuta en su servicio; el 77 % (112) estuvo totalmente de acuerdo y el 16 % (24) de acuerdo en que es indispensable en la UTI.

Respecto a la percepción sobre la importancia, funciones y presencia del fisioterapeuta, el 68 % (99) estuvo totalmente de acuerdo y el 25 % (37) de acuerdo en que su trabajo mejora el pronóstico del paciente crítico; el 60 % (88) totalmente de acuerdo y el 33 % (48) de acuerdo en que contribuye a reducir el tiempo de estancia en la UTI; el 64 % (94) totalmente de acuerdo y el 25 % (36) de acuerdo en que debería estar presente en todos los turnos; y el 58 % (85) totalmente de acuerdo y el 36 % (53) de acuerdo en que su rol en la evaluación respiratoria es relevante. Las respuestas de indiferencia o desacuerdo fueron minoritarias en todos estos ítems.

En cuanto a la percepción de médicos y enfermeros sobre la colaboración con el fisioterapeuta (n = 113), el 92 % consideró que colabora activamente en el destete ventilatorio (54 % totalmente de acuerdo, 38 % de acuerdo). Sobre la frecuencia de colaboración en decisiones clínicas, el 15 % (17) trabaja siempre de manera conjunta, el 36 % (41) frecuentemente y el 32 % (36) a veces. Respecto a la comunicación, se reportó buena comunicación siempre en el 30 % (34), frecuentemente en el 28 % (32) y a veces en el 35 % (40); se observó participación activa diaria del fisioterapeuta en el 35 % (39) de los casos.

Sobre la autopercepción de los fisioterapeutas (n = 33) respecto a sus intervenciones, el 100 % (33) reportó participar en movilización precoz, sedestación, aspiración de secreciones, maniobras de higiene bronquial y soporte ventilatorio; el 91 % (30) en bipedestación y en entrenamiento muscular global; el 88 % (29) en ejercicios activos; el 85 % (28) en deambulación asistida y en entrenamiento de músculos respiratorios; y el 70 % (23) en presión positiva espiratoria.

Los fisioterapeutas reportaron realizar rehabilitación temprana diariamente en el 85 % (28) de los casos y participar siempre en decisiones interdisciplinarias en el 67 % (22). El 33 % (11) contaba con protocolo de

movilización temprana y el 48 % (16) no. Respecto al equipamiento, el 24 % (8) contaba con él completamente y el 45 % (15) parcialmente. El 88 % (29) participaba en capacitaciones regulares, y el 30 % (10) nunca organizaba charlas en su unidad.

Las principales barreras identificadas para el desempeño del fisioterapeuta en la UTI, en una pregunta de respuesta múltiple, fueron la falta de equipamiento (48 %, 16), la sedación prolongada (42 %, 14), el desconocimiento del rol profesional (24 %, 8), la falta de tiempo o personal (21 %, 7), la poca participación en decisiones (15 %, 5) y el olvido de interconsulta (3 %, 1). Como acciones de mejora, también en respuesta múltiple, se sugirió la formación continua (36 %), la inclusión en decisiones clínicas (18 %), la visibilización del rol (15 %), la colaboración multidisciplinaria (12 %), y en igual proporción (9 % cada una) las certificaciones, la estandarización de intervenciones y la remuneración diferenciada.

DISCUSIÓN

La presencia del fisioterapeuta en la UTI fue ampliamente reconocida (90 %), en línea con la percepción sobre su importancia (77 %) y su impacto en el pronóstico (68 %), lo que es coherente con la evidencia sobre el aporte de la movilización temprana en la reducción de la debilidad adquirida en la UTI y en la mejora funcional del paciente crítico (4-6).

Se observó también un alto consenso (92 %) sobre la participación del fisioterapeuta en el destete ventilatorio, aunque solo el 15 % de médicos y enfermeros reportó trabajar siempre en conjunto con él en decisiones clínicas. Esta brecha entre la valoración positiva del rol y su integración real en la toma de decisiones podría relacionarse con la falta de protocolos de movilización temprana y la disponibilidad parcial de equipamiento reportadas por los propios fisioterapeutas, un patrón consistente con estudios cualitativos que han identificado la ausencia de protocolos claros, la variabilidad organizacional entre unidades y la limitación de recursos como barreras estructurales recurrentes para la implementación de la movilización temprana en cuidados críticos (8,12).

La práctica clínica mostró una alta frecuencia de intervenciones fundamentales —movilización precoz, sedestación, aspiración de secreciones, higiene bronquial y soporte ventilatorio, todas presentes en el 100 % de los fisioterapeutas encuestados—, consistente con la ten-

dencia a ampliar progresivamente el alcance de la práctica clínica del fisioterapeuta y del kinesiólogo hacia áreas emergentes dentro de la UTI, como el manejo interdisciplinario de la disfagia en el paciente crítico (13). Esta base de intervenciones consolidadas resulta además coherente con la necesidad de fortalecer específicamente la integración del fisioterapeuta en el proceso de destete ventilatorio, un desenlace en el que las intervenciones fisioterapéuticas estructuradas han demostrado eficacia en revisiones sistemáticas con metaanálisis (14).

En cuanto a la comunicación, el 58 % de los encuestados la calificó como buena «siempre» o «frecuentemente», mientras que un 35 % la calificó de «a veces», un hallazgo que se relaciona con que el 24 % de los fisioterapeutas señalara el desconocimiento del rol profesional como una de las principales barreras para su desempeño. Este tipo de brecha de comunicación y reconocimiento profesional ha sido descrito también en el análisis prospectivo del rol emergente de la fisioterapia dentro de equipos multidisciplinarios (15), y es consistente con brechas de confianza y percepción del propio rol reportadas por profesionales de la rehabilitación respiratoria en contextos de alta demanda asistencial (16).

Las competencias del fisioterapeuta, del kinesiólogo y de otros profesionales de rehabilitación respiratoria varían entre países y sistemas de salud (3), por lo que estos resultados deben interpretarse dentro del marco específico de la organización sanitaria paraguaya. La falta de integración plena del fisioterapeuta en las decisiones clínicas, pese a su reconocimiento como parte del equipo, es consistente además con dificultades más amplias para definir con claridad el aporte de los distintos profesionales de rehabilitación respiratoria dentro del equipo multidisciplinario de cuidados críticos (17). Dado el diseño observacional y transversal del estudio, los hallazgos no permiten establecer relaciones de causalidad entre las percepciones reportadas y la disponibilidad efectiva de recursos o protocolos.

Este estudio presenta limitaciones que deben considerarse al interpretar sus resultados. El muestreo no probabilístico por bola de nieve, el predominio de personal de enfermería en la muestra (60 %), el uso de un cuestionario de elaboración propia y el carácter perceptivo y autorreportado de las variables limitan la posibilidad de generalizar los hallazgos a todas las unidades de terapia intensiva del país, dado que el estudio se circunscribió a tres localidades del área metropolitana de Asunción.

Además, el estudio no fue sometido a evaluación de un comité de ética institucional. Como fortalezas, se destaca la inclusión simultánea de la perspectiva de médicos, enfermeros y fisioterapeutas sobre un mismo fenómeno, y una tasa de respuesta relevante (69,5 % de la población estimada) para un estudio con muestreo por referidos.

En conclusión, la figura del fisioterapeuta es reconocida por la mayoría de los profesionales de salud encuestados como esencial en la UTI, y su aporte al pronóstico del paciente crítico es valorado positivamente, con intervenciones de base ampliamente implementadas y un alto grado de colaboración percibida en el destete ventilatorio. Sin embargo, persiste una brecha entre esta percepción favorable y su integración real en la toma de decisiones clínicas, asociada a la falta de protocolos de movilización temprana, la disponibilidad parcial de equipamiento y el desconocimiento del alcance de su rol profesional, lo que respalda la necesidad de fortalecer la formación continua, la estandarización de intervenciones y la visibilización del rol del fisioterapeuta dentro del equipo interdisciplinario de cuidados críticos.

REFERENCIAS

1. Gogniat E, Fredes S, Tiribelli N, Setten M, Rodrigues La Moglie R, Plotnikow G, et al. Definición del rol y las competencias del kinesiólogo en la unidad de cuidados intensivos. *Rev Argent Ter Intensiva*. 2018;35(4):1-11. <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/605>
2. Karthika M, Wong D, Nair SG, Pillai LV, Mathew CS. Lung ultrasound: the emerging role of respiratory therapists. *Respir Care*. 2019;64(2):217-29. <https://doi.org/10.4187/respcare.06179>
3. Ramalho F, Oliveira A, Machado A, Azevedo V, Gonçalves MR, Ntoumenopoulos G, et al. Physiotherapists in intensive care units: where are we? *Pulmonology*. 2024;30(4):319-23. <https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2024.02.004>
4. Yang X, Zhang T, Cao L, Ye L, Song W. Early mobilization for critically ill patients. *Respir Care*. 2023;68(6):781-95. <https://doi.org/10.4187/respcare.10481>
5. Matsuoka A, Yoshihiro S, Shida H, Aikawa G, Fujinami Y, Kawamura Y, et al. Effects of mobilization within 72 h of ICU admission in critically ill patients: an updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Clin Med*. 2023;12(18):5888. <https://doi.org/10.3390/jcm12185888>
6. Schweickert WD, Jablonski J, Bayes B, Chowdhury M, Whitman C, Tian J, et al. Structured mobilization for critically ill patients: a pragmatic cluster-randomized

- trial. *Am J Respir Crit Care Med*. 2023;208(1):49-58.
<https://doi.org/10.1164/rccm.202209-1763OC>
7. Monsees J, Moore Z, Patton D, Watson C, Nugent L, Avsar P, et al. A systematic review of the effect of early mobilisation on length of stay for adults in the intensive care unit. *Nurs Crit Care*. 2023;28(4):499-509.
<https://doi.org/10.1111/nicc.12785>
 8. Todd Tzanetos DR, Calhoun AW. Respiratory therapy-driven protocols: an important component to decrease overutilization in medicine. *Respir Care*. 2021;66(1):175-6.
<https://doi.org/10.4187/respcare.08742>
 9. Bakhru RN, Wiebe DJ, McWilliams DJ, Spuhler VJ, Siegel MD. An environmental scan for early mobilization practices in U.S. ICUs. *Crit Care Med*. 2015;43(11):2360-9.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001262>
 10. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill; 2014.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=775008>
 11. Hernández González O. Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2021;37(3):e1442.
<https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1442>
 12. Anekwe DE, Milner SC, Bussi eres A, de Marchie M, Spahija J. Intensive care unit clinicians identify many barriers to, and facilitators of, early mobilisation: a qualitative study using the Theoretical Domains Framework. *J Physiother*. 2020;66(2):120-7.
<https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.03.001>
 13. Catini ME, Cámpora H, Falduti A, Castaño R, Cui  a M, Rosendo N. Rol del kines  logo en la atención del paciente con trastornos de la deglución y disfagia en la unidad de cuidados intensivos. *Rev Argent Ter Intensiva*. 2024;41.
<https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/960>
 14. Lippi L, de Sire A, D'Abrosca F, Polla B, Marotta N, Castello LM, et al. Efficacy of physiotherapy interventions on weaning in mechanically ventilated critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. *Front Med (Lausanne)*. 2022;9:889218.
<https://doi.org/10.3389/fmed.2022.889218>
 15. Hartley SE, Ryad H, Yeowell G. Future-proofing the profession: physiotherapists' perceptions of their current and emerging role. *Physiotherapy*. 2023;119:72-9.
<https://doi.org/10.1016/j.physio.2022.11.007>
 16. Rajan A, Reddy M, Todur P, Johnson S. Knowledge, confidence, and perception of respiratory therapists as frontliners in managing COVID-19 cases: a questionnaire survey. *Indian J Respir Care*. 2021;10(1):93-9.
https://doi.org/10.4103/ijrc.ijrc_122_20
 17. Burnett DM, Sharpe MR. Identifying the role of the respiratory therapist on the multidisciplinary team in the intensive care recovery clinic. *Respir Care*. 2021;66(12):1929-31.
<https://doi.org/10.4187/respcare.09644>