IMPLEMENTACIÓN DE UN PROCESO CLÍNICO-ASISTENCIAL KINESIOLÓGICO BASADO EN LA CIF EN UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO

Alexis Silva-Gutiérrez[1], Yorschua Jalil-Contreras[2]

1. Hospital Clínico Herminda Martin Chillán
2. Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN:
La Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) es una herramienta recomendada por la World Physiotherapy para estructurar diagnósticos y orientar la práctica clínica en fisioterapia (1,2). No obstante, su aplicación sistemática dentro del Proceso Asistencial Kinesiológico (PAK) en unidades de cuidados intensivos (UCI) ha sido escasamente documentada.

OBJETIVO:
Diseñar, implementar y caracterizar el PAK en UCI integrando la CIF como marco estructurante.

MÉTODO:
Se desarrolló un estudio exploratorio mixto conformado por dos fases: diseño e implementación de un instrumento basado en la CIF y posterior análisis descriptivo transversal de su aplicación clínica. En la fase de diseño, tres especialistas en kinesiología intensiva con formación en CIF elaboraron una anamnesis funcional con los dominios mínimos a evaluar. Se construyeron CORESETs e instrumentos específicos para cada dominio, diferenciando las etapas de ingreso y de despertar o estabilidad (fase de rehabilitación). En la fase de implementación se realizaron capacitaciones al equipo de kinesiología intensiva de un hospital regional sobre el uso del instrumento, registro de dominios comprometidos y formulación de diagnósticos y objetivos según la CIF. En la caracterización se documentaron déficits estructurales y funcionales por etapa, actividades comprometidas, y objetivos y planes terapéuticos establecidos. Dos semanas después se aplicó una encuesta al equipo de kinesiólogos para conocer su percepción sobre el modelo.

RESULTADOS:
La muestra incluyó 102 pacientes (edad promedio 58,8 años). Las causas de ingreso fueron falla respiratoria (44%), shock hemodinámico (25%), patologías diversas (25%) y politraumatismo (7%). Se identificaron limitaciones en actividades como mirar (35%), desplazarse (25%) y cuidado de la salud (30%). A nivel estructural, los compromisos más frecuentes al ingreso fueron pulmonares (94%), cardíacos (41%) y bronquiales (22%); al despertar, pulmonares (88%), cardíacos (35%) y musculares (69%). En funciones, se observaron alteraciones en la respiración (100%), intercambio gaseoso (69%) y clearance mucociliar (94%); y al despertar, en respiración (93%), músculos respiratorios (75%) y fuerza muscular (75%). Las actividades más comprometidas fueron caminar (75%) y ponerse de pie (81%). Entre los 16 kinesiólogos encuestados, el 81,3% consideró que el modelo facilitó el diagnóstico, el 87,5% reportó mayor claridad en la planificación y el 93,8% manifestó su intención de mantener el modelo asistencial.

CONCLUSIÓN:
La integración de la CIF en la kinesiología intensiva es factible y aporta una estructura conceptual sólida para elaborar diagnósticos, objetivos y planes terapéuticos dentro del PAK. Este estudio constituye el primer reporte que describe diagnósticos kinesiológicos prevalentes en pacientes críticos, incorporando la CIF como eje del proceso asistencial en UCI.