

El kinesiólogo en la Unidad de Cuidados Intensivos

CARLOS APEZTEGUIA

Especialista en Medicina Intensiva.

Académico Corresponsal de la Real Academia de Medicina y Cirugía (Murcia, España).

Ex Coordinador de Cuidados Intensivos y Consultor en Medicina Intensiva Respiratoria en la UTI (Adultos) del Hospital Prof. A. Posadas.

Miembro del Comité de Bioética de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva y de otros comités de Bioética y de Ética de la Investigación.

Cualquier intensivista, médico o enfermero puede apreciar las diferencias entre contar o no con el soporte de un equipo de kinesiología capacitado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para el manejo del paciente crítico. El bien ganado lugar de estos profesionales como integrantes destacados del plantel adquiere especial relevancia en el tratamiento de los pacientes respiratorios.

El artículo “Definición del rol y las competencias del kinesiólogo en la Unidad de Cuidados Intensivos”, publicado en este número, muestra la visión actual del rol y las competencias del kinesiólogo intensivista (KI) del Capítulo de Kinesiología de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI). Y lo hace desde el carácter conceptual del papel que le cabe al KI, de acuerdo con el grado de desarrollo que la especialidad ha alcanzado en nuestro país. Describe exhaustivamente y con claridad las distintas competencias que le caben, producto del conocimiento y la experiencia de los autores, con la intención de dar sustento a la práctica profesional, establecer estándares y unificar criterios. Con este producto, el Capítulo inscribe su concepción y los requisitos necesarios de la profesión en una línea que han adoptado experimentadas entidades de la terapia respiratoria, como la *American Association for Respiratory Care (AARC)*¹ o la *National Alliance of Respiratory Therapy Regulatory Bodies* de Canadá.²

Los autores hacen un merecido homenaje a los iniciadores de la “kinesiología respiratoria” en el “María Ferrer”, constituidos en la vanguardia para el nacimiento de la especialidad en nuestro país. Y recuerdan la evolución del desarrollo de la Kinesiología Intensiva en la SATI, desde que un grupo de referentes constituyeron el Capítulo de Kinesiología y –con el apoyo del Comité de Neumonología Crítica y las autoridades de la Sociedad– comenzaron a dictar el curso de la especialidad, jerarquizando el rol del profesional dentro de las UCI. La SATI definió el perfil del KI como un profesional que forma parte

del equipo de trabajo de la UCI junto a médicos, enfermeras y otros profesionales, y está capacitado no solamente para intervenir en las tareas que le son pertinentes, sino también para participar en la toma de decisiones. Como es reconocido, el grado de autonomía alcanzado está explícitamente vinculado al nivel educativo alcanzado.³

En la actualizada concepción, se define el perfil del KI como un profesional experto y referente en cuidados respiratorios y rehabilitación de los pacientes críticos, capaz de utilizar herramientas de evaluación y de tratamiento, e implementar procedimientos de fisioterapia respiratoria y de rehabilitación, y otros relacionados con los cuidados respiratorios. Se incluyen el cuidado de la vía aérea y el manejo de la ventilación mecánica (VM) invasiva y no invasiva: el KI debe ser el profesional experto en todos los aspectos relacionados con la VM y con la toma de decisiones relacionadas a su implementación. La implementación de cuidados estará basada en guías de práctica clínica y protocolos, el conocimiento fisiopatológico y de los ensayos clínicos. En definitiva, debe ser un referente dentro del equipo de trabajo de la UCI en las áreas citadas que interactúe con el equipo médico y con el de enfermería.

Las competencias del KI se refieren al conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes requeridas para que un kinesiólogo pueda ser considerado especialista en cuidados intensivos. Las competencias generales son aquellos conocimientos, habilidades y actitudes que permiten al kinesiólogo acceder a su tarea en la UCI, y están relacionadas fundamentalmente con la formación de grado, ampliadas y complementadas con capacitación de posgrado. Las competencias técnicas o específicas son las que se adquieren después de haber realizado una formación particular y son específicas del lugar de trabajo en la UCI: evaluaciones funcionales, administración de gases, cuidados de la vía aérea, fisioterapia respiratoria, rehabilitación, implementación de VM invasiva

y no invasiva, monitoreo y desvinculación de la VM, desarrollo de normas, guías y protocolos. Las competencias transversales son definidas como aquellas que permiten que el KI desarrolle, de manera eficaz, su trabajo como parte de un equipo multidisciplinario, tales como actividades en docencia e investigación, calidad de atención, participación en las cuestiones bioéticas que presenten los pacientes.

En el documento, se esboza la visión, las actitudes y los valores del KI de hoy.^{4,5} Cuenta con una extensa y calificada bibliografía, evidencia de la minuciosa tarea de los autores de la revisión de la literatura sobre el tema. Se constituye así en un documento de referencia, no sólo para los kinesiólogos que tratan pacientes críticos, sino también para los demás integrantes del equipo de salud y para quienes tienen responsabilidades en la gestión de las UCI y otras áreas relacionadas.

Este excelente producto será de utilidad también en el campo de la docencia en la especialidad y en

la acreditación de las UCI. Es una acabada muestra del crecimiento de los KI de nuestro país, del que he tenido el privilegio de ser testigo.

Bibliografía

1. Barnes TA, Gale DD, Kacmarek RM, Kageler WV. Competencies needed by graduate respiratory therapists in 2015 and beyond. *Respir Care* 2010; 55: 601-616.
2. The National Alliance of Respiratory Therapy Regulatory Bodies. National Competency Framework for the Profession of Respiratory Therapy (2016-2021). Disponible en: http://umanitoba.ca/rehabsciences/media/National_Competency_Framework_2016-2021.pdf.
3. Kacmarek RM, Walsh BK. The respiratory therapy profession is at a crossroads. *Respir Care* 2017; 62: 384-386.
4. Kacmarek RM, Durbin CG, Barnes TA, Kageler WV, Walton JR, O'Neil EH. Creating a vision for respiratory care in 2015 and beyond. *Respir Care* 2009; 54: 375-389.
5. Jones TD. From here to there: vision, value, and the advancement of respiratory care. *Respir Care* 2017; 62: 636-638.