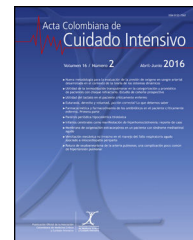




# Acta Colombiana de Cuidado Intensivo

[www.elsevier.es/acci](http://www.elsevier.es/acci)



## REVISIÓN

## Es tiempo de actuar: Implementación de programas de movilidad temprana en Unidades de Cuidado Intensivo

Genis Castillo<sup>a,\*</sup>, Bladimir Gil<sup>b</sup>, Jhonatan Manrique<sup>c</sup>, César Morales<sup>d</sup>,  
Sandra Rodríguez<sup>e</sup>, Albert Valencia<sup>f</sup>, Esther Wilches<sup>g</sup> y Sara Zuluaga<sup>h</sup>

<sup>a</sup> Enfermería, Clínica El Rosario, Medellín, Colombia

<sup>b</sup> Unidad de Cuidados Intensivos, Clínica Las Américas AUNA, Medellín, Colombia

<sup>c</sup> Fisioterapia, Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia

<sup>d</sup> Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

<sup>e</sup> Fisioterapia, CTIC, Bogotá D.C., Colombia

<sup>f</sup> Unidad de Cuidados Intensivos, Los Cobos Medical Center, Bogotá D.C., Colombia

<sup>g</sup> Fisioterapia, Universidad del Valle, Cali, Colombia

<sup>h</sup> Fisioterapia, Clínica Las Américas AUNA, Medellín, Colombia

Recibido el 26 de agosto de 2025; aceptado el 26 de agosto de 2025

### PALABRAS CLAVE

Unidades de Cuidados  
Intensivos;  
Ambulación precoz;  
Movilidades de  
fisioterapia

**Resumen** En noviembre de 2024 se llevó a cabo en Bogotá un encuentro multidisciplinario que reunió a profesionales con experiencia en cuidado intensivo, rehabilitación, fisioterapia, enfermería y gestión clínica. El objetivo principal de esta reunión fue compartir experiencias sobre la implementación de programas de movilidad temprana en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) en Colombia, revisar la evidencia científica disponible y consolidar un llamado conjunto a transformar la práctica clínica en este ámbito.

El encuentro contó con la participación de representantes de centros asistenciales líderes en la implementación de programas de movilidad temprana, así como de investigadores vinculados a universidades y sociedades científicas. La discusión destacó que la movilización temprana de pacientes críticos constituye una estrategia segura, factible y respaldada por evidencia científica sólida. La aplicación de protocolos estructurados ha demostrado beneficios clínicos relevantes, como la reducción de la estancia hospitalaria y en UCI, la disminución de complicaciones asociadas a la ventilación mecánica, la mejora en la recuperación funcional y el aumento en la satisfacción de pacientes y familias. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de integrar la movilidad temprana como parte esencial del manejo integral del paciente crítico.

Asimismo, se identificaron barreras logísticas, culturales y administrativas que dificultan la implementación de estas estrategias, junto con soluciones prácticas adaptadas a diferentes

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [enflideruceucit@clinicaelrosario.com](mailto:enflideruceucit@clinicaelrosario.com) (G. Castillo).

<https://doi.org/10.1016/j.acci.2025.08.011>

0122-7262/© 2025 Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

realidades institucionales. Este documento constituye un llamado a la acción dirigido a instituciones y equipos de salud para impulsar la adopción de la movilidad temprana como estándar de atención en las UCI, con el propósito de optimizar los desenlaces clínicos y mejorar la calidad de vida de los pacientes a corto, mediano y largo plazo.

© 2025 Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

## KEYWORDS

Intensive Care Units;  
Early Ambulation;  
Physical Therapy  
Modalities

## It's time to act: Implementing early mobility programs in Intensive Care Units

**Abstract** In November 2024, a multidisciplinary meeting was held in Bogotá, bringing together professionals with expertise in critical care, rehabilitation, physiotherapy, nursing, and clinical management. The primary objective of this meeting was to share experiences on the implementation of early mobility programs in intensive care units (ICUs) across Colombia, review the available scientific evidence, and establish a collective call to transform clinical practice in this area.

The meeting involved representatives from leading healthcare centers in the implementation of early mobility programs, as well as researchers affiliated with universities and scientific societies. Discussions emphasized that early mobilization of critically ill patients is a safe, feasible, and evidence-based strategy. The implementation of structured protocols has consistently demonstrated significant clinical benefits, including reduced hospital and ICU length of stay, lower incidence of complications related to mechanical ventilation, improved functional recovery, and greater patient and family satisfaction. These findings underscore the importance of integrating early mobility as a core component of comprehensive critical care management.

Participants also identified logistical, cultural, and administrative barriers that hinder the implementation of these strategies, as well as practical solutions adapted to diverse institutional contexts. This document represents a call to action aimed at healthcare institutions and clinical teams to promote the adoption of early mobility as a standard of care in ICUs, with the goal of optimizing clinical outcomes and improving patients' quality of life in the short, medium, and long term.

© 2025 Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

## ¿Por qué es urgente el cambio?

La inmovilidad prolongada en pacientes críticos sigue generando complicaciones evitables. Infecciones respiratorias, úlceras por presión, delirio, debilidad muscular adquirida y pérdida funcional prolongada son solo algunas de las consecuencias asociadas al reposo innecesario. Muchas de estas secuelas persisten por meses o años y comprometen severamente la calidad de vida de los sobrevivientes de Unidades de Cuidado Intensivo (UCI)<sup>1-4</sup>.

A pesar de contar con evidencia científica sólida, la implementación sistemática de programas de movilidad temprana sigue siendo limitada, fragmentada, no estandarizada o tardía en muchos hospitales de Colombia y América Latina. En nuestra experiencia, esto ocurre por múltiples razones: falta de protocolos estructurados, temor a eventos adversos, ausencia de indicadores, escasez de personal entrenado o simplemente resistencia al cambio. Pero ninguna de estas barreras justifica seguir exponiendo a los pacientes a daños que se pueden prevenir.

Movilizar no es solo mover el cuerpo. Es sostener funciones vitales, evitar deterioro físico, preservar autonomía

futura y reducir el impacto funcional de la enfermedad crítica<sup>5,6</sup>. Y eso no puede depender de la buena voluntad de un profesional motivado. Debe ser parte del protocolo clínico, de la rutina diaria, del estándar de atención en las UCI.

## ¿Qué nos dice la evidencia?

La movilización temprana, cuando se realiza con seguridad y criterios clínicos claros, es una intervención beneficiosa. Está demostrado que reduce la duración del soporte ventilatorio, disminuye la estancia en UCI y mejora la funcionalidad al alta hospitalaria<sup>7-9</sup>.

Las mejores prácticas incluyen evaluación continua, definición de metas progresivas, protocolos adaptados al estado clínico del paciente y trabajo en equipo. No se trata de una técnica aislada, sino de una estrategia clínica compleja que requiere coordinación real entre médicos, fisioterapeutas, enfermeros, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos y familiares<sup>10,11</sup>. Cada decisión debe estar basada en escalas validadas y criterios de seguridad. El ensayo TEAM<sup>6</sup> demostró que la movilización agresiva sin

personalización puede aumentar el riesgo. La clave no está en movilizar más, sino mejor.

La literatura médica es amplia y clara, hace falta decisión para actuar sobre lo que ya sabemos.

## ¿Quiénes somos y por qué hacemos este llamado?

No escribimos este documento desde la distancia. Hablamos desde nuestras prácticas clínicas, desde el trabajo diario con pacientes en condiciones críticas, desde la experiencia concreta de diseñar, implementar y ajustar programas de movilidad temprana en contextos institucionales reales.

Instituciones como el Hospital Pablo Tobón Uribe, la Fundación Valle del Lili, la Clínica El Rosario, la Clínica Las Américas AUNA, Los Cobos Medical Center y el CTIC ya han puesto en marcha programas de movilidad temprana. Cada una lo hizo desde su realidad, con los recursos disponibles y enfrentando retos diarios como la rotación del personal o la presión asistencial de las UCI. A pesar de eso, los resultados son alentadores.

En la Clínica El Rosario, entre 2023 y mayo de 2024, se redujeron en un 31% las lesiones por presión, la tasa acumulada de neumonía asociada a ventilación bajó a 2,2 y durante 7 meses consecutivos no se presentaron nuevos casos. El CTIC, que viene trabajando desde agosto de 2022, ha visto mejoras en la funcionalidad de los pacientes oncológicos, con un avance del 45% al alta y una reducción del 30% en complicaciones postoperatorias<sup>12</sup>. Más del 90% de las familias encuestadas expresaron satisfacción con el programa. En el Hospital Pablo Tobón Uribe, desde finales de 2023, se ha consolidado un modelo de ronda diaria con criterios clínicos definidos para decidir el tipo de movilización en pacientes críticos. Por su parte, Los Cobos Medical Center comenzó en marzo de 2024 y en pocos meses logró incorporar la movilización como parte del plan de cuidado diario, con participación activa de su equipo interdisciplinario.

Estos datos muestran que avanzar sí es posible. No se trata de tener todo resuelto antes de empezar, sino de tomar la decisión de actuar, ajustar sobre la marcha y no perder de vista lo más importante: que el paciente tenga una recuperación más completa y una mejor calidad de vida al salir de la UCI.

A continuación, presentamos las recomendaciones clínicas, las fases sugeridas para implementar un programa de movilidad temprana, las estrategias para superar barreras y una guía práctica para que otras instituciones puedan adoptar este modelo. También incluimos una sección con recursos complementarios, referencias científicas y herramientas de apoyo.

No proponemos un modelo único. Proponemos una base común sobre la cual cada institución pueda construir su propio camino, con sus equipos, sus recursos y sus pacientes. La recuperación funcional es un componente esencial del cuidado intensivo moderno, y su implementación no da espera.

## Recomendaciones clínicas desde la experiencia

Implementar programas de movilidad temprana no implica solamente agregar una nueva intervención. Supone

rediseñar la forma en la que abordamos el cuidado del paciente crítico. Desde nuestra práctica, y con respaldo en la literatura internacional más robusta, proponemos estas recomendaciones como pilares para desarrollar o fortalecer cualquier programa de movilidad temprana en la UCI.

1. Iniciar la movilización en las primeras 48 horas, cuando sea clínicamente seguro.

La evidencia muestra que los mayores beneficios de la movilización se obtienen cuando se inicia dentro de las primeras 24 a 48 horas de ingreso a UCI, una vez que el paciente cumple criterios de estabilidad hemodinámica, respiratoria y neurológica<sup>7-9</sup>. En nuestras instituciones, este momento inicial se ha convertido en un punto crítico del protocolo, con evaluación multidisciplinaria temprana y criterios específicos para indicar o diferir la movilización.

En el caso de la Clínica El Rosario, por ejemplo, se estableció una meta institucional de evaluar a cada paciente dentro de las primeras 8 horas posteriores al ingreso a UCI. La implementación sistemática permitió alcanzar un tiempo promedio de valoración de 9 horas después del ingreso a la unidad<sup>12</sup>.

Además, el uso de escalas como el *Perme ICU Mobility Score* y el *ICU Mobility Scale*, validadas y adaptadas al español latinoamericano, ha sido clave para orientar las decisiones clínicas y asegurar una progresión adecuada según el estado del paciente<sup>13,14</sup>.

2. Desarrollar protocolos progresivos con fases claramente definidas.

La movilización temprana no puede ser improvisada. Requiere de protocolos estructurados, con fases que guíen la progresión desde intervenciones pasivas hasta ejercicios activos y deambulación. Esta progresión debe considerar variables como el nivel de conciencia, tipo de soporte vital, dispositivos invasivos y estado funcional basal.

En la Clínica Las Américas, el protocolo incluye un sistema tipo semáforo que clasifica al paciente en tres niveles de riesgo (rojo, amarillo, verde) y orienta el tipo de intervención fisioterapéutica posible cada día<sup>12</sup>. Por su parte, el Hospital Pablo Tobón Uribe organiza la intervención a partir de una «ronda de movilidad» diaria, donde se decide el tipo e intensidad de la movilización con base en escalas validadas y criterios de seguridad definidos<sup>12</sup>.

Este enfoque por fases permite no solo garantizar la seguridad del paciente, sino también generar trazabilidad y medir el progreso día a día.

3. Asegurar el compromiso activo de un equipo multidisciplinario.

No se puede implementar un programa de movilidad temprana sin una participación real y coordinada de múltiples disciplinas. La experiencia ha demostrado que cuando médicos, enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, terapeutas respiratorios y fonoaudiólogos trabajan en conjunto, se incrementa la adherencia al protocolo, se reducen los eventos adversos y se mejora la percepción de calidad del cuidado tanto para los pacientes como para sus familias<sup>10,11</sup>.

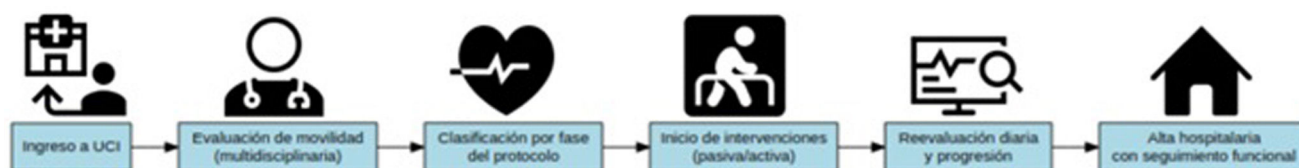


Figura 1 Ruta funcional del paciente en UCI.

La Fundación Valle del Lili, por ejemplo, estructuró su programa a partir de la formación de una «cuadrilla de movilización» con personal capacitado y horarios dedicados a movilizar pacientes con requerimientos especiales, como aquellos en ventilación mecánica o soporte ECMO<sup>12</sup>.

En el CTIC, la revista multidisciplinaria se realiza tres veces al día e incluye a intensivistas, fisioterapeutas, trabajadores sociales, enfermería y nutrición, lo cual permite ajustar el plan de trabajo en tiempo real según la evolución del paciente<sup>12</sup>.

4. Incluir a la familia como parte activa del proceso de recuperación.

Una de las estrategias que más impacto ha tenido en nuestras unidades ha sido el involucramiento temprano de la familia. No solo en el acompañamiento emocional, sino como participantes activos del proceso de rehabilitación funcional. Explicar los objetivos del programa a los familiares, enseñarles cómo participar activamente en ciertas fases de movilización, y permitir su presencia continua cuando es posible, ha demostrado mejorar la adherencia al plan y reducir episodios de delirio<sup>1,12</sup>.

Este modelo de UCI humanizada, adoptado en instituciones como el Hospital Pablo Tobón Uribe y Clínica Las Américas, ha sido clave para integrar la movilización en un cuidado verdaderamente centrado en el paciente.

5. Medir el impacto con indicadores funcionales, clínicos y de satisfacción.

Un programa de movilidad temprana no puede sostenerse sin indicadores. Medir resultados permite ajustar estrategias, justificar recursos y visibilizar beneficios. En nuestras instituciones, los indicadores más relevantes han sido:

- Tiempo entre el ingreso a UCI y la primera evaluación de movilidad.
- Porcentaje de pacientes movilizados por fase del protocolo.
- Días de estancia en UCI.
- Tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica.
- Incidencia de lesiones por presión.
- Escalas de funcionalidad al alta (p.ej., Barthel, Perme).
- Niveles de satisfacción reportados por pacientes y familiares.

Algunas instituciones como CTIC ya han documentado una mejora del 45% en funcionalidad y una reducción del 30% en complicaciones postoperatorias en pacientes que fueron incluidos en programas de rehabilitación temprana<sup>12</sup>.

6. Actualizar protocolos con base en nueva evidencia y buenas prácticas.

La implementación de movilidad temprana no es un proceso estático. Los protocolos deben revisarse periódicamente, incorporar la evidencia más reciente, y ajustarse a las necesidades y recursos locales. La mayoría de nuestras instituciones actualizan sus protocolos anualmente, o cuando surgen nuevas recomendaciones internacionales, como las del ABCDEF Bundle<sup>15</sup> o las guías de la *Society of Critical Care Medicine* y la ESICM (*European Society of Intensive Care Medicine*)<sup>16</sup>.

La creación de un consenso nacional, respaldado por sociedades científicas, podría ser una herramienta clave para estandarizar criterios, facilitar la formación del personal, y promover la certificación de grupos de excelencia en rehabilitación.

En la figura 1 se describe la Ruta funcional del paciente en UCI.

## Estrategias para la implementación: cómo hacerlo posible en la práctica

La implementación de un programa de movilidad temprana no depende solo de la convicción clínica, sino también de una estrategia organizada. Sabemos que muchas instituciones tienen voluntad, pero no siempre claridad sobre por dónde empezar, cómo sostener el esfuerzo o cómo adaptarlo a sus recursos. Esta sección recoge lo que hemos aprendido al hacerlo en nuestras propias UCI: desde el diseño del protocolo hasta su integración como práctica diaria.

1. Iniciar con una evaluación situacional realista.

Antes de escribir el primer protocolo, es fundamental comprender el punto de partida. Esto implica identificar cuántos pacientes permanecen inmóviles, cuántos están siendo movilizados activamente, quiénes lo hacen, con qué recursos, y cuáles son las principales barreras actuales.

En varias instituciones participantes, este proceso comenzó con una auditoría interna y una revisión retrospectiva de historias clínicas. En la Clínica El Rosario, por ejemplo, se construyó un diagrama de causa-efecto con más de 30 factores asociados a la falta de movilización, lo que permitió priorizar intervenciones específicas<sup>12</sup>.

Esta etapa también es útil para generar conciencia interna y mostrar que, incluso sin grandes recursos, ya hay oportunidades para avanzar.

2. Diseñar un protocolo adaptable, no rígido.

**Tabla 1** Barreras frecuentes y estrategias asociadas

Barrera	Estrategia recomendada
Falta de recursos	Comenzar con lo disponible, justificar la inversión con los resultados
Resistencia del equipo	Educación continua, liderazgos internos
Fragmentación del proceso	Ruta clínica con seguimiento desde la UCI hasta la consulta ambulatoria
Falta de indicadores	Iniciar con 3-4 métricas funcionales fáciles de capturar

Cada institución tiene su propia realidad clínica, tecnológica y administrativa. Por eso, insistimos en que los protocolos deben tener una estructura común, pero ser lo suficientemente flexibles para ajustarse al contexto local. El protocolo debe definir claramente:

- Criterios de inicio, progresión, pausa y suspensión de la movilización.
- Fases o niveles de intervención (p.ej., pasiva, activa, bipedestación, marcha).
- Roles y responsabilidades de cada miembro del equipo.
- Instrumentos de evaluación funcional.
- Registro sistemático en la historia clínica.

Un ejemplo exitoso de diseño adaptable es el semáforo de movilidad de la Clínica Las Américas, que permite una rápida clasificación del estado del paciente y facilita decisiones clínicas seguras<sup>12</sup>.

### 3. Capacitar y sensibilizar al equipo.

Uno de los factores más determinantes del éxito es el cambio cultural del equipo de salud. La movilización debe dejar de ser vista como una tarea adicional o secundaria, y entenderse como una parte central del plan terapéutico. Esto requiere sesiones de formación teórica, entrenamiento práctico, y espacios de diálogo entre disciplinas.

En la Fundación Valle del Lili, por ejemplo, se organizaron pilotos con «cuadrillas de movilización» para probar qué tanto personal se requería, cuánto tiempo tomaba cada intervención y qué tipo de equipamiento era necesario. Estos datos fueron clave para dimensionar el programa y obtener respaldo administrativo<sup>12</sup>.

Diversas revisiones internacionales subrayan que la educación es una de las estrategias más efectivas para lograr adherencia a los protocolos de movilidad temprana<sup>10,11</sup>.

### 4. Identificar un equipo líder y establecer metas comunes.

Un programa de movilidad temprana necesita liderazgo clínico, pero también institucional. En el Hospital Pablo Tobón Uribe, se asignó un médico intensivista exclusivamente al programa, lo cual permitió darle continuidad, evaluar resultados y gestionar el trabajo interdisciplinario<sup>12</sup>.

La experiencia ha mostrado que cuando las metas son compartidas, por ejemplo, lograr que el 80% de los pacientes sean evaluados para movilización en las primeras 24 horas, el equipo se cohesiona, el esfuerzo se reparte y los resultados se sostienen mejor<sup>10,11</sup>.

### 5. Alinear el esfuerzo con los objetivos institucionales.

Aunque es necesario hablar de movilidad temprana en términos clínicos, esto no es suficiente por sí solo. Hay que traducir estos esfuerzos en impacto institucional. Cuando se demuestra que la movilización reduce complicaciones, días de estancia, reingresos o lesiones del personal, se logra un mayor respaldo de las directivas<sup>12</sup>.

En el CTIC, por ejemplo, se articuló el programa con indicadores de giro cama, gestión del riesgo y satisfacción del paciente. Esto facilitó su adopción como parte del modelo de atención institucional y no solo como una iniciativa de fisioterapia.

La literatura respalda que integrar la movilidad en los modelos de gestión mejora su viabilidad y sostenibilidad<sup>15</sup>.

## Superar barreras: lo que hemos aprendido

Durante años de implementación, nos hemos enfrentado a muchas de las barreras que otras instituciones pueden estar enfrentando hoy. Aquí compartimos las más comunes y las estrategias que han funcionado para superarlas (tabla 1).

**Barrera 1:** Resistencia del personal clínico.

**Causa:** Falta de conocimiento, miedo al riesgo o percepción de sobrecarga.

**Estrategia:** Formación continua, mostrar evidencia de seguridad, empoderar a líderes de cada disciplina. La validación de escalas y herramientas clínicas, como el *Perme Score* o la *ICU Mobility Scale*, ayuda a tomar decisiones con menos incertidumbre<sup>13,14</sup>.

**Barrera 2:** Falta de recursos tecnológicos o humanos.

**Causa:** Limitaciones presupuestarias.

**Estrategia:** Iniciar con lo disponible. Muchas intervenciones pueden hacerse sin grúas ni cicloergómetros, solo con organización y capacitación. Medir resultados clínicos y funcionales ayuda a justificar inversiones progresivas. Algunas instituciones han logrado reducir días de incapacidad del personal al mejorar la ergonomía de las movilizaciones<sup>12</sup>.

**Barrera 3:** Ausencia de indicadores.

**Causa:** Dificultad para registrar o interpretar datos funcionales.

**Estrategia:** Establecer pocos indicadores al inicio, pero medibles y consistentes. Por ejemplo, tiempo de inicio de movilidad, porcentaje de pacientes movilizados por fase, o puntuación funcional al alta. Compartir periódicamente estos datos en juntas clínicas o boletines internos mejora la apropiación del proceso<sup>12,15</sup>.

**Barrera 4:** Fragmentación entre servicios.

**Causa:** Desconocimiento de los planes de movilidad entre UCI, hospitalización y rehabilitación ambulatoria.

**Estrategia:** Diseñar una ruta de continuidad. CTIC y la Fundación Valle del Lili han desarrollado estrategias para dar seguimiento al paciente después de la UCI, incluso en la



consulta posthospitalaria. Esto evita retrocesos funcionales y mantiene el enfoque en la recuperación total<sup>12</sup>.

## Implementación progresiva: cómo empezar y sostener el cambio

Uno de los errores más comunes al intentar instaurar un programa de movilidad temprana es querer hacerlo todo a la vez. Nuestra experiencia muestra que los cambios sostenibles se logran cuando se comienza con pasos concretos, bien definidos y adaptados a la realidad institucional. No se necesita un gran despliegue tecnológico desde el inicio; lo que se necesita es decisión clínica, claridad de objetivos y un equipo dispuesto a probar, ajustar y persistir.

En varias de nuestras instituciones, comenzamos con pilotos en una sola unidad o turno, con seguimiento cercano de los resultados y retroalimentación continua. Por ejemplo, en la Fundación Valle del Lili, el programa se reactivó en 2022 tras la pandemia, iniciando con pruebas piloto para medir la capacidad operativa y ajustar los recursos necesarios. A partir de ahí, se conformaron cuadrillas de movilización para apoyar casos complejos, y se incorporaron tableros de metas funcionales visibles en cada cubículo de UCI<sup>12</sup>.

Otra estrategia efectiva ha sido el uso de «semáforos clínicos» que permiten categorizar el nivel de riesgo del paciente para definir su plan de movilización. En la Clínica Las Américas AUNA, este enfoque ha facilitado que los equipos tomen decisiones seguras basadas en criterios preestablecidos y visibles para todo el equipo asistencial. Este tipo de herramientas disminuye la ambigüedad, reduce el temor a complicaciones y promueve una cultura de seguridad<sup>12</sup>.

La sostenibilidad del programa depende, además, de mantener la visibilidad de sus beneficios. Medir e informar periódicamente los avances, como la reducción de días de ventilación, el aumento de pacientes movilizados, o las mejoras en satisfacción familiar, fortalece el respaldo institucional y mantiene la motivación del equipo<sup>12,15</sup>.

Pero quizá lo más importante es comprender que la movilización temprana no es un objetivo estático. Es un proceso clínico que se reinventa con cada paciente. Implica reevaluar a diario, adaptar metas, y mantener una comunicación constante entre disciplinas. En nuestra experiencia, los programas más exitosos son aquellos que logran integrar esta lógica dinámica en la rutina asistencial, con protocolos flexibles, criterios clínicos actualizados y una cultura de mejora continua.

Por eso recomendamos comenzar con un diseño ajustado a cada realidad: una unidad piloto, un protocolo claro, un equipo sensibilizado, un sistema de registro sencillo y un seguimiento cercano. A partir de allí, escalar gradualmente. Lo importante es no esperar a tenerlo todo perfecto para empezar. Cada día sin movilización innecesaria es un día de daño evitable para el paciente.

## Conclusión

Durante décadas, la atención en las UCI se ha centrado, y con razón, en preservar la vida. Pero hoy sabemos que sobrevivir a la UCI no es suficiente: lo que cambia verdaderamente la

vida de un paciente es salir con autonomía, con fuerza para caminar, hablar, cuidarse y volver a casa.

La movilización temprana ayuda a lograrlo. Está demostrado que reduce días de ventilación, previene complicaciones como la neumonía asociada y mejora la calidad de vida al alta. Aun así, en muchas instituciones esta práctica sigue siendo esporádica, tardía o dejada a criterio individual.

Desde nuestra experiencia en UCI de alta complejidad en Colombia, hemos visto que avanzar es posible, incluso con recursos limitados. Protocolos claros, equipos comprometidos, trabajo en conjunto con las familias y un seguimiento constante han marcado la diferencia. Registrar lo que funciona nos ha permitido aprender, ajustar y compartir un camino que otros también pueden seguir.

Este es un llamado que nace de la práctica. De ver a un paciente ponerse de pie después de varios días de ventilación mecánica o de estancia prolongada en nuestras UCI; de escuchar a una familia decir que su ser querido volvió a ser él mismo; y de confirmar que, a veces, una acción tan sencilla como movilizar puede transformar por completo el proceso de recuperación de las personas.

## Financiación

Este manuscrito se originó a partir de una reunión de Advisory Board financiada por Baxter. La compañía también brindó apoyo para la escritura médica y el sometimiento del manuscrito a publicación, a través de la consultora EpiThink Health Consulting SAS, quienes llevaron a cabo estas actividades en colaboración con los autores. El financiador no participó en el diseño de los contenidos, recolección o análisis de la información, ni en la decisión de publicar los resultados.

## Consideraciones éticas

Este documento se elaboró a partir de un encuentro entre profesionales de diferentes instituciones en noviembre de 2024. Dado que no se recopilaban datos sensibles de pacientes ni se realizaron intervenciones directas, no fue necesaria la aprobación por un comité de ética.

## Declaración sobre el uso de la IA generativa y de las tecnologías asistidas por la IA en el proceso de redacción

Durante la preparación de este trabajo los autores no emplearon herramientas de redacción basadas en inteligencia artificial.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Colbenson GA, Johnson A, Wilson ME. Post-intensive care syndrome: impact, prevention, and management. *Breathe Sheff Engl*. 2019;15:98–101.

2. Bloch S, Polkey MI, Griffiths M, Kemp P. Molecular mechanisms of intensive care unit-acquired weakness. *Eur Respir J*. 2012;39:1000–11.
3. Herridge MS, Tansey CM, Matté A, Tomlinson G, Diaz-Granados N, Cooper A, et al. Functional Disability 5 Years after Acute Respiratory Distress Syndrome. *N Engl J Med* [Internet]. 2011;364:1293–304 [consultado 14 Abr 2025]. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1011802>.
4. Taylor C. Intensive care unit-acquired weakness. *Anaesth Intensive Care Med* [Internet]. 2024;25:1–4 [consultado 14 Abr 2025]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1472029923002205>.
5. Hodgson CL, Schaller SJ, Nydahl P, Timenetsky KT, Needham DM. Ten strategies to optimize early mobilization and rehabilitation in intensive care. *Crit Care* [Internet]. 2021;25:324 [consultado 14 Abr 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03741-z>.
6. Hodgson CL, Bailey M, Bellomo R, Brickell K, Broadley T, et al., TEAM Study Investigators and the ANZICS Clinical Trials Group. Early Active Mobilization during Mechanical Ventilation in the ICU. *N Engl J Med*. 2022;387.
7. Denehy L, Lanphere J, Needham DM. Ten reasons why ICU patients should be mobilized early. *Intensive Care Med*. 2017;43:86–90.
8. Zang K, Chen B, Wang M, Chen D, Hui L, Guo S, et al. The effect of early mobilization in critically ill patients: A meta-analysis. *Nurs Crit Care*. 2020;25:360–7.
9. Schaller SJ, Anstey M, Blobner M, Edrich T, Grabitz SD, Gradwohl-Matis I, et al. Early, goal-directed mobilisation in the surgical intensive care unit: a randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl*. 2016;388:1377–88.
10. Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, et al. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Crit Care Med*. 2018;46:e825–73.
11. Green M, Marzano V, Leditschke IA, Mitchell I, Bissett B. Mobilization of intensive care patients: a multidisciplinary practical guide for clinicians. *J Multidiscip Healthc*. 2016;9:247–56.
12. Epithink Consulting. Reunión de expertos en movilidad temprana: Documento de relatoria. Anexo I;. 2024.
13. Wilches Luna E.C. Hernández N.L. Siriani de Oliveira A. Kenji Nawa R. Perme C. Gastaldi A.C. Perme ICU Mobility Score (Perme Score) and the ICU Mobility Scale (IMS): translation and cultural adaptation for the Spanish language. *Colomb Médica (Cali)* [Internet]. 49:265-272. [consultado 4 Dic 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6342087/>.
14. Wilches Luna EC, de Oliveira AS, Perme C, Gastaldi AC. Spanish version of the Perme Intensive Care Unit Mobility Score: Minimal detectable change and responsiveness. *Physiother Res Int J Res Clin Phys Ther*. 2021;26:e1875.
15. Marra A, Ely EW, Pandharipande PP, Patel MB. The ABCDEF Bundle in Critical Care. *Crit Care Clin*. 2017;33:225–43.
16. Schaller SJ, Scheffenbichler FT, Bein T, Blobner M, Grunow JJ, Hamsen U, et al. Guideline on positioning and early mobilisation in the critically ill by an expert panel. *Intensive Care Med* [Internet]. 2024;50:1211–27 <https://doi.org/10.1007/s00134-024-07532-2>