



Kinesiterapia en reanimación

J. Dugernier, E. Bialais, J. Roeseler, C. Hickmann

En colaboración con el conjunto del equipo del servicio de reanimación, el kinesiterapeuta participa en la evaluación clínica para garantizar el tratamiento respiratorio y la movilización precoz del paciente. La kinesiterapia se inicia con la evaluación de los signos de dificultad respiratoria para descubrir su causa y orientar el tratamiento. Trata la congestión bronquial del paciente mediante el uso de técnicas de descongestión manual (modulación del flujo espiratorio, rehabilitación con la tos) e instrumentales (ventilación con percusiones intrapulmonares, insuflación/exuflación mecánica, aspiración endotraqueal). Además, participa en el tratamiento del paciente hipoxémico y/o hipercápnico mediante la instauración de la oxigenoterapia y el reglaje adecuado de los parámetros ventilatorios tanto en ventilación mecánica invasiva como en la no invasiva. El confort respiratorio del paciente y la retirada de la ventilación mecánica y de la oxigenoterapia son dos objetivos clave de la kinesiterapia respiratoria en reanimación. El kinesiterapeuta inicia precozmente la movilización del paciente. Se dirige al refuerzo muscular global y analítico (por ejemplo, los músculos respiratorios) para promover la autonomía funcional y la autonomía respiratoria del paciente. Para ello son indispensables un tratamiento multidisciplinario, una limitación de la sedación y una nutrición óptima. Son conocidos los beneficios musculoesqueléticos, respiratorios y psicológicos de la movilización precoz del paciente en reanimación. Realizada en la mayoría de los pacientes en respiración espontánea o intubados y ventilados, las técnicas de movilización van desde la movilización pasiva en la cama a la deambulación del paciente fuera de su habitación.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Descongestión bronquial; Oxigenoterapia; Ventilación mecánica; Movilización precoz; Reanimación

Plan

■ Introducción	1
■ Examen clínico	1
Evaluación clínica respiratoria	1
Evaluación clínica funcional	3
■ Descongestión bronquial del paciente en reanimación	3
Congestión bronquial del paciente en reanimación	3
Técnicas de descongestión bronquial	3
■ Tratamiento del paciente hipoxémico	4
Oxigenoterapia convencional	4
Oxigenoterapia de alto flujo	5
Riesgos relacionados con el oxígeno	5
Presión positiva continua	5
■ Tratamiento del paciente hipercápnico	6
Ventilación no invasiva	6
Función del kinesiterapeuta en el paciente en ventilación mecánica invasiva	7
■ Movilización precoz en reanimación	7
Definición	7
Poner pocas barreras a la movilización del paciente de reanimación	7
Cómo facilitar la movilización precoz	8
Técnicas de movilización	8
■ Conclusión	11

■ Introducción

Es conocido el interés de la kinesiterapia en reanimación ^[1, 2]. En colaboración con el conjunto del equipo del servicio de reanimación, asegura múltiples tareas. Este artículo describe las diferentes funciones del kinesiterapeuta en reanimación: garantizar la descongestión bronquial, participar en el tratamiento del paciente en dificultad respiratoria aguda, hipoxémico y/o hipercápnico, consecuencia de todo estado patológico (médico o quirúrgico) que precise la hospitalización en reanimación y perseguir alcanzar la autonomía funcional mediante la movilización precoz del paciente. Para garantizar su función, el kinesiterapeuta ha de estar formado en la evaluación clínica respiratoria y funcional del paciente, en las técnicas de descongestión bronquial, manuales e instrumentales, en la oxigenoterapia, la ventilación mecánica invasiva y no invasiva (VNI) (desde la interpretación de las curvas de ventilación hasta los parámetros del ventilador) y en la movilización del paciente de reanimación.

■ Examen clínico

Evaluación clínica respiratoria

Mediante el examen clínico el kinesiterapeuta debe detectar la importancia de la dificultad respiratoria, tanto

en el paciente con patología obstructiva como restrictiva. En efecto, cualquier mejora o deterioro de la patología respiratoria se manifiesta por signos clínicos y resultados de pruebas complementarias que el kinesiterapeuta debe examinar.

El examen del paciente comienza preguntando al paciente o a su familia para determinar su estado respiratorio previo. A continuación, el examen consiste en visualizar la cara, el cuello, el tórax y el abdomen del paciente.

Hacer hablar al paciente

Mediante preguntas simples, el kinesiterapeuta puede tener rápidamente una idea del estado de disnea del paciente [3]. Si el paciente habla corrientemente con frases bastante largas sin «quedar sin aliento», en la mayoría de los casos, su situación respiratoria no es inquietante. Si el flujo del habla está entrecortado para retomar el aire, la situación respiratoria del paciente es más inquietante. Si el paciente sólo responde mediante «sí» o «no», su situación respiratoria es claramente más grave.

Escuchar los «ruidos» en la boca

Los ruidos o «pitidos» en la boca pueden ayudar al kinesiterapeuta a conocer el origen de la patología. Todo silbido de predominio inspiratorio puede estar originado por una patología laríngea (edema laríngeo postextubación, espasmo de las cuerdas vocales, etc.). Todo «silbido» de predominio espiratorio puede estar producido por un aumento de las resistencias de las vías aéreas, por ejemplo en el paciente asmático con una crisis o en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). En este tipo de patología, la ausencia de silbido espiratorio puede ser tanto de buen como de mal pronóstico (broncoespasmo completo).

Al nivel facial

Aparte de una expresión general de ansiedad, se deben notar varios signos específicos [4].

Al nivel de la frente

La presencia de sudor al nivel de la frente puede estar causada por temperatura elevada o por hipoglucemia, pero también puede ser el signo de una hipercapnia debida a una hipoventilación alveolar generaliza.

Al nivel de la boca

La cianosis al nivel de los labios está producida por una hipoxemia más o menos importante, aunque no toda hipoxemia muestra siempre una cianosis, especialmente en el paciente anémico.

Espiración con los labios fruncidos

Este signo está presente en los pacientes que presentan un aumento de resistencia de las vías aéreas. De este modo se prolonga el tiempo espiratorio, favoreciendo el vaciamiento pulmonar, y disminuye la presión espiratoria positiva (PEP) intrínseca (PEPi) [5].

Aleteo nasal

El paciente en dificultad respiratoria con frecuencia presenta un aleteo de las alas nasales con una «apertura» más importante de las narinas en la fase inspiratoria [4, 6].

Al nivel del cuello

Trabajo de los músculos «accesorios»

En el paciente en falla, se observa un trabajo más importante de la parte superior de los músculos trapecios y de los esternocleidomastoideos [4].

Hundimiento supraesternal

Si se produce en la fase inspiratoria, se debe pensar en una dificultad respiratoria de origen laríngeo (espasmo

de las cuerdas vocales, edema laríngeo, etc.). El paciente presenta una inspiración prolongada.

Signo de Campbell

Este signo se manifiesta por un descenso de la nuez de Adán en la inspiración ligada al uso de los músculos respiratorios accesorios.

Al nivel del tórax

Inmovilidad relativa de un hemitórax

Este signo aparece en caso de hemotórax o neumotórax completo de un pulmón o de atelectasia importante.

Respiración paradójica

Este tipo de respiración aparece en caso de tórax inestable (paradoja torácica pura), durante un estado de dificultad respiratoria avanzado, como signo de agotamiento diafragmático o en caso de parálisis diafragmática (paradoja toracoabdominal).

Signo de Hoover

Se observa en los pacientes con EPOC en dificultad respiratoria. Se debe al aplanamiento de las cúpulas diafragmáticas, que produce, durante la fase inspiratoria, una disminución del diámetro transversal del tórax [7].

Al nivel del abdomen

Algunas patologías abdominales pueden causar un «abdomen en tabla», como la pancreatitis necrohemorrágica y la peritonitis. El abdomen rechaza el diafragma hacia arriba y lo inmoviliza produciendo un auténtico *shunt* o un efecto *shunt* al nivel de las bases y/o partes posteriores del pulmón, provocando una hipoxia importante.

Al nivel de la piel

Al nivel de los dedos, el kinesiterapeuta puede apreciar cianosis. La cianosis se observa también al nivel de los labios. Al nivel de la piel, se observan livideces, principalmente al nivel del abdomen y de los miembros inferiores. Este fenómeno traduce el estado de hipoxia, consecuencia de la hipoxemia. Además, también se puede buscar la presencia de hipocratismo digital (abombamiento de los extremos de las uñas de los dedos) ligado a la hipoxemia crónica.

Monitorización

La pulsioximetría permite una vigilancia continua de la saturación pulsada de oxígeno (SpO₂). La SpO₂ presenta correlación con la saturación arterial de oxígeno (SaO₂) y, por lo tanto, con el grado y la hipoxemia del paciente. No obstante, no es fiable en caso de perfusión periférica insuficiente, de movimiento, de presencia de esmalte en las uñas, etc. El paciente en dificultad respiratoria presenta una frecuencia respiratoria (FR) alta. Toda disminución de ésta es habitualmente de buen pronóstico, salvo en caso de fatiga de los músculos respiratorios (por ejemplo, patologías neuromusculares), en el que se debe considerar el uso de asistencia respiratoria. La frecuencia cardíaca (FC) también es alta en caso de dificultad respiratoria y de hipoxemia, entre otras cosas para mantener un transporte de oxígeno adecuado [3]. El gasto cardíaco puede aumentar por la hipoxemia pero también por el ejercicio, el estrés, la hipervolemia, la sepsis y la anemia grave. En cambio, el gasto cardíaco puede disminuir en caso de uso de técnicas de presión positiva (tipo presión positiva continua en las vías respiratorias [CPAP] por ejemplo), de insuficiencia cardíaca, de hipovolemia, de embolia pulmonar, de hipotermia y en caso de sedación excesiva [8].

Pruebas complementarias

El kinesiterapeuta detecta, mediante la auscultación, la presencia de ruidos respiratorios anormales (secreciones, broncoconstricción) o la ausencia de ruidos respiratorios

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8558554>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8558554>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)