

Kinesiterapia in rianimazione

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

In collaborazione con l'intera equipe del servizio di rianimazione, il kinesiterapista partecipa alla valutazione clinica per assicurare la gestione respiratoria e la mobilitazione precoce del paziente. Il kinesiterapista inizia con la valutazione dei segni di distress respiratorio per identificare la causa di quest'ultimo e orientare il trattamento. Egli tratta l'ingombro bronchiale del paziente utilizzando tecniche di disingombro manuali (modulazione del flusso espiratorio, rieducazione alla tosse) e strumentali (ventilazione con percussioni intrapolmonari, insufflazione/exsufflazione meccanica, aspirazione endotracheale). Inoltre, partecipa alla gestione del paziente ipossiémico e/o ipercapnico attraverso l'introduzione dell'ossigenoterapia e la regolazione appropriata dei parametri ventilatori in ventilazione meccanica tanto invasiva quanto non invasiva. Il comfort respiratorio del paziente e lo svezzamento dalla ventilazione meccanica e dall'ossigeno sono due obiettivi chiave della kinesiterapia respiratoria in rianimazione. Il kinesiterapista inizia precocemente la mobilitazione del paziente. Egli mira al rinforzo muscolare globale e analitico (per esempio, i muscoli respiratori) per promuovere l'autonomia funzionale e l'autonomia respiratoria del paziente. Per fare ciò, sono indispensabili un approccio multidisciplinare, una limitazione della sedazione e una nutrizione ottimale. I benefici muscoloscheletrici, respiratori e psicologici della mobilitazione precoce del paziente di rianimazione sono noti. Praticate nella maggior parte dei pazienti in respirazione spontanea o intubati e ventilati, le tecniche di mobilitazione vanno dalla mobilitazione passiva al letto alla deambulazione del paziente fuori dalla sua stanza.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Disingombro bronchiale; Ossigenoterapia; Ventilazione meccanica; Mobilitazione precoce; Rianimazione

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Esame clinico	1
Valutazione clinica respiratoria	1
Valutazione clinica funzionale	3
■ Disingombro del paziente di rianimazione	3
Ingombro bronchiale del paziente di rianimazione	3
Tecniche di disingombro bronchiale	3
■ Gestione del paziente ipossiémico	4
Ossigenoterapia convenzionale	4
Ossigenoterapia ad alto flusso	4
Rischi legati all'ossigeno	5
Pressione positiva continua	5
■ Gestione del paziente ipercapnico	5
Ventilazione non invasiva	5
Ruolo del kinesiterapista nel paziente sotto ventilazione meccanica invasiva	6
■ Mobilitazione precoce in rianimazione	6
Definizione	6
Poche barriere alla mobilitazione del paziente di rianimazione	6
Come facilitare la mobilitazione precoce?	7
Tecniche di mobilitazione	7
■ Conclusioni	10

■ Introduzione

L'interesse della kinesiterapia in rianimazione è noto ^[1, 2]. Si svolge in collaborazione con l'intera equipe del servizio di rianimazione, assicurando, così, la ripartizione di compiti multipli. Questo articolo descrive i diversi ruoli del kinesiterapista in rianimazione: assicurare il disingombro bronchiale, partecipare alla gestione del paziente in distress respiratorio acuto, ipossiémico e/o ipercapnico, che fa seguito ad ogni stato patologico (medico o chirurgico), richiedendo il ricovero in rianimazione, e mirare all'autonomia funzionale attraverso la mobilitazione precoce del paziente. Per svolgere la sua funzione, il kinesiterapista deve essere formato alla valutazione clinica respiratoria e funzionale del paziente, alle tecniche di disingombro bronchiale, manuali e strumentali, all'ossigenoterapia, alla ventilazione meccanica invasiva e non invasiva (VNI) (dall'interpretazione delle curve di ventilazione fino alla regolazione del respiratore) e alla mobilitazione del paziente di rianimazione.

■ Esame clinico

Valutazione clinica respiratoria

È attraverso un esame clinico che il kinesiterapista deve rilevare l'importanza di un distress respiratorio, tanto nel paziente

ostruttivo che in quello restrittivo. In effetti, qualsiasi miglioramento o peggioramento della malattia respiratoria si manifesta con segni clinici e paraclinici che il kinesiterapista deve esaminare.

L'esame del paziente in comincia interrogando il paziente o la sua famiglia per determinare il suo stato respiratorio precedente. In seguito, l'esame consiste nel visualizzare il viso, il collo, il torace e l'addome del paziente.

Far parlare il paziente

Con domande semplici, il kinesiterapista può rapidamente avere un'idea dello stato di dispnea del paziente [3]. Se il paziente parla fluentemente e con frasi molto lunghe, senza dover riprendere il suo "respiro", nella maggior parte dei casi il suo stato respiratorio non è preoccupante. Se il flusso del discorso è frammentato per riprendere fiato, lo stato respiratorio del paziente è più preoccupante. Se il paziente risponde solo "sì" o "no", il suo stato respiratorio è nettamente più grave.

Ascoltare i "rumori" in bocca

I rumori o "sibili" in bocca possono aiutare il kinesiterapista a conoscere l'origine della malattia. Ogni sibilo con predominanza inspiratoria può essere originato da una patologia laringea (edema laringeo postestubazione, spasmi delle corde vocali, ecc.). Ogni "sibilo" con predominanza espiratoria può essere causato da un aumento delle resistenze delle vie aeree, per esempio nel paziente asmatico in crisi o nel paziente affetto da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). In questo tipo di patologia, l'assenza di un sibilo espiratorio può essere di prognosi buona o molto infausta (broncospasmo completo).

A livello del viso

Oltre a una generale espressione di ansia, si devono notare diversi segni specifici [4].

A livello della fronte

La presenza di sudore a livello della fronte può essere causata dalla temperatura elevata o da ipoglicemia, ma può anche essere il segno di un'ipercapnia dovuta a un'ipoventilazione alveolare generalizzata.

A livello della bocca

La cianosi a livello delle labbra è causata da un'ipossiemia più o meno importante. Tuttavia, non ogni ipossiemia dimostra una cianosi, soprattutto nel paziente anemico.

Espirazione a labbra strette

Questo segno è presente nei pazienti che presentano un aumento delle resistenze delle vie aeree. Il tempo espiratorio è, così, prolungato, favorendo lo svuotamento del polmone e diminuendo la pressione espiratoria positiva (PEP) intrinseca (PEPi) [5].

Alitamento delle pinne nasali

Un paziente in distress respiratorio presenta spesso un alitamento delle pinne nasali con un'"apertura" maggiore delle narici in fase inspiratoria [4, 6].

A livello del collo

Lavoro dei muscoli "accessori"

Nel paziente in distress, si osserva un lavoro maggiore dei muscoli trapezi superiori e sterno-cleido-mastoidei [4].

Infossamento soprasternale

In fase inspiratoria, occorre pensare a un distress respiratorio di origine laringea (spasmo delle corde vocali, edema laringeo, ecc.). Il paziente ha un'inspirazione prolungata.

Segno di Campbell

Questo segno si manifesta con un abbassamento del pomo d'Adamo all'inspirazione legato all'utilizzo dei muscoli respiratori accessori.

A livello del torace

Immobilità relativa di un emitorace

Questo segno compare in caso di emitorace o pneumotorace completo di un polmone o di un'atelettasia importante.

Respirazione paradossale

Questo tipo di respirazione compare in caso di lembo toracico (paradosso toracico puro), in un avanzato stato di distress respiratorio, segno di esaurimento diaframmatico, o in caso di paralisi diaframmatica (paradosso toracoaddominale).

Segno di Hoover

Lo si riscontra nei pazienti affetti da BPCO in distress respiratorio. Esso è dovuto all'appiattimento della cupola diaframmatica che causa, durante la fase inspiratoria, una riduzione del diametro trasverso del torace [7].

A livello dell'addome

Alcune patologie addominali possono causare un "addome di legno", come la pancreatite necroticoemorragica e la peritonite. L'addome spinge verso l'alto il diaframma e lo immobilizza causando un vero shunt o un effetto shunt a livello delle basi e/o delle parti posteriori del polmone e provocando una significativa ipossiemia.

A livello della cute

A livello delle dita, il kinesiterapista può osservare la cianosi. La cianosi si osserva anche a livello delle labbra. A livello della cute, si osservano principalmente delle mazzature a livello dell'addome e degli arti inferiori. Questo fenomeno traduce lo stato di ipossia, conseguenza dell'ipossiemia. Inoltre, egli può anche ricercare l'ippocratismo digitale (rigonfiamento delle estremità delle unghie delle dita) legato all'ipossiemia cronica.

Monitoraggio

L'ossimetria pulsata permette un monitoraggio continuo della saturazione pulsata di ossigeno (SpO₂). La SpO₂ è correlata alla saturazione arteriosa di ossigeno (SaO₂) e, quindi, al grado di ipossiemia del paziente. Tuttavia, non è affidabile in caso di perfusione periferica insufficiente, di movimento, di smalto sulle unghie e così via. Un paziente in distress respiratorio presenta una frequenza respiratoria (FR) elevata. Ogni riduzione di quest'ultima è, abitualmente, di buona prognosi, salvo in caso di affaticamento dei muscoli respiratori (per esempio, patologie neuromuscolari), in cui si deve ipotizzare un'assistenza ventilatoria. La frequenza cardiaca (FC) è elevata anche in caso di distress respiratorio e di ipossiemia, tra l'altro per mantenere un trasporto di ossigeno adeguato [3]. La gittata cardiaca può aumentare per l'ipossiemia, ma anche per l'esercizio fisico, lo stress, l'ipervolemia, la sepsi e l'anemia grave. Viceversa, la gittata cardiaca può diminuire in caso di utilizzo di una tecnica a pressione positiva (tipo *continuous positive airway pressure* [CPAP], per esempio), di insufficienza cardiaca, di ipovolemia, di embolia polmonare e di ipotermia e in caso di eccessiva sedazione [8].

Esami complementari

Il kinesiterapista rileva, attraverso l'auscultazione, la presenza di rumori respiratori anormali (secrezioni, broncocostrizione) o l'assenza di rumore respiratorio in caso di ipoventilazione fino al silenzio auscultatorio. L'auscultazione deve essere simmetrica e attenta durante l'intero ciclo respiratorio: inizio e metà e fine della fase inspiratoria ed espiratoria.

È fondamentale anche che il kinesiterapista abbia delle conoscenze tanto sulla valutazione della funzione respiratoria che sulla diagnostica per immagini medica (radiografia ed ecografia polmonare, tomografia di impedenza elettrica) e sull'emogasanalisi. Questi vari esami permettono di migliorare l'accuratezza diagnostica e, quindi, la gestione in kinesiterapia respiratoria [9, 10].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8558613>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8558613>

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