

# Resolución de atelectasia completa del pulmón izquierdo con manejo de fisioterapia pulmonar

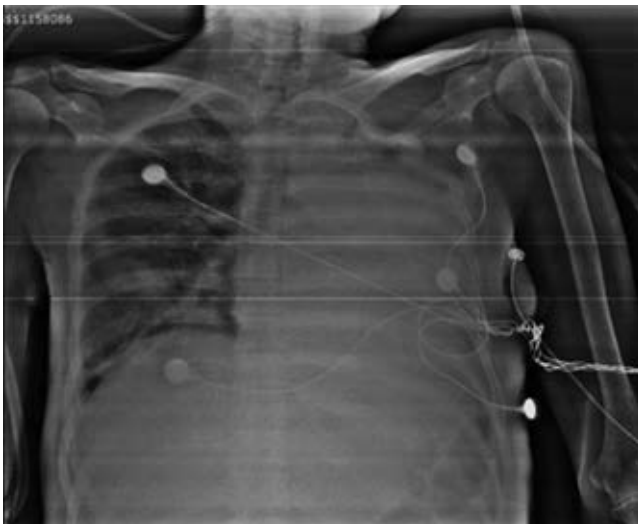
## Resolution of complete atelectasis of the left lung with pulmonary physiotherapy management

Robert Alexander Jones Baro,\* Miguel Ángel Martínez Camacho,\*  
Eliseo Moctezuma Aguirre Curiel,† Pablo Duarte Molina§

**Citar como:** Jones BRA, Martínez CMÁ, Aguirre CEM, Duarte MP. Resolución de atelectasia completa del pulmón izquierdo con manejo de fisioterapia pulmonar. Acta Med GA. 2023; 21 (2): 178-179. <https://dx.doi.org/10.35366/110270>

Mujer de 40 años de edad postnefrectomía secundario a absceso perirrenal, deterioro hemodinámico y respiratorio que requirió manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). La paciente presentó ventilación prolongada con necesidad de traqueotomía. Después de 38 días de estancia en la UCI se logra la decanulación de traqueos-

tomía con éxito. Sin embargo, al cuarto día posterior a la decanulación presenta atelectasia completa del pulmón izquierdo sin datos de inestabilidad respiratoria (Figura 1). Las atelectasias completas se caracterizan radiológicamente por pérdida de la aireación pulmonar, radiopacidad de la región afectada, pérdida de la silueta cardiaca, ascenso de



**Figura 1:** Radiografía previa al abordaje fisioterapéutico.



**Figura 2:** Radiografía de control seis horas después del abordaje fisioterapéutico.

\* Servicio de Fisioterapia en Áreas Críticas.

† Residencia de Medicina Crítica.

§ Servicio de Terapia Intensiva de Infectología.

### Correspondencia:

Miguel Ángel Martínez Camacho

Correo electrónico: [lftmiguelangelmtz@gmail.com](mailto:lftmiguelangelmtz@gmail.com)

Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Ciudad de México.

Aceptado: 05-10-2022.

[www.medigraphic.com/actamedica](http://www.medigraphic.com/actamedica)





**Figura 3:** Radiografía de control al egreso de la terapia intensiva.

la cúpula diafragmática, desplazamiento de las estructuras mediastinales y tráquea de forma ipsilateral. Debido a las características del caso y las posibles complicaciones de manejo por medio de broncoscopia, se decide abordar de forma conservadora por medio de técnicas de fisioterapia pulmonar. Dentro del manejo fisioterapéutico se utilizaron técnicas de expansión torácica con apoyo de presión positiva con bolsa válvula mascarilla + válvula de presión positiva al final de la espiración (PEEP) de 10 cmH<sub>2</sub>O, tos asistida manual, fisioterapia de tórax para el manejo de secreciones y decúbito inspiratorio controlado (EDIC). Esta última técnica prioriza la ventilación hemipulmonar colocando en supralateral el pulmón a ventilar seguido de inspiraciones guiadas y finalizadas con espiraciones asistidas por compresión manual del tórax. Después de la radiografía de control a las seis horas (*Figura 2*) se decide la utilización de ventilación mecánica no invasiva durante la noche como manejo coadyuvante con una presión soporte 5 cmH<sub>2</sub>O y una PEEP de 5 cmH<sub>2</sub>O. Se logra el egreso hospitalario a los ocho días del evento con seguimiento médico y fisioterapéutico (*Figura 3*).