



Movilización precoz del paciente en Cuidados Intensivos

Early mobilization of the Intensive Care patient

Pablo Stalyn Jarrín Anchundia*

Citar como: Jarrín APS. Movilización precoz del paciente en Cuidados Intensivos. Acta Med GA. 2022; 20 (3): 255-257. <https://dx.doi.org/10.35366/105729>

Resumen

La fisioterapia en los servicios de medicina crítica es parte del protocolo de atención establecido para los pacientes que permanecen largos periodos de inmovilización hospitalaria. En los últimos años tanto médicos intensivistas como instituciones médicas han coincidido en la importancia de la movilización precoz del paciente crítico. El objetivo del profesional en terapia física es movilizar a todo paciente que tenga las condiciones de estabilidad hemodinámicas, aplicando diversos ejercicios progresivos, técnicas que utilizarán dependiendo de los criterios de inclusión y exclusión en los que se encuentre el paciente día tras día. Esto ocasiona que el fisioterapeuta esté pendiente de los cambios clínicos que muestren los pacientes, razón por la cual es deber del fisioterapeuta estar presente durante los pases de visita de los médicos. Al permitirse dar educación de los ejercicios a los familiares del paciente crítico, la fisioterapia actúa también como un aliado en la humanización de la UCI.

Palabras clave: Movilización temprana del paciente crítico, organización y cultura de la fisioterapia, fisioterapia en Unidades de Cuidados Intensivos.

Abstract

Physiotherapy in critical medical services is part of the care protocol established for patients who remain in the hospital for long periods of immobilization, in recent years both intensivists physicians and medical institutions have agreed on the importance of early mobilization of the critical patient. The objective of the professional in physical therapy is to mobilize all patients who have hemodynamic stability conditions, applying various progressive exercises, techniques that they will use depending on the inclusion and exclusion criteria in which the patient is found day after day, this causes that the physiotherapist is aware of the clinical changes that patients, which is why it is the duty of the physiotherapist to be present during medical visits, by allowing himself to give education of the exercises to the relatives of the critical patient, physiotherapy also acts as an ally in the humanization of the ICU.

Keywords: Early mobilization of the critical patient, organization and culture of physiotherapy, physiotherapy in Intensive Care Units.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes ingresados por periodos prolongados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) desarrollan una serie de síndrome de desacondicionamiento físico derivado de la inmovilidad, la ventilación mecánica y los fármacos utilizados como la sedación y los relajantes musculares; esto afecta a mediano plazo la calidad de vida del paciente que puede culminar en una discapacidad permanente.¹

Entre los principales síndromes de desacondicionamiento físico es necesario mencionar la polineuropatía y la miopatía del paciente crítico, dos patologías de síntomas

similares, pero de mecanismo fisiológico distinto, cuya única forma segura de diagnosticarlo es a través de un análisis de electromiografía, un equipo poco utilizado en las UCI, por lo que desde hace algunos años se encasilla a estas dos patologías como “debilidad adquirida en la UCI” (DA-UCI), (ICU-AW, por sus siglas en inglés).^{1,2}

En Ecuador existen 23,212 camas hospitalarias, de las cuales 7% representa las camas de los servicios de Cuidados Intensivos,³ entre el equipo interdisciplinario que ofrece asistencia en la UCI están los médicos intensivistas, médicos generales residentes, enfermeras, terapeutas respiratorios y fisioterapeutas.⁴

* Fisioterapeuta del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos. Magíster en Gerencia de Hospitales. Docente de la carrera de Rehabilitación Física del Instituto Superior Universitario Bolivariano, Ecuador.

Correspondencia:

Pablo Stalyn Jarrín Anchundia
Correo electrónico: psjarrin@espol.edu.ec



En la UCI las funciones del fisioterapeuta se resumen en la prescripción formal de la actividad física y su progresión por medio de la movilización precoz para evitar complicaciones del encamamiento prolongado y favorecer su pronta recuperación.^{4,5}

MOVILIZACIÓN PRECOZ DEL PACIENTE CRÍTICO

Todos los estudios realizados con base en los beneficios de la movilización temprana indican resultados positivos para los pacientes críticos, la rotación de cama fue más corta, aumentó la calidad de vida del paciente post-UCI y disminuyó la posibilidad de futuras discapacidades físicas.^{6,7}

Sin embargo, existen varias contraindicaciones que impiden comenzar un programa de fisioterapia en un paciente hospitalizado en el servicio de medicina crítica, ésta es la razón por la cual el fisioterapeuta debe estar presente durante el pase de visita de los médicos.⁸

Contraindicaciones

Contraindicaciones absolutas:

1. Trauma o cirugía de miembros inferiores, pelvis o columna lumbar.
2. Heridas abdominales abiertas.
3. Úlceras venosas.
4. Pacientes moribundos.
5. Alteraciones graves de la coagulación y según criterio médico.
6. Trombosis venosa profunda.
7. Tromboembolismo pulmonar.
8. Hipertensión intracraneal.
9. PIC > 20 mmHg.
10. Agitación severa.

Contraindicaciones relativas:

1. Inestabilidad respiratoria. $\text{FiO}_2 > 0.6$ y saturaciones de $\text{O}_2 < 70\%$.
2. Inestabilidad hemodinámica. Pacientes con dosis elevadas de vasopresor.

Mobilizaciones

Antes de comenzar a realizar una movilización precoz debemos consensuar con el médico intensivista qué pacientes están aptos para comenzar el programa de terapia física motora.

Entre los tipos de tratamiento fisioterapéuticos están:

1. Ejercicios pasivos asistidos: se trata de movilizar cada articulación de forma pasiva por parte del fisiotera-

peuta; éstas pueden ser analíticas, es decir, movilizar una articulación específica; y globales, las cuales van dirigidas a varias articulaciones, por lo que suelen emplearse para reintroducir la extremidad en un esquema corporal del movimiento normal del propio paciente.

2. Ejercicios activos: estos ejercicios son indicados para pacientes con rango de movimiento y fuerza muscular por encima de 3 puntos en la escala del *Medical Research Council*, algunos de estos ejercicios pueden ser: pesas, cicloergómetro, sedestación y marcha asistida.⁸

A estos ejercicios de movilización también es válido agregar técnicas de facilitación sensorial como cepillado, presión suave y profunda, vibración y cambios térmicos. Igualmente, estímulos sonoros como la voz de sus seres queridos, música del gusto del paciente, dado que a mayor cantidad, calidad e intensidad del estímulo la respuesta se verá enriquecida en menor tiempo.

Método de FRESMO

Ahora que tenemos claro cuáles son las movilizaciones que se realizan a un paciente crítico, es importante organizar todas estas ideas con la experiencia práctica del día a día, razón por la cual los autores de este artículo proponen el método de FRESMO (flexión, estiramiento, movilización), que consiste en: flexión de las articulaciones de las extremidades, estiramiento de los músculos contractura dos y movilizaciones de las extremidades superiores e inferiores.⁹

Procedimiento del método FRESMO: en las extremidades inferiores se comienza con la flexoextensión de las articulaciones de los dedos del pie; continuamos con la técnica de distal a proximal, ahora con la flexoextensión del tobillo, y posteriormente la flexión de la rodilla, al estar el paciente acostado en una cama decúbito supino no quedará otra opción que realizar la movilización de toda la extremidad hasta lograr la flexión de cadera; el siguiente paso es el estiramiento de los músculos rotadores cortos de la cadera, logrando a la vez efectuar una rotación externa e interna del pie y por último, movilización de la extremidad inferior, logrando una aducción y abducción de cadera.¹⁰

En la extremidad superior, bajo el mismo algoritmo, comenzamos con la parte distal de la extremidad. Efectuamos la flexoextensión de los dedos de la mano, continuamos con la flexión de la muñeca, luego flexión de codo, en antepenúltimo lugar la flexión de hombro y por último aducción y abducción de hombro.¹¹

EVENTOS ADVERSOS DURANTE LA FISIOTERAPIA EN PACIENTES CRÍTICOS

Existen varios eventos adversos que se podrían presentar durante la realización de la fisioterapia como⁸ hipotensión ortoestática, disminución de la saturación de oxígeno, hipertensión, taquicardia, pérdida de dispositivos (sonda nasogástrica, vía central, vías periféricas, sondas vesicales).

CONCLUSIONES

El método FRESMO responde a la incógnita de qué queda después de realizar diferentes estudios sobre la eficiencia de la movilización precoz del paciente crítico, y sobre todo responde a la pregunta de qué ejercicios o terapia se le deben aplicar al paciente que está en coma inducido, aquel paciente que está dormido por los diferentes fármacos sedantes y relajantes musculares usados en las áreas de la UCI.

El fisioterapeuta desempeña un importante papel en las áreas de Cuidados Intensivos al mantener al paciente crítico en movimiento constante, mejorando su fuerza muscular, evitando escaras y disminuyendo el periodo de rotación en las camas hospitalarias. Es válido entonces preguntar ¿por qué el terapeuta físico es aún un profesional opcional en las UCI? Cuando hay suficiente evidencia sobre el beneficio que tiene la movilización precoz, se debe facilitar el acceso y el cambio organizacional de la fisioterapia en las UCI con el objetivo de disminuir los tiempos de espera en la repuesta de interconsultas médicas del médico intensivista por el profesional en terapia física, y evitar la pérdida de información que pudiese surgir de intermedio.

REFERENCIAS

1. Martínez Camacho MA, Jones Baro RA, Gómez González A. El fisioterapeuta en la Unidad de Cuidados Intensivos ¿un profesional necesario? *Acta Med Grupo Angeles*. 2020; 18 (1): 104-105.
2. Cameron S, Ball I, Cepinskas G, Choong K, Doherty TJ, Ellis CG et al. Early mobilization in the critical care unit: A review of adult and pediatric literature. *J Crit Care*. 2015; 30 (4): 664-672. doi: 10.1016/j.jcrc.2015.03.032.
3. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Ecuador. Camas y egresos hospitalarios. 2021. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/>
4. Vilana Goma A. Conceptualización del rol del fisioterapeuta en la unidad de cuidados intensivos. Universitat de Barcelona; 2019.
5. Cardona Pérez EM, González Quintero A, Padilla Chivata G, Páez Rincón SI, Alejo LA, Rodríguez Roja YL. Alteraciones asociadas al desacondicionamiento físico del paciente crítico en la Unidad de Cuidado Intensivo. Revisión sistemática. *Mov cient*. 2014; 8 (1): 131-142.
6. Wilches-Lunaa EC, Muloz Arcos VE, Girón E, Ortega D, Arias M, Pelaez G et al. Implementación de un programa de movilización temprana en pacientes críticos. *Acta Colomb Cuid Intensivo*. 2015; 15 (4): 287-292.
7. Martínez CMÁ, Jones BRA, Gómez GA, Pérez NOR, Guerrero GMA, Zamarrón LEI et al. Movilización temprana en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Crit*. 2021; 35 (2): 89-95.
8. García García J, Piqueras Díaz J, Ortiz Navarro MA, Martínez Márquez MA, Carrilero López C, Torralba Melero M. Movilización precoz del paciente crítico. *SESCAM*. 2018: 1-23.
9. Filippa Souza GD, dos Santos Albergaria TF, das Virgens Bomfim N, Magalhaes Duarte AC, Fraga HM, Prata Martinez B. Eventos adversos do ortostatismo passivo em pacientes críticos numa unidade de terapia intensiva. *ASSOBRAFIR Ciencia*. 2014; 5 (2): 25-33.
10. Gómez Cruz J, Caneiro González LT, Amarante RP, Madrigal Torres Y. Guía de práctica clínica para la rehabilitación del paciente en estado crítico. *Medisur*. 2009; 7 (1). 1-11. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/722>
11. Thomas P, Baldwin C, Bissett B, Boden I, Gosselink R, Granger CL et al. Physiotherapy management for COVID-19 in the acute hospital setting: clinical practice recommendations. *J Physiother*. 2020; 66 (2): 73-82.