

# KINESIOLOGÍA Y ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

PHYSICAL THERAPY AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

KINE LORENA ROSS V., KINE JORGE ZLATAR E., KINE ROMINA NERVI D.

(1) Servicio de Rehabilitación. Clínica Las Condes

Email: clross64@gmail.com

## RESUMEN

Los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) junto con desarrollar las alteraciones respiratorias propias de la patología desarrollan también alteraciones multisistémicas que repercuten principalmente en la musculatura respiratoria y periférica, reduciendo la capacidad de tolerancia física del paciente a las actividades diarias.

Junto al tratamiento médico, la kinesiología representa una importante herramienta terapéutica, ya que se orienta a mantener las capacidades físicas del paciente, tanto en sus condicionantes respiratorias como motoras.

El objetivo de este artículo es mostrar la importancia de la kinesiología en este grupo de pacientes, tanto durante su periodo de hospitalización como en el periodo de rehabilitación después del alta.

Palabras clave: EPOC, kinesiología, rehabilitación.

## SUMMARY

The majority of patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) develop the classic respiratory alterations, as well as systemic dysfunctions, by which contribute to the deterioration

of the respiratory and the skeletal muscles. Consequently, all of this muscle dysfunction reduce the physical capacity in the COPD patients to develop their diary activities.

The physical therapy as a complementary treatment of the medical management, is an important therapeutic tool to maintain the physical abilities of the COPD patients as much in the respiratory function as in the motor area.

This paper attempts to review the importance of the physical therapy in the COPD patients, such as in the hospitalization time and in the consecutive rehabilitation time.

Key words: COPD, physical therapy, rehabilitation.

## INTRODUCCIÓN

La EPOC se caracteriza por obstrucción crónica y poco reversible del flujo aéreo, ocasionada por una reacción inflamatoria anómala principalmente al humo de tabaco.

Constituye un problema sanitario y económico de relevancia mundial y de creciente prevalencia. Es la cuarta causa de muerte en los Estados Unidos y se insinúa como la tercera causa de muerte

para el año 2020 (1). En Chile la EPOC es también un problema de Salud Pública, debido a su alta prevalencia y a su condición progresiva, el deterioro significativo de la calidad de vida y el gran impacto económico en las personas y en el sistema de salud (2).

El curso crónico de esta enfermedad se ve a menudo agravado por episodios de agudización o exacerbación, definido como un cambio en la situación clínica basal del paciente más allá de la variabilidad diaria que cursa con aumento de la disnea, de la expectoración, cambio en el aspecto del esputo o cualquier combinación de estos tres síntomas y que precisa un cambio terapéutico (3).

Los programas de cuidado y atención al paciente EPOC incluyen la asistencia multidisciplinaria de las distintas áreas involucradas en la evolución de la enfermedad. Estos programas de tratamiento abordan en líneas generales el cese del tabaquismo, tratamiento farmacológico, oxigenoterapia, soporte nutricional y la rehabilitación; esta última a cargo de kinesiólogos, quienes intervienen diseñando y aplicando programas de Rehabilitación Respiratoria durante los periodos intercurrentes y también desarrollando una labor de carácter asistencial a nivel hospitalario en la fase de exacerbación.

### TRATAMIENTO KINÉSICO EN LA EPOC

En el curso de una reagudización de la EPOC, si la demanda ventilatoria del paciente sobrepasa la capacidad de la musculatura respiratoria se caerá en Insuficiencia Respiratoria Aguda. Signos como movimiento paradójico toracoabdominal, utilización de la musculatura accesoria, hipotensión arterial y encefalopatía indican una agudización grave que requerirá manejo en la Unidad de Tratamiento Intensivo (UTI), y probablemente asistencia ventilatoria. Si bien la evidencia actual apoya el uso de ventilación mecánica no invasiva (VMNI), con frecuencia es necesario el uso de Ventilación Mecánica Invasiva (VMI), para pacientes con enfermedad más severa (exacerbaciones graves).

La VMI cuando es requerida tiene por objetivo proporcionar niveles adecuados de oxigenación y ventilación alveolar, corregir la acidosis que podría amenazar la vida del paciente, permitir el reposo y la recuperación de los músculos respiratorios tras un periodo de agotamiento y ganar tiempo para que actúe el tratamiento médico, mientras se revierte la causa que precipito la exacerbación.

Los objetivos de la Kinesiología Respiratoria (KNTR) incluyen optimizar la ventilación alveolar, reducir el trabajo diafragmático, mejorar la mecánica ventilatoria y facilitar la eliminación de secreciones bronquiales. Todo esto mediante una serie de **Técnicas Kinésicas Respiratorias** compuestas por un conjunto de maniobras manuales sobre el tórax, ejercicios ventilatorios,

posiciones y procedimientos terapéuticos destinados a mejorar la ventilación alveolar y así optimizar el intercambio gaseoso.

Como la VMI se asocia a numerosos efectos secundarios, es aconsejable iniciar el proceso de desconexión lo más precozmente posible. Se recomienda el uso de VMNI tras la extubación como puente hasta que el paciente logre la ventilación espontánea sin necesidad de soporte ventilatorio alguno.

El uso de VMNI corresponde al tratamiento actual de primera línea en EPOC. Se ha constituido en un importante elemento terapéutico, ya que permite solucionar exitosamente un gran porcentaje de los casos reduciendo costos, estadías, complicaciones y mortalidad. Los objetivos de su uso son reducir la alteración de la bomba ventilatoria estableciendo un normal equilibrio entre la carga muscular y la capacidad muscular respiratoria, aliviando la fatiga muscular, disminuyendo la frecuencia respiratoria (FR), evitando el colapso alveolar y mejorando la oxigenación arterial.

La acción terapéutica del kinesiólogo en los pacientes con VMNI se traduce en promover la adaptación del paciente al equipo, asegurar un buen ajuste de la interfase, minimizar la fuga del circuito, instruir al paciente en técnicas kinésicas ventilatorias, promover tos efectiva y el registro de los parámetros ventilatorios y signos clínicos como FR y valores de saturación de oxígeno. Junto con esto se debe asegurar una buena posición del paciente, de elección 45 grados respecto de la vertical, ejercicios de espiración lenta, maniobras de distribución del aire inspirado más asistencia tusígena.

Es recomendable también en esta etapa la movilización del paciente mediante una secuencia progresiva de actividades físicas que van desde la movilización en cama en una primera etapa, pasando por la transferencia a silla, hasta la bipedestación y deambulación en un circuito previamente establecido dentro de la UTI, con o sin oxígeno suplementario, según las necesidades del paciente.

Al egresar el paciente de la UTI, pasa a la Unidad de Cuidados Intermedios (UCI), donde se continúa con el tratamiento kinésico orientado tanto a mejorar las condicionantes respiratorias como motoras, estableciendo continuidad con las actividades kinésicas ya comenzadas en la UTI. Actualmente, se pone especial énfasis en la actividad física precoz a fin de conseguir estabilidad cardiorrespiratoria mediante actividades que alcancen efectos fisiológicos optimizando la ventilación, perfusión y el metabolismo muscular. La KNTR continúa tanto con el paciente conectado a VMNI como en ventilación espontánea, orientada a conseguir los objetivos ya planteados anteriormente.

En ocasiones se hace necesario diseñar un programa de entrenamiento de la musculatura respiratoria con el uso de Válvula

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3830248>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3830248>

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