



Kinesiterapia de los trastornos circulatorios de retorno

J.-C. Ferrandez, S. Theys, J.-Y. Bouchet[†]

Los trastornos linfovenosos suelen asociarse a numerosos síntomas y a la presencia de edemas. Al no ser posible tratar sus causas, sólo cabe retrasar o reducir las complicaciones. Al ser refractarios, el éxito del tratamiento depende de su cumplimiento a largo plazo. Por la diversidad de sus formas y evoluciones, tampoco es posible elaborar una guía exhaustiva de buenas prácticas. El tratamiento se basa en un trípode: drenaje manual, presoterapia neumática y ejercicios protegidos con elastocompresión. Estos métodos no dan resultados concluyentes si se usan por separado. Se combinan según tres modalidades: sustitución, complemento o mantenimiento. La presoterapia neumática puede sustituir a una bomba muscular deficiente, el drenaje puede potenciar el efecto del vendaje, una venda elástica de descongestión puede sustituirse por una venda inextensible de mantenimiento. Para que la estrategia terapéutica sea más eficaz, es necesario respetar cuatro principios. El primero establece el valor de la presión a partir de la insuficiencia venosa, la reversibilidad y la consistencia del edema. El segundo insta a centrar el trabajo en la zona patológica. El tercero determina la dirección de la maniobra: anterógrada en una patología venosa y en un edema reversible/reducido, retrógrada en fase de reducción de un linfedema irreversible. El cuarto orienta el deslizamiento cutáneo de forma centrípeta en una zona deshinchada/sana y centrífuga en una zona edematizada. El programa de descongestión comprende cuatro fases: inicial de reducción estándar, intensiva para los edemas recurrentes/refractarios, de consolidación y preventiva de la recidiva. El éxito depende de la participación de un kinesiterapeuta especializado y experimentado y del uso de un medio de contención. Éste puede ser estándar mientras el miembro no está deformado. Cabe señalar que el paciente debe adquirir al menos dos productos para hacer posible el lavado de uno de ellos entre dos usos.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Afección linfática; Venda; Media elástica; Drenaje manual; Insuficiencia venosa crónica; Edema; Masaje; Presoterapia intermitente; Presoterapia neumática

Plan

| | |
|---------------------------------|----|
| ■ Introducción | 1 |
| ■ Protocolo diferenciado | 2 |
| Tumefacción | 2 |
| Sin tumefacción | 12 |
| ■ Conclusión | 12 |

■ Introducción

La indicación de la masokinesiterapia en los trastornos circulatorios de retorno está bien establecida, pero todavía no existe un marco de consenso ^[1]. Lo que falta es una diferenciación etiológica general ^[2], por ejemplo, a cuán-

tas patologías se atribuye la causa «linfática» o cómo hacer la distinción entre estasis, hiperdistensibilidad e hiperdistensión.

La aparente disparidad de las consignas está fomentada por una exageración de protocolo: las formas evolutivas son asimiladas a las formas constituidas, el tratamiento se confunde en una mezcla de prevención y descongestión, de prevención y mantenimiento. Por lo tanto, no es sorprendente que los elementos terapéuticos todavía sean objeto de debates escolásticos. Son ineficaces, aun cuando actúen sobre un solo principio...pero de dos cabezas: la compresión intermitente ^[2]. Esta terminología agrupa por sí sola todos los modos operatorios. Sea cual sea la técnica, debe repetirse de forma periódica una alternancia de compresión-relajación.

Las más usuales son el masaje, la presoterapia neumática (PN) y el ejercicio físico protegido con vendas o medias elásticas. El hecho de ser complementarias permite un enfoque compuesto ^[3], un calificativo preferible a complejo, completo, correcto o médico. Su uso comporta tres

[†] Autor fallecido.

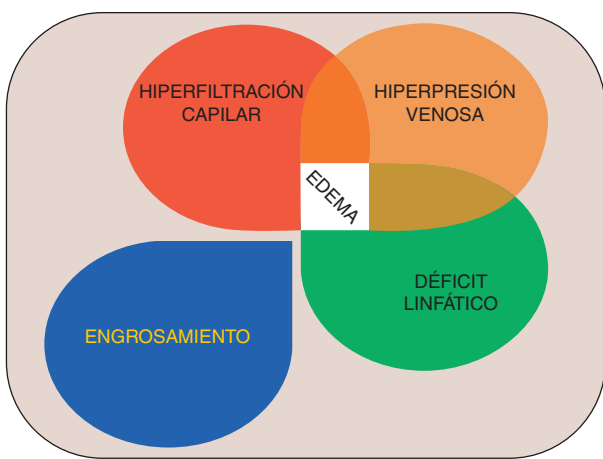


Figura 1. Cuatro elementos son fuente de tumefacción: hiperfiltración capilar, hiperpresión venosa, déficit linfático y engrosamiento tisular.

modos de alcance desigual: un modo de sustitución, un modo de complemento y un modo de mantenimiento. Por encima de un vendaje, la fricción puede sustituirse por un drenaje manual (DM), una PN puede usarse como complemento encima de un vendaje, y una venda elástica compresiva de descongestión puede reemplazarse por una venda inextensible para mantener la descongestión. Así, con algunos retoques, el protocolo puede ser distinto en cada caso y cada día.

■ Protocolo diferenciado

En rehabilitación, los trastornos de la circulación de retorno se dividen entre los que producen o no tumefacción.

Tumefacción

La tumefacción de un miembro puede deberse a cuatro elementos: hiperfiltración capilar, hiperpresión venosa (HPV), déficit linfático y engrosamiento tisular (Fig. 1) [1-3]. Los tres primeros son circulatorios (arterial, venoso, linfático) y responsables de la formación de edema, es decir, de un excedente de líquidos intersticiales. Éste, al contrario del cuarto elemento (engrosamiento tisular), es drenable y movilizable mediante las técnicas de kinesiterapia.

“ Punto importante

La diferenciación de las características de la tumefacción asegura una kinesiterapia apropiada y evolutiva.

Cada uno de los cuatro elementos puede producir edema. Su coexistencia genera lesiones con diversos grados de intrincación y de gravedad variable. Esta gran diversidad de forma hace que todavía no sea posible proponer recomendaciones basadas en un consenso real. Sin embargo, esta carencia no es perjudicial, siempre que la elaboración del protocolo permita identificar el origen del edema (Fig. 2), lo que puede efectuarse a partir de la presencia o el riesgo de dolor.

Presencia o riesgo de dolor

La reducción del edema es el objetivo fundamental del masokinesiterapeuta (MK), pero la presencia o el riesgo de dolor limita su práctica [1-3]. Las restricciones se basan en tres principios: presión limitada a 30-40 mmHg, acceso inicial a distancia (20 cm por encima de su vértice) y ausencia de deslizamiento cutáneo.

Este protocolo debe aplicarse a cuatro situaciones: cuando el dolor es espontáneo, progresivo, provocado y en zonas de riesgo.

Dolor espontáneo

Si el dolor es espontáneo, el protocolo se adapta en función de que la causa del edema sea traumática, iatrogénica, infecciosa o arterial.

Edema traumático. El edema reactivo que se desarrolla con rapidez después de un traumatismo [1] no necesita una presión muy elevada (basta 10 mmHg). Sin embargo, aunque la presión puede ser baja, es conveniente aplicarla lo antes posible después del traumatismo y de forma continua [1, 2]. Las dos técnicas principales son las vendas inextensibles y las férulas neumáticas [2, 3]; ambas pueden asociarse a una compresa fría.

En el período inmediato y durante las primeras sesiones, la técnica principal es el DM. Contribuye a reducir el edema y a combatir el dolor más que cualquier otra técnica. También mejora la confianza del paciente con el terapeuta. Su aplicación se ajusta a la localización, al dolor, a la presencia de apósitos, de cicatrices o de material de osteosíntesis. Las condiciones de asepsia suelen exigir el uso de guantes. Después de algunas sesiones se aplica PN para prolongar la acción del DM [4]. Si fuera posible, la colocación de un vendaje simple permite mantener el resultado fuera de las sesiones. El edema disminuye con bastante rapidez, por lo que el DM disminuye de forma proporcional a medida que transcurren las sesiones. Al final, mediante aplicaciones de corta duración, permite reforzar el trabajo efectuado por el propio paciente entre las sesiones.

Al prevenir y contener la formación de edema o reducirlo, el MK obtiene la recuperación de la movilidad de las articulaciones edematosas, la restauración sensorial en un paciente hemipléjico y la consolidación más rápida de una fractura [1, 2].

El edema algodistrófico es una complicación demasiado frecuente de un traumatismo. El edema que acompaña al síndrome doloroso regional complejo de tipo 1 (según la norma de denominación actual) es un edema por sobrecarga a raíz de una hiperpermeabilidad capilar. Muy resistente a los tratamientos, puede responder a un DM efectuado con prudencia en función del dolor.

Es blando, depresible y no necesita una presión superior a 30 mmHg.

Las maniobras se efectúan con la palma de la mano, sin hacer tracciones cutáneas circulares (Vodder, 1932), longitudinales centrípetas (Leduc, 1978) o centrífugas (Theys, 1997) [5], ya que cualquier tracción provocaría o intensificaría la sensación dolorosa. Se comienza 20 cm por encima de su vértice y se avanza con prudencia en sentido retrógrado. Tras algunas sesiones, el DM se efectúa por encima de un vendaje. Éste se rehace al final de la sesión para que su presión se acomode a la reducción del edema.

Edema iatrogénico. Los edemas iatrogénicos dolorosos se dividen en edema por sobrecarga y edema por bloqueo.

Edema por sobrecarga. Exceptuando el edema algodistrófico postoperatorio (Fig. 3), los edemas por sobrecarga se dividen en inflamatorios y pericicatriciales.

Edema inflamatorio. La inflamación produce una hiperfiltración que termina en un edema por sobrecarga. Las lesiones en el tercio inferior de la pierna («zona de polaina») son frecuentes en las insuficiencias venosas crónicas (IVC) [1-3].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8558582>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8558582>

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