



## LOS NIÑOS, EL CATARRO Y LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

El progresivo aumento tanto de la incidencia como de la prevalencia de las patologías respiratorias en nuestra sociedad actualmente es muy importante, y suponen para la sociedad un alto coste social y económico, tanto en términos de días de hospitalización, como en bajas laborales y muerte precoz. Los grupos de población susceptibles de recibir los tratamientos de la fisioterapia respiratoria son numerosos, tanto en adultos como en el ámbito de la pediatría donde se tratan cuadros de bronquiolitis, neumonía, asma, fibrosis quística.

La creciente incidencia de las enfermedades respiratorias infantiles está ligada por unaparte a la evolución de los gérmenes responsables de las infecciones respiratorias y al predominio actual de las infecciones virales sobre las infecciones bacterianas, y por otra parte la predisposición genética y a un conjunto de factores ambientales en los que se asocian la polución del aire y el estilo de vida (ha aumentado el número de nacimientos de bebés prematuros dada la mayor edad de las madres, y han avanzado las técnicas de reanimación neonatal). Otros condicionantes externos son la exposición al tabaco, la contaminación y los contagios provocados por la asistencia a guarderías desde una edad muy temprana. Según la Organización Mundial de la Salud, entre el 70 y el 80 por ciento de los niños menores de dos años ha sufrido alguna vez bronquiolitis, con un pico de frecuencia entre los 2 y 10 meses. Se considera que los niños menores de 2 años que presentan más de tres episodios de obstrucción broncopulmonar son asmáticos (el 80% de los casos de asma observados en el niño comienza antes de los cinco años).

### Epidemias estacionales

La bronquiolitis es una enfermedad que evoluciona por epidemias estacionales de carácter invernal, sobre todo entre diciembre y marzo. La mayoría de las veces comienza por una afección de las vías respiratorias extratorácicas y, después de 48 a 72 horas, se extiende hacia las vías respiratorias intratorácicas donde la afección determina un edema e infiltración bronquiolares y un broncoespasmo. El principal agente causal de esta afección, implicado en un 50-90% de los casos, es el virus respiratorio sincitial (VRS). Su agresión determina un estado de obstrucción grave de las vías respiratorias distales, que se manifiesta por múltiples tapones que dificultan el intercambio gaseoso.

La fisioterapia respiratoria empieza desde los primeros síntomas. Generalmente los procesos se inician con la presencia de excesiva mucosidad nasal y faríngea. La nariz es la primera barrera de defensa del sistema respiratorio, filtra, calienta y humidifica el aire. La imposibilidad de respirar adecuadamente por la nariz facilita la entrada de microorganismos, seca y debilita la protección de las vías aéreas haciéndolas mas vulnerables a las infecciones. Para la higiene rinofaríngea utilizamos suero fisiológico simple que podemos encontrar en cualquier farmacia en botellas o en monodosis de 5ml. La técnica que empleamos se llama desobstrucción rinofaríngea retrograda y se asemeja a un lavado nasal convencional con algunas particularidades. Para realizarlo debemos tener la boca cerrada y la otra fosa nasal tapada, acompañamos la entrada del suero con una inspiración profunda haciendo circular el suero a través de las fosas nasales y faringe hasta la boca, por donde lo expulsamos. Se realiza sobre las dos fosas nasales.

A continuación es importante realizar una técnica de sonado correcta obstruyendo una fosa nasal para limpiar la otra con una espiración fuerte. Si obstruimos las dos fosas nasales a la



vez aunque sea de forma intermitante generamos presiones elevadas que pueden empujar la mucosidad hacia los senos nasales o las trompas de Eustaquio.

Las técnicas específicas de fisioterapia respiratoria que usamos en el tratamiento de las bronquiolitis consisten en la realización de una serie de maniobras donde colocamos nuestras manos en el tórax y el abdomen del bebé, de forma que mediante presiones, aumentamos el flujo aéreo, y con ello, movilizamos todas las secreciones que taponan los bronquios de los niños. De esta manera conseguimos que el moco se desprenda, se moviliza en la tráquea y la faringe, y se evacua a través de toses provocadas gracias a la técnica de aceleración del flujo aéreo.

Este proceso se ayuda con suero fisiológico y, cuando la edad del niño lo permite, diversos instrumentos que consiguen mejorar el efecto que persigue, como la Acapella o el Flutter que transmiten vibraciones endotraqueales para coadyuvar al desprendimiento de las secreciones.