

PUNTOS DE UNIÓN ENTRE LAS ACTUALES TÉCNICAS DE DRENAJE RESPIRATORIO A TRAVÉS DE LA FISIOLOGÍA

J. Olivares Báez; M. Muñoz González; B. López Aguilar; Fisioterapeutas del Hospital universitario Virgen Macarena. winstonero@hotmail.com

Drenaje autógeno. Se trata de una técnica de limpieza bronquial que utiliza **inspiraciones y espiraciones lentas** controladas por el paciente en posición sentado, comenzando por el **VRE** para la movilización de secreciones ubicadas en los bronquios medios, y evolucionando después progresivamente hacia el **VRI** para evacuación de las secreciones que se localizan en el árbol respiratorio proximal. Las espiraciones se realizarán con la **glotis abierta** para evitar resistencia al flujo, a su vez el flujo espiratorio se aumentará cuanto mas cerca del **VRI** se trabaje. Al final de las inspiraciones se realiza una pausa inspiratoria para la correcta difusión del aire en las zonas obstruidas. Esta técnica de limpieza bronquial se apoya sobre el aspecto de la curva débito-volumen comparadas de la espiración forzada y de la espiración "suspirada". Fig. 2

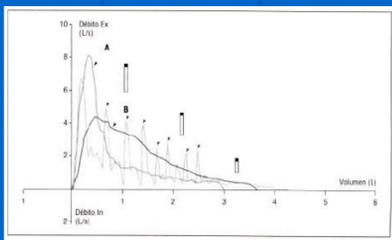


Fig2. Curvas débito/volumen comparadas de la espiración forzada, de la espiración lenta y de la tos.

ELTGOL. La espiración lenta total con glotis abierta en laterodecubito, es una **espiración lenta**, que comienza en la capacidad residual funcional **CRF** y que continua hasta el volumen residual **VR**, el paciente se coloca en **laterodecubito** del lado donde se encuentra el acumulo de secreciones. La ELTGOL es una técnica activo-pasiva o activa. El paciente se coloca en decúbito lateral y realiza espiraciones lentas a partir de la CRF hasta el VR. Se puede ayudar el fisioterapeuta que, situado detrás de él, ejerce una presión abdominal infralateral con una mano y una presión de contra-apoyo a nivel de la parrilla costal supralateral con la otra mano. Esta presión, dirigida hacia el hombro contralateral, favorece una desinsuflación lo más completa posible del pulmón infralateral. El paciente sostiene una boquilla de cartón Fig. 3, que atrapa con los dientes y que rodea con los labios. Esto favorece la **apertura de la glotis** para disminuir la resistencia al flujo.

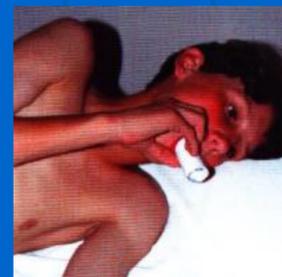


Fig. 3. Paciente sosteniendo una boquilla de cartón.

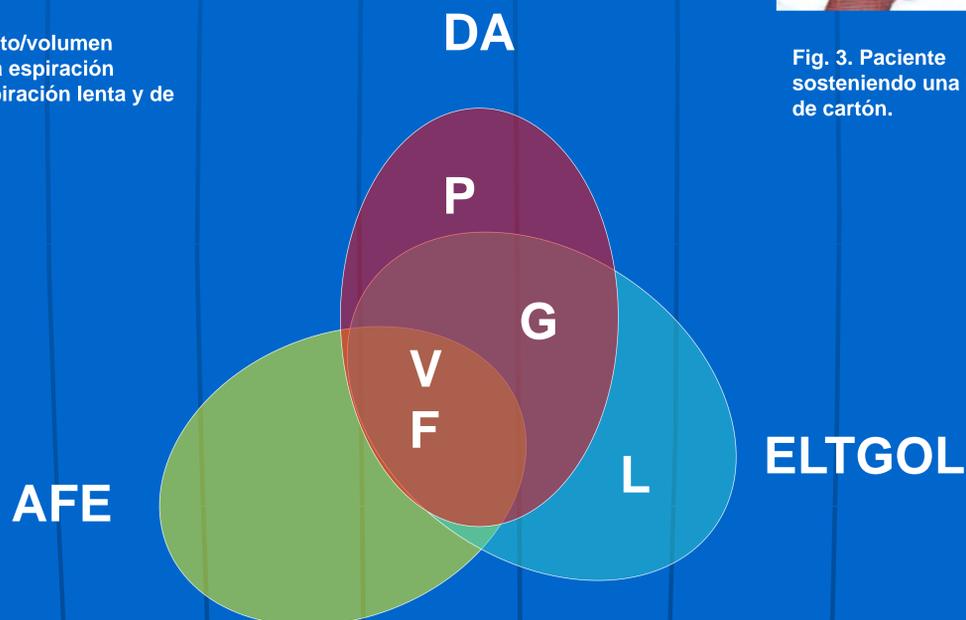


Fig. 1. Esquema de los puntos de unión entre las actuales técnicas de drenaje respiratorio a través de la fisiología.
DA: Drenaje Autógeno. AFE: Aumento de Flujo Espiratorio. ELTGOL. Espiración Lenta Total Glotis Abierta en Laterodecubito.
P: Pausa inspiratoria. G. Glotis abierta. V. Volúmenes. F: Flujo. L: Laterodecubito.

Aumento del flujo espiratorio (AFE). Consiste en realizar **aumentos de flujo** espiratorios con variación de los **volúmenes** pulmonares (bajos, medios y altos), flujos y duración de la espiración.

Su objetivo es aumentar activa o pasivamente el flujo espiratorio para movilizar las secreciones y facilitar la expectoración del paciente de una forma selectiva, aproximándolas desde las zonas distales a las proximales.

Conclusiones

1. Las tres técnicas analizadas comparten dos conceptos fisiológicos, con lo que esto nos marca la base de los métodos actuales de drenaje bronquial.
2. De los tres métodos evaluados dos de ellos comparten un tercer concepto, con lo que nos da a entender que las principales técnicas de drenaje de vías respiratorias en la actualidad comparten básicamente la misma estructura con ligeras modificaciones.

Bibliografía.

Postiaux G. Fisioterapia respiratoria en el niño. 1ª ed. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana. 2000.
Apolo Arenas M. D. Unidad didáctica III. Técnicas de fisioterapia respiratoria. Tema 10. Técnicas de drenaje bronquial. 2014