

# Fisioterapia Respiratoria

¿Cómo se realiza?

La fisioterapia respiratoria que aplicamos en los bebés consiste en una serie de maniobras donde colocamos nuestras manos en el tórax del bebé de forma que aumentamos su flujo aéreo y con ello movilizamos todas las secreciones que taponan los bronquios de los niños.

El bebé estará tumbado manteniendo inclinado la base de apoyo. Yo siempre les explico a los papás que nuestras manos "sienten y oyen" el moco como vibra en el pecho de los bebés y como nosotros tenemos que ser capaces primero de desprenderlo luego moverlo y por último expulsarlo.

La fase de expulsión es muy importante, de hecho muchos compañeros pediatras les llama la atención de cómo somos capaces de sacar hasta ¡100 gramos de mucosidad por la boca!. Efectivamente, provocamos una tos lo suficientemente efectiva para que el bebé expulse toda la mucosidad que por sí solo no puede.

**La fase de expulsión es muy importante, de hecho llama la atención de cómo somos capaces de sacar hasta ¡100 gramos de mucosidad por la boca!**

Debemos sacar el moco, es verdad que hay veces que el bebé puede tragar las secreciones y expulsarlas en las heces, pero mi método o modelos de fisioterapia se basa en expulsarlas en su mayor medida, y no a base de golpecitos o "clapping" en la espalda, que lo único que hacen es hacer toser al bebé pero no expectorar las secreciones, y llegar incluso a tener efectos adversos o perjudiciales para el bebé.

El número de sesiones varía según la patología y situación clínica del niño, normalmente en 4-5 sesiones curamos un cuadro de bronquiolitis lo que si nos gusta insistir en las próximas revisiones, es decir, los bebés actualmente después de cuadros de bronconeumonías o bronquiolitis pueden sufrir el denominada "asma del lactante o infantil" que no tiene que perdurar a etapas más mayores siempre que las crisis asmáticas o recaídas que sufra el bebé sean en menor número y de menor gravedad. Ahí debe estar el fisioterapeuta respiratorio que garantice una limpieza bronquial efectiva tras una crisis o un "catarro mal curado".

En conclusión, me gustaría decir a todos esos papás que leen vuestra revista que no tengan duda en preguntarme si su bebé necesita fisioterapia respiratoria, pues son necesarias estas maniobras físicas si existen patología respiratoria como asma, bronquiolitis, neumonía,

atelectasia, enfermedades neurológicas, u otras entidades que cursen con cuadros de acumulación de mocos.

Se debe recurrir a una fisioterapia respiratoria de primera intención, como cuando yo trabajaba en Francia donde los pediatras o neumólogos en el Servicio de Urgencias pautaban ya fueran las 24:00 horas de la noche la fisioterapia respiratoria.

**Vanesa González Bellido**

Fisioterapeuta experta en fisioterapia respiratoria  
Coordinadora del área de fisioterapia respiratoria de la SECUR (Sociedad Española de Cuidados Respiratorios y Tecnologías Aplicadas).  
Miembro del Consejo Latinoamericano- SECUR



# Fisioterapia Respiratoria

Vanesa González Bellido, Fisioterapeuta

## Vanesa González Bellido Fisioterapeuta experta en Fisioterapia Respiratoria

Me formé y especialicé en Francia durante años en el Hospital Infantil de París donde entendí que la "kinésithérapie respiratoire" es una práctica común y habitual en el tratamiento de las patologías respiratorias infantiles. Los niños ingresados por bronquiolitis, neumonías o que padecen complicaciones respiratorias por otras enfermedades reciben una fisioterapia respiratoria de primera intención por parte de todos los profesionales sanitarios: pediatras, neumólogos, enfermeras, etc. Pero lo que más me llamó la atención fue que la mamá francesa que notaba que su bebé tenía mocos, tos o bronquiolitis sin llegar a estar ingresado, conocía y sabía que debía llevarlo a su "gabinete de Kinésithérapie respiratoire" para eliminar toda esa mucosidad y prevenir un mal mayor.

Cuando llegué a España todo era muy diferente, la forma de tratar las patologías respiratorias infantiles, como as bronquiolitis, por ejemplo, requerían únicamente un tratamiento médico y nada más. Yo pensaba, ¿y qué pasa con toda esa mucosidad que los niños tienen en los bronquios, quién los saca?.

### **NO EXISTE NINGUNA PASTILLA, JARABE O AEROSOL QUE SAQUE LOS MOCOS COMO UN FISITERAPEUTA RESPIRATORIO.**

La bronquiolitis es la afección respiratoria pediátrica más frecuente, un síndrome que afecta en un 70 a 80% de los casos a niños menores de dos años, con un pico de frecuencia entre los 2 y 10 meses. La incidencia a lo largo de los primeros años de vida es de 20 a 25 por cada 100 niños y por año. La bronquiolitis es una enfermedad que evoluciona por epidemias estacionarias de carácter invernal, observadas en el hemisferio norte, 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. En un cierto número de niños la bronquiolitis no es más que la primera manifestación del asma. El principal agente causal de esta afección, implicado en un 50 a 90% de los casos, según los autores, es el virus respiratorio sincitial (VRS) que posee un tropismo particular por las células epiteliales de las pequeñas vías respiratorias. Su agresión determina un estado de obstrucción grave de las vías respiratorias distales. Esta obstrucción se manifiesta por múltiples tapones mucosos periféricos responsables de atelectasias.

### **■ En un cierto número de niños la bronquiolitis no es más que la primera manifestación del asma.**

Como forma leve, inicialmente se comporta como un proceso catarral de vías altas, con rinitis, tos y estornudos, que en el curso de dos a tres días avanza hasta un cuadro de tos espasmódica, cianosis distal, secreción nasal, estornudos, alteración de la temperatura, irritabilidad y dificultad respiratoria leve.

Al niño pequeño también se le pueden añadir vómitos y rechazo del alimento. La forma más grave tiene una incidencia mayor en los lactantes más pequeños, es de aparición más brusca y los síntomas más frecuentes



son los trastornos respiratorios, hipertensión torácica, cianosis, aleteo nasal, intervención de los músculos accesorios, así como alteraciones gastrointestinales, del tipo rechazo del alimento, distensión abdominal, vómitos y diarreas.

También pueden aparecer sibilancias, sobre todo espiratorias y audibles a distancia y tos ruidosa en el estadio agudo; después, gruesa y productiva, disnea en forma de taquipnea con ritmo de 65 respiraciones/ minuto, hiperinsuflación, manifestada por el tiraje inspiratorio, supraesternal e intercostal y signos asociados, como trastornos digestivos y fiebre inconstante y moderada.

Diversos trabajos científicos publicados establecen que las enfermedades respiratorias pediátricas tienen repercusiones funcionales en la edad adulta.

Existe una presunción a favor de un posible origen pediátrico de la bronquitis crónica y del enfisema del adulto lo mismo que sucede entre bronquiolitis y asma.

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).

Por ejemplo, el caso de este bebé (FOTO 1) de 4 meses ingresado por bronquiolitis, acudió con fatiga, tos y no quería comer. Lo dejan ingresado 7 días, cuando es dado de alta, acude a mi consulta, con un tratamiento de "asma" ventolín y pulmicort, dos inhaladores, muy conocidos por los papá de hoy en día. Ese pulmicort va a poder hacer su efecto antiinflamatorio sobre la pared del bronquio porque hemos eliminado "toda la suciedad". Si el bronquio sigue sucio, las crisis se repiten y marcan un mal pronóstico en la evolución del bebé.

Muchos padres que acuden a nuestra consulta nos preguntan si se va a curar su bebé, yo siempre le digo que están haciendo lo correcto puesto que el niño recibe el tratamiento médico adecuado, y además están haciendo que su bebé elimine toda la mucosidad producida por el "bichito" para que así la medicación haga efecto, y lo más importante no haya repercusiones en edades más avanzadas. Además se sorprenden de la cantidad de moco que tienen en su pechito, fíjate este bebé, sacó más de 20 esputos con un peso de 40 gr de mucosidad.

La Fisioterapia Respiratoria puede tratar patologías no sólo como la bronquiolitis, sino las neumonías. ¿Quién no tiene un vecino, o primo que ha estado ingresado por neumonía?, o que le han diagnosticado un principio de neumonía?. Tratamos niños desde los 25 días de nacer, hasta los abuelitos con 70 años que padecen EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica).

Los padres de los bebés que acuden a la consulta porque le han diagnosticado una neumonía, la mayoría de los casos nos cuentan que su hijo arrastra cuadros de catarro, tos frecuente y "mucho moco" desde hacía meses, o directamente nos dicen que la neumonía es de repetición.



foto 1



foto 2



placa 1



placa 2

Les explicamos que a pesar de la medicación prescrita, existe un fenómeno FÍSICO fundamental que es la "salida del moco" o "limpieza del pulmón" y que para eso los fármacos matan los virus o bacterias pero no desplazan los mocos. Por eso es fundamental, limpiar los pulmones de sus hijos para evitar este tipo de recaídas que van mermando la función pulmonar de sus hijos.

Fíjate este caso de una niña de 7 años de edad que había sufrido cuatro cuadros de neumonía, desde los 4 meses, con bronquiolitis. Ese moco se acumuló y formó tapones hasta llegar a neumonías. La niña llegó a mi clínica el 23 de Julio recién salido de un Hospital de Madrid, me lo derivó una Neumóloga, la placa 1 el día 23 revela un tapón mucoso en medio pulmón izquierdo, pues en la placa 2, la neumonía está resuelta y no hay tapones mucosos. La niña come bien, no tiene tos, está contenta, y lo más importante preparada y lista para ir a su colegio y no faltar tanto por mocos, como muchos papá saben.

**Vanesa González Bellido**

Fisioterapeuta experta en fisioterapia respiratoria  
Coordinadora del área de fisioterapia respiratoria de  
la SECUR (Sociedad Española de Cuidados  
Respiratorios y Tecnologías Aplicadas).  
Miembro del Consejo Latinoamericano- SECUR