

## REHABILITACION

Referente a la intervención del equipo de rehabilitación, resulta indispensable afirmar un concepto básico: debe cumplirse paralelamente a la totalidad del equipo oncológico, en diversas etapas del tratamiento del paciente, inclusive en el preoperatorio. Es esencial la participación temprana y oportuna. Nuestro objetivo es mejorar la calidad de vida, disminuyendo o eliminando las limitaciones funcionales.

A veces las opciones recuperadoras se sustituyen por las de tipo paliativo, representando una finalidad en sí misma.

Por lo tanto, en cuanto al enfoque del tratamiento podemos clasificar a los pacientes en dos grupos:

- a- Pacientes Quirúrgicos
- b- Cuidados paliativos en aquellos con Ca. avanzado.

### PACIENTES QUIRURGICOS

El rol Kinesico-quirúrgico esta planeado y sistematizado en cuatro etapas.

- 1- Tiempo preoperatorio (TP)
- 2- Tiempo posoperatorio inmediato (TPI)
- 3- Tiempo Posoperatorio intermedio (TPIN)
- 4- Tiempo posoperatorio Mediato (TPM)

De alguna manera los tiempos preoperatorio y posoperatorio inmediato se unifican o nivelan en los objetivos de todas las especialidades de las cirugías. En cambio en los tiempos posoperatorio intermedio y mediato, se van perfilando las características particulares de cada sector o sistema orgánico, requeridas para resolver las secuelas funcionales típicas de cada patología.

### TIEMPO PREOPERATORIO

Los objetivos están orientados a:

1- Mejorar la capacidad respiratoria disminuyendo los riesgos posquirúrgicos, ya que gran porcentaje de nuestros pacientes son fumadores crónicos, teniendo por lo tanto patología pulmonar previa.

Actuamos por medio de la Facilitación Kinésica respiratoria (FKR), sobre el complejo neuro-ósteo- condro-bronco- pulmonar (fuelle torácico), centros y nervios de la regulación respiratoria. Procedimiento que **suma** reeducación, iatrogimnasia y todo otro método fisiokinético dirigido a recuperar o perfeccionar la función respiratoria.

La elección de la forma y tipo de Rehabilitación Respiratoria se decidirá acorde a la patología de base y al tipo de abordaje quirúrgico planeado.

2- Mejorar el lecho dador en cirugías en las que se necesitan colgajos miocutáneos.

3- Acondicionamiento preoperatorio intensivo de sectores para los cuales se prevé inmovilización o posiciones forzadas en el TPI.

También corregir el complejo postural compensando actitudes preexistentes inadecuadas.

4- Adiestrar al paciente en técnicas kinefisiátricas de alguna complejidad, a cumplir recién en el TPI, etapa en la cual el temor y dolor desalentarían el aprendizaje.

De rutina nos derivan del Departamento de Cirugía Mamaria las pacientes que tienen debilidad de la pared abdominal y se les ha propuesto efectuar una cirugía reparadora con colgajo miocutáneo de recto anterior del abdomen (TRAM). Alrededor de 20 días previos a la CX se los evalúa y se programa tratamiento fisiátrico:

- Electroestimulación para recto anterior
- Ejercicios abdominales para tonificar y obtener un pedículo con mayor irrigación y menos complicaciones posquirúrgicas. Esto es necesario por que si existiese debilidad en la pared abdominal, llevaría a algias y descompensaciones en columna, por bascula pélvica.
- Mejoramos la capacidad respiratoria y atendemos cualquier patología preexistente en articulaciones satélites a la cirugía: periartritis de hombro, cervicalgias, dorsalgias.
- Adiestramos a la paciente en técnicas y maniobras que faciliten su recuperación y eviten complicaciones en el lecho quirúrgico.

## TIEMPO POSOPERATORIO INMEDIATO

En este período aparecen dos nuevos objetivos:

- 1- Acelerar la recuperación posoperatoria, tratando las disfunciones determinadas por la patología principal, patología de base y secuelas de la CX.
- 2- Prevenir complicaciones típicas y habituales de los sistemas respiratorio, cardiovascular y vascular periférico.

## PAUTAS EN UTI

En la Unidad de Terapia Intensiva el apoyo del equipo de Rehabilitación debe ser de rutina, sistematizado, frecuente y reiterado. La rehabilitación precoz no más allá de las 24hs. posoperatorias.

1- Mantener la vía aérea permeable mediante:

- a- Drenaje broncopulmonar adaptado al paciente quirúrgico.
- b- Humidificación, instilación.
- c- Técnicas de eliminación de secreciones: tos kinésica, vibraciones, sacudidas. La percusión en los pacientes oncológicos en el TPI no es recomendable.
- d- Aspiración de secreciones.

2- Reeducar patrones respiratorios y mejorar la capacidad respiratoria. Utilizamos: Facilitación Kinésica Respiratoria acorde a la patología individual y lesión quirúrgica, elegimos cuatro tipos de técnicas:

- a- Ventilación global: ventilación más completa, de acuerdo al tipo respiratorio, amplitud, etc. (patrón diafragmático)
- b- Analítica: selectiva para sectores torácicos y pulmonares en patologías localizadas.
- c- Selectivo excluyente: Técnica reeducativa, dirigida a disminuir la participación de la zona quirúrgica en la mecánica ventilatoria compensando con resto del fuelle torácico. Ej: en Cx mamarias: exclusión inicial del hemitorax homolateral a la mastectomía, Cx abdominales: exclusión y elección del patrón intercostal.
- d- Por el traqueostoma : corregir la habitual respiración angustiosa, superficial y taquipneica realizada con los músculos accesorios del cuello, con deficitaria ventilación y mayor gasto de energía, transfiriéndola a una respiración baja, diafragmática, con relajación general y miocervical, normalizando amplitud, frecuencia y ritmo.

3- Aprendizaje de maniobras que faciliten la expectoración y eviten deshicencias de heridas o eventraciones.

4- Weaning: retirada progresiva de la ventilación mecánica.

5- Corrección del complejo postural: prevenir el deterioro articular(retracciones o posturas viciosas) y compensar la akinesia de los músculos. Las técnicas empleadas, adaptadas a las contraindicaciones del TPI son:

- latrogimnasia analítica.
- Contracciones isométricas a máxima resistencia.
- Posiciones de inmovilización funcional.

6- Facilitación vascular periférica: prevención de procesos flebíticos y tromboembólicos con:

- Gimnasia depletiva.
- Contracciones isométricas.
- Movilización precoz.

7- Prevención de escaras: hacemos hincapié en el cambio de decúbito, si las condiciones del paciente lo permiten y en mejorar la circulación en el área.

## TIEMPO POSOPERATORIO INTERMEDIO

En esta etapa se perfilan las características propias de las distintas patologías, por lo tanto la rehabilitación deberá orientarse de acuerdo a las características particulares de las mismas.

## TIEMPO POSOPERATORIO MEDIATO

Se procede a la evaluación analítica y completa de las secuelas funcionales, programándose tratamiento generalizado. Podríamos clasificarlas de la siguiente manera.

- 1- Secuelas tegumentario- cicatrizales
- 2- Secuelas osteo articulares.
- 3- Secuelas neuromusculares.
- 4- Secuelas respiratorias.
- 5- Secuelas posturales.
- 6- Linfedema.

1- Secuelas tegumentario- cicatrizales: retracciones, adherencias, bridas, cicatrices retráctiles, queloides, radiodermatitis, radionecrosis, dehiscencias que conducen a dos tipos de déficit: estético y funcional.

2- Secuelas osteo – articulares: limitación funcional, dolor articular, remplazo protésico, amputados.

3- Secuelas neuromusculares: por causas clínicas o quirúrgicas(lesión o resección de Nv.).

4- Secuelas respiratorias: de acuerdo al tipo de cirugía, por patología propia.

5- Secuelas posturales: es debido a la alteración de la imagen corporal o desbalance muscular por el tipo de cirugía o por posiciones antálgicas. También la quimioterapia y la radioterapia atentan contra la imagen corporal, la estética y el narcisismo. La persona asiste a transformaciones de su imagen externa e interna, a sensaciones propioceptivas, neurovegetativas, vivencias somáticas y experiencias corporales nuevas y displacenteras.

Detallaremos la última secuela.

6- **Linfedema:** es una insuficiencia mecánica del sistema linfático en virtud de una marcada disminución de la capacidad de transporte, con el consecuente acumulo a nivel intersticial de líquido de alto contenido proteico.

### Mecanismos de Producción

- Resección de tramos linfáticos.
- Infartación ganglionar y bloque linfático.
- Infección de la herida quirúrgica o procesos erisipelatosos.
- Complicaciones de la terapia radiante: esclerosis linfática reaccional y esclerosis del celular perilinfático
- Factores mecánicos y akinéticos:

Mecánicos: traumatismos

Actividades inadecuadas en la vida diaria, retorno a posturas o actividad profesional edematizante.

Akinéticos: inmovilización.

### SECUENCIA TERAPEUTICA

Se efectúa previo a la elección del tratamiento un examen analítico, funcional y subjetivo.

El **examen analítico** implicará:

- Examen postural.
- Examen muscular.
- Examen articular.
- Medición del perímetro del miembro afectado y del miembro sano, para luego

comparar la reducción circunferencial y valorar la eficacia del tratamiento.

Siempre debe ser efectuada por el mismo operador y con niveles de medición preestablecidos tomando como referencia jalones óseos.

La fórmula utilizada es la siguiente:

RC:( 1 b/a)x 100

Siendo RC: reducción circunferencial

a: diferencia entre la sumatoria del nivel circunferencial del miembro afectado al inicio del tratamiento con la sumatoria de los niveles del miembro considerado normal.

b: diferencia entre el valor al finalizar la serie de tratamiento con el normal.

**Examen funcional:** Valoración de las dificultades en los actos de la vida diaria y profesional.

**Examen subjetivo:** indagación del momento de aparición y de la causa probable del mismo, para lograr concientizar el compromiso de los pacientes en el tratamiento y en las medidas de prevención.

De acuerdo a esto cada paciente adquiere identidad e individualidad propias en términos de rehabilitación.

Utilizamos un enfoque multimodal para el tratamiento:

### **Fisioterapia**

- Iontoforéisis: forma medicamentosa local, por vía percutánea, en que el ingreso del medicamento se produce por una corriente galvánica, los fármacos utilizados son con fines antálgicos o hemocinéticos.

- Electroestimulación: para potenciar la musculatura o como bomba muscular.

- Gimnasia depletiva: contracciones lentas y sostenidas en posturas de drenaje.

- Gimnasia linfomiokinética: con el objetivo de mantener elásticas las articulaciones permitiendo que la contracción mejore la circulación linfática mediante la función aspiración-presión.

- Técnicas manuales: utilizamos drenaje linfático manual promoviendo la evacuación de líquidos excedentes.

- Elastocontención: manga elástica.

- Corrección del complejo postural.

### **ROL FISIATRICO EN EL EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS.**

La enfermedad puede llegar a un punto en que no sea aplicable ningún tratamiento curativo y sólo sea posible la atención paliativa.

El dolor crónico, muy frecuente en la fase terminal del cáncer, es lo primero que se debe aliviar, pero así también evitar las anquilosis o restablecer cierta independencia funcional.

En el grave desajuste psíquico que provoca el dolor en el enfermo neoplásico avanzado, el tratamiento kinésico sintomático, puede ser valioso.

En cuanto al aporte fisioterapéutico en el control del dolor, utilizamos la iontoforesis. El método tiende a bloquear o por lo menos a disminuir la aferencia sensitiva; en este momento utilizamos la asociación de tres drogas: Aine, corticoide y un antineurítico.

Otro método fisioterápico que puede utilizarse como apoyo a la iontoforesis es el electrobloqueo por corrientes rectangulares o exponenciales. El se dirige a fatigar la aferencia sensitiva, por hiperestimulación, bloqueándola o disminuyéndola.

La consigna para el terapeuta es mejorar la calidad de vida, con todos los métodos existentes al alcance de la especialidad.

De lo expuesto surge que la Kinesiología asume un rol importante en la asistencia del enfermo terminal; postergando el deterioro psicofísico-funcional.