

RECUPERAREA RESPIRATORIE A PACIENTULUI VARSTNIC

Dr. Petras Alin Eugen

- Pacienții cu patologie pulmonară cronică prezintă o simptomatologie variată: dispnee, fatigabilitate, limitări ale capacității de efort, limitări în desfășurarea activităților zilnice cotidiene, toate acestea producând alterarea calității vieții.
- În ghidurile de management al bolilor pulmonare cronice, pentru ca un tratament să întrunească criteriile standard de calitate, trebuie să includă și programe de RP; aceasta deoarece programele de reabilitare pulmonară (PRP) și-au demonstrat eficiența în îmbunătățirea calității vieții, creșterea capacității de efort și scăderea gradului de dispnee. Exercițiile fizice au mai fost asociate cu rezultate pozitive și în sfera psihosocială, în special prin reducerea anxietății și a depresiei.

- Reușita PRP depinde de răspunsul bolnavului la procesul de educare și învățare. Acesta vizează schimbarea stilului vătămător de viață practicat de bolnav, cu adoptarea altuia, cu potențial sanogen. Această intervenție reprezintă una din recomandările cele mai dificil de urmat de pacient. Din acest motiv, educarea se desfășoară în cadrul unui program organizat și structurat de livrare a informației, în care învățarea propriu-zisă reprezintă doar o parte. Învățarea este un proces activ de facilitare și dezvoltare a capacității unui individ de a aplica ceea ce a asimilat. Numai pe un fundament solid de educare și învățare se pot realiza cu succes intervențiile nutriționale ori tehnicile de respirație și de conservare a energiei și se pot adopta exercițiile fizice regulate, înțelege rolul și administra corect medicamentele și/sau suplimentarea cu oxigen etc.

- Pe lângă acestea, în funcție de dotarea centrului, se mai pot realiza evaluarea masei musculare prin impedanțmetrie, cuantificarea grosimii mușchiului diafragmatic prin ecografie, evaluarea forței mușchiului cvadriceps prin dinamometrie specifică, evaluarea gradului de anxietate și depresie, cercetarea existenței demineralizării osoase prin analiza DEXA, aprecierea gradului de mobilitate ambulatorie prin pedometrie sau accelerometrie.
- PRP trebuie să fie cât mai flexibile, venind în întâmpinarea cerințelor pacienților, dar și adaptate modelului de dizabilitate al bolnavului – într-un cuvânt, individualizate. Ținând cont de aceste lucruri s-au configurat în ultimii ani următoarele categorii de programe:



- *Inpatient* – pacienți internați într-o structură specializată din cauza unor dizabilități mari sau cei aflați într-o fază instabilă (convalescență după o exacerbare sau după un tratament într-o secție de terapie intensivă). Este un program intensiv, durata medie de spitalizare fiind de 21 de zile.
- *Outpatient* (modelul ambulatoriu) – pacienții care se adresează centrului vin la ședințe de reabilitare în mod regulat. Poate funcționa și sub formula internării de zi (staționar), cu prezentări multiple.

- Pacientul trebuie încurajat ca, între ședințe, să efectueze singur un reantrenament fizic la domiciliu. Avantajul constă în economia de resurse medicale, în schimb deplasarea poate să fie anevoioasă pentru pacient (în special iarna), atunci când centrul (spitalul) este la mare distanță.
- *Home patient* – asistență medicală de reabilitare pulmonară la domiciliul pacienților, care în țara noastră se poate asimila cu sistemul de îngrijire la domiciliu. Se axează, în general, pe pacienții care nu se pot mobiliza. Dezavantaj: lipsa unei monitorizări adecvate și absența stimulării legate de grup.

- Durata minimă a unui program de reabilitare nu a fost precis documentată. Rămâne la latitudinea echipei medicale cât de intensiv se poate derula programul. În funcție de posibilitățile centrului și de condiția pacientului se pot face una, două sau trei ședințe zilnic, timp de 21 de zile (dacă pacientul este inclus în program comprehensiv de tip *inpatient*). Durata unei ședințe este de aproximativ 60 de minute. Fiecare ședință începe cu 20–30 de minute de educație medicală, apoi urmând zece minute alocate încălzirii musculare, 20 de minute de exerciții respiratorii și zece minute la final de revenire treptată.

- Componentele principale ale unui PRP pot fi sintetizate astfel:
- 1. Evaluarea statusului funcțional;
- 2. Exerciții fizice terapeutice (exerciții aerobice de creștere a forței și tonicității musculare);
- 3. Antrenamentul la efort dozat;
- 4. Reeducarea respiratorie și tehnici de clearance respirator;
- 5. Prevenția și managementul infecțiilor respiratorii;
- 6. Utilizarea corectă a sistemelor de oxigenoterapie;

- 7. Evaluarea nutrițională și intervenții specifice;
- 8. Suport psihosocial;
- 9. Educația medicală.
- **Kinetoterapia specifică aparatului respirator**
-
- Există o multitudine de factori care pot altera funcția musculaturii scheletice în bolile pulmonare cronice: decon condiționarea fizică, inflamația sistemică, hipoxia tisulară, tabagismul, corticoterapia etc. Mecanismele limitării capacității de efort la pacienții cu patologie pulmonară evidențiază o combinație complexă de factori: limitarea ventilației și a difuziei alveolare, alterări în extragerea sau utilizarea oxigenului la nivel muscular, model respirator anormal, hiperinflație dinamică în timpul efortului fizic, alterarea musculaturii respiratorii etc.

- Pentru a stopa aceste relele distructive, antrenamentul fizic trebuie să fie riguros și bine individualizat. Refacerea masei musculare și creșterea forței acesteia se traduce în creșterea capacității de efort și a supraviețuirii. Exercițiile trebuie să se focalizeze în primul rând pe creșterea forței și a masei musculaturii membrelor inferioare, dar și a mușchiului diafragm.
- Obiectivul general constă în efectuarea de către pacienți a unor exerciții, timp de aproximativ 40 de minute/sesiune. Aceste exerciții trebuie continuate de pacient și acasă, pentru conservarea și îmbunătățirea respirației.

- Exercițiile aerobice pot să includă mersul de jos, pedalarea pe bicicleta medicală sau folosirea unui ergometru adaptat pentru membrele inferioare și superioare.
- La unii pacienți, pattern-ul respirator poate fi reprezentat de respirații superficiale, rapide, care se agravează în timpul exercițiilor sau când boala evoluează (atenție la pacienții predispuși la atacuri de panică). La aceștia apare hipoxemia indusă de exerciții, gradul hipoxemiei corelându-se cu intensitatea efortului efectuat.

- În stadiile inițiale ale antrenamentului sunt recomandate exerciții de intensitate joasă, urmând să fie crescute incremental până la atingerea pragului clinic de siguranță. În funcție de gradul de toleranță, pacienții pot începe inițial antrenamentul cu 10–15 minute/ședință, două–trei ședințe/zi, urmând o creștere progresivă (atunci când condiția clinică o permite).
- Se pretează la includere în PRP următoarele afecțiuni:
- – *Boli respiratorii obstructive*: BPOC, astmul bronșic, bronșiectaziile, fibroza chistică;
- – *Boli pulmonare restrictive*: boli pulmonare interstițiale (fibroze pulmonare, patologie pulmonară profesională), sarcoidoza, limfangiomatoza, deformări ale peretelui toracic (cifoscolioză, spondilita ankilopoietică), boli neuromusculare ce implică afectare respiratorie.

- – *Alte condiții patologice:* înainte și după intervenția toracică, înainte și după transplantul pulmonar, dependența de ventilator, sindroamele posttuberculoase, bolile respiratorii corelate cu obezitatea, bolile autoimune cu implicare pulmonară etc.
- Unul dintre obiectivele principale ale PRP îl reprezintă schimbarea stilului de viață al pacientului și acomodarea cu noul stil impus tratamentul bolii. Practic, pacientul trebuie educat cum să trăiască în noua condiție. Educarea pacientului se focalizează pe:
 - – Recunoașterea simptomatologiei și managementul exacerbării;
 - – Cunoașterea completă a medicației și a tehnicilor de inhalare;
 - – Aplicarea corectă a tehnicilor de conservare a energiei.