

V. González Bellido
P. González Olmedo
M. Moreno Martínez

Fisioterapeutas.
Departamento de Fisioterapia.
Universidad Francisco de Vitoria.

Correspondencia:
Vanesa González Bellido
Universidad Francisco de Vitoria
Ctra. Pozuelo-Majadahonda
Km. 1800
28223 Pozuelo de Alarcón.
Madrid. España
E-mail:
vanesagonzalez6@gmail.com

Fecha de recepción: 24/10/06
Aceptado para su publicación: 2/2/07

Tratamiento fisioterápico en el asma infantil: a propósito de un caso clínico

Physiotherapeutic treatment in the childhood asthma: description of a practical case

RESUMEN

Objetivos. En el presente texto se expone un caso clínico de una paciente de ocho años de edad que sufre asma persistente moderada a consecuencia de cuadros de bronconeumonía de repetición.

Paciente y métodos. La paciente es derivada por Neumología para recibir tratamiento de fisioterapia respiratoria en una clínica privada, con el objetivo prioritario de permeabilizar sus vías aéreas obstruidas por tapones mucosos que cursan con bronconeumonía. Se llevó a cabo una valoración fisioterapéutica inicial según la GEMA (*Guía Española para el Manejo del Asma*), para posteriormente llevar a cabo el programa de fisioterapia respiratoria durante 5 meses, y conseguir con éxito un control de su asma.

Resultados. Los resultados muestran un aumento en los valores espirométricos, mejora de la auscultación, radiología, anamnesis fisioterapéutica y autocontrol de su cuadro asmático.

Conclusiones. Se puede afirmar que un programa de fisioterapia respiratoria en el asma infantil aumenta la función pulmonar y la calidad de vida del niño.

PALABRAS CLAVE

Asma infantil; Fisioterapia respiratoria;
Bronconeumonía; Autocontrol.

ABSTRACT

Aims. We present the case history of an eight-year-old girl with persistent moderate asthma due to repetitive bronchopneumonia episodes.

Patient and methods. The patient was referred by the Pneumology Unit for respiratory physiotherapy at a private clinic, with the priority aim of rendering permeable her airways, which were obstructed by mucous plugs coursing with bronchopneumonia. An initial physiotherapeutic assessment was carried out according to the Spanish Guideline for the Management of Asthma; this was to be followed by a five-month respiratory physiotherapy programme with the objective of achieving successful control of her asthma.

Results. The results show an improvement of her spirometric values, of the pulmonary auscultation, of the roentgenologic findings and of the physiotherapeutic anamnesis, and evident self-control of her asthma episodes.

Conclusions. The institution of a respiratory physiotherapy programme in cases of childhood asthma improves lung function and the child's quality of life.

KEY WORDS

Pediatric asthma; Respiratory physiotherapy;
Bronchopneumonia; Self-management.

50 INTRODUCCIÓN

El asma, se define como una “inflamación crónica de las vías aéreas en la que desempeñan un papel destacado determinadas células y mediadores. Este proceso se asocia con la presencia de hiperrespuesta bronquial (HRB) que produce episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos, particularmente durante la noche o la madrugada. Estos episodios se asocian generalmente con un mayor o menor grado de obstrucción al flujo aéreo a menudo reversible de forma espontánea o con tratamiento”, según Estrategia Global para el Asma¹. El asma es una enfermedad crónica cuyo curso se extiende a todas las etapas de la vida. Una proporción importante de las personas que padecen asma sufren sus primeros síntomas en los primeros años de vida. En España, su prevalencia es intermedia y afecta al 3-4 % de la población adulta y al 8 % de la infantil². Su frecuencia ha aumentado en los últimos 20-30 años, y es menos acentuada en los países en vías de desarrollo que en los desarrollados. Las hipótesis que marcan este incremento parten de un posible trastorno de la maduración del sistema inmunológico de los niños de los países industrializados (hipótesis higienista), considerada consecuencia de la insuficiente exposición a agentes infecciosos derivada de los cuidados avanzados de la sanidad de estos países. El factor desencadenante más frecuente es la infección respiratoria³, y existe un predominio actual de las infecciones virales (bronquiolitis por virus respiratorio sincitial [VRS]) sobre las infecciones bacterianas en lactantes y niños, que ocasionan hasta el 34 % de los casos cuadros de sibilancias durante los 3 años primeros de vida (estudio de Tucson)⁴. El resto de factores estarían vinculados a los avances en las técnicas de reanimación neonatal⁵ (prematuridad y bajo peso al nacer), factores genéticos⁶ y factores medioambientales^{7,8} (aumento de la polución atmosférica y tabaquismo en período de gestación). La alergia constituye el factor ambiental de mayor riesgo para desencadenar asma. No obstante, no se debe confundir alergia con asma: de cada dos personas con asma, sólo una es también alérgica. En nuestro país, los alérgenos más frecuentes son los ácaros, pólenes de plantas (gramíneas, olivo y platanero), el pelo de los animales domésticos y los hongos microscópicos.

FISIOPATOLOGÍA

Los cambios fisiopatológicos en el asma son distintos en el caso de una crisis asmática y en el estado de intercrisis, si bien la fisioterapia respiratoria^{2,9,10} actuará en esta última fase sobre las consecuencias ocasionadas por la hiperrespuesta y la obstrucción bronquial. Se producen alteraciones en la pared de las vías aéreas: contracción del músculo liso bronquial, inflamación y edema de la pared; y una exagerada secreción mucosa: aumento de la viscoelasticidad y la adhesividad con deshidratación de las secreciones, lo que dificulta su transporte.

La obstrucción se traduce en un aumento de la resistencia al paso del aire con aumento del trabajo respiratorio. Los valores de la función pulmonar se encuentran alterados, con descenso del volumen espirado en el primer segundo de espiración (FEV_1), los flujos mesoespiratorios ($FEF_{25-75\%}$) y el índice de Tiffeneau (FEV_1/FVC)¹¹. De forma característica, a diferencia de lo que ocurre en otras enfermedades bronquiales, la obstrucción es reversible a los pocos minutos de inhalar un agonista beta-adrenérgico. En los pacientes con asma, el FEV_1 tiene a reducirse a un ritmo mayor que en la población sana, y en fases avanzadas, con gran inflamación y cambios estructurales, la obstrucción es poco reversible y responde menos a broncodilatadores y glucocorticoides¹². La capacidad funcional residual y la capacidad pulmonar total se hallan aumentadas, como respuesta de adaptación del sistema toracopulmonar para intentar disminuir la resistencia al paso del aire aumentando la tracción radial de las vías por la hiperinsuflación. En ocasiones, el niño asmático se encuentra respirando en su volumen de reserva inspiratorio.

PACIENTE Y MÉTODOS.

CASO CLÍNICO PRESENTADO

Paciente de 8 años de edad remitida por Neumología, el mes de febrero de 2006, a clínica privada de fisioterapia respiratoria para valoración y tratamiento fisioterápico. El diagnóstico médico era asma persistente moderada.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2618178>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2618178>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)