



Tratamiento no farmacológico del asma en adultos desde el punto de vista de la kinesiterapia

F. Everard, G. Reychler

Aunque la farmacoterapia es el principal modo de tratamiento en los pacientes con asma, se han propuesto distintos tratamientos no farmacológicos. Existen numerosas intervenciones no farmacológicas en el tratamiento del asma y los pacientes cada vez muestran un mayor interés por las terapias complementarias del tratamiento farmacológico para tratar su enfermedad. Éstas engloban, de forma no exhaustiva, la rehabilitación respiratoria (RR) (en inglés, breathing retraining, BR) y otras técnicas de kinesiterapia respiratoria, la homeopatía, la acupuntura, la aromaterapia, la reflexología, el masaje y la relajación. En este artículo sólo se describen los tratamientos no farmacológicos de tipo kinesiterapéutico. Entre estas modalidades de tratamiento, la RR es la más utilizada y los pacientes asmáticos la toleran bien. Engloba varias técnicas: los métodos Buteyko y Papworth, la rehabilitación respiratoria diafragmática, el entrenamiento de los músculos inspiratorios, el yoga y la biorretroalimentación. En el sentido más amplio de la kinesiterapia respiratoria, la RR puede asociarse al entrenamiento aeróbico, las técnicas de eliminación de las secreciones respiratorias, los ejercicios acuáticos y el método Lotorp. La literatura no permite recomendar sistemáticamente la utilización de una de las modalidades de RR, ni otra técnica de kinesiterapia respiratoria. Sin embargo, las técnicas respiratorias dirigidas a reducir la hiperventilación (Buteyko y Papworth) parecen las más atractivas, por una parte, para mejorar los síntomas del asma y la calidad de vida de los pacientes y, por otra parte, para reducir el uso de fármacos, aunque estas técnicas no parecen mejorar la función pulmonar.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Asma; Rehabilitación respiratoria; Buteyko; Hiperventilación; Tratamiento no farmacológico

Plan

■ Introducción	1
■ Rehabilitación respiratoria	3
Método Buteyko	3
Método Papworth	4
Rehabilitación respiratoria diafragmática	7
Entrenamiento de los músculos inspiratorios	7
Yoga	8
Entrenamiento de biorretroalimentación	8
■ Otras técnicas de kinesiterapia respiratoria	8
Entrenamiento aeróbico	8
Técnicas de eliminación de secreciones respiratorias	9
Ejercicios acuáticos	9
Método Lotorp	9
■ Conclusión	9

■ Introducción

El asma es un problema de salud importante a escala mundial. Esta patología afecta a 300 millones de personas, tomando todas las edades en conjunto ^[1]. Además, los pacientes con asma grave persistente y no controlada (5-10% de los pacientes asmáticos) presentan a menudo una alteración de la calidad de vida ^[2] y están expuestos a un riesgo mayor de exacerbaciones, de hospitalización y de fallecimiento ^[2].

Esta afección provoca repercusiones socioeconómicas debido a los gastos relacionados con las hospitalizaciones y los fármacos ^[3].

El asma es una enfermedad pulmonar crónica que se caracteriza por inflamación crónica ^[4], broncoconstricción variable según el grado de afectación y una hiperreactividad bronquial asociada a una mayor producción de secreciones ^[5]. Éstas contribuyen a la obstrucción

Cuadro 1.

Clasificación de los tratamientos del asma según la gravedad de la enfermedad.

Tratamiento 1	Beta-2 agonista de duración de acción corta (SABA) a demanda
Tratamiento 2	Beta-2 agonista de duración de acción corta a demanda y dosis baja de corticoides inhalados (CI)
Tratamiento 3	Dosis baja de CI/beta-2 agonista de duración de acción prolongada (LABA)
Tratamiento 4	Dosis intermedia o alta de CI/LABA
Tratamiento 5	Tratamiento adicional (anticuerpos monoclonales para neutralizar las inmunoglobulinas tipo E)

de las vías respiratorias, que dificulta la espiración [2]. Esta obstrucción es reversible, pero se vuelve permanente en los pacientes con asma grave.

Durante la vida, las vías respiratorias están expuestas continuamente a patógenos, contaminantes, alérgenos y varios tipos de estrés mecánico, contra los que el sistema inmunitario debe defenderse. En las personas con asma, este proceso innato está alterado y provoca una inflamación crónica y una modificación de la geometría y de las propiedades biomecánicas de dichas vías [2]. La reducción de la función respiratoria y la aparición de una obstrucción de las vías respiratorias de pequeño y de gran calibre se deben a la inflamación bronquial. Esto provoca cambios de la estructura de las vías respiratorias y una remodelación masiva de éstas [2].

Las modificaciones estructurales son refractarias a las terapias existentes y aún no existe un método para predecir ni la progresión de la enfermedad ni la respuesta al tratamiento [2].

El cuadro clínico del asma se caracteriza por la aparición de síntomas típicos como episodios recidivantes de sibilancias espiratorias, tos, disnea y opresión torácica [2]. Estos síntomas varían a lo largo del tiempo y de intensidad, provocando a veces exacerbaciones cuando se agravan [6-8].

Además, los pacientes asmáticos pueden desarrollar otros trastornos respiratorios funcionales, como una frecuencia respiratoria irregular o aumentada [9-11], así como una respiración desequilibrada con un esfuerzo respiratorio de predominio torácico en lugar de diafragmático [9, 10]. La hiperinsuflación dinámica es un signo clínico que se observa con frecuencia en las personas asmáticas y que completa el cuadro clínico [2].

La gravedad de la patología se evalúa por la intensidad del tratamiento necesario para controlar los síntomas y las exacerbaciones del asma. En esta línea, las recomendaciones de la Global Initiative for Asthma (GINA) permiten clasificar los tratamientos en cinco categorías (Cuadro 1) [7].

El asma se confunde en ocasiones (10% de los casos de asma) con el «síndrome de hiperventilación» [8, 10-13]. Esta hiperventilación provoca una hipocapnia y varios experimentos respaldan la asociación entre la hipocapnia y la broncoconstricción [14-16]. Varios estudios han demostrado que una concentración baja de CO₂ alveolar se asociaba a un aumento del tono de los músculos lisos [17, 18], lo que provoca un ciclo de hipocapnia progresiva y de broncoespasmo creciente [14, 15]. Esto explica el interés de algunas técnicas que utilizan distintas estrategias para disminuir esta hiperventilación [19]. En un estudio, se han comparado los efectos de la hipoventilación y de un entrenamiento respiratorio dirigido a aumentar el CO₂ telespiratorio, asistido por capnografía (CART). Estas dos técnicas permiten mejorar el control del asma, la función pulmonar, el uso de broncodilatadores, la hiperreactividad de las vías respiratorias y la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, los autores distin-

guen estos dos métodos, porque el método CART mejora más la función pulmonar y los síntomas presentes a largo plazo [20].

Los factores psicológicos (ansiedad, miedo, depresión, trastornos del estado de ánimo, etc.) pueden influir en la aparición y/o la evolución del asma [21] y viceversa [22]. Por tanto, el asma aumenta el riesgo de desarrollar ataques de pánico, de ansiedad y depresión [22]. Estos factores aumentan el uso de la asistencia sanitaria y de fármacos, y disminuyen la calidad de vida de los pacientes [23].

El diagnóstico del asma se establece basándose en la historia clínica del paciente, los resultados de la exploración física y los parámetros de la función respiratoria [19]. La espirometría (volumen espiratorio máximo en un segundo, capacidad vital forzada [CVF] y flujo espiratorio máximo [FEM]) y la prueba de reversibilidad de las anomalías de la función respiratoria son los parámetros habituales para evaluar la limitación del flujo aéreo (obstrucción) [7].

En la actualidad, no existe un tratamiento curativo [19]. Sin embargo, un tratamiento óptimo del asma permite controlar y aliviar los síntomas en la mayoría de los pacientes [6, 19]. El tratamiento del asma en los adultos incluye terapias farmacológicas (tratamientos inhalados) y no farmacológicas [7, 19].

Los fármacos inhalados por los pacientes asmáticos (no se describen en este artículo) se subdividen en tratamiento «controlador» (corticoides y broncodilatadores de larga duración de acción) para el tratamiento de fondo y tratamiento «de rescate» (broncodilatadores de acción rápida) en caso de accesos [19, 24]. Son la piedra angular del tratamiento del asma [7].

Existen numerosas intervenciones no farmacológicas en el tratamiento del asma y los pacientes cada vez muestran un mayor interés por las terapias complementarias del tratamiento farmacológico para tratar su enfermedad [19]. Por ejemplo, en un estudio se ha señalado que el 20-30% de los adultos asmáticos refieren utilizar la medicina alternativa y complementaria [25].

Estas medicinas alternativas y complementarias del tratamiento farmacológico engloban la rehabilitación respiratoria (RR) y otras técnicas de kinesiterapia respiratoria (el entrenamiento aeróbico, las técnicas de eliminación de las secreciones respiratorias, los ejercicios acuáticos y el método Lotorp), la homeopatía, la acupuntura, la aromaterapia, la reflexología, el masaje y la relajación (Fig. 1) [19].

En este artículo sólo se describen los tratamientos no farmacológicos de tipo kinesiterapéutico. Entre estas modalidades de kinesiterapia respiratoria, se encuentran la rehabilitación respiratoria, denominada *breathing retraining* (BR) en la literatura anglosajona.

Cuando se utilizan las palabras *asthma*, *BR* y *adults*, el motor de búsqueda Pubmed ofrece 15 artículos, de los que siete corresponden al tema de este artículo.

La RR forma parte de las medicinas complementarias más difundidas en los pacientes asmáticos [26]. Una revisión sistemática de la literatura muestra que el 30% de los pacientes refieren utilizar esta modalidad para tratar sus síntomas [27].

En la RR, se distinguen varias técnicas. Los métodos Buteyko y Papworth se basan en la teoría según la cual el asma puede asociarse a la hiperventilación. En este caso, estas técnicas tienen por objetivo reducir específicamente la hiperventilación y no tratar realmente el asma. Las otras técnicas de RR (no dirigidas específicamente a la hiperventilación) engloban la rehabilitación respiratoria diafragmática, el entrenamiento de los músculos inspiratorios, el yoga y la biorretroalimentación [28, 29].

Cuando se amplía la búsqueda a las palabras clave *asthma and chest physiotherapy and adults*, se obtienen 21 estudios. Además de las técnicas de RR, esta búsqueda ampliada permite incluir otras técnicas de kinesiterapia respiratoria, que son el entrenamiento aeróbico, las

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8558581>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8558581>

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