

**Revisión sobre los artículos más recientes
publicados sobre el efecto de la fisioterapia
respiratoria en la bronquiolitis.**

Pilar Raga Poveda. Fisioterapeuta colegido 3394 Madrid.
E-mail:pilarraga@hotmail.com

RESUMEN

La bronquiolitis aguda es el principal motivo de consulta de las urgencias médicas durante el invierno en los niños menores de dos años de edad. (1) Los estudios realizados sobre la fisioterapia respiratoria se basan en el método anglosajón Conventional Chest Physical Therapy (CCPT) que consiste en clapping, drenaje postural y expiración forzada, estas técnicas son muy agresivas para los niños menores de 2 años. La escuela francesa, utiliza las técnicas de la espiración lenta prolongada (ELPr) asociada a la tos provocada (TP) lo que contribuye a una mejora clínica de los síntomas de obstrucción bronquial en la bronquiolitis aguda moderada del lactante y no presenta riesgos. (2).

PALABRAS CLAVE: Bronquiolitis, tratamiento, fisioterapia respiratoria, desobstrucción bronquial.

SUMMARY

Acute bronchiolitis is the main reason for medical emergency in winter in children under two years of age. (1) Published studies on respiratory physiotherapy are based on the Anglo-Saxon method known as Conventional Chest Physical Therapy (CCPT), which consists on clapping, postural drainage and forced expiration, these techniques being too aggressive for children under two years of age. The French school makes use of prolonged slow expiration (PSE) techniques associated to provoked cough (PC), which contributes clinical improvement of bronchial obstruction symptoms in moderate-acute bronchiolitis in infants, involving no risk (2).

KEYWORDS: Bronchiolitis, treatment, respiratory physiotherapy, bronchial desobstruction.

INTRODUCCIÓN:

El objetivo de este artículo ha sido recopilar diferentes publicaciones científicas y demostrar que en los artículos anglosajones la fisioterapia respiratoria no es muy utilizada en pediatría. La escuela inglesa utiliza las mismas maniobras fisioterápicas para niños y adultos, en cambio la francesa utiliza técnicas específicas para el tratamiento de la bronquiolitis con muy buenos resultados, es por ello que se aplica en la mayoría de los casos. En España todavía no se prescribe la fisioterapia respiratoria debido a que los médicos no conocen los beneficios que ésta puede aportar y que no hay muchos fisioterapeutas con experiencia en aplicar estas técnicas en pediatría.

MATERIAL Y MÉTODO:

El artículo se basa en la revisión de datos publicados sobre fisioterapia respiratoria en la bronquiolitis en los últimos años en revistas científicas, libros de fisioterapia respiratoria, monografías, anales de pediatría, páginas web, jornadas de pediatría, portales de sanidad.

Se han recogido las técnicas efectuadas en distintos países como España, Francia, Bélgica, Inglaterra y Argentina.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

¿Por qué en España no se realiza Fisioterapia respiratoria, cuando en los países vecinos como Francia y Bélgica ante una bronquiolitis del 82,5 al 99% de los niños tienen al menos una sesión de fisioterapia respiratoria al día? Los estudios sobre bronquiolitis y su tratamiento publicados en los últimos años en España concluyen que no existe evidencia científica que demuestre que la fisioterapia respiratoria sea beneficiosa en la bronquiolitis (1,3-6), ya que no disminuye la duración de la estancia hospitalaria en estos niños (1). Sin embargo la mayoría de estos artículos proponen como tratamiento una desobstrucción de las vías aéreas superiores, que es uno de los efectos que provoca una sesión de fisioterapia respiratoria. Estos estudios han tenido en cuenta la fisioterapia aplicada en países anglosajones, y los datos relevantes de estos países.

Entonces la pregunta es ¿por qué en Francia se utiliza tanto Fisioterapia respiratoria (FR) si según los ingleses este tratamiento no es eficaz?

Los anglosajones utilizan métodos que se aplican en el adulto y el niño por igual como el método Conventional Chest Physical Therapy (CCPT), con 3 maniobras básicas: el drenaje postural, las percusiones o clapping y la espiración forzada. Los parámetros a tener en cuenta en el protocolo de la CCPT son el clapping realizado durante 3 minutos en 5 posiciones de drenaje, la tos asistida y la aspiración orofaríngea, realizando 2 sesiones por día.

Estas maniobras no son bien toleradas por los neonatos o son potencialmente deletéreas (7). En un estudio en neonatos utilizando esta metodología inglesa, los efectos perjudiciales han sido atribuidos a las fluctuaciones del débito sanguíneo cerebral provocado por la percusión, sacudidas de la cabeza y la aspiración (7). La CCPT puede ser responsable también de fracturas de costillas (1) en relación con la aplicación de picos de presión altos transmitidos a través de la caja torácica.

Los efectos observados después de una CCPT son colapso bronquial, aumento de sibilancias, desaturación y taquicardia, que pueden explicar el desinterés de los anglosajones por la fisioterapia respiratoria en las bronquiolitis agudas del recién nacido (3).

En un estudio inglés (1) se concluyó la efectividad de la fisioterapia respiratoria en la bronquiolitis aguda ya que ayuda a eliminar las secreciones y mejorar la respiración. Así mismo observaron que la fisioterapia respiratoria con técnicas de vibración y percusión (CCPT) no disminuye la duración de la estancia hospitalaria ni la necesidad de oxígeno, ni mejora la puntuación clínica de la gravedad en los niños

con bronquiolitis aguda. La fisioterapia respiratoria con técnicas de espiración forzada necesita ser evaluada en la investigación clínica.

En un estudio realizado en Argentina (8) a 16 pacientes para valorar la indicación de la fisioterapia respiratoria convencional en bronquiolitis aguda utilizando drenaje, percusiones, vibraciones y aspiraciones nasofaríngeas, el resultado fue que la fisioterapia respiratoria no aporta beneficio en su uso rutinario en el manejo de la bronquiolitis aguda ni acorta los días de hospitalización. En este artículo se vuelven a aplicar las técnicas anglosajones de la CCPT que pueden provocar colapso bronquial, desaturación, distrés después del tratamiento que es lo que intentamos evitar. En el mismo artículo reconocen que siguen utilizando técnicas convencionales de fisioterapia y no se implementaron otras maniobras que están en auge desde hace algunos años, tales como ELPr, sugeridas por Postiaux; según el cual, la utilización de estas maniobras brindan mayor beneficio (8). La fisioterapia respiratoria se ha convertido en una indicación absoluta más que en una indicación racional en el manejo de la bronquiolitis.

En España en el artículo de Montero (9) encontramos que la fisioterapia respiratoria acorta el proceso de bronquiolitis en niños y previene recaídas. Señala también que es importante enseñar a los padres la técnica de desobstrucción nasofaríngea como medida preventiva para evitar el acúmulo de secreciones con el riesgo de infección que esto conlleva.

Según la conferencia del consenso de fisioterapia respiratoria celebrada en Lyon en 1994, la desobstrucción aplicando la técnica de

flujo espiratorio es reconocida como eficaz por eso es la técnica recomendada. Las posturas del drenaje postural constituyen un adyuvante ocasional, la utilización de vibraciones manuales y la percusión no aportan nada de positivo. La eficacia de la fisioterapia en el tratamiento de la desobstrucción bronquial ha sido reconocida y aceptada por todos los miembros del jurado.

La indicación de la fisioterapia respiratoria en las bronquiolitis agudas del lactante se fundamenta en la observación de la mejora clínica .La fisioterapia ocupa un lugar importante en la curación del niño Por ello en Francia el porcentaje de prescripción de la fisioterapia respiratoria en la bronquiolitis varía de un 82,5 a 99%.(10).

G. Postiaux demostró que la espiración lenta prolongada asociada a la tos provocada es un protocolo seguro que reduce los síntomas de obstrucción bronquial en la bronquiolitis aguda moderada del lactante, no presenta riesgos, y puede constituir una alternativa a los métodos convencionales (2).

La bronquiolitis es la primera causa de hospitalización en el mundo en menores de un año y la primera causa de infecciones respiratorias severas en los primeros años de vida. Desde hace más de 10 años, los franceses reconocen la fisioterapia respiratoria en esta patología como una dimensión económica de salud pública. (11). En España, donde la bronquiolitis también supone un problema de Salud Pública con gran repercusión asistencial y económica (es el principal motivo de consultas durante el invierno en los niños menores de dos años) tanto

a corto como a largo plazo, la fisioterapia respiratoria todavía no está muy extendida.

Una encuesta realizada en Francia, en hospitales y ambulatorio hace constar de la larga utilización de la fisioterapia respiratoria en la bronquiolitis. La fisioterapia respiratoria es desde hace mucho tiempo prescrita en la bronquiolitis conforme a la recomendación de la Conferencia de prise en charge de la bronquiolitis, celebrada en Paris en el año 2000. Gracias a la mejora de conocimientos de la fisiología y de la mecánica de los fluidos ahora se utiliza la aceleración de flujo espiratorio (AFE), la tos controlada y la espiración forzada activa y pasiva. (11.) Estas técnicas tienen en cuenta las particularidades de los bronquios del recién nacido.

Su interés es largamente reconocido por los médicos y todavía lo es más desde que los fisioterapeutas han creado “Resseau bronchiolite”, (13) que es un página que explica en que consiste la bronquiolitis, y su tratamiento, aparecen los fisioterapeutas que tratan esta patología, ordenados según el código postal para poder acudir al más cercano y no desplazarse al hospital para recibir un sesión de fisioterapia respiratoria. (11).

El tratamiento de la bronquiolitis se ha modificado poco a lo largo de los años, perpetuándose el uso de fármacos y medidas terapéuticas basadas en consensos de expertos o extrapolaciones de datos .Sin embargo, no se ha demostrado que ningún tratamiento farmacológico, sea capaz de alterar significativamente el curso natural de la enfermedad. Incluso menos del 10% de los ensayos realizados sobre el

tratamiento de la bronquiolitis reúne los requisitos de potencia y tamaño muestral adecuados (3).

CONCLUSIÓN:

A pesar de que no existe ningún tratamiento farmacológico eficaz, y que la fisioterapia respiratoria se utiliza del 82,5 al 99% de los casos de bronquiolitis en Francia, con estudios que demuestran su eficacia, en España este método todavía es un gran desconocido bien por que los médicos no conocen todos los beneficios que puede aportar y por eso no lo prescriben bien porque no existen suficientes fisioterapeutas con experiencia en este campo. Todo esto añadido a que los estudios publicados sobre fisioterapia respiratoria en la bronquiolitis se basan en la técnica anglosajona que está desaconsejada en niños tan pequeños.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Perrotta C, Ortiz Z, Roque M. Fisioterapia respiratoria para la bronquiolitis aguda en pacientes pediátricos de hasta 24 meses de vida (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
2. G. Postiaux, R. Dubois, E. Marchand, M. Demay, J. Jacquy, M. Mangiaracina. Effets de la kinésithérapie respiratoire associant Expiration Lente Prolongée et Toux Provoquée dans la bronchiolite du nourrisson. Kinesither Rev 2006;(55):35-41

3. F. Martín-Torres. Tratamiento de la bronquiolitis aguda: de las evidencias teóricas a la práctica clínica XIV Jornadas de pediatría en atención primaria Vitoria-Gasteiz, 2002 29 de Noviembre.
4. El portal de la sanidad vasca. Disponible en http://www.osanet.euskadi.net/r855153/es/contenidos/informacion/boletin_epidem/es_5482/adjuntos/16bolecast.pdf
5. M. Pallet Scudellari Monografía bronquiolitis <http://www.slideshare.net/Payet/bronquiolitis-presentation-955828>
6. A. Cansino Campuzano. La bronquiolitis Pediatr Integral 2004; VIII(1):49-56 .Disponible en (http://www.sepeap.es/Revista/Pediatria_Integral_articulos/Bronquiolitis.pdf).
7. G. Postiaux. Fisioterapia respiratoria en el niño. 1era edición Editorial McGraw Hill. (2000).
8. L Bohe, M E Ferrero, E Cuestas, L Polliotto, M Genoff Indicación de la fisioterapia respiratoria convencional en la bronquiolitis Artículo original medicina (Buenos Aires) 2004; 64: 198-200
9. A. Montero La fisioterapia respiratoria acorta el proceso de bronquiolitis en niños y previene recaídas. 28 Octubre 2008.
10. Bronchiolite VRS. Paris. Hôpital Saint Vincent de Paul. 2008. Nov. Available from http://www.bronchiolite-vrs.org/fr-FR/id-118/dangers_bronchiolite_VRS.igwsh
11. A. Gouriet. Evolution des pratiques kinésithérapiques depuis 20 ans. Revu kiné actualité. Octubre 2005 (Pág 20-21)

12. C Vinçon, Ch. Fausser Kinesithérapie respiratoire en pédiatrie du prématuré au petit enfant. 2^aédition, Masson, 1993.

13. Réseau bronchiolite de Ile de France. Available from www.reseau-bronchio.org

Dirección para correspondencia:

Pilar Raga Poveda . C/ Sor Ángela de la Cruz, nº 7, piso2b. 28020 Madrid.

E-mail:pilarraga@hotmail.com