



Grupo Respiratorio Integramédica



Guía para el tratamiento de las bronquiectasias 2017.

+Gonzalo Alvear+

En esta entrada se presenta la guía de la ERS para el manejo de las bronquiectasias en adultos.

European Respiratory Society guidelines for the management of adult bronchiectasis

Eva Polverino¹, Pieter C. Goeminne^{2,3}, Melissa J. McDonnell^{4,5,6},
Stefano Aliberti ⁷, Sara E. Marshall⁸, Michael R. Loebinger⁹,
Marlene Murriss¹⁰, Rafael Cantón¹¹, Antoni Torres¹², Katerina Dimakou¹³,
Anthony De Soyza^{14,15}, Adam T. Hill¹⁶, Charles S. Haworth¹⁷,
Montserrat Vendrell¹⁸, Felix C. Ringshausen¹⁹, Dragan Subotic²⁰,
Robert Wilson⁹, Jordi Vilaró²¹, Bjorn Stallberg²², Tobias Welte¹⁹,
Gernot Rohde²³, Francesco Blasi⁷, Stuart Elborn^{9,24}, Marta Almagro²⁵,
Alan Timothy²⁵, Thomas Ruddy²⁵, Thomy Tonia²⁶, David Rigau²⁷ and
James D. Chalmers²⁸

Eur Respir J 2017;50:1700629

Alcance y objetivos

Esta guía provee de recomendaciones basadas en la evidencia para el manejo de los adultos con bronquiectasias. Solo aplica a pacientes con bronquiectasias clínicamente significativas, definidas como la presencia de dilatación bronquial permanente en la tomografía axial computada (TAC) más el síndrome clínico de tos, producción de esputo y/o infecciones respiratorias recurrentes.

Esta guía no aborda el diagnóstico clínico ni radiológico de las bronquiectasias sino que se enfoca en preguntas claves de manejo. Las áreas del manejo general como la cesación tabáquica, nutrición, vacunación anti influenza y neumococo tampoco se abordan específicamente en este documento.

La guía está dirigida a todos los profesionales de la salud involucrados en el manejo de los pacientes con bronquiectasias.

Introducción

Las bronquiectasias son una enfermedad respiratoria crónica caracterizada por un síndrome clínico de tos, esputo e infección bronquial junto a la dilatación radiológica anormal y permanente de los bronquios. Los objetivos del tratamiento de las bronquiectasias son prevenir las exacerbaciones, disminuir los síntomas, mejorar la calidad de vida y detener la progresión de la enfermedad.

La mayoría de las intervenciones terapéuticas se enfocan a disminuir las exacerbaciones. A pesar de este enfoque del tratamiento, datos de registros europeos muestran que aproximadamente el 50% de los pacientes con bronquiectasias tienen dos o más exacerbaciones al año y un tercio requiere de al menos una hospitalización al año.

Nuestros conocimientos sobre las causas de los síntomas y las exacerbaciones se basan en el concepto del círculo vicioso, siendo los componentes claves de la enfermedad la infección bronquial crónica, la inflamación, la alteración de la limpieza mucociliar y el daño pulmonar estructural. El tratamiento se basa primariamente en los principios de prevención o supresión de la infección aguda y crónica, mejorar la limpieza mucociliar y disminuir el impacto de la enfermedad estructural (**Figura 1**).

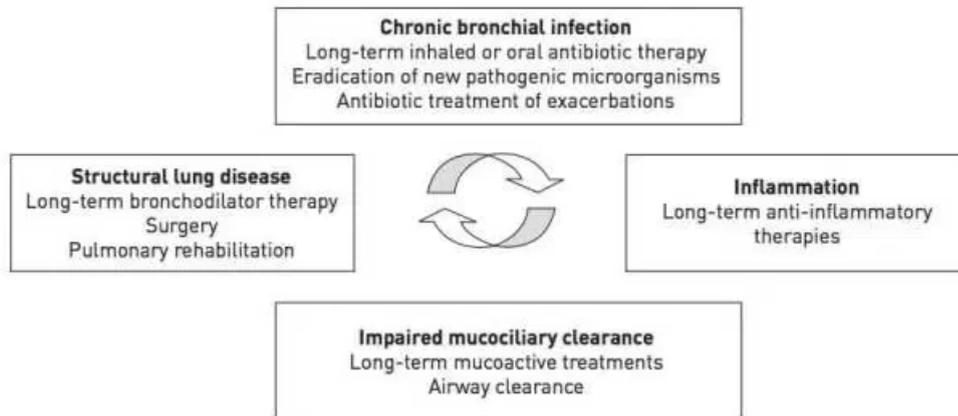


FIGURE 1 Treatments for bronchiectasis considered in this guideline according to the vicious cycle concept of bronchiectasis.

La infección crónica de la vía aérea, más frecuentemente producida por *Haemophilus influenzae* y *Pseudomonas aeruginosa* y menos frecuentemente por *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus* y *Enterobacteriaceae*, estimula y mantiene la inflamación pulmonar. El aislamiento persistente de esos organismos en el esputo o lavado broncoalveolar se asocia con un aumento en la frecuencia de las exacerbaciones, peor calidad de vida y aumento en la mortalidad. Este es particularmente cierto en el caso de la infección por *P. aeruginosa*.

La inflamación en las bronquiectasias es primariamente neutrofílica y se asocia fuertemente con la infección bacteriana persistente.

La limpieza mucociliar está alterada por el impacto estructural de las bronquiectasias, deshidratación de la vía aérea y el exceso de volumen y viscosidad del mucus. Más del 70% de los pacientes con bronquiectasias expectoran diariamente con alta variabilidad en el volumen del esputo. Los tratamientos buscan prevenir la ectasia del mucus y la impactación asociada, la obstrucción al flujo aéreo y el daño pulmonar progresivo.

Los cambios estructurales en el pulmón asociados a la enfermedad incluyen la dilatación bronquial, el engrosamiento de la pared bronquial y la impactación mucosa, como también la enfermedad de la vía aérea pequeña y el enfisema. Más del 50% de los pacientes tienen obstrucción del flujo aéreo, aunque también pueden observarse patrones restrictivos, mixtos y función pulmonar preservada. Las terapias buscan tratar la obstrucción del flujo aéreo (con broncodilatadores), mejorar la capacidad de ejercicio (con rehabilitación pulmonar) o remover el pulmón enfermo (cirugía).

El tratamiento se ha extrapolado históricamente del manejo de las bronquiectasias de la fibrosis quística, pero estudios clínicos randomizados y la experiencia clínica ha demostrado que las respuestas al tratamiento son diferentes y que son necesarias guías específicas para las bronquiectasias no fibrosis quística. Hasta la fecha no existen guías internacionales publicadas para el manejo de las bronquiectasias en el adulto.

Métodos

Esta guía fue desarrollada por el grupo de bronquiectasias de la Sociedad Respiratoria Europea siguiendo el formato de preguntas PICO (*Patients, Intervention, Comparison, Outcomes*). Se formularon en total nueve preguntas y se respondieron según el resultado de revisiones sistemáticas de la literatura para cada una de ellas, hasta septiembre del 2016.

Se siguió el enfoque GRADE para evaluar la calidad de la evidencia y el grado de recomendaciones. Las recomendaciones fuertes se mencionan como “se recomienda” y las recomendaciones condicionales como “se sugiere”.

Pregunta 1

¿Es beneficiosa la búsqueda estandarizada de las causas de las bronquiectasias al compararse con la no búsqueda estandarizada?

– Recomendaciones

Se sugiere una cantidad mínima de exámenes etiológicos en los adultos con diagnóstico reciente de bronquiectasias (**Recomendación condicional, calidad de la evidencia muy baja**). Estos son: 1) recuento sanguíneo diferencial; 2) inmunoglobulinas séricas (IgG, IgA e IgM totales); 3) pruebas en búsqueda de la aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA).

Se espera que cultivos de esputo se realicen con propósitos de monitorización de infección bacteriana. Los cultivos para micobacterias pueden ser de utilidad en casos seleccionados cuando se sospecha una micobacteriosis no TBC (MBNT) como causa etiológica de las bronquiectasias. Exámenes adicionales podrían ser apropiados en respuesta a características clínicas específicas o en pacientes con enfermedad rápidamente progresiva.

– Resumen de la evidencia

La revisión sistemática no identificó publicaciones que hayan estudiado directamente si los protocolos de investigación etiológicos rutinarios proveen de beneficios comparado con las investigaciones según la clínica o la no investigación. Se identificaron cuatro estudios observacionales.

– Justificación de la recomendación

Las mediciones de los glóbulos blancos circulantes y su recuento diferencial se sugiere para todos los pacientes. La presencia de linfopenia o neutropenia puede sugerir inmunodeficiencia primaria o secundaria, mientras que la linfocitosis puede sugerir inmunodeficiencia secundaria como consecuencia de algún cáncer hematológico.

Los niveles bajos de IgG, con o sin niveles bajos de IgM o IgA puede indicar producción defectuosa de anticuerpos, que es una causa modificable importante de bronquiectasias. El 2-8% de los pacientes con bronquiectasias tienen deficiencia inmune común variable. En estos casos, el tratamiento de reemplazo con inmunoglobulina puede mejorar en forma significativa la evolución a corto y largo plazo.

Las pruebas generales recomendadas para la búsqueda de ABPA se hace con la medición de la IgE sérica total, IgG sérica específica contra el *Aspergillus* y la IgE específica a *Aspergillus*, o alternativamente el test cutáneo para *Aspergillus*.

Pregunta 2

¿Son beneficiosos los cursos de antibióticos sistémicos de 14-21 días comparado con cursos más cortos (<14 días) para tratar a los pacientes adultos con bronquiectasias que cursan con una exacerbación?

– Recomendación

Se sugiere que las exacerbaciones de las bronquiectasias sean tratadas con 14 días de antibióticos (**Recomendación condicional, calidad de la evidencia muy baja**).

– Resumen de la evidencia

No hay evidencia directa que beneficie a un esquema sobre el otro.

– Justificación de la recomendación

En ausencia de datos directos que comparen cursos más largos de antibióticos con cursos más cortos, se sugiere continuar la práctica usual de tratar las exacerbaciones de las bronquiectasias con 14 días de antibióticos en base a la microbiología previa del paciente y la severidad de la exacerbación.

– Consideraciones en la implementación

Es posible que cursos más cortos de antibióticos puedan ser apropiados en algunos casos. El Panel sugiere que las exacerbaciones leves, aquellas asociadas a enfermedad más leve, las asociadas a patógenos más sensibles a los antibióticos (como el *S. pneumoniae*) o en pacientes con recuperación rápida a su estado basal, podrían beneficiarse de cursos más cortos de antibióticos, aunque no hay evidencia que apoye estos cursos más cortos. Por otro lado, en pacientes que no se recuperan luego de los 14 días del antibiótico, se sugiere una reevaluación de la condición clínica del paciente y nuevos exámenes microbiológicos. El envío de una muestra de esputo al inicio de una exacerbación es útil para guiar la elección del antibiótico en el evento de una respuesta inadecuada. Esta guía no examina las diferentes elecciones de antibióticos ni el uso de terapia combinada versus la monoterapia con antibióticos.

Pregunta 3

¿Es beneficioso el tratamiento de erradicación para tratar las bronquiectasias cuando hay un nuevo aislamiento de un microorganismo potencialmente patógeno en comparación con el no tratamiento de erradicación?

-Recomendaciones

Se sugiere que a los adultos con bronquiectasias y con nuevo aislamiento de *P. aeruginosa* se les debe ofrecer tratamiento antibiótico de erradicación (**Recomendación condicional, calidad de la evidencia muy baja**)

Se sugiere no ofrecer tratamiento antibiótico de erradicación a los adultos con bronquiectasias luego del nuevo aislamiento de patógenos que no sean la *P. aeruginosa* (**Recomendación condicional, calidad de la evidencia muy baja**)

– Resumen de la evidencia

En las bronquiectasias, los regímenes de la terapia de erradicación varían, pero hay cierta evidencia que sugiere que un régimen que incluya un antibiótico nebulizado alcanza mayores tasas de limpieza y beneficios clínicos que la terapia intravenosa en los casos de *P. aeruginosa*.

No se han establecido definiciones de infección crónica de la vía aérea, pero una revisión sistemática identificó que la definición más frecuente usada en los estudios de bronquiectasias es dos o más aislamientos del mismo organismo con al menos 3 meses de diferencia durante un año. Desafortunadamente, en los pacientes con infecciones persistentes existe poca evidencia sobre los efectos beneficiosos de la terapia de erradicación cuando no es la *P. aeruginosa*.

No se identificó ningún estudio randomizado controlado que evaluara directamente la pregunta.

La suma de los datos de algunos estudios relacionados sugiere algún beneficio de la erradicación de la *P. aeruginosa* en términos de negativización de las muestras de esputo, frecuencia de exacerbaciones subsecuentes y calidad de vida, pero la evidencia es indirecta y considerada de baja calidad.

No hay evidencia clara que apoye un régimen de tratamiento sobre otro. La **figura 3** ilustra algunos de los regímenes más comúnmente utilizados.

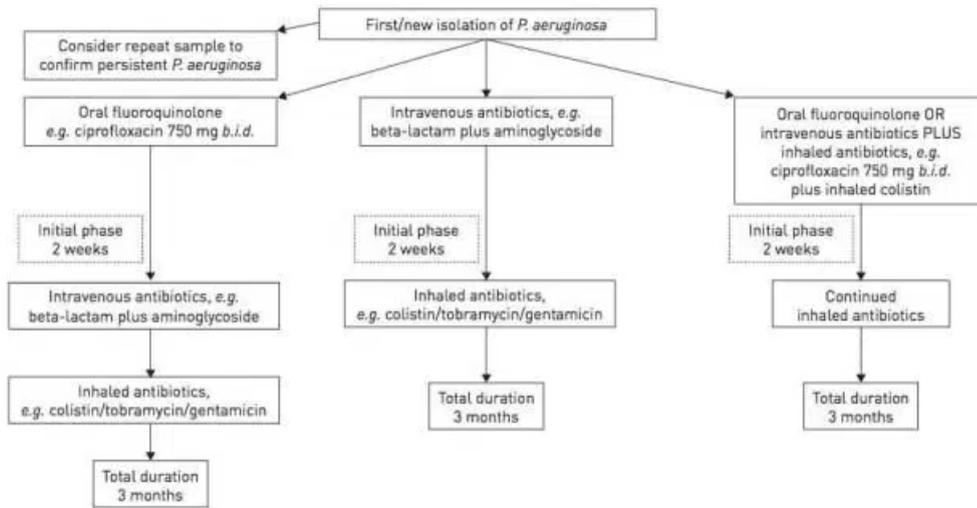


FIGURE 3 Three possible and alternative eradication treatment pathways based on what is commonly used in clinical practice. After each step it is recommended to repeat sputum sampling for *Pseudomonas aeruginosa* and to progress to the next step if the culture remains positive.

– Justificación de la recomendación

La mala evolución clínica asociada a la infección crónica con *P. aeruginosa*, los datos de un estudio observacional y la experiencia clínica en la fibrosis quística sugieren que la erradicación de la *P. aeruginosa* podría influenciar en forma positiva la evolución clínica, incluyendo la frecuencia de las exacerbaciones.

– Consideraciones de la implementación

Se sugiere como mínimo que los pacientes deberían tener al menos una muestra de esputo anual cuando se encuentren en etapa estable. Esta guía no aborda la erradicación de la infección crónica por *P. aeruginosa* cuando la infección ha estado presente por muchos años, ya que en estos casos la erradicación probablemente no será exitosa.

Pregunta 4

¿Se deberían utilizar agentes antiinflamatorios a largo plazo en adultos con bronquiectasias?

– Recomendaciones

Se sugiere no ofrecer tratamiento con corticoides inhalados (CDi) a los adultos con bronquiectasias (**Recomendación condicional, calidad de la evidencia baja**).

Se recomienda no ofrecer estatinas para el tratamiento de las bronquiectasias (**Recomendación fuerte, calidad de la evidencia baja**).

Se sugiere que el diagnóstico de bronquiectasias no debería afectar el uso de CDi en pacientes que tienen concomitantemente asma o EPOC (**Consejo de buenas prácticas, evidencia indirecta**).

– Resumen de la evidencia

Se identificaron seis revisiones sistemáticas y tres estudios que cumplieron los criterios de inclusión. No hay beneficios claros en la disminución de las exacerbaciones ni sobre la función pulmonar. En cuanto a los eventos adversos, para los CDi, el reporte de ellos es incompleto en los estudios.

– Justificación de las recomendaciones

No existen estudios grandes sobre terapias antiinflamatorias en pacientes con bronquiectasias y los que existen muestran mínimos beneficios y en muchos casos sin beneficios clínicamente significativos. La frecuencia aumentada de eventos adversos, particularmente con las estatinas, justifica la recomendación en contra de su uso.

Pregunta 5

¿Es beneficioso el tratamiento con antibióticos a largo plazo (≥ 3 meses) comparado con el no tratamiento para el manejo de los adultos con bronquiectasias?

– Recomendaciones

Se sugiere ofrecer tratamiento antibiótico a largo plazo a los adultos con bronquiectasias que tienen tres o más exacerbaciones al año (**Recomendación condicional, calidad de la evidencia moderada**).

Todas las siguientes recomendaciones se refieren al paciente con tres o más exacerbaciones al año.

Se sugiere tratamiento a largo plazo con antibióticos inhalados para adultos con bronquiectasias e infección crónica por *P. aeruginosa* (**Recomendación condicional, calidad de la evidencia moderada**).

Se sugiere tratamiento a largo plazo con macrólidos (azitromicina, eritromicina) para adultos con bronquiectasias e infección crónica por *P. aeruginosa* en los que el tratamiento con antibióticos inhalados está contraindicado, no lo tolera o no es posible (**Recomendación condicional, evidencia de baja calidad**).

Se sugiere tratamiento a largo plazo con macrólidos (azitromicina, eritromicina) además o en lugar de tratamiento con antibióticos inhalados para los adultos con bronquiectasias e infección crónica por *P. aeruginosa* en quienes mantienen alta frecuencia de exacerbaciones a pesar del uso de antibióticos inhalados (**Recomendación condicional, evidencia de baja calidad**).

Se sugiere tratamiento a largo plazo con macrólidos (azitromicina, eritromicina) para adultos con bronquiectasias no infectados con *P. aeruginosa* (**Recomendación condicional, evidencia de calidad moderada**).

Se sugiere tratamiento a largo plazo con un antibiótico oral (elección basada en la susceptibilidad y tolerancia del paciente) para adultos con bronquiectasias no infectados con *P. aeruginosa* en los que los macrólidos están contraindicados, no los toleran o son inefectivos (**Recomendación condicional, evidencia de baja calidad**).

Se sugiere tratamiento a largo plazo con antibióticos inhalados en adultos con bronquiectasias no infectados con *P. aeruginosa* en quienes la terapia profiláctica oral esta contraindicada, no la toleran o es inefectiva (**Recomendación condicional, evidencia de baja calidad**).

Se identificaron ocho revisiones sistemáticas y 17 estudios relevantes para esta pregunta clínica. La evidencia sugiere que la terapia a largo plazo con antibióticos, juntando los datos de la terapia inhalada con la oral, disminuye el número de exacerbaciones, tiempo de la primera exacerbación, purulencia del esputo y disnea en adultos con bronquiectasias; sin embargo, también se asocia con más eventos adversos y resistencia bacteriana. Importantes eventos adversos se reportaron con el uso a largo plazo de los antibióticos. La diarrea fue lo más común con los antibióticos orales versus placebo en los estudios con macrólidos, aunque la discontinuación de la terapia es rara. Hay también un aumento del 28% en la proporción de *Streptococci* comensales orofaríngeos resistentes a macrólidos luego de 12 meses de tratamiento con eritromicina y del 88% luego de 12 meses de azitromicina. Contrariamente, no hay resistencia reportada después de 6-12 meses del uso de colistina nebulizada, ciprofloxacino o gentamicina liposomales nebulizados. Estas preparaciones nebulizadas son bien toleradas, aunque también aumentan

la frecuencia de eventos adversos, siendo los más comunes la disnea, tos y aumento en la producción de esputo. La incidencia de eventos como la prolongación del intervalo QT con macrólidos, tinnitus/pérdida de la audición con macrólidos y aminoglicósidos inhalados y disfunción renal con aminoglicósidos inhalados no se conoce en los pacientes con bronquiectasias, pero debe considerarse cuando se sobrepasan los potenciales beneficios con los daños del tratamiento a largo plazo.

– Justificación de las recomendaciones

El balance global de efectos deseables (particularmente menos exacerbaciones), efectos no deseados (particularmente gastrointestinales y resistencia antimicrobiana) favorece a la terapia antibiótica a largo plazo en pacientes seleccionados (**Figura 4**). Para individuos con *P. aeruginosa*, la evidencia disponible sugiere el uso continuo de colistina o gentamicina nebulizada. El aztreonam nebulizado no se recomienda debido a su falta de eficacia y alta tasa de eventos adversos. Debido al relativo bajo número de participantes con *P. aeruginosa* en los estudios con macrólidos, el uso de macrólidos se sugiere como segunda línea en pacientes con este organismo. Sin embargo, para individuos sin evidencia de infección por *P. aeruginosa*, el tratamiento con macrólidos se sugiere como primera línea debido a la existencia de evidencia de alta calidad en la disminución de las exacerbaciones y su aceptable perfil de seguridad.

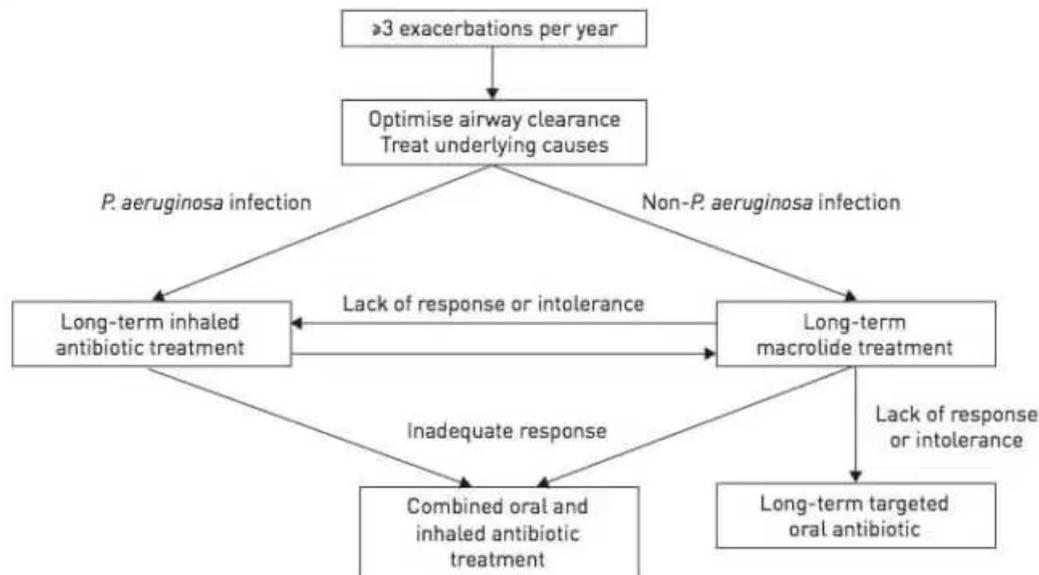


FIGURE 4 Summary of recommendations for long-term antibiotic treatment.

Debido a sus potenciales efectos no deseados, el umbral sugerido para iniciar la terapia a largo plazo con antibióticos es ≥ 3 exacerbaciones por año. Sin embargo, este umbral podría disminuirse para individuos con: historia de exacerbaciones severas, comorbilidades relevantes como inmunodeficiencias primarias/secundarias, pacientes en los que las exacerbaciones tienen un impacto significativo sobre su calidad de vida o en aquellos con bronquiectasias más severas.

Antes de considerar la prescripción de la terapia con antibióticos a largo plazo, se necesitan optimizar aspectos generales del manejo de las bronquiectasias, como la limpieza de las vías aéreas y el tratamiento de causas subyacentes modificables. Se necesita realizar una caracterización cuidadosa de los patógenos en esputo (bacterias, micobacterias y hongos) antes y después de la implementación de la terapia con el fin de dirigir la elección del antibiótico, monitorizar la resistencia e identificar organismos emergentes. También se requiere monitorizar la toxicidad de las drogas.

-Consideraciones en la implementación

El uso de antibióticos inhalados se asocia con un riesgo de brincoespasmo del 10-32% por lo que se recomienda una prueba de dosis pre y post espirometría. Antes de la inhalación, el uso de algún

broncodilatador de acción corta podría prevenir el broncoespasmo, por lo que se recomienda. Antes de comenzar con la terapia antibiótica a largo plazo se recomienda excluir la presencia de MBNT activas debido a que la monoterapia con macrólidos puede aumentar el riesgo de resistencia de estas bacterias a dicho antibiótico.

Pregunta 6

¿Es beneficioso el tratamiento mucoactivo a largo plazo (≥ 3 meses) comparado con el no tratamiento en adultos con bronquiectasias?

– Recomendaciones

Se sugiere ofrecer tratamiento mucoactivo a largo plazo (≥ 3 meses) para adultos con bronquiectasias que tengan dificultad para expectorar el esputo y mala calidad de vida y donde las técnicas estándares de limpieza de la vía aérea no hayan logrado controlar los síntomas (**Recomendación débil, evidencia de baja calidad**).

Se recomienda no ofrecer DNasa recombinante humana para pacientes adultos con bronquiectasias (**Recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada**).

Se identificaron tres revisiones sistemáticas y cinco estudios relevantes para esta pregunta clínica. Ninguno de los agentes mucoactivos estudiados disminuyó significativamente el número de exacerbaciones y la tasa de exacerbaciones fue mayor con el uso de rhDNasa comparado con placebo. Tampoco hubo cambios en la función pulmonar en los estudios con manitol ni suero salino hipertónico al 6%, aunque una mejoría significativa en el VEF1 y CVF se vio con el suero salino hipertónico al 7% a los 3 meses. Contrariamente, se demostró una disminución en el VEF1 en los pacientes tratados con rhDNasa.

No hay evidencia suficiente que permita evaluar el uso de los mucolíticos orales como la carbocisteína en las bronquiectasias.

– Justificación de la recomendación

En suma, a pesar de la amplia heterogeneidad de los estudios (agentes utilizados, diseño de los estudios y duración del tratamiento), la literatura muestra una mejoría leve en el tiempo de la primera exacerbación con un leve aumento, pero aceptable, perfil de eventos adversos con los agentes mucoactivos inhalados a largo plazo. Las mejorías reportadas en la calidad de vida indican que una proporción de pacientes experimentarán beneficios significativos con esos agentes, pero la mayoría de la pacientes no lo hará.

– Consideraciones en la implementación

La indicación y tipo de tratamiento dado debe ser personalizado para cada individuo según el perfil de sus síntomas basales (frecuencia y severidad de las exacerbaciones, calidad de vida, hiperreactividad bronquial y viscosidad del esputo), función pulmonar basal y preferencias del paciente.

Pregunta 7

¿Es beneficioso el tratamiento al largo plazo (≥ 3 meses) con broncodilatadores comparado con el no tratamiento en pacientes adultos con bronquiectasias?

– Recomendaciones

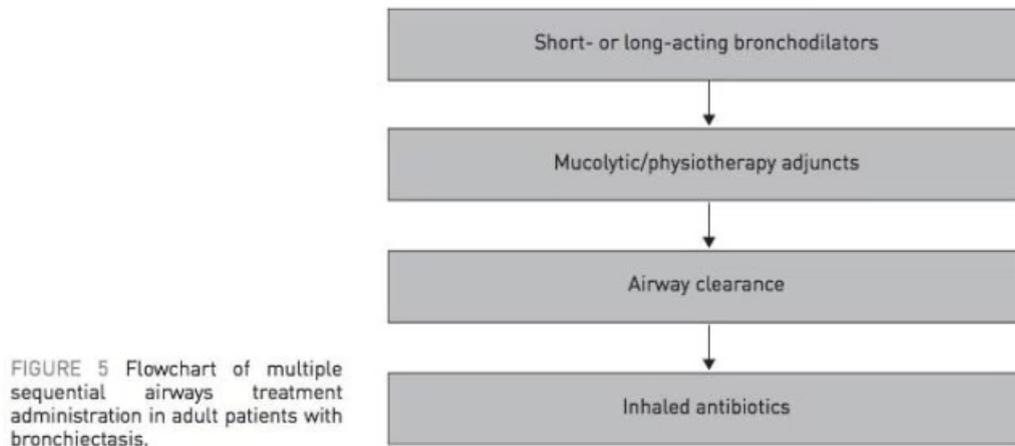
Se sugiere no ofrecer en forma rutinaria broncodilatadores de acción prolongada para adultos con bronquiectasias (**Recomendación condicional, evidencia de muy baja calidad**).

Se sugiere ofrecer broncodilatadores de acción prolongada para pacientes con disnea significativa (**Recomendación débil, evidencia de muy baja calidad**).

Se sugiere usar broncodilatadores antes de la fisioterapia, agentes mucoactivos inhalados, como también antes del uso de antibióticos inhalados, con el fin de aumentar la tolerancia y optimizar el depósito pulmonar (**Punto de buenas prácticas, evidencia indirecta**).

Se sugiere que el diagnóstico de bronquiectasias no debería afectar el uso de broncodilatadores de acción prolongada en pacientes con asma o EPOC asociados (**Punto de buenas prácticas, evidencia indirecta**).

Cuando se utilicen múltiples terapias inhaladas en el mismo paciente, la secuencia de los tratamientos mostrados en la **figura 5** es la más usada por los miembros del Panel.



– Resumen de la evidencia

Se dispone de evidencia muy limitada e indirecta en cuanto al beneficio de la terapia a largo plazo con broncodilatadores y proviene de una sola revisión sistemática. La extrapolación de la evidencia de poblaciones con otras enfermedades obstructivas de las vías aéreas podría beneficiar a algunas subpoblaciones de pacientes con bronquiectasias en cuanto al uso de broncodilatadores, en particular, sujetos con limitación obstructiva crónica al flujo aéreo.

– Justificación de las recomendaciones

Se sugiere el uso de broncodilatadores en pacientes con disnea significativa. Si el tratamiento no resulta en la disminución de este síntoma, se debe discontinuar. No hay evidencia que apoye el uso de broncodilatadores rutinariamente como parte del manejo de las bronquiectasias sin disnea sintomática.

Pregunta 8

¿Son las intervenciones quirúrgicas más beneficiosas comparadas con el tratamiento estándar (no quirúrgico) en los adultos con bronquiectasias?

– Recomendación

Se sugiere no ofrecer tratamientos quirúrgicos para adultos con bronquiectasias con la excepción de aquellos con enfermedad localizada y alta frecuencia de exacerbaciones a pesar de la optimización de todos los demás aspectos del manejo de las bronquiectasias (**Recomendación débil, evidencia de muy baja calidad**).

– Resumen de la evidencia

La indicación más frecuente para la operación es la infección recurrente con síntomas crónicos como la tos productiva, esputo purulento y hemoptisis. La lobectomía es la operación más frecuentemente realizada, aunque se han descrito numerosas otras opciones quirúrgicas (como la segmentectomía y neumonectomía).

No se identificaron estudios clínicos randomizados y controlados que evaluaran el tratamiento quirúrgico versus el manejo estándar. 26 estudios observacionales han evaluado los cambios sintomáticos.

– Justificación de la recomendación

En general, las intervenciones quirúrgicas parecen beneficiar solo a pacientes cuidadosamente seleccionados, requiriendo el mejor perfil riesgo beneficio en cuanto a la mejoría de síntomas contra la morbilidad asociada a la cirugía.

Pregunta 9

¿Es la fisioterapia regular (limpieza de la vía aérea y/o rehabilitación pulmonar) más beneficiosa que el manejo sin fisioterapia en pacientes adultos con bronquiectasias?

– Recomendaciones

Se sugiere que a los pacientes con tos productiva crónica o dificultad para expectorar se les enseñen técnicas de limpieza de la vía aérea (TLV), mediante fisioterapeutas respiratorios entrenados, para ser realizadas una a dos veces al día (**Recomendación débil, evidencia de baja calidad**)

Se recomienda que los adultos con bronquiectasias y capacidad de ejercicio alterada participen en programas de rehabilitación pulmonar y hagan regularmente ejercicios. Todas las intervenciones deben ser individualizadas según los síntomas, capacidad física y características de la enfermedad de los pacientes (**Recomendación fuerte, evidencia de alta calidad**).

– Resumen de la evidencia (Figura 6)

La fisioterapia respiratoria incluye las TLV y la rehabilitación pulmonar. El principal efecto obtenido por la TLV es el aumento en el volumen del esputo y la disminución del impacto de la tos sobre la calidad de vida. El objetivo de los programas de rehabilitación pulmonar es mejorar la tolerancia al ejercicio y la calidad de vida por medio de un protocolo de ejercicios estandarizados e individualizado.

Se identificaron tres revisiones sistemáticas y varios estudios clínicos adicionales.

El análisis de los datos agrupados muestra que la rehabilitación pulmonar tiene un claro impacto sobre la capacidad de ejercicio inmediatamente después del programa y una tendencia no significativa a mejorar la calidad de vida (SGRQ). El impacto reportado de la TLV y la rehabilitación pulmonar sobre la función pulmonar no es clínicamente importante.

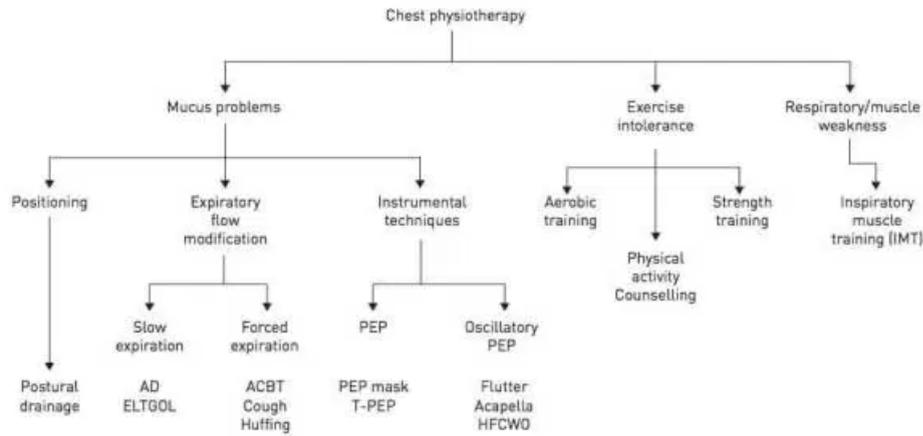


FIGURE 4 Chest physiotherapy interventions flow chart based on clinical experience from the task force panel. AD: autogenic drainage; ELTGOL: total slow expiration with open glottis and infralateral position; ACBT: active cycle of breathing techniques; PEP: positive expiratory pressure; T-PEP: temporary positive expiratory pressure; HFCWO: high frequency chest wall oscillation.

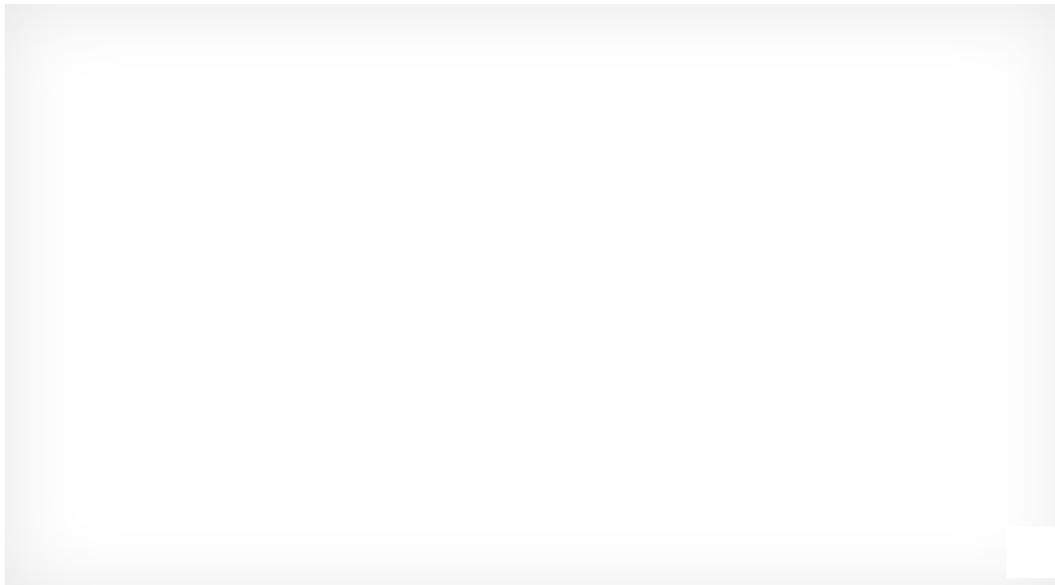
– Justificación de las recomendaciones

La evidencia para las TLV es débil ya que los estudios son pequeños y pobremente comparables debido a problemas metodológicos. Sin embargo, más estudios muestran una disminución significativa del volumen del esputo. La evidencia es más fuerte para la rehabilitación pulmonar, que muestra mejoría en la capacidad de ejercicio, tos y calidad de vida y posiblemente disminución en las exacerbaciones. Los beneficios de la rehabilitación pulmonar se logran a las 6-8 semanas y permanecen por 3-6 meses.

Resumen

Las decisiones del tratamiento deben balancear los potenciales efectos beneficiosos de la intervención contra el tipo de tratamiento y el riesgo de eventos adversos. Es importante tomar en consideración las preferencias y voluntad del paciente en todas las decisiones terapéuticas, junto a la historia de exacerbaciones, calidad de vida, severidad de la enfermedad y etiología subyacente, todo lo cual puede impactar en la evolución a largo plazo. La mayoría de las recomendaciones de esta guía son condicionales y basadas en evidencia de baja calidad.

ADVERTISEMENT



Anuncios



No tome ni un gramo de c
antes de haber leído este a

Laboratorios Cell'innov

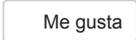
En se

[Report this ad](#)



[Report this ad](#)

COMPARTE:



Sé el primero en decir que te gusta.

RELACIONADO:

Bronquiectasias en la EPOC

En "Bronquiectasias"

Etiología de las bronquiectasias en adultos.

En "Bronquiectasias"

Bronquiectasias: Diagnóstico etiológico

En "Aspergilosis"

📅 9 noviembre, 2017 👤 gruporespiratoriointegramedica 📁 Antibióticos, Bronquiectasias, Exacerbaciones agudas, Guías Clínicas

Crea un blog o un sitio web gratuitos con WordPress.com.