

EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas
www.evidenciasenpediatria.es

Artículos Traducidos

La fisioterapia respiratoria en la bronquiolitis aguda es ineficaz y puede ser perjudicial

Autor de la traducción: Esparza Olcina MJ
CS Barcelona. Móstoles. Madrid (España)

Correspondencia: María Jesús Esparza Olcina, mjesparza8@gmail.com

Los autores del documento original no se hacen responsables de los posibles errores que hayan podido cometerse en la traducción del mismo.

Fecha de publicación en Internet: 26 de octubre de 2016

Evid Pediatr. 2016;12;70.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Esparza Olcina MJ. La fisioterapia respiratoria en la bronquiolitis aguda es ineficaz y puede ser perjudicial. Evid Pediatr. 2016;12;70.

Traducción autorizada del: NIHR Dissemination Centre (NIHR Signal). Chest physiotherapy for acute bronchiolitis is ineffective and may be harmful. National Institute for Health Research. NIHR Dissemination Centre. Tipo de informe: Resúmenes "NIHR SIGNAL" [en línea] [Fecha de actualización: 2016; fecha de consulta: 11-7-2016]. Disponible en: <https://discover.dc.nihr.ac.uk/portal/article/4000305/chest-physiotherapy-for-acute-bronchiolitis-is-ineffective-and-may-be-harmful>

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín de novedades en <http://www.evidenciasenpediatria.es>

Este artículo está disponible en: [artículo está disponible en: http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2016;12;70](http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2016;12;70).

©2005-16 • ISSN: 1885-7388

La fisioterapia respiratoria en la bronquiolitis aguda es ineficaz y puede ser perjudicial

Autor de la traducción: Esparza Olcina MJ
CS Barcelona. Móstoles. Madrid (España)

Correspondencia: María Jesús Esparza Olcina, mjesparza8@gmail.com

Los autores del documento original no se hacen responsables de los posibles errores que hayan podido cometerse en la traducción del mismo.

PROCEDENCIA

Sitio web del "NIHR Dissemination Centre" National Institute for Health Research (NIHR) NHS. Reino Unido. Informes (REPORTS) del NIHR Dissemination Centre (NIHR SIGNAL). Traducción autorizada.

AUTORES DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Roque I, Figuls M, Gine-Garriga M, Granados Rugeles C, Perrotta C, Vilaro J.

AUTOR DEL COMENTARIO DE EXPERTO

Andrew Bush. Professor of Paediatrics and Head of Section (Paediatrics), Imperial College; Professor of Paediatric Respiratory, National Heart and Lung Institute; Consultant Paediatric Chest Physician, Royal Brompton and Harefield NHS Foundation Trust.

AUTORES DEL RESUMEN ESTRUCTURADO

Autores de este informe: equipos de informes (REPORTS) del "NIHR Dissemination Centre" National Institute for Health Research (NIHR) NHS. (NIHR SIGNAL). Traducción autorizada (NIHR Dissemination Centre). Producción del documento y evaluación del estudio original revisado: revisores / equipo del NIHR Dissemination Centre. Año de la publicación: febrero de 2016. Última actualización: 2016. URL del original en inglés disponible en: <https://discover.dc.nihr.ac.uk/portal/article/4000305/chest-physiotherapy-for-acute-bronchiolitis-is-ineffective-and-may-be-harmful>

NIHR Dissemination Centre (DARE) National Institute for Health Research © 2016. NHS. Traducción autorizada.

ARTÍCULO TRADUCIDO

Contenido resumido del Informe (NIHR SIGNAL): la fisioterapia respiratoria en la bronquiolitis aguda en niños de

menos de dos años no conduce a beneficios y puede ser perjudicial, según una revisión sistemática publicada por la colaboración Cochrane.

El estudio consideró tres tipos diferentes de fisioterapia respiratoria. Encontraron que ninguna de las técnicas ayudaba a que los niños con bronquiolitis se recuperasen más rápido ni producía ninguna mejora en su situación. Algunos tipos de fisioterapia respiratoria pueden empeorar la respiración y los niveles de oxígeno en sangre.

Las conclusiones de esta revisión sugieren que la fisioterapia respiratoria no debería usarse normalmente en niños hospitalizados con bronquiolitis grave, y coinciden con la guía actual de NICE, que dice que los niños (que no padezcan otra patología) no deberían recibir fisioterapia respiratoria por padecer bronquiolitis.

DOCUMENTO COMPLETO

¿Por qué era este estudio necesario?: la bronquiolitis aguda es una infección viral frecuente en niños menores de dos años, en la cual las vías aéreas se inflaman y se estrechan. Aproximadamente un 30% de lactantes desarrollarán esta enfermedad en el primer año de vida, y de ellos de 2 a 3% necesitarán ingreso hospitalario. En casos graves, los niños pueden tener dificultad respiratoria y sufrir falta de oxígeno.

La fisioterapia respiratoria se utiliza en muchas otras enfermedades pulmonares y se ha postulado que puede ayudar a despejar las vías respiratorias y facilitar la respiración en caso de bronquiolitis aguda.

La primera revisión Cochrane sobre este tema se publicó en 2004 y se actualizó en 2005, 2007 y 2012. Todas las revisiones concluyeron que la fisioterapia respiratoria era ineficaz en la bronquiolitis aguda. Sin embargo, la fisioterapia respiratoria, incluyendo técnicas nuevas más suaves, todavía se utiliza en la bronquiolitis aguda en algunos países.

La última revisión evaluaba la seguridad y eficacia de la fisioterapia respiratoria, incluyendo técnicas más recientes, en lactantes de menos de dos años con bronquiolitis aguda.

¿En qué consistió este estudio?: la revisión comparaba la fisioterapia respiratoria con no intervención o con otro tipo de tratamiento tal como aspiración de secreciones o gotas nasales. Los 12 ensayos incluidos (tres nuevos en esta actualización) incluyeron 1249 niños de menos de dos años con bronquiolitis que habían sido ingresados en el hospital. Dos estudios se realizaron en el Reino Unido, el resto principalmente en Europa o América Latina.

Los investigadores midieron si la vibración y percusión más drenaje postural, o las técnicas más nuevas y suaves de espiración lenta pasiva o de espiración forzada reducían la gravedad de la enfermedad y el tiempo de recuperación del paciente. Estos resultados se midieron utilizando varias escalas, que no se podían combinar numéricamente. Otros resultados incluían efectos adversos asociados a la fisioterapia.

Esta revisión Cochrane utilizó métodos fiables. Se encontró un grado de evidencia alto en los ensayos que medían el tiempo de recuperación con técnicas de espiración forzada, lo que significa que podemos confiar en los resultados. Sin embargo, estamos menos seguros sobre otras técnicas y hallazgos, en los que los ensayos tenían riesgo de sesgo y presentaban estimadores del efecto imprecisos.

¿Qué se encontró?:

- En tres ensayos, las técnicas de espiración pasiva forzada no tuvieron efecto sobre la gravedad de la enfermedad, medida por el tiempo que les llevó a los niños recuperarse o alcanzar una situación estable. Estos ensayos se clasificaron como de alta calidad de la evidencia con bajo riesgo de sesgo, por lo que podemos confiar en los resultados.
- Un ensayo de alta calidad mostró que esta técnica se asociaba con daños, incluyendo un alto riesgo de vómito (riesgo relativo [RR] 10,2; intervalo de confianza del 95% [IC 95] 1,3 a 78,8) y de empeoramiento de la respiración (RR 5,4; IC 95: 1,6 a 18,4).
- En cinco ensayos, la vibración y percusión más drenaje postural no redujeron la gravedad de la enfermedad, medido con escalas clínicas por los pacientes. Los ensayos incluidos no informaban sobre posibles daños de la percusión y vibración, y tenían un riesgo de sesgo poco claro debido a información selectiva. Esto significa que no podemos estar seguros sobre los hallazgos en los resultados de este grupo.
- Las técnicas de espiración pasiva lenta se estudiaron en cuatro ensayos. Tres de ellos mostraron ausencia de efecto o una mejoría pequeña y transitoria en la gravedad de la enfermedad, medido con escalas clínicas. Esta técnica parece segura, sin reportarse efectos adversos en dos ensayos. Sin embargo, toda la investigación sobre la espiración pasiva lenta es poco clara en su descripción de posibles sesgos, haciendo que disminuya nuestra confianza también en estos hallazgos.

¿Qué dicen las actuales guías de práctica clínica sobre este tema?: la guía NICE sobre el tratamiento de la bronquiolitis en niños hospitalizados se publicó en 2015. Dice que la fisioterapia respiratoria no se debe aplicar a niños con bronquiolitis que no tengan otra enfermedad que afecte a las vías respiratorias, por ejemplo, niños que no puedan expulsar secreciones debido a debilidad muscular.

La guía NICE aconseja a los clínicos considerar solicitar fisioterapia respiratoria en niños que tengan otras enfermedades importantes, en las cuales puedan presentar dificultad añadida de expulsar secreciones pulmonares.

¿Cuáles son las implicaciones?: evidencia actualizada de esta revisión de alta calidad continua apoyando a la guía NICE de 2015 en las recomendaciones sobre no utilizar fisioterapia respiratoria en niños con bronquiolitis aguda que no tengan otras razones para requerir fisioterapia. Esta guía de práctica clínica advierte de que la fisioterapia respiratoria puede ser incómoda para el niño y estresante para los cuidadores. También existe el riesgo potencial de que puede empeorar la enfermedad.

Teniendo en cuenta la fuerte evidencia de falta de beneficios en salud de la fisioterapia para esta patología, y la mayor inseguridad sobre el riesgo de efectos nocivos para algunos tipos de fisioterapia, los resultados de estas revisiones pueden ayudar a casar práctica con evidencia. La imprecisión en la estimación de la magnitud de cualquier tipo de daño no debe impedir a los clínicos asumir que por lo menos algún daño existe, manteniendo por tanto precaución. Basándonos en esta evidencia, existe la posibilidad de ahorrar recursos en términos de coste de tratar daños y de liberar el tiempo del fisioterapeuta para otros tratamientos.

COMENTARIO DEL EXPERTO

Los fundamentos teóricos para utilizar la fisioterapia para aliviar la hiperinsuflación pulmonar o los tapones de moco en la bronquiolitis aguda son plausibles. Sin embargo, la inflamación, la taquipnea, la tos paroxística y el estrechamiento crítico de las pequeñas vías respiratorias dan lugar a que en los tratamientos en lactantes con enfermedad grave sea obligado balancear el beneficio clínico contra el riesgo de desencadenar un fallo respiratorio.

Esta revisión incluye datos de 12 estudios de nueve países de Europa (especialmente Reino Unido), América del Sur y Oriente Medio, que representan muchas intervenciones terapéuticas heterogéneas. No hay una evidencia convincente del beneficio clínico global que justificaría la utilización rutinaria de la fisioterapia en esta población tan vulnerable. Evidencia creíble, procedente de un estudio europeo, sugiere que los riesgos de depresión respiratoria después de técnicas de espiración forzada pueden ser significativos en niños con afectación grave.

BIBLIOGRAFÍA

Artículo original revisado en este documento:

Roque I, Figuls M, Gine-Garriga M, Granados Rugeles, C, Perrotta C, Vilaro J. Chest physiotherapy for acute bronchiolitis is ineffective and may be harmful. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2:CD004873.

Bibliografía adicional

- Gajdos V, Katsahian S, Beydon N, Abadie V, de Pontual L, Larrar S, *et al.* Effectiveness of chest physiotherapy in infants hospitalized with acute bronchiolitis: a multicenter, randomized, controlled trial. *PLoS Med.* 2010;7:e1000345.

- Bronchiolitis. En: NHS Choices [en línea] [actualizado el 10/09/2015, consultado el 21/10/2016]. Disponible en: <http://www.nhs.uk/Conditions/Bronchiolitis/Pages/Introduction.aspx>
- Bronchiolitis in children: diagnosis and management. NG9. En: National Institute for Health and Care Excellence (NICE) [en línea] [consultado el 21/10/2016]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng9>

TIPO DE DOCUMENTO

NIHR Signals: sucintos sumarios actualizados, publicados por el NIHR Dissemination Centre (NHS / Reino Unido), sobre las investigaciones más importantes y más relevantes aparecidas cada semana.