

Editorial

Dilemas en torno a la bronquiolitis aguda

S. LAPENA LÓPEZ DE ARMENTIA

Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial de León.

A nivel mundial, el esfuerzo investigador que se realiza para el estudio de la patología respiratoria en el lactante es muy importante, y cada vez es mayor. Si consultáramos Pubmed comprobaríamos que hay un aumento creciente en la aportación científica sobre este tema, así en 1997 se pueden recuperar poco más de 200 artículos (4 de ellos en Anales Españoles de Pediatría) que tratan sobre patología respiratoria en el lactante y en el año 2006 la cifra asciende a más de 340 artículos (4 de ellos en Anales de Pediatría).

A pesar de disponer de tanta información científica, todavía no hay consenso a nivel internacional sobre aspectos en el diagnóstico y en el tratamiento de esta enfermedad. Se sigue definiendo bronquiolitis según los criterios establecidos por McConnochie en 1983: primer episodio de dificultad respiratoria coincidiendo con proceso catarral en lactante menor de 2 años⁽¹⁾, con matices introducidos en conferencias de consenso o revisiones realizadas por sociedades científicas nacionales. Así, algunos consideran bronquiolitis a cualquier proceso de dificultad respiratoria, otros prolongan la edad incluso hasta los 5 años, no hay acuerdo unánime y no se sabe cómo llamar a las situaciones recurrentes (bronquiolitis recidivantes, bronquitis espásticas, sibilancias recurrentes, asma del lactante), si cambia nuestra actitud cuando la determinación del virus respiratorio sincitial es positiva o si alguno de los padres es asmático o cómo llamarlo si no está en relación con una infección.

Con respecto al tratamiento pasa algo parecido. Hay excelentes actualizaciones de guías de práctica clínica a nivel internacional (p.ej. la guía británica⁽²⁾ o la del hospital pediá-

trico de Cincinnati⁽³⁾) e incluso a nivel nacional⁽⁴⁾. A pesar de lo aportado en estas guías, lo más frecuente en la práctica diaria es realizar tratamiento con broncodilatadores, corticoides y/o antibióticos, de forma diferente a las recomendaciones que aporta la evidencia científica⁽⁵⁾.

A modo de resumen, se exponen a continuación las pautas de actuación en base a la evidencia actual⁽⁶⁾:

Medidas generales

- No es preciso realizar habitualmente ninguna prueba complementaria.
- Aspiración de secreciones si presenta dificultad respiratoria, especialmente previo a las tomas, al sueño y a la administración de medicación inhalada si se indica. No indicar fisioterapia respiratoria.
- Realizar tomas fraccionadas.
- Elevación de la cabecera 30° al dormir.
- Evitar el tabaquismo pasivo.
- Los padres deben ser informados de la posibilidad de empeoramiento de los casos leves, aleccionándoles en las normas de observación domiciliaria. Deben saber, además, que la duración media es de 12 días, permaneciendo con síntomas a los 21 días hasta un 18%.
- En niños ingresados, tratar de evitar la infección nosocomial: insistir en el lavado de manos de todo el personal sanitario y padres antes y después del contacto con el niño, así como en el uso de batas y guantes desechables. Las enfermeras que llevan estos niños no pueden llevar otros enfermos de riesgo (trasplantados, inmunodeficientes...).

Correspondencia: Dr. Santiago Lapeña López de Armentia. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial de León.
C/ Altos de Nava, s/n. 24008 León
Correo electrónico: slapena@hle.sacyl.es

© 2009 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

Medidas farmacológicas

- Antitérmicos si tiene fiebre.
- Oxigenoterapia (gafas nasales/mascarilla) humidificado y caliente, si presentan dificultad respiratoria importante o saturación de oxígeno < 92%.
- No indicar fármacos beta-2 inhalados de forma sistemática. Realizar una prueba terapéutica en los casos de "gravedad moderada", y mantenerlos sólo si se documenta respuesta positiva (necesidad de disponer de una escala de gravedad clínica). La adrenalina nebulizada puede ofrecer una discreta mejoría clínica que, en el mejor de los casos, es transitoria.
- No indicar bromuro de ipratropio.
- No indicar corticoides (ni sistémicos ni inhalados).
- No indicar antibioterapia.

Criterios de ingreso: niños de riesgo

- Edad menor de 6 semanas con cualquier grado de dificultad respiratoria.
- Antecedentes personales: cardiopatías importantes (y hemodinámicamente inestables), broncopatía crónica (displasia broncopulmonar, fibrosis quística), inmunodeficiencia, prematuridad < 35 semanas (principalmente en < 32 semanas).
- No respuesta óptima al tratamiento: dificultad respiratoria importante, frecuencia respiratoria > 60 rpm, necesidad de oxigenoterapia (saturación de oxígeno < 92% en aire ambiente).
- Episodio de apnea referido por los padres. Más frecuente en < 1 mes y prematuros, especialmente en las primeras 24-72 horas.
- Problemas mantenidos de alimentación.

Desgraciadamente la patología respiratoria es muy frecuente en el lactante, causa un elevado número de hospitalizaciones y origina un importante coste económico. Además, lejos de ir disminuyendo, su frecuencia está aumentando; así, según datos del INE, en el año 1997 ingresaron en España por patología respiratoria baja (bronquitis y bronquiolitis) 11.000 lactantes menores de 1 año, mientras que 10 años después, en el año 2006, casi se duplicó la cifra, ingresando más de 20.000⁽⁶⁾; la mitad de estos casos se corresponden a cuadros de bronquiolitis aguda (2,5-5% de los lactantes menores de 1 año), siendo el primer motivo de ingreso en este grupo de edad.

Posiblemente los virus respiratorios no son los únicos responsables de este aumento; la práctica totalidad de niños antes de los 2 años ha estado en contacto con virus respiratorios, y no todos los lactantes infectados desarrollan esta

enfermedad, por lo que tienen que existir otros factores a nivel del individuo que predispongan a esta situación y colaboren en su gravedad: factores anatómicos, inmunológicos, etc. Lactantes con vía aérea más pequeña o con función pulmonar disminuida tienen un curso de esta enfermedad más grave. La proteína catiónica liberada por el eosinófilo activado es citotóxica para el epitelio bronquial; la IgE puede estar relacionada también con las sibilancias; quimiocinas como IL-8, MIP-1 α , RANTES están involucradas en la patogénesis de la inflamación bronquial; hay mayor expresión de interferón- γ y leucotrienos en el lactante con sibilancias que además tiene asociada una infección por virus respiratorio sincitial, situación que se agrava si además se asocia infección por metaneumovirus⁽⁶⁾.

Por lo tanto, todavía hay un largo camino por recorrer y cualquier trabajo que ilustre sobre este tema siempre va a ser interesante. El Boletín de Pediatría todos los años publica algún artículo dedicado a la patología respiratoria en el lactante, fundamentalmente sobre la bronquiolitis aguda, así en los últimos 5 años el 10% de los originales de nuestro Boletín corresponden a artículos sobre esta patología. Por eso no es de extrañar que en el primer número de este año se hayan incluido dos artículos sobre bronquiolitis, uno epidemiológico (Ortega y cols.) y otro con un enfoque diagnóstico-terapéutico (Fernández y cols.).

BIBLIOGRAFÍA

1. McConnochie KM. Bronchiolitis. What's in the name?. *Am J Dis Child* 1983; 137: 11- 13
2. Bronchiolitis in children. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2006. Accesible en <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign91.pdf>
3. Bronchiolitis Guideline Team, Cincinnati Children's Hospital Medical Center: Evidence based clinical practice guideline for medical management of bronchiolitis in infants 1 year of age or less presenting with a first time episode. Guideline 1, pages 1-13, August 15, 2005. Accesible en <http://www.cincinnatichildrens.org/svc/alpha/h/health-policy/ev-based/bronchiolitis.htm>
4. Martín-Torres F, Rodríguez A, Martín JM. Bronquiolitis aguda: evaluación del tratamiento basada en la evidencia. *An Esp Pediatr* 2001;55:345-54
5. Sánchez Etxaniz J, Benito Fernández J, Mintegi Raso S. Bronquiolitis aguda: ¿por qué no se aplica lo que se publica?. *Barreras en la transmisión del conocimiento. Evid Pediatr* 2007; 3: 88
6. Instituto Nacional de Estadística, INE. Accesible en <http://www.ine.es>
7. Watts KD, Goodman DM. Wheezing in infants: bronchiolitis. En: Behrman RE, Nelson WE, Kliegman R, Jenson HB (eds). *Nelson, Textbook of pediatrics*, 18^o ed. Ed Saunders; 2008. p. 1773-1777.