



Sábado 6 de febrero de 2010

Mesa redonda:

Cuestiones a debate: "Dividencias"

**Moderador:**

José Cristóbal Buñuel Álvarez

Pediatra, Área Básica de Salud Girona-4  
(Institut Català de la Salut).

- **Resumen**
- **Tratamiento preventivo en el lactante con sibilancias recurrentes**
- **Suplementación con vitamina D en la infancia**
- **Pruebas de imagen en el niño con infección del tracto urinario**

José Cristóbal Buñuel Álvarez

Pediatra, Área Básica de Salud Girona-4  
(Institut Català de la Salut).

Paz González Rodríguez

Pediatra, CS "Barrio del Pilar".  
Área 5. Madrid.

Javier González de Dios

Pediatra, Departamento de Pediatría.  
Hospital de Torrevieja.

Universidad Miguel Hernández. Alicante.

Textos disponibles en  
[www.aepap.org](http://www.aepap.org)

**¿Cómo citar este artículo?**

Buñuel Álvarez JC, González Rodríguez P, González de Dios J. Tratamiento preventivo en el lactante con sibilancias recurrentes. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2010. Madrid: Exlibris Ediciones; 2010. p.81-4.

## Tratamiento preventivo en el lactante con sibilancias recurrentes

José Cristóbal Buñuel Álvarez

Pediatra, Área Básica de Salud Girona-4 (Institut Català de la Salut).  
[jcbunuel@gmail.com](mailto:jcbunuel@gmail.com)

Paz González Rodríguez

Pediatra, CS "Barrio del Pilar". Área 5. Madrid.

Javier González de Dios

Pediatra, Departamento de Pediatría. Hospital de Torrevieja.  
Universidad Miguel Hernández. Alicante.

### INTRODUCCIÓN

El tratamiento preventivo del lactante que presenta episodios de sibilancias recurrentes (ESR) post-bronquiolitis aguda (BA) ha sido objeto de controversia. Se presentan a continuación las evidencias a favor y en contra de la eficacia de diferentes fármacos para el tratamiento preventivo de los ESR junto a la conclusión final sobre su indicación, integrando las principales evidencias con la experiencia clínica individual.

### BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Metabuscador "Excelencia Clínica" ([www.excelenciaclinica.net/](http://www.excelenciaclinica.net/)), Biblioteca Cochrane Plus ([www.update-software.com/BCP/](http://www.update-software.com/BCP/)), "Evidencias en Pediatría" ([www.aepap.org/EvidPediatr/](http://www.aepap.org/EvidPediatr/)) y "PubMed" ([www.pubmed.org/](http://www.pubmed.org/)) utilizando los términos de búsqueda "bronquiolitis", "sibilancias recurrentes", "bronchiolitis" y "respiratory syncytial virus infections/drug therapy". Se identifican dos guías de práctica clínica, 52 revisiones sistemáticas (RS), 25 resúmenes basados en la evidencia y 68 ensayos clínicos (EC).

## **INTERVENCIONES QUE PODRÍAN DISMINUIR LA INCIDENCIA DE ESR POST BA**

---

### **Lactancia materna**

En estudios observacionales se ha constatado que la lactancia materna se asocia a una menor incidencia de asma y de ESR en lactantes (nivel de evidencia: 2<sup>++</sup>). La lactancia materna debe aconsejarse a las mujeres por sus beneficios generales sobre la salud infantil, incluida la disminución en el desarrollo de ESR en el lactante (grado de la recomendación: B)<sup>1</sup>.

### **Antagonistas de los receptores de los leucotrienos**

En 2003, Bisgaard et al publicaron un EC de emplazamiento hospitalario en el que se estudió el efecto de montelukast sobre la prevención de ESR durante los 60 días posteriores<sup>2</sup>. Los autores constataron, en este EC piloto de otro que se llevó a cabo posteriormente<sup>3</sup>, que los niños que recibieron montelukast tuvieron más días libres de síntomas a los 28 días de iniciada la intervención (22% en el grupo de intervención [GI] frente a 4% en el grupo placebo [GP],  $p = 0,015$ ). Los niños del GI presentaban una puntuación menor en la escala de síntomas diurnos de tos que los del GP (mediana: 1,3 frente a 1,4,  $p = 0,043$ ).

## **INTERVENCIONES QUE NO HAN MOSTRADO EFICACIA PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE ESR**

---

La mayoría de los fármacos ensayados con este fin no han mostrado efecto alguno.

### **Antagonistas de los receptores de los leucotrienos**

Bisgaard et al publicaron en 2008 los resultados de un EC aleatorizado y controlado con placebo, multicéntri-

co<sup>3</sup>. Los resultados preliminares del estudio piloto de 2003<sup>2</sup> no se vieron confirmados por este EC posterior. Al analizar el porcentaje de días libres de síntomas en tres grupos de comparación (montelukast 8 mg/día, montelukast 4 mg/día y placebo) constataron que no existieron diferencias estadísticamente significativas ni clínicamente importantes a las 20 semanas de seguimiento<sup>3</sup>.

### **Corticoides inhalados**

Una RS de la Colaboración Cochrane estudió el efecto de los corticoides administrados durante la fase aguda para la prevención de los ESR post BA. Los autores concluyeron que no tenían efecto para prevenir los ESR<sup>4</sup>. Los corticoides orales administrados a iniciativa de los padres para el tratamiento de los ESR tampoco han demostrado ser útiles<sup>5</sup>. Tampoco el tratamiento de mantenimiento con corticoides inhalados a dosis bajas ha mostrado ser eficaz<sup>6</sup>.

### **Anticolinérgicos**

Una RS de la Colaboración Cochrane estudió el efecto de los anticolinérgicos en la BA y en la prevención de ESR<sup>7</sup>. No se constató que estos fármacos fueran útiles.

### **$\beta_2$ agonistas inhalados de acción corta**

Una RS de la colaboración cochrane mostró resultados contradictorios cuando estos fármacos se usaron para el tratamiento (que no la prevención) de los ESR<sup>8</sup>.

## **CONCLUSIÓN**

---

El tratamiento preventivo de los ESR ha sido tema de amplia investigación. Los resultados de las intervenciones analizadas no han demostrado que ninguna intervención farmacológica sea capaz de disminuir la incidencia de los ESR post BA. Algo parecido a lo que sucede con el tratamiento de la propia BA.

Se ha de destacar lo sucedido con un fármaco en particular, el montelukast. Los resultados preliminares obtenidos en un estudio piloto sirvieron para que el fármaco se introdujera en la práctica clínica diaria. Transcurrieron cinco años entre el EC piloto inicial<sup>2</sup> y el EC multicéntrico posterior<sup>3</sup> que desmintió los resultados del primero. Durante este tiempo, la prescripción de este fármaco se triplicó en España<sup>3</sup>. Hechos como este nos recomiendan ser prudentes ante los resultados preliminares de EC piloto, cuyos resultados no deben servir como base para la toma de decisiones terapéuticas.

Los  $\beta_2$  agonistas de corta duración han demostrado ser eficaces en algunos niños para el tratamiento de los ESR. Estaría indicado, por lo tanto, realizar un tratamiento de prueba con estos fármacos en caso de aparición de uno de estos episodios.

Teniendo en cuenta la evidencia actualmente disponible, ante un lactante que presenta ESR post BA ha de informarse adecuadamente a los padres sobre la ausencia de efecto de los fármacos más usados para esta finalidad. Es recomendable también transmitirles un mensaje de tranquilidad, ya que la mayoría de estos niños dejarán de presentar ESR conforme se hagan mayores. Y, ante un ESR puede administrarse salbutamol teniendo en cuenta las limitaciones comentadas sobre su eficacia en estos niños.

## BIBLIOGRAFÍA

- Osakidetza. Servicio Vasco de Salud. Guía de Práctica Clínica sobre Asma. [Fecha de acceso 13 dic 2009]. Disponible en [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_384\\_Asma.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_384_Asma.pdf)
- Biggaard H; Study Group on Montelukast and Respiratory Syncytial Virus. A randomized trial of montelukast in respiratory syncytial virus postbronchiolitis. *Am J Respir Crit Care Med.* 2003;167:379-83.
- Biggaard H, Flores-Núñez A, Goh A, Azimi P, Halkas A, Malice MP, et al. Study of montelukast for the treatment of respiratory symptoms of post-respiratory syncytial virus bronchiolitis in children. *Am J Respir Crit Care Med.* 2008;178:854-60.
- Blom D, Ermers M, Bont L, van Aalderen WMC, van Woensel JBM. Corticosteroides inhalados durante la bronquiolitis aguda para la prevención de las sibilancias posbronquiolíticas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Vuillermin P, South M, Robertson C. Tratamiento con corticosteroides orales a criterio de los padres para los cuadros con sibilancias intermitentes en niños (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- McKean M, Ducharme F. Esteroides inhalados para las sibilancias virales episódicas de la infancia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Everard M, Bara A, Kurian M, N'Diaye T, Ducharme F, Mayowe V. Anticholinergic drugs for wheeze in children under the age of two years. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD 001279. DOI: 10.1002/14651858.CD001279.pub2.
- Chavasse R, Seddon P, Bara A, McKean M. Betaagonistas de acción rápida para las sibilancias recurrentes en niños menores de dos años de edad (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

9. Hemos leído. Montelukast no mejora los síntomas respiratorios postbronquiolitis en niños. [Fecha de acceso 13 dic 2009]. Disponible en <http://www.hemosleido.es/?p=572>