



**Documentos Técnicos del GVR  
(DT-GVR-4-gr)**

# **Sibilancias recurrentes en los primeros años de vida. Manejo en Atención Primaria (Guía Rápida)**

**Guía de Buena Praxis para el manejo de las sibilancias en el niño pequeño**

**Autor:**

Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.

**Redactores:**

M<sup>a</sup> Isabel Úbeda Sansano  
José Murcia García  
José Antonio Castillo Laita

**Revisión por pares:**

Manuel Praena Crespo (Andalucía), Jose Luis Montón Alvarez (Madrid), Ignacio Carvajal Urueña (Asturias), Juan José Morell Bernabé (Extremadura), Luis Bamonde Rodriguez (Galicia), Alfredo Cano Garcinuño (Castilla-León), Pablo Mola Caballero de Rodas (Asturias), Isabel Mora Gandarillas (Asturias), Agueda García Merino (Asturias), Alfonsa Lora Espinosa (Andalucía), Pepa Torregrosa Bertet (Cataluña), Luciano Garnelo Suárez (Galicia), Begoña Domínguez Aurrecoetxea (Asturias), Jose Antonio Castillo Laita (Aragón), Carlos Pardos Martínez (Aragón), Maite Callen Bleuca (País Vasco), M<sup>a</sup> Isabel Úbeda Sansano (Valencia), Alberto Bercedo Sanz (Cantabria), Xavier Pérez Porcuna (Cataluña), José Murcia García (Andalucía), Olga Cortés Rico (Madrid), Carmen Rosa Rodríguez Fernández Oliva (Canarias), Ana Giner Muñoz (Navarra)

**Fecha de publicación:**

22 de febrero de 2010

**Cómo citar este documento técnico:**

Úbeda Sansano MI, Murcia García J, Castillo Laita JA. Sibilancias recurrentes en los primeros años de vida. Manejo en atención primaria. Documentos técnicos del GVR (publicación DT-GVR-4) [consultado día/mes/año]. Disponible en: [www.aepap.org/gvr/protocolos.htm](http://www.aepap.org/gvr/protocolos.htm)

NOTA

Los conocimientos científicos en que se basa el ejercicio de la medicina son constantemente modificados y ampliados por la investigación. Los textos médicos con frecuencia se ven pronto superados por el desarrollo científico. Los autores y editores de este documento han procurado en todo momento que lo que aquí se publica esté de acuerdo con los más exigentes principios aceptados hoy día para la práctica médica. Sin embargo, siempre cabe la posibilidad de que se hayan producido errores humanos al presentar la información. Además, avances en los conocimientos científicos pueden hacer que esa información se vuelva incorrecta algún tiempo después. Por estos motivos, ni los autores, editores, u otras personas o colectivos implicados en la edición del presente documento pueden garantizar la exactitud de todo el contenido de la obra, ni son responsables de los errores o los resultados que se deriven del uso que otras personas hagan de lo que aquí se publica. Los editores recomiendan vivamente que esta información sea contrastada con otras fuentes consideradas fiables. Especialmente en lo relativo a la dosificación e indicaciones de los fármacos, se aconseja a los lectores que lean la ficha técnica de los medicamentos que usen, para asegurar que la información que se proporciona en este documento es correcta. Este documento está dirigido a profesionales sanitarios y no a público general.

### Consideraciones generales

- Los lactantes y preescolares con sibilancias constituyen un grupo heterogéneo con factores de riesgo y pronóstico distintos. Por ello, la Task Force European Respiratory Society (ERS) no recomienda utilizar el diagnóstico de asma en estos pacientes y propone “**sibilancias**” como nuevo estándar de terminología.
- La mayoría de las sibilancias en esta edad son **desencadenadas por infecciones víricas** que desaparecerán en la edad escolar. Otras son producidas por **múltiples desencadenantes** (virus, ejercicio, tabaco, alergenicos, etc...).
- El Índice Predictivo de Asma (**IPA**) (Tabla I), puede ayudar a predecir la evolución y tomar decisiones terapéuticas, pero sin olvidar sus limitaciones dado que un porcentaje de estos niños no se clasifica correctamente.
- A pesar de la incertidumbre diagnóstica en los niños pequeños, si las sibilancias aparecen después de los 18-24 meses, sin otra causa que las justifique y el IPA es positivo, es bastante probable el diagnóstico de asma atópica. En cambio, si se inician en el primer año de vida, son desencadenadas por virus y el IPA es negativo, probablemente desaparecerán en unos años.
- En general, no es necesario solicitar **pruebas complementarias** a un niño con sibilancias recurrentes desencadenadas por virus sin sospecha de patología subyacente. Ante episodios prolongados o de gravedad, se recomienda realizar una radiografía de tórax, plantearse diagnósticos alternativos, y en caso de sospechar atopia, el estudio de alergia.

### Tratamiento

- **Medidas preventivas:** se debe fomentar un ambiente libre de humo de tabaco y la lactancia materna. No son aconsejables restricciones dietéticas ni sustitución de forma empírica de proteínas de vaca por leche de soja o hidrolizados de proteínas.
- **Medidas de educación** para padres y cuidadores.
- **Tratamiento de mantenimiento**

Los fármacos disponibles son los **corticoides inhalados (CI)** y los **inhibidores de los leucotrienos** (Tabla II). En estas edades unos pacientes responden mejor a uno, otros a otro y algunos no responden a ninguno de estos fármacos.

Se introducirán en función de la recurrencia, intensidad de los síntomas y sospecha del tipo de sibilancias, identificando la respuesta individual de cada paciente. Si es satisfactoria, se mantendrá la misma pauta, al menos durante 3 meses, hasta considerar descender un escalón o evaluar la necesidad de mantener un tratamiento. Si en 4-6 semanas no se observa ningún beneficio, tras haber comprobado que la administración y cumplimentación son correctas, se suspenderá el tratamiento y se buscarán otras alternativas diagnósticas o terapéuticas.

Aún con la incertidumbre de los conocimientos actuales, *se puede puntualizar que:*

- En preescolares con **sibilancias producidas por múltiples desencadenantes** y riesgo elevado de padecer asma, los **CI** mejoran el control de la enfermedad. Responden mejor los niños con síntomas frecuentes, mayores de 2 años y/o con historia familiar de asma.
- Los **CI no** parecen eficaces para el control de las **sibilancias desencadenadas exclusivamente por virus** en niños pequeños, aunque podría realizarse una prueba terapéutica en estos pacientes.
- **No** se recomienda el **uso intermitente de CI** durante los episodios agudos de sibilancias **ni duplicar las dosis** si los llevaba pautados.

- **Montelukast** podría indicarse en lactantes y preescolares con **sibilancias recurrentes desencadenadas por infecciones víricas**, suspendiendo su uso si no se obtiene respuesta.
  - En preescolares con sibilancias producidas por múltiples desencadenantes y síntomas leves persistentes, puede considerarse una prueba terapéutica con montelukast como **alternativa a los CI**.
  - Montelukast sólo o asociado al tratamiento antiasmático habitual, puede ser útil en algunos preescolares cuando se administra en los **meses de alta incidencia de infecciones víricas**, ya que éstas son un desencadenante importante de exacerbaciones en la infancia.
  - **No se recomienda el empleo episódico** de CI o montelukast desde el inicio de la infección del tracto respiratorio para prevenir las sibilancias.
- **Tratamiento del episodio agudo** (Figura 1)
    - Los  **$\beta_2$ -agonistas de acción rápida** son el tratamiento broncodilatador de **primera línea** y aunque no todos los niños pequeños responden, está justificado hacer una prueba terapéutica. Se administrarán a demanda, utilizando inhalador presurizado con cámara espaciadora y mascarilla facial. El tratamiento nebulizado debe reservarse sólo para situaciones graves, utilizando en estos casos oxígeno a flujo alto (6-9 L/min) y no aire comprimido.
    - **Bromuro de Ipratropio**: No se recomienda de forma sistemática. Sólo está justificado en los episodios moderados o graves en las primeras 24-48 horas y siempre asociado a los  $\beta_2$ -agonistas de acción rápida. Con cámara espaciadora (2-4 pulsaciones) o nebulizados 250  $\mu$ g/4-6 horas.
    - **Corticoides sistémicos**: Actualmente existe controversia sobre su indicación en esta edad. Si se pautan, la dosis es 0,5-1 mg/Kg/día (3-5 días) en episodios moderados o hasta 2 mg/Kg/día de prednisona o equivalente en los graves. Salvo excepciones, no están indicados en episodios leves. Se suspenden sin reducir la dosis si se pautan menos de 10 días.
    - **Oxígeno**: cuando precise, para mantener la **Saturación de O<sub>2</sub> > 94%**.
    - **No son útiles** los mucolíticos, antihistamínicos, la fisioterapia torácica ni los antibióticos (la mayoría de las crisis son desencadenadas por infecciones víricas).

Tabla I. Índice Predictivo de Asma*	
Castro Rodríguez <sup>6</sup>	Guilbert <sup>7</sup>
Criterios Mayores	
Historia de asma en algún progenitor Diagnóstico médico de dermatitis atópica en el niño.	Historia de asma en algún progenitor Diagnóstico médico de dermatitis atópica en el niño. Sensibilización alérgica a uno o más aeroalergenos
Criterios Menores	
Rinitis alérgica diagnosticada por un médico Sibilancias no relacionadas con resfriados Eosinofilia en sangre periférica $\geq 4\%$	Sensibilización alérgica a huevo, leche o frutos secos Sibilancias no relacionadas con resfriados Eosinofilia en sangre periférica $\geq 4\%$

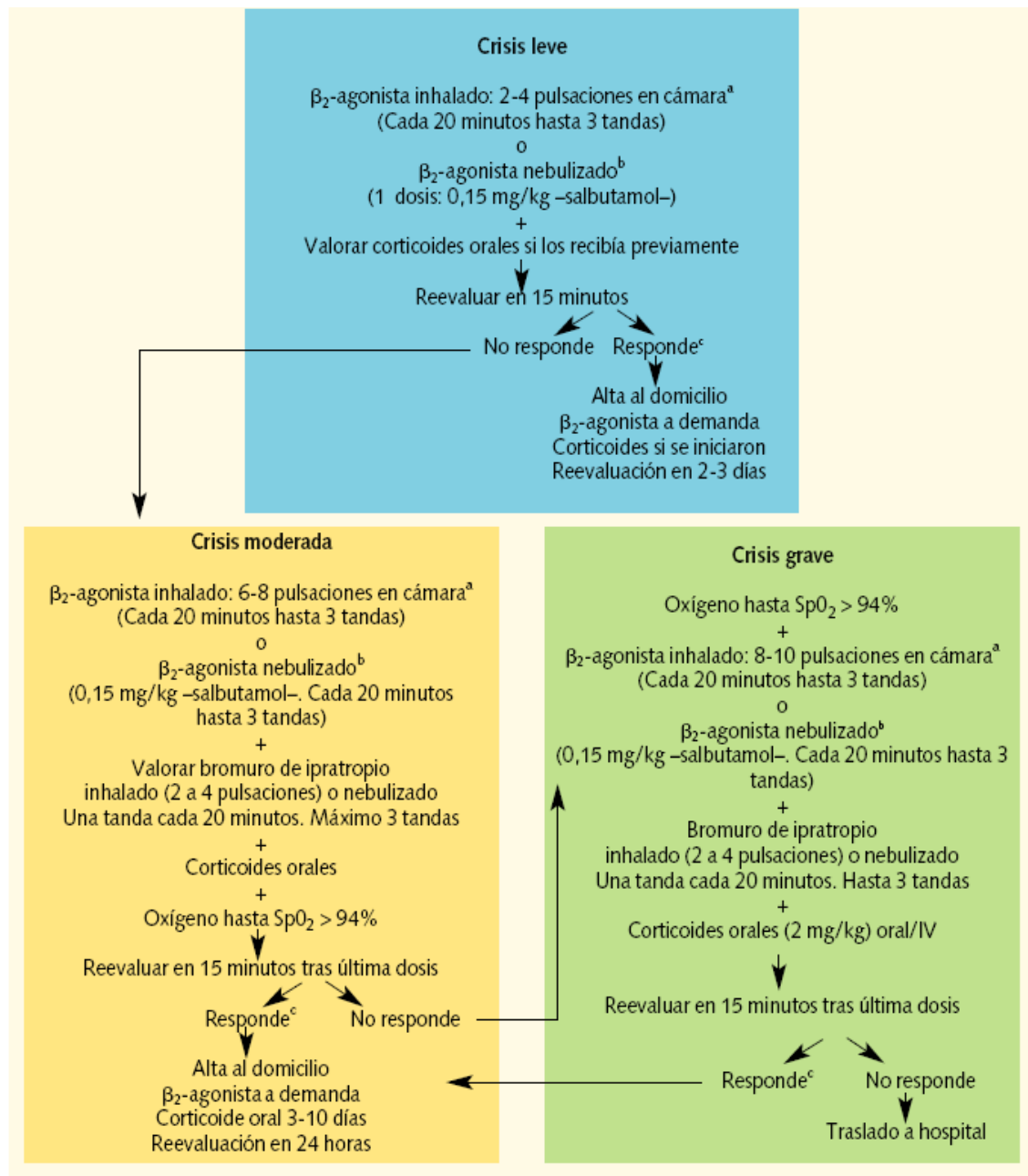
\*IPA positivo: 1 criterio mayor o 2 menores.

**Tabla II. Tratamiento de mantenimiento en el niño menor de 3 años según el Consenso sobre tratamiento de asma en pediatría (modificada de Castillo JA y col)<sup>9</sup>**

Gravedad del asma	Control de base de la enfermedad	Elección Alternativa	Alivio de síntomas
<b>Episódica ocasional</b>	No precisa	No precisa	AA-β <sub>2</sub> AC a demanda
<b>Episódica frecuente</b>			
IPA –	Habitualmente no precisa	Valorar respuesta: ARLT GCI dosis bajas	AA-β <sub>2</sub> AC a demanda
IPA +	GCI dosis bajas (≤ 200 μg BD ó ≤ 100 μg Fluticasona)	ARLT	
<b>Persistente moderada</b> (Antes de dar este paso replantearse el diagnóstico y si la administración es correcta)	GCI dosis medias (200-400 μg BD o equiv Flut)	GCI dosis bajas + ARLT	AA-β <sub>2</sub> AC a demanda
	Valorar respuesta a los 3 meses Retirar si no hay respuesta y si no existen factores de riesgo		
<b>Persistente grave</b>	GCI dosis altas (> 400 μg BD equiv.) Se puede considerar una o varias: - Añadir ARLT - Añadir AA-β <sub>2</sub> AL - Añadir GC oral		AA-β <sub>2</sub> AC a demanda

**IPA:** Índice Predictivo de Asma; **GCI:** glucocorticoide inhalado; **BD:** Budesonida; **Flut:** Fluticasona; **ARLT:** Antagonistas de los receptores de los leucotrienos; **AA-β<sub>2</sub> AC:** Agonista β<sub>2</sub>-adrenérgico de acción corta; **AA-β<sub>2</sub> AL:** Agonista β<sub>2</sub>-adrenérgico de acción larga; **GC:** Glucocorticoide

Figura 1. Tratamiento del episodio agudo según la gravedad



<sup>a</sup>De elección.

<sup>b</sup>Mínimo 1,25 mg (0,25 ml), máximo 5 mg (1 ml).

<sup>c</sup>Responde si pulmonary score <4 y SpO<sub>2</sub> (saturación de oxígeno) > 94%.