



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Club de revistas

Stephanie Sánchez Villa

Residente de pediatría

Universidad de Antioquia

Olga Morales

Pediatra Neumóloga

REVIEW ARTICLE

The Problematic 2014 American Academy of Pediatrics Bronchiolitis Guidelines

Larry B. Mellick, MD† and Juan Gonzalez, DO†*

Pediatric Emergency Care
Volume 00, Number 00, Month 2019



Las pautas de bronquiolitis de 2014 (AAP) son una revisión de las de 2006 y representan un análisis cuidadoso de la literatura por parte de expertos.



El objetivo es proporcionar un enfoque basado en la evidencia para el diagnóstico, manejo y prevención de la bronquiolitis en niños de 1 mes a 23 meses de edad

Introducción

Introducción

Las pautas de la AAP de 2014 ahora están desactualizadas con respecto a las opciones terapéuticas.

No han reconocido los desafíos del médico en ejercicio.

La evidencia actual ahora respalda algunas de las intervenciones terapéuticas rechazadas por las pautas de 2014.

Incluir la evidencia que respalda prácticas que actualmente no son aceptadas por las guías de práctica de 2014.

La bronquiolitis es un síndrome

No una enfermedad específica

Más de un agente infeccioso es responsable

Múltiples agentes infecciosos responsables = Variaciones en la presentación y las respuestas terapéuticas.

Influenciado por la edad del paciente y las vulnerabilidades genéticas.

No es tan simple...

Diferentes condiciones clínicamente heterogéneas

Es un síndrome de heterogeneidad significativa.

Jartti et al: Diferencias clínica, fisiopatológica y genéticamente en 3 grupos de niños que padecen bronquiolitis grave o primer episodio de sibilancias

Es probable que respondan a diferentes tratamientos.

Bronquiolitis inducida por el virus respiratorio sincitial (VSR).

Sibilancias inducidas por el rinovirus (RV).

Sibilancias debido a otros virus, característicamente propensos a ser menos frecuentes y menos graves.

Diferentes
condiciones
clínicamente
heterogéneas

El VSR predomina como la causa de la bronquiolitis menor de 12 meses de edad.

El RV clínica y genéticamente diferente, predominante en el segundo año de vida.

Los otros virus: El bocavirus humano y metapneumovirus, parainfluenza, adenovirus, coronavirus y virus de influenza.

Las coinfecciones, ocurren en 10% a 40% de los casos graves.

Los pacientes
dados de alta
son diferentes



La capacidad de respuesta a las opciones terapéuticas puede cambiar significativamente a medida que la enfermedad progresa.



El extremo severo del espectro son los pacientes que no responden a las intervenciones terapéuticas y son ingresados en el hospital o en la UCI.



La cohorte de pacientes admitidos es diferente de la cohorte de pacientes ambulatorios o del departamento de emergencias.



Aproximadamente 3 de cada 4 pacientes son dados de alta y ese % puede estar aumentando.



Los estudios confirman esa gravedad en la bronquiolitis se predice por la edad temprana y por VSR.

Los pacientes dados de alta son diferentes

Las recomendaciones de 2014 se basan en investigaciones que no representan de manera consistente el espectro de pacientes

Muchos de los ensayos de medicamentos requieren niños <12 meses sin antecedentes de sibilancias.

Poblaciones de estudio homogéneas de niños con bronquiolitis por VSR.

- Los pacientes con RV se asemejan a los niños mayores con asma y con mayor frecuencia son tratados con corticosteroides y parecen responder a ellos.
- Los pacientes mayores infectados con RV y otros virus (Metapneumovirus, Influenza y Bocavirus) son admitidos con menos frecuencia

Los pacientes dados de alta son diferentes

Los
pacientes
dados de
alta son
diferentes

El espectro de pacientes omitido
incluye

Sesgo en el espectro de
investigación entre los servicios
para pacientes hospitalizados, el
DE o clínicas ambulatorias que
influyen en las recomendaciones
de la guía.

Pacientes con menos gravedad de
la enfermedad

Respondieron a intervenciones
terapéuticas (Succión Nasal
Simple, Solución Salina
Hipertónica, Epinefrina
Nebulizada o Albuterol)

Fueron dados de alta a casa

Un subconjunto
del síndrome de
bronquiolitis:

Respondedores a
los tratamientos
de asma

El asma y la bronquiolitis viral son casi indistinguibles clínicamente en bebés y niños pequeños: Sibilancias, retracciones, tos y congestión nasal.

La heterogeneidad de la enfermedad debería cuestionar el pensamiento actual de que la etiología infecciosa de la bronquiolitis severa no afecta los resultados a corto plazo.

No hay forma de saber qué enfermedad viral de la vía aérea responderá o no sin una prueba terapéutica.

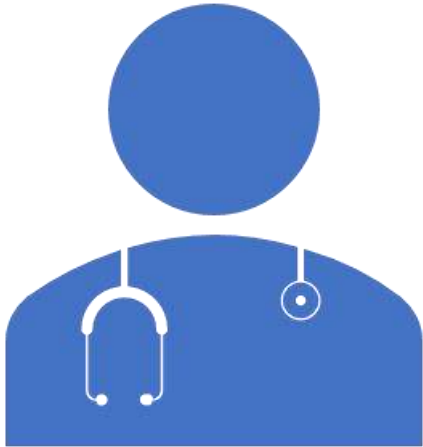
Muchas otras afecciones pueden dar sibilancias y deben considerarse

Todos los pacientes con sibilancias < 2 años que se presentan DE o entornos ambulatorios son pacientes indiferenciados o diferenciados de manera incompleta.

Sin más pruebas de diagnóstico y / o ensayos terapéuticos, es casi imposible definir qué afección similar a la bronquiolitis es responsable de la presentación.

El paciente sibilante indiferenciado

El paciente sibilante indiferenciado



- Aunque es una práctica estándar comenzar con una historia clínica y un examen físico.
- Se requieren otros pasos para diferenciar la causa de las sibilancias y el origen de la fiebre, la capacidad de a los agonistas β_2 , la epinefrina racémica y SS3%.
- Las recomendaciones de la AAP alientan a hacer el diagnóstico y el plan terapéutico posterior basado completamente en la historia y el examen físico.



Opciones terapéuticas actuales basadas en evidencia

Solución salina hipertónica

- Revisión Cochrane de 2017: Puede reducir la duración de la estadía hospitalaria, mejorar el puntaje de gravedad clínica y reducir el riesgo de hospitalización.

Epinefrina nebulizada

- Evidencia de que trata eficazmente el broncoespasmo pulmonar.
- Las pautas de la AAP de 2014 reconocieron el beneficio de la epinefrina en el entorno ambulatorio.
- La recomendación abordó el manejo de pacientes hospitalizados y no el beneficio potencial en el entorno ambulatorio.



Opciones terapéuticas actuales basadas en evidencia

Cánula nasal de alto flujo con aire humidificado

- AAP de 2014: la evidencia disponible sugería que su era prometedor
- La ausencia de un ensayo aleatorio completo de su eficacia en bronquiolitis excluyó las recomendaciones específicas sobre su uso.
- La evidencia actual y la amplia experiencia clínica demuestran beneficios clínicos claros.
- Hay evidencia suficiente para permitir la recomendación de CNAF en el tratamiento de la bronquiolitis severa.



Las pautas de bronquiolitis AAP de 2014 no satisfacen adecuadamente las necesidades y las realidades clínicas.



Los médicos reconocen que pacientes indiferenciados necesitan más pruebas de diagnóstico y ensayos terapéuticos.



El síndrome de bronquiolitis es una enfermedad heterogénea y algunos sí responden a las terapias que fueron desalentadas por las de la AAP de 2014.



Las pautas de la AAP sobre el manejo de poblaciones heterogéneas de pacientes ambulatorios ≤ 2 años en base a una investigación sesgada hacia poblaciones homogéneas de pacientes ingresados de ≤ 12 meses.

Conclusiones

Gracias
