



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

**e Conferencia de Consenso sobre bronquiolitis aguda (VI):  
pronóstico en la bronquiolitis aguda. Revisión de la evidencia  
científica** ☆

**C. Ochoa Sangrador<sup>a,\*</sup>, J. González de Dios<sup>b</sup> y Grupo de Revisión del Proyecto aBREVIADO  
(BRonquiolitis-Estudio de Variabilidad, Idoneidad y Adecuación)** ♦

<sup>a</sup>Servicio de Pediatría, Hospital Virgen de la Concha, Zamora, España

<sup>b</sup>Servicio de Pediatría, Departamento de Pediatría, Hospital de Torrevieja, Universidad Miguel Hernández, Alicante, España

Recibido el 19 de diciembre de 2009; aceptado el 21 de diciembre de 2009

Disponible en Internet el 20 de abril de 2010

**PALABRAS CLAVE**

Bronquiolitis;  
Pronóstico;  
Escala de valoración  
de síntomas;  
Revisión sistemática

**Resumen**

Presentamos una revisión de la evidencia sobre pronóstico de la bronquiolitis aguda, factores de riesgo de formas graves, escalas de valoración de síntomas o gravedad y riesgo de asma postbronquiolitis. En pacientes ingresados son factores de riesgo documentados de estancias prolongadas o ingreso en UCIP: la displasia broncopulmonar y/o enfermedad pulmonar crónica, la prematuridad, las cardiopatías congénitas y la edad menor de 3 meses. Otros factores de riesgo menos documentados son la exposición a tabaco, el antecedente de ventilación mecánica neonatal, la lactancia materna de menos de 4 meses, la coinfección vírica y otras enfermedades crónicas. Son marcadores de gravedad: el aspecto tóxico, la taquipnea, la hipoxia, la presencia de atelectasia o infiltrado en la radiografía de tórax, el trabajo respiratorio aumentado, los signos de deshidratación, la taquicardia y la fiebre. Aunque existen diversos modelos predictivos de gravedad, ninguno ha mostrado suficiente validez predictiva como para recomendar su uso en la práctica clínica. Contamos con diversas escalas de valoración de síntomas o gravedad, ninguna ha demostrado ser más válida o precisa como para recomendar su aplicación preferente en la práctica clínica. Parece existir una consistente y fuerte asociación entre ingreso por

☆ Avalado por la Asociación Española de Pediatría (AEP), Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP), Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP), Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP), Sociedad Española de Neumología Pediátrica (SENP), Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica (SEICAP), Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos (SECIP), Sociedad Española de Neonatología (SEN) y Sociedad Española de Cardiología Pediátrica (SECPC).

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cochoas@meditex.es (C. Ochoa Sangrador).

♦ El listado de miembros de Grupo Revisor especificados se presenta en el anexo 1.

bronquiolitis y episodios de sibilantes recurrentes en los primeros 5 años de vida. Sin embargo, no está claro si en años posteriores dicha asociación se prolonga, existiendo información discordante sobre la asociación entre bronquiolitis y asma.

© 2009 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

#### KEYWORDS

Viral bronchiolitis;  
Prognosis;  
Severity of illness  
index;  
Systematic review

#### Consensus conference on acute bronchiolitis (VI): prognosis of acute bronchiolitis. Review of scientific evidence

##### Abstract

We present a review of the evidence on prognosis of acute bronchiolitis, risk factors for severe forms, symptom or severity scores and risk of post-bronchiolitis asthma. Documented risk factors of long stay or PICU admission in hospitalized patients are: bronchopulmonary dysplasia and/or chronic lung disease, prematurity, congenital heart disease and age less than 3 months. Other less well documented risk factors are: tobacco exposure, history of neonatal mechanical ventilation, breastfeeding for less than 4 months, viral co-infection and other chronic diseases. There are several markers of severity: toxic appearance, tachypnea, hypoxia, atelectasis or infiltrate on chest radiograph, increased breathing effort, signs of dehydration, tachycardia and fever. Although we have some predictive models of severity, none has shown sufficient predictive validity to recommend its use in clinical practice. While there are different symptom or severity scores, none has proven to be valid or accurate enough to recommend their preferable application in clinical practice. There seems to be a consistent and strong association between admission due to bronchiolitis and recurrent episodes of wheezing in the first five years of life. However it is unclear whether this association continues in subsequent years, as there are discordant data on the association between bronchiolitis and asthma.

© 2009 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Presentamos una revisión de la evidencia sobre pronóstico de la bronquiolitis aguda: factores de riesgo de formas graves, escalas de valoración de síntomas o gravedad y riesgo de asma postbronquiolitis. Esta revisión forma parte de la documentación elaborada para la «Conferencia de Consenso sobre bronquiolitis aguda», en el que se sustenta el estudio de idoneidad del proyecto titulado «Variabilidad e idoneidad del manejo diagnóstico y terapéutico de la bronquiolitis aguda» (estudio «aBREVIADO»: BRonquiolitis-Estudio de Variabilidad, Idoneidad y ADecuación). La metodología de la revisión ha sido publicada en un artículo previo de esta serie<sup>1</sup>.

#### Introducción

La bronquiolitis aguda (BA) es la principal causa de ingreso por infección respiratoria aguda (IRA) de vías bajas en el niño menor de 2 años. Es una entidad respiratoria de diagnóstico clínico, que se presenta habitualmente con rinitis, dificultad respiratoria, tos, rechazo de alimentación, irritabilidad y, en lactantes muy pequeños, apneas. Estos hallazgos clínicos, junto con la existencia de sibilantes y/o crepitantes en la auscultación, permiten realizar el diagnóstico. La BA tiene lugar en lactantes menores de 2 años, más frecuentemente entre los 3–6 meses de vida, en asociación con epidemias de infecciones virales en los meses de otoño e invierno, principalmente por el virus respiratorio sincitial (VRS).

La carga de la enfermedad es importante. La mayoría de los lactantes se infectan por el VRS en los primeros años de vida, aunque solo una parte de ellos presentan síntomas de BA. La mayoría de los casos son autolimitados, persistiendo los síntomas entre 3–7 días, pudiendo ser manejados en su domicilio con medidas sintomáticas. El ingreso hospitalario suele estar motivado por la necesidad de recibir cuidados como la administración de oxígeno suplementario, la aspiración de secreciones o la alimentación enteral o parenteral. Excepcionalmente los pacientes con BA pueden presentar fallo respiratorio y precisar asistencia respiratoria. En función del nivel de cuidados que requiera el paciente podemos clasificar las BA como leves (manejo ambulatorio), moderadas (precisan hospitalización) o graves (presentan fallo respiratorio que requiere ventilación asistida).

Los niños de menor edad y los que tienen problemas médicos previos (prematuridad, cardiopatía congénita, enfermedad pulmonar crónica o displasia broncopulmonar, etc.) son más susceptibles de tener enfermedad grave y mayor riesgo de ingreso hospitalario o asistencia respiratoria. La identificación de factores de riesgo o marcadores clínicos de gravedad puede resultar útil en la toma de decisiones médicas, fundamentalmente para la indicación o no de ingreso hospitalario, pero también para la selección de pacientes susceptibles de la realización de pruebas diagnósticas o la instauración de procedimientos terapéuticos. En los últimos años ha surgido un especial interés por

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4142416>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4142416>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)