

2. Fármacos broncodilatadores

Bronchodilator drugs

Drogas broncodilatadoras

Introducción⁽¹⁻³⁾

La evidencia científica disponible es contundente en relación con el escaso beneficio del tratamiento farmacológico en el tratamiento de la bronquiolitis. La decisión de utilizar fármacos siempre se debe individualizar y basar en una correcta valoración de la relación beneficio-riesgo-costo. Por tanto, siempre debe tratarse de un ensayo o prueba terapéutica que requiere una correcta evaluación de la respuesta.

En los niños portadores de crisis broncoobstructivas reiteradas (síndrome broncoobstructivo del lactante, SBOL) la respuesta a los fármacos broncodilatadores es mayor que en los niños con bronquiolitis.

Fármacos disponibles⁽²⁻⁴⁾

Salbutamol. No se recomienda de manera sistemática en el tratamiento de la bronquiolitis. Algunos pacientes, en los cuales la hiperreactividad está presente, responden a la administración de este fármaco en forma similar a los pacientes asmáticos.

Se debe realizar una prueba terapéutica en los pacientes con fallo respiratorio agudo, ya sea en forma nebulizada o con inhalador de dosis medida. En caso de respuesta clínica favorable se continuará su administración. En caso contrario se debe discontinuar, recomendándose la conexión a la forma de oxigenación más adecuada⁽⁴⁾.

Adrenalina. El estado actual del conocimiento no apoya el uso rutinario de adrenalina en el tratamiento de la bronquiolitis en pacientes ambulatorios.

Se plantea su administración en forma nebulizada, como tratamiento de rescate, en las formas clínicas graves. Su uso también debe estar sujeto a prueba terapéutica, con medición de la respuesta y control de los efectos adversos.

No se ha demostrado la eficacia de administrar dosis repetidas en forma prolongada de este fármaco^(5,6).

Suero salino hipertónico al 3%. Algunos estudios muestran que su administración en forma nebulizada, jun-

to a un broncodilatador (salbutamol o adrenalina) produce mejoría de los síntomas, y podría reducir la estadía en niños hospitalizados cuando se administra por más de 24 horas⁽¹⁻³⁾.

Corticoides. Su administración sistémica o inhalatoria no reduce la tasa de hospitalización, ni la estadía hospitalaria, por lo que no están recomendados en el tratamiento de la bronquiolitis. Son fármacos ampliamente utilizados con efectividad probada en el paciente asmático⁽⁷⁾.

Bromuro de ipratropio. No se han demostrado efectos beneficiosos en el tratamiento de la bronquiolitis, reservándose su uso para el tratamiento del asma⁽¹⁻³⁾.

Referencias bibliográficas

1. **National Institute for Health and Care Excellence.** Bronchiolitis in children: diagnosis and management. NICE guideline, 1 June 2015. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng9>. [Consulta: 31 julio 2019].
2. **American Academy of Pediatrics Subcommittee on Diagnosis and Management of Bronchiolitis.** Diagnosis and management of bronchiolitis. *Pediatrics* 2006; 118(4):1774-93.
3. **Ralston S, Lieberthal A, Meissner H, Alverson B, Baley J, Gadomski A, et al.** Clinical practice guideline: the diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis. *Pediatrics* 2014; 134(5):e1474-502.
4. **Gadomski AM, Scribani MB.** Bronchodilators for bronchiolitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; (6):CD001266.
5. **Skjerven H, Hunderi J, Brüggmann S, Brun A, Engen H, Eskedal L, et al.** Racemic adrenaline and inhalation strategies in acute bronchiolitis. *N Engl J Med* 2013; 368(24):2286-93.
6. **Hartling L, Bialy L, Vandermeer B, Tjosvold L, Johnson D, Plint A, et al.** Epinephrine for bronchiolitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (6):CD003123.
7. **Fernandes R, Bialy L, Vandermeer B, Tjosvold L, Plint A, Patel H, et al.** Glucocorticoids for acute viral bronchiolitis in infants and young children. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 2013(6):CD004878.