

*Cuadernos de homeopatía
en pediatría*

2

Las Bronquiolitis del Lactante



*Adaptación por el
Dr. Jorge Manresa
Pediatra - Homeópata*



Índice

Enfoque terapéutico

Dr. Jorge Manresa

Principales medicamentos homeopáticos

Estudio de la práctica clínica

Ilustraciones: Françoise Guilton



Introducción

En el campo específico de las bronquiolitis, durante la Conferencia de Consenso de 1999, en la que tuve la oportunidad de participar en calidad de representante del Alto Comité de la Sanidad Pública, ni los antibióticos, ni los broncodilatadores, ni los fluidificantes, ni los corticoides locales o generales fueron considerados por los expertos medios terapéuticos determinantes.

Los actuales trabajos son prometedores, pero merecerían mayores esfuerzos con vistas a una auténtica metodología moderna de investigación clínica.

Esta reflexión general es aún más importante para la bronquiolitis, en la medida en que se conocen las posibles evoluciones hacia la hiperreactividad bronquial y la enfermedad asmática.

La homeopatía tiene propuestas muy interesante en este campo, como podrá comprobar en este cuaderno.

Profesor Bonnaud

Jefe del Servicio de Neumología y Alergología
Facultad de Medicina de Limoges (Francia)

La Bronquiolitis del Lactante



Enfoque

Terapéutico

Por el Dr. Jorge Manresa
Pediatra - Homeópata

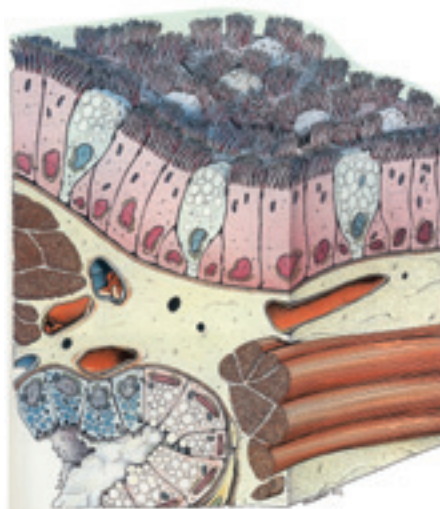


Aspectos Teóricos

Dentro de las múltiples definiciones existentes de bronquiolitis aguda, quizás la más aceptada la precisa como un primer episodio agudo de dificultad respiratoria espiratoria con/sin aumento del trabajo respiratorio en el contexto de un cuadro respiratorio de vías altas en un niño de menos de 2 años.

Las principales variantes de esta definición radican en la inclusión/exclusión en la misma de pacientes con segundos y ulteriores cuadros agudos de sibilancias y/o de datos exploratorios como la presencia de taquipnea, utilización de musculatura respiratoria accesoria, hiperinsuflación o signos auscultatorios característicos (sibilancias y/o roncus y/o crepitantes finos y/o disminución del murmullo vesicular y/o espiración alargada).

En el presente cuadernillo aunque emplearemos el termino bronquiolitis aguda para designar un cuadro agudo de dificultad respiratoria con sibilancias en el contexto de un proceso catarral de vías aéreas superiores que ocurre en un paciente menor de 2 años, diferenciando el primer episodio (bronquiolitis aguda típica), del segundo o ulteriores, pretendemos evidenciar la alta eficacia del tratamiento homeopático en ambas situaciones.



Estructura tridimensional de una mucosa bronquial normal*.

La infección por virus respiratorio sincitial, no es sinónimo de bronquiolitis aguda y viceversa. Etiológicamente, el VRS está presente en el 75% de los casos hospitalizados menores de 2 años por bronquiolitis, pero globalmente sólo supone el 20-40% de todos los casos de bronquiolitis aguda, frente al 10-30% por virus parainfluenza, 5-10% por adenovirus, 10-20% por virus influenza y 5-10% por mycoplasma (sobre todo en niños mayores).

Desde un punto de vista práctico, el espectro clínico-patológico de esta afectación oscilará entre dos patrones diferenciables: la enfermedad obstructiva (bronquiolitis aguda por VRS) y la enfermedad restrictiva (neumonía por VRS), con importantes implicaciones en la respuesta al tratamiento

En general, anamnesis, epidemiología (edad y estación) y examen físico congruentes son suficientes para realizar el diagnóstico.

La hipoxia es el mejor predictor de severidad. Clínicamente, se correlaciona bien con la taquipnea, pero no así con las sibilancias o las retracciones/utilización de musculatura accesoria. La combinación de hallazgos clínicos (coloración, esfuerzo respiratorio, estado general del niño, movimientos, atención.....) permite detectar con bastante fiabilidad la existencia de hipoxia. La medición de la saturación de oxígeno mediante pulsioximetría, constituye el método más fiable en la evaluación no invasiva de la presencia y grado de hipoxia.

Exploraciones complementarias

De forma general, puede decirse que no está justificada la realización rutinaria de exploraciones complementarias. Tampoco existen evidencias que justifiquen la realización rutinaria de radiografías de tórax en los pacientes con bronquiolitis aguda, restringiéndose ésta a pacientes en los que existan dudas diagnósticas, sospecha clínica de complicaciones pulmonares, deterioro agudo de su situación clínica, necesidad de ingreso en cuidados intensivos y/o patología cardiopulmonar grave crónica subyacente.

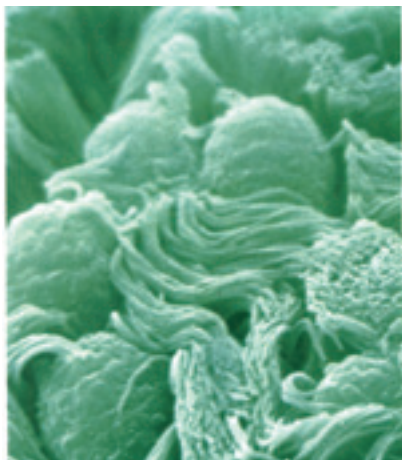
Tampoco está justificada la realización rutinaria de gasometría arterial o capilar, hemograma, hemocultivo y determinación de reactantes de fase aguda (VSG, PCR) , estando indicadas únicamente en función de las características particulares del caso.

De la bronquiolitis al asma

Este problema es difícil y no está nada claro. En algunos niños, los episodios se repiten durante los dos a tres primeros años. Estas recaídas de "bronquiolitis aguda" afectan a entre el 20% y el 60 % de los niños que ya han padecido una bronquiolitis. A partir del tercer episodio obstructivo, se puede hablar de crisis de asma y no de bronquiolitis, y es habitual utilizar el término de "asma del lactante". La evolución del asma del bebé hacia la del niño mayor afecta a entre el 20% y el 25 % de los pacientes. La existencia de un terreno atópico es el principal factor de riesgo hacia esta evolución.

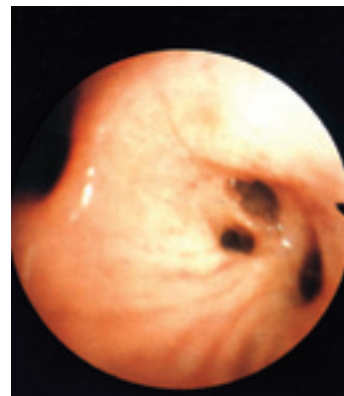
Tratamiento

Por lo general, el tratamiento del paciente con bronquiolitis aguda se centrará en



Microscopia electrónica de barrido (x 10.000): Mucosa bronquial: ola ciliar y células califormes en cúpula.*

Bronquitis aguda: vista endoscópica con engrosamiento de la mucosa, hiperemia e hipersecreción.*

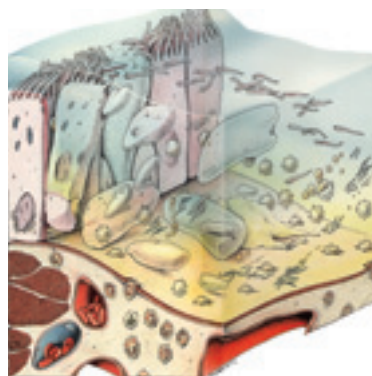


garantizar una buena oxigenación e hidratación (tratamiento de soporte) y una buena información-formación específica de los padres. Los principales beneficios de su ingreso hospitalario consistirán en el mantenimiento de la vía aérea permeable (mediante lavados nasales con suero, aspiración suave de secreciones, tratamiento postural), la monitorización cuidadosa del estado clínico, el mantenimiento de una correcta hidratación y oxigenación, y la adecuada información/formación de los padres.

No se ha demostrado que ningún tratamiento farmacológico utilizado en la bronquiolitis aguda, sea capaz de alterar significativamente el curso natural de la enfermedad, sin embargo, algunos de ellos pueden prevenir la aparición de complicaciones y/o mejorar el confort del paciente

Medidas Generales

El manejo terapéutico básico de una bronquiolitis aguda se centra en asegurar la **oxigenación** e **hidratación** del paciente. Debemos garantizar el aporte de los requerimientos hídricos basales más las pérdidas extraordinarias (taquipnea, fiebre, grado de deshidratación en el momento de la asistencia). De forma electiva, y si las circunstancias del paciente lo permiten, se realizará por vía oral, tratando de facilitarla mediante el fraccionamiento de las



Bronquitis y bronquiolitis agudas: alteraciones epiteliales con descamación, lisis celular y exposición de la membrana base.*

tomas y la desobstrucción de la vía aérea superior previa a la administración de las mismas. En caso de intolerancia oral, emplearemos la vía parenteral.

El tratamiento ambulatorio en pediatría extrahospitalaria incluye:

1. TRATAMIENTO DE SOPORTE:

- 1 Oxigenación si procede.
- 1 Hidratación y nutrición.
- 1 Postural.
- 1 Desobstrucción de vía aérea superior.
- 1 Aspectos ambientales. Humidificación.
- 1 Información/formación de los padres.

La administración de antihistamínicos o vasoconstrictores nasales, no está recomendada.

No existen evidencias directas que demuestren que la fisioterapia respiratoria sea beneficiosa en estos pacientes.

2. FARMACOLÓGICO:

BRONCODILATADORES

BETA 2-AGONISTAS

Se ha postulado que el efecto broncodilata-

dor de los beta2-agonistas podría ser beneficioso en el tratamiento sintomático de la bronquiolitis. Existen dos revisiones sistemáticas fundamentales sobre los broncodilatadores en el tratamiento de la bronquiolitis: Kellner, en la primera, recoge 8 Estudios Aleatorios Controlados (EAC) con un total de 485 niños, y Flores, en la segunda, incluye 5 EAC con un total de 251 niños. Ambos estudios demuestran que los broncodilatadores mejoran discretamente los "scores" clínicos de niños con bronquiolitis leve y moderada, pero la importancia clínica real es mínima, y no producen una mejoría significativa en la saturación de oxígeno ni disminuyen el porcentaje o duración de los ingresos. Por otro lado, el score clínico podría verse afectado por la acción que los broncodilatadores pueden tener sobre la "apariencia" clínica del niño a través de un efecto estimulante general no relacionado con sus efectos sobre la función respiratoria. Tampoco podemos olvidar las evidencias que demuestran la existencia de múltiples posibles efectos adversos derivados del uso de beta 2-agonistas en estos pacientes, incluyendo crisis hipóxicas.

Por todo ello, los beta 2-agonistas no deberían ser utilizados de forma rutinaria en el tratamiento de un primer episodio de bronquiolitis aguda de lactantes previamente sanos. Su posible utilidad en

una subpoblación específica de pacientes, mayores de 6-8 meses, con hiperreactividad bronquial y/o sibilancias recurrentes y/o riesgo de desarrollo de asma, está por determinar, máxime cuando se trata de una población de difícil identificación. En cualquier caso, si se utiliza un agonista beta-2, éste debería ser suspendido si tras su aplicación no se objetiva mejoría clínica.

ANTICOLINÉRGICOS

Los estudios publicados sobre el uso de agentes anticolinérgicos sólo o en combinación con beta2-agonistas en el tratamiento de la bronquiolitis aguda típica y de lactantes sibilantes recurrentes, no han demostrado efectos beneficiosos.

CORTICOSTEROIDES

Existen múltiples revisiones sistemáticas y EAC de alta calidad que demuestran que los corticoides, administrados por vía sistémica o inhalados, no proporcionan beneficios clínicos ni durante la fase aguda ni en la evolución posterior de los lactantes con bronquiolitis aguda, presentando además efectos adversos bien documentados.

Un subgrupo de lactantes, con afectación más grave y que desarrolla síndrome de distress respiratorio agudo (SDRA), podría

beneficiarse de su administración, acortando la duración de síntomas y la estancia hospitalaria, pero el nivel de evidencia hasta el momento es insuficiente.

ANTIBIÓTICOS

El uso rutinario de antibióticos carece de efectos beneficiosos, no sólo en la bronquiolitis sino también en la neumonía por VRS. Por tanto no está recomendado su uso sistemático en estos pacientes, estando su indicación únicamente justificada ante la presencia de un foco bacteriano documentado.

MUCOLÍTICOS Y ANTITUSÍGENOS

Las evidencias existentes son anecdóticas o claramente insuficientes para establecer una recomendación en el momento actual.

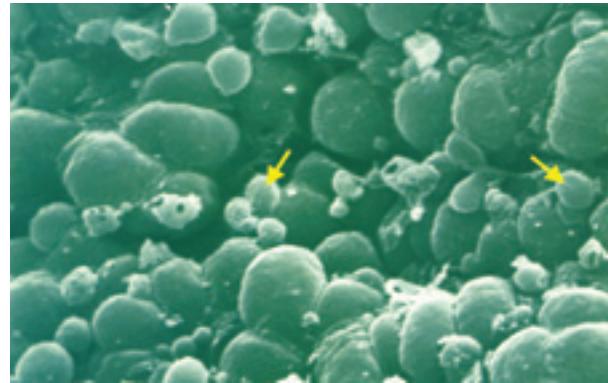
Conclusiones

Como ampliamente está aceptado, al margen de las medidas terapéuticas de soporte, no existen evidencias que sustenten la aplicación rutinaria de ningún tratamiento farmacológico en la bronquiolitis aguda.

En el trabajo de Shay y col., en el que revisan los aspectos epidemiológicos de la

bronquiolitis en los niños americanos desde 1979 a 1997, el número de muertes asociadas con la bronquiolitis y las tasas de mortalidad permanecían estables. La realidad del estudio muestra que el uso de los nuevos tratamientos apenas si tiene efecto en el número global de muertes asociadas con esta enfermedad. Además, detecta un incremento significativo en el porcentaje de hospitalizaciones, lo que asociado a la ausencia de cambios en las tasas de mortalidad, únicamente refleja la presión familiar, una medicina defensiva y la ausencia de recursos verdaderamente eficaces en el tratamiento de esta enfermedad.

La ausencia de eficacia de los fármacos utilizados de manera habitual en pediatría, tanto hospitalaria como extrahospitalaria, en el tratamiento de la bronquiolitis aguda y su posterior evolución en el tiempo debería hacernos valorar tratamientos que, como el homeopático, pueden ser muy útiles, tanto a la hora de enfrentar el episodio agudo, como la frecuente recidiva de cuadros similares de intensidad y características variables. La excelente tolerancia y la ausencia de contraindicaciones de los medicamentos homeopáticos, hacen de ellos medicamentos de primer orden para el pediatra extrahospitalario, a incorporar a su vademécum en la práctica diaria.



Mucosa bronquiolar en lactante padeciendo bronquiolitis. *

Se ven al fondo, las células bronquiolares y las células de Clara con su semilla de secreción.

Las flechas amarillas designan las células inflamatorias que han atravesado el epitelio bronquial (linfocitos, macrófagos). Se entiende que, en este caso, el contacto de estas células inmunocompetentes con aeroalergógenos (ácaros u otros) sea facilitado, y se puede concebir que los niños serán más sensibles a estos aeroalergenos.

** Según K. Morgenroth y E. Roegel:
Bronchite, PVG, Munich, 1983.*

La bronquiolitis del lactante



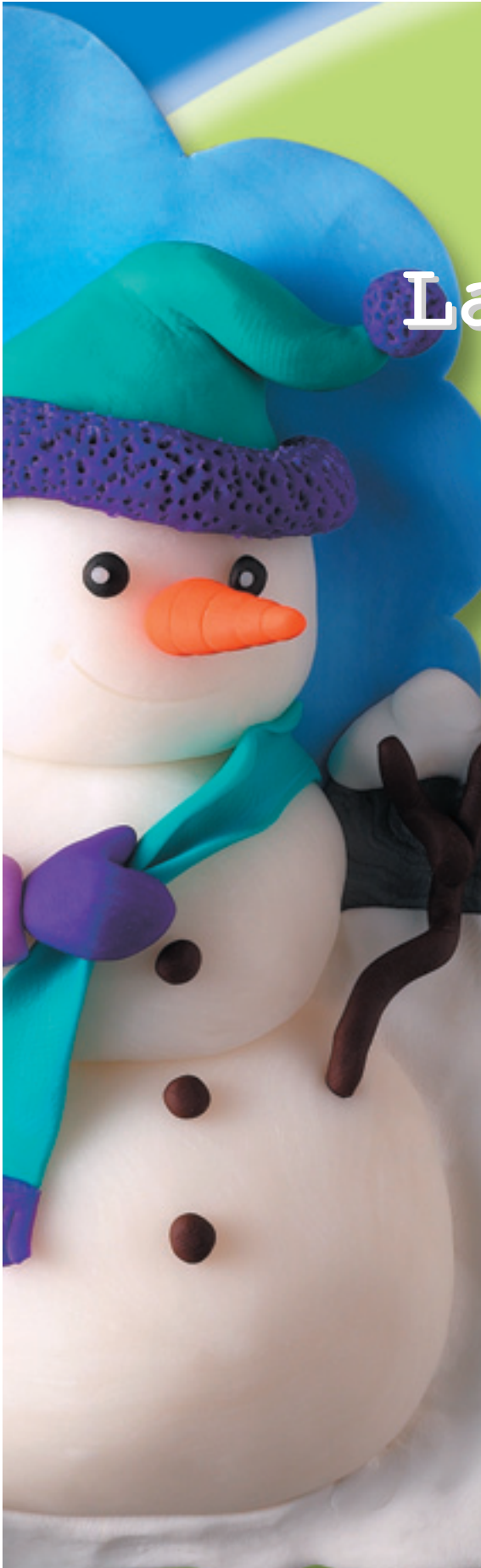
Estudio de la práctica clínica

Sociedad de Homeopatía de Reims (Francia)

Dr. DEMONCEAUX, Dr. HORVILLEUR,
Dr. MARIJNEN, Dr. MOUILLET

Con

Ludovic LAMARSALLE, Mélanie TRICHARD



1• ¿Por qué un estudio sobre la práctica clínica en el tratamiento de la bronquiolitis en el lactante?

Hoy en día, la bronquiolitis del bebé afecta a 460.000 bebés en Francia, es decir un 30 % de ese tramo de edad. Por su carácter epidémico, genera una demanda urgente e intensa de atención médica. No obstante, las estructuras sanitarias actuales no están adaptadas, en muchos casos, para responder a esta demanda. De hecho, el tratamiento de esta patología representa **un problema real de Sanidad Pública**. Esto es aún más importante porque no existe actualmente **ningún protocolo de tratamiento medicamentoso**. Efectivamente, la última conferencia de consenso ha permitido llegar a la conclusión de que no existía en atención primaria ningún tipo de terapéutica en el tratamiento de esta enfermedad (excepto en casos graves), y que sólo las medidas generales sintomáticas y la kinesiterapia conservaban su interés. Así pues, frente a este contexto actual, hemos considerado interesante realizar un estudio de la práctica clínica sobre el tratamiento de la bronquiolitis del bebé.

2• Objetivos del estudio

La evaluación del tratamiento de la bronquiolitis aguda del bebé tenía como objetivo:

- 1 Comparar el tratamiento de un episodio de bronquiolitis aguda simple en el niño de entre 3 y 24 meses por médicos generales homeópatas (MGH) y médicos generales alópatas (MG), en términos de eficacia, satisfacción y costes: estudio *prospectivo* sobre 8 días.
- 1 Comparar la evolución médica de esos niños, 5 meses después de su inclusión: estudio *retrospectivo*.

3• El estudio

- Responsables del estudio: Sociedad Homeopática de Reims (Francia) y el Institut Boiron.
- Período del estudio: 6 meses, de Diciembre de 2000 a Junio de 2001 (6 meses).
- Región estudiada: la Marne (Francia).
- Inclusión de 50 pacientes.

Criterios de inclusión:

- Niños de entre 3 a 24 meses.
 - 1^{er} o 2^o episodio de bronquiolitis.
-

- Diagnóstico de bronquiolitis aguda definida de la forma siguiente: tos seca, polipnea, tirajes, estertores sibilantes espiratorios o estertores crepitantes inspiratorios.

Criterios de no inclusión:

- Edad inferior a 3 meses o superior a 24 meses,
- Displasias broncopulmonares.
- Enfermedades crónicas.
- Cardiopatías.
- Asma o número de episodios de bronquiolitis aguda superior a dos.
- Bronquiolitis grave (que precisa hospitalización).

Inclusión de 21 médicos

- 11 médicos generales alópatas (MG) que trataron a 29 pacientes.
- 10 médicos generales homeópatas (MGH) que trataron a 21 pacientes.

4• Resultados

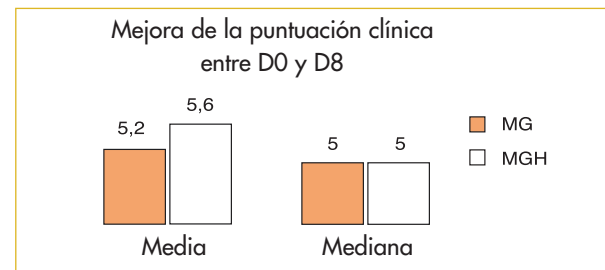
El análisis presentado aquí es puramente descriptivo. Los resultados de este estudio son sólo tendencias:

4.1. Resultados médicos

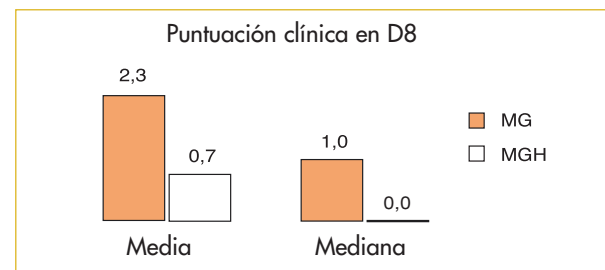
4.1.1. Estudio prospectivo (en 8 días)

- Mejora de la puntuación clínica

Medida mediante un instrumento de evaluación de la insuficiencia respiratoria, la mejora del estado clínico de los niños tratados por los MGH ha resultado idéntica a la de los niños tratados por los MG, y eso, una semana después de su inclusión.



Observamos, sin embargo, que en D8, los pacientes tratados por los MGH tenían una puntuación de insuficiencia respiratoria inferior en valor absoluto.



- Nueva actitud terapéutica

En D8, el 62 % de los MGH, y el 48 % de los MG han adoptado una nueva actitud terapéutica: los homeópatas prescribieron mayoritariamente un tratamiento preventivo y los alópatas tratamientos curativos complementarios.

4.1.2. Estudio retrospectivo (5 meses después de la inclusión)

- Evolución clínica de los pacientes

La evolución clínica, evaluada a través de un cuestionario cumplimentado por el médico en el marco normal de la relación médico-paciente, ha sido más positiva para los niños tratados por los MGH:

- El 50 % de los pacientes del grupo MG sufrieron recaídas frente a un 41,4 % en el grupo MGH.
- El 17,2 % de los pacientes del grupo MG sufrieron al menos dos episodios de recaída, frente al 4,5 % en el grupo MGH. Esta tendencia podría explicarse por la eficacia del tratamiento homeopático preventivo aplicado a partir del 8º día.

4.2. Resultados de satisfacción (estudio prospectivo)

- Satisfacción del paciente y del médico:

La utilidad, medida con una escala validada, ha sido superior en los niños tratados por los MGH:

- mayor satisfacción de los padres de niños con tratamiento homeopático: un 67% para el grupo MGH frente a un 45% para el grupo MG.
- mayor satisfacción de los médicos homeópatas en cuanto al estado del niño tras el tratamiento homeopático: un 71% para el grupo MGH, frente a un 48% para el grupo MG.

4.3. Resultados de los costes (estudio prospectivo)

Independientemente de la perspectiva adoptada: Seguridad Social, mutua o consulta privada, el coste medio estimado por paciente (=consultas médicas + medicamentos + exámenes complementarios) tiende a ser menos elevado en la estrategia de tratamiento de la enfermedad por los MGH.

5 • Tratamiento

Medicamentos homeopáticos prescritos en agudo

En agudo, los medicamentos homeopáticos más prescritos han sido:

- **Ipeca:** espasmos, hipersecreción, estertores finos, sibilancias inspiratorias y espiratorias, tos espasmódica, sofocación y síntomas que empeoran con el frío y con el movimiento.
- **Antimonium tartaricum:** secreciones intensas, estertores importantes y empeoramiento al tumbarse y con el calor.
- **Blatta orientalis:** obstrucción bronquial importante, disnea, sibilancias que evocan espasmos bronquiales.
- **Ipeca composé:** compuesto indicado en los síntomas característicos de la enfermedad.

Medicamentos homeopáticos prescritos en preventivo

Los medicamentos homeopáticos más prescritos a partir del 8º día, para evitar recaídas fueron: Pulsatilla, Sulfur iodatum, Antimonium tartaricum, Poumon histamine y Silicea.

Prescritos en función de los datos clínicos de los niños y de sus polaridades de acción, estos medicamentos poseen un campo de acción sobre el sistema broncopulmonar y una acción más general sobre el sistema inmunitario.

6• Conclusión

Por una parte, el estudio prospectivo (en 8 días) ha permitido constatar que **el tratamiento de la bronquiolitis del bebé por parte de los médicos generales homeópatas** tiende a producir – en comparación con la de los médicos generales alópatas:

- **resultados idénticos** en términos de eficacia,
- **resultados superiores** en términos de satisfacción, todo ello con un coste menos elevado, independientemente del tipo de consulta elegido (Seguridad Social, mutua o consulta privada).

Por otra parte, el estudio retrospectivo (5 meses después de la inclusión) ha permitido constatar una tendencia **a una mejor evolución clínica** de los pacientes tratados por los MGH.

Finalmente, la prescripción frecuente en agudo de 3 medicamentos (Ipeca, Antimonium tartaricum y Blatta orientalis) pone en evidencia una actitud **terapéutica homeopática común** en el tratamiento de la bronquiolitis del bebé.

LAS BRONQUIOLITIS DEL LACTANTE EN RESUMEN

La bronquiolitis aguda es una infección viral respiratoria, epidémica y estacional. El Virus Respiratorio Sincitial (VRS) es su principal agente causal. Esta patología, de incidencia creciente, afecta aproximadamente al 30 % de los bebés de menos de 24 meses. Esto representa una afección que requiere una asistencia urgente.

Puede ser responsable, tras la fase aguda, de una reactividad bronquial exacerbada, traduciéndose en una persistencia de los síntomas respiratorios, incluso en complicaciones más importantes, como asma o lesiones bronquiales.

Interviniendo durante las fases agudas y limitando los riesgos de recidiva, la homeopatía representa una alternativa eficaz.

INSTITUT BOIRON

LABORATORIOS
BOIRON®

www.boiron.es

Avenida Valdelaparra, 27 – 28108 Alcobendas – Madrid
Telf.: 91 484 04 53 – homeopatia@boiron.es