

Estudio sobre el abordaje de la bronquiolitis del lactante en medicina ambulatoria

Estudio observacional prospectivo en 520 pacientes

EXTRACTO DE **LE PÉDIATRE** - Tomo XXXX - N° 204

PUEDA SOLICITAR LA SEPARATA ENTERA DEL ESTUDIO POR TELÉFONO AL 914840453 O POR MAIL A homeopatia@boiron.es

INTRODUCCIÓN

Las bronquiolitis agudas, causadas en el 60 a 90% de los casos por el virus sincicial respiratorio (VSR) (1), se producen principalmente en los niños pequeños (2). De hecho, casi el 84% de las bronquiolitis agudas se diagnostican en niños con menos de 30 meses (3).

En los países desarrollados, esta enfermedad – que se propaga de manera epidémica de mediados de noviembre a mediados de enero – representa la causa más frecuente de manifestaciones respiratorias agudas en el lactante de menos de 2 años, alcanzándose el pico de frecuencia entre los 2 y los 7 meses (4,5). De este modo, se estima que 460.000 lactantes (un 30% de la franja de edad) se ven afectados por esta infección (6), y que el número de niños aquejados de bronquiolitis no ha dejado de aumentar desde 1992, a un ritmo del 9% al año desde 1996 (4).

Ahora bien, estas epidemias generan un número importante y creciente de hospitalizaciones y de consultas tanto en el hospital como en centros de salud (6, 7). Recordamos que en AP-HP*, desde hace 6 ó 7 años, el número de consultas por bronquiolitis aumenta cada año un 120% y el de las hospitalizaciones un 70% (4). De hecho, los centros de salud de medicina liberal u hospitalaria ya no consiguen responder a la gran demanda de tratamientos a la que deben enfren-

tarse cada invierno (6), la atención médica de la bronquiolitis supone por lo tanto un problema real de Salud Pública.

Este problema resulta todavía más significativo en la medida en que actualmente no existen referencias de tratamientos medicamentosos. De hecho, la Conferencia de Consenso sobre la atención médica de la bronquiolitis del lactante (6) nos ha llevado a concluir que ninguna clase terapéutica ocupa actualmente su lugar en la atención terapéutica en medicina general de esta enfermedad (excepto en caso de gravedad), y que sólo las medidas generales sintomáticas son de interés, así como la fisioterapia respiratoria.

De este modo, por el contexto actual en el que evoluciona esta patología, hemos considerado interesante evaluar – en medicina ambulatoria – la atención médica de la bronquiolitis del lactante por 3 tipos de médicos: los médicos especialistas pediatras, los médicos generalistas *alópatas*** y los médicos generalistas homeópatas.

J. Stagnara,
Pediatra (Lyon)

A. Demonceaux,
Médico generalista,
homeópata (Reims)

A. Vainchtock,
GYD Institut,
Grupo IMS Health (Lyon)

N. Nicoloyannis,
Universidad
Claude Bernard (Lyon)

C. Duru,
Universidad
Claude Bernard (Lyon)

Estudio sobre el abordaje de la bronquiolitis del lactante en medicina ambulatoria

Estudio observacional prospectivo en 520 pacientes

OBJETIVO

El objetivo de este estudio consistía en evaluar y comparar – en medicina ambulatoria – la atención médica de la bronquiolitis aguda del lactante entre los médicos especialistas pediatras, los médicos generalistas alópatas y los médicos generalistas homeópatas en términos de:

- Diagnóstico.
- Seguimiento de las recomendaciones de la Conferencia de Consenso (septiembre de 2000)(6).
- Costes de la atención médica.

CONCLUSIÓN Y DEBATE

Tras una investigación bibliográfica, este estudio constituye el primer estudio nacional, multicéntrico, de observación, prospectivo y pragmático que evalúa la atención médica de la bronquiolitis del lactante en medicina ambulatoria, en Francia, desde la última Conferencia de Consenso sobre el tema (6).

Este estudio ha permitido poner de manifiesto los siguientes aspectos:

- Los médicos (especialistas pediatras, médicos generalistas alópatas y homeópatas) realizan un diagnóstico de la bronquiolitis aguda del lactante conforme a lo definido por la Conferencia del Consenso en más del 90% de los casos.
- La eficacia de los 3 tipos de atención médica (médicos especialistas pediatras, médicos generalistas alópatas y homeópatas) parece comparable excepto en términos de duración de los episodios (**significativamente menor en los pacientes tratados por los médicos generalistas homeópatas** en comparación con los pediatras) y en términos de complicaciones (**significativamente menor en los pacientes tratados por médicos generalistas homeópatas** en comparación con los pediatras).

- Los médicos respetan muy poco las recomendaciones de la Conferencia de Consenso en materia de prescripciones medicamentosas. Estos resultados confirman los de un estudio retrospectivo sobre la atención médica del 1er episodio de bronquiolitis según el cual las recomendaciones sólo eran aplicadas en el 28,5% de los casos en una población de niños no hospitalizados (8). Recordemos que los médicos generalistas homeópatas son los que menos utilizan antibióticos y corticoides.

- Los médicos respetan bien las recomendaciones en materia de prescripción de sesiones de fisioterapia respiratoria. Sin embargo, advertimos una prescripción menos sistemática de sesiones de fisioterapia en el grupo de médicos generalistas homeópatas. Esto puede explicarse por la especial importancia que otorgan estos médicos al carácter productivo o improductivo de la tos para prescribir medicamentos homeopáticos (9), y por lo tanto, su tendencia a recetar sesiones de fisioterapia solamente en caso de tos productiva.

- De las tres estrategias estudiadas, la atención médica de la bronquiolitis del lactante por médicos especialistas pediatras es la más cara para la Seguridad Social, siendo el abordaje más barato el de los médicos generalistas homeópatas.

De este modo, este trabajo demuestra las dificultades para conseguir que se respeten las recomendaciones de una Conferencia de Consenso por parte de los médicos:

- Las ideas y las prácticas han evolucionado, en particular para los broncodilatadores utilizados en un primer momento para poder diferenciar una bronquiolitis de un asma del lactante (10).

- Numerosos medicamentos considerados como potencialmente peligrosos (fluidificantes, antitusivos) o cuya eficacia no está demostrada en esta patología (inhalación de corticoides, antibióticos) se siguen utilizando todavía con frecuencia.

- ¿No habría que difundir más los criterios de prescripción de sesiones de fisioterapia respiratoria en el tratamiento de la bronquiolitis del lactante?

- La práctica de los médicos generalistas homeópatas, de bajo coste en términos de prescripción, merecería una atención particular en el marco de esta patología teniendo en cuenta los resultados de eficacia obtenidos.

Estudio sobre el abordaje de la bronquiolitis del lactante en medicina ambulatoria

Estudio observacional prospectivo en 520 pacientes

Agradecimientos:

L. Lamarsalle (3), M. Trichard (5), G. Chaufferin (5), J. Robert (6).

(3) GYD Institut, Groupe IMS Health (Lyon), (5) Boiron (69 - Sainte-Foy-lès-Lyon), (6) Pédiatre (69 - Vaulx-en-Velin).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) *Prevalencia y aspectos clínicos de la infección por los subtipos A y B del virus respiratorio sincicial.* Brouard J., et al. *Archivos Franceses de Pediatría*, 45: 791-793 (1993).
- (2) Sitio Web "Tamaloo": <http://www.tamaloo.fr>
- (3) *Estudio Permanente de la Prescripción Médica.* Doréma, IMS (invierno 1999-2000).
- (4) Sitio Web "Caducée": <http://www.caducee.net>
- (5) *Las bronquiolitis. El monitor de las farmacias, cuaderno II, nº 22 (8 de enero de 2000).*
- (6) *Conferencia de Consenso sobre la "Atención médica de la bronquiolitis del lactante". Unión Regional de Médicos Liberales (21 de septiembre de 2000).*
- (7) *Clientela y motivo de recurso a la medicina liberal.* Aguzzoli F., Bégué P., Dueau G., et al. *CREDES*, nº 1008 bis: 95 (marzo de 1994).
- (8) *Estudio sobre el tratamiento del 1er episodio de bronquiolitis en urgencias - Impacto de la Conferencia de Consenso de septiembre de 2000.* Gougne M. *Tesis Medicina, Lyon: N° 230 (2003).*
- (9) *Bronquitis y bronquiolitis agudas. Terapéutica homeopática, posibilidades en patología aguda. P. 236-242 (2000).*
- (10) *Bronquiolitis y terapéutica... La historia continúa: la corticoterapia oral.* Dr. Koskas, *pediatra (enero de 2004).*