

La dexametasona oral es eficaz en pacientes ambulatorios con bronquiolitis aguda

Efficacy of oral dexamethasone in outpatients with acute bronchiolitis. Schub S, Coates A, Binnie R. y col. *J Pediatr* 2002 Enero, 140:27-32.

Objetivo

Evaluar la eficacia del tratamiento de bronquiolitis aguda con dexametasona por vía oral en pacientes ambulatorios menores de dos años.

Diseño

Ensayo clínico controlado aleatorizado doble ciego, controlado con placebo..

Lugar

Hospital de la Universidad de Toronto, Ontario, Canadá.

Pacientes

Participaron 70 niños entre 8 semanas y 23 meses de vida que tuvieron su primer episodio de broncostrucción, con un puntaje validado RACS (Puntaje de Evaluación de Cambios Respiratorios en inglés) basal ≤ 6 . Se excluyeron a los niños que tenían historia previa de sibilancias, que recibían tratamiento con broncodilatadores, corticoides inhalatorios u orales, con prematurez, ventilación mecánica neonatal, alteraciones neurológicas o neuromusculares, enfermedad obstructiva crónica, inmunodeficiencia y exposición a varicela dentro en los últimos 21 días.

Intervención

Cada paciente recibió en forma aleatoria, una dosis de 1 mg/kg de dexametasona o placebo por vía oral. Todos recibían nebulizaciones (solución fisiológica y albuterol al 5%: 2,5 mg/dosis a los 0- 30- 60 -120 minutos) con oxígeno a 6-7 l/min y máscara. A las 4 horas de observación, los que mejoraron el puntaje RACS, se fueron de alta con la indicación de dexametasona 0.6 mg/kg/día o placebo durante 5 días más junto con el albuterol 1.5 mg/dosis, 4 veces por día. Se realizó un seguimiento horario las primeras 4 horas; el día 7 una enfermera los controló en su domicilio y el día 28, telefónicamente.

Los pacientes que no mejoraron el puntaje a las 4 hs, se internaron, recibieron en forma adicional, sólo antitérmicos (paracetamol) y tratamiento de sostén, a menos que por su condición clínica

requiriera otra medicación. El día 7, en su domicilio, se registraron los tratamientos adicionales. Los médicos tratantes, familiares y enfermeras que efectuaban el seguimiento estuvieron ciegos al tratamiento asignado, sólo el investigador farmacéutico conocía el código de aleatorización.

Medición de resultados principales

El resultado principal se definió en base al RACS y mide los cambios en las retracciones, sibilancias y frecuencia respiratoria. Una disminución del puntaje representa un mejoramiento de los síntomas; y si esta es menor a 2 puntos, una pobre respuesta al tratamiento.

Los resultados secundarios medidos fueron: porcentaje de hospitalización luego de los 240 minutos de observación, cambios en la saturación de oxígeno, y medición del RACS desde el ingreso al día 7. El análisis fue por intención de tratar.

Resultados principales

No existieron diferencias significativas en cuanto a las características basales de los pacientes: en el grupo dexametasona el puntaje inicial fue de 9.4 ± 2.3 ($n = 36$) y fue de 10.0 ± 2.7 en el grupo placebo ($n = 34$). El RACS a las 4 horas, mejoró en forma significativa en el grupo dexametasona vs. el grupo placebo: -5 ± 3.1 vs -3.2 ± 3.7 ($p = 0.029$). RACS pobres ocurrieron en el 17% de los pacientes del grupo dexametasona vs. en el 41% del grupo placebo ($P = 0.034$). En el el RACS del día 7 no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos.

El porcentaje de hospitalizaciones fue menor en el grupo dexametasona que en el placebo (19% vs. 44% , $p 0.039$). En el grupo dexametasona ninguno de los pacientes seguidos en forma ambulatoria requirió corticoides adicionales, mientras que en el grupo placebo los requirieron un 22%.

Conclusiones

Los pacientes ambulatorios con bronquiolitis moderada a severa se beneficiaron clínicamente con dexametasona oral y tuvieron menor riesgo de internación.

Fuente de financiamiento: Medical Research Council of Canada, Merck Frosst, Canada and Hospital for Sick Children Foundation.

Comentario

La utilización de corticoides en la bronquiolitis se basa en el rol prominente de la inflamación en la patogenia de la obstrucción de la vía aérea, y actualmente está dejando de ser un tema tan controvertido. Podrían ser más efectivos de lo que anteriormente eran considerados por otros autores como Klassen,¹ y Roosevelt,² quienes no pudieron demostrar que modifiquen la evolución de la enfermedad.

Actualmente existe suficiente evidencia para demostrar la eficacia de la utilización de dexametasona por vía oral, con reducción de los puntajes clínicos, mejoría en la saturación de oxígeno, disminución de los días de internación y del comienzo del asma

en niños susceptibles.³ No puede decirse lo mismo acerca de la utilización de la dexametasona nebulizada, ya que todavía no se ha podido demostrar su efectividad en la bronquiolitis.^{4,5}

Conclusiones del Comentador: Actualmente existe suficiente evidencia para demostrar la eficacia de la utilización de dexametasona por vía oral en la bronquiolitis, tanto en lo que respecta a aspectos clínicos como en lo que hace a la prevención de internaciones.

Dra. Carolina Henin [Pediatra]

Referencias

1. Dexamethasone in salbutamol treated in patients with acute bronchiolitis. Klassen T, Sutcliffe T, Watters L. *J Pediatr* 1997;130:191-196
2. Dexamethasone in bronchiolitis: a randomised controlled trial. Roosvelt G, Sheehan K, Grupp Phelan. *Lancet* 1996;348:292-295
3. Systemic corticosteroids in infant bronchiolitis: a meta-analysis. Garrison M, Chistakis A, Harvey E. *Pediatrics* 2000;105:e44-105(4)
4. Randomised placebo controlled trial of nebulised corticosteroids in acute respiratory syncytial viral bronchiolitis. Cade A, Brownlee K, Conway S. *Arch Dis Child* 2000;82:126-130.
5. Randomised controlled trial of budesonide for the prevention of post bronchiolitis wheezing. Grenville Fox, Everard M, Marsh M. *Arch Dis Child* 1999;80:343-347.