

Oxigenoterapia en la bronquiolitis

Recientemente se han publicado en *Pediatrics*¹ unas normas clínicas prácticas de la American Academy of Pediatrics para el diagnóstico y el tratamiento de la bronquiolitis. Dichas normas se basan en pruebas objetivas y su propósito es servir de guía al médico sobre la conducta a seguir en este proceso frecuente y potencialmente grave.

La recomendación 7a de las normas incluye la siguiente afirmación: "Si la SpO₂ cae persistentemente por debajo de 90% debe aportarse la cantidad suficiente de oxígeno suplementario para mantenerla en cifras $\geq 90\%$. La administración de oxígeno puede suspenderse si la SpO₂ es $\geq 90\%$ ". Al comentar la recomendación, los autores afirman que los lactantes sanos presentan una SpO₂ $> 95\%$ en aire ambiente, pero justifican el límite inferior para el tratamiento debido a que, por las características propias de la curva de disociación de la hemoglobina, los lactantes, por lo demás sanos, obtienen escasos beneficios en su cifra de PaO₂ al aportar oxígeno suplementario con unos niveles de SpO₂ $\geq 90\%$. El subcomité sugirió además que el clínico considere el mantener una SpO₂ más alta en los niños con factores de riesgo, como fiebre, acidosis o ciertas hemoglobinopatías. Según las pruebas que aportan como base de su recomendación, el beneficio de su uso sería "una hospitalización más breve", y el posible riesgo, "una oxigenación insuficiente". Al utilizar estos parámetros, es comprensible el modo en que el subcomité llegó a ofrecer su recomendación.

Lamentablemente, en la recomendación no se tiene en cuenta otra consideración importante, es decir, el impacto de la hipoxia crónica o intermitente sobre las evoluciones cognitiva y conductual posteriores. En una revisión publicada recientemente acerca de las pruebas sobre este tema², se documentó una asociación muy convincente entre la hipoxia y las evoluciones cognitivas adversas en una amplia variedad de circunstancias

clínicas, incluidas las exposiciones breves e intermitentes a niveles de SpO₂ de 90-94%. Aunque ninguno de los trabajos citados en la revisión se ocupaba específicamente de la bronquiolitis, ello se debe a que no había ninguno relativo a este proceso, y no a que se hubiera estudiado y careciera de consecuencias.

Dadas las pruebas abrumadoras recogidas en tantas otras circunstancias clínicas, creemos que habría sido prudente que el subcomité indicara que en otras situaciones clínicas se habían descrito evoluciones cognitivas y conductuales adversas con unos niveles de SpO₂ entre 90-94%, y que esta información debería tenerse en cuenta al considerar la administración de suplementos de oxígeno. Aunque ello no es tan evidente como el límite del 90%, es una representación más exacta de los riesgos potenciales derivados de retirar los suplementos de oxígeno. En esta cuestión, el criterio médico y la información a los padres deben tenerse en cuenta y considerarse al tomar decisiones clínicas. Hay que estimular la realización de nuevas investigaciones sobre este tema con el fin de disponer en el futuro de respuestas más definitivas a esta cuestión.

JOEL L. BASS, MD^a, Y DAVID GOZAL, MD^b

^aDepartment of Pediatrics, Newton-Wellesley Hospital, MassGeneral Hospital for Children, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, Estados Unidos;

^bDepartment of Pediatrics, Kosair Children's Hospital Research Institute, University of Louisville, Louisville, Kentucky, Estados Unidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatrics, Subcommittee on Diagnosis and Management of Bronchiolitis. Diagnosis and management of bronchiolitis. *Pediatrics*. 2006;118:1774-93.
2. Bass JL, Corwin M, Gozal D, et al. The effect of chronic or intermittent hypoxia on cognition in childhood: a review of the evidence. *Pediatrics*. 2004;114:805-16.