

Resúmenes Epistemonikos

Medwave 2018 Mar-Abr;18(2):e7182 doi: 10.5867/medwave.2018.02.7182

¿Tienen los corticoides inhalatorios un rol en la bronquiolitis?

Autores: Gonzalo Alarcón-Andrade[1,2], Lorena Cifuentes[2,3,4]

Filiación:

[1] Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

[2] Proyecto Epistemonikos, Santiago, Chile

[3] Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

[4] Centro de Evidencia UC, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

E-mail: lorena.cifuentes@uc.cl

Citación: Alarcón-Andrade G, Cifuentes L. Do inhaled corticosteroids have a role for bronchiolitis?. Medwave 2018 Mar-Abr;18(2):e7182 doi: 10.5867/medwave.2018.02.7182

Fecha de envío: 24/11/2017

Fecha de aceptación: 29/12/2017

Fecha de publicación: 15/3/2018

Origen: Este artículo es producto del Epistemonikos Evidence Synthesis Project de la Fundación Epistemonikos, en colaboración con Medwave para su publicación.

Tipo de revisión: Con revisión por pares sin ciego por parte del equipo metodológico del Epistemonikos Evidence Synthesis Project.

Resumen

INTRODUCCIÓN

La bronquiolitis corresponde a una inflamación aguda de las vías aéreas pequeñas secundaria a infección viral y es una patología frecuente en menores de dos años. Se ha propuesto que el uso de corticoides inhalatorios durante una bronquiolitis podría reducir la recurrencia de sibilancias o el desarrollo de asma, sin embargo, existe controversia al respecto.

MÉTODOS

Para responder a esta interrogante utilizamos Epistemonikos, la mayor base de datos de revisiones sistemáticas en salud, la cual es mantenida mediante búsquedas en múltiples fuentes de información, incluyendo MEDLINE, EMBASE, Cochrane, entre otras. Extrajimos los datos desde las revisiones identificadas, reanalizamos los datos de los estudios primarios, realizamos un metanálisis y preparamos una tabla de resumen de los resultados utilizando el método GRADE.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Identificamos tres revisiones sistemáticas que en conjunto incluyen 11 ensayos aleatorizados. Concluimos que el uso de corticoides inhalatorios no reduce la recurrencia de sibilancias o asma en pacientes con bronquiolitis.

Problema

La bronquiolitis corresponde a una inflamación aguda de las vías aéreas pequeñas causada comúnmente por una infección viral, con un predominio del virus respiratorio sincicial. Es frecuente en niños menores de dos años y se asocia a una alta tasa de hospitalización e incluso mortalidad. Considerando el componente inflamatorio y que los corticoides inhalatorios han demostrado disminuir la recurrencia de sibilancias o el desarrollo de asma en otras

patologías respiratorias, se ha propuesto que estos podrían tener utilidad en bronquiolitis.

El presente artículo busca revisar si los corticoides inhalatorios constituyen una alternativa para reducir la recurrencia de sibilancias o asma en pacientes que presentan un episodio de bronquiolitis.

Metodos

Para responder esta pregunta utilizamos Epistemonikos, la mayor base de datos de revisiones sistemáticas en salud, la cual es mantenida mediante búsquedas en múltiples fuentes de información, incluyendo MEDLINE, EMBASE, Cochrane, entre otras. Extrajimos los datos desde las revisiones identificadas y reanalizamos los datos de los estudios primarios. Con esta información, generamos un resumen estructurado denominado FRISBEE (*Friendly*

Summaries of Body of Evidence using Epistemonikos), siguiendo un formato preestablecido, que incluye mensajes clave, un resumen del conjunto de evidencia (presentado como matriz de evidencia en Epistemonikos), metanálisis del total de los estudios cuando sea posible, una tabla de resumen de resultados con el método GRADE y una sección de otras consideraciones para la toma de decisión.

Mensajes clave

- Los corticoides inhalatorios no disminuyen la recurrencia de sibilancias o asma en pacientes con bronquiolitis.
- Los corticoides inhalatorios probablemente no reducen la readmisión hospitalaria.
- A pesar del bajo costo de la intervención, el uso de corticoides inhalatorios no es costo-efectivo en bronquiolitis.

Acerca del conjunto de evidencia para esta pregunta

Cuál es la evidencia Véase matriz de evidencia en Epistemonikos más abajo.	Se identificaron tres revisiones sistemáticas [1],[2],[3], incluyendo 11 estudios primarios [4],[5],[6],[7],[8],[9],[10],[11],[12],[13],[14]. Todos los estudios primarios corresponden a ensayos aleatorizados.
Qué tipo de pacientes incluyeron los estudios*	<p>Todos los ensayos consideraron sólo pacientes cursando bronquiolitis. Respecto de la edad, todos incluyeron pacientes menores de 24 meses. De estos, un ensayo incluyó pacientes de hasta nueve meses [8], un ensayo hasta las 42 semanas [7] y cinco ensayos incluyeron pacientes menores de 12 meses [4],[5],[6],[11],[12],[13]. El promedio de edad de los pacientes fue cinco meses, con un rango de dos a 11 meses.</p> <p>Cinco ensayos incluyeron sólo pacientes con virus respiratorio sincicial confirmado [4],[6],[8],[13],[14]. En los restantes, el porcentaje de pacientes con virus respiratorio sincicial confirmado varió de 26 a 83% [5],[7],[10],[11],[12]. Un ensayo no reportó la etiología viral [9].</p> <p>Dentro de los criterios de exclusión destacan: sibilancias previas en seis ensayos [6],[10],[11],[12],[13],[14], prematuridad en cuatro ensayos [4],[8],[10],[12], inmunodeficiencia en cinco ensayos [4],[5],[8],[11],[12], uso previo de corticoides sistémicos en cinco ensayos [4],[5],[6],[12],[14], y ventilación asistida en cinco ensayos [5],[7],[8],[11],[12]. Todos los ensayos excluyeron pacientes con enfermedad crónica respiratoria o cardíaca.</p> <p>Siete de los ensayos se realizaron con pacientes hospitalizados [4],[6],[8],[9],[10],[11],[14]. Los cuatro restantes se realizaron en contexto ambulatorio [5],[7],[12],[13].</p> <p>Tres ensayos fueron multicéntricos [4],[5],[6].</p>
Qué tipo de intervenciones incluyeron los estudios*	<p>Siete ensayos compararon corticoides inhalatorios con placebo [4],[6],[7],[10],[11],[12],[14]. Los cuatro restantes los compararon con no tratamiento [5],[8],[9],[13]. En particular, siete ensayos utilizaron budesonida [4],[7],[8],[9],[10],[11],[13], dos utilizaron beclometasona [5],[6], uno utilizó fluticasona [12] y uno utilizó dexametasona [14].</p> <p>En seis ensayos el corticoide se dispensó vía inhalador de dosis medida [5],[6],[7],[8],[12],[13]. En los cinco restantes, se nebulizó [4],[9],[10],[11],[14]. Respecto de la duración, en dos ensayos fue menor a 21 días [4],[8], en dos fue de hasta ocho semanas [7],[11], en cuatro fue de tres meses [5],[6],[12],[13] y en dos ensayos fue de cuatro meses [9],[10]. En un ensayo no se reportó la duración exacta [14].</p>
Qué tipo de desenlaces midieron	<p>Las revisiones sistemáticas reportaron los siguientes desenlaces: recurrencia de sibilancias, asma, readmisión hospitalaria, necesidad de terapia broncodilatadora, duración de oxigenoterapia, necesidad de oxigenoterapia nocturna, frecuencia de síntomas y efectos adversos.</p> <p>El seguimiento fue de tres meses en un ensayo [14], seis meses en un ensayo [11], un año en seis ensayos [4],[5],[6],[7],[9],[12], dos años en dos ensayos [8],[13] y tres años en un ensayo [10].</p>

* La información sobre los estudios primarios es extraída desde las revisiones sistemáticas identificadas, no directamente desde los estudios, a menos que se especifique lo contrario.

Resumen de los resultados

La información sobre los efectos de los corticoides inhalatorios está basada en diez ensayos aleatorizados que incluyen 927 pacientes [4],[5],[6],[7],[8],[10],[11],[12],[13],[14]. Para uno de los estudios incluidos en las revisiones sistemáticas no se presentaban datos extraíbles, por lo que no fue incorporado a un metanálisis [9]. Siete ensayos midieron la recurrencia de sibilancias [4],[5],[6],[7],[11],[12],[14], y tres evaluaron asma [8],[10],[13]. Cinco ensayos evaluaron la readmisión hospitalaria [4],[7],[11],[12],[14]. Tres ensayos mencionaron efectos adversos [7],[11],[12], lográndose analizar el desenlace de candidiasis oral de un ensayo [12]. El resumen de los resultados es el siguiente:

- El uso de corticoides inhalatorios no reduce la recurrencia de sibilancias o asma en pacientes con bronquiolitis. La certeza de la evidencia es alta.
- El uso de corticoides inhalatorios probablemente no reduce la tasa de readmisión hospitalaria. La certeza de la evidencia es moderada.
- El uso de corticoides inhalatorios aumenta el riesgo de candidiasis oral, probablemente de manera importante.
- No se encontraron estudios reportando información sobre otros efectos adversos.

Corticoides inhalatorios versus placebo o no tratamiento para bronquiolitis				
Pacientes	Niños menores de 24 meses cursando bronquiolitis			
Intervención	Corticoides inhalatorios			
Comparación	Placebo o no tratamiento			
Desenlaces	Efecto absoluto*		Efecto relativo (IC 95%)	Certeza de la evidencia (GRADE)
	SIN corticoides inhalatorios	CON corticoides inhalatorios		
	Diferencia: pacientes por 1000			
Recurrencia de sibilancias o asma	546 por 1000	541 por 1000	RR 0,99 (0,91 a 1,08)	⊕⊕⊕⊕ Alta
	Diferencia: 5 pacientes menos por 1000 (Margen de error: 44 menos a 49 más)			
Readmisión hospitalaria	275 por 1000	289 por 1000	RR 1,05 (0,63 a 1,75)	⊕⊕⊕○ ¹ Moderada
	Diferencia: 14 pacientes más por 1000 (Margen de error: 102 menos a 207 más)			
Efectos adversos	Un 4,8% de los pacientes que recibieron la intervención presentó candidiasis oral, comparado con ninguno en el grupo control. Los ensayos no reportaron información sobre otros efectos adversos.		RR 5,58 (0,28 a 113,04)	⊕⊕⊕○ ² Moderada

Margen de error: Intervalo de confianza del 95%.
RR: Riesgo relativo.
GRADE: grados de evidencia del GRADE Working Group (ver más adelante).

*Los riesgos **SIN corticoides inhalatorios** están basados en los riesgos del grupo control en los estudios. El riesgo **CON corticoides inhalatorios** (y su margen de error) está calculado a partir del efecto relativo (y su margen de error).

¹ Se disminuyó un nivel de certeza por imprecisión, ya que el intervalo de confianza incluye la posibilidad de un efecto en cualquier dirección.
² Se disminuyó un nivel de certeza por imprecisión, dado que el intervalo de confianza es muy amplio e incluye la posibilidad de no efecto o de mucho mayor riesgo.

Siga el enlace para acceder a la versión interactiva de esta tabla ([Interactive Summary of Findings - iSoF](#))

Acerca de la certeza de la evidencia (GRADE)*
<p>⊕⊕⊕⊕ Alta: La investigación entrega una muy buena indicación del efecto probable. La probabilidad de que el efecto sea sustancialmente distinto† es baja.</p>
<p>⊕⊕⊕○ Moderada: La investigación entrega una buena indicación del efecto probable. La probabilidad de que el efecto sea sustancialmente distinto† es moderada.</p>
<p>⊕⊕○○ Baja: La investigación entrega alguna indicación del efecto probable. Sin embargo, la probabilidad de que el efecto sea sustancialmente distinto† es alta.</p>
<p>⊕○○○ Muy baja: La investigación no entrega una estimación confiable del efecto probable. La probabilidad de que el efecto sea sustancialmente distinto† es muy alta.</p>
<p>*Esto es también denominado 'calidad de la evidencia' o 'confianza en los estimadores del efecto'. †Sustancialmente distinto = una diferencia suficientemente grande como para afectar la decisión</p>

Otras consideraciones para la toma de decisión

A quién se aplica y a quién no se aplica esta evidencia

- La evidencia presentada en este resumen se aplica a pacientes menores de 24 meses que cursan con bronquiolitis en el contexto hospitalario o ambulatorio.
- Si bien predomina el virus respiratorio sincicial, es razonable extrapolar sus resultados a bronquiolitis con una etiología viral diferente.
- No se aplica a pacientes que presentan patologías cardíacas o respiratorias crónicas, debido a la exclusión directa de estos pacientes en todos los ensayos incluidos.

Sobre los desenlaces incluidos en este resumen

- Se escogieron los desenlaces de recurrencia de sibilancias o asma, readmisión hospitalaria y efectos adversos, pues se consideraron desenlaces críticos para la toma de decisión. Esta selección se basa en la opinión de los autores.
- Se consideró inicialmente incluir la mortalidad dentro de los desenlaces, sin embargo, ésta no fue reportada. Considerando la ausencia de efecto en los otros desenlaces, no existe razón para esperar un efecto sobre ella.

Balance riesgo/beneficio y certeza de la evidencia

- El presente resumen revela que no existe beneficio con el uso de corticoides inhalatorios.
- Respecto de los efectos adversos, sólo se logró analizar el desenlace de candidiasis oral a partir de un ensayo [12].
- Se identificó una revisión sistemática sobre uso de corticoides inhalatorios en asma que no logró identificar diferencias significativas en la densidad mineral ósea, el crecimiento o los niveles de cortisol [15]. Estos hallazgos no son completamente aplicables al análisis del presente resumen, dado que incluye pacientes mayores de 2 años, con asma y con una duración de tratamiento mayor de 2 años.

Consideraciones de recursos

- Si bien el costo de los corticoides inhalatorios no es elevado, si consideramos la ausencia de beneficios, no corresponde a una medida costoefectiva.

Qué piensan los pacientes y sus tratantes

- Considerando que no se encontró un efecto sobre la recurrencia de sibilancias o asma o la tasa de readmisión hospitalaria por el uso de corticoides inhalatorios, la mayoría de los pacientes y tratantes debiera mostrarse en contra de su uso.
- Lo anterior es aún más probable considerando los posibles efectos adversos, la duración y el costo estimado del tratamiento, y la dificultad asociada a la administración del medicamento vía aerocámara o nebulización.

Diferencias entre este resumen y otras fuentes

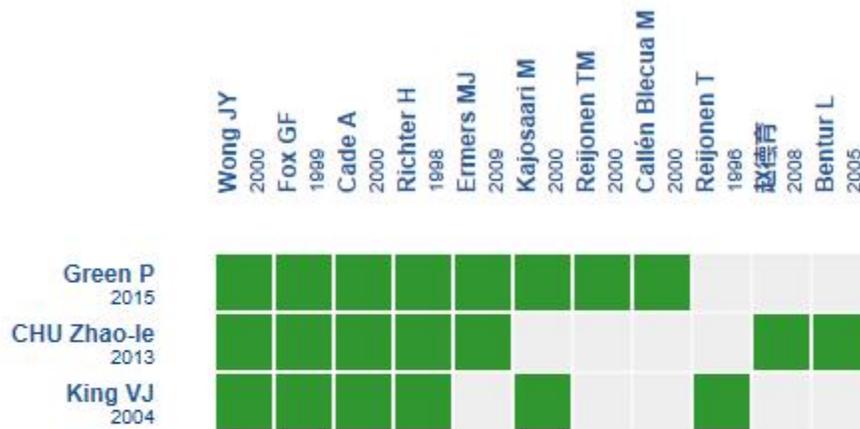
- El presente resumen presenta conclusiones concordantes con las revisiones sistemáticas incluidas.
- La guía de la Academia Americana de Pediatría sobre diagnóstico, manejo y prevención de bronquiolitis no revisa en particular el uso de corticoides inhalatorios [16].
- En la guía del Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) de Reino Unido existe una recomendación específica en contra del uso de corticoides inhalatorios en bronquiolitis [17].

¿Puede que cambie esta información en el futuro?

- Dada la certeza de la evidencia, la probabilidad de que futura investigación cambie las conclusiones de este resumen es baja.
- Durante la realización de este resumen se identificaron dos revisiones sistemáticas adicionales sobre el uso de corticoides en bronquiolitis [18],[19]. Éstas no fueron incluidas, ya que no diferencian en su análisis la vía inhalatoria de vías sistémicas (oral, intravenosa o intramuscular). En relación a estas revisiones, se encontraron sólo dos ensayos aleatorizados adicionales que no fueron incluidos en el presente resumen [20],[21]. Las revisiones sistemáticas analizadas en este resumen no incluyeron estos ensayos pues la duración de la intervención fue menor que la establecida por sus criterios de inclusión.
- No identificamos estudios en curso en el *International Clinical Trials Registry Platform* de la Organización Mundial de la Salud sobre uso de corticoides inhalatorios en bronquiolitis.
- En PROSPERO *International prospective register of systematic reviews* se identificó una revisión sistemática en curso que incluye el uso de corticoides inhalatorios en bronquiolitis [22].

Cómo realizamos este resumen

Mediante métodos automatizados y colaborativos recopilamos toda la evidencia relevante para la pregunta de interés y la presentamos en una matriz de evidencia.



Una matriz de evidencia es una tabla que compara revisiones sistemáticas que responden una misma pregunta.

Las filas representan las revisiones sistemáticas, y las columnas muestran los estudios primarios.

Los recuadros en verde corresponden a estudios incluidos en las respectivas revisiones.

El sistema detecta automáticamente nuevas revisiones sistemáticas incluyendo cualquiera de los estudios primarios en la matriz, las cuales serán agregadas si efectivamente responden la misma pregunta.

Siga el enlace para acceder a la **versión interactiva**: [Corticoides inhalatorios para bronquiolitis](#)

Notas

Si con posterioridad a la publicación de este resumen se publican nuevas revisiones sistemáticas sobre este tema, en la parte superior de la matriz se mostrará un aviso de "nueva evidencia". Si bien el proyecto contempla la actualización periódica de estos resúmenes, los usuarios están invitados a comentar en la página web de *Medwave* o contactar a los autores mediante correo electrónico si creen que hay evidencia que motive una actualización más precoz.

Luego de crear una cuenta en Epistemonikos, al guardar las matrices recibirá notificaciones automáticas cada vez que exista nueva evidencia que potencialmente responda a esta pregunta.

Este artículo es parte del proyecto síntesis de evidencia de Epistemonikos. Se elabora con una metodología preestablecida, siguiendo rigurosos estándares metodológicos y proceso de revisión por pares interno. Cada uno de estos artículos corresponde a un resumen, denominado FRISBEE (*Friendly Summary of Body of*

Evidence using Epistemonikos), cuyo principal objetivo es sintetizar el conjunto de evidencia de una pregunta específica, en un formato amigable a los profesionales clínicos. Sus principales recursos se basan en la matriz de evidencia de Epistemonikos y análisis de resultados usando metodología GRADE. Mayores detalles de los métodos para elaborar este FRISBEE están descritos aquí (<http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2014.06.5997>)

La Fundación Epistemonikos es una organización que busca acercar la información a quienes toman decisiones en salud, mediante el uso de tecnologías. Su principal desarrollo es la base de datos Epistemonikos (www.epistemonikos.org).

Declaración de conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses con la materia de este artículo.

Referencias

1. Green P, Aronoff SC, DelVecchio M. The Effects of Inhaled Steroids on Recurrent Wheeze After Acute Bronchiolitis: A Systematic Review and Meta-Analysis of 748 Patients. *Glob Pediatr Health*. 2015 Jul 6;2:2333794X15595964. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
2. King VJ, Viswanathan M, Bordley WC, Jackman AM, Sutton SF, Lohr KN, et al. Pharmacologic treatment of bronchiolitis in infants and children: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004 Feb;158(2):127-37. | [PubMed](#) |
3. Chu Z, Peng M, Li Z. Effect of inhaled corticosteroids on preventing post-bronchiolitic wheezing with bronchiolitis: a Meta-analysis of randomized controlled trials. *Chin J Clinicians*. 2003 Oct;7(19):8814-20. | [CrossRef](#) | [Link](#) |
4. Cade A, Brownlee KG, Conway SP, Haigh D, Short A, Brown J, et al. Randomised placebo controlled trial of nebulised corticosteroids in acute respiratory syncytial viral bronchiolitis. *Arch Dis Child*. 2000 Feb;82(2):126-30. | [PubMed](#) |
5. Callén Blecua M, Aizpurua Galdeano P, Ozcoidi Erro I, Mancisidor Aguinalalde L, Guedeada Adiego C, Busselo Ortega E, et al. [Inhaled corticosteroids and wheezing post-bronchiolitis]. *An Esp Pediatr*. 2000 Apr;52(4):351-5. | [PubMed](#) |
6. Ermers MJ, Rovers MM, van Woensel JB, Kimpen JL, Bont LJ; RSV Corticosteroid Study Group. The effect of high dose inhaled corticosteroids on wheeze in infants after respiratory syncytial virus infection: randomised double blind placebo controlled trial. *BMJ*. 2009 Mar 31;338:b897. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
7. Fox GF, Everard ML, Marsh MJ, Milner AD. Randomised controlled trial of budesonide for the prevention of post-bronchiolitis wheezing. *Arch Dis Child*. 1999 Apr;80(4):343-7. | [PubMed](#) |
8. Kajosaari M, Syvänen P, Förars M, Juntunen-Backman K. Inhaled corticosteroids during and after respiratory syncytial virus-bronchiolitis may decrease subsequent asthma. *Pediatr Allergy Immunol*. 2000 Aug;11(3):198-202. | [PubMed](#) |
9. Reijonen T, Korppi M, Kuikka L, Remes K. Anti-inflammatory therapy reduces wheezing after bronchiolitis. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996 May;150(5):512-7. | [PubMed](#) |
10. Reijonen TM, Kotaniemi-Syrjänen A, Korhonen K, Korppi M. Predictors of asthma three years after hospital admission for wheezing in infancy. *Pediatrics*. 2000 Dec;106(6):1406-12. | [PubMed](#) |
11. Richter H, Seddon P. Early nebulized budesonide in the treatment of bronchiolitis and the prevention of postbronchiolitic wheezing. *J Pediatr*. 1998 May;132(5):849-53. | [PubMed](#) |
12. Wong JY, Moon S, Beardsmore C, O'Callaghan C, Simpson H. No objective benefit from steroids inhaled via a spacer in infants recovering from bronchiolitis. *Eur Respir J*. 2000 Feb;15(2):388-94. | [PubMed](#) |
13. 赵德育, 田曼, 陈荣华, 等. Influence of inhaled glucocorticosteroid on prognosis of infant respiratory syncytial virus bronchiolitis. *临床儿科杂志 (Journal of Clinical Pediatrics)*. 2008;26(1):24-27. | [CrossRef](#) | [Link](#) |
14. Bentur L, Shoseyov D, Feigenbaum D, Gorichovsky Y, Bibi H. Dexamethasone inhalations in RSV bronchiolitis: a double-blind, placebo-controlled study. *Acta Paediatr*. 2005 Jul;94(7):866-71. | [PubMed](#) |
15. Pedersen S. Clinical safety of inhaled corticosteroids for asthma in children: an update of long-term trials. *Drug Saf*. 2006;29(7):599-612. Review. | [PubMed](#) |
16. Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, Alverson BK, Baley JE, Gadomski AM, et al. Clinical practice guideline: the diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis. *Pediatrics*. 2014 Nov;134(5):e1474-502. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
17. Ricci V, Delgado Nunes V, Murphy MS, Cunningham S; Guideline Development Group and Technical Team. Bronchiolitis in children: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2015 Jun 2;350:h2305. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
18. Fernandes RM, Bialy LM, Vandermeer B, Tjosvold L, Plint AC, Patel H, et al. Glucocorticoids for acute viral bronchiolitis in infants and young children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jun 4;(6):CD004878. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
19. Hartling L, Fernandes RM, Bialy L, Milne A, Johnson D, Plint A, et al. Steroids and bronchodilators for acute bronchiolitis in the first two years of life: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2011 Apr 6;342:d1714. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
20. Gómez-y-López RE, Hernández-Sierra JF, Torres-Ruvalcaba BA, Martínez-Puente E, del Carmen Martínez-García M. [Comparative clinical study of dexamethasone vs. nebulized salbutamol in acute bronchiolitis]. *Gac Med Mex*. 2007 May-Jun;143(3):189-92. | [PubMed](#) |
21. Barlas C, Kiper N, Göçmen A, Özçelik U, Dilber E, Anadol D, et al. Racemic adrenaline and other treatment regimens in mild and moderate bronchiolitis. *Cocuk Sagligi Ve Hastaliklari Dergisi* 1998;41(2):155-66.
22. Lisa Hartlin, Terry Klassen, Dominic Allain, Ricardo Fernandes, Stephen Freedman, David Johnson, et al. Interventions for bronchiolitis in the acute care setting: a systematic review and network meta-analysis. PROSPERO 2016:CRD42016048625 Available from crd.york.ac.uk [online] | [Link](#) |

Correspondencia a:

[1] Centro Evidencia UC
Pontificia Universidad Católica de Chile
Centro de Innovación UC Anacleto Angelini
Avda. Vicuña Mackenna 4860
Macul
Santiago
Chile



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.