

# BRONQUIOLITIS AGUDA

## INTRODUCCIÓN

La bronquiolitis es la enfermedad infecciosa aguda de las vías respiratorias inferiores más habitual en niños menores de dos años (pico máximo a los 2-6 meses de vida). El agente etiológico más frecuente es el Virus Respiratorio Sincitial.

Es una enfermedad típicamente estacional, con un pico de máxima incidencia entre los meses de noviembre y marzo.

El **cuadro clínico** se caracteriza por unos pródromos catarrales seguidos de tos persistente, irritabilidad, rechazo de la alimentación, taquipnea, disnea espiratoria y auscultación con sibilancias y/o crepitantes.

La **duración** media de los síntomas es de 2-4 semanas; las primeras 48-72 horas son las más críticas.

El **diagnóstico** es fundamentalmente clínico, basado en la anamnesis y la exploración física.

## SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
BRONQUIOLITIS AGUDA	Medidas no farmacológicas	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Hipoxemia (cianosis y/o saturación de oxígeno $\leq 92\%$ )	Añadir <u>Oxígeno</u> mediante gafas nasales o mascarilla facial	

## MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Desobstrucción y aspiración nasal mediante lavado con suero fisiológico, sobre todo antes de las tomas.
- Tratamiento postural: elevación de la cabecera de la cuna.
- Nutrición e hidratación: ingestas más pequeñas y frecuentes.
- Medidas ambientales: temperatura no superior a 20°C; evitar irritantes como el tabaco; no se ha demostrado la utilidad de la humidificación del aire, por lo que no se recomienda su uso.
- Control de la temperatura.

## OBSERVACIONES GENERALES

### A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

A todo niño menor de dos años con síntomas compatibles con bronquiolitis aguda.

Se debe establecer la gravedad del cuadro clínico utilizando una escala de gravedad (p.ej., Escala de Wood-Downes), tanto inicialmente como en los controles para ver la evolución, siempre tras una adecuada aspiración de las secreciones nasofaríngeas.

### Escala de Wood-Downes modificada

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>SatO<sub>2</sub></b>	SatO <sub>2</sub> ≥ 95% en aire ambiente	95% > SatO <sub>2</sub> ≥ 92% en aire ambiente	SatO <sub>2</sub> ≤ 92% en aire ambiente
<b>Frecuencia respiratoria</b>	< 50 rpm	50-60 rpm	> 60 rpm
<b>Sibilancias espiratorias</b>	Leves	Toda la espiración	Inspiratorias y espiratorias Audibles sin fonendo
<b>Musculatura accesoria</b>	Ninguna Intercostal leve	Intercostal moderada y supraesternal	Intensa Bamboleo, aleteo

**Afectación leve:** 0-3 puntos. **Afectación moderada:** 4-5 puntos. **Afectación grave:** 6 o más puntos

### OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Aliviar los síntomas. Mantener una adecuada oxigenación, hidratación y nutrición.

### SEGUIMIENTO

Si el paciente presenta un buen estado general, síntomas leves y una SatO<sub>2</sub> > 92% se recomienda tratamiento domiciliario con medidas generales y control por pediatra en 24-48 horas. Explicando a los padres la enfermedad y los signos de alarma para acudir a urgencias: dificultad para respirar, aumento de la frecuencia respiratoria o del trabajo respiratorio, pausas de apnea, somnolencia, irritabilidad o agitación, mal color, aparición de fiebre, rechazo del alimento o vómitos.

<b>Criterios de seguimiento domiciliario</b> (todos los siguientes)
Ausencia de tiraje intercostal
Afectación leve (puntuación < 3)
Frecuencia respiratoria < 60 rpm
SatO <sub>2</sub> > 92% con aire ambiente
No apneas en las últimas 48 h
Correcta alimentación e hidratación
Medio sociocultural favorable
Accesibilidad al pediatra

## EFICACIA

Actualmente no existe ningún tratamiento farmacológico con un claro beneficio.

No se recomienda el uso de broncodilatadores de manera sistemática. Algunos estudios han mostrado cierto efecto beneficioso del uso de **salbutamol** cuando la medida principal del efecto utilizada es la mejoría en una escala de síntomas; su uso, sin embargo, no afecta al tiempo de resolución del proceso ni se modifica la tasa de ingresos ni los días de hospitalización. No se ha demostrado ningún beneficio con la administración de **bromuro de ipratropio** solo ni en combinación con salbutamol.

Tampoco hay datos suficientes que apoyen el uso rutinario de **adrenalina nebulizada** en pacientes hospitalizados ni ambulatorios, salvo en casos graves como medicación de rescate.

No se recomiendan los **glucocorticoides** en ninguna de sus formas de administración.

La nebulización de **suero salino hipertónico 3%** se limita a pacientes ingresados en centros con estancias superiores a 3 días, en los que puede reducir un día la duración del ingreso; no parece ser eficaz para disminuir la hospitalización cuando se emplea en los servicios de urgencias.

No se recomienda utilizar **antibióticos** de forma rutinaria, salvo que se documente una sobreinfección bacteriana.

La **ribavirina** no debe utilizarse de forma rutinaria; puede considerarse su empleo en determinadas situaciones (p.ej., en casos graves o en pacientes inmunodeprimidos graves).

## DERIVACIÓN

<b>Criterios de derivación al hospital</b>
Edad < 3 meses
Mal estado general
Afectación moderada-grave (puntuación >4)
Rechazo de alimento o intolerancia digestiva
Deshidratación
Letargia
Historia de apnea
Dificultad respiratoria moderada o grave (quejido, aleteo nasal, tiraje o cianosis)
pCO <sub>2</sub> >50
SatO <sub>2</sub> < 92% respirando aire ambiente
Pausas de apnea o cianosis
Frecuencia respiratoria > 70 rpm
Diagnóstico dudoso
Comorbilidad (prematuridad, enfermedades crónicas cardiopulmonares, neuromusculares o inmunodeficiencias)
Empeoramiento progresivo en las primeras 72 h
Situación socioeconómica del entorno, factores geográficos y dificultad de transporte, incapacidad de los padres o cuidadores para evaluar la gravedad del niño

## OTROS

Educación a padres y/o cuidadores en medidas higiénicas (lavado de manos).

## BIBLIOGRAFÍA

1. García ML, Korta J, Callejón A. Bronquiolitis aguda viral. *Protoc diagn ter pediatr*. 2017; 1:85-102.
2. García A, Mora I. Bronquiolitis aguda: diagnóstico y tratamiento. *FAPap Monogr*. 2015;1:61-9
3. Tratamiento de la bronquiolitis aguda. *INFAC*. 2011;19(7):41-44.
4. González J, Ochoa C, y Grupo Investigador del Proyecto abreviado (Bronquiolitis-Estudio de Variabilidad Idoneidad y Adecuación). Clasificación de la idoneidad de procedimientos terapéuticos y preventivos en la bronquiolitis aguda. *Información Farmacoterapéutica de la Comunitat Valenciana*. 2011;8:1-9.
5. Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, Alverson BK, Baley JE, et al. Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management and Prevention of Bronchiolitis. *Pediatrics*. 2014;134:e1474–e1502.