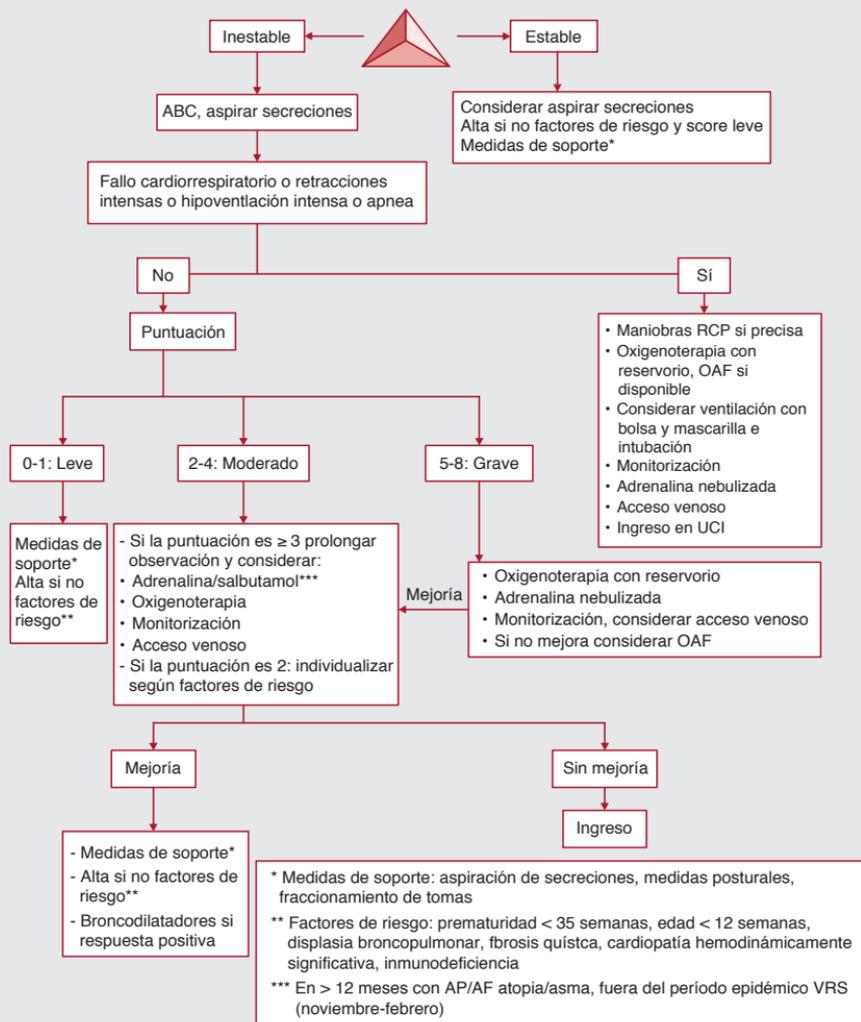


N. Paniagua Calzón



OBJETIVOS

- Realizar una buena aproximación al paciente.
- Establecer un diagnóstico adecuado de la bronquiolitis aguda.
- Estimar de forma correcta el nivel de gravedad para su tratamiento.
- Limitar el número de pruebas complementarias para su manejo.
- Evitar los tratamientos inapropiados.
- Proporcionar una adecuada información a los padres.

CONCEPTOS IMPORTANTES

- **Definición:** primer episodio de infección respiratoria (fiebre, rinorrea, tos) en niños menores de 2 años que asocia auscultación de estertores, subcrepitanes o sibilantes espiratorios, en ausencia de otra causa que lo pueda provocar. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y el agente etiológico más frecuente es el virus respiratorio sincitial (VRS), seguido de rinovirus.
- **Factores de riesgo:** prematuridad menor de 35 semanas, edad menor de 12 semanas, displasia broncopulmonar, fibrosis quística del páncreas, cardiopatía congénita hemodinámicamente significativa, inmunodeficiencia. Otros factores de riesgo son la enfermedad neuromuscular, la parálisis cerebral y ciertas malformaciones congénitas.
- **Episodio de sibilancias recurrentes:** episodio con respiración sibilante de duración superior a un día. Se considerará el mismo episodio si no ha habido un período sin síntomas mayor de 7 días.

ESTIMACIÓN DE LA GRAVEDAD

- **Triángulo de evaluación pediátrico.**
- Escalas de valoración, tras aspirar las secreciones nasofaríngeas. Según la puntuación, el nivel de gravedad asignado es el siguiente: 0-1: leve; 2-4: moderado; > 4: grave (tabla 6.6-1).

Tabla 6.6-1. Escala de valoración de la gravedad de la bronquiolitis

	0	1	2
FR	< 45 rpm	45-60 rpm	> 60 rpm
Auscultación pulmonar	Hipoventilación leve, sibilantes o subcrepitanes al final de la espiración	Hipoventilación moderada, sibilantes en toda la espiración	Hipoventilación intensa, sibilantes insp/esp., audibles sin fonendo
Retracciones	No o leves: subcostal, intercostal	Moderadas: supraclavicular, aleteo nasal	Intensas: supraesternal
Saturación de O ₂	> 94 %	92-94 %	< 92 %

- **Monitorización con pulsioximetría:** en general de forma intermitente, junto con el resto de las constantes, incluida la frecuencia respiratoria. De forma continua si se administra oxígeno suplementario. Debe interpretarse junto con el estado clínico del paciente (alerta, somnoliento, tosiendo, etcétera).

TRATAMIENTOS

- **Soporte:** mantener al lactante en una postura cómoda semiincorporada, aspirar las secreciones de las vías altas, ofrecer alimentación fraccionada. Educar a la familia sobre la naturaleza del proceso, los signos de alarma y el nivel de evidencia de los tratamientos.
- **O₂:** considerar la administración de O₂ (gafas nasales/mascarilla) humidificado y caliente si la saturación de oxígeno (SatO₂) < 90-92 % mantenida o SatO₂ < 92 % y puntuación ≥ 3 tras la aspiración de secreciones. No se recomienda la monitorización continua de la SatO₂ de manera sistemática.
- **Oxigenoterapia de alto flujo (OAF):** considerar en los pacientes con puntuación grave tras la optimización de las medidas habituales y en aquellos con puntuación moderada y SatO₂ < 90 % tras el fracaso de las medidas habituales.
- **Broncodilatadores:** considerar puntualmente como medida de rescate en los pacientes con puntuación ≥ 3; en el resto de casos, no se recomiendan de manera rutinaria. Cuando no se constata ninguna respuesta, no es recomendable continuar su administración.
 - **Adrenalina** nebulizada.
 - ◊ De rescate si el la puntuación es ≥ 3.
 - ◊ Nebulizar 1-3 mg, con suero salino fisiológico (SSF), con un flujo de oxígeno de 6-8 L/min.
 - **Salbutamol** inhalado:
 - ◊ En los mayores de 12 meses con antecedente personal (AP) o familiar (AF) de atopía o asma, fuera del período epidémico VRS (noviembre-febrero).
 - ◊ Un 10 % de los pacientes presentarán hipoxemia paradójica tras la administración de β₂ nebulizados, con escasa repercusión clínica.
 - ◊ Posología:
 - o Inhalador presurizado: 5 pulsaciones con una cámara espaciadora adecuada.
 - o Nebulización con SSF: 2,5 mg con un flujo de oxígeno de 6-8 L/min si hay distrés grave.
- **Corticosteroides:** no se recomiendan de manera rutinaria. Considerar solo en casos graves seleccionados.
- **Sonda nasogástrica o acceso intravenoso:** considerar si se mantiene el rechazo de la ingesta.
- **Antibioterapia:** solo en casos de sospecha de infección bacteriana concomitante.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- No son necesarias de forma rutinaria. Considerar en casos seleccionados:
- Radiografía de tórax: si hay sospecha de complicaciones (aire extrapulmonar, neumonía, etc.), SatO₂ < 92 % mantenida o duda diagnóstica (cuerpo extraño, insuficiencia cardíaca, anillo vascular, etc.).
- Cultivo de virus o identificación de Ag de VRS con una prueba rápida de inmunofluorescencia directa (sensibilidad 80-90 %), mediante aspirado nasofaríngeo, por motivos epidemiológicos (vigilancia de la circulación del virus; en pacientes hospitalizados para establecer medidas de aislamiento).
- Tira reactiva de orina y urocultivo:
 - Considerar en los menores de 3 meses con fiebre.

- Considerar en los lactantes de 3-24 meses con fiebre superior a 39 °C de más de 72 horas de evolución.
- Considerar otros estudios (PCR, *Bordetella*, biomarcadores sanguíneos, etc.) en casos seleccionados.

COMPLICACIONES

- Apneas (más frecuentes en los prematuros y los menores de 6-8 semanas), fallo respiratorio.
- Infecciosas: otitis media aguda (30-50 %), neumonía (15 %).

CRITERIOS DE INGRESO

- Evaluar la presencia de uno o más factores de riesgo.
- Edad menor de 6 semanas.
- Episodio de apnea referido por los padres o presenciado por personal sanitario.
- Ingesta inadecuada o episodios de atragantamiento frecuentes.
- Requerimientos de aporte suplementario de O₂ para mantener una SatO₂ > 92 %.
- Puntuación moderada/grave tras la aspiración de secreciones y la administración de terapias adicionales.
- Entorno social no favorable: larga distancia al domicilio, padres poco entrenados.
- **Considerar ingreso en UCIP:**
 - Insuficiencia respiratoria grave.
 - Episodios de apneas recurrentes.

RECUERDE QUE...

- El diagnóstico es clínico. Rara vez se precisan pruebas complementarias.
- El manejo de estos pacientes va a depender del grado de afectación (leve, moderado o grave).
- Los casos leves no van a precisar ningún tratamiento específico, solo medidas conservadoras y de educación sanitaria a los padres.
- Los broncodilatadores no están recomendados de manera rutinaria, solo en casos seleccionados. Si no se objetiva una mejoría, no se debe continuar su administración.

BIBLIOGRAFÍA

- Angoulvant F, Bellêtre X, Milcent K, et al. Effect of Nebulized Hypertonic Saline Treatment in Emergency Departments on the Hospitalization Rate for Acute Bronchiolitis: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr.* 2017;171(8):e171333.
- Fernandes RM, Bialy LM, Vandermeer B, et al. Glucocorticoids for acute viral bronchiolitis in infants and young children. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;4(6):CD004878.

- Gadomski AM, Scribani MB. Bronchodilators for bronchiolitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;17(6): CD001266.
- Meissner HC. Viral Bronchiolitis in Children. *N Engl J Med.* 2016;374(1):62-72.
- National Institute for Health and Care Excellence. Bronchiolitis: diagnosis and management of bronchiolitis in children. Clinical Guideline NG9. June 2015. [Última consulta noviembre 2017]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng9>.
- Plint AC, Johnson DW, Patel H, et al. Epinephrine and dexamethasone in children with bronchiolitis. *N Engl J Med.* 2009;360(20):2079-89.
- Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, et al. Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis. *Pediatrics.* 2014;134(5):e1474-e1502.
- Schuh S, Babl FE, Dalziel SR, et al. Practice Variation in Acute Bronchiolitis: A Pediatric Emergency Research Networks Study. *Pediatrics.* 2017;140(6):e20170842.
- Schuh S, Freedman S, Coates A, et al. Effect of oximetry on hospitalization in bronchiolitis: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2014;312(7):712-8.
- Simó Nebot M, Claret Teruel G, Luaces Cubells C, et al. Guía de práctica clínica sobre la bronquiolitis aguda: recomendaciones para la práctica clínica. *An Pediatr (Barc).* 2010;73(4):208.e1-208.e10.