



Documentos Técnicos del GVR
(P-GVR-4-gr)

BRONQUIOLITIS

(Guía Rápida)

Diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria

Autor:

Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.

Redactores:

Maite Callén Blecua,
Pepa Torregrosa Bertet
Luis Bamonde Rodríguez

Revisión por pares:

Manuel Praena Crespo (Andalucía), Jose Luis Montón Alvarez (Madrid), Ignacio Carvajal Urueña (Asturias), Juan José Morell Bernabé (Extremadura), Luis Bamonde Rodríguez (Galicia), Alfredo Cano Garcinuño (Castilla-León), Pablo Mola Caballero de Rodas (Asturias), Isabel Mora Gandarillas (Asturias), Agueda García Merino (Asturias), Alfonsa Lora Espinosa (Andalucía), Pepa Torregrosa Bertet (Cataluña), Luciano Garnelo Suárez (Galicia), Begoña Dominguez Aurecoetxea (Asturias), Jose Antonio Castillo Laita (Aragón), Carlos Pardos Martínez (Aragón), Maite Callen Blecua (País Vasco), M^a Isabel Úbeda Sansano (Valencia), Alberto Bercedo Sanz (Cantabria), Xavier Pérez Porcuna (Cataluña), José Murcia García (Andalucía), Olga Cortés Rico (Madrid), Carmen Rosa Rodríguez Fernández Oliva (Canarias), Ana Giner Muñoz (Navarra)

Fecha de publicación:

29 de diciembre de 2009

Cómo citar este documento técnico:

Callén Blecua M, Torregrosa Bertet MJ, Bamonde Rodríguez L y Grupo de Vías Respiratorias. Guía Rápida del Protocolo de Bronquiolitis. Diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria. Protocolo del GVR (publicación P-GVR-4-gr) [consultado día/mes/año]. Disponible en: www.aepap.org/gvr/protocolos.htm

NOTA

Los conocimientos científicos en que se basa el ejercicio de la medicina son constantemente modificados y ampliados por la investigación. Los textos médicos con frecuencia se ven pronto superados por el desarrollo científico. Los autores y editores de este documento han procurado en todo momento que lo que aquí se publica esté de acuerdo con los más exigentes principios aceptados hoy día para la práctica médica. Sin embargo, siempre cabe la posibilidad de que se hayan producido errores humanos al presentar la información. Además, avances en los conocimientos científicos pueden hacer que esa información se vuelva incorrecta algún tiempo después. Por estos motivos, ni los autores, editores, u otras personas o colectivos implicados en la edición del presente documento pueden garantizar la exactitud de todo el contenido de la obra, ni son responsables de los errores o los resultados que se deriven del uso que otras personas hagan de lo que aquí se publica. Los editores recomiendan vivamente que esta información sea contrastada con otras fuentes consideradas fiables. Especialmente en lo relativo a la dosificación e indicaciones de los fármacos, se aconseja a los lectores que lean la ficha técnica de los medicamentos que usen, para asegurar que la información que se proporciona en este documento es correcta. Este documento está dirigido a profesionales sanitarios y no a público general.

La bronquiolitis es una enfermedad aguda de etiología viral, caracterizada por obstrucción de la pequeña vía aérea. Se define como un cuadro agudo de dificultad respiratoria con sibilancias, con o sin aumento del trabajo respiratorio, dentro de un proceso catarral de vías aéreas superiores en un niño menor de dos años.

El virus respiratorio sincitial (VRS) es el causante del 20-40% de los casos, en época epidémica hasta el 60% en los hospitalizados son VRS+. Otros virus por orden de importancia son: Rinovirus, Adenovirus, Metapneumovirus, Influenza. Parainfluenza y Bocavirus.

Cada año alrededor del 10% de los lactantes tienen bronquiolitis. El pico se produce entre los 2 y 6 meses de edad. Entre el 2 y el 5% de los casos en niños menores de 12 meses requiere hospitalización. Alrededor del 50%, de los niños con bronquiolitis, tendrán episodios de sibilancias recurrentes en los meses/años posteriores.

El diagnóstico está basado en criterios clínicos: episodio de sibilancias y/o crepitantes inspiratorios finos en un niño menor de 24 meses acompañado de síntomas de infección respiratoria viral, rinitis y tos en época epidémica. El considerar en la práctica que el pico de incidencia se da entre los 2 y 6 meses (90% de los que ingresan son <12 meses) y que probablemente sea un primer episodio evitará la confusión con otros cuadros de sibilantes.

Manejo de la bronquiolitis en el Centro de Salud

1. Valoración de la gravedad (previamente limpieza nasal): factores de riesgo y estado general. Valorar la capacidad para alimentarse, si vomita, su actividad, hidratación, trabajo respiratorio, presencia de taquipnea, o de cianosis y Sat O₂ por pulsioximetría (Tabla I)
2. Si buen estado general y escala clínica ≤ 3 , Sat O₂ $> 94\%$ tratamiento en domicilio con medidas generales y control en 24-48h, explicando a los padres la enfermedad y los signos de alarma
3. Si afectación del estado general, no come, vomita, letargia / irritabilidad, taquipnea > 60 /minuto, marcado tiraje respiratorio, hipoventilación, mala coloración o apneas, escala clínica ≥ 6 , Sat O₂ $< 92\%$, derivar al hospital
4. Situación intermedia:
 - a. si tiene algún factor de riesgo derivar
 - b. si no tiene factores de riesgo, depende del entorno y la familia, en todo caso controlar a las 24 horas. Se puede ensayar una dosis de adrenalina inhalada 1,5 mg (adrenalina 1:1000, 1mg=1ml) nebulizada con suero salino hipertónico (3%). Este se prepara disolviendo una ampolla de 10 ml de ClNa al 20% en 80 ml de suero fisiológico al 0,9%. Dichas ampollas existen comercializadas. Una vez preparado tiene una caducidad de 48 h. Para nebulizar se utilizará el sistema jet con O₂.
 - c. si mejora y mantiene la mejoría a las dos horas, domicilio y control en 24h.
 - d. Si no mejora derivar al hospital
5. En los lactantes mayores de 6 meses y sobre todo si hay antecedentes de atopia personal y/o familiar ver respuesta a B₂ agonistas inhalados (salbutamol con cámara, 2 a 4 pulsaciones, una a una sin pausa). Si responde mantener tratamiento con salbutamol
6. Se recomienda dar información escrita a los padres sobre la enfermedad.

Tabla I. Valoración de la gravedad de la Bronquiolitis. Escala Wood-Downes modificada

	0	1	2
SatO ₂	SatO ₂ ≥ 94% en aire ambiente	94% > SatO ₂ ≥ 92% en aire ambiente	SatO ₂ ≤ 92% en aire ambiente
Frecuencia respiratoria	<50 rpm	50-60 rpm	>60 rpm
Sibilancias expiratorias	Leves	Toda la espiración	Inspiratorias/ Espiratorias Audibles sin fonendo
Musculatura accesoria	Ninguna Leve intercostal	Intercostal moderada y supraesternal	Intensas Aleteo, bamboleo

Interpretación de la escala:

- a) Afectación leve: 0 a 3 puntos.
- b) Afectación moderada: 4 - 5 puntos.
- c) Afectación grave: 6 o más puntos.

Figura 1. Manejo de la bronquiolitis en el Centro de Salud

