

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

GPC

Actualización
2015

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE
BRONQUIOLITIS AGUDA
EN NIÑAS/NIÑOS Y EN EL PRIMER
NIVEL DE ATENCIÓN

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-032-08

Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por Instituto Mexicano del Seguro Social
© Copyright Instituto Mexicano del Seguro Social “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Coordinación Técnica de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad
2015

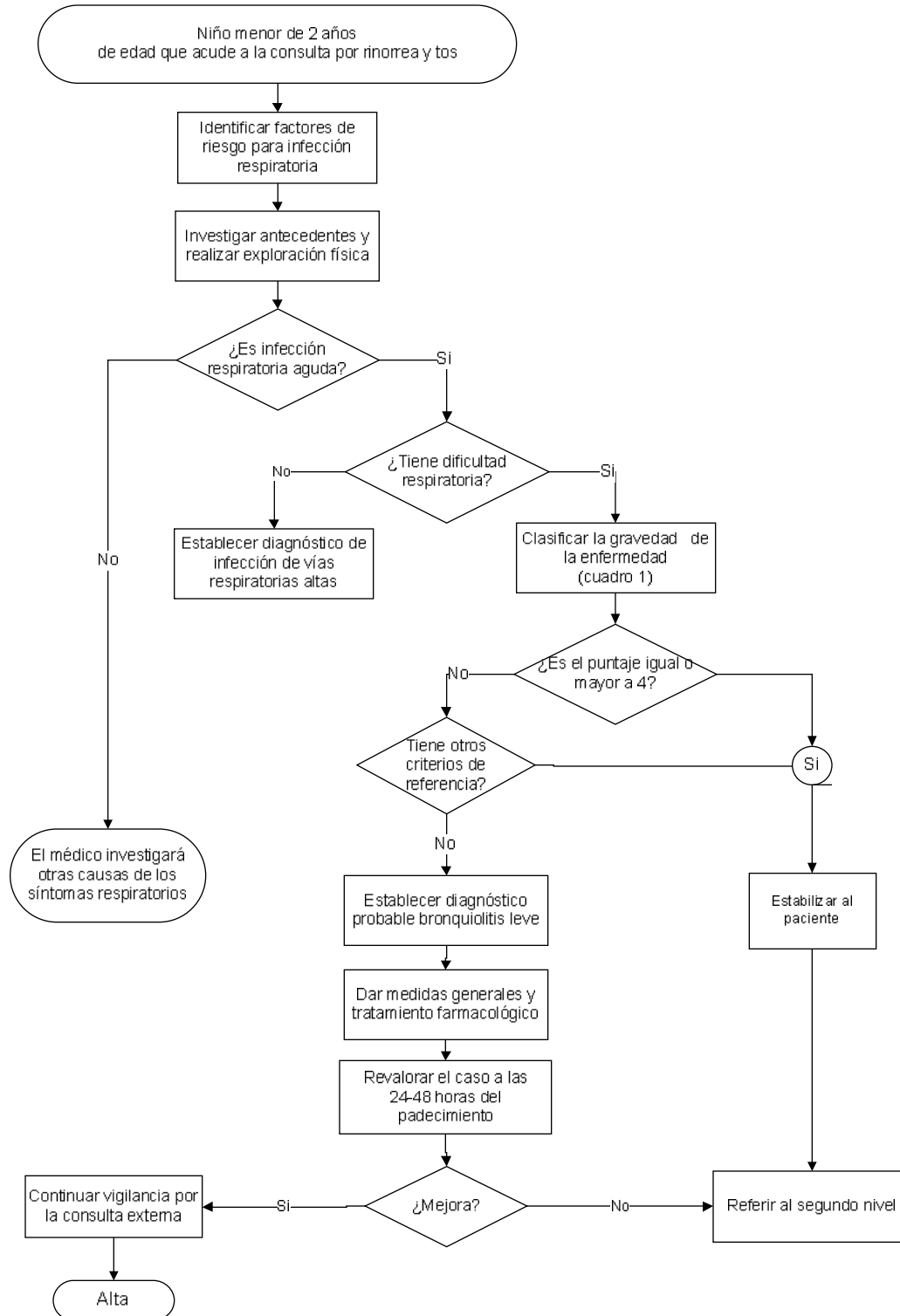
La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Diagnóstico y Tratamiento de Bronquiolitis Aguda En niñas/niños y en el Primer Nivel de Atención**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **“Evidencias y Recomendaciones”** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en:
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

ISBN 978-607-7790-84-6

1. DIAGRAMAS DE FLUJO

Algoritmo 1. Diagnóstico y Tratamiento de la Bronquiolitis Aguda



2. PREVENCIÓN PRIMARIA

PROMOCIÓN A LA SALUD

Recomendación Clave	GR*
Los médicos deben alentar la lactancia materna exclusiva durante al menos 6 meses para disminuir la probabilidad de infecciones de las vías respiratorias incluida la bronquiolitis aguda.	B moderado
Evitar el hacinamiento en el domicilio de el/la niño/a. En pacientes con sospecha de bronquiolitis se recomienda permanecer en casa durante el evento infeccioso y acudir a guarderías hasta terminar convalecencia	C

DETECCIÓN

Recomendación Clave	GR*
Identificar los factores de riesgo relacionados a bronquiolitis grave desde la primera consulta, como son: <ul style="list-style-type: none"> ➤ El/la niño/a con antecedentes de prematurez y bajo peso al nacer <2,500gramos. ➤ Cardiopatías congénitas. ➤ Enfermedad pulmonar crónica del prematuro. ➤ El/la niño/a procedentes de familias con recursos bajos; particularmente durante la época de invierno y principios de primavera. 	C B moderado
El diagnóstico de la Bronquiolitis es clínico, la prueba rápida permite identificar el agente causal.	A fuerte C

3. PREVENCIÓN SECUNDARIA

*Grado de Recomendación

DIAGNÓSTICO

Recomendación Clave	GR*
Durante la época invernal, considerar la posibilidad de bronquiolitis en el/la niño/a menor de dos años con síntomas respiratorios.	D
Se recomienda sospechar bronquiolitis en el/la niño/a menor de 2 años con: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Rinorrea. ➤ Tos. ➤ Dificultad respiratoria. ➤ Sibilancias o estertores crepitantes finos. ➤ Hiperinsuflación y dificultad respiratoria. 	A fuerte
La fiebre no es síntoma cardinal de la bronquiolitis, su presencia o ausencia no descarta la posibilidad de infección.	C
Cuando la temperatura es mayor a 39° C (axilar), se recomienda buscar complicaciones u otras posibles enfermedades como diagnósticos diferenciales.	C
Realizar una valoración clínica completa en todo paciente con diagnóstico de bronquiolitis, utilizando la escala validada para determinar la gravedad de la enfermedad y definir la modalidad de tratamiento a otorgarse, en el primer nivel de atención (Cuadro 1).	C
En pacientes con bronquiolitis que cursan con temperatura axilar mayor de 39° C se debe investigar complicaciones como otitis media, neumonía bacteriana o buscar otro foco infeccioso como infección de vías urinarias.	Punto de Buena Práctica
Se recomienda no realizar, de manera rutinaria, radiografía de tórax para establecer el diagnóstico de bronquiolitis aguda.	A
Se recomienda establecer el diagnóstico de bronquiolitis aguda en el/la niño/a menor de 2 años con base en la historia clínica y los datos clínicos recuperados durante la exploración física	A D
Se sugiere no realizar ningún estudio para confirmar el diagnóstico de bronquiolitis en pacientes ambulatorios.	A D

*Grado de Recomendación

El diagnóstico de la bronquiolitis es clínico, se basa en la historia clínica y el examen físico, se recomienda no realizar estudios radiológicos ni sanguíneos, a menos que el diagnóstico no sea claro o se sospeche otro proceso infeccioso de vías aéreas bajas u otras entidades nosológicas.

**A
C
D**

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Recomendación Clave	GR*
Antes de indicar nebulización de solución salina hipertónica al 3% debe descartarse historia de atopia / asma.	A
En caso de considerar aplicación de nebulización de solución salina hipertónica al 3% enviar a siguiente nivel de atención.	A
En pacientes con antecedentes de atopia, asma o alergia, se recomienda aplicar una sola dosis de salbutamol en aerosol (por medio de el [1-2 disparos], si se cuenta con el recurso) o por nebulizaciones.	A
Después de la aplicación de salbutamol, se recomienda examinar la respuesta clínica con base en la disminución de las sibilancias y cambios en la calificación de la escala de gravedad, para determinar si el/la niño/a con bronquiolitis puede continuar con el tratamiento en su domicilio.	B
Se recomienda no utilizar corticoesteroides, inhibidores de leucotrienos (Montelukast) antihistamínicos o descongestionantes (sistémicos, orales o inhalados), vasoconstrictores nasales ni antibióticos en el tratamiento de el/la niño/a con bronquiolitis.	A B, C, D
Puede prescribir paracetamol para el control de la fiebre cuando la temperatura (axilar) sea igual o mayor a 38° C en el/la niño/a con bronquiolitis; a razón de 10 a 15 miligramos por kilogramos de peso por dosis (sin exceder 60 mg por kg al día) cada 6 a 8 horas en un tiempo no mayor de 3 días.	Punto de Buena Práctica.
La Ribavirina no está recomendada para el tratamiento de la bronquiolitis aguda en el/la niño/a.	B

*Grado de Recomendación

En saturaciones de oxígeno menor de 90% administrar oxígeno por medio puntas nasales (3 a 5-10 l/min) o nebulizador (FiO₂ >30%) para mantener saturación entre 90 y 94%, estabilizar al paciente y evaluar envío al siguiente nivel de atención, administrando una dosis de adrenalina inhalada o salbutamol inhalado.

**A
C**

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Recomendación Clave

GR

Se recomienda indicar a los padres (o tutores) las siguientes medidas para el manejo ambulatorio de el/la niño/a con bronquiolitis leve:

- Suministrar líquidos en tomas pequeñas y frecuentes.
- Ofrecer alimentos de manera habitual.
- Aseo nasal con agua hervida (tibia) o solución salina para evitar la obstrucción.
- Colocar el/la niño/a en posición semisentado.
- Evitar la exposición al humo del tabaco.
- Evitar lugares concurridos.
- Mantener el/la niño/a en un ambiente tranquilo; evitando el arropamiento excesivo.
- Tomar la temperatura varias veces al día.

**S, E
C**

Se recomienda instruir a los padres (o tutores) sobre los signos de alarma (ver recomendaciones de bronquiolitis para padres y cuidadores).

Punto de Buena Práctica

CRITERIOS DE REFERENCIA

Recomendación Clave

GR*

<p>Considerar criterios de referencia al segundo nivel (o urgencias, de acuerdo a las condiciones del caso) para atención integral y admisión hospitalaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Prematurez, ➤ Edad (<3 meses) ➤ Gravedad de la enfermedad (Apartado 5.3) ➤ Bronquiolitis moderada o grave (Cuadro 1 apartado 5.3) ➤ Saturación <90% ➤ Rechazo de alimento o intolerancia de la vía oral (ingesta aproximada inferior al 50% de lo habitual) ➤ Deshidratación ➤ Letargia ➤ Historia o presencia de apneas ➤ Taquipnea para su edad ➤ Dificultad respiratoria moderada o grave ➤ Diagnóstico dudoso. ➤ Comorbilidad asociada ➤ Padres adolescentes ➤ Dificultad de la familia para cuidar a el/la niño/a ➤ Antecedente de un hermano muerto por enfermedad pulmonar (<5 años) ➤ Sin mejoría clínica posterior al inicio del tratamiento ➤ Situación socioeconómica del entorno, factores geográficos y dificultad de transporte ➤ Capacidad limitada de los padres o cuidadores para evaluar la gravedad de el/la niño/a. 	<p>C D</p>
--	------------------------------

VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Recomendación Clave	GR
<p>Se recomienda realizar una revaloración a las 24 o 48 horas para determinar la función respiratoria y las condiciones generales de el/la niño/a. Particularmente, en niñas/niños menores de 12 meses de edad que presentaron síntomas de infección en las vías respiratorias altas durante la época epidémica de la bronquiolitis.</p>	D
<p>Se recomienda realizar seguimiento de el/la niño/a con bronquiolitis a las 24 o 48 horas de la consulta inicial, teniendo en cuenta especialmente a aquellos con predictores de empeoramiento en su evolución como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Menores de 2 meses ➤ Sexo masculino y ➤ Antecedentes de hospitalización <p>Se sugiere llevar seguimiento estrecho en el/la niño/a con bronquiolitis a las 48 horas y al final del padecimiento, sobre todo en el grupo de menores de 12 meses de</p>	C

*Grado de Recomendación

edad.	
Si durante el seguimiento en casa, hay deterioro del estado general o signos de alarma (dificultad respiratoria, cianosis, apnea, rechazo al alimento o vómito), se recomienda acudir de inmediato al servicio de urgencias.	C D
<p>Se sugiere llevar a cabo seguimiento en su domicilio, explicando a los padres la enfermedad y los signos de alarma, en aquellos pacientes que cumplan con los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Buen estado general ➤ Clasificación de gravedad <3 (ver cuadro 1) ➤ Saturación de O₂ >94% ➤ Tolerancia adecuada a la vía oral 	Punto de Buena Práctica

4. CUADROS O FIGURAS

CUADRO I. ESCALA PARA VALORAR GRAVEDAD DE LA BRONQUIOLITIS

Puntos		0	1	2	3	4
FC:	7 días-2 m	125-152	153-180	> 180		
(Edad)	2-12 m	120-140	140-160	> 160		
	12-24 m	<110	110-160	> 160		
FR:	<2 m	< 57	57-66	> 66		
(Edad)	2-6 m	< 53	53-62	> 62		
	6-12 m	< 47	47-55	> 55		
	12-24 m	<30	30-40	>40		
Relación I/E		Normal	Simétrica	Invertida (expiración Prolongada)		
Esfuerzo Respiratorio		Ninguno	Tiraje Subcostal o Intercostal Inferior	+ tiraje supraesternal o aleteo nasal	+ tiraje supraesternal y aleteo nasal (tiraje universal)	
Sibilancias		No	Al final de la expiración	En toda la expiración	Inspiratorias y expiratorias	Tórax Silente
Estertores		No	Crepitantes en 1 campo	Crepitantes en 2 campos	Crepitantes en 3 campos	Crepitantes en 4 campos

FC: Frecuencia Cardíaca/min; **FR:** Frecuencia respiratoria/min; **I/E:** Relación Inspiración-Espiración

m: meses

Bronquiolitis (estime la gravedad con base en la suma de los puntos encontrados en la valoración clínica):

- leve 1 – 3
- moderada 4 – 7 y
- grave 8 – 14 puntos

Fuente: Ramos Fernández JM, et al. Validación de una escala clínica de severidad de la bronquiolitis aguda. AnPediatri (Barc). 2013.

Hartman ME and Cheifetz IM. Pediatric Emergencies and resuscitation. In Kliegman RM et al. Eds. Nelson Text

file:///C:/Users/SONY/Desktop/GPC%20Bronquiolitis%20Actualizacion%202014/dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.06.020

¿Qué es la bronquiolitis?

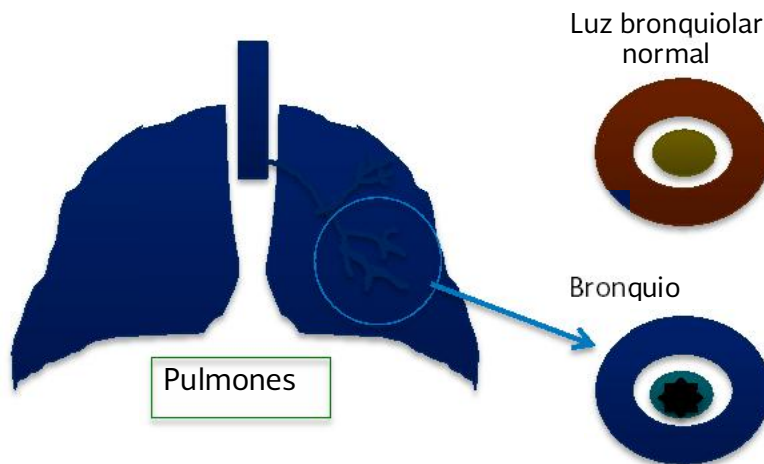
La bronquiolitis es resultado de la disminución del paso de aire en los pulmones de el/la niño/a por inflamación bronquial. Esto puede hacer que sea difícil para el/la niño/a respirar.

La bronquiolitis puede ser causada por varios virus, pero el mayor número de casos es producida por el Virus Syncytial respiratorio (RSV).

La mayor parte de niñas/niños que sufre esta infección se encuentran en los primeros dos años de vida. Es más frecuente en los meses de invierno y usualmente solo causa síntomas de un leve resfriado.



RECOMENDACIONES DE BRONQUIOLITIS PARA PADRES Y CUIDADORES



¿Se puede prevenir la bronquiolitis?

Los virus que producen los cuadros de bronquiolitis, son los responsables de los cuadros de gripa / resfriado de niñas/niños mayores y adultos, por lo tanto se sugieren las siguientes medidas:

- Lavado de manos con agua y jabón o aplicación de alcohol gel : antes y después de la preparación de alimentos y de tocar a el/la niño/a.
- Lactancia materna: Uso de lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de edad y si es posible continuar hasta el primer año de vida.
- Evitar lugares concurridos: plazas, cines, centros comerciales o lugares de esparcimiento donde incrementa la probabilidad de contacto con enfermos.
- Evitar el contacto con enfermos de infección de vías aéreas superiores: evitar el contacto de personas ya con síntomas de la enfermedad (hermanos menores de 5 años y adultos).
- Evitar exposición al humo de tabaco: en cigarro o ropa impregnada con el olor.

¿Cuáles son los síntomas de bronquiolitis?

- La bronquiolitis inicia como un resfriado común. El/la niño/a puede tener congestión o salida de moco nasal y algunas veces temperatura y tos.
- Después de algunos días con el cuadro , la tos puede empeorar.
- La respiración de el/la niño/a es más rápida de lo normal y puede ser ruidosa, lo cual puede producir un mayor esfuerzo para respirar.
- Algunas veces en niñas/niños muy pequeños, bronquiolitis puede producir pausas en su respiración.
- Cuando la respiración incrementa y causa dificultad para respirar, el niño puede no ser capaz de tomar la cantidad usual de seno materno o formula láctea, con disminución del número de pañales con orina.
- El/la niño/a puede estar decaído después de alimentarse y volverse irritable o llorón.

¿Cómo puedo ayudar a mi bebe?

- Si es difícil llevar a cabo la alimentación, trata de ofrecerle cantidades pequeñas de leche más seguido.
- Si el/la niño/a presenta fiebre, puedes utilizar fomentos de agua para disminuirla, o bañarlo en tina con agua tibia.
- La bronquiolitis es causada por virus, por lo cual los antibióticos NO PROVEEN ningún beneficio.

¿Cuántos días dura la bronquiolitis?

- La mayoría de niñas/niños con bronquiolitis, logran la recuperación después de dos semanas, aunque la mayoría puede continuar con tos por algunas semanas más.
- El/la niño/a puede regresar a cuidados de guardería tan pronto como su alimentación sea normal y no presente dificultad en la respiración.

- Si hay una adecuada recuperación , no es necesario nueva valoración medica.

¿Cuándo debo acudir al medico?

- Cuando el/la niño/a tenga dificultad para respirar (respiración rápida jadeante, hundimiento de costillas, hundimiento del pecho, al respirar apertura las alas de la nariz, o respiración muy superficial que impide que se expanda el pecho).
- Cuando disminuya la alimentación a la mitad de lo que usualmente ingiere el/la niño/a.
- Deje de orinar en 4 horas.
- Fiebre mayor a 38°C.
- Irritabilidad, llanto difícil de controlar o que se encuentre somnoliento.
- Durante la respiración presente pausas para respirar.
- Saliva espesa con ausencia de lagrimas durante el llanto.
- Cambio de coloración de piel o labios