



PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON BRONQUIOLITIS AGUDA EN ATENCIÓN PRIMARIA

 Gerencia Asistencial de Atención Primaria CONSEJERÍA DE SANIDAD	PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON BRONQUIOLITIS AGUDA EN ATENCIÓN PRIMARIA	
	EDICIÓN: 1ª EN VIGOR: XXX 2022	Fecha: XXXX SUSTITUYE A: Ninguno



ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	3
2. OBJETIVOS	5
2.1. Objetivo general	5
2.2. Objetivos específicos	5
3. POBLACIÓN DIANA	5
4. DIAGNÓSTICO	6
4.1 Anamnesis	6
4.2 Exploración física	7
4.3 Diagnóstico diferencial	8
4.4 Evaluación de la gravedad	8
4.5 Pruebas diagnósticas en Atención Primaria	10
5. TRATAMIENTO	11
6. PLAN DE ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA	13
6.1 Actuación según clasificación de gravedad	13
6.2 Seguimiento de la evolución en el Centro de Salud	15
6.3. Información a los familiares sobre la evolución de la enfermedad	15
6.4 Información a los familiares sobre los cuidados y manejo del paciente con bronquiolitis aguda en el domicilio	16
6.5 Recomendaciones de NO hacer en bronquiolitis aguda	17
7. PREVENCIÓN	18
8. CODIFICACIÓN Y REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA	19
9. INDICADORES DE SEGUIMIENTO	20
10. BIBLIOGRAFÍA	21
11. ABREVIATURAS	23
12. GESTIÓN DOCUMENTAL	23
13. ANEXOS	24
ANEXO I. FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON BRONQUIOLITIS AGUDA EN ATENCIÓN PRIMARIA	24
ANEXO II. RECOMENDACIONES PARA LA FAMILIA SOBRE CUIDADOS Y MANEJO DEL PACIENTE CON BRONQUIOLITIS AGUDA EN EL DOMICILIO	25
ANEXO III. RECOMENDACIONES DE "NO HACER" PARA PACIENTES CON BRONQUIOLITIS AGUDA	26

 Comunidad de Madrid	Gerencia Asistencial de Atención Primaria CONSEJERÍA DE SANIDAD	PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON BRONQUIOLITIS AGUDA EN ATENCIÓN PRIMARIA
EDICIÓN: 1ª	Fecha: XXXX	Página: 3 de 26
EN VIGOR: XXX 2022	SUSTITUYE A: Ninguno	

1. Introducción y justificación

La bronquiolitis aguda (BA) es la infección del tracto respiratorio inferior más frecuente en el primer año de vida y la primera causa de ingreso hospitalario en este grupo de edad. Es una enfermedad aguda que se caracteriza por inflamación, edema, aumento de moco y necrosis de las células epiteliales de los bronquiolos que da como resultado la obstrucción de la vía aérea pequeña. Clásicamente la BA se ha definido como el primer episodio de sibilancias de comienzo agudo con signos previos de infección viral de las vías respiratorias altas en niños menores de 24 meses. Sin embargo, no hay un consenso universal en su definición, y con frecuencia los pacientes diagnosticados de BA constituyen una muestra heterogénea con patrones etiopatogénicos y clínicos diferenciados. Para disminuir dicha heterogeneidad cada vez más trabajos prefieren limitar la definición de BA a los niños menores de 1 año.

La causa más frecuente de BA es el virus respiratorio sincitial (VRS), responsable de entre el 50 y el 80% de las BA. En España la epidemia de VRS coincide con los meses fríos, entre noviembre y marzo. Con menor frecuencia son causa de BA rinovirus, adenovirus, metapneumovirus, virus de la gripe, parainfluenza, coronavirus (incluyendo SARS-CoV-2), bocavirus y enterovirus. Se han descrito coinfecciones hasta en un tercio de las BA.

La BA es una enfermedad muy frecuente en todos los niveles asistenciales, especialmente durante la epidemia anual de VRS. En Atención Primaria (AP), trabajos realizados en Cataluña han encontrado una tasa de nuevos diagnósticos de BA en el primer nivel asistencial de 13,3 por cada 100 lactantes. Así mismo, estudios epidemiológicos, que incluían los diagnósticos de esta enfermedad en consultas de pediatría de AP en la Comunidad Valenciana, han concluido que aproximadamente un 20% de los niños tienen un episodio de BA por VRS en el primer año de vida y más del 80% de los mismos son atendidos en estas consultas, generando cada uno de ellos un gran número de visitas lo que pone de manifiesto la elevada presión asistencial que la BA genera en AP. En los últimos 5 años, en la Comunidad de Madrid entre el 10% y el 12% de los niños menores de dos años tienen registrado un episodio de bronquiolitis, a excepción del año 2020 (inicio de la pandemia por SARS-CoV-2) en el que se registraron un 3% de episodios de BA. Por otra parte, recientes estudios sobre calidad de vida en relación con la salud han puesto de manifiesto el elevado impacto que la BA por VRS supone para los niños y sus familiares en España, cifrando en 600 euros el coste medio por paciente y episodio. Además, alrededor de una tercera parte de los niños con BA presentará episodios recurrentes de sibilancias las semanas o meses posteriores a padecer esta enfermedad. Por todo ello, posiblemente no exista ninguna otra enfermedad aguda que tenga un efecto tan importante en la salud de los lactantes y que genere un impacto sanitario, social y económico tan elevado como la BA.

 Comunidad de Madrid	Gerencia Asistencial de Atención Primaria CONSEJERÍA DE SANIDAD	PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON BRONQUIOLITIS AGUDA EN ATENCIÓN PRIMARIA
EDICIÓN: 1ª	Fecha: XXXX	Página: 4 de 26
EN VIGOR: XXX 2022	SUSTITUYE A: Ninguno	

En el entorno sanitario son conocidas las dificultades que surgen al tratar de trasladar la mejor evidencia que recogen las guías de práctica clínica (GPC) a la práctica diaria. En el caso de la BA, las recomendaciones de las GPC han tenido un impacto reducido. Por ello, algunos centros han adoptado estrategias de mejora de la calidad. En la mayoría de los casos se trata de la implementación de protocolos propios, con la intención de estandarizar el manejo y poner en práctica las recomendaciones formuladas en las GPC. La BA es un caso especial porque las GPC no recomiendan intervenciones específicas, sino que están destinadas a prevenir el tratamiento excesivo y a evitar procedimientos diagnósticos innecesarios.

En el año 2014, el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid implementó una estrategia de mejora de la calidad en la atención a los pacientes con BA en el Servicio de Urgencias, que se mantuvo durante 5 años, demostrando que el despliegue sistemático, y, continuado en el tiempo de acciones dirigidas a la reducción del uso de pruebas diagnósticas y fármacos innecesarios, es una estrategia eficaz para reducir su empleo.

En base a esos resultados, en el año 2019 se pone en marcha la **estrategia "NO hacer en bronquiolitis" en la Comunidad de Madrid**, siendo este un documento en la que se invita a participar a todos los Servicios de Urgencias de los hospitales públicos y a todos los centros de AP. La intervención consiste en:

- Actualizar el protocolo de cada centro según las recomendaciones de las GPC.
- Al inicio de cada epidemia impartir una sesión general sobre la estrategia a facultativos y residentes que participan en la asistencia de pacientes con BA.
- Distribuir los carteles "Estrategia NO hacer en bronquiolitis" por hospitales y Centros de AP.
- Elaborar una hoja informativa para padres común a todos los niveles asistenciales.
- Enviar por email y asegurar la disponibilidad en la intranet de todos los materiales.

Este documento está alineado con la Estrategia de "No hacer" de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid para mejorar la adecuación de la práctica clínica. Siguiendo esta estrategia, en la intranet de AP, en el espacio de pediatría, está disponible desde diciembre de 2020 un banner de "Bronquiolitis, No hacer". A este espacio, se puede acceder mediante el siguiente enlace: <https://saludanv.salud.madrid.org/primaria/Pediatría/Paginas/Inicio.aspx>.

Para la elaboración de este protocolo, se ha tomado como base la Estrategia "NO hacer en bronquiolitis" puesta en marcha en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús descrita con anterioridad, y el protocolo del Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria "El Pediatra de Atención Primaria y la Bronquiolitis" editado en enero de 2022.

 Comunidad de Madrid	Gerencia Asistencial de Atención Primaria CONSEJERÍA DE SANIDAD	PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON BRONQUIOLITIS AGUDA EN ATENCIÓN PRIMARIA
EDICIÓN: 1ª EN VIGOR: XXX 2022	Fecha: XXXX SUSTITUYE A: Ninguno	Página: 5 de 26

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Mejorar la calidad de la atención a los pacientes con BA en los Centros de Salud de la Comunidad de Madrid, homogeneizando el manejo diagnóstico y terapéutico de acuerdo a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica.

2.2. Objetivos específicos

- Reducir la utilización de recursos diagnósticos y terapéuticos innecesarios para el manejo de la BA.
- Consensuar criterios de gravedad y derivación desde el ámbito Atención Primaria al ámbito de Atención Hospitalaria.
- Empoderar al cuidador del paciente con BA en el ámbito domiciliario.
- Establecer un protocolo de registro específico en la HC para BA en AP.
- Monitorizar la implantación del protocolo en AP mediante el establecimiento de indicadores.

3. Población diana

Pacientes de edad menor a 24 meses, con un primer episodio agudo de sibilancias, con disnea espiratoria de mayor o menor intensidad y existencia de pródromos catarrales (Criterios diagnósticos (CD) clásicos definido por McConnochie en 1983).

Aclaración: *estos son los criterios clínicos para el diagnóstico (CD), considerados clásicos, no son universalmente aceptados y varían entre países y guías de práctica clínica (GPC). Estas diferencias posiblemente traduzcan que la bronquiolitis aguda (BA) no es una enfermedad única, sino un término utilizado para describir un conjunto de síntomas clínicos que surgen a través de diferentes mecanismos fisiopatológicos encontrándose mayor homogeneidad entre los lactantes menores de un año.*

 Comunidad de Madrid	Gerencia Asistencial de Atención Primaria CONSEJERÍA DE SANIDAD	PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON BRONQUIOLITIS AGUDA EN ATENCIÓN PRIMARIA
EDICIÓN: 1ª	Fecha: XXXX	Página: 6 de 26
EN VIGOR: XXX 2022	SUSTITUYE A: Ninguno	

4. Diagnóstico

El diagnóstico es clínico, el paciente comienza con síntomas de infección respiratoria de vías altas, congestión y/o rinorrea y tos, seguidos a los 2-3 días de signos de dificultad respiratoria (taquipnea, tiraje, aleteo nasal), junto con sibilancias y/o crepitantes en la auscultación pulmonar. Puede existir fiebre o febrícula y rechazo del alimento, así como apneas en los pacientes de menor edad.

4.1 Anamnesis

Existen una serie de datos que resultan relevantes en la anamnesis, así como una serie de factores de riesgo para evolución a BA grave que se detallan a continuación:

→ **Datos que resultan relevantes en la anamnesis del paciente :**

- **Edad del paciente:** la BA afecta a niños menores de dos años.
- **Primer episodio:** se reserva el término de BA para el primer episodio de estas características. Cuadros posteriores, clínicamente idénticos, se enmarcan en el contexto de hiperreactividad bronquial o asma del lactante.
- **Carácter estacional:** el virus respiratorio sincitial (VRS), responsable de entre el 50 y el 80% de las BA, es más habitual entre noviembre y abril. El rinovirus (RV), que circula todo el año, con mayor incidencia en primavera y otoño, causa hasta el 80% de las BA en otoño.

 Gerencia Asistencial de Atención Primaria CONSEJERÍA DE SANIDAD	PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON BRONQUIOLITIS AGUDA EN ATENCIÓN PRIMARIA	
	EDICIÓN: 1ª EN VIGOR: XXX 2022	Fecha: XXXX SUSTITUYE A: Ninguno

→ **Antecedentes personales que constituyen un factor de riesgo para evolución a bronquiolitis grave.**

Los principales factores de riesgo para evolución grave de BA y que hay que recoger en la anamnesis se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 1. Factores de riesgo para una evolución grave de la bronquiolitis aguda
<p>Médicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prematuro menor de 32 semanas. ▪ Menor de 3 meses de edad. ▪ Enfermedad pulmonar crónica (displasia broncopulmonar, fibrosis quística, anomalías pulmonares congénitas). ▪ Cardiopatía congénita con afección hemodinámica significativa. ▪ Inmunodeficiencia. ▪ Enfermedad neuromuscular, malnutrición grave. ▪ Tabaquismo materno en el embarazo o tabaquismo pasivo en el hogar. ▪ Ausencia de lactancia materna. ▪ Bajo peso al nacimiento (menor 2500 g).
<p>Sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entorno familiar no adecuado (circunstancias socioeconómicas, dificultad de los cuidadores de valorar los signos de alarma.) ▪ Dificultad de acceso a los servicios sanitarios.

Tabla 1. Fuente: Rídao Redondo M. Bronquiolitis y bronquitis. *Pediatría Integral* 2021; XXV (1): 21–28. Disponible en: https://cdn.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2021/xxv01/03/n1-021-028_MarisaRidao.pdf

4.2 Exploración física

La exploración física se centrará tanto en la valoración de la vía aérea, como en la valoración del estado general del paciente y del nivel de hidratación.

- **Auscultación pulmonar:** pueden detectarse sibilantes /crepitantes durante la inspiración y espiración y estos ser audibles con o sin fonendo.
- **Uso de músculos respiratorios accesorios:** a nivel subcostal, intercostal y /o supraesternal.

 Comunidad de Madrid	Gerencia Asistencial de Atención Primaria CONSEJERÍA DE SANIDAD	PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON BRONQUIOLITIS AGUDA EN ATENCIÓN PRIMARIA
EDICIÓN: 1ª	Fecha: XXXX	Página: 8 de 26
EN VIGOR: XXX 2022	SUSTITUYE A: Ninguno	

- **Frecuencia respiratoria:** considerada normal cuando es menor o igual a 40 rpm en lactantes por debajo de los 6 meses y menor o igual a 30 rpm por encima de los 6 meses de edad.
- **Saturación de oxígeno:** ha de interpretarse conjuntamente con el estado clínico del paciente y no se aconseja la monitorización continua. Para medir la saturación de oxígeno, los centros de salud deben contar con un **pulsioxímetro** que tenga **sensores de oximetría pediátrico y neonatal**.

4.3 Diagnóstico diferencial

En el diagnóstico diferencial de la bronquiolitis aguda se consideran varias entidades que afectan al tracto respiratorio. La aplicación de los CD de BA y la ausencia de clínica previa a la instauración de las sibilancias ayudan a excluir alguna de estas patologías, siendo necesarios estudios complementarios en otras.

- Asma, especialmente aquellos niños mayores de seis meses y antecedentes familiares y/o personales de atopia.
- Neumonía.
- Cuerpo extraño,
- Fibrosis quística.
- Enfisema lobar.
- Estenosis traqueal congénita.
- Enfermedad cardíaca congénita, anillos vasculares.
- Reflujo con aspiración.
- Tosferina en lactantes pequeños con apneas.

4.4 Evaluación de la gravedad

La evaluación de la gravedad resulta de la valoración conjunta de los datos obtenidos de la anamnesis, la exploración física y la saturación de oxígeno (SatO₂) que se trasladan a una escala de gravedad. Al mismo tiempo se descartarán signos de BA grave y se tendrán en cuenta los factores de riesgo para una evolución grave de BA ([Tabla 1](#)), así como la repercusión en el estado general del paciente.

➔ Escalas para valoración de la gravedad en pacientes con bronquiolitis aguda:

Las escalas numéricas de gravedad son útiles tanto para la valoración inicial como para el control evolutivo. Deben aplicarse tras la realización de lavado nasal.

 Gerencia Asistencial de Atención Primaria CONSEJERÍA DE SANIDAD	PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON BRONQUIOLITIS AGUDA EN ATENCIÓN PRIMARIA	
	EDICIÓN: 1ª EN VIGOR: XXX 2022	Fecha: XXXX SUSTITUYE A: Ninguno

Existen diferentes escalas que combinan signos clínicos y constantes vitales, pero su utilidad es limitada, ya que algunas no han sido validadas y no todas son universalmente aceptadas. Entre ellas, una clásica y ampliamente utilizada es la de Wood-Downes (modificada por Ferrés) que recoge solo parámetros clínicos. Entre las más recientes y validadas destaca la del Hospital Sant Joan de Deu (score BROSJOD) y la escala de Tal modificada que incorporan como parámetro a considerar la SatO₂. Cada pediatra debe utilizar aquella con la que esté más familiarizado. En este protocolo se propone el uso de la escala de Tal modificada (Tabla 2), y es la que se incorpora al protocolo de registro.

Escala de Tal modificada

Esta escala cuenta con cuatro ítems: frecuencia respiratoria, uso de músculos respiratorios accesorios, saturación de oxígeno y auscultación pulmonar. Cada ítem se valora de manera independiente con una puntuación de 0 a 3, siendo la máxima puntuación 12. El resultado se obtiene sumando la puntuación de cada ítem valorado. Una mayor puntuación, indica mayor gravedad del cuadro.

Tabla 2. Escala de Tal modificada				
	0	1	2	3
Frecuencia respiratoria: Edad < 6 m Edad ≥ 6 m	≤ 40 rpm ≤ 30 rpm	41-55 rpm 31-45 rpm	56-70 rpm 46-60 rpm	≥ 71 rpm ≥ 61 rpm
Auscultación pulmonar: sibilancias/crepitantes	No	Solo en la espiración	Durante la inspiración y la espiración audibles solo con estetoscopio	Durante la inspiración y la espiración audibles sin estetoscopio
Uso de músculos respiratorios accesorios	Ninguno	Leve retracción intercostal	Moderada retracción intercostal	Marcada retracción intercostal y supraesternal con cabeceo
SatO ₂ (aire ambiente)	≥ 95%	92-94%	90-91%	≤ 89%
Afectación leve: ≤ 5 puntos. Moderada: 6-10 puntos. Grave: ≥ 11 puntos Se recomienda realizar lavado nasal previo a la estimación de la gravedad				

Tabla 2. Fuente: Golan-Tripto I, Goldbart A, Akel K, Dizitzer Y, Novack V, Tal A. Modified Tal Score: Validated score for prediction of bronchiolitis severity. *Pediatric Pulmonology*. 2018; 53(6): 796-801. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/ppul.24007>

→ **Signos de bronquiolitis aguda grave:**

 Comunidad de Madrid	Gerencia Asistencial de Atención Primaria CONSEJERÍA DE SANIDAD	PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON BRONQUIOLITIS AGUDA EN ATENCIÓN PRIMARIA
EDICIÓN: 1ª	Fecha: XXXX	Página: 10 de 26
EN VIGOR: XXX 2022	SUSTITUYE A: Ninguno	

- Apneas (observadas o referidas por los cuidadores).
- Signos de dificultad respiratoria grave (quejido, aleteo, tiraje intenso y taquipnea mayor de 70/min).
- Cianosis central.
- Saturación de oxígeno por debajo de 90% respirando aire ambiental.
- Repercusión sobre el estado general: irritable o decaído, y signos de deshidratación.

→ **Factores de riesgo para una evolución grave de la bronquiolitis** ([Tabla 1](#))

→ **Estado general del paciente:** se valorará el grado de actividad, estado de hidratación y si rechaza el alimento.

4.5 Pruebas diagnósticas en Atención Primaria

El diagnóstico de bronquiolitis es clínico. En la mayoría de los pacientes no se necesita ninguna prueba complementaria.

- **La detección de antígenos virales en mucosidad nasal** no modifica el manejo de los lactantes con BA, por lo que no está indicado en el momento actual la derivación al ámbito hospitalario para su detección.
- **En el contexto de la pandemia COVID-19** se deberá descartar infección por SARS-CoV-2, mediante prueba diagnóstica de infección activa (PDIA) según los [protocolos vigentes](#).
- **La radiografía de tórax** presenta hallazgos inespecíficos, (hiperinsuflación, infiltrados y/o atelectasias pequeñas) que no se correlacionan bien con la gravedad de la enfermedad, por lo que su indicación se reduce a BA graves que son manejadas en el ámbito hospitalario.
- **La tira reactiva de orina** estará indicada en menores de 2-3 meses con BA y temperatura axilar >39°C de forma persistente, ya que la infección urinaria es la coinfección bacteriana potencialmente grave más frecuente en lactantes con BA.

5. Tratamiento

Desde hace décadas, los múltiples intentos de encontrar medidas eficaces para curar o aliviar la BA han fracasado. En la siguiente tabla se resume la evidencia disponible recogida en la GPC de la Academia Americana de Pediatría, la guía NICE británica y Uptodate. Todas ellas inciden en evitar tratamientos no basados en la evidencia ya que no han demostrado eficacia y pueden tener efectos adversos.

Tabla 3: Recomendaciones de algunas guías sobre el tratamiento de la Bronquiolitis Aguda

Fármaco	Guía AAP ²⁴ (2014)	Guía NICE ¹ (2021)	Uptodate ¹⁹ (2021)
Salbutamol	No	No	No
Adrenalina nebulizada	No	No	No
Bromuro de Ipratropio	No	No	No
Corticoides orales/inhalados	No	No	No
Suero salino hipertónico	No en urgencias Sí en ingresados	No	No rutinaria en ingresados
Montelukast	No	No	No
Antibióticos	No	No	No
Antivirales	No	No	No

Tabla 3. Fuente: Duelo Marcos M, García Merino A, Mora Gandarillas I. Bronquiolitis Aguda. Protocolos del GVR (publicación P-GVR-4). Disponible en: <https://www.respirar.org/index.php/grupo-vias-respiratorias/protocolos>

 Comunidad de Madrid	Gerencia Asistencial de Atención Primaria CONSEJERÍA DE SANIDAD	PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON BRONQUIOLITIS AGUDA EN ATENCIÓN PRIMARIA
EDICIÓN: 1ª	Fecha: XXXX	Página: 12 de 26
EN VIGOR: XXX 2022	SUSTITUYE A: Ninguno	

→ **Según la evidencia actual, NO ESTÁ RECOMENDADO para el tratamiento de la bronquiolitis aguda:**

- Adrenalina nebulizada, salbutamol nebulizado, Suero salino hipertónico nebulizado, corticoides orales o inhalados, antivirales, antibióticos (salvo que existan datos clínicos, microbiológicos o analíticos de coinfección bacteriana).
- Antitusivos, expectorantes, mucolíticos, anticatarrales o antihistamínicos.
- Fisioterapia respiratoria.
- Humidificación ambiental.

Aunque Las GPC actuales desaconsejan el uso de $\beta 2$ agonistas en el manejo de la bronquiolitis vírica, la presencia de múltiples fenotipos de BA ha llevado algunos autores a valorar la utilidad de los mismos en pacientes seleccionados con las siguientes características:

- Mayores de 6 meses.
- BA durante los meses sin predominio de circulación de VRS.
- Antecedentes personales de dermatitis atópica y antecedentes familiares de asma.
- Presencia de sibilancias y tiraje.

En este perfil de paciente se podría realizar un ensayo terapéutico con salbutamol, 2-4 pulsaciones administradas con cámara espaciadora y mascarilla, y reevaluar una hora después. Si la respuesta a salbutamol es favorable se explicaría cómo administrarlo en el domicilio, cada 4-6 horas, según la demanda y hasta la mejoría, vigilando la evolución mediante revisiones médicas programadas.

→ **La evidencia actual para el tratamiento de la bronquiolitis aguda RECOMIENDA:**

- **Oxigenoterapia** en **BA grave** o **ante SatO₂ menor del 92%**.
- Mantener **hidratación adecuada**.
- Realizar **educación sanitaria** con las familias y/o cuidadores sobre:
 - **Medidas generales:** lavados nasales, posición semiincorporada (30°), tomas fraccionadas y ambiente tranquilo, con las mínimas manipulaciones posibles.
 - La **evolución de la enfermedad** y cuáles son los **motivos por los que tienen que consultar o acudir a urgencias**.

 Gerencia Asistencial de Atención Primaria CONSEJERÍA DE SANIDAD	PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON BRONQUIOLITIS AGUDA EN ATENCIÓN PRIMARIA	
	EDICIÓN: 1ª EN VIGOR: XXX 2022	Fecha: XXXX SUSTITUYE A: Ninguno

6. Plan de actuación en Atención Primaria

A continuación, se recoge el Plan de actuación en Atención Primaria en los pacientes con BA. Para su redacción se ha tenido en cuenta las recomendaciones de HACER y NO HACER que muestra la evidencia científica.

6.1 Actuación según clasificación de gravedad

Tras la anamnesis, exploración física y la consideración de factores de riesgo, podemos establecer **tres niveles de gravedad**: leve, moderada y grave.

De acuerdo con estos niveles de gravedad, se contempla desde el alta en domicilio con seguimientos programados en el centro de salud en BA leve, hasta la derivación a Hospital con soporte medicalizado en BA grave.

El **Plan de actuación** en el centro de salud se describe en las siguientes tablas:

BRONQUIOLITIS AGUDA LEVE
<p>➔ VALORACIÓN DEL PACIENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Presenta un buen estado general. ○ No hay rechazo del alimento. ○ El resultado en la escala de Tal Modificada es ≤ 5 puntos.
<p>➔ PLAN DE ACTUACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Se valorará la existencia de factores de riesgo para evolución grave de BA (tabla 1). ○ Se derivará al paciente al domicilio. ○ Los profesionales sanitarios realizarán educación sanitaria a los cuidadores y/o familiares sobre la enfermedad y su evolución. ○ Se explicarán signos de alarma que harían necesaria una nueva valoración urgente del paciente y/o derivación a hospital. ○ Se entregará información sobre cuidados y manejo del paciente en el domicilio, que es imprimible desde el protocolo de registro. (ANEXO II). ○ Se dará cita al paciente para seguimiento telefónico o presencial en un plazo de 1 a 3 días.

 <p>Comunidad de Madrid</p>	<p>Gerencia Asistencial de Atención Primaria CONSEJERÍA DE SANIDAD</p>	<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON BRONQUIOLITIS AGUDA EN ATENCIÓN PRIMARIA</p>
<p>EN VIGOR: XXX 2022</p>		<p>SUSTITUYE A: Ninguno</p>

BRONQUIOLITIS AGUDA MODERADA
<p>→ VALORACIÓN DEL PACIENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El paciente presenta un aceptable estado general. ○ No hay rechazo del alimento y está activo. ○ El resultado en la escala de Tal Modificada es entre 6 y 10 puntos.
<p>→ PLAN DE ACTUACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Se valorará la existencia de factores de riesgo para evolución grave de BA (tabla 1) ○ En función de esta valoración se puede optar por: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Derivación al hospital. ▪ Derivación al domicilio: <ul style="list-style-type: none"> - Citar para valoración en consulta presencial en las siguientes 24 horas. - Los profesionales sanitarios realizarán educación sanitaria a los cuidadores y/o familiares sobre la enfermedad y su evolución. - Se explicarán signos de alarma que harían necesaria una nueva valoración urgente del paciente y/o derivación a hospital. - Se entregará información sobre cuidados y manejo del paciente en el domicilio, que es imprimible desde el protocolo de registro. (ANEXO II).

BRONQUIOLITIS AGUDA GRAVE
<p>→ VALORACIÓN DEL PACIENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Presenta signos de afectación del estado general como: rechazo del alimento, vómitos, letargia, deshidratación, apneas, etc. ○ Resultado en la escala de Tal Modificada ≥ 11 puntos.
<p>→ PLAN DE ACTUACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Se realizará derivación a hospital con medidas de soporte durante el transporte, que debe ser medicalizado.

→ **Tratamiento con oxígeno en el Centro de Salud:**

- Se debe **administrar oxigenoterapia** en el centro de salud en **BA grave o ante SatO₂ menor del 92%**.
- Se aplicará con gafas nasales o mascarilla según el flujo necesario para mantener niveles aceptables en la pulsioximetría, estando estos valores entre el **94%-95%**.
- **Los pacientes que requieren oxígeno deben ser trasladados al hospital.**

	Gerencia Asistencial de Atención Primaria CONSEJERÍA DE SANIDAD	PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON BRONQUIOLITIS AGUDA EN ATENCIÓN PRIMARIA
EDICIÓN: 1ª EN VIGOR: XXX 2022	Fecha: XXXX SUSTITUYE A: Ninguno	Página: 15 de 26

6.2 Seguimiento de la evolución en el Centro de Salud

Se programarán visitas de control hasta la mejoría clínica de forma presencial o telefónica, según el momento evolutivo y la gravedad. Se recomienda realizar **revisiones con seguimiento estrecho en los tres primeros días tras el diagnóstico**, y después espaciar seguimiento según gravedad y factores de riesgo.

En los pacientes con **BA moderada que sean derivados a su domicilio, se programará el seguimiento en consulta presencial a las 24 horas.**

6.3. Información a los familiares sobre la evolución de la enfermedad

La bronquiolitis aguda no cuenta con un tratamiento específico, por lo que es imprescindible explicar a los cuidadores unas nociones claves sobre la **evolución y pronóstico de la enfermedad**:

1. La bronquiolitis aguda se resuelve sin complicaciones ni secuelas en la mayoría de los lactantes sanos, pero puede experimentar un empeoramiento clínico principalmente en las 48-72 horas del inicio de los síntomas, por ello precisará un seguimiento más estrecho.
2. La duración media del cuadro es de 12 días, pero los síntomas pueden persistir hasta 3-4 semanas, con mayor probabilidad de que el curso sea prolongado en aquellos niños con factores de riesgo, cuadros graves y menor edad.
3. Tras la bronquiolitis aguda no se recomienda iniciar ningún tratamiento preventivo de los posibles episodios posteriores de sibilancias post bronquiolitis.

En el [ANEXO I](#) se encuentra el flujograma de atención al paciente con bronquiolitis en Atención Primaria.

 <p>Comunidad de Madrid</p>	<p>Gerencia Asistencial de Atención Primaria CONSEJERÍA DE SANIDAD</p>	<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON BRONQUIOLITIS AGUDA EN ATENCIÓN PRIMARIA</p>
<p>EDICIÓN: 1ª EN VIGOR: XXX 2022</p>	<p>Fecha: XXXX SUSTITUYE A: Ninguno</p>	<p>Página: 16 de 26</p>

6.4 Información a los familiares sobre los cuidados y manejo del paciente con bronquiolitis aguda en el domicilio

En la consulta se realizará educación sanitaria, y se darán en una serie de recomendaciones básicas de cuidados y manejo del paciente en el domicilio ([ANEXO II](#)):

- Ofrecer líquidos y la alimentación habitual de forma frecuente y en pequeñas tomas según la demanda.
- Realizar lavado y aspirado nasal.
- Colocar al niño semiincorporado a unos 30º, para facilitar los movimientos respiratorios.
- Administrar tratamiento antipirético si hay fiebre para disminuir la dificultad respiratoria secundaria.
- Asegurar un ambiente libre de humo de tabaco y otros contaminantes y bien ventilado.
- Evitar el contacto con personas no convivientes o que presenten infecciones de vías respiratorias.
- Lavado estricto de manos o utilización de solución hidroalcohólica en las personas que atienden al niño.
- Desaconsejar la fisioterapia respiratoria, excepto en algunos niños con comorbilidades graves que dificultan el aclaramiento de las secreciones.
- Recomendar a los padres que los niños con BA no acudan a la guardería.
- Promoción activa de la lactancia materna, especialmente en prematuros y niños con factores de riesgo.
- Se explicarán los signos de alarma, que harían necesaria la valoración urgente en un centro sanitario:

Signos de bronquiolitis aguda grave:

- Apneas (observadas o referidas por los cuidadores).
- Signos de dificultad respiratoria grave (quejido, aleteo, tiraje intenso, respiración muy rápida).
- Cianosis central.
- Repercusión sobre el estado general: irritable o decaído, y signos de deshidratación.

 <p>Comunidad de Madrid</p>	<p>Gerencia Asistencial de Atención Primaria CONSEJERÍA DE SANIDAD</p>	<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON BRONQUIOLITIS AGUDA EN ATENCIÓN PRIMARIA</p>
<p>EDICIÓN: 1ª</p>	<p>Fecha: XXXX</p>	<p>Página: 17 de 26</p>
<p>EN VIGOR: XXX 2022</p>	<p>SUSTITUYE A: Ninguno</p>	

6.5 Recomendaciones de NO hacer en bronquiolitis aguda

Para mejorar la adherencia de los profesionales a las recomendaciones, se han puesto en marcha iniciativas “No Hacer” que proponen aumentar la calidad y seguridad de la atención al paciente en ambos niveles asistenciales, evitando el exceso de intervenciones diagnósticas y terapéuticas.

Las Recomendaciones que se detallan a continuación, forman parte de la “Estrategia NO hacer en Bronquiolitis” de la Comunidad de Madrid y están basadas en las recomendaciones de las GPC más recientes. Se encuentran en el [ANEXO III](#) de este documento y están dirigidas tanto a familiares como a profesionales.

Recomendaciones de NO hacer en bronquiolitis aguda:

1. La bronquiolitis es una infección respiratoria producida por virus. El diagnóstico se realiza por los síntomas y signos que presenta el paciente. No es necesario solicitar pruebas complementarias.
2. No se deben realizar radiografías de tórax de forma rutinaria.
3. No se deben realizar análisis de sangre de forma rutinaria.
4. La determinación del virus en el moco nasal no ayuda para decidir el tratamiento o los cuidados en los pacientes con bronquiolitis.
5. La bronquiolitis no se trata con antibióticos.
6. No se deben utilizar jarabes para la tos, mucolíticos o descongestionantes nasales.
7. No hay evidencia científica de que la bronquiolitis mejore con fármacos como salbutamol o adrenalina o con suero salino hipertónico inhalado.
8. No hay evidencia científica de que los corticoides orales, inyectados o inhalados sean efectivos en la bronquiolitis.

 Gerencia Asistencial de Atención Primaria CONSEJERÍA DE SANIDAD	PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON BRONQUIOLITIS AGUDA EN ATENCIÓN PRIMARIA	
	EDICIÓN: 1ª EN VIGOR: XXX 2022	Fecha: XXXX SUSTITUYE A: Ninguno

7. Prevención

En el momento actual, la única medida preventiva de la que se dispone contra la bronquiolitis por VRS es la administración de la inmunoprofilaxis con Palivizumab. Este anticuerpo IgG monoclonal frente al VRS, reduce la tasa de hospitalización por enfermedad grave por VSR, aunque no disminuye la estancia hospitalaria, la necesidad de oxigenoterapia ni la mortalidad en niños de alto riesgo.

La administración de Palivizumab no interfiere con el calendario vacunal, por lo que puede administrarse siguiendo las pautas recomendadas.

Dado su elevado coste, limitaciones en su eficacia y forma de administración, su uso está muy restringido, limitándose a las recomendaciones de la Sociedad Española de Neonatología recogidas en la siguiente tabla.

Tabla 4: Recomendación de profilaxis con palivizumab. SENE0 2019

1- Recomendación de profilaxis con palivizumab en prematuros sin DBP ni cardiopatía congénita

- EG $\leq 28 + 6$ días y edad ≤ 9 meses al inicio de la estación VRS
- EG $29 + 0$ a $31 + 6$ días y ≤ 6 meses al inicio de la estación VRS
- EG $32 + 0$ a $34 + 6$ días que reúnan los 2 criterios mayores: edad menor de 10 semanas al inicio de la estación VRS (nacidos a partir del 6 de agosto inclusive) y con al menos un hermano que acude al colegio o guardería

2- Recomendación de profilaxis con palivizumab en pacientes con DBP

- Todos en el primer año de edad cronológica
- En el segundo año es recomendable hacer profilaxis en aquellos en los que persista necesidad de tratamiento médico o se considere adecuado debido al alto riesgo del paciente definido por su situación clínica

Dosis: 15 mg/kg en intervalos mensuales durante toda la estación VRS (máximo 5 dosis)

Abreviaturas: EG: edad gestacional; VRS: virus sincitial respiratorio; DB: displasia broncopulmonar

Tabla 4. Fuente: Recomendaciones de la Sociedad Española de Neonatología para la utilización de palivizumab como profilaxis de las infecciones graves por el virus respiratorio sincitial en lactantes de alto riesgo, actualización. Sánchez Luna M, Pérez Muñuzuri A, Leante Castellanos JA, Ruiz Campillo CW, Sanz López E, Benavente Fernández E et al. An Pediatr(Barc). 2019; 91:348-50. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.08.003>

8. Codificación y registro en la Historia Clínica electrónica

Para el registro en la Historia clínica electrónica de Atención Primaria (AP-Madrid), se recomienda la utilización del **EPISODIO BRONQUIOLITIS (Código CIAP-2 R78)**. Únicamente se utilizará este término en el primer episodio clínico de BA. Cualquier cuadro posterior clínicamente similar, deberá registrarse en la historia clínica dentro del contexto de hiperreactividad bronquial o asma del lactante (Código CIAP-2 R96).

Se ha desarrollado un **PROTOCOLO que permite el registro de la Anamnesis, Exploración, Plan de actuación**. Además, incluye el acceso a documentación, escalas, consejos y recomendaciones de NO hacer en bronquiolitis.

Protocolos

Ver Preferentes
 Ver Todos

Buscar

Selec.	Descripción
<input type="checkbox"/>	 BRONQUIOLITIS

PROTOCOLO DE ATENCIÓN BRONQUIOLITIS		RECOMENDACIONES NO HACER																					
<p>ANAMNESIS</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Apneas <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</td> <td style="width: 33%;">Tos <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</td> <td style="width: 33%;">Fact. riesgo BA grave <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</td> </tr> <tr> <td>Disnea <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</td> <td>Mucosidad <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fiebre <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</td> <td>Rechazo alimentación <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</td> <td></td> </tr> </table>			Apneas <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tos <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Fact. riesgo BA grave <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Disnea <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Mucosidad <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Fiebre <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Rechazo alimentación <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No													
Apneas <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tos <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Fact. riesgo BA grave <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No																					
Disnea <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Mucosidad <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No																						
Fiebre <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Rechazo alimentación <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No																						
<p>EXPLORACIÓN</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Saturación de O2 <input type="text" value=""/></td> <td style="width: 33%;">Temperatura <input type="text" value=""/></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia Resp <input type="text" value=""/></td> <td>Frecuencia Card <input type="text" value=""/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Estado general <input type="text" value=""/></td> <td>Hidratación <input type="text" value=""/></td> <td>Cianosis: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</td> </tr> <tr> <td>Ausc. pulmonar <input type="text" value=""/></td> <td>Ausc. Cardíaca <input type="text" value=""/></td> <td>(i) Signos dif. respiratoria <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Comentarios <input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> </table>			Saturación de O2 <input type="text" value=""/>	Temperatura <input type="text" value=""/>		Frecuencia Resp <input type="text" value=""/>	Frecuencia Card <input type="text" value=""/>		Estado general <input type="text" value=""/>	Hidratación <input type="text" value=""/>	Cianosis: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Ausc. pulmonar <input type="text" value=""/>	Ausc. Cardíaca <input type="text" value=""/>	(i) Signos dif. respiratoria <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Comentarios <input style="width: 100%;" type="text"/>								
Saturación de O2 <input type="text" value=""/>	Temperatura <input type="text" value=""/>																						
Frecuencia Resp <input type="text" value=""/>	Frecuencia Card <input type="text" value=""/>																						
Estado general <input type="text" value=""/>	Hidratación <input type="text" value=""/>	Cianosis: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No																					
Ausc. pulmonar <input type="text" value=""/>	Ausc. Cardíaca <input type="text" value=""/>	(i) Signos dif. respiratoria <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No																					
Comentarios <input style="width: 100%;" type="text"/>																							
<p>PLAN DE ACTUACIÓN</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Escala de Tal modificada <input type="text" value=""/></td> <td style="width: 33%;">Plan de actuación en función de la gravedad</td> <td style="width: 33%;">Flujograma de Atención</td> </tr> <tr> <td>Clasificación Bronquiolitis <input type="text" value=""/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(i) Precisa Oxigenoterapia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</td> <td>(i) <input type="checkbox"/> Excepción tratamiento salbutamol(*)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Seguimiento AP</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Derivación a Urgencias</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(i) <input type="checkbox"/> CONSEJO/ INFORMACIÓN CUIDADORES</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Observaciones <input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> </table>			Escala de Tal modificada <input type="text" value=""/>	Plan de actuación en función de la gravedad	Flujograma de Atención	Clasificación Bronquiolitis <input type="text" value=""/>			(i) Precisa Oxigenoterapia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	(i) <input type="checkbox"/> Excepción tratamiento salbutamol(*)		<input type="checkbox"/> Seguimiento AP			<input type="checkbox"/> Derivación a Urgencias			(i) <input type="checkbox"/> CONSEJO/ INFORMACIÓN CUIDADORES			Observaciones <input style="width: 100%;" type="text"/>		
Escala de Tal modificada <input type="text" value=""/>	Plan de actuación en función de la gravedad	Flujograma de Atención																					
Clasificación Bronquiolitis <input type="text" value=""/>																							
(i) Precisa Oxigenoterapia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	(i) <input type="checkbox"/> Excepción tratamiento salbutamol(*)																						
<input type="checkbox"/> Seguimiento AP																							
<input type="checkbox"/> Derivación a Urgencias																							
(i) <input type="checkbox"/> CONSEJO/ INFORMACIÓN CUIDADORES																							
Observaciones <input style="width: 100%;" type="text"/>																							

Contiene un **INFORME clínico asociado al protocolo** que permite su impresión en el caso de derivación a urgencias.

Derivación Bronquiolitis
 02-INFORMES/CERTIFICADOS

 Comunidad de Madrid	Gerencia Asistencial de Atención Primaria CONSEJERÍA DE SANIDAD	PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON BRONQUIOLITIS AGUDA EN ATENCIÓN PRIMARIA
EDICIÓN: 1ª	Fecha: XXXX	Página: 20 de 26
EN VIGOR: XXX 2022	SUSTITUYE A: Ninguno	

9. Indicadores de seguimiento

Periodicidad: TRIMESTRAL (teniendo en cuenta los últimos 12 meses)

Fuente: HC electrónica de AP (AP Madrid)

Cálculo:

- Población entre 0 y 24 meses con **EPISODIO DE BRONQUIOLITIS** con prescripciones asociadas al episodio realizadas por médico de AP de salbutamol /población total entre 0 y 24 meses con **EPISODIO DE BRONQUIOLITIS** en el último año X 100

Excepción: pacientes con perfil adecuado para realizar ensayo terapéutico con salbutamol.

- Población entre 0 y 24 meses con **EPISODIO DE BRONQUIOLITIS** con prescripciones asociadas al episodio realizadas por médico de AP de corticoides orales e inhalados / población total entre 0 y 24 meses con **EPISODIO DE BRONQUIOLITIS** en el último año X 100
- Población entre 0 y 24 meses con **EPISODIO DE BRONQUIOLITIS** con prescripciones asociadas al episodio realizadas por médico de AP de antibióticos / población total entre 0 y 24 meses con **EPISODIO DE BRONQUIOLITIS** en el último año X 100
- Población entre 0 y 24 meses diagnosticada de bronquiolitis/ nº de población entre 0 y 24 meses atendida.

 Comunidad de Madrid	Gerencia Asistencial de Atención Primaria CONSEJERÍA DE SANIDAD	PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON BRONQUIOLITIS AGUDA EN ATENCIÓN PRIMARIA
		EDICIÓN: 1ª
EN VIGOR: XXX 2022		SUSTITUYE A: Ninguno

10. Bibliografía (por orden alfabético)

- Andina Martínez D, Escalada Pellitero S, Viaño Nogueira P, Alonso Cadenas JA, Martín Díaz MJ, de la Torre-Espi M, Jiménez García R. Descenso del uso de broncodilatadores en el manejo de la bronquiolitis tras aplicar iniciativas de mejora. Anales de Pediatría, [Consultado 29/12/2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.05.001>
- Balaguer M, Alejandro C, Vila D, Esteban E, Carrasco JL, Cambra FJ et al. M. Bronchiolitis Score of Sant Joan de Deu: BROSJOD Score, Validation and usefulness. Pediatr Pulmonol. 2017; 52:533-539. <https://doi.org/10.1002/ppul.23546>
- Benito Fernández J, Paniagua Calzón N. Diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis aguda en urgencias. En: Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría, 3ª edic. 2019. [Consultado 29/12/2021]. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/pub/protocolos/5_Bronquio.pdf
- Cano A, Praena M, Mora I, Carvajal I, Callén MT, García Á, et al. Heterogeneidad de criterios en el diagnóstico de bronquiolitis aguda en España. An Pediatr (Barc). 2019; 90:109-17. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.07.004>
- Díez-Domingo J, Pérez-Yarza EG, Melero JA, Sanchez-Luna M, et al. Social, economic, and health impact of the respiratory syncytial virus: a systematic search. BMC Infect Dis 2014;14:544. <https://doi.org/10.1186/s12879-014-0544-x>
- Díez-Gandía E, Gómez-Álvarez C, López-Lacort M, Muñoz-Quiles C, Úbeda-Sansano I, Díez-Domingo J, Orrico-Sánchez A, and Study collaborators. The impact of childhood RSV infection on children's and parents' quality of life: a prospective multicenter study in Spain. BMC Infect Dis. 2021; 21:924. <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06629-z>
- Duelo Marcos M, García Merino A, Mora Gandarillas I. Bronquiolitis Aguda. Protocolos del GVR (publicación P-GVR-4) [consultado 12/01/2022]. Disponible en: <https://www.respirar.org/index.php/grupo-vias-respiratorias/protocolos>
- Duelo Marcos M. Bronquiolitis aguda: ¿seguimos la evidencia científica? Congreso de Actualización Pediatría 2020. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2020. p. 77-85.
- Fernandes RM, Bialy LM, Vandermeer B, Tjosvold L, Plint AC, Patel H, Johnson DW, Klassen TP, Hartling L. Glucocorticoids for acute viral bronchiolitis in infants and young children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD004878. [Consultado el 29/12/2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004878.pub4>
- Gadomski AM, Scribani MB. Bronchodilators for bronchiolitis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 6. Art. No.: CD001266. [Consultado el 29/12/2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001266.pub4>
- Gil R, González A, Marín P, Gallardo C, Gil A. Respiratory syncytial virus bronchiolitis in children up to 5 years of age in Spain: epidemiology and comorbidities. Medicine (Baltimore). 2015; 94: e831. <https://doi.org/10.1097/md.0000000000000831>
- Golan-Tripto I, Goldbart A, Akel K, Dizitzer Y, Novack V, Tal A. Modified Tal Score: Validated score for prediction of bronchiolitis severity. Pediatric Pulmonology. 2018; 53(6): 796-801. <https://doi.org/10.1002/ppul.24007>
- Heikkilä P, Korppi M. Hypertonic saline in bronchiolitis: an updated meta-analysis. Arch Dis Child 2021; 106:102. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-319048>
- Kirolos A, Manti S, Blacow R, Tse G, Wilson T, Lister M et al, RESCEU Investigators, A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Bronchiolitis, The Journal of Infectious Diseases. 2020; 222(S7):S672-9 [Consultado el 29/12/2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/infdis/jiz240>
- Montejo Fernández M, Benito Manrique I, Montiel Eguía A, Benito Fernández J. Una iniciativa para reducir el uso de medicación innecesaria en lactantes con bronquiolitis en atención primaria. An Pediatr (Barc). 2019; 90:19-25. [Consultado el 29/12/2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.02.016>
- Muñoz Quiles C, López Lacort M, Úbeda Sansano I, y Col. Population-based analysis of Bronchiolitis epidemiology in Valencia, Spain. Pediatr Infect Dis J. 2016; 35 (3):275-80. [Consultado el 29/12/2021]. Disponible en: https://journals.lww.com/pidj/Fulltext/2016/03000/Population_based_Analysis_of_Bronchiolitis.9.aspx#:~:text=doi%3A%2010.1097/INF.0000000000000993
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Bronchiolitis in children: diagnosis and management. NICE guideline [NG9] 2015. Actualización 2021 [Consultado 29/12/2021]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng9/resources/bronchiolitis-in-children-diagnosis-and-management-pdf-51048523717>
- Nino G, Rodríguez-Martínez CE, Castro-Rodríguez JA. The use of β 2-adrenoreceptor agonists in viral bronchiolitis: scientific rationale beyond evidence-based guidelines. ERJ Open Res. 2020; 6:00135-2020. <https://doi.org/10.1183/23120541.00135-2020>

 <p>Comunidad de Madrid</p>	<p>Gerencia Asistencial de Atención Primaria CONSEJERÍA DE SANIDAD</p>	<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON BRONQUIOLITIS AGUDA EN ATENCIÓN PRIMARIA</p>
<p>EDICIÓN: 1ª</p>	<p>Fecha: XXXX</p>	<p>Página: 22 de 26</p>
<p>EN VIGOR: XXX 2022</p>	<p>SUSTITUYE A: Ninguno</p>	

- Osakidetza. Grupo interdisciplinar de emergencias pediátricas. Bronquiolitis aguda. Versión 4. 2019. [Consultado 27/12/2021]. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/qidep_epdt/es_def/adjuntos/qidep_bronquiolitis.pdf
- Pavo García MR, Andina Martínez D. Bronquiolitis (v.4/2020). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 3-dic-2020]; [consultado el 27/12/2021]. Disponible en: <http://www.guia-abe.es>
- Piedra P, Stark AR. Bronchiolitis in infants and children: Clinical features and diagnosis. UpToDate 2021. [Consultado 27/12/2021] Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/bronchiolitis-in-infants-and-children-clinical-features-and-diagnosis#>
- Polack FP, Stein RT, Custovic A. The Syndrome We Agreed to Call Bronchiolitis. J Infect Dis. 2019; 220(2):184-186.
- 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; 134:e1474-e1502.
- Recomendaciones de la Sociedad Española de Neonatología para la utilización de palivizumab como profilaxis de las infecciones graves por el virus respiratorio sincitial en lactantes de alto riesgo, actualización. Sánchez Luna M, Pérez Muñuzuri A, Leante Castellanos JA, Ruiz Campillo CW, Sanz López E, Benavente Fernández E et al. An Pediatr(Barc). 2019; 91:348-50. [Consultado 27/12/2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.08.003>
- [Consultado 27/12/2021] Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/134/5/e1474.long>
- Ridao Redondo M. Bronquiolitis y bronquitis. Pediatría Integral 2021; XXV (1): 21-28. [Consultado 27/12/2021]. Disponible en: https://cdn.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2021/xxv01/03/n1-021-028_MarisaRidao.pdf
- Rodríguez-Martínez CE, Nino G, Castro-Rodríguez JA, Acuña-cordero R, Sossa-Briceño M, Midulla F. For which infants with viral bronchiolitis could it be deemed appropriate to use albuterol, at least on a therapeutic trial basis?. Allergologia et Immunopathologia. 2021 Jan 2;49(1):153-158. doi: 10.15586/aei.v49i1.12._ [Consultado 25/2/2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8850933/>
- Úbeda Sansano MI, Praena Crespo M, Castillo Laita JA. Sibilancias recurrentes/asma en los primeros años de vida. Manejo en atención primaria. Documentos técnicos del GVR (publicación DT-GVR-4) [Consultado 27/12/2021]. Disponible en: https://www.respirar.org/images/pdf/grupovias/Nino_menor_de_3_anos_con_sibilancias_recurrentes_Def.pdf
- Wood DW, Downes JJ, Lecks HI. A clinical scoring system for the diagnosis of respiratory failure. Preliminary report on childhood status asthmaticus. Am J Dis Child. 1972; 123(3):227-8.

 <p>Comunidad de Madrid</p>	<p>Gerencia Asistencial de Atención Primaria CONSEJERÍA DE SANIDAD</p>	<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON BRONQUIOLITIS AGUDA EN ATENCIÓN PRIMARIA</p>
<p>EDICIÓN: 1ª</p>	<p>Fecha: XXXX</p>	<p>Página: 23 de 26</p>
<p>EN VIGOR: XXX 2022</p>	<p>SUSTITUYE A: Ninguno</p>	

11. Abreviaturas

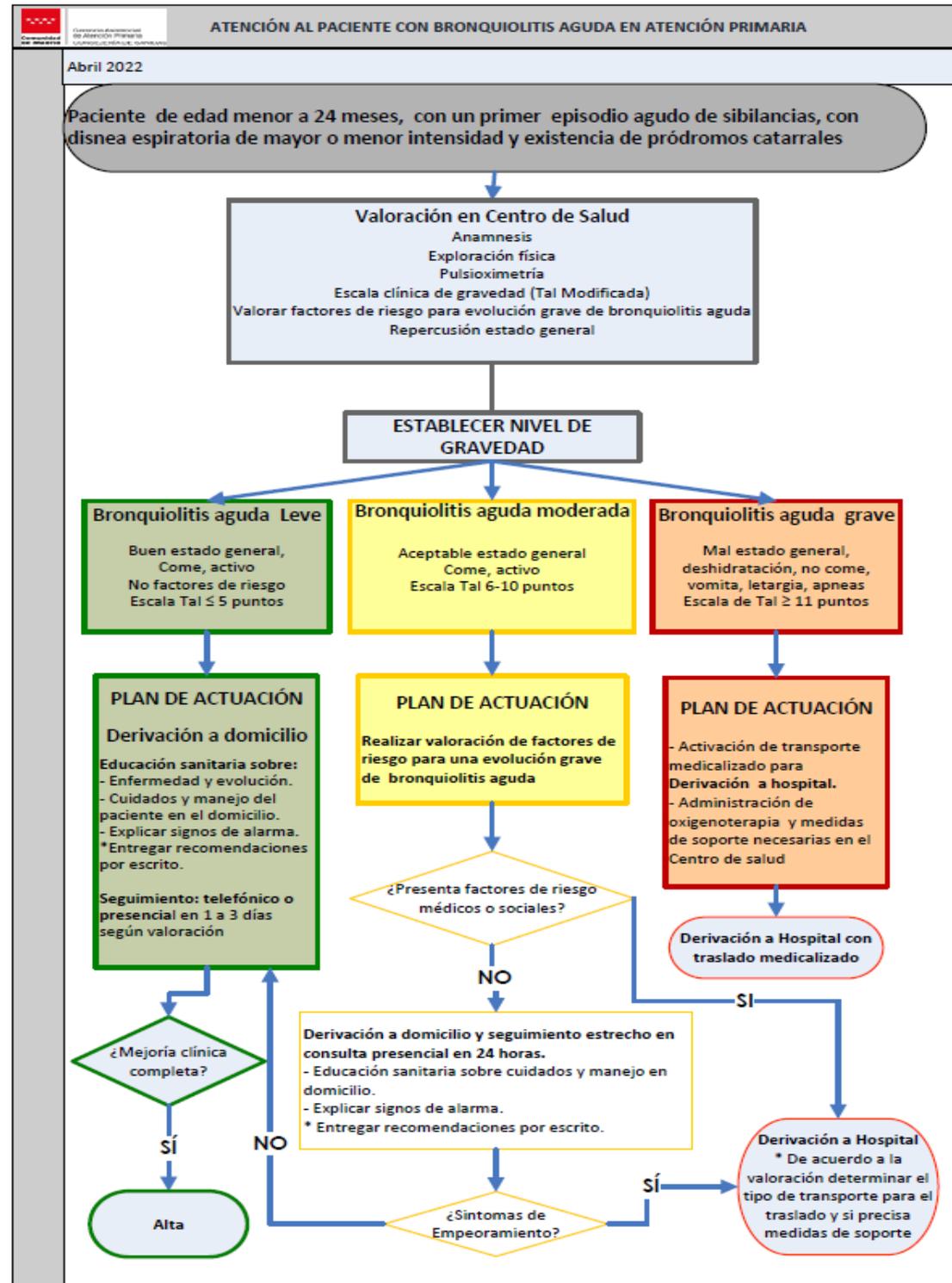
AP: Atención Primaria.
BA: Bronquiolitis aguda.
CD: Criterios diagnósticos.
CS: Centro de salud.
GPC: Guías de Práctica Clínica.
HC: Historia Clínica.
PDIA: Prueba diagnóstica de infección activa.
RV: Rinovirus.
SatO₂: Saturación de oxígeno.
VRS: Virus respiratorio sincitial.

12. Gestión documental

<p>TÍTULO</p>	<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON BRONQUIOLITIS AGUDA EN ATENCIÓN PRIMARIA</p>
<p>COORDINACIÓN TÉCNICA</p>	<p>José Enrique Villares Rodríguez. Director Técnico Médico de Procesos Asistenciales. Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria.</p>
<p>GRUPO DE AUTORES</p>	<p> María Ángeles Carrasco Azcona. Pediatra. Consultorio Sevilla la Nueva. Referente de Pediatría DA Oeste. Mar Duelo Marcos. Pediatra CS Segovia. Paloma de la Calle Tejerina. Directora de CS Torres de la Alameda. Ana Isabel Monzón Bueno. Pediatra CS Pinto. Referente de pediatría DA Sur. David Andina Martínez. Pediatra Servicio de Urgencias HIU Niño Jesús. Mercedes de la Torre Espí. Jefa de Unidad del SU del HIU Niño Jesús de Madrid. David Malillos Pérez. Técnico de la Dirección Técnica de Sistemas de Información. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. </p> <p>Coordinación Grupo de Trabajo: M^a Luisa Alcázar González. Técnico de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria.</p>
<p>REVISORES</p>	<p> José Enrique Villares Rodríguez Director Técnico Médico de Procesos Asistenciales. Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria. Inmaculada Mediavilla Herrera. Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Comité para la adecuación de la práctica clínica de la GAAP Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria </p>
<p>APROBADO POR</p>	<p>Comisión de Dirección Gerencia Asistencial de Atención Primaria.</p>
<p>EMISOR</p>	<p>Dirección Técnica Médica de Procesos Asistenciales y Dirección Técnica de Procesos y Calidad</p>
<p>DESTINATARIO</p>	<p>Centros de Salud de la Comunidad de Madrid</p>
<p>DISTRIBUCIÓN</p>	<p>Por correo electrónico e Intranet Salud@</p>
<p>EN VIGOR DESDE</p>	<p>XXXX 2022</p>
<p>DISPONIBLE EN</p>	<p>Intranet Salud@ espacio, Biblioteca AP Madrid</p>

13. Anexos

ANEXO I. FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON BRONQUIOLITIS AGUDA EN ATENCIÓN PRIMARIA



 <p>Comunidad de Madrid</p>	<p>Gerencia Asistencial de Atención Primaria CONSEJERÍA DE SANIDAD</p>	<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON BRONQUIOLITIS AGUDA EN ATENCIÓN PRIMARIA</p>
<p>EDICIÓN: 1ª EN VIGOR: XXX 2022</p>	<p>Fecha: XXXX SUSTITUYE A: Ninguno</p>	<p>Página: 25 de 26</p>

ANEXO II. RECOMENDACIONES PARA LA FAMILIA SOBRE CUIDADOS Y MANEJO DEL PACIENTE CON BRONQUIOLITIS AGUDA EN EL DOMICILIO



Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

¿QUÉ ES LA BRONQUIOLITIS?

Es una infección vírica que afecta a niños menores de dos años y se manifiesta con dificultad para respirar y, a veces, ruidos de "pitos" en el pecho. Generalmente, se inicia con tos y mucosidad nasal. Después de 3-4 días aparece la dificultad respiratoria. El niño puede estar irritable, comer menos y presentar fiebre.

¿QUÉ DEBE HACER EN CASA?

Mantenga al niño algo incorporado ya que le ayudará a respirar mejor.

Los lavados nasales con suero fisiológico son necesarios si tiene mucosidad, preferiblemente, antes de comer.

Para evitar que el niño se fatigue, las tomas de alimento deben ser más pequeñas y frecuentes.

Evite ambientes con humo.

¿CUÁNDO DEBE CONSULTAR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS?

Si presenta mal estado general – irritable, adormilado -.

Si el niño se fatiga mucho con las tomas, casi no come.

Si su hijo se pone morado o pálido.

Si respira peor: respira cada vez más deprisa, se le marcan las costillas, mueve mucho el abdomen, se le hunde el pecho o deja de respirar durante segundos.

CUESTIONES IMPORTANTES

En la actualidad, no existe ningún medicamento que cure la bronquiolitis.

No es recomendable que el niño vaya a la guardería durante los primeros 7 días de la enfermedad.

El lavado de manos es la medida preventiva más efectiva para prevenir la transmisión de la infección.

Los síntomas de la bronquiolitis pueden persistir hasta 2-4 semanas.

Fuente: Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Hojas informativas para padres.
<https://seup.org/hojas-informativas/>

 Comunidad de Madrid	Gerencia Asistencial de Atención Primaria CONSEJERÍA DE SANIDAD	PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON BRONQUIOLITIS AGUDA EN ATENCIÓN PRIMARIA
EDICIÓN: 1ª	Fecha: XXXX	Página: 26 de 26
EN VIGOR: XXX 2022	SUSTITUYE A: Ninguno	

ANEXO III. RECOMENDACIONES DE “NO HACER” PARA PACIENTES CON BRONQUIOLITIS AGUDA

RECOMENDACIONES

para pacientes con
BRONQUIOLITIS AGUDA

El objetivo de estas recomendaciones es mejorar la salud del paciente, disminuyendo las intervenciones innecesarias, que incluso pueden ser contraproducentes.

1. La bronquiolitis es una infección respiratoria producida por virus. El diagnóstico se realiza por los síntomas y signos que presenta el paciente. No es necesario solicitar pruebas complementarias.
2. No se deben realizar radiografías de tórax de forma rutinaria.
3. No se deben realizar análisis de sangre de forma rutinaria.
4. La determinación del virus en el moco nasal no ayuda para decidir el tratamiento o los cuidados en los pacientes con bronquiolitis.
5. La bronquiolitis no se trata con antibióticos.
6. No se deben utilizar jarabes para la tos, mucolíticos o descongestionantes nasales.
7. No hay evidencia científica de que la bronquiolitis mejore con fármacos como salbutamol o adrenalina o con suero salino hipertónico inhalado.
8. No hay evidencia científica de que los corticoides orales, inyectados o inhalados sean efectivos en la bronquiolitis.

El lavado de manos frecuente es la medida más efectiva para prevenir la transmisión de las infecciones respiratorias.