

¿CÓMO EVALUAR Y MANEJAR UN EPISODIO DE BRONQUIOLITIS AGUDA EN APS?

Autora: Dra. Ana Belén Reyes C., Residente Medicina Familiar PUC

Editor: Dra. Pamela Rojas G., Docente Departamento Medicina Familiar PUC

Fecha: 21 de abril de 2020

Palabras claves: “Bronquiolitis”, “Obstrucción Bronquial”, “Lactantes”, “APS”, “Medicina Familiar”

Resumen portada:

La bronquiolitis aguda es la enfermedad del tracto respiratorio inferior más común en el menor de 12 meses; en especial durante los meses de invierno. En este artículo se revisarán algunos conceptos referentes a definición, evaluación y alternativas de manejo.

INTRODUCCIÓN

La bronquiolitis aguda (BA) es una infección respiratoria baja muy común en lactantes y niños pequeños. Se caracteriza por una inflamación de la vía aérea pequeña, que cursa con grados variables de dificultad respiratoria acompañada de sibilancias y/o crépitos.¹

Se define como el primer episodio de obstrucción bronquial en el menor de 12 meses² y es causa frecuente de hospitalización en este grupo etario.

La etiología más frecuente es la viral. Siendo el principal causante el virus respiratorio sincicial (VRS). Este virus tiene un comportamiento variable en cuanto a intensidad, duración y número de afectados. Antes de los 12 meses ya se ha infectado el 80% de los lactantes; mientras que al término del segundo año prácticamente el 100% ya se ha contagiado.³

Otros virus asociados con BA son: Rhinovirus y Parainfluenza (5-25%), Metapneumovirus (5-10%), Adenovirus (5-10%), Influenza (1-5%) y Enterovirus (1-5%).^{1,2}

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de BA es clínico, su presentación predomina en estaciones frías. Inicia con congestión nasal, estornudos y fiebre baja. En 2-3 días aparece tos y taquipnea¹. Se puede acompañar de rechazo alimentario e irritabilidad. En niños pequeños pueden aparecer episodios de apneas y/o cianosis.

Al examen físico se observa taquipnea y signos variables de dificultad respiratoria (aleteo nasal, retracciones sub-intercostales o supraclaviculares, tiraje). A la auscultación pulmonar sibilancias y crepitaciones.⁴

Los exámenes complementarios no están indicados de forma rutinaria.^{1,4,5}

- Laboratorio: Se sugiere solicitar hemograma, VHS y PCR sólo en pacientes con fiebre persistente, menores de un mes de vida, síntomas graves y/o aspecto tóxico.
- Estudio virológico: No se recomienda realizar test para agentes virales específicos, salvo que los resultados cambien la conducta respecto al paciente o sus contactos:
 - Paciente se hospitaliza
 - Primer caso en guardería
 - Paciente con factores de riesgo
 - Solicitud de los padres
 - El principal valor radica en confirmar la presencia del virus para indicar medidas de precaución y educar a los padres.
- Radiología: Considerar en caso de deterioro clínico evidente o ante dudas diagnósticas. La radiografía puede mostrar signos de hiperinsuflación, atelectasias subsegmentarias o lineales y compromiso intersticial perihilial bilateral.

SEVERIDAD

No existe consenso sobre cómo objetivar la gravedad de un episodio de BA, debido a la falta de escalas validadas para tal efecto². Existen numerosas guías y cada país sigue sus propias recomendaciones.

En Chile contamos con el score de Tal modificado para menores de 3 años⁶; sin embargo, hay que considerar que esta escala fue diseñada para evaluar el síndrome bronquial obstructivo (SBO), entidad clínica diferente a BA, y con una respuesta diferente a broncodilatador y corticoides.

Ciertas características y/o condiciones clínicas se asocian a que un paciente con BA tenga mayor riesgo de presentar un curso clínico severo. La tabla 1 resume las más importantes.

Tabla 1: Predictores de severidad en lactantes con BA.^{2,4}

Antecedentes	Historia clínica	Examen Físico
<ul style="list-style-type: none">- Prematurez (< 35 semanas)- Historia de dermatitis atópica- Comorbilidad respiratoria o cardíaca- Inmunodeficiencias	<ul style="list-style-type: none">- < 3 meses de edad- Mala tolerancia oral (deshidratación)- Episodios de apneas o cianosis	<ul style="list-style-type: none">- SpO2 < 94%- Taquipnea y taquicardia persistente- Aleteo nasal- Retracción moderada de partes blandas

Fuente: Elaboración propia a partir de las referencias citadas.

Si todas estas condiciones están ausentes se podría considerar un episodio de BA leve y sugerir un manejo ambulatorio; sin embargo, si alguno de los predictores es positivo, en especial en la historia clínica o examen físico, se debe considerar como un cuadro moderado a severo y eventualmente derivar a un servicio de urgencias.

Otros criterios de derivación son: baja escolaridad materna, difícil acceso a atención de salud y mal estado general.

Hay que tener muy presente que las categorías de gravedad pueden solaparse, por lo que se sugiere observar y evaluar de manera repetida al lactante, de modo de estar atentos a eventuales cambios en los hallazgos clínicos.

TRATAMIENTO

El manejo se basa principalmente en soporte y observación continua, dirigido a pesquisar apneas, signos de hipoxia y fatiga muscular, hasta que la enfermedad se resuelva de manera espontánea⁽⁷⁾.

No existe ningún tratamiento curativo para la BA, ni tampoco uno que sea efectivo en acortar el curso o acelerar la resolución de los síntomas de la enfermedad. Pese a esto existen múltiples intervenciones que se utilizan de manera habitual, y que se resumen en la tabla 2

Tabla 2: Alternativas de tratamiento ambulatorio de la Bronquiolitis Aguda^(8,9, 10, 11,12).

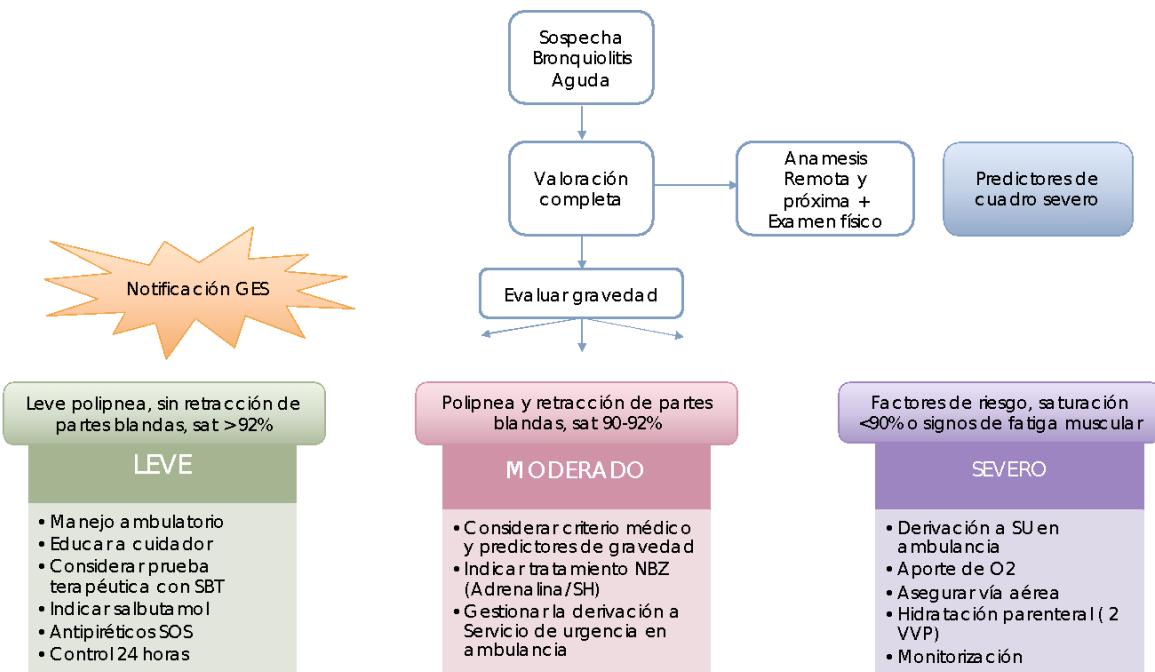
Fármaco	Comentarios sobre su uso
Broncodilatadores	A pesar de que existen muchas revisiones sistemáticas para evaluar su uso en el manejo de BA, ninguno ha sido consistente en demostrar beneficios. La prueba terapéutica con salbutamol es una opción en BA de intensidad moderada-grave, especialmente en mayores de 6 meses y/o con historia personal/familiar de atopia. Debe ser suspendido si tras su aplicación no se objetiva mejoría clínica.

Adrenalina	Este agente adrenérgico, utilizado principalmente por vía inhalada; mantiene un rol bastante controversial en el manejo ambulatorio de la BA. Podrían indicarse nebulizaciones de adrenalina en niños con BA moderada a severa.
Corticoides	Si bien existe buena evidencia de la efectividad del uso de corticoides en asma aguda y en laringitis aguda, en la BA no ocurre lo mismo. Los corticoides no son efectivos en el manejo de BA.
Suero Hipertónico al 3%	Esta opción terapéutica aún se mantiene en discusión. Se propone que la solución hipertónica aumentaría el aclaramiento mucociliar en la vía respiratoria baja, resultante de la inflamación e hipersecreción producida por la enfermedad. Actualmente se recomienda en pacientes hospitalizados.
Oxigenación	No existe consenso sobre el punto de corte de la saturación, pero se recomienda utilizar oxígeno suplementario cuando la saturometría es menor de 90%.
Antibióticos	No se recomienda, excepto en pacientes con sospecha de infección bacteriana.
Kinesioterapia	No se recomienda de rutina.

Fuente: Elaboración propia a partir de las referencias citadas.

FLUJOGRAMA

Propuesta de flujograma de atención para pacientes con BA. (13, 14)



Fuente: Elaboración propia a partir de las referencias citadas

EN RESUMEN

La BA es una enfermedad del tracto respiratorio inferior de origen viral muy frecuente en lactantes, cuyo diagnóstico es clínico.

Actualmente su tratamiento sigue siendo un desafío, con énfasis en la hidratación, oxigenoterapia y observación continua.

Los fármacos más frecuentemente utilizados en el manejo de BA no son efectivos, de modo que no deben indicarse de manera rutinaria. Se sugiere evaluación caso a caso.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Pérez Sanz J. (2016). Bronquitis y bronquiolitis. *Pediatria Integral*, 20(1), pp.28-37.
- (2) Meissner C. M.D. (2016). Viral Bronchiolitis in Children. *New England Journal of Medicine*, 374, pp62-72.
- (3) Greenough A, Cox S, Alexander J, et al. (2001). Health care utilization of infants with chronic lung disease, related to hospitalization for RSV infection. *Arch Dis Child*. 85(6). pp463-468.
- (4) Smith D., Seales S. & Budzik C. (2017). Respiratory Syncytial Virus Bronchiolitis in Children. *American Family Physician*, 95(2), pp.94-99.
- (5) Concha I. & Hirsch T. (2017). Manual de Urgencias Pediátricas. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile, 23, pp. 97-101.
- (6) MINSAL. (2013). Infección Respiratoria Baja de Manejo Ambulatorio en Menores de 5 años. Guía Clínica AUGE, 1, pp.16-24.
- (7) Castaños C. & Rodríguez M. (2019). GAP: 2013 Manejo de la Bronquiolitis. Actualización 2019. Hospital de Pediatría "Juan P. Garrhan", 3, pp.1-27.
- (8) Shawn L. Et al. (2014). Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management and Prevention of Bronchiolitis. *American Academy of Pediatrics*, 134, p.e1474-e1502.
- (9) González J. & Ochoa S. (2010). Manejo diagnóstico y terapéutico de la bronquiolitis aguda. Conferencia de Consenso. España. Proyecto abreviado (Bronquiolitis: estudio de variabilidad, idoneidad y adecuación), 1, pp.1-310.
- (10) Fuentes S., Cornejo G. & Bustos R. (2016). Actualización en el tratamiento de Bronquiolitis Aguda: Menos es más. *Neumol Pediatr*, 11(2), pp.65-70.
- (11) Szulman G. (2017). Revisión de las recomendaciones para el manejo de Bronquiolitis. Guía de National Institute for Health and Care Excellence (NICE), y Academia Americana de Pediatría (AAP). *Rev. Hosp. Niños* (B. Aires), 59(265), pp.134-144.
- (12) Zulueta M. (2017). Bronquiolitis Aguda en Atención Primaria: Nuevas formas de abordarla. 2020, de Medicina Familiar UC Sitio web: <http://medicinafamiliar.uc.cl>
- (13) American Heart Association. (2017). Soporte Vital Avanzado Pediátrico. *American Academy of Pediatrics*, 15, pp.29-69.
- (14) Castaños C. & Rodríguez M. (2019). GAP: 2013 Manejo de la Bronquiolitis. Actualización 2019. Hospital de Pediatría "Juan P. Garrhan", 3, pp.1-27.