

Bronquiolitis: ¿Qué hacer y qué no hacer?

Vol.2 xxxx

ISSN-L: 2695-2785

DOI: -

Bronquiolitis: ¿Qué hacer y qué no hacer?

Marta Rodríguez. Enfermera Especialista en enfermería pediátrica. Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Materno Infantil del Hospital Regional Universitario de Málaga

Ana M^a Leal Valle. Enfermera de la Unidad de Medicina Interna del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.

Luis Francisco Torres Pérez, Doctor en Ciencias de la Salud por la Universidad de Málaga. Presidente de la SAECC-ASADENCA. Enfermero Bloque de Calidad en Cuidados del Hospital Regional Universitario de Málaga. Miembro del grupo de investigación.

Resumen: El manejo de la bronquiolitis está bien definido a nivel internacional. Las pautas recomiendan apoyo respiratorio y de hidratación, y desaconsejan el uso de radiografía de tórax, salbutamol, glucocorticoides, antibióticos y epinefrina. A pesar de la evidencia de que estas 5 terapias y procesos de manejo son ineficaces y están asociados con daños, continúan siendo ampliamente utilizados.

Palabras clave: bronquiolitis, epinefrina, corticoides, salbutamol.

Bronchiolitis: What to do and what not to do?

Abstract: The management of bronchiolitis is well defined internationally. Guidelines recommend respiratory and hydration support, and discourage the use of chest radiography, salbutamol, glucocorticoids, antibiotics, and epinephrine. Despite evidence that these 5 therapies and management processes are ineffective and associated with harm, they continue to be widely used.

Keywords: bronchiolitis, epinephrine, corticosteroids, salbutamol.

Bronquiolite: O que fazer e o que não fazer?

Resumo: A gestão da bronquiolite é bem definida internacionalmente. As diretrizes recomendam suporte respiratório e de hidratação, e aconselham o uso de radiografia de tórax, salbutamol, glicocorticóides, antibióticos e epinefrina. Apesar da evidência de que estas terapias e processos de gestão são ineficazes e associados a danos, eles continuam a ser amplamente utilizados.

Palavras-chave: bronquiolite, epinefrina, corticosteroides, salbutamol.

Bronquiolitis: ¿Qué hacer y qué no hacer?

METODOLOGÍA

Se revisaron las guías de práctica de referencia, orientando la búsqueda de prácticas clínicas que no aporten valor a la asistencia sanitaria.

IMPORTANCIA DEL TEMA

En los países desarrollados, la bronquiolitis es la razón más común por la que los bebés ingresan en el hospital, y todas las guías internacionales sobre bronquiolitis recomiendan cuidados de apoyo y desaconsejan medidas que algunos autores han señalado como relevantes pero que las investigaciones recientes han señalado como ineficaces cuando no perjudiciales (Haskell et al., 2021) (Cai et al., 2020)

Las estrategias de desimplantación, recomiendan la máxima difusión de las recomendaciones, en todas las áreas y todos los escenarios. Un reciente ensayo clínico ha puesto de manifiesto la prevalencia de prácticas inadecuadas y la relevancia de difundir y reforzar la evidencia clínica (Haskell et al., 2021).

QUÉ NO HACER

Pese a las recomendaciones en contra hay numerosas actuaciones que persisten entre los profesionales, y que se apoyan en la tradición y en un enfoque defensivo de la asistencia (Haskell et al., 2021). La variabilidad en la práctica es muy amplia, lo que hace que indicaciones correctas se alternen con prácticas discutibles, aquí se resume la evidencia más fuerte en cuanto es esas intervenciones desaconsejadas, centradas en la administración de algunos tratamientos y la realización de pruebas diagnósticas (radiografía de tórax: Rx tórax).

Tabla 1: Las 5 intervenciones.

Intervención	APP Guía Bronquiolitis (USA) 2014		APP Guía Bronquiolitis (Australasia) 2016	
	Cualidad evidencia	Recomendación	Cualidad evidencia	Recomendación
Albuterol/ Salbutamol	Fuerte	No administrar a población diana: Bebes y niños/as	Fuerte	No administrar a población diana
Antibióticos	Fuerte	No administrar salvo infecciones concomitante	Condicionada	No administrar a población diana
Glucocorticoides	Fuerte	No administrar a población diana: Bebes	Fuerte	No administrar a población diana
Epinefrina	Fuerte	No administrar a población diana: Bebes y niños/as	Fuerte	No administrar a población diana
Rx Tórax	Moderada	No debe ser una práctica de rutina	Condicionada	No debe ser una práctica de rutina

Shodemaker A. et al. Evaluación de un programa educativo de extensión y auditoría y retroalimentación para reducir el uso continuo de pulsioximetría en bebés hospitalizados con bronquiolitis estable: un ensayo clínico no aleatorizado

Bronquiolitis: ¿Qué hacer y qué no hacer?

Estas son las acciones desaconsejadas con mayor peso, pero no las únicas, en los últimos años también se aboga por evitar la pulsioximetría continua, solo se aplica en la fase de valoración inicial, sobre todo cuando no hay indicación de soporte con oxígeno (Cheston & Vinci, 2020). Y en el mismo sentido las nebulizaciones con soluciones hipertónicas que no han demostrado su validez clínica (Angoulvant et al., 2017).

ENTONCES... ¿QUÉ HACER?

Sin duda la directriz *primun non nocere*, debe guiar nuestra labor, no poniendo en prácticas intervenciones de dudoso valor o desaconsejadas. Sobre todo, cuando las principales fuerzas de conocimiento de la disciplina así lo recomiendan

Tal vez las mejores recomendaciones se centran en cómo identificar una evolución desfavorable que recomiende en traslado a un centro hospitalario y en el manejo inicial (06_bronquiolitis_aguda_viral_0.pdf, s. f.).

Con referencia a la primera, a Sociedad Española de Neumología Pediátrica señala unos criterios de enorme utilidad clínica, recogidos en la tabla 2.

Tabla 2. Criterios que hacen recomendable remitir al paciente a un centro hospitalario

Rechazo de alimento o intolerancia digestiva (ingesta aproximada < 50% de lo habitual)
Deshidratación
Letargia
Historia de apnea
Taquipnea para su edad
Dificultad respiratoria moderada o grave (quejido, aleteo nasal, tiraje o cianosis)
Saturación de oxígeno < 92-94% respirando aire ambiente
Enfermedad grave según la escala utilizada
Diagnóstico dudoso.
Edad < 2-3 meses
Comorbilidades
Inicio de la sintomatología < 72 h por el riesgo de empeoramiento
Situación socioeconómica del entorno, factores geográficos y dificultad de transporte
Capacidad de los padres o cuidadores para evaluar la gravedad del niño/a

García García ML, Korta Murua J, Callejón Callejón A. Bronquiolitis aguda viral. *Protoc diagn ter pediatr.* 2017; 1:85-102

Con respecto a las medidas de control domiciliario, de enorme trascendencia en el nivel de atención primaria, la misma sociedad señala una serie de intervenciones recogidas en la tabla 3.

TABLA 3. Medidas de control de la bronquiolitis en el domicilio.

1. Desobstrucción de la vía aérea superior con lavados de suero fisiológico y aspiración, sobre todo antes de las tomas
2. La postura del lactante en la cuna debe ser en decúbito supino, con ligera hiperextensión de la cabeza y una elevación de +30°
3. Temperatura ambiental no superior a 20 °C
4. Evitar irritantes ambientales como el humo del tabaco
5. Asegurar que toma líquidos por boca: si no los tolera ofrecer pequeñas cantidades frecuentemente

Bronquiolitis: ¿Qué hacer y qué no hacer?

6. Vigilar posibles signos de empeoramiento o alarma: dificultad para respirar, aumento de la frecuencia respiratoria, del trabajo respiratorio, agitación, mal color, pausas de apnea, rechazo del alimento o vómitos. En estos casos acudir a urgencias con la mayor brevedad posible

7. Controlar la temperatura varias veces al día

8. No deberá ir a la guardería hasta la desaparición completa de los síntomas

9. Procurar un ambiente tranquilo: no molestar al lactante con maniobras bruscas, en la medida de lo posible, ponerle ropa cómoda y amplia, evitando el excesivo arropamiento

10. Si la evolución es buena, se recomienda control sistemático por Pediatría a las 24 48 h

García García ML, Korta Murua J, Callejón Callejón A. Bronquiolitis aguda viral. *Protoc diagn ter pediatr.* 2017; 1:85-102

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

06_bronquiolitis_aguda_viral_0.pdf. (s. f.). Recuperado 6 de diciembre de 2021, de

https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06_bronquiolitis_aguda_viral_0.pdf

Angoulvant, F., Bellêtre, X., Milcent, K., Teglas, J.-P., Claudet, I., Le Guen, C. G., de Pontual, L., Minodier, P., Dubos, F., Brouard, J., Soussan-Banini, V., Degas-Bussiere, V., Gatin, A., Schweitzer, C., Epaud, R., Ryckewaert, A., Cros, P., Marot, Y., Flahaut, P., ... for the Efficacy of 3% Hypertonic Saline in Acute Viral Bronchiolitis (GUERANDE) Study Group. (2017). Effect of Nebulized Hypertonic Saline Treatment in Emergency Departments on the Hospitalization Rate for Acute Bronchiolitis: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatrics*, 171(8), e171333. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.1333>

Cai, Z., Lin, Y., & Liang, J. (2020). Efficacy of salbutamol in the treatment of infants with bronchiolitis: A meta-analysis of 13 studies. *Medicine*, 99(4), e18657. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000018657>

Cheston, C. C., & Vinci, R. J. (2020). Overuse of Continuous Pulse Oximetry for Bronchiolitis: The Need for Deimplementation Science. *JAMA*, 323(15), 1449-1450. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4359>

Bronquiolitis: ¿Qué hacer y qué no hacer?

Haskell, L., Tavender, E. J., Wilson, C. L., O'Brien, S., Babl, F. E., Borland, M. L., Cotterell, E.,

Schembri, R., Orsini, F., Sheridan, N., Johnson, D. W., Oakley, E., Dalziel, S. R., &

PREDICT Network. (2021). Effectiveness of Targeted Interventions on Treatment of

Infants With Bronchiolitis: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatrics*, 175(8), 797-

806. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.0295>