

HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SERVICIO DE NEUMOLOGÍA
PROTOCOLO DE MANEJO DE BRONQUIOLITIS AGUDA

INDICE

1. AUTORES
2. REVISORES
3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES DE LOS AUTORES / REVISORES
4. JUSTIFICACIÓN
5. ALCANCE Y PROPÓSITO
6. OBJETIVOS
7. ANTECEDENTES LOCALES DEL COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD
8. DEFINICIÓN
9. CUADRO CLÍNICO
10. CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD
11. CRITERIOS DE DERIVACIÓN
12. CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO
13. CRITERIOS DE ALTA
14. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
15. TRATAMIENTO
16. RECOMENDACIONES DE MONITORIZACIÓN DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN
17. RECOMENDACIONES Y PREVENCIÓN
18. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO
19. BIBLIOGRAFÍA
20. ANEXOS

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Neumología	CÓDIGO: PR-19-09	Página 2 de 15
	Título: : Protocolo de Manejo de Bronquiolitis Aguda	Edición: Enero 2019	
	Elaborado: Dra. Virginia Díaz pediatra neumóloga	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta. Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Marco Donato, Servicio de Neumología	

1. AUTORES

Dra. Virginia Díaz, pediatra neumóloga

2. REVISORES

Dr. Marco A. Donato, Dr. José E. Dutari, Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.

3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES DE LOS AUTORES / REVISORES

Los autores y revisores implicados en la elaboración de este documento declaran que no existen conflictos de intereses que puedan influir en el contenido.

4. JUSTIFICACIÓN

La bronquiolitis aguda es la infección del tracto respiratorio inferior más frecuente en el lactante que genera una importante demanda asistencial.

5. ALCANCE Y PROPÓSITO

Alcance

La población diana de este protocolo de atención son los pacientes afectados de bronquiolitis aguda.

Los usuarios potenciales del protocolo de atención son todos aquellos profesionales sanitarios que intervienen en la atención de los pacientes diagnosticados de bronquiolitis aguda.

Propósito

Elaborar e implementar un protocolo de atención que permita atender de una manera uniforme a todos los pacientes con bronquiolitis aguda en el Hospital Del Niño Dr. José Renán Esquivel.

6. OBJETIVO GENERAL

Establecer un protocolo de diagnóstico y tratamiento para la bronquiolitis aguda.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Neumología	CÓDIGO: PR-19-09	Página 3 de 15
	Título: : Protocolo de Manejo de Bronquiolitis Aguda	Edición: Enero 2019	
	Elaborado: Dra. Virginia Díaz pediatra neumóloga	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta. Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Marco Donato, Servicio de Neumología	

6.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Capacitar al personal médico en el adecuado diagnóstico y manejo de la enfermedad.
- Definir los factores de riesgo para contraer la enfermedad o para una peor evolución y los criterios de gravedad de ésta.
- Definir los criterios de derivación desde la asistencia primaria y extra hospitalaria y los de ingreso y de alta hospitalarios
- Promover la racionalización del uso de pruebas diagnósticas de los recursos terapéuticos.

7. ANTECEDENTES LOCALES DEL COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

En el Hospital Del Niño Doctor José Renán Esquivel se hospitalizan anualmente un promedio de 1430 niños con bronquiolitis lo que representa el 27.3% de los pacientes hospitalizados por enfermedades respiratorias. La bronquiolitis tiene una letalidad promedio de 0.7 por 1000 y una mortalidad promedio de 1.7 por 100,000 menores de 1 año. ¹

La edad promedio de los pacientes es de 5.4 ± 3.1 meses. El 8.4% de los pacientes hospitalizados son neonatos (0-30 días); 82.5% son lactantes menores (1-11 meses) y 8.7% son lactantes mayores (12-24 meses) y la duración promedio de la hospitalización es de 69.2 ± 27.8 horas. ²

8. DEFINICIÓN Código J21.9

Primer episodio agudo de sibilancias, precedido por un cuadro respiratorio de origen viral que afecta a niños menores de 2 años, y preferentemente dentro del primer año que tiene lugar en período epidémico del virus sincitial respiratorio (VRS). ^{3,4}

9. CUADRO CLÍNICO ³⁻⁶

1. Síntomas y signos de infección de vía respiratoria alta: rinorrea, obstrucción nasal y estornudos estado que dura alrededor de 48 a 72 horas.
2. Poco apetito
3. Fiebre poco elevada de 38 ° C.
4. Posteriormente, en un periodo de 2 a 5 días: tos en accesos, dificultad respiratoria, irritabilidad y dificultad para alimentarse.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Neumología	CÓDIGO: PR-19-09	Página 4 de 15
	Título: : Protocolo de Manejo de Bronquiolitis Aguda	Edición: Enero 2019	
	Elaborado: Dra. Virginia Díaz pediatra neumóloga	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta. Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Marco Donato, Servicio de Neumología	

En el primer mes de vida la clínica puede ser atípica con febrículas o hipotermia, irritabilidad, rechazo de la alimentación y apnea central, confundándose muchas veces con una sepsis.

9.1 EXAMEN FÍSICO ³⁻⁶

1. Taquipnea
2. Dificultad respiratoria de moderada a grave
3. Cianosis
4. Aleteo nasal
5. Tiraje intercostal y subcostal
6. Hiper insuflación pulmonar con tórax abombado e hiper sonoridad en ambos campos pulmonares
7. Auscultación con disminución de la entrada y salida de aire, crepitantes al final de la inspiración y principio de la espiración, sibilancias diseminadas y espiración prolongada.

10. CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD Y MANEJO

Escala de Wood-Downes modificada por Ferres

Puntos	Sibilancias	Tiraje	FR (rpm)	FC (lpm)	Entrada de aire	Cianosis
0	No	No	< 30	< 120	Buena, simétrica	No
1	Final de espiración	Subcostal Intercostal	31-45	> 120	Regular, simétrica	Sí
2	Toda la espiración	+ Supraclavicular Aleteo nasal	46-60		Muy disminuida	
3	Inspiración y Espiración	+ Supra esternal	> 60		Tórax silente	

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Neumología	CÓDIGO: PR-19-09	Página 5 de 15
	Título: : Protocolo de Manejo de Bronquiolitis Aguda	Edición: Enero 2019	
	Elaborado: Dra. Virginia Díaz pediatra neumóloga	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta. Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Marco Donato, Servicio de Neumología	

Puntaje clínico: Leve: 1-3 puntos **Moderada:** 4-7 puntos **Grave:** 8- 14 puntos

10.1 CRITERIOS CLÍNICOS DE GRAVEDAD ³⁻⁶

Se recomienda remitir a un centro hospitalario a aquellos pacientes con:

1. Rechazo de alimento o intolerancia digestiva (ingesta aproximada inferior al 50% de lo habitual)
2. Deshidratación > 5%
3. Letargia
4. Historia de apnea
5. Taquipnea para su edad
6. Dificultad respiratoria moderada o grave (quejido, aleteo nasal, tiraje o cianosis)
7. Saturación de oxígeno < 92% persistente en aire ambiente
8. Enfermedad grave según la escala utilizada
9. Cuando el diagnóstico sea dudoso.

10.2 FACTORES DE RIESGO ³⁻⁶

1. Edad (menor 3 meses)
2. Presencia de comorbilidades: enfermedad pulmonar crónica, desórdenes neuromusculares, inmunodeficiencia, cardiopatía congénita con repercusión hemodinámica
3. Prematuridad particularmente menor de 32 semanas
4. Bajo peso al nacer (menor de 2500 gramos)
5. Inicio de la sintomatología menor e 72 horas por el riesgo de empeoramiento
6. Situación socioeconómica del entorno: hacinamiento y pobreza
7. Mayor número de hermanos y/o acudir a guardería
8. Factores geográficos y dificultad de transporte
9. Capacidad de los padres o cuidadores para evaluar la gravedad del niño

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Neumología	CÓDIGO: PR-19-09	Página 6 de 15
	Título: : Protocolo de Manejo de Bronquiolitis Aguda	Edición: Enero 2019	
	Elaborado: Dra. Virginia Díaz pediatra neumóloga	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta. Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Marco Donato, Servicio de Neumología	

10.3 MANEJO AMBULATORIO ³⁻⁵

1. Niños con cuadro clínico de gravedad leve (Puntaje Downes –Ferrés < 3)
2. Edad > 3 meses y sin factores de riesgo, sobre todo si es mayor de seis meses
3. Sin complicaciones asociadas
4. No apneas en las últimas 48 horas
5. Frecuencia respiratoria menor de 60 respiraciones por minuto
6. Saturación de oxígeno > 96% con aire ambiente durante la alimentación
7. Correcta alimentación e hidratación
8. Medio sociocultural favorable
9. Accesibilidad a pediatra.

11. CRITERIOS DE DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA Y EXTRA HOSPITALARIA A LOS CENTROS HOSPITALARIOS ³⁻⁵

- Pacientes con criterios clínicos de gravedad
- Pacientes con factores de riesgo

12. CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO ³⁻⁵

Los lactantes con factores de riesgo y con dificultad respiratoria deben ser ingresados aunque sólo requieran tratamiento de sostén.

Se recomienda el ingreso en los pacientes con

- Edad inferior a 4–6 semanas
- Cuadros de gravedad moderada y grave (Downes-Ferrés ≥ 4)
- Inicio de la sintomatología menor de 24–48 h y la evolución rápida de la sintomatología
- Rechazo de alimento o intolerancia digestiva (ingesta aproximada inferior al 50% de lo habitual)
- Deshidratación > 5%
- Letargia
- Historia de apnea
- Saturación de oxígeno menor 92% en aire ambiente
- Presencia de comorbilidades
- Diagnóstico dudoso
- Reconsulta médica
- Ambiente social desfavorable (vivienda lejana, malas condiciones higiénicas, familia no confiable)

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Neumología	CÓDIGO: PR-19-09	Página 7 de 15
	Título: : Protocolo de Manejo de Bronquiolitis Aguda	Edición: Enero 2019	
	Elaborado: Dra. Virginia Díaz pediatra neumóloga	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta. Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Marco Donato, Servicio de Neumología	

12.1. CRITERIOS DE INGRESO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ³⁻⁵

- Puntaje Downes-Ferrés >8
- Incapacidad para mantener la saturación de oxígeno a pesar de oxigenoterapia en aumento
- Saturación de oxígeno < 91% con $FiO_2 > 0.4$
- Cianosis con $FiO_2 > 0.4$
- Alteraciones del nivel de conciencia
- $pH < 7.1$ ó $pCO_2 > 60$
- Deterioro del estado respiratorio con signos de distrés respiratorio en aumento o signos de agotamiento
- Apneas recurrentes.

13. CRITERIOS DE ALTA HOSPITALARIA ³⁻⁵

- La frecuencia respiratoria (FR) sea adecuada a la edad del paciente
- Sin evidencia clínica de dificultad respiratoria
- La SpO_2 sea >92% en aire ambiente en forma sostenida por 4 horas, incluyendo un periodo de sueño
- La ingesta sea adecuada
- Recursos del entorno adecuados

14. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS ³⁻⁶

- A. Hemograma, proteína C reactiva (PCR), pro calcitonina (PCT) y/o hemocultivo**
- ✓ No realizar de rutina hemograma, PCR y/o PCT en los pacientes con una bronquiolitis típica.
 - ✓ La determinación de PCR y/o de la PCT podría ser de utilidad en los pacientes con bronquiolitis aguda y fiebre en los que se sospeche una infección bacteriana potencialmente grave.
- B. Sedimento y/o urocultivo**
- ✓ En los pacientes menores de 3 meses con bronquiolitis y fiebre hay que considerar la posibilidad de una infección de orina.
- C. Gasometría**
- ✓ No realizar de rutina una gasometría capilar o arterial.
 - ✓ Podría ser útil en la valoración de pacientes con dificultad respiratoria grave y que podrían estar entrando en falla respiratoria.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Neumología	CÓDIGO: PR-19-09	Página 8 de 15
	Título: : Protocolo de Manejo de Bronquiolitis Aguda	Edición: Enero 2019	
	Elaborado: Dra. Virginia Díaz pediatra neumóloga	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta. Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Marco Donato, Servicio de Neumología	

D. Radiografía de tórax

- ✓ No realizar radiografía de tórax de rutina en los pacientes con Bronquiolitis típica.
- ✓ Considerarla si existen dudas diagnósticas, pacientes con clínica atípica, procesos graves o con mala evolución, lactantes con patología pulmonar de base.

E. Pruebas virales

- ✓ No se recomienda la realización sistemática de una prueba de detección de virus.

15. TRATAMIENTO

- ✓ Tratamiento ambulatorio suele ser suficiente en las formas leves. Se basa en las medidas generales o de apoyo.
- ✓ Tratamiento hospitalario para las formas moderadas y graves y la presentación en niños de alto riesgo

15.1 Fármacos

No utilizar en el tratamiento de la bronquiolitis

- ✓ Salbutamol, bromuro de ipratropio, adrenalina nebulizados
- ✓ Xantinas
- ✓ Salina hipertónica
- ✓ Mucolíticos, antitusígenos
- ✓ Descongestionantes nasales antihistamínicos, vasoconstrictores nasales
- ✓ Glucocorticoides sistémicos, nebulizados, inhalados
- ✓ Montelukast sódico
- ✓ Antibióticos Valorar el uso de antibióticos en los pacientes con enfermedad grave que requieren ventilación mecánica por un mayor riesgo de co-infección bacteriana pulmonar.
- ✓ Antivirales

15.2 Tratamiento de apoyo³⁻⁶

- ✓ Aspirar las secreciones respiratorias antes de las tomas, antes de cada tratamiento inhalado y cuando se encuentren signos de obstrucción de la vía respiratoria alta.
- ✓ Usar gotas de solución salina fisiológica antes de la aspiración de secreciones.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Neumología	CÓDIGO: PR-19-09	Página 9 de 15
	Título: : Protocolo de Manejo de Bronquiolitis Aguda	Edición: Enero 2019	
	Elaborado: Dra. Virginia Díaz pediatra neumóloga	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta. Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Marco Donato, Servicio de Neumología	

- ✓ Aspirar las secreciones respiratorias antes de valorar la gravedad del paciente.

Oxígeno

- ✓ Los niños con dificultad respiratoria grave y/o cianosis y/o $SpO_2 < 90\%$ deben recibir oxígeno suplementario.
- ✓ Retirar la suplementación de oxígeno cuando la SpO_2 permanece de forma constante $>94\%$ en aire ambiente.

Hidratación y nutrición

- ✓ Valorar el estado de hidratación y la capacidad para tomar líquidos.
- ✓ Mantener una nutrición adecuada: fraccionar y/o espesar las tomas si se objetiva dificultad para la ingesta.
- ✓ Mantener una hidratación adecuada, normalmente se aportan los requerimientos basales más un 10-20%.
- ✓ La hidratación por vía intravenosa está indicada cuando existen: vómitos frecuentes o rechazo al alimento, signos de dificultad respiratoria que impiden o dificultan la alimentación.

Fisioterapia respiratoria

- ✓ No recomendada

Ventilación no invasiva

- ✓ En modalidad CPAP es eficaz en aquellos pacientes que presentan dificultad respiratoria grave, hipercapnia o apneas recurrentes
- ✓ Cánula nasal de alto flujo ^{8,9}

Ventilación invasiva

- ✓ Distrés respiratorio con alteraciones de la conciencia
- ✓ $PaO_2 < 40$ mmHg con $FiO_2 > 50\%$ o $PaO_2 < 70$ con $FiO_2 > 60\%$
- ✓ Acidosis respiratoria ($PaCO_2 > 60$ mmHg y pH arteria < 7.30)
- ✓ Apneas recurrentes
- ✓ Cianosis con $FiO_2 > 60\%$

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Neumología	CÓDIGO: PR-19-09	Página 10 de 15
	Título: : Protocolo de Manejo de Bronquiolitis Aguda	Edición: Enero 2019	
	Elaborado: Dra. Virginia Díaz pediatra neumóloga	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta. Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Marco Donato, Servicio de Neumología	

16. RECOMENDACIONES DE MONITORIZACIÓN DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN ³⁻⁵

A. Pulsioximetría

- ✓ Determinar la saturación de oxígeno (SpO₂) en la valoración inicial de los pacientes, y cuando la clínica del niño mejora ya no es necesario monitorizar de forma continua SpO₂.
- ✓ Los niños con comorbilidades de riesgo necesitan una mayor monitorización cuando se está retirando el oxígeno.

B. Monitorización de CO₂

- ✓ La determinación no invasiva de los niveles de CO₂ en los pacientes con bronquiolitis moderada o grave puede ser de utilidad, especialmente en los pacientes que reciben apoyo ventilatorio.

C. Frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR) y escala de gravedad

- ✓ Se recomienda monitorizar la FC y la FR sobretudo en la fase aguda de la enfermedad.
- ✓ La utilización de una escala de gravedad podría ser de utilidad para monitorizar la evolución clínica y la respuesta al tratamiento

D. Apneas

- ✓ Monitorizar las apneas en aquellos pacientes menores de 1 mes, con antecedente de prematuridad y que refieran haber presentado un episodio de apnea.

E. Prevención con Palivizumab ⁷

- ✓ Administrar cinco dosis mensuales (15mg/Kg/dosis) en el primer año de vida a infantes nacidos antes de las 29 semanas de gestación o a aquellos con cardiopatía congénita con compromiso hemodinámico, enfermedad pulmonar crónica u otras enfermedades crónicas durante la temporada de virus sincitial respiratorio.
- ✓ En el segundo año de vida la profilaxis está recomendada sólo para niños que necesitaron oxígeno suplementario por 28 días o más y que continúan necesitando alguna intervención médica (oxígeno suplementario, corticoide crónico o terapia con diuréticos).

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Neumología	CÓDIGO: PR-19-09	Página 11 de 15
	Título: : Protocolo de Manejo de Bronquiolitis Aguda	Edición: Enero 2019	
	Elaborado: Dra. Virginia Díaz pediatra neumóloga	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta. Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Marco Donato, Servicio de Neumología	

17. RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL MANEJO DE LA BRONQUIOLITIS Y MEDIDAS PREVENTIVAS 3-6

17.1 En el domicilio

- ✓ Asegurar la toma de líquidos suficientes (fraccionar tomas e ingesta de líquidos)
- ✓ Favorecer la posición en decúbito supino con ligera hiper-extensión de la cabeza
- ✓ Si hay obstrucción nasal aplicar solución salina y aspirar secreciones
- ✓ Seguimiento por médico de atención primaria. Consultar al menos tras alta hospitalaria o visita a urgencias
- ✓ Vigilar signos de empeoramiento y acudir a urgencias en caso de: mal color, empeoramiento de la dificultad para respirar, agitación o somnolencia no habituales, rechazo al alimento o vómitos, pausas de apnea, cianosis

17.2 En el hospital

- ✓ Medidas de profilaxis de la infección nosocomial
- ✓ Favorecer la posición en decúbito supino con ligera hiper-extensión de la cabeza
- ✓ Si hay obstrucción nasal aplicar solución salina y aspirar secreciones
- ✓ Administrar líquidos intravenosos si hay escasa ingesta o frecuencia respiratoria > 70 rpm
- ✓ Administrar oxígeno siempre que la saturación de oxígeno < 95%
- ✓ Se recomienda pulsioximetría al ingreso hospitalario, saturación de oxígeno < 90%, pacientes de alto riesgo, apnea, estancia en UTI durante las últimas 48 horas
- ✓ Aplicar la escala de evaluación de la gravedad en las evaluaciones seriadas

17.3 Medidas preventivas para evitar la transmisión en la comunidad

- ✓ Informar a los cuidadores sobre la utilidad del lavado frecuente de manos para evitar el contagio de los virus respiratorios.
- ✓ Limitar el número de visitas, especialmente en aquellos niños más pequeños y prematuros.
- ✓ Evitar el contacto con personas con síntomas respiratorios y evitar los ambientes con alto riesgo de contagio.
- ✓ Educar a los cuidadores sobre los signos y síntomas de la bronquiolitis.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Neumología	CÓDIGO: PR-19-09	Página 12 de 15
	Título: : Protocolo de Manejo de Bronquiolitis Aguda	Edición: Enero 2019	
	Elaborado: Dra. Virginia Díaz pediatra neumóloga	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta. Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Marco Donato, Servicio de Neumología	

17.4 Medidas preventivas para evitar la transmisión asociada a los cuidados de la salud

- ✓ Informar al personal sanitario y a los acompañantes de los pacientes sobre las vías de transmisión y las medidas de control
- ✓ Las manos se deben lavar antes y después del contacto directo con los pacientes y después del contacto con objetos inanimados del entorno del paciente y tras quitarse los guantes.
- ✓ Aislar a los pacientes con bronquiolitis aguda o en su defecto establecer cohortes hospitalarias en función de su etiología.
- ✓ Restringir las visitas de personas con síntomas de infección respiratoria.
- Monitorizar el cumplimiento de las medidas de control.

18. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO ³⁻⁶

La enfermedad es más grave en los niños menores de seis meses, en los tres primeros días de evolución y sobre todo en los niños con factores de riesgo.

La fase más crítica de la enfermedad es durante las primeras 72 horas después de comenzar con la tos y la disnea

La gran mayoría evoluciona hacia la curación en menos de una semana

Un 3% de los niños que consultan en urgencias y hasta un 20% de los pacientes hospitalizados pueden ingresar en UTI.

La duración habitual de los síntomas es de 12 días pero con una duración de la dificultad respiratoria y la dificultad para la alimentación entre 6-7 días.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Neumología	CÓDIGO: PR-19-09	Página 13 de 15
	Título: : Protocolo de Manejo de Bronquiolitis Aguda	Edición: Enero 2019	
	Elaborado: Dra. Virginia Díaz pediatra neumóloga	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta. Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Marco Donato, Servicio de Neumología	

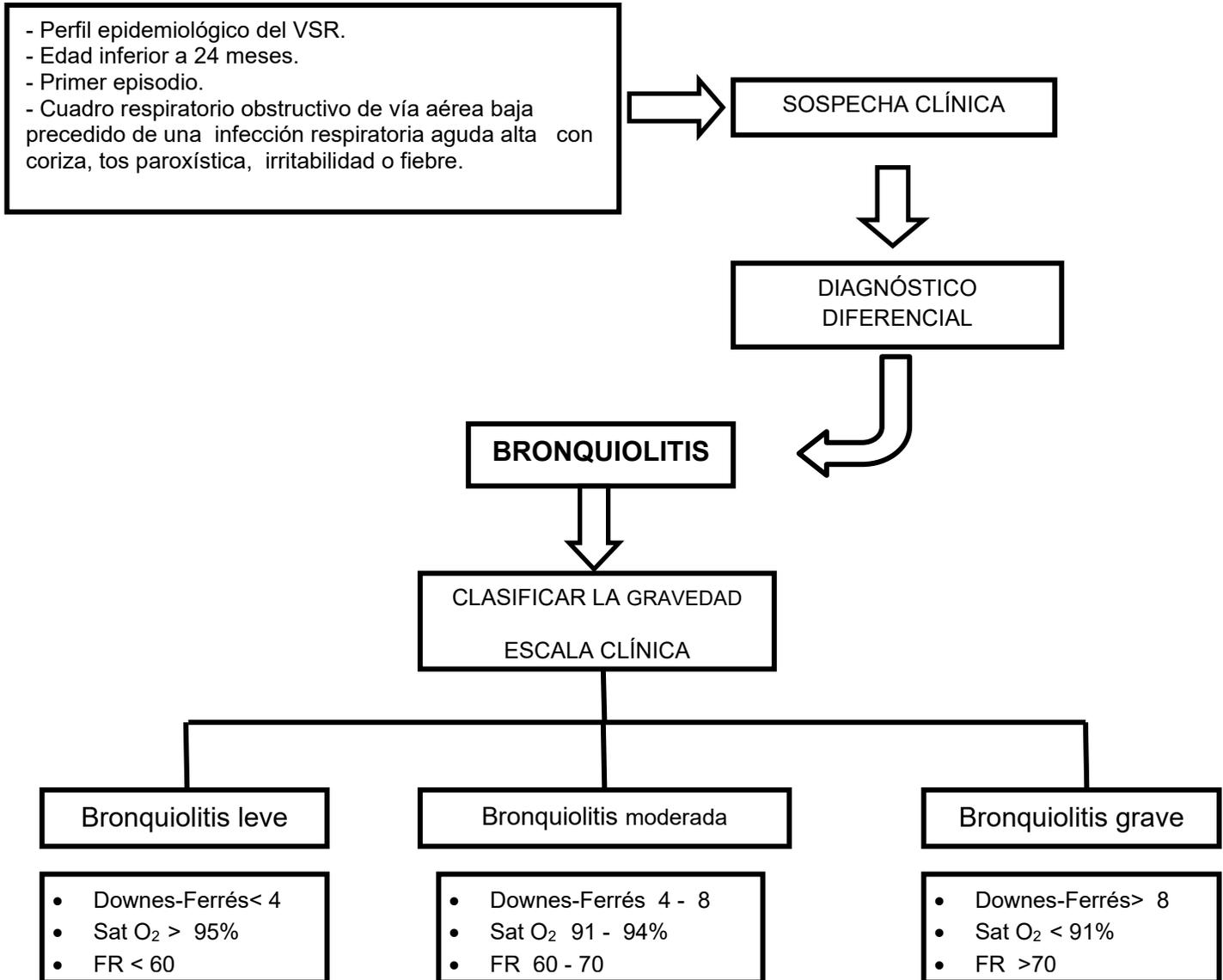
19. BIBLIOGRAFÍA

1. Patronato del Hospital del Niño Doctor José Renán Esquivel. Departamento de registros médicos y estadísticas.
2. Díaz V, López C, Ríos C, Lagrutta F, Morales I, Donato M, López E, *Evaluación del manejo de la bronquiolitis*. Rev. Hosp Niño Panamá 2004;20:98-108
3. Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, Alverson BK, Boley JE, Gadomski AM et al. Clinical Practice guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchitis DOI: 10.1542/peds.2014-27
4. Bronchiolitis in children. NICE guideline Published: 31 May 2015 nice.org.uk/guidance/ng9
5. Piedra PA, Stark AR. Bronchiolitis in infants and children: Treatment, outcome, and prevention. UpToDate, Feb 06, 2019. www.uptodate.com
6. Simó Nebot M, Claret Teruel G, Luaces Cubells C, Estrada Sabadell MD, Pou Fernández J. *Guía de práctica clínica sobre la bronquiolitis aguda: recomendaciones para la práctica clínica*. An Pediatr (Barc). 2010. doi:10.1016/j.anpedi.2010.04.015.
7. Barclay L. AAP: Palivizumab RSV prophylaxis guidelines updated. Pediatrics 2014;134:415-420
8. Kline J, Kalburgi S, Halley T. High Flow Nasal Cannula Therapy for Bronchiolitis Across the Emergency Department and Acute Care Floor. Elsevier. 2018;19(1):40-44.
9. Beggs S, Wong Z, Kaul S, Ogden K, Walters J. High-flow nasal cannula therapy for infants with bronchiolitis. Cochrane Database Syst Rev. 2014;1:1-24.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Neumología	CÓDIGO: PR-19-09	Página 14 de 15
	Título: : Protocolo de Manejo de Bronquiolitis Aguda	Edición: Enero 2019	
	Elaborado: Dra. Virginia Díaz pediatra neumóloga	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta. Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Marco Donato, Servicio de Neumología	

ANEXOS

Algoritmo diagnóstico de la bronquiolitis aguda



	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Neumología	CÓDIGO: PR-19-09	Página 15 de 15
	Título: : Protocolo de Manejo de Bronquiolitis Aguda	Edición: Enero 2019	
	Elaborado: Dra. Virginia Díaz pediatra neumóloga	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta. Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dr. Marco Donato, Servicio de Neumología	

Algoritmo terapéutico de la bronquiolitis

