	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		Página 1 de 25
	ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE BRONQUIOLITIS AGUDA EN NIÑOS Y NIÑAS	CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.270925 VIGENCIA: 2025-2030

LINEAMIENTO TÉCNICO LT.GM.DDSS.AAIP.270925 ABORDAJE DE LA BRONQUIOLITIS AGUDA EN NIÑOS Y NIÑAS

ELABORADO POR:	Programa de Normalización de la Atención del Niño y la Niña Dirección de Fármacoepidemiología. Servicio de Neumología y Terapia Respiratoria, Servicio de Emergencias, Jefatura de Medicina, Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera.
PARA:	Personas funcionarias de cada establecimiento de salud que atiende niños y niñas.
AVALADO POR:	Gerencia Médica mediante oficio GM-16456-2025.
OBSERVACIÓN	Sustituye y actualiza LT.GM.DDSS.261018 MANEJO DE LA BRONQUIOLITIS AGUDA EN NIÑOS Y NIÑAS.

RELACIÓN CON NORMATIVA VIGENTE

- Convención sobre los Derechos del Niño (1989).
- Ley N° 7184 Convención sobre los Derechos del Niño (1989) ratificada y adoptada por Costa Rica en 1990.
- Ley N° 7739 Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA), 1998.
- Ley N° 8239 Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud, 2002
- GM-MDD-3848-2018 Estrategia APER 2018.
- Lista oficial de medicamentos vigente.
- Manual Operativo del Reglamento EDUS Referencia y contra referencia GM-AES-MO-019.

JUSTIFICACIÓN


La bronquiolitis viral es una enfermedad infecciosa de las vías respiratorias inferiores, la cual afecta particularmente a la población menor de 2 años de edad. Es la causa más frecuente de hospitalización, a nivel mundial, en lactantes durante sus primeros 12 meses de vida^{1, 2, 3}.

El virus sincitial respiratorio (VSR) es el germen que más comúnmente afecta a niños y niñas pequeñas. Otros virus como el rinovirus humano, adenovirus, parainfluenza, influenza, metapneumovirus y el

¹ Piedra, P. A., Stark, A. R., Redding, G. & Edwards, M. S. (2023). Bronchiolitis in infants and children: Clinical features and diagnosis. UpToDate [Last updated Oct 16, 2023].

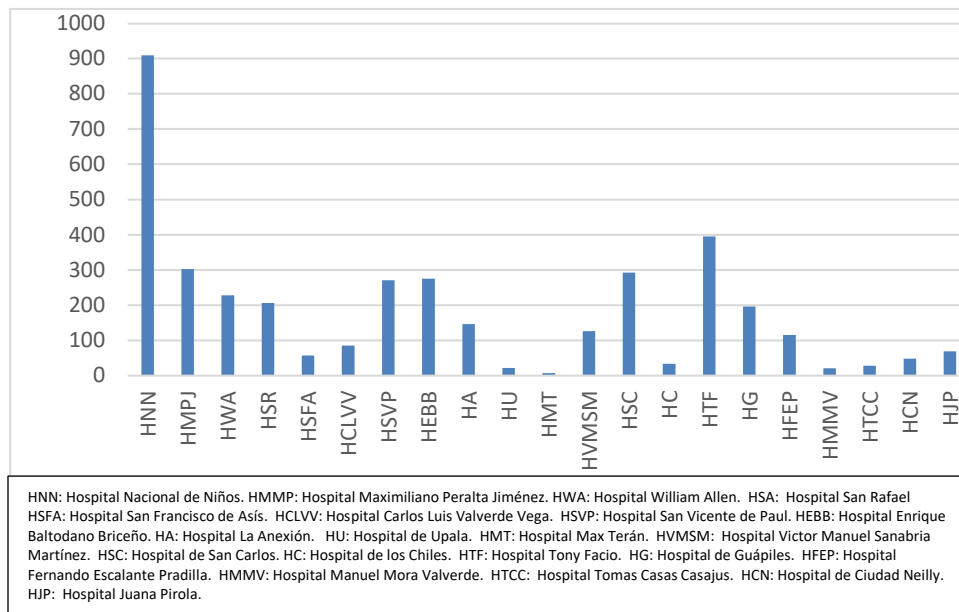
² Bush A, Thomson AH. (2007). Acute bronchiolitis. BMJ. 335(7628):1037-41.

³ Wainwright, C. (2010). Acute viral bronchiolitis in children- a very common condition with few therapeutic options. Paediatr Respir Rev. 11(1):39-45; quiz

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		Página 2 de 25
	ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE BRONQUIOLITIS AGUDA EN NIÑOS Y NIÑAS	CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.270925 VIGENCIA: 2025-2030

coronavirus son otros agentes que comúnmente causan bronquiolititis. El diagnóstico es clínico, y se basa en una buena historia clínica y examen físico⁴. Aunque la prevalencia de la enfermedad es alta, en particular durante el invierno o en época lluviosa en países tropicales, durante la época de la pandemia se observó una caída importante de la misma dada la instauración de medidas no farmacológicas para el control del virus SARS Cov2 (lavado de manos, uso de mascarillas y confinamiento). Sin embargo, a nivel mundial los casos aumentaron de manera exponencial en número y gravedad una vez se levantaron dichas medidas extremas. Por esta razón, nace el concepto de 'deuda de inmunidad' en niños, lo cual describe un aumento de niños susceptibles a dichas infecciones⁵. En Costa Rica, según datos del Área de Estadística en Salud de la CCSS, a partir de lo registrado en el Sistema de Identificación, Agendas y Citas del Expediente Digital Único en Salud, durante el año 2023, fueron atendidos en Consulta Externa de la Red de Servicios de la CCSS, 1482 niños y niñas menores de 2 años con Bronquiolititis Aguda (BQL Aguda) y en los Servicios de Emergencias se reportaron 11087 niños y niñas con este diagnóstico. Con respecto al número de egresos hospitalarios, de este diagnóstico se tiene:

Gráfico 1. Egresos hospitalarios debidos a bronquiolititis aguda según Hospital durante el año 2023, en la Red de Servicios de la CCSS



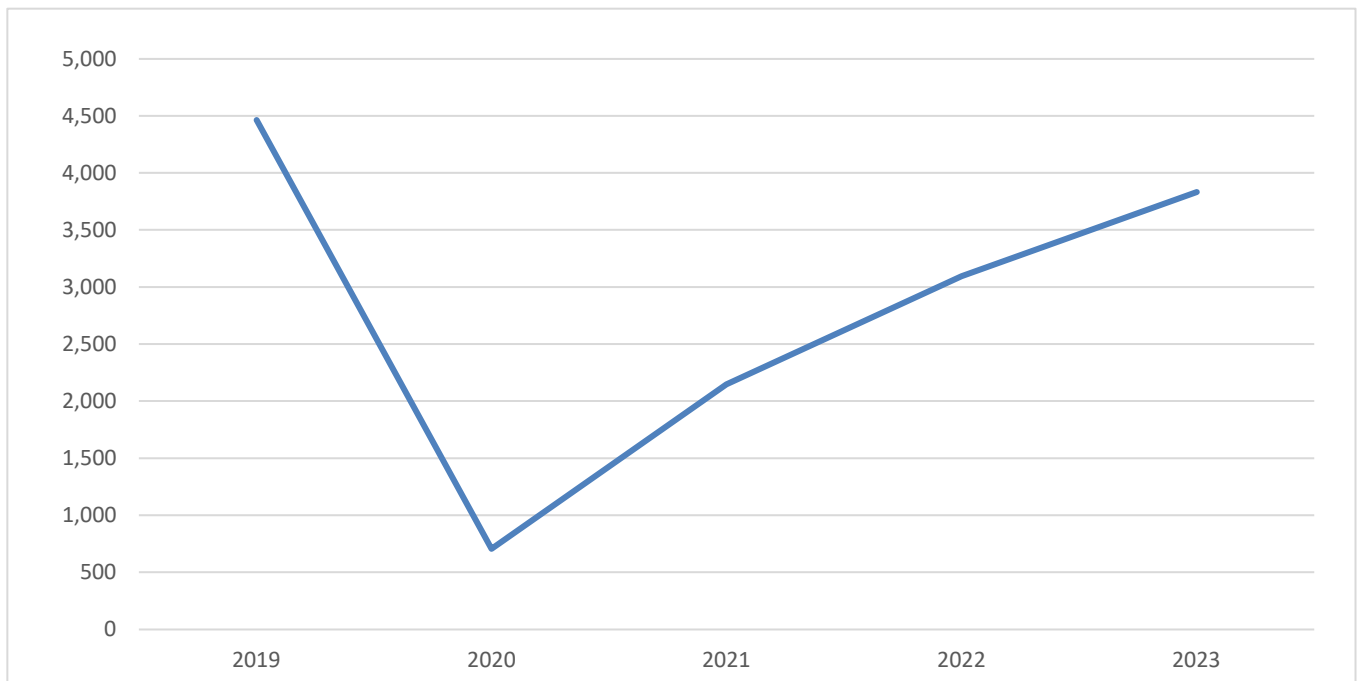
Fuente. Gerencia Médica. Área de Estadística en Salud. 2024.

⁴ Hon, K. L., Leung, A. K. C., Wong, A. H. C., Dudi, A. & Leung, K. K. Y. (2023). Respiratory Syncytial Virus is the Most Common Causative Agent of Viral Bronchiolitis in Young Children: An Updated Review. *Current pediatric reviews*, 19(2), 139–149. <https://doi.org/10.2174/1573396318666220810161945>

⁵ Soni, A., Kabra, S. K. & Lodha, R. (2023). Respiratory Syncytial Virus Infection: An Update. *Indian journal of pediatrics*, 90(12), 1245–1253. <https://doi.org/10.1007/s12098-023-04613-w>


Como se puede observar en el gráfico 1, el Hospital Nacional de Niños, el Hospital Tony Facio de Limón y el Hospital Max Peralta de Cartago, fueron los hospitales con el mayor número de niños y niñas que requirieron hospitalización por bronquiolitis. Es importante la tendencia de los egresos hospitalarios, en los últimos años.

Gráfico 2. Tendencia de egresos hospitalarios, según el año y número de casos egresados en hospitales de la Red de servicios de la CCSS, durante el periodo 2019 al 2023



Fuente. Gerencia Médica. Área de Estadística en Salud. 2024.

Como se puede observar en el gráfico 2, luego de la pandemia, los casos de bronquiolitis han venido poco a poco en aumento. Es claro que mientras se tuvieron todas las medidas de protección para evitar el contagio por SARS COV2, se dio una franca disminución de los casos de BQL hospitalizados, lo que nos demuestra la importancia de estas medidas y su impacto en esta patología tan prevalente en nuestra población pediátrica. Para el año 2023, se presentó un comportamiento atípico en cuanto a gravedad y saturación de los servicios de salud, siendo explicado por el aumento de población susceptible, lo que conlleva a tomar una serie de medidas de contingencia a nivel institucional y la realización de un PLAN INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DURANTE LA ESTACIONALIDAD DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 4 de 25
ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE BRONQUIOLITIS AGUDA EN NIÑOS Y NIÑAS	CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.270925 VIGENCIA: 2025-2030

La actualización del presente lineamiento se fundamenta en la más reciente evidencia científica. Se utiliza el formato institucional vigente, y posteriormente se somete el trabajo al análisis del grupo de expertos que laboran en el Servicio de Neumología, Pediatría y Emergencias del Hospital Nacional de Niños.

OBJETIVO

Estandarizar el manejo institucional de bronquiolitis en niños y niñas atendidos en la Red de Servicios de la CCSS.

FUNDAMENTACIÓN

1. DEFINICIÓN DE CASO

La bronquiolitis viral es una enfermedad infecciosa en las vías respiratorias inferiores que afecta principalmente a la población menor de 2 años de edad y se caracteriza por inflamación aguda, aumento en la producción de moco y necrosis de las células epiteliales de las vías aéreas pequeñas. Clínicamente se puede definir como: un episodio de sibilancias en un niño o niña menor de 24 meses que presenta hallazgos físicos de una infección respiratoria viral inferior y ninguna otra explicación para las sibilancias⁶.


2. ETIOLOGÍA⁷

La bronquiolitis es causada por virus. Las frecuencias relativas de diferentes etiologías virales específicas varían según la temporada y de año en año. El virus respiratorio sincitial (VRS) es generalmente la causa más común, seguido por el rinovirus. Causas menos comunes incluyen el virus parainfluenza, el metapneumovirus humano, el virus de la influenza, el adenovirus, los coronavirus (incluido COVID-19) y el bocavirus humano.

- **VRS:** Es la causa más común de bronquiolitis y el virus detectado con mayor frecuencia como único patógeno. Es ubicuo en todo el mundo y causa brotes estacionales. En climas tropicales, los brotes estacionales suelen estar asociados con la temporada de lluvias.
- **Rinovirus:** Principal causante del resfriado común, con más de 170 serotipos. Se asocia con infecciones del tracto respiratorio inferior en niños y niñas pequeños y personas con

⁶ Avila, L. et al. (2010) Actualización en el abordaje y el manejo del paciente con bronquiolitis en Costa Rica. Acta Pediátrica Costarricense;22(2): pp. 104-112.


⁷ Piedra, P. A., Stark, A. R., Redding, G. & Edwards, M. S. (2023). Bronchiolitis in infants and children: Clinical features and diagnosis. UpToDate [Last updated October 16, 2014].

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 5 de 25
ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE BRONQUIOLITIS AGUDA EN NIÑOS Y NIÑAS	CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.270925 VIGENCIA: 2025-2030

enfermedades pulmonares crónicas como el asma. Se detectan frecuentemente infecciones virales duales.

- **Virus parainfluenza:** El tipo 3 está asociado con epidemias estacionales en algunos países. Los tipos 1 y 2 también pueden causar bronquiolitis, aunque la presentación más común es el crup.
- **Metapneumovirus humano:** A menudo ocurre junto con otras infecciones virales y ha sido identificado como causa de bronquiolitis y neumonía en niños y niñas.
- **Virus de la influenza:** Las manifestaciones en el tracto respiratorio inferior son clínicamente indistinguibles de las causadas por VRS o virus parainfluenza. Tiende a causar fiebre muy elevada.
- **Adenovirus:** Puede causar infecciones del tracto respiratorio inferior, incluyendo bronquiolitis, bronquiolitis obliterante y neumonía, aunque típicamente causa faringitis y coriza.
- **Coronavirus:** Los coronavirus humanos endémicos causan comúnmente resfriados, pero también pueden causar infecciones del tracto respiratorio inferior, incluida la bronquiolitis. El SARS-CoV-2 puede causar bronquiolitis y otros síndromes clínicos. Otros coronavirus como el SARS-CoV-1 y el MERS-CoV también pueden causar infecciones graves.
- **Bocavirus humano:** Causa infecciones del tracto respiratorio superior e inferior de manera estacional, pudiendo provocar bronquiolitis y enfermedades similares a la tos ferina.

El síndrome clínico de bronquiolitis puede superponerse con los hallazgos clínicos de la neumonía bacteriana atípica (*Mycoplasma pneumoniae*) y la infección por tos ferina, aunque estas etiologías son mucho menos comunes.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		Página 6 de 25
	ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE BRONQUIOLITIS AGUDA EN NIÑOS Y NIÑAS	CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.270925 VIGENCIA: 2025-2030

3. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para la bronquiolitis grave o complicada incluyen^{8,9,10,11 y 12}:

- Prematuridad (edad gestacional ≤ 37 semanas)
- Bajo peso al nacer
- Edad < 12 semanas
- Enfermedad pulmonar crónica, particularmente displasia broncopulmonar.
- Inmunodeficiencia.
- Defectos anatómicos de las vías respiratorias (por ejemplo, laringomalacia, fístula traqueoesofágica).
- Enfermedad cardíaca congénita.
- Enfermedad neurológica (en particular enfermedades neuromusculares).
- Factores de riesgo ambientales y otros, como el tabaquismo pasivo, el hacinamiento en el hogar, la asistencia a guarderías, haber nacido aproximadamente dos meses antes o después del inicio de la epidemia, hermanos nacidos al mismo tiempo, hermanos mayores, gran altitud (> 2500 metros) y la contaminación del aire exterior o interior, también pueden contribuir a una enfermedad más grave.

4. DIAGNÓSTICO¹³

El diagnóstico de la BQL es *clínico*. Las características clínicas contemplan: síntomas de las vías respiratorias superiores como fiebre, rinorrea y congestión durante dos a cuatro días, seguidos de síntomas de las vías respiratorias inferiores como tos creciente, taquipnea, disnea, aumento del esfuerzo respiratorio y dificultad para alimentarse. Los hallazgos físicos comunes incluyen sibilancias y estertores, además de signos de aumento del esfuerzo respiratorio como gruñidos, aleteo nasal o retracciones.

⁸ Smith, D. K., Seales, S. & Budzik, C. (2017). Respiratory syncytial virus bronchiolitis in children. *American family physician*, 95(2), 94-99.


⁹ Meissner, H. C. (2003). Selected populations at increased risk from respiratory syncytial virus infection. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 22(S40).

¹⁰ Mansbach, J. M. et al. (2012). Prospective multicenter study of children with bronchiolitis requiring mechanical ventilation. *Pediatrics*, 130(e492).

¹¹ Hasegawa, K. et al. (2015). Risk factors for requiring intensive care among children admitted to ward with bronchiolitis. *Academic Pediatrics*, 15(77).

¹² Butler, J., Gunnarsson, R., Traves, A. & Marshall, H. (2019). Severe respiratory syncytial virus infection in hospitalized children less than 3 years of age in a temperate and tropical climate. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 38(6).

¹³ Smith, D. K., Seales, S. & Budzik, C. (2017). Respiratory syncytial virus bronchiolitis in children. *American family physician*, 95(2), 94-99.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 7 de 25
ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE BRONQUIOLITIS AGUDA EN NIÑOS Y NIÑAS	CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.270925 VIGENCIA: 2025-2030

En el siguiente link se pueden observar diferentes signos de dificultad respiratoria en un niño o niña lactante.

Figura 1. Video sobre signos de dificultad respiratoria pediátricos¹⁴



Fuente. <https://youtu.be/K8JpypHNHO8?feature=shared>

5. COMPLICACIONES^{15 16}


- **Neumonía por aspiración**

La bronquiolitis puede complicarse con neumonía por aspiración. El riesgo de aspiración aumenta durante la bronquiolitis activa y se resuelve semanas después, cuando la taquipnea y el esfuerzo

¹⁴ Este video se puede visualizar únicamente si usted utiliza su dispositivo electrónico personal.

¹⁵ Florin, T. A., Plint, A. C. & Zorc, J. J. (2017). Viral bronchiolitis. *The Lancet*, 389(10065), 211-224.

¹⁶ Hasegawa, K. et al. (2015). Risk factors for requiring intensive care among children admitted to ward with bronchiolitis. *Academic Pediatrics*, 15(77).

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		Página 8 de 25
	ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE BRONQUIOLITIS AGUDA EN NIÑOS Y NIÑAS	CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.270925

respiratorio disminuyen.

- **Apnea**

La bronquiolitis puede complicarse con apnea, especialmente en bebés prematuros y menores de dos meses (edad postmenstrual <48 semanas). El riesgo de apnea no es específico de un patógeno en particular. La presentación con apnea es un factor de riesgo para fallo respiratorio y la necesidad de ventilación mecánica.

- **Fallo respiratorio**

Aproximadamente el 5 al 10% de los pacientes con bronquiolitis desarrollan una insuficiencia respiratoria severa que requiere soporte respiratorio avanzado y el 1 al 2% requieren intubación y ventilación mecánica. Los lactantes menores de dos meses, los prematuros y aquellos con condiciones médicas crónicas subyacentes tienen más probabilidades de requerir intubación.


- **Infección bacteriana secundaria**

Con la excepción de la otitis media, la infección bacteriana secundaria es poco común entre los lactantes y niños pequeños con bronquiolitis. El riesgo de neumonía bacteriana secundaria aumenta entre los niños o niñas que requieren admisión a la unidad de cuidados intensivos pediátricos, particularmente aquellos que requieren intubación.

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL¹⁷


- **Sibilancias recurrentes desencadenadas por virus o asma:** Las sibilancias recurrentes son una consideración importante en el diagnóstico diferencial de la bronquiolitis en lactantes mayores y niños o niñas pequeños. Un historial de episodios de sibilancias recurrentes y antecedentes familiares o personales de asma, eczema y atopia apoyan el diagnóstico de asma. Sin embargo, durante el primer episodio de sibilancias, es difícil distinguir entre bronquiolitis y asma.
- **Neumonía Bacteriana:** Puede ser difícil distinguir la neumonía bacteriana de la bronquiolitis en niños o niñas pequeños debido a que los síntomas y signos de ambas condiciones no son específicos. Los niños o niñas con neumonía bacteriana pueden parecer más enfermos (por ejemplo, fiebre más alta), pero las características clínicas no pueden diferenciar de manera confiable entre la infección bacteriana y la viral del tracto respiratorio inferior.
- **Infección por *Bordetella pertussis*:** La presentación clínica de la infección por *Bordetella*.

¹⁷ Piedra, P. A., Stark, A. R., Redding, G. & Edwards, M. S. (2023). Bronchiolitis in infants and children: Clinical features and diagnosis. UpToDate [Last updated October 16, 2023].

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 9 de 25
ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE BRONQUIOLITIS AGUDA EN NIÑOS Y NIÑAS	CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.270925 VIGENCIA: 2025-2030

pertussis en lactantes puede ser similar a la de la bronquiolitis. Los lactantes con tosferina pueden no presentar el característico "whoop" o estridor inspiratorio, muchos de los niños menores de 2 meses inician su cuadro con periodos de apnea y pueden tener una tos no paroxística. Se requieren pruebas microbiológicas para el diagnóstico.

- **Anomalías de las vías respiratorias y enfermedades pulmonares:** Se debe sospechar una condición subyacente de las vías respiratorias o pulmonar en niños o niñas con síntomas prolongados o recurrentes, estridor, infecciones respiratorias recurrentes, bajo aumento de peso o aspiración recurrente. Los niños o niñas con anomalías de las vías respiratorias (por ejemplo, laringomalacia, traqueomalacia) o enfermedades pulmonares pueden tener un episodio agudo de bronquiolitis superpuesto, y en algunos casos, el trastorno subyacente no se reconoce antes del episodio agudo.
- **Aspiración de cuerpo extraño:** Las características clínicas de la aspiración de cuerpo extraño pueden incluir un historial de asfixia (no siempre presente), sibilancias monofónicas focales, disminución de la entrada de aire o variación regional en la ventilación. Se debe mantener un alto índice de sospecha para proporcionar tratamiento definitivo.
- **Neumonía por aspiración:** Puede ocurrir como complicación de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y/o disfunción de la deglución, o como complicación de la bronquiolitis. Las características clínicas asociadas con la aspiración pueden incluir tos durante la alimentación, reflejo de succión débil, cianosis durante la alimentación y estridor recurrente o crónico.
- **Cardiopatías congénitas e insuficiencia cardíaca:** Los hallazgos clínicos sugestivos de cardiopatía congénita e insuficiencia cardíaca incluyen dificultades de alimentación, bajo aumento de peso, anormalidades en el examen cardiovascular (por ejemplo, soplo patológico, sonido cardíaco anormal, ritmo de galope, pulsos de las extremidades inferiores disminuidos), hepatomegalia, cardiomegalia y/o edema pulmonar en la radiografía de tórax. Los niños o niñas con cardiopatías congénitas subyacentes pueden tener un episodio agudo de bronquiolitis superpuesto y en algunos casos, la enfermedad cardíaca subyacente no se reconoce antes del episodio agudo.
- **Anillos Vasculares:** Aunque es más común el estridor, los niños con anillos vasculares también pueden tener sibilancias. La flexión anterior de la tráquea en la radiografía lateral del tórax puede ser una pista, pero generalmente se necesitan otras modalidades de imagen para un diagnóstico definitivo.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		Página 10 de 25
	ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE BRONQUIOLITIS AGUDA EN NIÑOS Y NIÑAS	CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.270925

7. EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD¹⁸

Para determinar la severidad de la bronquiolitis, se evalúan los siguientes parámetros clínicos.

- **Frecuencia respiratoria**
- **Esfuerzo respiratorio** (por ejemplo, retracciones y uso de músculos accesorios, gruñidos, aleteo nasal)
- **Saturación de oxígeno (SpO₂):** La SpO₂ debe interpretarse en el contexto de otros signos clínicos, el estado del paciente (por ejemplo, despierto, dormido, tosiendo, etc.) y la altitud.
- **Episodios de apnea** de más de 10 segundos
- **Estado mental y capacidad de respuesta** (es decir, si el lactante parece estar cansándose).

De esta manera la bronquiolitis se puede clasificar clínicamente en:

- **Bronquiolitis leve** tienen poco o ningún distrés respiratorio y un estado mental y nivel de actividad normales.
- **Bronquiolitis moderadamente** suelen estar taquipneicos con un aumento moderado del trabajo respiratorio (es decir, retracciones leves a moderadas sin gruñidos ni movimientos de cabeza), sin apnea y con un nivel de alerta normal.
- **Bronquiolitis grave** tienen taquipnea persistente y un distrés respiratorio considerable (es decir, retracciones, gruñidos, aleteo nasal, movimientos de cabeza). Otros hallazgos que indican enfermedad grave incluyen apnea y/o mala capacidad de respuesta. La apnea ocurre con mayor frecuencia en lactantes prematuros y aquellos menores de 2 meses.

Se han desarrollado una serie de escalas de evaluación clínica que son importantes para definir severidad y ver la evolución clínica. Entre ellas se encuentra la escala de Wood Downes Ferrés.

¹⁸ Huerta Barrón, L. (2015). Escalas de severidad Wood Downes modificada por Ferrés y Tal modificada para bronquiolitis aguda. Hospital María Auxiliadora 2014.


	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		Página 11 de 25
	ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE BRONQUIOLITIS AGUDA EN NIÑOS Y NIÑAS	CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.270925 VIGENCIA: 2025-2030

Tabla 1. Escala Wood Downes Ferres

Parámetro	0	1	2	3
Sibilancias	NO	Final espiración	Toda espiración	Espiración más inspiración
Tiraje	NO	Subcostal, intercostal e inferior	Lo anterior más supraclavicular y aleteo nasal.	Todo lo anterior más supraesternal
Entrada de aire	Buena (simetría)	Regular (simétrica)	Muy disminuida	Tórax silente
Cianosis	NO	SI		
Frecuencia cardíaca	<120	>120		
Frecuencia respiratoria	<30	31-45	46-60	>60

Gravedad según puntuación: 1-3 leve, 4-7 moderada 8-14 grave.

Fuente. Wood (1972) y Barrientos-Salazar (2022)¹⁹⁻²⁰.

En este enlace se puede puntuar de manera online, dicha escala²¹.

<https://www.samiuc.es/escala-de-wood-downes-ferres-bronquiolitit/>

8. CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN²²

Los niños o niñas con bronquiolitit que presenten estos criterios deberán valorarse hospitalización para su manejo y seguimiento:


- Apariencia tóxica o letargo.
- Dificultad respiratoria moderada a grave (puntuación de severidad respiratoria ≥ 5). (Ver 'Evaluación de la severidad arriba.)

¹⁹Wood, D. W., Downes, J. J. & Leeks, H. I. (1972). A clinical scoring system for the diagnosis of respiratory failure: preliminary report on childhood status asthmaticus. American Journal Of Diseases Of Children, 123(3), 227-228.

²⁰ Barrientos-Salazar, P. F. (2022). Correlación de la saturación de oxígeno con el score wood downes-ferrés versus score tal modificado para determinar severidad en pacientes con bronquiolitit aguda.

²¹ Este enlace se puede visualizar únicamente si usted utiliza su dispositivo electrónico personal.

²² Piedra, P. A. & Stark, A. R. (2024). Bronchiolitit in infants and children: Treatment; outcome; and prevention. UpToDate.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 12 de 25
ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE BRONQUIOLITIS AGUDA EN NIÑOS Y NIÑAS	CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.270925 VIGENCIA: 2025-2030

- Apnea.
- Hipoxemia que requiere terapia de oxígeno: los pacientes con niveles de saturación de oxígeno (SpO₂) persistentemente bajos (menor o igual a 92%) generalmente requieren hospitalización para monitoreo y terapia de oxígeno. Sin embargo, los niveles de SpO₂ deben interpretarse en el contexto de otros signos clínicos. Los episodios transitorios de desaturación que se resuelven por sí mismos son muy comunes en lactantes con bronquiolitis, y este hallazgo por sí solo generalmente no justifica la hospitalización.
- Mala alimentación y/o deshidratación.
- Cuidadores que no pueden atender al lactante en casa o viven muy lejos.


9. TRATAMIENTO²³

Los tratamientos recomendados incluyen mantener el estado nutricional, hidratación y la saturación de oxígeno $\geq 92\%$. No se recomiendan los broncodilatadores, corticosteroides sistémicos o inhalados, antihistamínicos, antitusivos, anticolinérgicos, antibióticos (a menos que haya una infección bacteriana confirmada o sospechada), ni la epinefrina en pacientes hospitalizados.

10. MEDIDAS DE PREVENCIÓN

- **Vacunación**
La vacuna contra el virus respiratorio sincitial (VRS) está en desarrollo y puede ser una herramienta crucial en la prevención de la bronquiolitis en el futuro.
La inmunoprofilaxis con palivizumab, un anticuerpo monoclonal, está indicada para lactantes con alto riesgo de enfermedad grave por VRS, como aquellos con displasia broncopulmonar, cardiopatía congénita hemodinámicamente significativa o prematuros. En Costa Rica se establecen los criterios de aplicación de este medicamento cada año.
- **Higiene de Manos**
Lavarse las manos con frecuencia y enseñar a los niños y niñas a hacerlo puede reducir significativamente la transmisión de virus que causan bronquiolitis.
El uso de desinfectantes de manos a base de alcohol también es eficaz para prevenir la propagación de infecciones respiratorias.
- **Evitar el contacto con personas enfermas**
Mantener a los lactantes alejados de individuos con síntomas de resfriado o gripe puede reducir el riesgo de infección.

²³ Piedra, P. A. & Stark, A. R. (2024). Bronchiolitis in infants and children: Treatment; outcome; and prevention. UpToDate.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 13 de 25
ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE BRONQUIOLITIS AGUDA EN NIÑOS Y NIÑAS	CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.270925 VIGENCIA: 2025-2030

Limitar la exposición a lugares concurridos durante la temporada de VRS, que suele ser en los meses de invierno, también es recomendable.

- **Ambiente libre de humo**

El humo del tabaco puede aumentar la susceptibilidad a infecciones respiratorias. Crear un ambiente libre de humo es crucial para proteger a los lactantes de la bronquiolitis.

Evitar el tabaquismo pasivo en el hogar y el automóvil contribuye a una mejor salud respiratoria infantil.

- **Lactancia Materna**

La lactancia materna ofrece una protección adicional contra infecciones respiratorias debido a los anticuerpos y factores inmunológicos presentes en la leche materna.

Se recomienda la lactancia materna exclusiva durante al menos los primeros seis meses de vida y luego hasta los 2 años y más.

- **Control de infecciones en guarderías**

Implementar políticas estrictas de higiene y control de infecciones en guarderías y centros de cuidado infantil.

Asegurar que los juguetes y superficies sean desinfectados regularmente para prevenir la transmisión de virus entre los niños.

- **Educación de los Cuidadores**

Informar a los padres y cuidadores sobre la importancia de las medidas preventivas y los signos de alarma de la bronquiolitis.


- **Evitar o disminuir emisiones tanto dentro de hogares como afuera**

Es importante informar sobre la importancia de prevenir la exposición a contaminantes dentro del hogar (ej. Humo de leña, lámparas de canfín o queroseno) y fuera del hogar (ej. quemadas de basura, fábricas, etc).

- **Inmunización con Palivizumab**

En Costa Rica desde hace varios años existe la Clínica de Aplicación del Palivizumab, en el Hospital Nacional de Niños, a la cual, se envían niños y niñas con factores de riesgo para la colocación del anticuerpo monoclonal. Para ser candidato a la aplicación de este medicamento se tienen estrictos criterios de referencia que son a partir del año 2025 (oficio GM-CCF-2660-2024):

- Prematuros(as) < 32 semanas de edad gestacional al nacer o < 1500 g de peso al nacer, y que al inicio del período de alta circulación viral tenga menos de 1 año.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 14 de 25
ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE BRONQUIOLITIS AGUDA EN NIÑOS Y NIÑAS	CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.270925 VIGENCIA: 2025-2030

- Lactantes con cardiopatías congénitas termodinámicamente significativas no resueltas o cardiopatía cianógena secundaria a cardiopatía de alta complejidad, y que al inicio del período de alta circulación viral tenga menos de 1 año.

DESCRIPCIÓN DEL LINEAMIENTO

DETECCIÓN: Esta condición se detecta en general en los Servicios de Emergencias/Urgencias, de los tres niveles de atención y consultas de morbilidad de los EBAIS.

CODIFICACIÓN: para esta condición se utilizará los códigos CIE 10 que están en EDUS:

J21: Bronquiolitis

DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico es clínico por medio de la historia clínica y examen físico.

LABORATORIO Y GABINETE: Los estudios de laboratorio y gabinete, no son necesarios, para definir el diagnóstico.


- **Radiografía de tórax**

Se considera de utilidad para el diagnóstico diferencial o para descartar complicaciones. No se realizará de manera rutinaria.

- **Laboratorio**

En los casos que requieren manejo hospitalario deberá valorarse -de manera individual- la necesidad de realizar exámenes complementarios como hemograma completo, proteína C reactiva, pruebas de función hepática, pruebas de función renal, glicemia, electrolitos, examen general de orina, hemocultivo y celularidad y bioquímica del líquido cefalorraquídeo para mejorar el abordaje y establecer diagnóstico diferencial.

La inmunofluorescencia de las secreciones nasofaríngeas obtenidas por aspirado es el método más utilizado para la determinación del agente etiológico. Sin embargo, se debe recalcar que la confirmación etiológica de forma rutinaria se considera innecesaria. Su utilidad es epidemiológica.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 15 de 25
ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE BRONQUIOLITIS AGUDA EN NIÑOS Y NIÑAS	CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.270925 VIGENCIA: 2025-2030

ABORDAJE EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS Y CONSULTAS DE MORBILIDAD EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN

CONSULTA EN EMERGENCIAS/ URGENCIAS O MORBILIDAD EN EBAIS	INTERVENCIONES
	<p>EVALUAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signos vitales incluyendo saturación de oxígeno. • Historia clínica con énfasis en detección de factores de riesgo y recurrencia de los síntomas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Prematuridad (edad gestacional ≤ 37 semanas) ✓ Bajo peso al nacer ✓ Edad <12 semanas ✓ Enfermedad pulmonar crónica, particularmente displasia broncopulmonar. ✓ Inmunodeficiencia. ✓ Defectos anatómicos de las vías respiratorias (por ejemplo, laringomalacia, fistula traqueoesofágica, malformaciones craneofaciales). ✓ Enfermedad cardíaca congénita hemodinámicamente significativa. ✓ Enfermedad neurológica. ✓ Factores de riesgo ambientales y otros, como el tabaquismo pasivo, el hacinamiento en el hogar, la asistencia a guarderías, haber nacido aproximadamente dos meses antes o después del inicio de la epidemia, hermanos nacidos al mismo tiempo, hermanos mayores, gran altitud (>2500 metros) y la contaminación del aire exterior, también pueden contribuir a una enfermedad más severa. • Examen físico en busca de signos de dificultad y ruidos respiratorios anormales: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tirajes ✓ Disminución en la entrada de aire ✓ Aleteo nasal ✓ Cianosis. ✓ Taquipnea. ✓ Taquicardia ✓ Sibilancias o estertores.



- Definición de diagnóstico.
- Clasificación de severidad: utilizar la escala Escala de Woods Downes Ferres

Escala de Woods Downes Ferres

Parámetro	0	1	2	3
Sibilancias	NO	Final expiración	Toda expiración	Expiración más inspiración
Tiraje	NO	Subcostal, intercostal e inferior	Lo anterior más supraclavicular y aleteo nasal.	Todo lo anterior más supraesternal
Entrada de aire	Buena (simetría)	Regular (simétrica)	Muy disminuida	Tórax silente
Cianosis	NO	SI		
Frecuencia cardíaca	<120	>120		
Frecuencia respiratoria	<30	31-45	45-60	>60

Código QR: Escala de Woods Downes Ferres
(versión digital)





**CONSULTA EN
EMERGENCIAS/
URGENCIAS O
MORBILIDAD
EN EBAIS**

Gravedad según puntuación:


- **Leve:** De 1 a 3 puntos.
- **Moderada:** De 4 a 7 puntos.
- **Grave:** Mayor o igual

CASO LEVE:

- Poco o ningún signo de dificultad respiratoria.
- Estado mental y nivel de actividad normales.
- Saturación de oxígeno $\geq 92\%$
- Escala de Woods Downes Ferres: ≤ 3 puntos.

INDICAR

- Recomendaciones para manejo en el domicilio por parte de la familia (anexo 1):
 - a. Mantener una adecuada hidratación y la lactancia materna
 - b. La alimentación debe ser fraccionada para mantener el volumen diario requerido, con tomas de menor cantidad, pero más frecuentes que lo acostumbrado
 - c. En caso de temperatura mayor a 38.5 grados Celsius, administrar acetaminofén 10-15 mg/kg/dosis cada 6 horas
 - d. Aplicar 1 o 2 gotas de suero fisiológico a nivel nasal, esperar un instante y luego aspirar secreciones nasales con pera en forma superficial 2 o 3 veces al día. Si no se cuenta con suero fisiológico, se puede recomendar que la familia utilice esta receta: a 8 onzas (250 ml) de agua limpia y tibia, agregue un cuarto de cucharadita de sal, disuelva y guarde en un frasco limpio en refrigeración hasta por 7 días)
 - e. Estar vigilantes de signos de alarma como pausas en la respiración, dificultad para respirar, labios y uñas con coloración azulada, irritabilidad, agitación, somnolencia, fiebre elevada y rechazo o fatiga a la alimentación para solicitar una nueva valoración médica
 - f. Mantener al niño o niña en posición +30 grados en decúbito supino (boca arriba).
 - g. No utilizar antitusivos, antihistamínicos sedantes ni mucolíticos.
 - h. Extremar medidas de higiene, sobre todo lavado de manos y evitar exponer al niño a personas enfermas.
 - i. Evitar contacto con el humo del tabaco.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 18 de 25
ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE BRONQUIOLITIS AGUDA EN NIÑOS Y NIÑAS	CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.270925 VIGENCIA: 2025-2030

	<ul style="list-style-type: none"> • Referencia a Trabajo Social del mismo establecimiento de salud según Red de Servicios: si se detectan factores de vulnerabilidad o riesgo social. • Referencia a Clínica de Cesación de Fumado según la Red de Servicios: si se detecta fumado en la familia. • Referencia a Consulta Externa de Pediatría: si se detecta cuadros de sibilancias recurrentes.
CONSULTA EN EMERGENCIAS/ URGENCIAS O MORBILIDAD EN EBAIS	<p>CASO MODERADO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taquipnea • Taquicardia • Signos de dificultad respiratoria moderados. • Saturación de oxígeno $\leq 92\%$ • Escala de Woods Downes Ferres: 4-7 puntos <p>INDICAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasar al área de observación pediátrica del Servicio de Emergencias o traslado del niño o niña a un centro hospitalario, según criterio médico. • Interconsulta a profesional médico en Pediatría o su lugar Emergencias. • Monitoreo de signos vitales y saturación de oxígeno. • Suspender vía oral según clínica y criterio de médico tratante. • Oxigenoterapia por naso cánula a 1 -2 litros por minuto. Mantener saturación de oxígeno $\geq 92\%$. Valorar continuamente ante empeoramiento cínico la necesidad del uso de un método de ventilación no invasiva. • Fluidoterapia si se requiere (ingesta oral insuficiente o la dificultad respiratoria clínicamente podría generar un riesgo de broncoaspiración): <ul style="list-style-type: none"> ○ En casos de deshidratación moderada: suero fisiológico a 10 cc / kg en 30 – 60 minutos y repetir si es necesario. ○ Luego mantener con solución de mantenimiento (solución mixta agregando 20 mEq/L de potasio una vez establecida una diuresis mayor igual a 1 ml/kg/hora y potasio sérico ≤ 4.5 MEq/L. (70-80% requerimientos) • Realizar succión nasal: colocar suero fisiológico en fosas nasales y



aspirar con pera. No realizar aspiraciones “profundas”

- Controlar la temperatura con acetaminofén o ibuprofeno, si es necesario.
- Valorar una prueba terapéutica con salbutamol en: los niños o niñas mayores de 6 meses que presentan episodios previos de sibilancias, bronquiolitis por rinovirus y/o antecedentes familiares de asma o atopia. Si hay respuesta, valorar continuar con el uso de broncodilatadores y la aplicación de esteroides orales o sistémicos por 5 días.
- Radiografía de tórax si se sospecha de complicaciones.
- Valorar evolución clínica. Si empeora, aplicar la atención del caso grave.
- **Hospitalizar si cumple con criterios de hospitalización:**
 - ✓ Apariencia tóxica o letargo.
 - ✓ Distrés respiratorio moderado a severo persistente (puntuación de severidad respiratoria ≥ 5).
 - ✓ Presentación de una apnea durante el episodio clínico.
 - ✓ Hipoxemia que requiere terapia de oxígeno ($SO_2 \leq 92\%$ persistente a pesar del periodo de observación)
 - ✓ Mala alimentación y/o deshidratación.
 - ✓ Padre, madre o persona encargada que no pueden atender al lactante en casa o viven muy lejos.


CONSULTA EN EMERGENCIAS/ URGENCIAS O MORBILIDAD EN EBAIS

CASO GRAVE

- Taquipnea
- Taquicardia
- Signos de dificultad respiratoria severos.
- Saturación de oxígeno $\leq 90\%$
- Presentación de apnea.
- Escala de Woods Downes Ferres: ≥ 8 puntos.


INDICAR

- Pasar al área de observación pediátrica del Servicio de Emergencias o traslado urgente del niño o niña a un centro hospitalario con atención pediátrica.
- Interconsulta a profesional médico en Pediatría y en su lugar de Emergencias.
- Monitoreo de signos vitales y saturación de oxígeno.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 20 de 25
ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE BRONQUIOLITIS AGUDA EN NIÑOS Y NIÑAS	CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.270925 VIGENCIA: 2025-2030

	<ul style="list-style-type: none"> • Dejar NVO. • Oxigenoterapia por método de bajo flujo como: naso cánula a 1 -2 litros por minuto o mascarilla con reservorio. Mantener saturación de oxígeno $\geq 92\%$ si no es posible o la dificultad respiratoria persiste, considerar: <p style="margin-left: 20px;">Cánula de alto flujo (CAF)²⁴:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≤ 10 kg, 2 l/kg/min. • ≥ 10 kg, 2 l/kg/min para los primeros 10 kg + 0,5 l/kg/min por cada kg por encima de 10 (máx. flujo: 50 l/min) • Se puede considerar la presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP) en un niño o niña con bronquiolitis que presenta empeoramiento clínico a pesar de manejo ventilatorio anterior. • Fluidoterapia: <ul style="list-style-type: none"> ○ En casos de deshidratación moderada: suero fisiológico a 10 cc / kg en 30 – 60 minutos y repetir si es necesario. ○ Luego mantener con solución de mantenimiento (solución mixta agregando 20 mEq/L de potasio una vez establecida una diuresis mayor igual a 1 ml/kg/hora y potasio sérico ≤ 4.5 MEq/L) (70-80% requerimientos) • Realizar succión nasal: colocar suero fisiológico en fosas nasales y aspirar con pera. No realizar aspiraciones “profundas”. • Controlar la temperatura con acetaminofén o ibuprofeno, si es necesario. • Valorar una prueba terapéutica con salbutamol en: los niños o niñas mayores de 6 meses que presentan episodios previos de sibilancias, bronquiolitis por rinovirus y/o antecedentes familiares de asma o atopia. Si hay respuesta, valorar continuar con el uso de broncodilatadores y la aplicación de esteroides orales o sistémicos por 5 días. • Radiografía de tórax si se sospecha de complicaciones. • Laboratorios: hemograma, control metabólico, PCR, electrolitos, gases arteriales, inmunofluorescencia viral. • Hospitalizar en el Servicio de Pediatría si se cuenta con Pediatra disponible que vigile evolución de lo contrario debe permanecer en Observación en el Servicio de Emergencias.
--	---

²⁴ Orive, P. F. J., & López Fernández, Y. M. (2021). Alto flujo. *Protoc Diagn Ter Pediatr*, 1, 235-243.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 21 de 25
ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE BRONQUIOLITIS AGUDA EN NIÑOS Y NIÑAS	CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.270925 VIGENCIA: 2025-2030

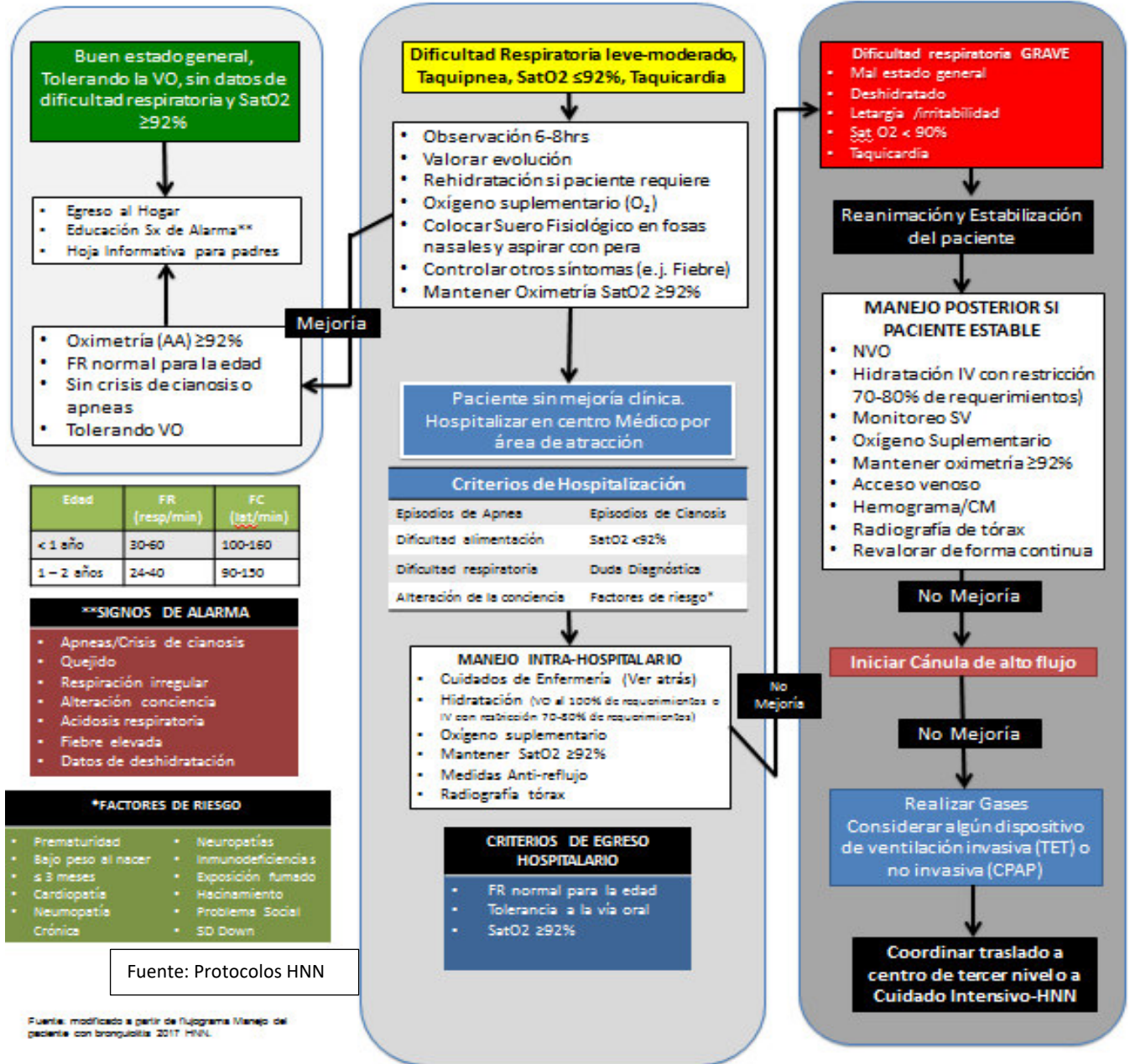
	<p>En casos graves sin respuesta al tratamiento anterior o en franca insuficiencia respiratoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerar intubación endotraqueal. • Coordinar traslado al Hospital Nacional de Niños.
--	--

INTERVENCIONES	
<p>SERVICIO DE PEDIATRÍA DONDE DEL NIÑO O NIÑA SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO</p>	<p>De acuerdo con su clasificación de gravedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de enfermería. • Hidratación (Vía oral al 100% o intravenosa con restricción a 70-80 % de los requerimientos) • Oxígeno suplementario para mantener $SO_2 \geq 92\%$ • Medidas anti-reflujo. <p>Criterios de egreso hospitalario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El niño o niña tiene una frecuencia respiratoria normal para la edad, no presenta datos sugestivos de dificultad respiratoria, la saturación de oxígeno es mayor o igual a 92 por ciento en aire ambiente, y no muestra dificultad para la alimentación. • El usuario mantiene adecuada hidratación. • El padre, madre o persona cuidadora debe de haber recibido la información sobre la evolución natural de la enfermedad, los signos de alarma y son competentes para reconocer los signos y síntomas de deterioro respiratorio. (anexo 1). • Debe existir la posibilidad de acceso a servicios de salud para consultar de nuevo en caso necesario. considerando tiempos de traslado y la condición socio económica de la familia. • Al egresar al niño o niña, deberá elaborarse una referencia al EBAIS que corresponde según red de servicios, para el respectivo seguimiento <p>Criterios de referencia a la Consulta Externa de Pediatría</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niños o niñas con cuadros de sibilancias a repetición. • Niños y niñas con bronquiolitis graves que requirieron intubación.

ABORDAJE DEL NIÑO O NIÑA HOSPITALIZADO POR BRONQUIOLITIS


MANENO DE LA BRONQUIOLITIS

Historia Clínica
 Valoración de Hidratación, Factores de riesgo*, tirajes, cianosis, Estado de conciencia, Alimentación



Fuente: Protocolos HNN

Fuente: modificado a partir de Flujoograma Manejo del paciente con bronquiolitis 2017 HNN.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		Página 23 de 25
	ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE BRONQUIOLITIS AGUDA EN NIÑOS Y NIÑAS	CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.270925

RESPONSABLE DE CUMPLIMIENTO

- Personal de salud de atención directa (responsables consultas con niñas y niños)
- Directores de Hospitales y Áreas de Salud.

RESPONSABLE DE VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO

- Dirección de Red de Servicios de Salud y Direcciones de Servicios de Salud Regionales.
- Programa de Normalización de la Atención del Niño y la Niña.
- Dirección de Farmacoepidemiología.
- Subárea de Epidemiología.
- Responsables regionales de estrategia APER.

MONITOREO Y EVALUACIÓN


- Programa de Normalización de la Atención del Niño y la Niña.
- Direcciones médicas de los hospitales.
- Dirección de Farmacoepidemiología.

CONTACTO PARA CONSULTAS


- Servicio de Neumología, Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera”. Representante: Dr. Manuel E. Soto Martínez, Neumólogo Pediatra
- Dra. Mónica Calvo Espinoza (mmcalvo@ccss.sa.cr). Jefe de Servicio de Lactantes Menores. Hospital Nacional de Niños
- Dra. Lydiana Ávila, Neumóloga y jefe Departamento de Medicina Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera” (lavila@ccss.sa.cr)
- Servicio de Emergencia, Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera”. Representante: Dra. Adriana Yock Corrales, Emergencióloga Pediatra.

REFERENCIAS

- Avila, L. et al. (2010) Actualización en el abordaje y el manejo del paciente con bronquiolitis en Costa Rica. Acta Pediátrica Costarricense;22(2): pp. 104-112
- Barrientos-Salazar, P. F. (2022). Correlación de la saturación de oxígeno con el score wood downes-ferrés versus score tal modificado para determinar severidad en pacientes con bronquiolitis aguda.
- Bush, A. & Thomson, A.H. (2007). Acute bronchiolitis. BMJ. 335(7628):1037-41.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		Página 24 de 25
	ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE BRONQUIOLITIS AGUDA EN NIÑOS Y NIÑAS	CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.270925 VIGENCIA: 2025-2030

- Butler, J., Gunnarsson, R., Traves, A. & Marshall, H. (2019). Severe respiratory syncytial virus infection in hospitalized children less than 3 years of age in a temperate and tropical climate. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 38(6).
- Florin, T. A., Plint, A. C. & Zorc, J. J. (2017). Viral bronchiolitis. *The Lancet*, 389(10065), 211-224.
- Hasegawa, K. et al. (2015). Risk factors for requiring intensive care among children admitted to ward with bronchiolitis. *Academic Pediatrics*, 15(77).
- Hon, K. L., Leung, A. K. C., Wong, A. H. C., Dudi, A. & Leung, K. K. Y. (2023). Respiratory Syncytial Virus is the Most Common Causative Agent of Viral Bronchiolitis in Young Children: An Updated Review. *Current pediatric reviews*, 19(2), pp. 139–149.
- Huerta-Barrón, L. (2015). Escalas de severidad Wood Downes modificada por Ferrés y Tal modificada para bronquiolitis aguda. Hospital María Auxiliadora 2014.
- Mansbach, J. M. et al. (2012). Prospective multicenter study of children with bronchiolitis requiring mechanical ventilation. *Pediatrics*, 130(e492).
- Meissner, H. C. (2003). Selected populations at increased risk from respiratory syncytial virus infection. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 22(S40).
- Piedra, P. A. & Stark, A. R. (2024). Bronchiolitis in infants and children: Treatment; outcome; and prevention. *UpToDate*.
- Smith, D. K., Seales, S. & Budzik, C. (2017). Respiratory syncytial virus bronchiolitis in children. *American family physician*, 95(2), pp. 94-99.
- Soni, A., Kabra, S. K. & Lodha, R. (2023). Respiratory Syncytial Virus Infection: An Update. *Indian journal of pediatrics*, 90(12), 1245–1253. <https://doi.org/10.1007/s12098-023-04613-w>
- Wainwright, C. (2010). Acute viral bronchiolitis in children- a very common condition with few therapeutic options. *Paediatr Respir Rev*. 11(1):39-45; quiz
- Wood, D. W., Downes, J. J. & Leeks, H. I. (1972). A clinical scoring system for the diagnosis of respiratory failure: preliminary report on childhood status asthmaticus. *American Journal Of Diseases Of Children*, 123(3), 227-228.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página 25 de 25
ÁREA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS	LINEAMIENTO TÉCNICO ABORDAJE DE BRONQUIOLITIS AGUDA EN NIÑOS Y NIÑAS	CÓDIGO: LT.GM.DDSS.AAIP.270925 VIGENCIA: 2025-2030

ANEXO 1.

MANEJO EN EL HOGAR DE UN NIÑO O NIÑA CON BRONQUIOLITIS



1. Hidratación y alimentación:

- Asegúrese de mantener a su hijo o hija bien hidratado y continúe con la lactancia materna.
- Si su hijo ya inició alimentación complementaria, ofrezca alimentos en pequeñas porciones, más frecuentemente de lo habitual, para cubrir sus necesidades diarias.



2. Control de la fiebre:

- Si la temperatura es mayor de 38.5°C, dele acetaminofén, según indicación médica.



3. Limpieza nasal:

- Aplique 1-2 gotas de suero fisiológico en cada fosa nasal, espere un momento y luego aspire las secreciones con una pera nasal superficialmente, 2-3 veces al día.
- Si no tiene suero fisiológico, puede prepararlo en casa: mezcle 250 ml (8 oz) de agua tibia limpia con ¼ de cucharadita de sal, disuelva y guarde en un frasco limpio refrigerado por hasta 7 días.



4. Postura adecuada:

- Mantenga al niño o niña en posición semisentada (+30°) cuando esté acostado boca arriba.



5. Evitar ciertos medicamentos innecesarios:

- No use antitusivos, antihistamínicos sedantes ni mucolíticos.

6. Higiene y prevención:

- Refuerce el lavado de manos y evite que el niño o niña esté cerca de otras personas enfermas.



7. Evite el humo del tabaco:

- Mantenga al niño o niña alejado del humo de cigarro.

8. Vigilancia de signos de alarma:

- Busque **atención médica de inmediato** si nota en su hijo o hija: pausas en la respiración, dificultad para respirar, labios o uñas azuladas, irritabilidad, agitación, somnolencia, fiebre alta persistente, rechazo o fatiga al alimentarse. Si escanea el siguiente código QR, podrá ver un video de los signos de dificultad respiratoria de un niño o niña que requieren de una valoración médica urgente.

