Bronquiolitis

M.ª Rosa Pavo García[a], David Andina Martínez[b].

[a]Pediatra. CS Ensanche de Vallecas. Servicio Madrileño de Salud. Madrid. España.
[b]Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid. España

Fecha de actualización:03/11/2025
(V.5.0/2025)

Cita sugerida: Pavo García MR, Andina Martínez D. Bronquiolitis (v.5/2025). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 3-nov-2025; consultado el *dd-mmm-aaaa*]. Disponible en https://www.guia-abe.es

Introducción / puntos clave

- La bronquiolitis aguda (BA) es una infección respiratoria aguda, que afecta a menores de 2 años. Cursa con inflamación aguda, edema, aumento de secreciones y necrosis celular. Se forman tapones y, como resultado, hay obstrucción, con zonas de atelectasia e hiperinsuflación.
- El diagnóstico es clínico. Se inicia como un cuadro catarral, seguido de dificultad respiratoria progresiva. En la auscultación pulmonar pueden presentar sibilancias, estertores y/o espiración alargada.
- En general, se reserva el término de BA para el primer episodio de estas características aunque no hay un consenso universal en su definición. Cuadros posteriores, clínicamente idénticos, se enmarcan en el contexto de hiperreactividad bronquial o asma del lactante.
- Existe gran disparidad en el manejo de la BA. Las guías de práctica clínica recomiendan no hacer pruebas complementarias ni usar fármacos. El único tratamiento es de sostén (garantizar la oxigenación e hidratación).
- La inmunización frente a VRS en población infantil a través de la inmunización pasiva con nirsevimab ha demostrado un perfil de seguridad favorable con una eficacia superior al 80% en la reducción de hospitalizaciones por infecciones respiratorias por VRS.

Cambios más importantes respecto a la versión anterior: se incluye la inmunización frente a VRS a través de anticuerpos monoclonales.

Microorganismos causales[1]	
Frecuentes	Menos frecuentes
• Virus respiratorio sincitial (VRS)[2,3] • Rinovirus	• Adenovirus, metapneumovirus, virus de la gripe A y B, parainfluenza, coronavirus (incluyendo SARS-CoV-2), bocavirus, enterovirus, *Mycoplasma pneumoniae, B. pertussis.* • Se han descrito coinfecciones hasta en un tercio de las BA.

Estudios complementarios		
	Indicados en la evaluación inicial	Indicados en situaciones especiales
Laboratorio	No precisa	• Hemograma, perfil bioquímico hepato-renal, Proteína C reactiva, procalcitonina[4] • Gasometría[5] • Analítica de orina[6]
Microbiología	No precisa	• Detección de virus respiratorios en nasofaringe[3] • Hemocultivo[4]
Pruebas de imagen	No precisa	• Radiografía de tórax[7]
Otras pruebas	$SatO_2$	

Valoración clínica inicial y evolutiva mediante una escala de gravedad (Escala de Tal modificada)[8]				
	0	1	2	3
Frecuencia respiratoria • Edad < 6 m • Edad ≥ 6 m	≤ 40 rpm ≤ 30 rpm	41-55 rpm 31-45 rpm	56-70 rpm 46-60 rpm	>70 rpm >60 rpm
Auscultación pulmonar	No sibilancias	Sibilancias solo en la espiración	Sibilancias ins/esp audibles con estetoscopio	Sibilancias insp/esp audibles sin estetoscopio
Retracciones	No	Leves: subcostal, intercostal	Moderadas: intercostales	Intensas: intercostales y supraesternal; cabeceo
$SatO_2$	≥ 95%	92-94%	90-91%	≤89%
Afectación leve: ≤5 puntos. Moderada: 6-10 puntos. Grave: ≥11 puntos. *Se recomienda realizar lavado nasal previo a la estimación de la gravedad*				

Indicaciones de ingreso hospitalario	
Absolutas	• BA grave • Lactantes < 4 semanas • Dificultad respiratoria importante: FR >+2DS (<6 meses: >60 rpm o >6 meses: >50 rpm) o necesidad de oxígeno para mantener $SatO_2$ ≥92% • Afectación del estado general, letargia • Deshidratación o incapacidad para alimentarse adecuadamente (ingesta <50% de la habitual) • Episodios de apnea[9] • Incapacidad del entorno familiar para realizar los cuidados domiciliarios que requiere el paciente

Relativas	• En pacientes entre 4-6 semanas de edad o con bronquiolitis moderadas (puntuación 6-8 en la escala de gravedad) sin otras indicaciones de ingreso, se sugiere un periodo de observación durante 2-4 horas para decidir la conducta a seguir
	• Pacientes de alto riesgo:
	  ○ prematuridad <34 semanas,
	  ○ enfermedad pulmonar crónica: displasia broncopulmonar, fibrosis quística o anomalías congénitas,
	  ○ cardiopatías congénitas con afectación hemodinámica,
	  ○ inmunodeficiencias,
	  ○ enfermedad neurológica o
	  ○ malnutrición grave

Indicaciones de alta a domicilio	• Se darán de alta los niños mayores de 4-6 semanas sin signos de dificultad respiratoria importante, con FR <+2DS (<6 meses: <60 rpm o >6 meses: <50 rpm), con $SatO_2$ ≥92%, respirando aire ambiente, con capacidad para alimentarse suficiente y si existe posibilidad de control médico a las 24-48 horas

Tratamiento antimicrobiano empírico
No indicado[10]

Otros tratamientos

La evidencia actual, de forma resumida, recomienda:

- **Oxigenoterapia** para mantener $SatO_2$ ≥92%[11]: gafas nasales, mascarilla con/sin reservorio, oxigenoterapia de alto flujo, CPAP, BiPAP o ventilación mecánica invasiva en casos de mayor gravedad en UCIP
- Mantener **hidratación adecuada** [12] valorando si es preciso: nutrición enteral por sonda (gastroesofágica o transpilórica) o fluidoterapia intravenosa
- **Medidas generales:** lavados nasales, posición semiincorporada (30º), tomas fraccionadas y ambiente tranquilo, con las mínimas manipulaciones posibles
- Explicar a las familias la evolución de la enfermedad y cuáles son los motivos por los que tienen que consultar o acudir a urgencias
- Tratamientos no recomendados: Adrenalina nebulizada[13], SSH nebulizado[14], salbutamol nebulizado[15], corticoides, antibióticos, antivirales, humidificación ambiental, SSF nebulizado, fisioterapia respiratoria

Situación clínica	Tratamiento propuesto	Tratamientos a valorar de forma individual
BA que cumple criterios de alta a domicilio	• Medidas generales de soporte	
BA que precisa ingreso hospitalario	• Medidas generales de soporte • Oxigenoterapia	• Valorar prueba terapéutica con salbutamol en bronquiolitis grave en pacientes >6 meses que no mejoran con oxigenoterapia, especialmente si tiene antecedentes personales o familiares de fenotipo atópico

Medidas preventivas

- Recomendar lactancia materna exclusiva al menos hasta los 6 meses
- Lavado de manos frecuente, con agua y jabón o soluciones hidroalcohólicas
- Evitar la exposición al tabaco
- Limitar la exposición de los lactantes (especialmente en menores de 3 meses) a familiares con cuadro catarral. Si es inevitable la exposición, lavado de manos estricto y valorar utilización de mascarilla
- Inmunización con Nirsevimab:
    - Autorizado desde octubre de 2022 para todos los recién nacidos y lactantes, tanto sanos como de riesgo, durante su primera temporada de VRS.
    - Anticuerpo monoclonal dirigido frente a la proteína F prefusión del VRS impidiendo que puedan infectarse las células humanas.
    - Indicaciones (temporada 2025/2026) :
        - Menores de 6 meses: todos los nacidos entre el 1 de abril del año de comienzo de la temporada y el 31 de marzo del año de fin de temporada. A los nacidos antes del inicio de la epidemia (1 de abril - 31 de septiembre) se les deberá intentar inmunizar al principio de la temporada de VRS (octubre). Asimismo, los nacidos durante la temporada (1 de octubre - 31 de marzo) deberán recibir el anticuerpo monoclonal de manera muy precoz (preferiblemente en las primeras 24-48 horas tras el nacimiento) debido a la mayor gravedad de la enfermedad de VRS en los primeros días de vida. Se recomienda la inmunización de la población diana independientemente del antecedente de vacunación materna durante el embarazo.
        - Población infantil con alto riesgo de enfermedad grave por VRS:
            - prematuros de menos de 35 semanas (antes de cumplir 12 meses de edad cronológica. Si recibieron una dosis en la temporada anterior, podrán

recibir una nueva dosis al inicio de la temporada actual si todavía no han cumplido 12 meses de edad).

- pacientes con cardiopatías congénitas con afectación hemodinámica significativa cianosantes o no cianosantes,
- pacientes con displasia broncopulmonar
- cirugía cardíaca con bypass cardiopulmonar y
- pacientes con otras patologías de base que suponen un gran riesgo para padecer bronquiolitis grave por VRS:

a) prematuros de menos de 35 semanas. Antes de cumplir 12 meses de edad cronológica. Si recibieron una dosis en la temporada anterior, podrán recibir una nueva dosis al inicio de la temporada actual si todavía no han cumplido 12 meses de edad.

b) Cardiopatías congénitas con afectación hemodinámica significativa cianosantes o no cianosantes.

c) Displasia broncopulmonar.

d) Cirugía cardíaca con bypass cardiopulmonar.

e) Otras patologías de base que suponen un gran riesgo para padecer bronquiolitis grave por VRS: inmunodepresión grave, errores congénitos del metabolismo, enfermedades neuromusculares, pulmonares graves, síndromes genéticos con problemas respiratorios relevantes, síndrome de Down, fibrosis quística y cuidados paliativos.

En los pacientes con condiciones de riesgo b, c, d y e: se administrará el anticuerpo monoclonal previo al inicio de cada temporada de VRS antes de cumplir los 24 meses de edad en el momento de recibir la inmunización.

- Vacunación materna con RSVPreF (Abrysvo):
  - Desde agosto 2023 está disponible para administrar en embarazadas una vacuna de subunidades de proteína F prefusión recombinante bivalente para protección pasiva hasta los 6 meses de vida del lactante.

Materiales complementarios

Se ponen a disposición de los profesionales sanitarios los materiales de la estrategia implementada en la Comunidad de Madrid “No hacer en bronquiolitis” para su uso:

- Cartelería “No hacer en bronquiolitis”
- Hojas informativas para las familias

Enlaces informativos para las familias:

- https://www.familiaysalud.es/palabras-clave/bronquiolitis
- https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/bronquiolitis-0

Video explicativo sobre dificultad respiratoria y lavados nasales de Osakidetza:

- https://osieec.osakidetza.eus/esano/category/bronquiolitis-aguda/

Referencias bibliográficas

- Grupo de trabajo inmunización frente VRS población infantil de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones Recomendaciones de inmunización pasiva para prevención de enfermedad grave por VRS en la población infantil. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, noviembre 2024.
- Andina Martınez D, Claret Teruel G, Gijon Mediavilla M, et al. Nirsevimab and Acute Bronchiolitis Episodes in Pediatric Emergency Departments. Pediatrics. 2024;154(4): e2024066584
- https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-43
- https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/sincitial.htm
- Benito Fernández J, Paniagua Calzón N. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de Pediatría. Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP). 4ª Edición. 2024. Disponible en: https://seup.org/wp-content/uploads/2024/04/5_Bronquiolitis_4ed.pdf
- Duelo Marcos M, García Merino A, Mora Gandarillas I. Bronquiolitis Aguda. Protocolos del GVR (publicación P-GVR-4) [consultado 30/septiembre/2025]. Disponible en: https://www.respirar.org/index.php/protocolos
- Cano Garcinuño A, Mora Gandarillas I, García Merino A. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Bronquiolitis. AEPap. 2016 (en línea) consultado el 02/11/2020. Disponible en https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/32/bronquiolitis
- Duelo Marcos M. Bronquiolitis aguda: ¿seguimos la evidencia científica? Congreso de Actualización Pediatría 2020. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2020. p. 77-85.
- Golan-Tripto I, Goldbart A, Akel K, Dizitzer Y, Novack V, Tal A. Modi ed Tal Score: Validated score for prediction of bronchiolitis severity. Pediatric Pulmonology. 2018;1-6.
- Ralston SI, et al. Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis. Pediatrics. 2014; 134 (5) :e1474-e1502.
- Bronchiolitis in children: NICE guideline. Agosto 2021. Disponible en: http//www.nice.org.uk/guidance/ng9
- O´Brien S, Borland ML, Cotterell E, Armstrong D, Babl F, Bauert P, et al. Australasian bronchiolitis guideline. J Pediatr Child Health. 2019;55:42-53.
- Hampton E, Abramson E. Less is More: Evidence-Based Management of Bronchiolitis. Pediatr Ann. 2017;46:e252-6.
- Schroeder AR, et al. Apnea in children hospitalized with bronchiolitis. Pediatrics. 2013; 132:e1194- e1201.
- Fernandes RM, et al. Glucocorticoids for acute viral bronchiolitis in infants and young children. JAMA. 2014;311(1):87-8.
- Gadomski AM, Brower M. Bronchodilators for bronchiolitis. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jun 17;2014(6):CD001266.
- Hartling L, Bialy LM, Vandermeer B, Tjosvold L, Johnson DW, Plint AC, Klassen TP, Patel H, Fernandes RM. Epinephrine for bronchiolitis. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Jun 15;(6):CD003123.
- Zhang L, Mendoza-Sassi RA, Wainwright C, Klassen TP. Nebulised hypertonic saline solution for acute bronchiolitis in infants. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Dec 21;12(12):CD006458.
- Angoulvant F, Bellêttre X, Milcent K, Teglas JP, Claudet I, Le Guen CG, et al. Effect of nebulized hypertonic saline treatment in emergency departments on the hospitalization rate for acute bronchiolitis: a randomized clinical trial. JAMA Pediatrics 2017;171(8):e171333
- Everard ML, Hind D, Ugonna K, Freeman J, Bradburn M, Cooper CL, et al. SABRE: a multicentre randomised control trial of nebulised hypertonic saline in infants hospitalised with acute bronchiolitis. Thorax 2014;69(12):1105â12.
- Sánchez Luna M, et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Neonatología para la utilización de palivizumab como profilaxis de las infecciones graves por el virus respiratorio sincitial en lactantes de alto riesgo, actualización. An Pediatr (Barc). 2019.

Abreviaturas: BA: Bronquiolitis aguda. **BiPAP**: presión positiva continua en la vía aérea, con 2 niveles (inspiración, espiración). **CPAP**: presión positiva continua en la vía aérea. **FR**: frecuencia respiratoria. **GPC**: guía de práctica clínica. **lpm**: litros por minuto. **rpm**: respiraciones por minuto. **Sat O2**: saturación transcutánea de oxígeno. **SSF**: suero salino fisiológico. **SSH**: suero salino hipertónico. **UCIP**: unidad de cuidados intensivos pediátricos.

Notas aclaratorias

1 *En algunos estudios, a través de herramientas de diagnóstico molecular, se detectan coinfecciones virales en más de un tercio de los pacientes hospitalizados. La gravedad de la bronquiolitis no depende del virus causante.*

2 *El VRS es el agente implicado con mayor frecuencia (50-80%). Produce brotes epidémicos en la estación fría del año.*

3 *La identificación del agente causal podría tener interés cuando el paciente precisa ingreso, con el fin de controlar la extensión nosocomial de la infección (a pesar de que en todos los pacientes deberían emplearse las mismas medidas preventivas).*

4 *Indicados en pacientes con sospecha de coinfección bacteriana grave. Aunque el riesgo de bacteriemia asociada a bronquiolitis es bajo (1,6-2%), la procalcitonina podría ser un marcador útil para la detección precoz de infección bacteriana en lactantes con bronquiolitis grave.*

5 *Indicada en bronquiolitis grave que no mejoran con oxigenoterapia convencional.*

6 *Descartar infección de orina ante fiebre > 39ºC persistente.*

7 *Valorar ante mala evolución, en bronquiolitis graves, enfermedad de base, sospecha de complicaciones o dudas en el diagnóstico diferencial. Los hallazgos en la radiografía son inespecíficos (hiperinsuflación, infiltrados y/o atelectasias pequeñas) y no se correlacionan bien con la gravedad de la enfermedad. El papel de la ecografía pulmonar está siendo objeto de estudio aunque por el momento no se recoge en ninguna guía de práctica clínica.*

8 *Existen numerosas escalas para valorar la gravedad de la bronquiolitis. Proponemos la escala de Tal por su sencillez y por haber sido recientemente validada para valorar la gravedad en niños con bronquiolitis aguda.*

9 *El riesgo de apnea se asocia a menor edad de los lactantes, prematuros con menor edad corregida, menor peso al nacimiento, historia previa de apnea o polipnea e hipoxia previa al ingreso. En publicaciones recientes se cuestiona la idea ampliamente extendida de que las bronquiolitis por VRS asocian un mayor riesgo de apnea.*

10 *Salvo que existan datos clínicos, analíticos o microbiológicos de coinfección bacteriana.*

11 *Las GPC de la Academia Americana de Pediatría de 2014 recomienda iniciar oxigenoterapia si $SatO_2$<90% mientras que otras GPC lo recomiendan si $SatO_2$<92% o dificultad respiratoria grave.*

12 *Es importante garantizar un correcto aporte de líquidos (evitando la sobrecarga) teniendo en cuenta que la fiebre, la polipnea y los vómitos incrementan las necesidades basales. Debe valorarse individualmente la conveniencia de nutrición enteral por sonda o fluidoterapia intravenosa en niños graves o con riesgo de aspiración*

13 *La administración de adrenalina nebulizada no ha demostrado ser eficaz en la reducción de la duración de la estancia hospitalaria, la necesidad de oxígeno suplementario, los ingresos en UCIP o de la necesidad de ventilación mecánica.*

14 *La administración de SSH no se recomienda en las GPC y no ha demostrado ser eficaz en reducir la tasa de ingreso ni la duración de la hospitalización en pacientes ingresados cuando se administra sin broncodilatador asociado.*

15 *La GPC de la Academia Americana de Pediatría de 2014 recomienda que los pacientes con bronquiolitis no sean tratados con salbutamol ni con adrenalina nebulizada. Es la principal diferencia respecto a la guía de 2006, en la que se proponía la realización de una prueba terapéutica. No se han demostrado beneficios (ni en la $SatO_2$, ni reduce la tasa de ingreso, ni la estancia hospitalaria, ni la duración de la enfermedad).*

Notas: la Guía-ABE se actualiza periódicamente. Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores.
Texto dirigido exclusivamente a profesionales.

[ⓘ] Más información en: http://infodoctor.org/gipi/
[✉] Comentarios y sugerencias en: laguiaabe@gmail.com

Con la colaboración de: el gipi lua ediciones 3.0

[©] Guía_ABE, 2007. ISBN: 978-84-95028-65-5