



Decálogo para la utilización del diagnóstico etiológico de bronquiolitis en Atención Primaria

J. de la Flor i Brú*, J. Marès Bermúdez**, Grupo TECDIAP***

*Pediatra de AP, Cap El Serral, Sant Vicenç dels Horts, Barcelona. Institut català de la Salut. Subdirector ejecutivo de Pediatría Integral. Coordinador del Grupo de Trabajo de Tecnologías Diagnósticas en Atención Primaria (TECDIAP) de la SEPEAP. **Pediatra de AP, Director del Institut Pediàtric Marès-Riera, Blanes, Girona. Vocal del TECDIAP. ***A. Alonso Rubio, A. Amado Puentes, R. Bachiller Luque, M.E. Benítez Rabagliati, S. Bernárdez Carracedo, G. Cabrera Roca, J.M. Contreras Santana, C. García de Ribera, P. García Guzmán, S. García-Tornel Florensa, A. Herrero Hernández, L. Ortiz González, I. Osiniri Kippes, F. Philipps Fuentes, M. Porcar Almela, S. Ramos González, A. Reyes Moreno, M. Ridao i Redondo, A. Saiz de Marco, A. Sánchez Aguilar, R. Santana Delgado, M. Serrano Manzano



La bronquiolitis es una enfermedad infecciosa respiratoria de vías bajas de potencial gravedad, que cursa con sibilancias/crepitantes y/o disnea y que afecta a casi todos los niños de menos de 2 años⁽¹⁾. No hay consenso en su definición, ya que en algunos documentos aparece como primer episodio antes de los 12 meses, y en otros antes de los 24 meses. Parece que las guías de práctica clínica (GPCs) europeas tienden más hacia la primera^(2,3), y las americanas hacia la segunda⁽⁴⁾. Tampoco hay coincidencia en los *scores* de gravedad a utilizar, para algunos el de Downes modificado por Ferrés, para otros el de TAL.

En todas las guías, se coincide en la importancia de instauración de medidas no farmacológicas para el control de la infección (importante papel de la enfermería pediátrica) y de la pulsioximetría como valoración de la gravedad del cuadro en Atención Primaria (AP). En la actualidad, todos los centros de AP en España tienen esta técnica. Por otra parte, la disponibilidad cada vez mayor de la ecografía pulmonar en AP representará un cambio cualitativo de gran utilidad en el diagnóstico, para establecer la gravedad y monitorizar la evolución de la bronquiolitis.

Si bien se establece que la etiología de la bronquiolitis hospitalizada es en un 80% por VRS⁽⁵⁾, no hay datos en AP. El sesgo de gravedad parece evidente, dado que la mayor parte de bronquiolitis NO ingresan en el hospital. Si no se hacen estudios etiológicos en AP, no se dispone de la fotografía epidemiológica de la mayor parte de bronquiolitis, que son las que se atienden en AP, y que presumiblemente tendrían fracciones etiológicas distintas a las reportadas en series hospitalarias.

Es por ello, que pese a que casi todas las GPCs coinciden en NO hacer test de diagnóstico rápido (TDR) para virus respiratorios en bronquiolitis, nuestra visión desde la AP (donde los autores de este escrito venimos realizándolos desde hace 20 años) es totalmente distinta y para ello proponemos el siguiente decálogo:

1. En las GPCs se dice que no deben hacerse TDR, salvo: “para establecer cohortes hospitalarias en los casos ingresados”, o “para instaurar medidas de control de la infección”. Parece lógico que estas cohortes se establezcan también en AP, en donde se observa la mayor carga de enfermedad. Y parece obligado que el “control de la infección” se haga,

sobre todo, allí donde se inicia, que es la comunidad. Seleccionar entre todas las bronquiolitis en AP aquellas que son por VRS, permite:

- Establecer un subgrupo de potencial gravedad, con la necesidad de controles programados, obligadamente a las 24 h (periodo de mayor posibilidad de deterioro que obligue al ingreso) y según la evolución, controles periódicos posteriores.
- Establecer un subgrupo para la abstención terapéutica en AP (no broncodilatadores, salvo los casos puntuales en los que se documente una prueba terapéutica positiva, NUNCA corticoides). La no documentación de VRS supone una probabilidad más alta sobre todo de rinovirus⁽⁶⁾, en los que pueden estar indicados los corticoides en formas más graves o más prolongadas, para reducir el riesgo de evolución a asma bronquial. También se discute que, en caso de bronquiolitis no VRS, pueda obtenerse mejor respuesta a los broncodilatadores, especialmente en mayores de 6 meses.
- Establecer un subgrupo con necesidades de aislamiento espe-

cíficas. En algunos documentos se argumenta que: “los niños con bronquiolitis no deberían ir a la guardería hasta la desaparición completa de la sintomatología”. Teniendo en cuenta que muchas bronquiolitis tienen tos y/o sibilancias durante 2-3 semanas, esta recomendación parece totalmente inasumible. En realidad, la mayor parte de niños con el diagnóstico sindrómico de bronquiolitis siguen asistiendo a la guardería, porque están afebriles y tienen buen estado general, con el potencial de transmisión y de generación de brote epidémico asociado al VRS, que tiene un número de reproducción básico de 4,5. Un diagnóstico etiológico permite una información específica a los padres, una recomendación convincente de exclusión escolar y una estrategia de aislamiento mucho más efectiva.

- Dado que el VRS suele transmitirse durante una media de 7 días, un control mediante TDR para documentar la ausencia de detección y, por tanto, reducción del riesgo de transmisión, podría plantearse como un posible criterio formal de reincorporación a la guardería.
2. La disponibilidad de TDR de muy bajo coste, fácil realización en las consultas de AP, sin necesidad de laboratorio, resultados en 10-15 min, alta sensibilidad y especificidad, abre una oportunidad que no se había contemplado antes en la confección de muchas GPC. No parece razonable haber dedicado el tremendo esfuerzo que se ha hecho en AP para la detección y aislamiento de una infección generalmente muy leve en Pediatría (COVID-19) y no hacerlo con otras infecciones potencialmente mucho más graves, como la gripe o el VRS.
 3. El TDR para VRS permite el análisis simultáneo de otras virus respiratorias coincidentes en los mismos periodos estacionales, lo que facilita: la identificación de la etiología, la señalización de la onda epidémica con antelación a la hospitalaria, la información específica y diferenciada a los padres, la previsión de

evolución, los controles evolutivos diferenciados, la prescripción específica de aislamiento o la instauración de medidas terapéuticas específicas en casos seleccionados (oseltamivir para tratar la gripe en niños con factores de riesgo, o en el tratamiento de la bronquiolitis por el virus de la gripe...). Además, la utilización de formatos *combo* ya disponibles, que incluyan también el SARS-CoV-2 en cuadros clínicos muy similares, permite ampliar la batería diagnóstica sin aumentar las molestias al paciente.

4. La utilización de TDR víricos se ha instaurado con gran aprovechamiento clínico de los pediatras de AP desde la temporada 2020-21 en Cataluña y se ha extendido con éxito a algunas otras zonas de España. Se prevé su próxima inclusión en la nueva edición de la cartera de servicios comunes para AP, que está elaborando una comisión del Ministerio de Sanidad y Consumo.
5. En plena época de diagnóstico genético y molecular, no parece razonable renunciar a un instrumento disponible ya en muchas consultas y en un futuro próximo generalizable a todas. El tiempo de los diagnósticos sindrómicos (“es un virus”) ya pasó, y los pediatras que han dado este paso adelante hacia el diagnóstico etiológico no van a tolerar volver atrás. Evidentemente, hay que hacer un esfuerzo educacional importante para que los usuarios de estas pruebas las utilicen e interpreten con metodología adecuada y sentido clínico.
6. En algunas GPCs, se argumenta que el estudio de virus “no ayuda a prever la evolución de la bronquiolitis”. Si establecemos la etiología VRS, asociada a potencial gravedad media superior a las otras etiologías, tenemos identificados a un subgrupo de pacientes que requieren de una vigilancia especial.
7. En la mayor parte de GPCs, se argumenta a favor de NO hacer TDR, en el hecho de que “no cambia el manejo”. El manejo es algo que va mucho más allá de poner o no un tratamiento específico: la noción epidemiológica, la información específica, el control evolutivo, las conduc-

tas de aislamiento y, eventualmente, la terapéutica específica e individualizada también son “manejo”. En todo caso, la detección de VRS tampoco modifica el tratamiento y seguimiento hospitalario del niño grave e incluso muy grave (UCIP), pero nadie renuncia al diagnóstico etiológico en el hospital. ¿Por qué no realizarlo también en AP, si el coste es razonable, la técnica es sencilla y los resultados fiables?

8. El estudio de TDR permitirá determinar la prevalencia real de bronquiolitis VRS en AP, dato que se extrapola del hospital, con un previsible sesgo de gravedad.
9. Aunque pueda considerarse un argumento secundario, el diagnóstico basado en pruebas aumenta la satisfacción del usuario, lo que es previsible que reduzca las consultas innecesarias, como ya se ha demostrado para otros virus respiratorios como la gripe.
10. Finalmente, trabajar con diagnóstico etiológico permite aumentar la satisfacción del pediatra de AP, factor siempre olvidado, pero de gran repercusión en la calidad asistencial que los profesionales ofrecen a la comunidad: un profesional satisfecho con su trabajo siempre acaba siendo mejor profesional.

Bibliografía

1. Glezen WP. Bronchiolitis. *American J Dis Childhood*. 1996; 140: 543-6.
2. Simó Nebot M, Claret Teruela 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; 73: 208.e1-e10.
3. García ML, Korta Murua J, Callejón Callejón A. Bronquiolitis aguda viral. *Protoc diagn ter pediatr*. 2017; 1: 85-102.
4. AAP Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management and Prevention of Bronchiolitis. *Pediatrics*. 2014; 134: e1474-e1502.
5. Meissner HC. Viral Bronchiolitis in Children. *N Engl J Med*. 2016; 374: 62-72. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26735994>.
6. Jartti T, Smits HH, Bonnelykke K, Bircan O, Elenius V, Konradsen JR, et al. Bronchiolitis needs a revisit: Distinguishing between virus entities and their treatments. *Allergy*. 2019; 74: 40-52. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/all.13624>.