

A PROPÓSITO DE UN CASO. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS ANTE LA REAGUDIZACIÓN DE BRONQUIOLITIS EN UN LACTANTE

AUTORES: García Gámez, Marina (DUE en Centro Asistencial San Juan de Dios, Málaga), Blanca Cuenca, María (DUE)

PALABRAS CLAVE: bronquiolitis, lactante, disnea, urgencias

INTRODUCCIÓN: La bronquiolitis es una enfermedad causada por el VRS (Virus respiratorio sincitial) de carácter estacional, que afecta a lactantes de menos de 24 meses y que presenta sintomatología característica común como es moco nasal, tos seca y en ocasiones fiebre que causa alteraciones respiratorias como la disnea, taquipnea y reacciones torácicas precisando en muchas ocasiones ingresos hospitalarios.

METODOLOGÍA: Caso clínico.

RESULTADOS: Lactante de 8 meses de edad que acude a urgencias por dificultad respiratoria de 24 horas de evolución. Ya lleva dos ocasiones anteriores días pasados de acudir de la misma manera. En anteriores ocasiones se le pautó 3 tandas de aerosolterapia con salbutamol + Bromuro de Ipratropio + Corticoides a 2 mg/kg. Tras el alta siguió con tratamiento Salbutamol inhalador c/4h. Ante la persistencia de tos y dificultad respiratoria acude de nuevo al servicio de Urgencias Pediátricas.

CONCLUSIONES: La bronquiolitis es una infección respiratoria viral que afecta a niños < 2 años, que aparece en epidemias. Comienza con un catarro que progresa en días y produce tos, sibilancias y fiebre. No existe tratamiento curativo, la mayoría de los niños la superan sin secuelas en 1-2 semanas con medidas de soporte y vigilancia en domicilio. Es fundamental un seguimiento en el Centro de Salud para evitar nuevos ingresos hospitalarios.



A PROPÓSITO DE UN CASO. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS ANTE LA REAGUDIZACIÓN DE BRONQUIOLITIS EN UN LACTANTE

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

La bronquiolitis aguda (BA) es una infección causada por el VRS (Virus respiratorio sincitial) de carácter estacional, que afecta a lactantes de menos de 24 meses y que presenta sintomatología común como es moco nasal, tos seca y en ocasiones fiebre, que causa alteraciones respiratorias como la disnea, taquipnea y reacciones torácicas precisando, con frecuencia, ingresos hospitalarios. Es una enfermedad de gran impacto. La mortalidad oscila entre 1-7%. Factores de riesgo: prematuro < 37 semanas, nacer en otoño/invierno, varón, cohabitar con más de 5 personas en hogar, fumador pasivo, contacto con niños, guardería, historia familiar de asma. (1) En España supone entre 4-20% de las consultas de Atención Primaria y el 2.5% de los niños < 12 meses son hospitalizados por BA. El pico de infección se produce entre 2-6 meses de edad. La duración de los síntomas es de 12-28 días. (2)

Imagen 1.

Fuente: <http://revistadsalud.blogspot.com.co/2011/05/alerta-por-brote-de-bronquiolititis.html>



Cómo actúa la enfermedad

LA ENFERMEDAD
Provoca la inflamación y obturación de los bronquiolos. Afecta a niños de hasta dos años, principalmente a bebés

QUE LA PROVOCA
La causa más frecuente es el virus respiratorio sincicial (VRS)

CONTAGIO
El virus se transmite cuando alguien infectado estornuda, y toma contacto con el niño a través de su respiración. También puede ingresar al cuerpo a través de la boca o los ojos.

EN QUE CONSISTE
Los bronquiolos, las vías aéreas más pequeñas, se inflaman y se obstruyen. Como consecuencia el niño tiene dificultad para respirar

SINTOMAS

- Silbidos al respirar y aleteo nasal.
- Respiración rápida y superficial.
- Fatiga.
- Por el esfuerzo para inhalar aire retrae los músculos intercostales.
- Dificultades en la alimentación
- Piel azulada. Es un síntoma grave e indica una emergencia crítica

DESARROLLO
Comienza como una infección leve de las vías respiratorias superiores (como un resfriado o catarro, a veces con fiebre)

DURACION
entre 7 y 30 días

A PROPÓSITO DE UN CASO. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS ANTE LA REAGUDIZACIÓN DE BRONQUIOLITIS EN UN LACTANTE

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Lactante de 8 meses de edad que acude a urgencias por dificultad respiratoria de 24 horas de evolución, siendo éste el 3º ingreso a Urgencias por el mismo motivo en 2 semanas. En ingresos anteriores el tratamiento consistió en 3 dosis de aerosolterapia (Salbutamol + Bromuro de Ipratropio + Corticoides a 2 mg/kg). Tras el alta siguió con el tratamiento domiciliario de Salbutamol inhalador c/4h. Ante la persistencia de tos y dificultad respiratoria acude de nuevo al servicio de Urgencias Pediátricas.

VALORACIÓN GENERAL

Antecedentes personales: Prematuro de 30 semanas, ingreso en UCI neonatal por un cuadro bronquiolitis evolucionado con tratamiento para asma. En seguimiento por neurología aunque sin diagnóstico claro.

Exploración física: Se observa tiraje intercostal y subcostal, en la auscultación se observa sibilancias acompañadas de roncus acentuadas en el franco izquierdo. Buena hidratación, coloración de la piel normal y apariencia bien nutrido. No presencia de lesiones cutáneas. En una exploración completa no se aprecian hallazgos patológicos detectables. No signos meníngeos ni irritabilidad de sospecha de patología. No dolor en palpación.

Constantes vitales: FC:142, afebril, Sat O2 93%, peso 5,8kg, FR. no es posible por llanto. Se realiza Radiografía de Tórax (inflamación) y analítica de sangre (Hematimetría, Bioquímica).

Patrones de Marjory Gordon alterados:

Sueño-descanso, nutricional-metabólico, y adaptación-tolerancia al estrés

A PROPÓSITO DE UN CASO. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS ANTE LA REAGUDIZACIÓN DE BRONQUIOLITIS EN UN LACTANTE

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Bronquiolitis Aguda.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS. Juicios y definiciones 2015-2017

Diagnósticos Nanda

00032 Patrón respiratorio ineficaz (inspiración o espiración que no proporciona una ventilación adecuada) r/c proceso inflamatorio m/p Disnea, dificultad respiratoria, taquipnea, cianosis, aleteo nasal, tos, cambios en la profundidad de la respiración, etc.

00030 Deterioro del intercambio de gases (exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo-capilar) r/c desequilibrio en la ventilación-perfusión m/p irritabilidad, patrón respiratorio anormal, hipoxia, disnea, aleteo nasal, color de la piel anormal.

00007 Hipertermia (temperatura central superior al rango central diurno a causa del fallo de termorregulación) r/c enfermedad m/p piel caliente al tacto, irritabilidad, taquipnea, el lactante no mantiene la succión

A PROPÓSITO DE UN CASO. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS ANTE LA REAGUDIZACIÓN DE BRONQUIOLITIS EN UN LACTANTE

Resultados según Taxonomía NOC

- (1608) Control de síntomas
- (0414) Estado cardiopulmonar
- (0415) Estado respiratorio
- (0402) Estado respiratorio: intercambio gaseoso
- (0410) Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias
- (0403) Estado respiratorio: ventilación

MANIFESTACIONES TEMPRANAS

- Irritables → hiporexia 2do-5to día incubación.
- Febrícula, coriza, congestión, taquicardia, taquipnea.
- Tos, disnea, sibilancias, estertores crepitantes finos, anorexia.
- Distress respiratorio.
- Apnea → 18-20%.

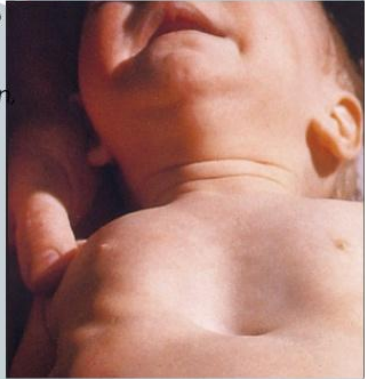


Imagen 2. Fuente: <https://www.slideshare.net/Drjuliansimon1/bronquiolitislaringotraqueitis-en-pediatria>

A PROPÓSITO DE UN CASO. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS ANTE LA REAGUDIZACIÓN DE BRONQUIOLITIS EN UN LACTANTE

Intervenciones Enfermería según Taxonomía NIC(I)

(2311) Administración de medicación: inhalatoria	(6680) Monitorización de los signos vitales	(3350) Monitorización respiratoria
Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación	Monitorización de la pulsioximetría	vigilar las frecuencias, ritmo y esfuerzo de las respiraciones
Controlar las respiraciones del paciente y realizar la auscultación pulmonar, según sea conveniente.	Monitorizar la frecuencia y los ruidos respiratorios (profundidad y simetría)	Monitorizar los patrones de respiración:., taquipnea, hiperventilación Monitorizar si aumenta la inquietud, ansiedad o disnea
Tomar nota de los antecedentes médicos y de alergias del paciente	Monitorizar los ruidos pulmonares	Aplicar sensores de oxígeno continuos no invasivos con sistemas de alarma.
Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente de acuerdo con el protocolo del centro.	Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda	Anotar aparición, características y duración de la tos Observar si hay disnea y los factores que la mejoran y empeoran

A PROPÓSITO DE UN CASO. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS ANTE LA REAGUDIZACIÓN DE BRONQUIOLITIS EN UN LACTANTE

Intervenciones Enfermería según Taxonomía NIC (II)

(3320) Oxigenoterapia	(3740) Tratamiento de la fiebre	(6650) Vigilancia
Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.	Controlar la temperatura y otros signos vitales.	Vigilar la oxigenación y poner en marcha las medidas que promuevan una oxigenación adecuada de los órganos vitales.
Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría arterial), según corresponda.	Administrar medicamentos o líquidos. (p. ej. antipiréticos, antibióticos y agentes antiescalofríos).	Monitorizar los signos vitales, según corresponda.
Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, según corresponda.	Aplicar un baño tibio con esponja con cuidado.	Determinar la presencia de elementos de alerta del paciente para una respuesta inmediata
Vigilar el flujo de litros de oxígeno.	Observar el color y la temperatura de la piel.	Determinar la presencia de elementos de alerta del paciente para una respuesta inmediata.

A PROPÓSITO DE UN CASO. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS ANTE LA REAGUDIZACIÓN DE BRONQUIOLITIS EN UN LACTANTE

JUICIO TERAPÉUTICO

Tras valoración, intervenciones encaminadas a disminuir la disnea y la hipertermia:(2)

- Posición de Fowler o semiFowler.
- Oxigenoterapia.
- Aerosolterapia (Salbutamol + Bromuro de Ipratropio + Corticoides a 2 mg/kg) 1 dosis c/ hora; 4 dosis total.
- Mantener balance de líquidos.

EVOLUCIÓN

- El paciente recupera un patrón respiratorio normal
- Tras auscultación: sonidos respiratorios normales y escasas sibilancias.
- Ausencia de disnea, tiraje intercostal o ronus.
- Temperatura corporal de normotermia.



Imagen 3. Fuente: http://www.abc.es/sociedad/abci-epidemia-bronquiolititis-mas-agresiva-colapsa-ucis-pediatricas-201512232149_noticia.html

A PROPÓSITO DE UN CASO. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS ANTE LA REAGUDIZACIÓN DE BRONQUIOLITIS EN UN LACTANTE

CONCLUSIONES: La bronquiolitis es una infección respiratoria viral que afecta a niños < 2 años, y aparece en epidemias. Comienza con un catarro que progresa en días y produce tos, sibilancias y fiebre. No existe tratamiento curativo, la mayoría de los niños la superan sin secuelas en 1-2 semanas con medidas de soporte y vigilancia en domicilio. Es fundamental un seguimiento en el Centro de Salud para evitar nuevos ingresos hospitalarios. (2)

Recomendaciones a los padres: (2)

- *Mantener limpias las fosas nasales con suero y aspiración de secreciones.
- *Eleva la cabecera de la cuna 30°.
- *Evitar el humo del tabaco.
- *Lavado frecuente de manos.
- *Ofrecer toms pequeñas y frecuentes de comida/líquidos.
- *Mantener la temperatura en domicilio de 20°.
- *Si fiebre: tratarla para evitar incremento de dificultad respiratoria.
- *Acudir al Centro de Salud si:
 - Dificultad respiratoria, pausas en la respiración.
 - Palidez o coloración azulada de piel.
 - Incapacidad para comer.
 - Somnolencia, apatía, decaimiento, irritabilidad difícil de calmar.
 - Fiebre elevada
 - Empeoramiento general.

A PROPÓSITO DE UN CASO. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS ANTE LA REAGUDIZACIÓN DE BRONQUIOLITIS EN UN LACTANTE

BIBLIOGRAFÍA

1. León B, Baldris J, Jiménez S. Factores de riesgo más prevalentes en las bronquioltis por virus respiratorio sincitial en lactantes de 0-24 meses. Ciberrevista. 2015:43
2. García Merino A, Mora Gandarillas I. Bronquioltis aguda: diagnóstico y tratamiento.FApPap Monogr. 2015: 1:61-9
3. Ramos JM, Moreno D, Gutiérrez M et al. predicción de la evolución de la bronquioltis por virus respiratorio sincitial en lactantes menores de 6 meses.Rev Esp Salud Pública. 2017:91; 19 enero 201701006

