

A young boy with short brown hair, wearing a bright green hooded sweatshirt, is shown in profile from the waist up. He is blowing a stream of colorful bubbles. The background is a warm, out-of-focus bokeh of brown and gold tones. The title text is overlaid on the right side of the image.

# II JORNADA SOBRE BRONQUIOLITIS EN ESPAÑA

La mejora de la salud infantil mediante acciones de salud pública.  
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.  
Madrid, 26 de septiembre de 2014

# II JORNADA SOBRE BRONQUIOLITIS EN ESPAÑA

## El manejo de la Bronquiolitis Aguda en la Atención Primaria

Marta Montejo Fernández  
Centro de Salud de Kuetu  
Sestao - Vizcaya



## Introducción – Atención Primaria

---

- ❖ La mayoría de las bronquiolitis agudas son leves y pueden ser manejadas en atención primaria
- ❖ Discrepancias con las recomendaciones: empleo mayoritario en fase aguda de tratamientos considerados como inadecuados

*\*Manejo de la bronquiolitis aguda en atención primaria :análisis de variabilidad e idoneidad ( proyecto aBREVIADO)  
Ochoa Sangrador C, González de Dios J, Grupo investigador del proyecto .An Pediatr. 2013;79(3):167-176*



# Caso clínico

Acude a consulta para revisión rutinaria un niño de 3 meses. Su hermano de 20 meses ha sido diagnosticado hace unos días de bronquiolitis aguda.

## MEDIDAS PREVENTIVAS

- \*Lavado frecuente de las manos
- \*Lavado de juguetes, chupetes, etc

**\*PAPEL PROTECTOR DE LA LACTANCIA MATERNA**

**\*EVITAR LA EXPOSICION AL HUMO DE TABACO**

**VITAMINA D  
PRE Y PROBIÓTICOS**

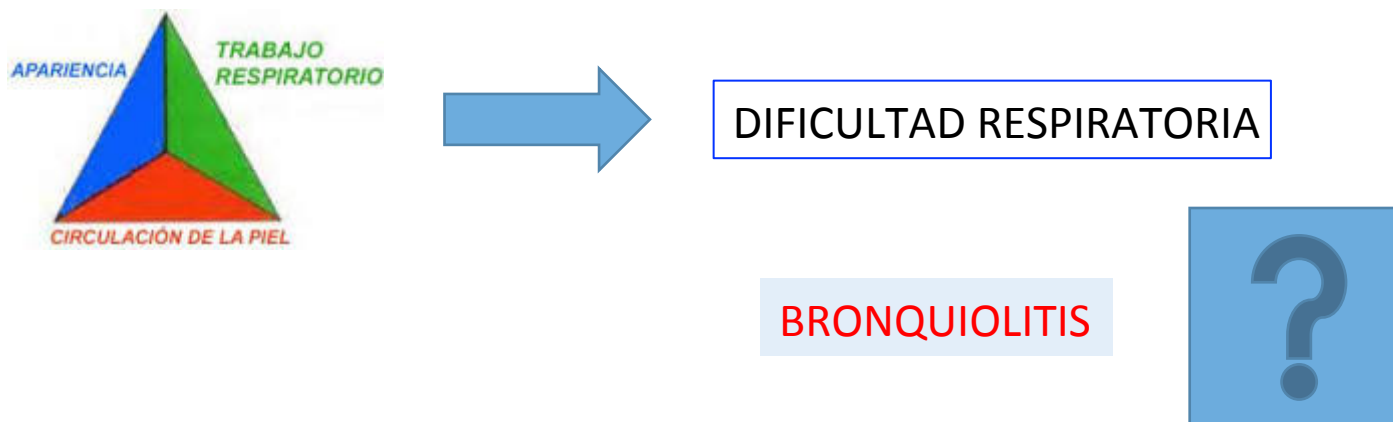
*\*Maternal milk protects infants against bronchiolitis during the first year of life. Results from a Italian cohort of newborns.*

*Lanar M, Prinelli F, Adorni F, Di Santo S, Faldella G, Silvestri M, Musicco M ; Italian Neonatology Study Group on RSV Infections. Early Hum Dev .2013 Jun; 89 Suppl1:S51-7*

*\*Parental and household smoking and the increased risk of bronchitis, bronchiolitis and other lower respiratory infections in infancy:systematic review and meta-analysis. Jones LL, Hashim A, McKeever T, Cook Dg, Britton J, Leonardi-Bee J. Respir Res.2011 Jan 10;12:5*

# Caso clínico

Tres días más tarde vuelven a consulta porque desde hace 24 horas el niño tiene rinorrea y tos. Creen que le cuesta respirar. Fiebre 38.5. Come bien.



- Primer episodio de sibilancias en un niño < de 2 años
- El VSR es la causa más común

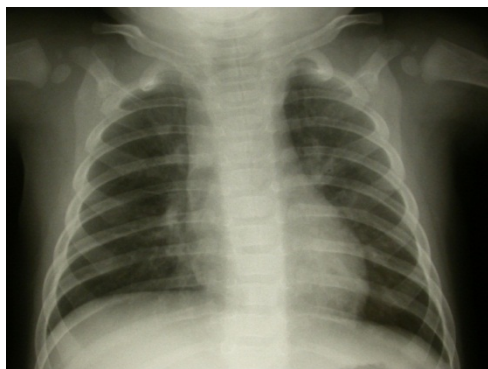
- La **historia y exploración física** son la clave para el diagnóstico de bronquioltis
- El diagnóstico de bronquioltis y su gravedad se basan en la interpretación por parte del médico de los signos y síntomas característicos

# Caso clínico: Preguntas claves

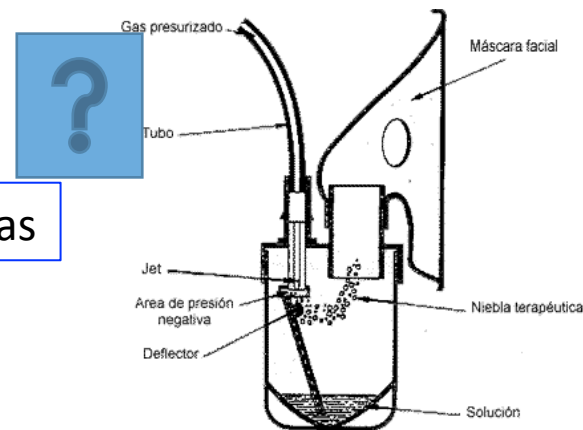
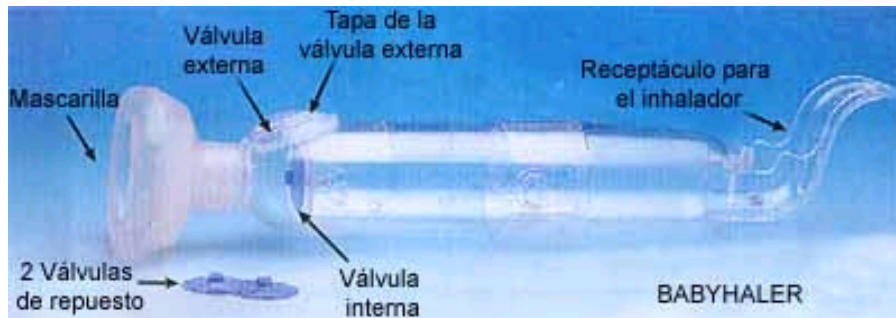
	1	2	3
FR	<50	50-60	>60
Retracciones	leves	moderadas	Intensas, aleteo
Sibilancias	Leves, final esp.	Toda expiracion	Insp/esp Audibles
Sat O2	>95%	93-95%	<93%



## 1.-Valoración de la gravedad



## 2.-Pruebas complementarias



## 3.-Tratamiento



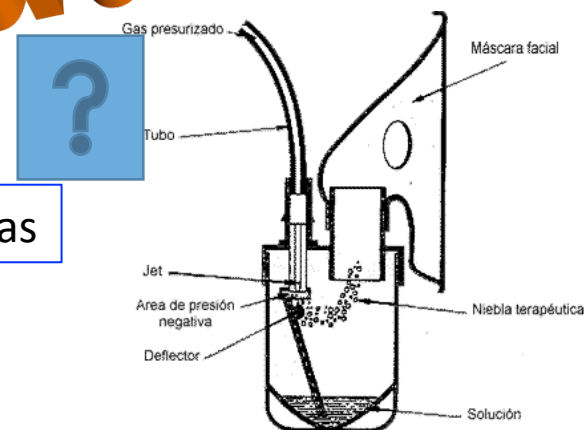
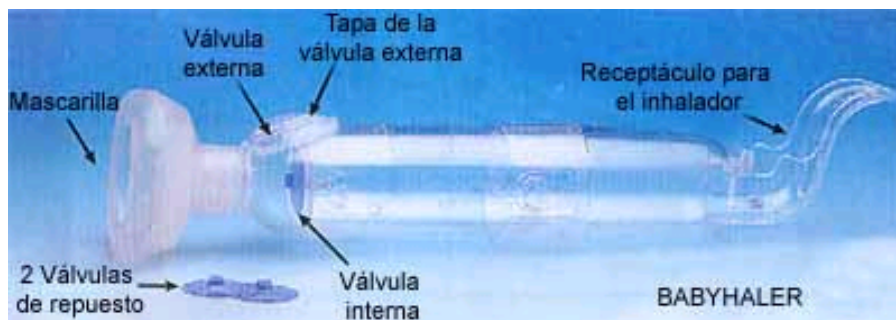
## Caso clínico: Preguntas claves

	1	2	3
FR	<50	50-60	>60
Retracciones	leves	moderadas	Intensas, aleteo
Sibilancias	Leves, final esp.	Toda expiracion	Insp/esp Audibles
Sat O2	>95%	93-95%	<93%

1.-Valoración de la gravedad

**Primero aspirar secreciones!**

2.-Pruebas complementarias



3.-Tratamiento

# Caso clínico. Preguntas clave: **Valoración gravedad**

**Tras aspiración de secreciones: nuestro paciente tiene una puntuación en la escala de valoración de la gravedad = 1. Afebril**

## CRITERIOS DE GRAVEDAD ?

Rechazo de la alimentación o intolerancia digestiva  
Letargia  
Apnea  
Taquipnea  
Aleteo nasal, tiraje grave, quejido y cianosis

## FACTORES DE RIESGO?

Edad inferior a 12 semanas  
Comorbilidades significativas:  
Cardiopatía significativamente significativa,  
inmunodeficiencia, enfermedad pulmonar  
crónica, prematuridad

NUESTRO PACIENTE:  
**BRONQUIOLITIS LEVE SIN FACTORES  
DE RIESGO**



- Edad inferior a 2-3 meses
- Inicio de la sintomatología < 72h
- Factores sociales



## Caso clínico. Preguntas clave: **Pruebas, tratamiento**

### **Pruebas complementarias: Tiene fiebre. RX TORAX?/BOLSA DE ORINA?**

- . No está indicada la realización sistemática de Rx tórax
- . Labstix?????. Pacientes menores de 3 meses con bronquiolitis aguda y fiebre se recomienda considerar la posibilidad de una infección de orina

### **Tratamiento**

- **Aspiración de secreciones:** miedo, inseguridad, llora mucho, se ahoga, no mejora, etc.

ENSEÑAR EN LA CONSULTA



- Tomas más frecuentes si el niño se cansa
- Elevación de la cabecera de la cuna
- Antitérmicos si precisa
- Observación domiciliaria
- **Control en 24 horas**

# Reflexiones: que hacemos en la práctica diaria

1- **Valoración inicial:** medición de la saturación de Oxígeno sólo en el 18.2% de los casos. Recomendable al menos al inicio para valoración objetiva de la enfermedad

## 2.- **Intervenciones terapéuticas:**

-En fase aguda 74.8% de tratamientos inadecuados

-El uso de broncodilatadores es habitual incluso en pacientes de escasa gravedad

*\*Manejo de la bronquiolitis aguda en atención primaria :análisis de variabilidad e idoneidad ( proyecto aBREVIADO)  
Ochoa Sangrador C, González de Dios J, Grupo investigador del proyecto .An Pediatr. 2013;79(3):167-176*

*\*Overuse of bronchodilators and steroids in bronchiolitis of different severity: bronchiolitis-study of variability , appropriateness, and frequency.Ochoa sangrador C, González de Dios J. Research Group of the aBREVIADO Project. Allergol Immunopathol ( Madr).2014 Jul-Aug;42(4):307-15*

## Caso clínico

En el control a las 24 horas refieren más tos y sensación de que le cuesta respirar.  
Ha persistido fiebre y ha rechazado las dos últimas tomas.



DIFICULTAD RESPIRATORIA-BRONQUIOLITIS

**Primero aspirar secreciones!!**

# Caso clínico

Cuando estoy preparando el material de aspiración, el niño presenta una pausa de apnea de corta duración .

## CRITERIOS DERIVACION AL HOSPITAL

- Rechazo de la alimentación o intolerancia digestiva ( ingesta aproximada inferior al 50% de lo habitual)
- Deshidratación
- Letargia
- Historia de apnea
- Taquipnea para su edad
- Dificultad respiratoria moderada o grave ( quejido, aleteo nasal, tiraje o cianosis)
- Saturación de oxígeno < 92-94% en aire ambiente
- Enfermedad grave según la escala utilizada
- Cuando el diagnóstico sea dudoso

## COMO LO TRASLADO

**Paciente inestable. Tras medidas iniciales de soporte requiere transporte medicalizado**

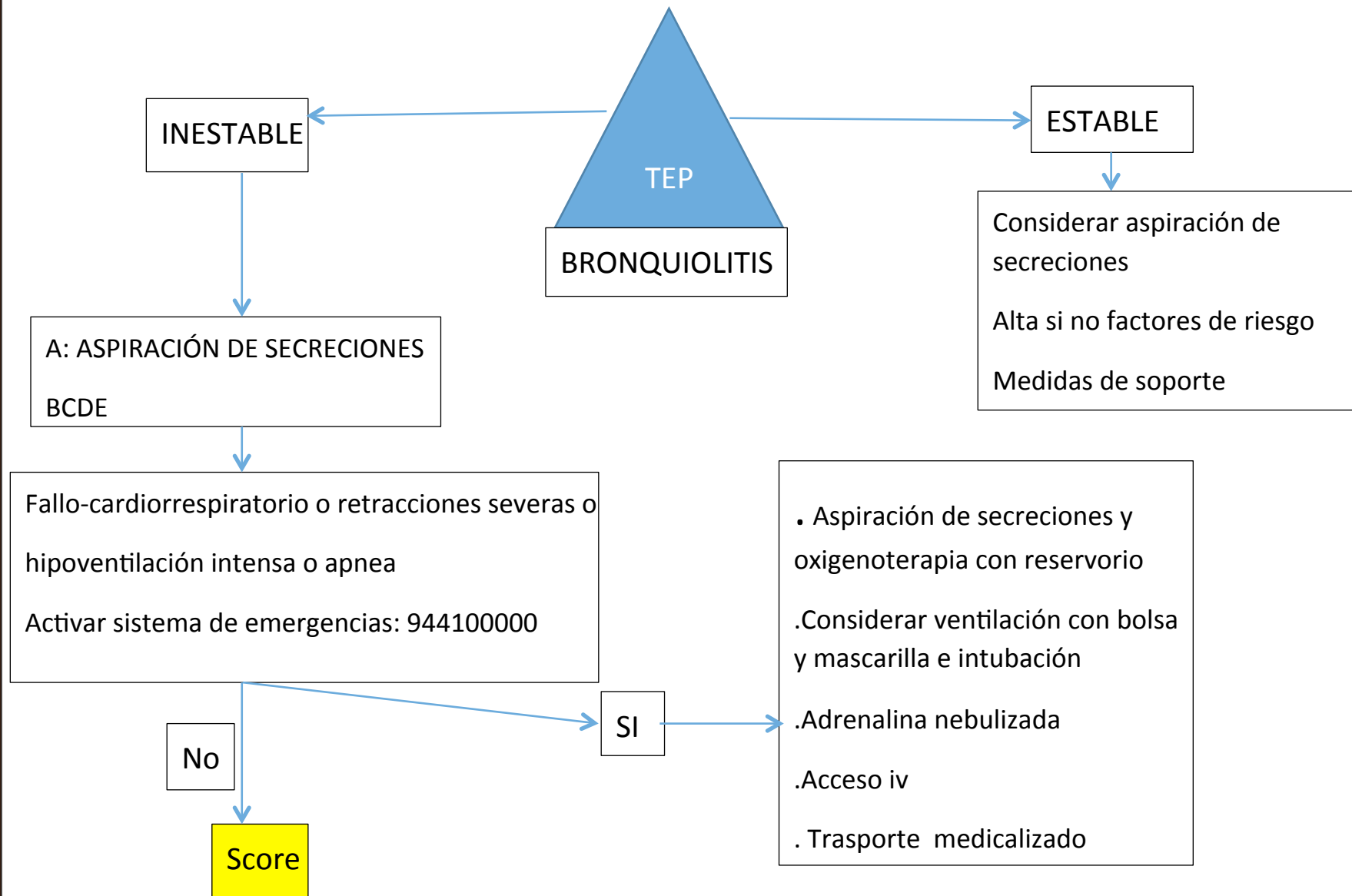


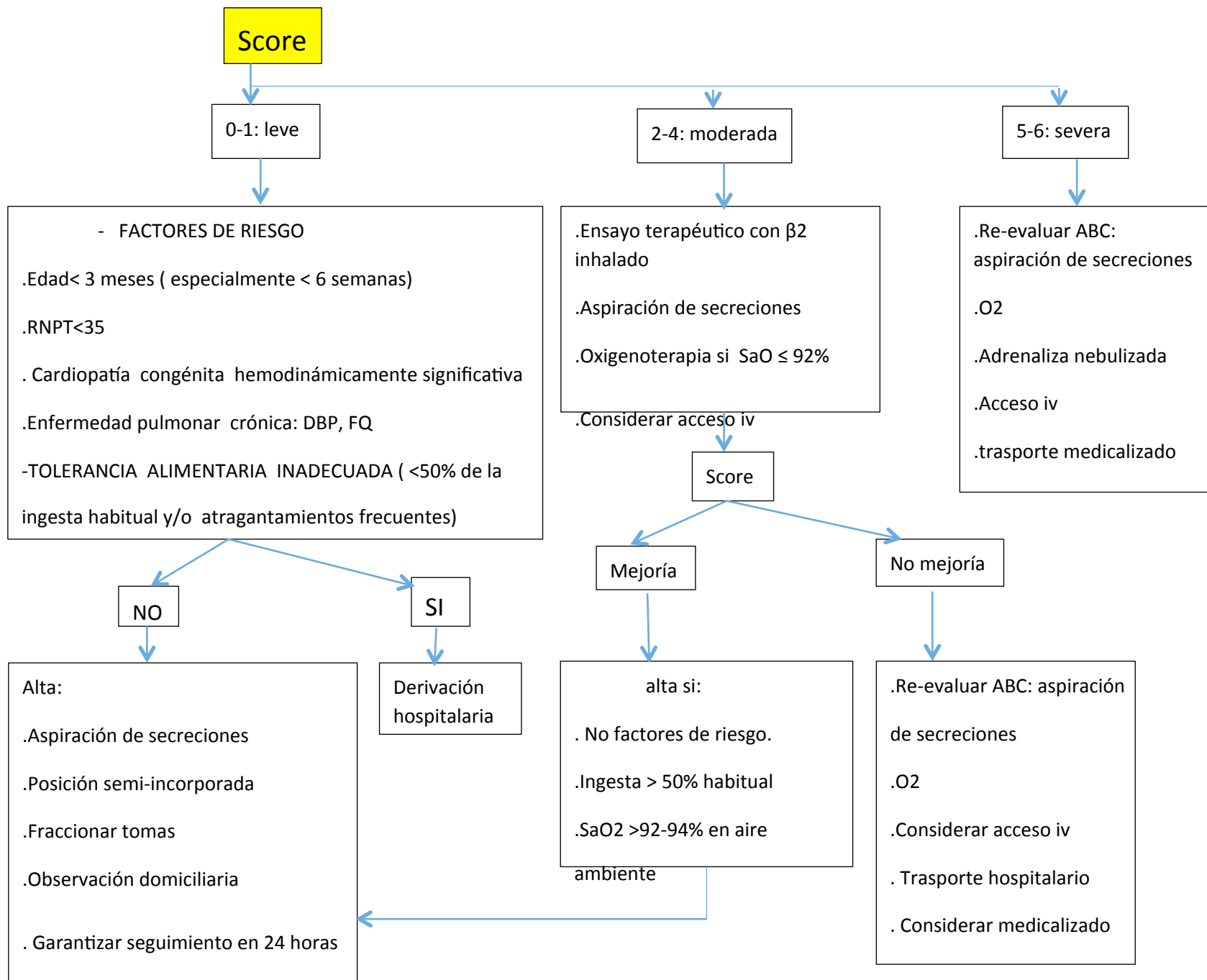
## Reflexiones: que hacemos en la práctica diaria



3.- **Traslado inadecuado al hospital** : Registro pacientes críticos ( Hospital Universitario Cruces):

“Casi la mitad de los niños que reciben atención prehospitalaria y son finalmente ingresados en UCIP, son referidos a urgencias en un soporte vital básico o vehículo particular, llegando en su mayoría en situación de inestabilidad”





# Gracias

