

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 golden-brown color, suggesting a sunset or sunrise. The 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

La Epidemia de Bronquiolitis Aguda en las Urgencias Hospitalarias

Javier Benito Fernández
Urgencias Pediátricas
Hospital de Cruces

Bilbao

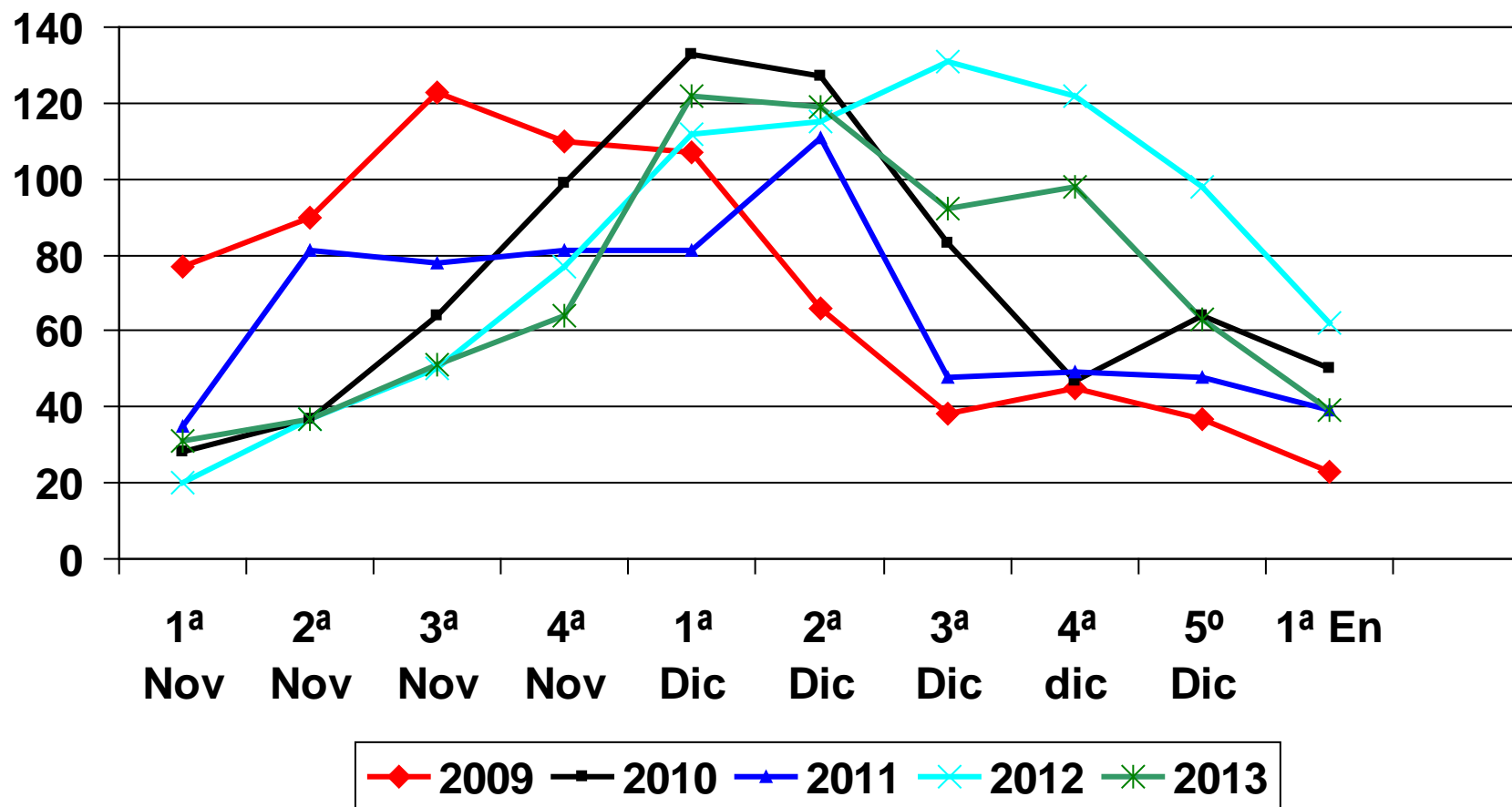




Introducción - Urgencias

- Primera causa de hospitalización por patología médica en pediatría
- Epidemias anuales en otoño – invierno que provocan enorme presión asistencial en Servicios de Urgencia Hospitalarios

Epidemias Bronquiolitis 2009 – 2013 (HUC)





Plan de contingencia para epidemias

- Notificación a epidemiología
- Información en triage y salas de espera
- Refuerzo medidas de higiene
- Refuerzo plantilla, sobre todo enfermería (triage, cuidados)
- Redireccionar flujo de pacientes y familias
- Investigación etiológica
- Coordinación con otras áreas del hospital (hospitalización, UN, UCI)
- Incrementar oferta de hospitalización



Caso clínico

- Recibimos a una niña de 3 meses de edad, transportada en ambulancia medicalizada desde un CS, por presentar dificultad respiratoria, recibiendo oxígeno con mascarilla y monitorizada. Traslado sin incidencias.
- Está irritable; tiene taquipnea, aleteo nasal y retracciones intercostales; el color de la piel es normal.



II JORNADA SOBRE BRONQUIOLITIS EN ESPAÑA



Valoración inicial

TEP:

- Aspecto anormal, respiración anormal, circulación normal

Signos vitales:

- FC 190, FR 60, T 38°C, sat O₂ 94% con oxígeno en mascarilla convencional, Peso 4 kg

Fallo respiratorio:

- Obstrucción de la vía respiratoria baja/alta
- Bronquiolitis?



Postura adecuada, aspiración
secreciones y oxígeno



Valoración y diagnóstico

Historia clínica y exploración física

- El mejor predictor independiente de la gravedad de la enfermedad, en un niño previamente sano, es **SO₂ < 95%**
- Otros factores asociados con enfermedad grave son:
 - Edad < 3 m,
 - Prematuridad
 - Aspecto tóxico
 - Presencia de atelectasias
 - Taquipnea > 70 rpm



Urgencias - Urgencias De Pediatría - Datos Generales del Paciente - USUARIO: UP30709



Epis. Ant.

Pruebas

Abstract

Med.



Nº Urg:

Paciente:

Edad:

Tiempo:

24:03

Mensajes para Diagnósticos



Puntuación	F.Respiratoria	Retracciones	Sibilancias	Sat.Oxígeno	
1	< 50 rpm	Leves, intercostales	leves, final espirac	> 94%	
2	50-60 rpm	ic. mod./supraestern	toda la espiración	93-94%	
3	> 60 rpm	intensas/aleteo/bamb	insp./esp., audibles	< 93%	

Texto en Informe de Alta:

Valor de la Escala valoración bronquiolitis: [F.Respiratoria]: 1 [Retracciones]: 1 [Sibilancias]: 1 [Sat.Oxígeno]: 1

☐ Alergias Conocidas

Haga Click para ver el diagnóstico

Osak
ServGURU
HOSPI



Valoración y diagnóstico

Laboratorio y Rx

La realización rutinaria de estudios (VSR test, Rx, biomarcadores, cultivos, gases...) no están indicados para determinar la etiología o descartar infección bacteriana grave. Estos estudios no suelen cambiar el manejo y pueden condicionar un incremento en las hospitalizaciones, más pruebas y tratamientos innecesarios

La Rx podría estar clínicamente indicada cuando el diagnóstico de bronquiolitis no es claro

En lactantes < 3 meses con FSF, la realización de un test de VSR podría evitar estudios y tratamientos innecesarios

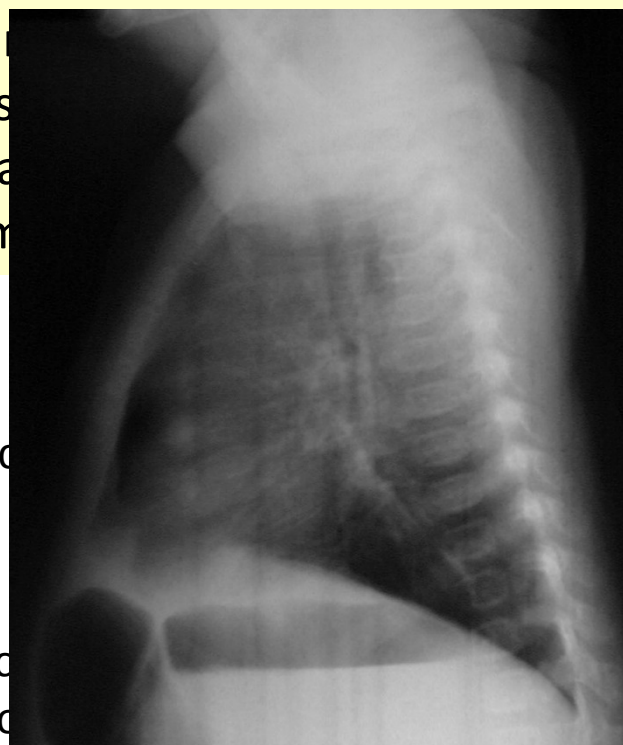
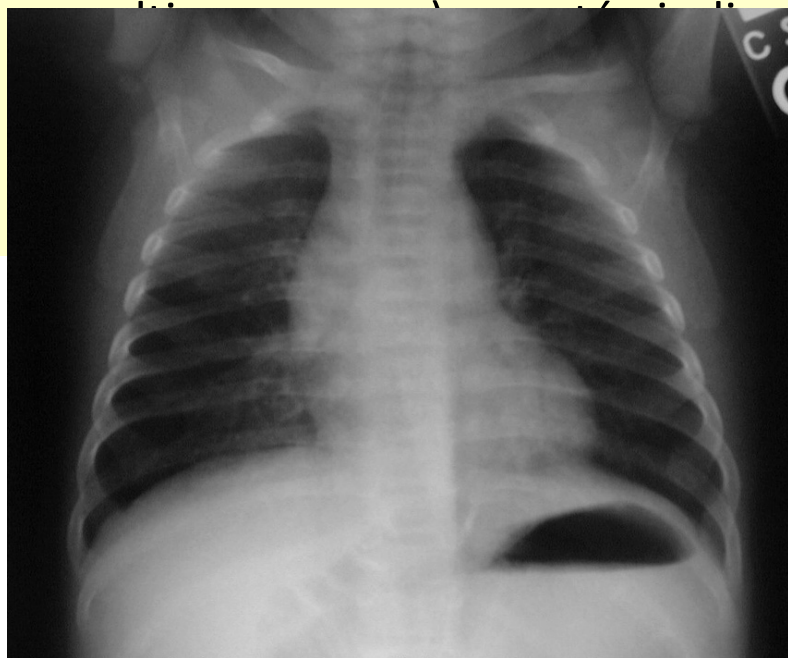


Valoración y diagnóstico

Laboratorio y Rx

La realización rutinaria de estudios (VSR test, Rx, biomarcadores,

tratamiento) en niños con bronquiolitis no es recomendada. Es clave. Es una decisión que debe tomarse con cuidado. Es una decisión que debe tomarse con cuidado. Es una decisión que debe tomarse con cuidado.



evitar estudios y tratamientos innecesarios

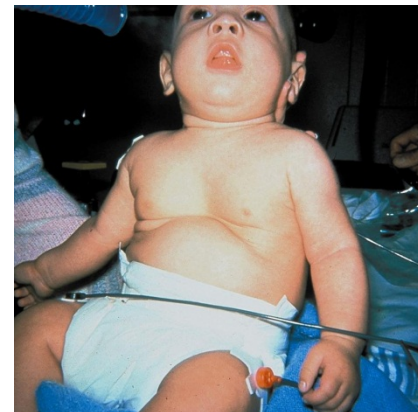


Continuación del caso 2

- Nuestra paciente de 3 m recibió tratamiento de soporte inicial, aspiración de secreciones y oxígeno, pero continuó con dificultad respiratoria.

Ctes:

FR 180, FR 60, SOx 93%





Broncodilatadores

- No mejoran la SOx,
- No reducen hospitalizaciones
- No acortan hospitalización
- No reducen la duración de la enfermedad en casa
- La discreta mejoría clínica en los scores clínicos en pacientes tratados en urgencias, debe ser ponderado con el coste y los efectos adversos de los broncodilatadores
- Superioridad de adrenalina comparada con placebo, en la evolución a corto plazo, especialmente en las primeras 24 horas



Corticoides

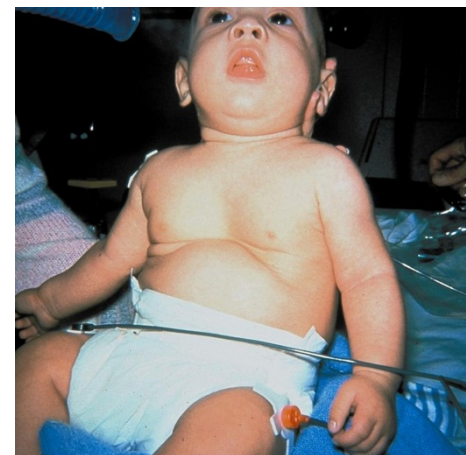
- La evidencia actual **no apoya** un efecto clínico relevante de los corticoides sistémicos o inhalados, sobre la tasa de hospitalización y la duración de la misma.
- La combinación de adrenalina y dexametasona puede reducir las hospitalizaciones, pero los resultados sobre eficacia y seguridad son aún muy limitados.

Otros tratamientos como SSH y heliox son controvertidos



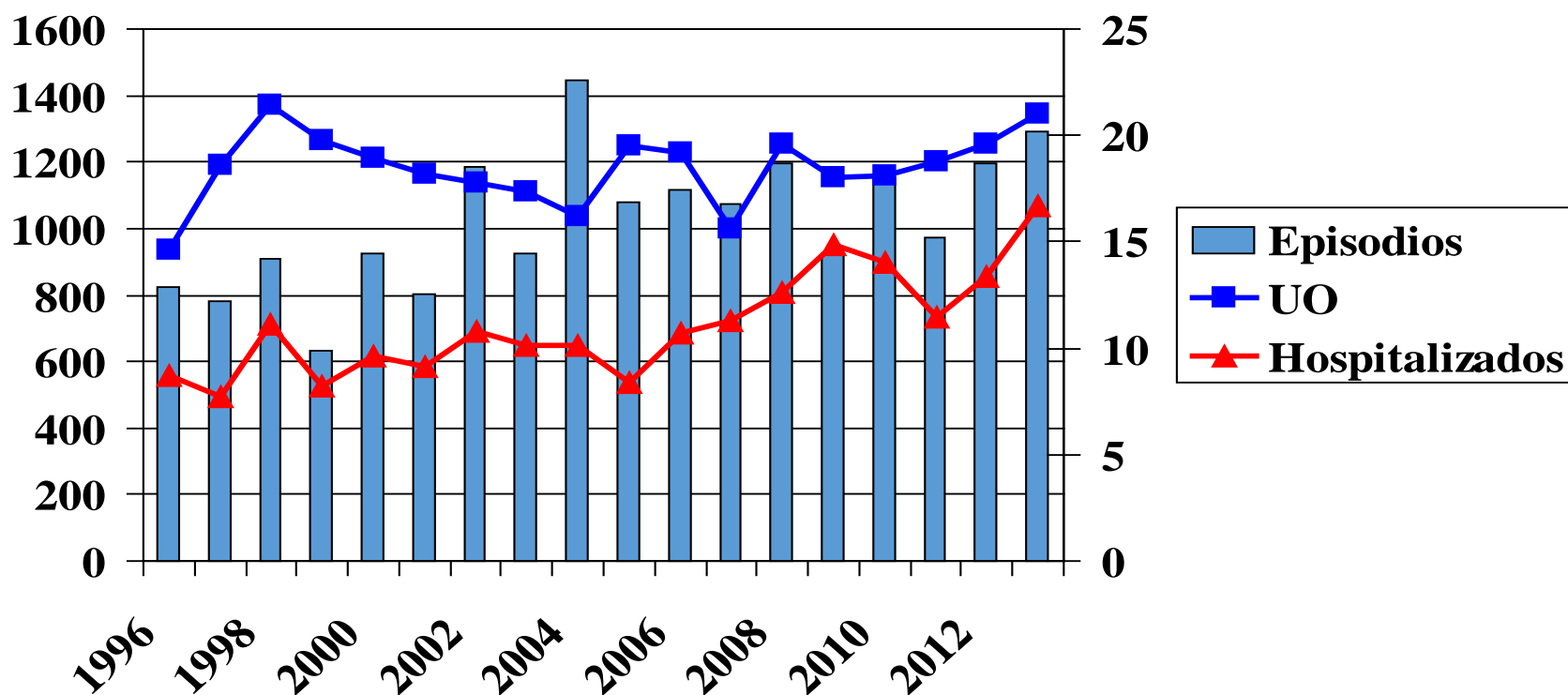
Continuación del caso 2

- Nuestra paciente recibió adrenalina neb, con ligera mejoría (FR 52 x' y disminución de las retracciones).
- La lactante fue ingresada en la UO de urgencias.



Hospitalizaciones por Bronquiolitis

Hospital Universitario Cruces 1996 - 2013





Manejo en la UO

Los principales beneficios de hospitalizar a un niño con bronquiolitis son:

- 1.- Vigilar el estado clínico
- 2.- Mantener una buena apertura de la vía aérea (postura, aspiración de secreciones),
- 3.- Mantener una adecuada hidratación
- 4.- Educar a los padres

¿Influye la hospitalización en la evolución posterior?

- Nov 2013 – Feb 2014
- 214 pacientes, 99 hospitalizados y 115 alta
- Los hospitalizados, mayor gravedad (score 2.63 ± 1.46 vs 1.10 ± 1.06) y menor edad (3.9 ± 4.3 vs 7.1 ± 3.9)

1 mes tras consulta (duración en días)	Hospitalizados	Alta
Tos	11.8 ± 7.3	11.5 ± 5.9
Mucosidad nasal	14.1 ± 8.3	12.7 ± 5.7
Sibilancias	5.2 ± 4.9	8.8 ± 5
Dificultad respiratoria	7.8 ± 6.6	12 ± 6.2
Recurrencias a los 3 meses	32% (6.7 ± 4.3 días)	30% (7.3 ± 5.4 días)

¡Cuidado con!

- Pautar broncodilatadores
- Monitorización continua de SOx:
 - La pulsioximetría continua se asocia con un incremento de la estancia (hasta 1,6 días de media)
 - La variabilidad en la interpretación de la pulsioximetría por parte de los pediatras es enorme
 - Se ha documentado que se producen episodios de desaturación transitorios que representan variaciones normales de la respiración y oxigenación
- Estado de hidratación y alimentación
- Ingresos innecesarios?

Factores asociados a hospitalización desde una UO

- Nov 2012 – En 2013
- 192 pacientes, 104 (54,5% finalmente hospitalizados)
- Variables independientes (An. Multiv.) asociadas a ingreso desde la UO:
 - Edad < 6 semanas (OR 41,03, CI 95%: 10,74-156,80)
 - Oxigenoterapia (OR 4, CI 95%: 1,21-13,29)
 - Test VSR + (OR 9,53, CI 95%: 4,26-21,35)

Lopez O, Udaondo J, Paniagua N, Pijoan JI, Benito J. Factores predictores de ingreso por bronquioltis desde una UO de Urgencias Pediátricas. XVIII Reunión Anual SEUP. Granada 2013

Factores asociados a hospitalización desde una UO

- Nov 2012 – En 2013
 - 192 pacientes, 104 (54,5% finalmente hospitalizados)
- Edad < 6 semanas (OR 41,03, CI 95%: 10,74-156,80)
 - Oxigenoterapia (OR 4, CI 95%: 1,21-13,29)
 - Test VSR + (OR 9,53, CI 95%: 4,26-21,35)

Lopez O, Udaondo J, Paniagua N, Pijoan JI, Benito J. Factores predictores de ingreso por bronquiolitis desde una UO de Urgencias Pediátricas. XVIII Reunión Anual SEUP. Granada 2013

Comentarios finales

- Tratar el fallo respiratorio en cuanto se identifique
- El diagnóstico y evaluación de la gravedad de bronquiolitis es clínico
- El tratamiento de la bronquiolitis se basa en los cuidados de enfermería y educación de las familias
- Es preciso tener diseñados planes de contingencia ante la epidemia anual de bronquiolitis

Gracias

