

ATENCIÓN DEL NIÑO CON BRONQUIOLITIS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

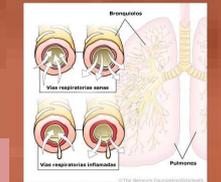
Autores: Isabel Martínez Lao, Concepción Salcedo Melero, M^a Isabel Ramírez Benítez

INTRODUCCIÓN

La bronquiolitis es una enfermedad infecciosa, inflamatoria y aguda que afecta a los *bronquiolos*. Comienza como una infección leve de las vías respiratorias altas y en dos o tres días, el niño desarrolla problemas respiratorios, como tos, dificultad respiratoria progresiva con aleteo nasal, tiraje, sibilancias, fiebre y rechazo de las tomas. El agente casual más frecuente es el Virus Respiratorio Sincitial (VRS) en un 70% de los casos, la transmisión puede ser directa, mediante inhalación de gotas provocadas por tos o estornudos y por transmisión indirecta a través del contacto con material y manos manchadas de secreciones contaminadas. Afecta sobre todo a lactantes y niños pequeños < 2 años, en los meses fríos de otoño e invierno..



En la bronquiolitis, la vía aérea se estrecha debido a la hinchazón de las paredes de los bronquiolos.



1 Asistencia sistematizada y precoz, con la finalidad de disminuir la sintomatología respiratoria.

2 Favorecer la adecuada hidratación, aumentando la ingesta de líquidos y humidificando el ambiente, para movilizar las secreciones y mantener la vía aérea permeable.

3 Evitar el riesgo de aspiración y de distensión abdominal, por ingesta excesiva de aire, suspendiendo la alimentación oral e instaurando la nutrición por SNG o fluidoterapia.

4 Favorecer el patrón de descanso, debido al sueño alterado por la tos/disnea, disminuyendo la ansiedad que pueda ocasionar.

METODOLOGIA

EQUIPO DE TRABAJO:

- Pediatra
- Residente de pediatría
- Enfermera (1 a 2)
- Auxiliar de enfermería
- Celador

MATERIAL:

1. Monitor de constantes (Sat O₂, Fc, Fr, T₃...)
2. Suera fisiológico y jeringas, para lavado nasal
3. Sondas de aspiración
4. Material necesario para punción de vía venosa periférica, esparadrapo y algodón.
5. Material para realización de pruebas complementarias como hemograma, bioquímica, gasometría venosa...
6. Mascarilla de aerosolterapia
7. Gafas nasales o VM (mascarilla de Venturi)
8. Material para cultivo de muestra de flujo nasal
9. Otras pruebas diagnósticas como radiografía de torax, de gran utilidad para descartar neumonías o cuadros mas graves.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN:

1. Valoración de los signos de dificultad respiratoria:
 - Frecuencia y ritmo respiratorio
 - Espiración alargada
 - Tiraje y retracción costal, quejido o aleteo nasal
2. Valoración de la existencia de ruidos patológicos a la auscultación:
 - Sibilancias, estertores, estridor
 - Presencia de "gallo"
3. Valoración de la existencia de tos y sus características, secreciones.
4. Valoración de la necesidad de oxigenoterapia
5. Valoración de la existencia de dificultad para la alimentación por el posible riesgo de aspiración
6. Valoración del estado general: Irritabilidad, letargia, fiebre, vómitos.
7. Valoración del estado de hidratación de la piel y mucosas.



INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

TRATAMIENTO DE SOPORTE

1. Patrón respiratorio ineficaz:
 - Posición semifowler, monitorización de constantes: FC, FR, T³ y Sat. O₂.
 - Oxigenoterapia, con gafas nasales, mascarilla venturi o mascarilla con reservorio, según score clínico.
 - Lavados nasales con suero fisiológico y aspiración de secreciones según necesidades.
2. Patrón descanso/sueño:
 - Favorecer el descanso, planificando los cuidados y evitando la excesiva manipulación del niño. Restringir las visitas a las personas esenciales para el tratamiento.
 - Ambiente relajado, tranquilo, habitación ventilada, la temperatura no debe exceder de 19°C y eliminar los irritantes ambientales particularmente el tabaco.
3. Hidratación y nutrición:
 - Garantizar el aporte hídrico basal mas las pérdidas extraordinarias por fiebre, taquipnea, vigilar el grado de deshidratación existente. Si las circunstancias lo permiten, el aporte hídrico debe ser por vía oral, mediante el fraccionamiento de las tomas. Si no fuera posible, se empleará la vía parenteral. Si se indicara la vía nasogástrica, se utilizará la sonda de menor calibre posible, porque favorece la aparición de reflujo gastroesofágico.
4. Detección de signos de alarma:
 - Sat O₂ < 92%, presencia de fiebre, hipoxia, respiración superficial con bradipnea, cianosis y decaimiento (niño agotado)

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

- ❖ Suero salino hipertónico (SSHT) 3% nebulizado con o sin broncodilatadores. El SSHT 3% se prepara: en 100 ml de ClNa al 0,9% se extraen 10,5 ml, se desechan y en este suero se introducen 10,5 ml de ClNa al 20%. Esta preparación tiene una vida media de 24-48 horas.
- ❖ Broncodilatadores:
 - Beta-2 adrenérgicos en niños > 3 meses como el salbutamol.
 - Adrenalina, es la más eficaz de los beta2 adrenérgicos, se utiliza en niños < 3 meses 0,1 ml/Kg/dosis máxima 1 ml. Diluir con SSHT 3% hasta 4 ml con flujo de oxígeno a 6-10 l/m
- ❖ Antibióticos, no usar de forma rutinaria, sólo si precisa.
- ❖ Oxígeno según necesidades.

CONCLUSIONES

- Cualquier dificultad respiratoria en un bebé, es una emergencia. La actuación enfermera debe centrarse en la detección precoz de los factores de riesgo, minimizar signos y síntomas de alarma y coordinación médico-enfermera.
- Valorar la existencia de factores de riesgo que favorecen la bronquiolitis, los de mayor gravedad son: bajo peso al nacer, prematuridad, la enfermedad de membrana hialina, alteraciones inmunitarias, clases sociales bajas y cardiopatías congénitas.
- Prevención de infección por VRS: lavado de manos ante cualquier manipulación del niño, evitar contacto con otras personas que tengan gripe o fiebre, no fumar en el entorno del bebé, profilaxis con Synagis (palivizumab) para los lactantes con riesgo de padecer infección con VRS.

