

	MANUAL TERAPIA FISICA Y RESPIRATORIA			
	GUIA: BRONQUIOLITIS			
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-AT-T-10	Página: - 1 - de 4	Versión: 01

BRONQUIOLITIS
1. ALCANCE
Aplica para las atenciones ambulatorias (consulta externa y prioritaria) de la ESE Centro de Salud Jenesano y su área de influencia.
2. SERVICIO Y POBLACION
Servicio Consulta externa y prioritaria de la ESE Centro de Salud Jenesano y su área de influencia. Tiene cobertura para todos los grupos etáreos.
3. PERIODICIDAD
La guía se revisara cada cinco años y/o según necesidad.
4. EPIDEMIOLOGIA
<p>La bronquiolitis es una causa frecuente de morbimortalidad infantil que origina gran demanda asistencial en atención primaria y en los servios de urgencias, así como un elevado número de ingresos hospitalarios en niños pequeños, prematuros, o a término.</p> <p>La bronquiolitis en lactantes ocurre mundialmente con epidemias relativamente predecibles dependiendo del agente específico comprometido. El VIRUS SINCITAL RESPIRATORIO ha sido estudiado más ampliamente, comprobándose en los países con estaciones, brotes epidémicos a mediados del invierno e inicio de la primavera.</p> <p>En nuestro país la epidemia de bronquiolitis parece corresponder a la época más lluviosa, los meses de abril, mayo, octubre y noviembre y es ocasionada en muchos casos por el VIRUS SINCITAL RESPIRATORIO.</p>
5. DEFINICION DE LA PATOLOGIA
<p>El principal evento es la obstrucción de los bronquios y bronquiólos terminales como resultado de la infiltración lifomonocitaria de la mucosa e hipersecreción que lleva a atrapamiento de aire y producción de áreas de atelectasias.</p> <p>En el 60% de los casos es causada por el virus sincital respiratorio, pero además puede ser causada por parainfluenza, adenovirus, micoplasma, influenza tipo A.</p>
6. MANIFESTACIONES CLINICAS
<p>Proceso viral inflamatorio del bronquiolo, ocasionando broncoespasmo que ocurre en los menores de 24 meses, teniendo su mayor incidencia entre los dos a seis meses se presenta en las épocas frías del año como: el virus se transmite por el aire y por objetos contaminados con las manos, siendo contagioso durante nueve días y es causa frecuente de infecciones nosocomiales, por el broncoespasmo suele confundirse con le asma, pero esta ocurre generalmente por encima de los dos años.</p> <p>El principal virus responsable de la bronquiolitis es le virus Sincital Respiratorio, otros como:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Parainfluenza 2. Adenovirus

Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-AT-T-10	Página: - 2 - de 4	Versión: 01
----------------------------------	--------------------------------	----------------------	-----------------------	----------------

- 3. Rhinovirus (RHI)
- 4. Influenzae

SIGNOS Y SINTOMAS:

- Fase catarral: Tos, rinorrea, estornudos y fiebre.
- Fase bronquiolar: tos con broncoespasmo por el compromiso traqueal, puede existir disfonía, polipnea, espiración prolongada, en los niños más pequeños crisis de apnea.
- Fase inflamatoria o alveolar: cianosis severa con aumento de la dificultad para respirar, polipnea, hipo ventilación.

Indicaciones hospitalización: menos de tres meses con apnea, presencia factores de riesgo, dificultad para comer, pulsoximetría menos de 90%, atelectasia en Rx, polipnea y tirajes.

7. FASE DIAGNOSTICA

Laboratorio:

- 1. Rayos X de tórax: atrapamiento de aire, engrosamiento peri bronquial, infiltrados intersticiales, zonas de atelectasia.



- 2. Cuadro hemático: Variable el número de leucocitos.
- 3. Pulsoximetría menos de 90% de saturación
- 4. Gases arteriales en caso severo: acidosis respiratoria o mixta.
- 5. Detectar el antígeno del virus Sincitial Respiratoria en secreciones nasofaringea por técnica Elisa. También inmunofluorescencia directa e indirecta. Son las pruebas más rápidas para detectar el VSR.

8. FASE TERAPEUTICA

INTERVENCION INICIAL DE TERAPIA RESPIRATORIA

EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA:

- 1. Observación: aumento de la frecuencia respiratoria, tirajes intercostales, subcostales, cianosis (color morado o azuloso de la piel), a la auscultación estertores y sibilancias.



MANUAL TERAPIA FISICA Y RESPIRATORIA

GUIA: BRONQUIOLITIS

Levantamiento:
Agosto de 2010

Aprobación:
Octubre de 2010

Código:
G-AT-T-10

Página:
- 3 - de 4

Versión:
01

2. Oxigenoterapia: se proporciona al paciente oxígeno por cámara de Hood al 35 %, o cánula nasal a dos litros.

3. Ayuno por cuatro horas para hidratar.

4. Hidratar con solución tres por uno

Signos de deshidratación: irritabilidad o somnolencia, ojos hundidos, lengua seca, sed, oliguria.

Destroza el 5% _____ 500 mililitros.

Natrol _____ mililitros.

Katrol g _____ 5 mililitros.

TERAPIA RESPIRATORIA:

Es importante porque este ayuda a mejorar la ventilación del niño, a disminuir la necesidad de oxígeno y los días de hospitalización.

Se realiza:

1. Micronebulización⁰ con solución salina normal más terbutalina (Broncodilata), Adrenalina (disminuye el edema)
2. drenaje postural (maniobra que se realiza para llevar las secreciones a la traquea)
3. vibración (permite que las secreciones se movilicen)
4. lavado nasal (limpiar vía respiratoria alta)
5. Estímulo de tos (Expulsa secreciones del tracto respiratorio).

6. Luego de 72 horas de tratamiento, se manejan maniobras de terapia como percusión y vibración para movilizar las secreciones de moco y evitar así las complicaciones, realizar el aseo de la nariz con suero fisiológico, cada vez que sea necesario para que la nariz del niño este despejada. Si la nariz esta obstruida por moco el niño no va a poder comer ni respirar adecuadamente.

7. La intubación y ventilación mecánica se utiliza en pacientes con insuficiencia respiratoria.

A. TERAPIA DE RESCATE

- * Salbutamol inhalador: Dos disparos (puff) cada 10 minutos por tres veces.
- * Terapia respiratoria con inducción de tos con estímulo faríngeo previo ayuno de tres horas no hacerlo después de comer por peligro de Broncoaspiración.
- * Pulsoximetría antes y después del rescate controlar frecuencia respiratoria y cardiaca. Si hay disminución de la saturación menor de 90%. Aplicar oxígeno y repetir pulsoximetría en 30 minutos.
- * Continúa con salbutamol inhalado 2 puff C/4 horas en aerocámara. Se debe realizar los dos primeros días, dos veces al día.

9. RECOMENDACIONES

Medidas Preventivas:

- Evitar la exposición al tabaco.
- Limitar la exposición de los lactantes (especialmente en los menores de 3 meses) a familiares con gripe e infección vías respiratorias altas, lavado de manos y valorar utilización de mascarilla

o tapa bocas.

- Evitar frío, polvo, humo de cigarrillo, contacto con lana y animales domésticos plumas. Aplicar las vacunas antiinfluenzae y antineumococcica.

10.ALGORITMO

