

5. Protocolo de actuación en salas de cuidados moderados

Protocol for moderate-care hospital rooms

Protocolo de ação em salas de atendimento moderado

Introducción

El tratamiento de los niños que requieren hospitalización en salas de cuidados moderados debe ser una continuación de la terapéutica que recibieron previamente, en el primer nivel de atención o en sala de emergencia. Se tendrá en cuenta la respuesta a los diferentes tratamientos recibidos.

Debe realizarse el diagnóstico primario de la enfermedad que cursa el paciente, de acuerdo a los datos de la historia clínica, el examen físico, y los antecedentes personales y familiares. Es muy importante poder establecer si se trata del primer episodio de crisis broncoobstructiva, o el niño ha presentado dos o más episodios similares.

Se define como bronquiolitis a una enfermedad aguda infecciosa de etiología viral que produce una reacción inflamatoria de la vía aérea inferior, con afectación del sector canalicular en forma bilateral y difusa. Actualmente se reserva el diagnóstico de bronquiolitis al primer episodio agudo de dificultad respiratoria con sibilancias, precedido por un cuadro catarral de las vías respiratorias altas, que afecta a niños menores de 2 años, siendo más frecuente entre los 2 y 6 meses de edad. Se presenta en brotes epidémicos, sobre todo durante los meses invernales, constituyendo una de las principales causas de infección respiratoria aguda baja (IRAB), de consultas y hospitalizaciones en niños menores de 2 años. El diagnóstico de bronquiolitis es clínico y la etiología más frecuente es el virus sincicial respiratorio (VRS) en el 50%-75% de los casos, pero existen otros agentes implicados como rinovirus, adenovirus, metapneumovirus, influenza, parainfluenza, coronavirus y bocavirus humano. Habitualmente se presentan en forma aislada, pero es posible la coinfección viral en forma simultánea o sucesiva.

Los niños que han presentado episodios reiterados de broncoobstrucción (síndrome broncoobstructivo del lactante, SBOL), y sobre todo aquellos, que además presentan un índice predictivo de asma (API) positivo, podrían ser portadores de asma enfermedad. Deben descartarse otras enfermedades que pueden estar asociadas,

o ser determinantes del SBOL, como fibrosis quística, broncodisplasia pulmonar, malformaciones pulmonares, reflujo gastroesofágico, trastornos de la deglución o cardiopatías.

Estrategia terapéutica

Ingreso hospitalario. De contar con el resultado del estudio virológico en secreciones nasofaríngeas, se internarán por cohorte a los pacientes en los que se identificó VRS, virus influenza o los casos con estudio negativo.

Si la identificación de antígenos virales no está disponible, se aplicarán criterios clínicos para definir la etiología más probable y decidir el lugar de internación.

En caso de clínica sugestiva o confirmación de adenovirus o *Bordetella pertussis*, el paciente ingresará aislado.

Tratamiento sintomático y fisiopatológico. Se aplicarán medidas terapéuticas de sostén:

- Posición a 30 grados.
- Aspiración de secreciones nasofaríngeas, según necesidad.
- Alimentación e hidratación: preferiblemente por vía oral. Si el paciente no logra alimentarse adecuadamente, o presenta dificultad respiratoria progresiva, puede indicarse alimentación por sonda oro o nasogástrica.
- Si requiere hidratación parenteral, se recomienda usar soluciones con 145 mEq/l de NaCl (suero fisiológico) y glucosa al 5%, con adición de KCl, en dosis de 2-4 mEq/l.

Oxigenación. Se recomienda administrar oxígeno, cuando la oximetría de pulso sea menor de 93%, con el niño ventilando espontáneamente al aire (VEA). Debe seleccionarse el dispositivo más adecuado (cánula, máscara) a las necesidades del paciente.

Fisioterapia respiratoria. Se recomienda iniciarla precozmente.

Broncodilatadores. Se llevará a cabo un algoritmo de empleo de estos fármacos, de acuerdo al diagnóstico planteado.

- **Niños con bronquiolitis.** Se realizará el siguiente tratamiento broncodilatador escalonado:
 - Salbutamol inhalado (2 puff cada 20 minutos, en tres oportunidades, durante 1 hora), o nebulizado (10 a 20 gotas + 3 ml de suero fisiológico, cada 20 minutos, en tres oportunidades, durante 1 hora). Este tratamiento se puede reiterar hasta dos series.
 - Si el paciente no responde o se agrava, se indicará adrenalina nebulizada, en dilución de 1/1000, 2,5 ml más 1,5 ml de suero fisiológico. Se realiza solamente una vez, como fármaco de rescate. No debe usarse de forma reglada.
 - En tercer lugar: serie de nebulizaciones con salbutamol 10 gotas más 3 ml de suero salino hipertónico (SSH). Una nebulización cada 20 minutos, a reiterar en tres oportunidades.
- **Niños con SBOL.** Al tratamiento broncodilatador utilizado en niños con bronquiolitis, se puede agregar:
 - Corticoides: no están indicados en la bronquiolitis. Se sugiere su empleo en niños con dos o más episodios de broncoobstrucción, con respuesta insuficiente a los broncodilatadores. Se puede indicar prednisona o prednisolona, a dosis de 2 mg/kg/día, por vía oral, en dosis única diaria (dosis máxima 60 mg/día), o hidrocortisona a 10 mg/kg/dosis, cada 6 horas, en los casos que requieran medicación parenteral.
 - Bromuro de ipratropio: debe asociarse a salbutamol. Dosis: en menores de 20 kg, 4 puff; en mayores de 20 kg, 8 puff. Se puede iniciar en series de puff cada 20 minutos, por 1 hora. Si hay respuesta se puede continuar cada 4 - 6 horas. Se

puede indicar en nebulizaciones, en niños con peso menor a 20 kg, con 250 gammas (0,25 mg), y en niños con peso mayor, a 500 gammas (0,5 mg).

- Aminofilina i/v: se puede utilizar en niños con crisis severas, que no mejoran con salbutamol, siempre asociado a este fármaco. Se puede indicar una dosis carga de 3 mg/kg, pasar en 20-30 minutos, y continuar con dosis de mantenimiento a 0,6 mg/kg/hora. Debe tenerse especial cuidado con los efectos adversos en los niños menores de 2 años.

Debe evaluarse la severidad y evolución de la broncoobstrucción del paciente mediante la aplicación del score de Tal modificado. Si hay respuesta a los fármacos, éstos deben indicarse en forma reglada, cada 4 o 6 horas. Si no hay respuesta, no debe insistirse con el fármaco, sino avanzar en el algoritmo terapéutico.

Los pacientes con escasa respuesta al tratamiento instituido, evolución desfavorable o agravación, deben ser considerados como de riesgo. Deben tenerse en cuenta los criterios de ingreso a áreas de mayor cuidado, y ser derivados en forma oportuna.

Se otorgará el alta cuando el paciente logre alimentarse y descansar sin dificultad, con mejoría del trabajo respiratorio y sin requerimiento de oxígeno suplementario.

Se capacitará a la familia en el cuidado del niño, en los signos de alarma que deben motivar una consulta precoz y en la forma de administración del tratamiento en domicilio. Se coordinará un control en el primer nivel de atención próximo al alta. Ver capítulo de *Altas*.