

# 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 interrarán 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 requieren 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*.