



Bronchitis

Definición

- Conceptualmente es una inflamación de los bronquios.
- Es una entidad clínica probablemente inexistente en el niño.
- Se clasifica en aguda y crónica

"Bronquitis aguda"

- El diagnóstico más acertado será probablemente traqueobronquitis o laringotraqueobronquitis
- Es debida a infección viral y suele afectar a toda la vía aérea.
- No precisa tratamiento. Líquidos abundantes y medidas físicas.
- A veces es útil la codeína.
- No antihistamínicos. No expectorantes. No antibióticos.

"Bronquitis crónica"

- La bronquitis crónica en el niño no es un diagnóstico frecuente ni habitual.
- Factores favorecedores: contaminación, humo de tabaco, clima, alergia e infección crónica.
- Tos crónica//Tos productiva?

Catarros de repetición

Tos crónica

Catarros de repetición

Porcentaje elevado de casos



SIN REPERCUSIÓN CLÍNICA

Catarros de repetición

Parámetros a tener en cuenta

Edad

Nº hermanos

Afectación vías bajas

Ruidos transmitidos de vías altas

Otros síntomas-signos

Deglución, alimentación, piel

Presencia de otras infecciones

Desarrollo ponderal

Catarros de repetición

HISTORIA CLÍNICA

FUNDAMENTAL

Catarros de repetición

- Anamnesis

- AF- Asma, atopia, rinitis
- Enfermedad de base
- Infecciones previas
- Fármacos: IECA, β Bloqueantes

Catarros de repetición

- Historia clínica exhaustiva

- Características de la tos
 - Seca, productiva, en accesos
 - Diurna, nocturna
- Inicio síntomas
- Relación con ejercicio/inhalantes/estación/comida
- Otros síntomas-signos acompañantes
 - Hipersecreción mucosa-Foco ORL
 - Afectación vías bajas
 - Escasa ganancia ponderal

Catarros de repetición

- Exploración clínica cuidadosa
 - Peso y talla - Percentiles
 - Esfera ORL
 - Auscultación pulmonar - Poco importante iii
 - Acropaquias

Catarros de repetición

- Pruebas complementarias
 - Habitualmente no son necesarias
 - En ciertos casos Rx tórax (una vez) o función pulmonar
 - Respuesta terapéutica
 - Según historia clínica

Clasificación de la tos

- Tos subaguda o persistente (3 a 8 s.)
- Tos crónica (> 8 semanas)
- Tos recurrente (> 2 episodios de tos sin catarro en el último año)
- Tos persistente nocturna

Prevalencia: 9 a 17%

Tos crónica: Causas frecuentes

- Tos postinfección viral
- Goteo postnasal
- Variante o equivalente de asma
- Reflujo gastroesofágico-Aspiración recurrente

Tos crónica

Causas poco frecuentes

- Cuerpo extraño
- Tuberculosis
- Fibrosis quística
- Bronquiectasias
- Síndrome de cilios inmóviles
- Anomalías congénitas
- Inmunodeficiencias
- Tos psicógena

Tos crónica

TABACO

Tos crónica

- Pruebas complementarias
 - Rx tórax (una vez)
 - Eosinofilia/IGE/Subclases IgG (poco valor)
 - Función pulmonar/broncoprovocación
 - Prueba sudor/PCHI-CAP/ α_1 antitripsina/
pHmetría/Estudio deglución
 - TAC tórax, cultivo esputo, serología, estudio inmunológico, función ciliar, broncoscopia
 - Respuesta a tratamiento

Tos crónica
Diagnóstico

DESCARTAR

ENFERMEDAD GRAVE

Bronquiolitis

Definición/Etiología

- Obstrucción inflamatoria de las vías aéreas más distales.
- Más frecuente en los dos primeros años de vida //Pico a los 6 meses.
- Ambiente epidémico. Más frecuente en invierno e inicio de la primavera.
- VRS, adenovirus, parainfluenza, influenza, metapneumovirus.

Clínica

- Pródromos: congestión nasal con tos y febrícula varios días.
- Incremento de la tos, dificultad respiratoria, taquipnea y taquicardia.
- Pausas de apnea.
- Auscultación: hipoventilación con crepitantes y sibilancias.
- Dificultad para la alimentación.

Diagnóstico

- Etiológico
 - ELISA moco nasal y/o If directa para VRS
 - Adenovirus, influenza y parainfluenza en VRS negativos
- Rx tórax: hiperinsuflación pulmonar-áreas de consolidación.
- Pulsioximetría y capnografía.

Apnea en bronquiolitis

- Manifestación precoz en lactantes pequeños
- Factores de riesgo:
 - menores de 6 semanas
 - antecedentes de prematuridad (< 32 s)
 - saturación de O₂ baja
- Tratamiento: soporte ventilatorio

Bronquiolitis: factores de riesgo

- Menores 6 semanas de edad.
- Antecedente de prematuridad.
- Malformaciones congénitas o trastornos neurológicos o metabólicos.
- Cardiopatía congénita.
- Otras enfermedades: displasia broncopulmonar, fibrosis quística, inmunodeficiencias.

Score de Downes

	0	1	2
Cianosis	No	Aire ambiente	FiO ₂ > 30%
Hipoventilación	No	Moderada	Intensa
Espasticidad	No	Se oye con fonendo	Se oye sin fonendo
Trabajo respiratorio	Leve	Moderado	Intenso
Estado neurológico	Normal	Irritable, agitado	Estuporoso, comatoso

<4- tto domiciliario

>4 - valorar ingreso

>7 - UCIP

Sat O₂ <91% - ingreso

Sat O₂ 91%-95% - valorar ingreso

Sat O₂ >95% - alta salvo SDR+++

Score de Bierman Pierson

<u>PUNTUACIÓN</u>	<u>FR</u> <u>< 6 MESES</u>	<u>FR</u> <u>> 6 MESES</u>	<u>CIANOSIS</u>	<u>USO</u> <u>MÚSCULOS</u> <u>ACCESORIOS</u>	<u>SIBILANCIAS</u> <u>SUBCREPITANTES</u>
0	<40	<30	Ausente	No	Ausentes
1	40-54	30-44	Al llanto	Tiraje subcostal	Espiratorias
2	55-70>	45-60	En reposo	+ Tiraje supraesternal	Inspiratorias y espiratorias
3	>70	>60	Generalizada	+ Aleteo nasal	Estridor o ausencia de murmullo vesicular

LEVE: 0-5 puntos

MODERADA: 6-10

GRAVE: >10 puntos

Bronquiolitis - Criterios de ingreso

- Niños de alto riesgo
- Niños con Sat O₂ < 92%
- Pausas de apnea
- Apariencia tóxica/SDR grave
- Dificultad respiratoria moderada/severa (score ≥ 4 o 6)
- Frecuencia respiratoria > 70 rpm
- Mala tolerancia alimentaria

Criterios ingreso en UCI

- $\text{SatO}_2 < 90\%$ con O_2 adicional a 60%.
- $\text{pH} < 7,20$ (acidosis respiratoria).
- Dificultad respiratoria grave (score > 7 o 10) tras tratamiento.
- Pausa apnea frecuente (>1 cada 2 horas).
- Síntomas extrapulmonares graves.
- Enfermedad asociada.

Medidas generales

- Lavados nasales.
- Fraccionar las tomas.
- Postura semiincorporada.
- Vigilar empeoramiento (rechazo del alimento, signos de dificultad respiratoria, apneas).

Prevención

Interrumpir la transmisión en el hospital

- usar batas y guantes desechables.
- aislamiento de niños VRS+.
- enfermeras que manejan estos niños no deben manejar otros niños de riesgo (especialmente prematuros, trasplantados, inmunodeficientes, oncológicos...).

VRS - Prevención

- Vacuna ineficaz
- Palivizumab (Ab monoclonal frente a VRS): 15 mg/kg IM al mes de Novbre a Marzo:
 - Prematuros de 28-32 semanas de gestación y menos de seis meses antes de Noviembre.
 - Prematuros de menos de 28 semanas y 12 meses de edad
 - Niños menores de dos años y displasia broncopulmonar moderada-grave.
 - Niños menores de seis meses y cardiopatía congénita con compromiso hemodinámico.

Bronquiolitis - Tratamiento

- Oxígeno
- Hidratación
- Nutrición
- ¿Broncodilatadores?
Respuesta β_2 /L-Adrenalina
- ¿Corticoides?
- ¿Rivabirina?

MONITORIZACIÓN