

Urkund Analysis Result

Analysed Document: bronquiolitis ex complex2018.docx (D42496533)
Submitted: 10/12/2018 9:24:00 PM
Submitted By: wbalcazarq@unemi.edu.ec
Significance: 6 %

Sources included in the report:

DENISSE ANABEL GUERRERO LOYAGA.docx (D37683598)
Ensayoo.docx (D30338049)
ENSAYO PREVALENCIA-BRONQUIOLITIS.docx (D30294259)
ANDRADE GÓMEZ LUIS XAVIER - TESIS PARA URKUND.docx (D37799910)
<https://s1e181b62664a5fde.jimcontent.com/download/version/1490921009/module/5729026517/name/04-Bronquiolitis.pdf>
<https://www.monografias.com/trabajos108/factores-riesgo-asociados-bronquiolitis-en-ninos/factores-riesgo-asociados-bronquiolitis-en-ninos.shtml>
<http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v26n3/mgi06310.pdf>
<http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/21.Pediatricas/Bronquiolitis.pdf>

Instances where selected sources appear:

18

INTRODUCCIÓN

La bronquiolitis, es una infección aguda de la vía aérea inferior, se caracteriza por presentar un cuadro obstructivo, precedido de un cuadro clínico de rinorrea, tos, aumento de la frecuencia respiratoria, y ocasionalmente fiebre, es una enfermedad muy frecuente en niños menores de dos años, teniendo su pico máximo de incidencia en aquellos niños con la edad uno a tres meses. CITATION Ali16 \l 12298 (Callejon, 2017)

Nuestro estudio encontró que los principales factores de riesgo de bronquiolitis son: con el 20% la presencia del Virus sincitial respiratorio, 18% los niños con bajo peso al nacer, 17% la prematuridad, 15% la falta de lactancia materna, 15% el estrato socioeconómico bajo, 10% la presencia de hermanos en edad escolar y con un 5% el habito de fumar de los padres.

La falta de lactancia materna es un factor de riesgo importante debido a que mediante la leche materna se transfieren los factores inmunitarios anti-VRS, inmunoglobulinas G y A e interferón que estimulan el sistema inmune del lactante en la cual ayudaría a evitar las infecciones respiratorias agudas como es la bronquiolitis. CITATION Mar17 \l 12298 (Castillo M. A., 2017)

El propósito del presente estudio investigativo tiene como propósito evaluar los factores de riesgo de la bronquiolitis que se generan en niños menores de dos años, para poder contribuir con datos relevantes, proponiendo actividades de información y educación sobre las medidas preventivas, llevando a la población a cambiar comportamientos, con el objetivo de mantener la salud de la población.

Se plantea como recomendación las medidas preventivas a seguir con rigurosidad tales como el correcto lavado de mano, evitar el contacto con personas que tienen infecciones respiratorias, evitar la exposición al humo del cigarrillo, evitar la escolarización y guardería temprana y promover sobre todo la lactancia materna.

CAPÍTULO 1

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Las infecciones respiratorias agudas representan la primera causa de consulta y hospitalización en pacientes pediátricos; no obstante, la más frecuente en los niños menores de dos años es la bronquiolitis.

La bronquiolitis es una enfermedad infantil de mucha vigilancia por parte de los padres y de los profesionales de la salud, debido a que generalmente una inadecuada atención o un incorrecto tratamiento pueden generar problemas clínicos y con ello, puede traer complicaciones como es la estancia prolongada en una institución de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que el virus respiratorio sincitial (VRS), causante principal de la bronquiolitis, tiene un papel preponderante en el fallecimiento de alrededor de cuatro millones de lactantes cada año.

Las características epidemiológicas de la bronquiolitis van paralelas a las de su principal agente etiológico, su principal agente etiológico es el virus respiratorio sincitial (VRS) este a su vez en Estados Unidos causa aproximadamente 126,000 hospitalizaciones por año y aproximadamente 300 muertes en infantes menores de 2 años. La bronquiolitis presenta signos clínicos variables, con mayor frecuencia es leve (40-80%), en ocasiones presenta signos clínicos moderados (15-39%), y severos (1-14%), que requiere hospitalización. CITATION Esq16 \l 12298 (Esquivel, 2016)

En España Las infecciones por VRS afectan al 75% de los lactantes en su primer año de vida, entre los 2 y los 3 meses de edad. El 3-4% de los niños en los primeros 12 meses de vida son ingresados a hospitalización y el 2-6% ingresan al área de Cuidados Intensivos pediátrico. La mortalidad en niños hospitalizados por bronquiolitis, es muy baja en los países industrializados (0- 1, 5%), donde el acceso a la ventilación mecánica y a los cuidados intensivos es fácil. CITATION MarcadorDePosición3 \l 12298 (García L. G., 2017)

0: DENISSE ANABEL GUERRERO LOYAGA.docx

76%

El principal virus causante de la bronquiolitis es

el Virus Sincitial Respiratorio, que tiene un papel

predominante en la muerte de 4 millones de niños al año,

debido a la anatomía de sus vías respiratorias, menos desarrolladas y por carecer de anticuerpos, las infecciones respiratorias agudas, constituyen a nivel mundial una de las primeras 5 causas de morbi-mortalidad, siendo la principal causa de muerte en menores de 5 años. CITATION Org09 \l 12298 (Salud, 2009)

La bronquiolitis perjudica al 10% de los lactantes durante una epidemia,

0: <https://s1e181b62664a5fde.jimcontent.com/download/version/1490921009/module/5729026517/name/04-Bronquiolitis.pdf>

75%

afecta preferentemente a niños de menos de 1 año, cuya máxima incidencia es entre los 3 y 6 meses.

La hospitalización por bronquiolitis se produce con más frecuencia en varones que en mujeres (62 vs 38%) y en las zonas urbanas en comparación con el medio rural. CITATION Dra12 \l 12298 (Dra. Andrea Parra, 2012)

0: <https://www.monografias.com/trabajos108/factores-riesgo-asociados-bronquiolitis-en-ninos/factores-riesgo-asociados-bronquiolitis-en-ninos.shtml>

100%

El diagnóstico de la bronquiolitis es clínico. La presencia de una epidemia, brote epidemiológico o incremento en la circulación del virus, es un elemento importante del diagnóstico,

los signos y síntomas de la bronquiolitis en algunos casos

0: <https://www.monografias.com/trabajos108/factores-riesgo-asociados-bronquiolitis-en-ninos/factores-riesgo-asociados-bronquiolitis-en-ninos.shtml> 60%

son evidentes y llevan al diagnóstico en la mayoría de los casos. Estos síntomas pueden presentarse como catarro común, como rinorrea,

seguidos de sibilancias. CITATION Mar15 \1 12298 (Silva, 2015)

En

0: ENSAYO PREVALENCIA-BRONQUIOLITIS.docx 100%

Ecuador la bronquiolitis es considerada como la segunda causa de morbilidad entre las enfermedades respiratorias,

se ve con mayor frecuencia en épocas de invierno, en

0: ENSAYO PREVALENCIA-BRONQUIOLITIS.docx 73%

diferentes países del mundo pueden presentarse en verano, otoño e incluso primavera, existe mayor prevalencia del sexo masculino que femenino, solo un pequeño porcentaje de los casos requieren hospitalización ya que necesitan cuidados especiales.

CITATION Ins12 \1 12298 (INEC, 2012)

En Milagro esta enfermedad es muy común en niños menores de dos años y se observa con mayor frecuencia en temporadas de invierno, generalmente suele ser leve, pero puede tener complicaciones muy graves como es la insuficiencia respiratoria severa que los llevara a utilizar soporte ventilatorio en el área de Cuidados Intensivos Pediátrico.

Esta patología se presenta con un cuadro clínico que viene acompañado de estornudos, rinorrea, tos y en ocasiones fiebre, la mayoría son leves y los síntomas desaparecen en menos de una semana, pero si no existen un tratamiento adecuado, una correcta higiene, puede complicarse en el lapso de un periodo de 1 a 4 días, en la cual, la tos se hace más persistente, apareciendo irritabilidad, rechazo de la alimentación, taquipnea, disnea espiratoria, auscultación con sibilancias y dificultad respiratoria.

El alto nivel de morbilidad en el país es debido especialmente a la carencia de información clara acerca de las medidas correctas de prevención de bronquiolitis. El Ministerio de Salud Pública no posee una guía práctica clínica acerca de la Bronquiolitis que es de gran utilidad para el personal médico en la toma de decisiones clínicas. El estado no le da una importancia mayor, lo cual es reflejada en la poca difusión y promoción de la enfermedad para que la población tenga una mejor comprensión de la patología

JUSTIFICACIÓN

El siguiente estudio acerca de bronquiolitis en niños menores de 2 años se la realizo para determinar los factores de riesgo que son causantes de la enfermedad en nuestro país. La bronquiolitis es una de las principales causas de enfermedad y hospitalización en la población infantil. En el caso de Ecuador se encuentra

0: ENSAYO PREVALENCIA-BRONQUIOLITIS.docx

100%

considerada como la segunda causa de morbilidad entre las enfermedades respiratorias, con mayor incremento de casos en la época invernal.

El siguiente trabajo es de gran relevancia para la población, en específico a los padres de familia quienes deben conocer las medidas correctas de prevenir la bronquiolitis. De la misma manera tener una información más precisa acerca de los factores de riesgo que puede conllevar a que sus hijos contraigan la patología.

A pesar que es una de las patologías más comunes, la población carece de información sobre su correcto manejo, en su gran mayoría es confundido con un episodio gripal normal y por lo tanto evitan asistir al centro de salud para su oportuno diagnóstico y evitar complicaciones que en algunos pueden resultar siendo mortales.

La siguiente revisión bibliográfica se justifica debido a que es factible porque se cuenta con información científica de la patología, permisible porque se tiene el tiempo requerido para llevar a cabo la búsqueda de datos y pertinente porque es necesario que la ciudadanía conozca de mejor manera la enfermedad. Es por ello que el estudio se enfoca en la prevención, su manera de ser difundido, proponer actividades de información y educación, llevando a la población a cambiar comportamientos, con el objetivo de mantener la salud de la población.

OBJETIVOS

Objetivos generales Identificar los factores de riesgo asociados a la bronquiolitis en menores de 2 años a causa viral. Objetivos específicos • Relacionar la aparición de la bronquiolitis con la carencia de la lactancia materna. • Identificar la sintomatología que se presenta en los niños con bronquiolitis. • Fomentar la participación de los familiares en la prevención de la bronquiolitis.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Definición

La bronquiolitis es el primer episodio de sibilancias vinculado a una evidencia clínica de infección de tipo viral en niños menores de dos años. Es una inflamación difusa y aguda de las vías aéreas inferiores, por lo general infecciosa, referido clínicamente por obstrucción de la vía aérea inferior. CITATION Dra13 \1 12298 (Parra, 2013)

La bronquiolitis es la principal causa de Insuficiencia respiratoria aguda en menores de 24 meses, produciendo un importante impacto a nivel socio-sanitario. En la mayoría de los casos pueden ser tratados de forma ambulatoria, requiriendo ingreso hospitalario desde el 1 a 5 % de los pacientes. Suele tener una conducta estacional, siguiendo el curso epidemiológico de su principal agente etiológico: el virus Sincicial Respiratorio (VRS). CITATION Soc10 \1 12298 (Pediatria, 2010)

Epidemiología

Las características epidemiológicas van paralelas a las del principal agente etiológico, que es el virus respiratorio sincicial (VRS). La incidencia en la mayoría de casos, es estacional, siendo más habitual en los meses de diciembre, enero, febrero incluso hasta marzo. La edad promedio de incidencia es entre los dos y seis meses de vida, presentándose un 80% de los casos en esta edad. La incidencia de la bronquiolitis es alta, el rango es de 12 a 20 casos por 100 niños en el primer año de vida. De los cuales, un 15% deben ser ingresados. CITATION Aná09 \1 12298 (Martínez, 2009)

En Estados Unidos se han realizado varios análisis de datos que mostraron que más de 700.000 lactantes visitan los departamentos de urgencias y emergencias cada año, debido a la bronquiolitis asociada a Virus Sincicial Respiratorio (VSR) y aproximadamente un tercio de éstos son hospitalizados. CITATION Dra09 \1 12298 (Giraldo, 2009) La hospitalización por bronquiolitis se genera con más frecuencia en varones que en mujeres (62 vs 38%) y en las zonas urbanas en comparación con el medio rural. Entre un 5-16%, de estos niños ingresarán al área de cuidados intensivos pediátricos por evidenciar dificultad respiratoria, insuficiencia respiratoria o complicaciones asociadas a la patología. La mortalidad de los niños hospitalizados por lo general es de 1 a 3%. CITATION MarcadorDePosición1 \1 12298 (Jiménez, 2013)

Las infecciones ocasionadas por el virus respiratorio sincicial (VRS) perjudica al 75% de los lactantes en el primer año de vida, con un máximo de incidencia entre los dos y tres primeros meses. Por lo general el 2-3% de los niños con una infección es causada por el (VRS) necesitan hospitalización, el 2-6% de ellos ingresan en el área de Cuidados Intensivos. La mortalidad en niños hospitalizados por bronquiolitis, es muy reducida en los países subdesarrollados el 0-1,5%, donde es fácil el acceso al área de cuidados intensivos. CITATION Ali17 \1 12298 (Callejón, 2017)

Los factores de riesgo que participan en el desarrollo de bronquiolitis son: la presencia de VSR aproximadamente con el 20% seguido por los niños con bajo peso en el momento de nacer (1.500 - 2.500g) con un 18%, la prematuridad con un 17%, el estrato socioeconómico bajo con un 15%, carencia de lactancia materna con un 15%, la presencia de hermanos en edad escolar con un 10%, al ser considerados estos como vehículos de agentes causales de la enfermedad,

y por ultimo padres fumadores con un 5% exponiendo al niño a la inspiración del humo provocado. CITATION Hel14 \l 12298 (Preciado, 2014)

El Sistema Nacional de Salud (SNS), refiere que uno de cada veinticinco niños menores de un año ingresa a una casa de salud cada año debido a la bronquiolitis, esta patología provocada por el (VRS) tienen una tasa media de hospitalización de aproximadamente siete días, por lo que tiene un impacto importante para la sociedad, llegando a alcanzar un costo de hospitalización superior a los 4,1 millones de dólares anuales. CITATION LaO17 \l 12298 ((OMS), 2017)

Etiología

Los virus son los más frecuentes causantes de esta enfermedad y entre ellos, se encuentran: el Virus sincitial respiratorio con aproximadamente un (70%-80%), seguido por el adenovirus, tipos 1, 2 y 5 con (2%-3%), parainfluenza, tipos 1 y 3 con un (2%), el rinovirus (1,5%), y por último el virus de la influenza con un aproximado de (0,4%). CITATION Her09 \l 12298 (Alvarado, 2009)

Virus respiratorio sincitial

El Virus Respiratorio Sincitial es el agente etiológico más recurrente, causando aproximadamente el 70-80% de las bronquiolitis. Pertenece a la familia Paramyxoviridae, del género Pneumovirus, las puertas de entrada de este virus son la conjuntiva ocular, la mucosa nasal y oral. Se difunde con las secreciones nasofaríngeas de los individuos infectados por contacto directo. Se han identificado dos grupos principales de VRS, el grupo A y el B. Su circulación es estacional, con un pico de máxima incidencia entre los meses de noviembre y marzo. CITATION Luz17 \l 12298 (Garcia, 2017)

Para influenza Los virus parainfluenza son agentes importantes de infección de la vía aérea superior e inferior en niños y adultos, este Virus posee varios tipos de la cual, el tipo 3 se asocia a epidemias de bronquiolitis en primavera y otoño. Los tipos 1 y 2 pueden causar bronquiolitis, pero se asocian más a provocar laringitis. CITATION pPe10 \l 12298 (Breña, 2010)

Adenovirus Los virus Adenovirus pueden causar tanto enfermedad respiratoria moderada como también infecciones severas, principalmente en niños pequeños menores de dos años, que pueden desarrollar bronquiolitis y enfermedad pulmonar crónica residual. CITATION Dra091 \l 12298 (Kusznierz, 2009)

Rinovirus Los virus Rinovirus son los agentes causales más frecuentes del catarro común. También están asociados a provocar con otitis media aguda en niños y sinusitis en adultos, los virus Rinovirus fueron los más detectados en niños ambulatorios, principalmente en menores de un año. CITATION Car12 \l 12298 (Ricarte, 2012)

Virus Influenza. El Virus Influenza Produce bronquiolitis y sus manifestaciones clínicas son similares a las producidas por el Virus Respiratorio Sincitial, estando descrita la presencia, con

mayor frecuencia, de fiebre alta e infiltrados pulmonares en la radiografía de tórax. CITATION Jor15 \l 12298 (Quarleri, 2015)

Fisiopatología

La bronquiolitis se produce cuando los virus infectan directamente a las células epiteliales, es decir se propaga desde las vías respiratorias superiores hasta llegar a los bronquiolos, causando daño directo como necrosis epitelial desencadenando

0: DENISSE ANABEL GUERRERO LOYAGA.docx

76%

una respuesta inflamatoria. El edema y la exudación provocan una obstrucción parcial, que es más pronunciada durante la espiración,

esto induce a un atrapamiento aéreo. Si se produce una obstrucción completa, con la absorción del aire atrapado, esto probablemente provoque una atelectasia. CITATION NCI14 \l 12298 (Arrieta, 2014)

La fisiopatología de la bronquiolitis inicia con una infección de la vía aérea superior debido al contacto con secreciones contaminadas de personas infectadas. El período de incubación del Virus Sincitial Respiratorio es entre 2 y 8 días, pero de 4-6 días es el período más observado. Después de la inoculación, el virus se difunde a las vías respiratorias bajas a través de la mucosa respiratoria por la fusión de células infectadas con células no infectadas.

En el interior de la célula, el virus se replica, provocando una inflamación y por ende un edema de la mucosa y submucosa, necrosis epitelial y también causa la pérdida de la superficie ciliar, lo que da como resultado la disminución en el transporte de secreciones y detritus celulares desde la luz bronquiolar hasta la vía aérea superior, dando como resultado obstrucción de los bronquiolos terminales parcial o totalmente y alteración al flujo de aire al pulmón. CITATION Dra17 \l 12298 (Pinchak, 2017)

Posteriormente se produce una regeneración epitelial con células sin cilios. Este epitelio no alcanza transportar correctamente las secreciones, provocando el empeorando como es la obstrucción de las vías respiratorias por acumulo de tapones de secreciones intraluminales que causa el desarrollo de atelectasias. Todo esto lleva a un aumento en la resistencia de las vías aéreas inferiores, produciendo obstrucción en la salida de aire del pulmón, atrapamiento de aire y aumento de la capacidad residual funcional. Estos cambios pueden acompañarse de la formación de acidosis respiratoria por retención de CO₂ y alteración de la relación ventilación-perfusión (V/Q), llevando a hipoxemia y si la obstrucción empeora provocaría una insuficiencia respiratoria aguda y potencialmente la muerte. CITATION Bro \l 12298 (Hernández, 2013)

El proceso natural de esta patología es la resolución de los signos y síntomas por la rápida regeneración epitelial que tiene un proceso que es de tres a cinco días y la regeneración ciliar que tarda cerca de dos semanas. CITATION Gui16 \l 12298 (Cornejo, 2016)

Manifestaciones clínicas

La Bronquiolitis suele presentarse en los tres primeros días mediante un resfriado común, rinorrea de color transparente pero viscoso, y la tos, ocasionalmente presenta fiebre, pero al transcurrir tres o cuatro días, aparecen manifestaciones clínicas propias de las vías aéreas inferiores que generalmente son: secreciones nasales de color amarillo, presencia de dificultad respiratoria como son la taquipnea, respiración paradójica, retracción costal y además la presencia de ruidos agregados como son: roncus y sibilancias de tonalidad alta. CITATION Gab17 \l 12298 (Szulman, 2017)

Generalmente el cuadro clínico comienza con sintomatologías de vías respiratorias altas como mucosidad nasal, tos, con o sin fiebre, evolucionando a los dos o tres días con sintomatologías respiratorias bajas en la cual la bronquiolitis se está instalando, ahí se evidencia la presencia de dificultad para respirar, retracción costal, subcostal, aleteo nasal, polipnea, sibilancias espiratorias, dificultad para ingerir alimentos. CITATION Cla16 \l 12298 (Fuentes, 2016)

El cuadro clínico de la bronquiolitis inicia con sintomatología respiratoria alta como rinorrea hialina, catarro común, y ocasionalmente ocurre casos de fiebre, la fiebre tiende a ser menor con el VRS y más alta con adenovirus, evolucionando a los dos o tres días con sintomatologías respiratorias bajas como son: la tos, polipnea, retracción costal, sibilancias espiratorias y crépitos bilaterales a la auscultación, las apneas no es común pero pueden ocurrir sobre todo en los niños prematuros y los lactantes menores de dos meses de edad. CITATION Mar14 \l 12298 (Castillo, 2014)

En la bronquiolitis la presencia de estornudos, tos y rinorrea es prácticamente igual, y generalizada en todos los estudios, el aumento de la frecuencia respiratoria y la presencia de cianosis se presentarán de acuerdo a la severidad de la enfermedad

En la Auscultación pulmonar presentan sibilancias de alta y baja tonalidad en ambos hemitórax, que en muchos casos podrían ser escuchadas sin fonendoscopio. Raramente se perciben estertores finos diseminados al final de la inspiración y comienzo de la espiración. En los casos graves los ruidos respiratorios pueden incluso no auscultarse cuando la obstrucción bronquial es casi completa. CITATION VRo10 \l 12298 (V. Rosel Moyano, 2013)

Factores de riesgo

0: ANDRADE GÓMEZ LUIS XAVIER - TESIS PARA URKUND.docx

100%

Existen una serie de

factores

que, cuando están presentes, aumentan el riesgo de una evolución desfavorable,

y que pueden ayudar a predecir el curso clínico de los pacientes.

Entre ellos tenemos: • Bajo peso al nacer: un peso al nacimiento inferior a 2500 gramos y la desnutrición • Falta de alimentación materna. • Estrato socioeconómico bajo. • Presencia de hermanos mayores cuando comparten habitación. • Hábito de fumar en los padres • Asistencia a guarderías. • Sexo masculino. • Época epidémica. • Menores de 12 meses. • Hacinamiento. • Patología respiratoria neonatal.

Entre los factores de riesgo para enfermedad severa son: • Prematuros • Displasia broncopulmonar. • Enfermedad cardíaca congénita (cortocircuito de izquierda a derecha con hipertensión pulmonar). • Enfermedades respiratorias crónicas (fibrosis quística). • Inmunodeficiencias (quimioterapia, trasplante médula ósea, órganos, defecto inmunidad celular). • Enfermedades neurológicas y metabólicas. CITATION Rod09 \l 12298 (Rodríguez & Granadillo, 2009)

Según Francéscoli Ramiro y Chauca Díaz los factores de riesgo para necesidad de hospitalización y evaluación de gravedad en el Hospital María Auxiliador, encontraron la edad menor de 6 meses, no haber recibido lactancia materna durante un mínimo de 2 meses, la dificultad respiratoria moderada y la saturación baja de oxígeno con una sensibilidad y especificidad superior al 75% en todos los casos. CITATION Fra17 \l 12298 (Francéscoli & Chauca, 2017)

Asistencia a guarderías La guardería es una demanda y necesidad social, no exenta de influencia sobre la salud del niño. La guardería es el inicio de la socialización del niño, así como el primer contacto masivo con agentes infecciosos. La socialización precoz podría mejorar, en determinadas circunstancias de entorno desfavorable, el desarrollo conductual y lingüístico de ciertos niños, pero lo que sí parece demostrado es el aumento de la incidencia de enfermedades infecciosas.

Dicho aumento afecta tanto a los procesos infecciosos globalmente como al estudiarlos por separado, suponiendo la existencia a centros de cuidado infantil un factor de riesgo por sí solo para el padecimiento de infecciones del tracto respiratorio superior, tracto respiratorio inferior, otitis media e infecciones gastroentéricas. CITATION BDo12 \l 12298 (Domínguez, Fernández, & Ordóñez, 2012)

Presencia de hermanos mayores cuando comparten habitación. Se encontró relación entre la presencia de hermanos y la ocurrencia de infecciones respiratorias agudas en niños con factores de riesgos. La presencia de hermanos mayores en una habitación, ha sido considerada como un factor de riesgo para la bronquiolitis, debido a que el niño menor puede ser contagiado por los mayores con múltiples virus que a través de la vía inhalatoria pueden llegar al mismo.

Menores de 12 meses (sobre todo > 6 meses). En el transcurso de los primeros 6 meses de la vida, la respuesta sérica con anticuerpos IgG es eficiente y pobre en un grupo de niños, lo que unido a la relativa maduración de varios componentes del sistema inmune, influyen en la presentación de la enfermedad y la gravedad. Por dicha razón los niños entre 6 semanas y 6 meses se hacen más vulnerables a la infección por el VSR, con cuadros más severos.

El hacinamiento El hacinamiento se lo considera como un factor de riesgo en la transmisión del VSR, debido a que se realiza por contacto directo con una persona infectada o con sus secreciones, el contacto se produce a través de la conjuntiva o vía nasal, no por la mucosa oral, el virus es contagioso y puede transmitirse compartiendo los mismos platos, no lavándose las manos después de estornudar, toser o sonarse la nariz.

Habito de fumar en los padres. Para proteger a los menores de 2 años de una posible bronquiolitis, como medida de prevención es que nadie fume en la casa, debido a que se aumenta de cuatro a seis veces la prevalencia y la hospitalización de esta enfermedad cuando el humo es inhalado.

El humo de cigarrillo provoca irritación de las vías aéreas que favorece que los virus se instalen en ellas, pero también que tengan un desarrollo más severo. Cuando la madre fumó durante el embarazo el hijo tiene mayor riesgo de contraer o ser internado por bronquiolitis porque esa conducta les produce daños irreversibles a nivel de los bronquios. CITATION Bal16 \l 12298 (Balanzat, 2016)

Bajo peso al nacer Los niños que nacieron pre término y/o bajo peso al nacer, tienen cuatro veces más probabilidad de hacer bronquiolitis grave que los niños con peso normal al nacer. Varios estudios reportan la relación existente entre el bajo peso al nacer y las infecciones respiratorias agudas. (IRA).

Esto es causado porque los niños pre término no reciben las Inmunoglobulinas, por vía transparentaría, que son transmitidos por la madre durante el último trimestre del embarazo y que los protegen de forma pasiva. Además estos niños tienen una función respiratoria más restringida y mayor tendencia a la apnea. CITATION Pri13 \l 12298 (Andrés, Rodríguez, Fonseca, & García, 2013)

Sexo masculino y Época epidémica

En el país la bronquiolitis se ve con mayor frecuencia en el

0: ANDRADE GÓMEZ LUIS XAVIER - TESIS PARA URKUND.docx

71%

invierno ya que epidemiológicamente es una enfermedad

que va de la mano con las estaciones, en otros países del mundo pueden presentantes en verano

y

otoño e incluso primavera. Se conoce que tiene mayor prevalencia, en el sexo masculino que femenino, solo un pequeño % de los casos requieren hospitalización ya que necesitan cuidados especiales.

Entre los factores

de riesgo para enfermedad severa son

0: ANDRADE GÓMEZ LUIS XAVIER - TESIS PARA URKUND.docx

100%

Cardiopatía congénita: la tasa de hospitalización en estos pacientes es tres veces mayor que en el resto de la población.

Displasia broncopulmonar: hasta el 10% de estos pacientes sufre un ingreso por bronquiolitis antes de los 2 años. Se ha descrito un efecto sumatorio entre estas 3 patologías:

Inmunodeficiencia, Fibrosis quística., Síndrome de Down.

Edad menor de 3 meses, enfermedades de base, o

0: Ensayoo.docx

100%

antecedentes de prematuridad: el riesgo relativo de hospitalización aumenta de manera significativa al disminuir la edad gestacional.

CITATION Mol16 \ 12298 (Molina, 2016)

Displasia broncopulmonar

La infección respiratoria más frecuente en los niños con Displasia broncopulmonar (DBP) durante los primeros meses de vida es la bronquiolitis. La DBP es un factor de riesgo establecido para la aparición de bronquiolitis más graves. Los lactantes con DBP que presentan una bronquiolitis, los menores de 3 meses y los recientemente egresados de la internación tienen mayor riesgo de hospitalización que los prematuros sin DBP y los lactantes nacidos a término y CITATION MarcadorDePosición2 \ 12298 (Dra. Giubergia & Fernando, 2013)

Falta de alimentación materna La lactancia materna aparte del beneficio nutricional, también influye en el aspecto emocional, en el desarrollo de la inteligencia y en el aspecto inmunológico. Sobre todo, en la prevención de las enfermedades infecciosas por lo cual es considerada como la primera vacuna que recibe el niño, que tiene la capacidad de protegerlo contra un sin número de enfermedades, entre ellas las enfermedades respiratorias. CITATION Yan12 \ 12298 (Serrano, 2012)

La lactancia materna protege de infecciones del aparato respiratorio como la bronquiolitis, la protección es mayor si la lactancia se mantiene por más de cuatro meses y también reduce el riesgo de hospitalización. Esto es debido a que tiene factores inmunitarios anti-VRS, inmunoglobulinas G y A e interferón. Se encontró que la leche materna posee un efecto protector, incluso para los pacientes expuestos al tabaco. Los pacientes que no recibieron leche materna tienen mayor riesgo de padecer bronquiolitis. CITATION Car101 \ 12298 (Carbonell, y otros, 2010)

En los niños que tienen alimentación exclusiva la leche materna se pueden observar beneficios con relación a los no la reciben, entre las cuales tenemos que tienen menor tasa de ingreso hospitalario por infección respiratoria, menor complicación, menor gravedad, menor duración de episodio de infección respiratoria, menor probabilidad de sufrir un primer episodio de bronquiolitis y en el transcurso de los primeros seis meses de vida menores reinfecciones respiratorias. CITATION Sar17 \l 12298 (León, 2017)

El sistema inmunológico está presente en el neonato desde su nacimiento, pero no está desarrollado, es inmaduro, lo que genera susceptibilidad a sufrir infecciones. La función fagocítica y del complemento son poco adecuadas, no están maduras sino hasta los seis meses de edad. Durante los primeros meses es indispensable la alimentación a través de la lactancia materna debido a la transferencia de las Inmunoglobulinas G maternas, protegiendo al lactante de numerosas infecciones respiratorias. CITATION LOU17 \l 12298 (Gero, 2017)

Se ha descrito la lactancia materna como factor protector de bronquiolitis y otras infecciones del tracto respiratorio. Los niños que son alimentados con leche materna se encontrarían más protegidos frente a infecciones debido a las propiedades antiinfecciosas de la leche materna. La Inmunoglobulinas A secretora, lactoferrina, oligosacáridos y células (macrófagos, linfocitos, y neutrófilos) y otras proteínas con actividad antimicrobiana, que estimulan el sistema inmune del niño en la cual ayudaría a reducir las infecciones. CITATION Edu13 \l 12298 (Sevilla, 2013)

Diagnostico

El diagnóstico de la bronquiolitis por lo general es clínico pero, la presencia de una epidemia por la temporada invernal o un brote epidemiológico, es un elemento importante que llevan al

0: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v26n3/mgi06310.pdf>

70%

diagnóstico. Las manifestaciones clínicas son características y dirigen al diagnóstico fácilmente.

Los síntomas son: catarro común, como rinorrea, tos y

puede presentar o no fiebre en

0: <https://www.monografias.com/trabajos108/factores-riesgo-asociados-bronquiolitis-en-ninos/factores-riesgo-asociados-bronquiolitis-en-ninos.shtml>

90%

los estadios tempranos de la enfermedad, seguidos de síntomas de dificultad respiratoria con signos de obstrucción bronquial y sibilancias,

todos estos signos y síntomas han sido analizados a lo largo de la literatura, y se los considera a muchos como criterios diagnósticos. CITATION GAP15 \l 12298 (Neumonología, 2015)

Las pruebas virológicas para el Virus Respiratorio Sincitial y otros virus muy pocas veces alteran las decisiones en el manejo, por lo general su utilidad radica en permitir la vigilancia epidemiológica y el aislamiento del paciente hospitalizado, lo cual evitaría la transmisión nosocomial. CITATION Raú16 \l 12298 (Bustos, 2016)

Las radiografías de tórax no de gran utilidad en la evaluación rutinaria y puede conducir al mal uso de los antibióticos, está indicada únicamente en caso de enfermedad severa, en este caso la radiografía de tórax presentaría: hiperinflación pulmonar, con signos de atascamiento aéreo; se puede observar infiltrados peribronquiales y en muy pocas veces atelectasias, en estos pacientes la saturación de oxígeno menor a 94% es uno de los mejores predictores de la severidad de la enfermedad y es un parámetro para decidir la hospitalización. CITATION SOC17 \l 12298 (Moreno, 2017)

0: <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/21.Pediatricas/Bronquiolitis.pdf> 96%

Criterios de Mcconnochie • Edad > 24 meses. •

Primer episodio. Disnea espiratoria de comienzo agudo. Signos de enfermedad respiratoria: tos, fiebre, otitis media, con o sin signos de distrés respiratorio agudo, neumonía o atopia.

El diagnóstico es clínico, sobre todo en un lactante previamente sano que presenta un primer episodio de sibilancias en tiempo durante un brote de la comunidad, los estudios clínicos tienen consideraciones claras. CITATION Ric09 \l 12298 (Rodriguez, 2009)

Tratamiento

El tratamiento de la bronquiolitis principalmente se basa en medidas de apoyo o de soporte, debido a que no es necesario el uso de fármacos de forma rutinaria. En la bronquiolitis la mayoría de los casos son leves, por lo que pueden ser tratados de forma domiciliaria y fácilmente controlados en Atención Primaria de Salud. No se debe usar antibióticos en el tratamiento de la bronquiolitis aun cuando se observen en la radiografía de tórax áreas de consolidación debido a que en la actualidad no hay pruebas que justifiquen su uso. CITATION AGa15 \l 12298 (Merino, 2015)

Tratamiento de soporte

Estado de hidratación

Todos los niños menores de dos años con diagnóstico de bronquiolitis requieren evaluación de su estado de hidratación, la taquipnea, las secreciones con gran espesor y la fiebre pueden contribuir a la deshidratación. Los pacientes requieren de rehidratación intravenosa o de sonda nasogástrica hasta que la alimentación mejore. La bronquiolitis se ha descrito un factor de estímulo para liberación de hormona antidiurética y puede causar una hiponatremia

iatrogénica si se le administran líquidos hipotónicos. Usar líquidos isotónicos puede ser benéfico para disminuir este factor de riesgo. CITATION Ric13 \l 12298 (Baquero, 2013)

Succión nasal Se usa frecuentemente para aliviar la obstrucción de la vía aérea superior. Causa bienestar al paciente y permite una mejor alimentación. Sin embargo, la succión excesiva puede provocar edema nasal y llevar a una obstrucción adicional. Esta ha mostrado ser más benéfica antes de la alimentación. CITATION Fra13 \l 12298 (Flores, 2013)

Oxigenoterapia complementaria Se debe administrar oxigenoterapia a través de gafas nasales o mascarillas faciales cuando la saturación de oxihemoglobina (SpO₂) se encuentre baja, se debe administrar oxígeno para disminuir el excesivo trabajo respiratorio, y también para mantener saturaciones de oxígeno adecuadas en los pacientes con fiebre, o que estén en acidosis.

Broncodilatadores Alfa-Adrenérgicos (adrenalina): Los estudios realizados por las Guía de Práctica Clínica sobre Bronquiolitis Aguda españolas manifiestan que hasta el momento el uso de adrenalina es controvertido, si bien algunos reflejan una mejoría en el score clínico y una menor caída en la saturación de oxígeno luego de su uso. No hay suficientes evidencias que demuestren un buen beneficio. CITATION Jav17 \l 12298 (Murua, 2017)

Beta-Adrenérgicos A pesar que los broncodilatadores Beta - adrenérgicos se usan en el tratamiento de la bronquiolitis, hay poca evidencia científica de su eficacia. Los resultados de las investigaciones realizadas y de los trabajos publicados hasta el momento son contradictorios, si bien algunos demuestran un resultado beneficioso, otros no encuentran ninguna utilidad en su uso.

Corticoides Los corticoides se han usado en la bronquiolitis esperando que por su acción antiinflamatoria podrían disminuir el edema y reducir la inflamación de la mucosa, como por lo general sucede con el asma bronquial, pero no hay suficientes evidencias que demuestre utilidad en su uso, casi siempre se necesita soporte con líquidos debido al aumento de las pérdidas de líquidos por el aumento de la frecuencia respiratoria y la fiebre. CITATION Cas15 \l 12298 (Castaños, 2015)

Solución hipertónica Los mecanismos de acción de la SSH son los siguientes: • La SSH induce un flujo osmótico de agua dentro de la capa mucosa, rehidratando la superficie líquida de la vía aérea. • La SSH rompe las bandas iónicas dentro del gel mucoso, por lo tanto, reduce la viscosidad y la elasticidad de la secreción mucosa. • La SSH estimula el batimiento ciliar mediante la liberación de la prostaglandina. Además, por absorción del agua de la mucosa y submucosa, la SSH puede reducir el edema de la pared de la vía aérea en lactantes con bronquiolitis aguda. CITATION Ric16 \l 12298 (Iramain, 2016)

La solución hipertónica es de gran utilidad en el tratamiento de la bronquiolitis particularmente en lactantes hospitalizados, encontrando una reducción en la estancia hospitalaria hasta de 1,9 días. El tratamiento es bien tolerado, sin efectos adversos atribuibles a la medicación. Es seguro y tiene bajo costo. También se ha encontrado reducción en la

duración de las sibilancias y en el tiempo de alivio de la tos. CITATION MarcadorDePosición4 \l 12298 (Cardona Á. , 2013)

Prevención

Se basa en medidas higiénicas y en la administración de palivizumab, anticuerpo IgG monoclonal humanizado que inhibe específicamente el epítipo del sitio antigénico A de la glucoproteína F, muy estable en todos los serotipos del VRS.

Medidas higiénicas para la prevención de la infección por VRS:

- Educar a los padres sobre el correcto lavado de manos, con jabón o solución hidroalcohólica.
- Limitar el número de visitas, sobre todo en casos de prematuros o niños con bajo peso.
- Evitar contacto con personas afectas de infecciones respiratorias.
- Evitar la exposición al humo del tabaco.
- Educar a los familiares sobre los signos y síntomas del bronquiolitis.
- Evitar la guardería y escolarización temprana de los prematuros y niños con factores de riesgo.
- Promover la lactancia materna. CITATION Gar17 \l 3082 (García & Korta, 2017)

La educación médica al personal y la familia sobre prevención son fundamentales. El uso de Palivizumab, está ampliamente recomendado. La vía de administración es intramuscular, y la dosis recomendada es 15 mg/kg. Se recomiendan cinco dosis totales, a los 0, 1, 2, 3 y 4 meses. No debe ser utilizado en infección aguda, pero un episodio previo de bronquiolitis no contraindica su uso.

Las indicaciones actuales para su uso son pacientes menores de 24 meses con enfermedad pulmonar crónica o cardiopatía congénita, antecedente de prematurez menor de 32 semanas, o aquel prematuro entre las 32 y 35 semanas de edad gestacional que convivan con un menor de 5 años o asistan a jardín infantil. CITATION And \l 12298 (Dra. Parra, Dra. Jiménez, Dra. Hernández, & Dr. García, 2013)

A pesar que la bronquiolitis es una de las patologías más comunes en los lactantes, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador no posee una guía práctica clínica acerca de la Bronquiolitis que es de gran utilidad para el personal médico en la toma de decisiones clínicas. Únicamente contiene guías acerca de fibrosis quística, sepsis neonatal, tuberculosis, recién nacidos con dificultad respiratoria, neumonía, etc.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

El siguiente trabajo de investigación es de diseño descriptivo, analítico-sintético, bibliográfico, no experimental, interpretativo, debido a que se identificaran los factores de riesgo que ocasionan bronquiolitis en niños menores de dos años y sus medidas preventivas correspondiente ante los diversos virus que causan esta enfermedad.

Investigación bibliográfica

Esta investigación es bibliográfica debido a que, se revisó información de artículos científicos, revistas científicas, libros, tesis de grado con el propósito de conocer las diferentes investigaciones que se han realizado con respecto a los factores de riesgo de la bronquiolitis en niños menores de dos años.

Investigación descriptiva

Esta investigación es descriptiva debida a que mediante la búsqueda de datos se logró determinar que existen varias fuentes bibliográficas científicas, donde detalla los diferentes factores de riesgo que ocasionan la bronquiolitis en niños menores de dos años y poder demostrar la alta incidencia de la patología en nuestro país.

Analítico-sintético

Esta investigación es descriptiva debida a que se enfocó en la realización de nuestros objetivos ya que se enfocó en el análisis de los diferentes factores de riesgo, síntomas, y las medidas de prevención a tomar en cuenta. Se realizaron diversas revisiones bibliográficas para la recolección de información en la cual se encontró diferentes páginas en donde mencionan los factores de riesgo de la bronquiolitis y sus debidas medidas de prevención ante este problema.

CAPÍTULO 4

DESARROLLO DEL TEMA

La bronquiolitis es una de las enfermedades infecciosas más prevalentes en la infancia específicamente en niños menores de dos años, es un proceso de inflamación aguda y difusa de los bronquiolos, causada frecuentemente por un virus, la enfermedad puede presentarse levemente, pero en algunos casos evoluciona hasta causar insuficiencia respiratoria, generalmente el diagnóstico es clínico identificando los signos y síntomas propias de la patología. CITATION Nic17 \l 12298 (Estrada, 2017)

La bronquiolitis es la infección más habitual en el lactante con una incidencia de 75% en primer año de vida, con un pico de incidencia en los primeros dos y tres meses, la tasa de morbilidad de esta patología es estacional siendo más habitual en los meses de invierno, la tasa de hospitalización en estos pacientes es de aproximadamente de siete días, teniendo un gran impacto en la sociedad, la tasa de mortalidad en estos pacientes es muy baja, debido a que en nuestro medio no es complicado el acceso al área de cuidados intensivos. CITATION Vil13 \l 12298 (Torres, 2013)

El Virus Respiratorio Sincitial es el primer causante de infecciones respiratorias graves desarrollando bronquiolitis incluso hasta neumonía, este virus representa la principal causa de hospitalización por infección de las vías aéreas inferiores en niños menores de dos años. La morbilidad y la mortalidad relacionadas con la bronquiolitis por el VRS son altas en prematuros, en niños con displasia broncopulmonar (DBP), en las cardiopatías congénitas significativas. CITATION Ana10 \l 12298 (Serrano, 2010)

La fisiopatología de la bronquiolitis inicia con un período de incubación aproximadamente entre dos a ocho días y muestra una replicación en el epitelio de la nasofaringe, dispersándose hasta llegar al epitelio de la vía respiratoria inferior en un periodo de uno a tres días, en las vías respiratorias inferiores causa una necrosis del epitelio, lo cual provoca una respuesta local, como son edema de la submucosa y formación de secreciones, estos son los responsables de la hiperinflación, atelectasias y sibilancias que se presentan en los pacientes. CITATION DrJ13 \l 12298 (García, 2013)

La recuperación se produce a partir de los pocos días, pero la recuperación general, total tiene procesos que tarda varias semanas, cuando esta no ocurre origina dos patrones de obstrucción valvular, es decir el primero permite sólo el ingreso de aire, dando como resultado el atrapamiento aéreo, el segundo patrón permite sólo la salida de aire, resultando en atelectasia. CITATION ADr09 \l 12298 (Garzón, 2009)

El cuadro clínico inicia con un periodo de incubación, que se desarrolla en un periodo de uno a cuatro días, con síntomas de vías aéreas altas como rinorrea, estornudos y tos, con o sin fiebre, generalmente no muy elevada. La tos es el síntoma predominante cuando se asocia a síntomas de dificultad respiratoria como, taquipnea, disnea espiratoria, auscultación con sibilancias y en algunos casos crepitantes. En casi todos los casos la bronquiolitis está resuelta en un lapso de siete a doce días, si esto no se cumple se designaría a hospitalización pediátrica.

En la exploración física se valoran los signos de aumento del trabajo respiratorio, como es la taquipnea, la utilización de los músculos accesorios, aleteo nasal, y retracción costale. En la auscultación se aprecia sibilancias espiratorias e inspiratoria y en algunos casos estertores crepitantes. No se recomienda realizar una radiografía de tórax, solo en casos de bronquiolitis graves, por las interpretaciones equivocadas que orientan a una inadecuada administración de antibióticos. CITATION JPé13 \l 12298 (Sanz P. , 2013)

Existen muchos factores de riesgo afiliados con la bronquiolitis que hacen obligatoria la hospitalización, esos factores se presentan como: prematuridad, factores ambientales tabaquismo pasivo y hacinamiento, displasia broncopulmonar, enfermedad cardiaca congénita, enfermedad neurológica y bajo nivel socioeconómico.

Unos de los principales factores de riesgo es el bajo peso al nacer por lo general estos niños, tienen cuatro veces más probabilidad de contraer bronquiolitis esto sucede debido a que no reciben las Inmunoglobulinas necesarias que fortalecen el sistema inmunitario, que son transmitidos por la madre durante el embarazo, estos brindan protección de forma pasiva ante cualquier tipo de infecciones respiratoria.

El factor de riesgo más pronunciado es la prematuridad debido a que su sistema inmunológico se encuentra inmaduro, esto hace que el neonato se totalmente susceptible a adquirir agentes patógenos, como son los agentes virales. CITATION IPa17 \l 12298 (Vesga, 2017)

Según la Guía de Práctica Clínica sobre Bronquiolitis Aguda de España la leche materna debido a que tiene factores inmunitarios anti-VRS, inmunoglobulinas G y A e interferón brinda protección de infecciones como la bronquiolitis al niño, reduce el riesgo de hospitalizaciones, Aquellos que no recibieron leche materna tienen mayor riesgo de padecer bronquiolitis.
CITATION Yan12 \1 12298 (Serrano, 2012)

Al igual que en la Guía infantil de Cataluña manifiesta que los que tienen alimentación exclusiva la leche materna tienen menor tasa de ingreso hospitalario por infección respiratoria, menor complicación, menor gravedad y menor duración de episodio de infección respiratoria
CITATION MarcadorDePosición4 \1 12298 (Cardona Á. , 2013)

Según varios autores el diagnóstico de la bronquiolitis básicamente es clínico. Los síntomas que se presentan tenemos catarro común, como rinorrea, tos y puede presentar o no fiebre en

0: <https://www.monografias.com/trabajos108/factores-riesgo-asociados-bronquiolitis-en-ninos/factores-riesgo-asociados-bronquiolitis-en-ninos.shtml> 90%

los estadios tempranos de la enfermedad, seguidos de síntomas de dificultad respiratoria con signos de obstrucción bronquial y sibilancias.

Las radiografías no son de gran utilidad únicamente en casos de enfermedad grave.

Según Guía práctica clínica de bronquiolitis en Barranquilla

la forma más útil de establecer el diagnóstico de bronquiolitis es seguir los criterios diagnósticos de bronquiolitis del lactante de

0: <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/21.Pediatricas/Bronquiolitis.pdf> 100%

McConnochie:

Edad > 24 meses,

Primer episodio, Disnea espiratoria de comienzo agudo, Signos de enfermedad respiratoria vírica (tos, coriza, fiebre, otitis media)

y

0: <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/21.Pediatricas/Bronquiolitis.pdf> 100%

Con o sin signos de distrés respiratorio agudo, neumonía o atopia.

CITATION Ric09 \1 12298 (Rodriguez, 2009)

El tratamiento de la bronquiolitis radica en medidas de apoyo o soporte. No es necesario el uso de fármacos, en algunos casos son leves por lo cual se podrían tratar en el domicilio. No se debe usar antibióticos debido a que no hay pruebas que justifiquen su uso, además de que la causa principal es viral.

Cuando el niño tiene bronquiolitis es necesario la evaluación del estado de hidratación, la taquipnea, las secreciones con gran espesor y la fiebre podrían contribuir a la deshidratación por lo cual necesitan rehidratación. Los pacientes requieren de rehidratación intravenosa o de sonda nasogástrica hasta que la alimentación mejore. CITATION Ric13 \l 12298 (Baquero, 2013)

La succión nasal se la realiza para aliviar la obstrucción de la vía aérea superior y para permitir una mejor alimentación, sin embargo, puede provocar lesión de la mucosa del aparato respiratorio. Cuando la saturación de oxihemoglobina (SpO₂) se encuentra baja se le debe administrar oxígeno a través de los distintos dispositivos de oxigenoterapia.

Los broncodilatadores Beta-adrenérgicos se usan en el tratamiento de la bronquiolitis, pero hay poca evidencia científica sobre su real eficacia. En el caso de los corticoides se los utilizan para disminuir el edema y reducir la inflamación de la mucosa como en el asma bronquial.

La solución hipertónica ha demostrado ser de gran utilidad en el tratamiento de la bronquiolitis especialmente en lactantes hospitalizados. Reduce la estancia hospitalaria hasta de 1.9 días, la duración de sibilancias, tos, es seguro y sobre todo es de bajo costo. CITATION MarcadorDePosición4 \l 12298 (Cardona Á. , 2013)

De acuerdo a la Sociedad chilena de Neumología Pediátrica lo primordial para prevenir la bronquiolitis son las medidas higiénicas, entre ellas tenemos: educar a los padres sobre el adecuado lavado de manos, en caso que sean prematuros limitar las visitas, evitar el contacto con personas enfermas, evitar el tabaquismo pasivo, educar a los padres sobre los signos y síntomas de la bronquiolitis. Evitar la guardería y escolarización temprana, promover la lactancia materna.

La administración de Palivizumab es recomendado ya que reduce las hospitalizaciones por VRS en pacientes de riesgo. Se administra por vía intramuscular, dosis de 15 mg/kg, se recomiendan cinco dosis totales, a los 0, 1, 2, 3 y 4 meses. No se la usa en infección aguda. Se encuentra indicado pre términos entre 32 y 35 semanas de edad gestacional. CITATION And \l 12298 (Dra. Parra, Dra. Jiménez, Dra. Hernández, & Dr. García, 2013)

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES

La bronquiolitis aguda es una causa frecuente de ingreso hospitalario en los lactantes de hasta 12 meses de edad, debido a que existen varios factores de riesgo. Entre los principales sobresalen la presencia de VSR con el 20% seguido por los niños con bajo peso en el momento de nacer con un 18%, la prematuridad con un 17%, el estrato socioeconómico bajo con un

15%, carencia de lactancia materna con un 15%, la presencia de hermanos en edad escolar con un 10% y por ultimo padres fumadores con un 5%.

No existe una buena difusión y promoción de la bronquiolitis por parte del Ministerio de Salud Pública del Ecuador debido a que no tiene una guía de práctica clínica exclusiva de la enfermedad.

Las sintomatologías de la bronquiolitis son semejantes en diversos estudios en la cual explican que la tos, sibilancias y la dificultad respiratoria son datos suficientes para diagnosticar la patología.

La falta de lactancia materna exclusiva es un factor de riesgo para bronquiolitis debido a que no se transfiere las inmunoglobulinas G-A, antivirus e interferón que protegen al neonato de diversas infecciones respiratorias.

El diagnóstico de la bronquiolitis es básicamente clínico, exámenes complementarios como la radiografía de tórax orientan a un diagnóstico erróneo, por lo cual el personal de salud realizaría un tratamiento incorrecto como el mal uso de antibióticos.

La falta de socialización mediante una capacitación con información clara a los padres de familia acerca de las medidas correctas de prevención de la bronquiolitis, aumenta la prevalencia de la enfermedad de manera significativa, poniendo en riesgo la vida del lactante.

RECOMENDACIONES

Se recomienda que el Ministerio de Salud Pública elabore una guía de práctica clínica sobre bronquiolitis y realice mayores campañas de difusión sobre las medidas preventivas a través de los medios de comunicación, charlas en establecimiento educativos, centros de salud que enfatizen la enfermedad, para disminuir la alta morbilidad en el país.

Se recomienda continuar con las capacitaciones a las madres de familia de una manera más exigente sobre la importancia que tiene la lactancia materna exclusiva en el sistema inmunológico a diferencia de la lactancia artificial en los primeros seis meses de vida, que es de vital importancia en el crecimiento, desarrollo y prevención de enfermedades respiratorias como la bronquiolitis.

Se recomienda la participación activa de los padres de familia a través de la asistencia a las campañas preventivas y poniendo en práctica las diferentes medidas de prevención como promover la lactancia materna, ser constante en el lavado de manos evitar la guardería y escolarización temprana de los prematuros, limitar el número de visitas, sobre todo en el caso de prematuros o niños con muy bajo peso al nacer y evitar la exposición al humo del tabaco, para evitar la bronquiolitis en los niños menores de 2 años.

Hit and source - focused comparison, Side by Side:

Left side: As student entered the text in the submitted document.

Right side: As the text appears in the source.

Instances from: DENISSE ANABEL GUERRERO LOYAGA.docx

0: DENISSE ANABEL GUERRERO LOYAGA.docx 76%

El principal virus causante de la bronquiolitis es el Virus Sincitial Respiratorio, que tiene un papel

0: DENISSE ANABEL GUERRERO LOYAGA.docx 76%

el primordial virus causante de la bronquiolitis es el virus respiratorio sincitial ya que tiene un papel

7: DENISSE ANABEL GUERRERO LOYAGA.docx 76%

una respuesta inflamatoria. El edema y la exudación provocan una obstrucción parcial, que es más pronunciada durante la espiración,

7: DENISSE ANABEL GUERRERO LOYAGA.docx 76%

una respuesta inflamatoria. Tanto el edema y la exudación son los causantes de una obstrucción parcial que es comúnmente pronunciada durante la espiración

Instances from: Ensayoo.docx

11: Ensayoo.docx

100%

antecedentes de prematuridad: el riesgo relativo de hospitalización aumenta de manera significativa al disminuir la edad gestacional.

11: Ensayoo.docx

100%

antecedente de prematuridad (el riesgo relativo de hospitalización aumenta de manera significativa al disminuir la edad gestacional),

Instances from: ENSAYO PREVALENCIA-BRONQUIOLITIS.docx

4: ENSAYO PREVALENCIA-BRONQUIOLITIS.docx 100%

Ecuador la bronquiolitis es considerada como la segunda causa de morbilidad entre las enfermedades respiratorias,

5: ENSAYO PREVALENCIA-BRONQUIOLITIS.docx 73%

diferentes países del mundo pueden presentarse en verano, otoño e incluso primavera, existe mayor prevalencia del sexo masculino que femenino, solo un pequeño porcentaje de los casos requieren hospitalización ya que necesitan cuidados especiales.

CITATION Ins12 \ 12298 (INEC, 2012)

6: ENSAYO PREVALENCIA-BRONQUIOLITIS.docx 100%

considerada como la segunda causa de morbilidad entre las enfermedades respiratorias,

4: ENSAYO PREVALENCIA-BRONQUIOLITIS.docx 100%

Ecuador la bronquiolitis es considerada como la segunda causa de morbilidad entre las enfermedades respiratorias,

5: ENSAYO PREVALENCIA-BRONQUIOLITIS.docx 73%

diferentes países del mundo pueden presentarse en verano, otoño e incluso primavera, se sabe que tiene mayor prevalencia de acuerdo a las estadísticas INEC, mayor prevalencia el sexo masculino que femenino, solo un pequeño porcentaje de los casos requieren hospitalización ya que necesitan cuidados especiales,

CITATION INE11 \ 12298 (INEC, 2012).

6: ENSAYO PREVALENCIA-BRONQUIOLITIS.docx 100%

considerada como la segunda causa de morbilidad entre las enfermedades respiratorias,

Instances from: ANDRADE GÓMEZ LUIS XAVIER - TESIS PARA URKUND.docx

8: ANDRADE GÓMEZ LUIS XAVIER - TESIS PARA URKUND.docx
100%

Existen una serie de

factores

que, cuando están presentes, aumentan el riesgo de una evolución desfavorable,

y que pueden ayudar a predecir el curso clínico de los pacientes.

9: ANDRADE GÓMEZ LUIS XAVIER - TESIS PARA URKUND.docx
71%

invierno ya que epidemiológicamente es una enfermedad

que va de la mano con las estaciones, en otros países del mundo pueden presentantes en verano

y

otoño e incluso primavera. Se conoce que tiene mayor prevalencia, en el sexo masculino que femenino, solo un pequeño % de los casos requieren hospitalización ya que necesitan cuidados especiales.

Entre los factores

8: ANDRADE GÓMEZ LUIS XAVIER - TESIS PARA URKUND.docx
100%

Existen una serie de factores que, cuando están presentes, aumentan el riesgo de una evolución desfavorable, y que pueden ayudar a predecir el curso clínico de los pacientes. (

9: ANDRADE GÓMEZ LUIS XAVIER - TESIS PARA URKUND.docx
71%

invierno ya que epidemiológicamente es una enfermedad que va de la mano con las estaciones, en diferentes países del mundo pueden presentantes en verano y otoño e incluso primavera, se sabe que tiene mayor prevalencia de acuerdo a las estadísticas INEC, en el sexo masculino que femenino, solo un pequeño % de los casos requieren hospitalización ya que necesitan cuidados especiales. Los factores

10: ANDRADE GÓMEZ LUIS XAVIER - TESIS PARA URKUND.docx
100%

Cardiopatía congénita: la tasa de hospitalización en estos pacientes es tres veces mayor que en el resto de la población.

Displasia broncopulmonar: hasta el 10% de estos pacientes sufre un ingreso por bronquiolitis antes de los 2 años. Se ha descrito un efecto sumatorio entre estas 3 patologías: Inmunodeficiencia, Fibrosis quística., Síndrome de Down.

10: ANDRADE GÓMEZ LUIS XAVIER - TESIS PARA URKUND.docx
100%

Cardiopatía congénita: la tasa de hospitalización en estos pacientes es tres veces mayor que en el resto de la población.
Displasia broncopulmonar: hasta el 10% de estos pacientes sufre un ingreso por Bronquiolitis antes de los 2 años. Se ha descrito un efecto sumatorio entre estas 3 patologías: Inmunodeficiencia, Fibrosis quística, Síndrome de Down.

Instances from: <https://s1e181b62664a5fde.jimcontent.com/download/version/1490921009/module/5729026517/name/04-Bronquiolitis.pdf>

1: <https://s1e181b62664a5fde.jimcontent.com/download/version/1490921009/module/5729026517/name/04-Bronquiolitis.pdf>

75%

afecta preferentemente a niños de menos de 1 año, cuya máxima incidencia es entre los 3 y 6 meses.

1: <https://s1e181b62664a5fde.jimcontent.com/download/version/1490921009/module/5729026517/name/04-Bronquiolitis.pdf>

75%

afecta preferentemente a niños de menos de 1 año, siendo máxima la incidencia entre los 3 y 6 meses.

Instances from: <https://www.monografias.com/trabajos108/factores-riesgo-asociados-bronquiolitis-en-ninos/factores-riesgo-asociados-bronquiolitis-en-ninos.shtml>

2: <https://www.monografias.com/trabajos108/factores-riesgo-asociados-bronquiolitis-en-ninos/factores-riesgo-asociados-bronquiolitis-en-ninos.shtml> 100%

El diagnóstico de la bronquiolitis es clínico. La presencia de una epidemia, brote epidemiológico o incremento en la circulación del virus, es un elemento importante del diagnóstico,

2: <https://www.monografias.com/trabajos108/factores-riesgo-asociados-bronquiolitis-en-ninos/factores-riesgo-asociados-bronquiolitis-en-ninos.shtml> 100%

El diagnóstico de la bronquiolitis es clínico. La presencia de una epidemia, brote epidemiológico o incremento en la circulación del virus, es un elemento importante del diagnóstico.

3: <https://www.monografias.com/trabajos108/factores-riesgo-asociados-bronquiolitis-en-ninos/factores-riesgo-asociados-bronquiolitis-en-ninos.shtml> 60%

son evidentes y llevan al diagnóstico en la mayoría de los casos. Estos síntomas pueden presentarse como catarro común, como rinitis,

3: <https://www.monografias.com/trabajos108/factores-riesgo-asociados-bronquiolitis-en-ninos/factores-riesgo-asociados-bronquiolitis-en-ninos.shtml> 60%

son características y llevan al diagnóstico en la mayoría de los casos. Los síntomas de catarro común, como rinitis,

13: <https://www.monografias.com/trabajos108/factores-riesgo-asociados-bronquiolitis-en-ninos/factores-riesgo-asociados-bronquiolitis-en-ninos.shtml> 90%

los estadios tempranos de la enfermedad, seguidos de síntomas de dificultad respiratoria con signos de obstrucción bronquial y sibilancias,

13: <https://www.monografias.com/trabajos108/factores-riesgo-asociados-bronquiolitis-en-ninos/factores-riesgo-asociados-bronquiolitis-en-ninos.shtml> 90%

los estadios tempranos de la enfermedad, seguidos de dificultad respiratoria con signos de obstrucción bronquial y sibilancias,

15: <https://www.monografias.com/trabajos108/factores-riesgo-asociados-bronquiolitis-en-ninos/factores-riesgo-asociados-bronquiolitis-en-ninos.shtml> 90%

los estadios tempranos de la enfermedad, seguidos de síntomas de dificultad respiratoria con signos de obstrucción bronquial y sibilancias.

15: <https://www.monografias.com/trabajos108/factores-riesgo-asociados-bronquiolitis-en-ninos/factores-riesgo-asociados-bronquiolitis-en-ninos.shtml> 90%

los estadios tempranos de la enfermedad, seguidos de dificultad respiratoria con signos de obstrucción bronquial y sibilancias,

Instances from: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v26n3/mgi06310.pdf>

12: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v26n3/mgi06310.pdf> 70%

diagnóstico. Las manifestaciones clínicas son características y dirigen al diagnóstico fácilmente.

Los síntomas son: catarro común, como rinorrea, tos y

12: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v26n3/mgi06310.pdf> 70%

diagnóstico.

Las manifestaciones clínicas son características y llevan al diagnóstico en la mayoría de los casos. Los síntomas de catarro común, como rinorrea, tos y

Instances from: <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/21.Pediatricas/Bronquiolitis.pdf>

14: <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/21.Pediatricas/Bronquiolitis.pdf> 96%

Criterios de Mcconnochie • Edad > 24 meses. •

Primer episodio. Disnea espiratoria de comienzo agudo. Signos de enfermedad respiratoria: tos, fiebre, otitis media, con o sin signos de distrés respiratorio agudo,

neumonía o atopia.

16: <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/21.Pediatricas/Bronquiolitis.pdf> 100%

McConnochie:

Edad > 24 meses,

Primer episodio, Disnea espiratoria de comienzo agudo, Signos de enfermedad respiratoria vírica (tos, coriza, fiebre, otitis media)

14: <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/21.Pediatricas/Bronquiolitis.pdf> 96%

CRITERIOS DE

McCONNOCHIE - Edad > 24 meses. - Primer episodio. - Disnea espiratoria de comienzo agudo. - Signos de enfermedad respiratoria vírica: tos, coriza, fiebre, otitis media. -

Con o sin signos de distrés respiratorio agudo, neumonía o atopia.

16: <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/21.Pediatricas/Bronquiolitis.pdf> 100%

McCONNOCHIE - Edad > 24 meses. - Primer episodio. - Disnea espiratoria de comienzo agudo. - Signos de enfermedad respiratoria vírica: tos, coriza, fiebre, otitis media. -

17: <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/21.Pediatricas/Bronquiolitis.pdf> 100%

Con o sin signos de distrés respiratorio agudo, neumonía o atopia.

17: <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/21.Pediatricas/Bronquiolitis.pdf> 100%

Con o sin signos de distrés respiratorio agudo, neumonía o atopia.