

Bronquiolitis severa tratada en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de Ciego de Avila, 2004-2005.

Severe bronchiolitis treated at the Pediatric Intensive Care Unit of Ciego de Avila, 2004-2005.

Lisset Ramos Gómez(1), Teresa Mantilla Díaz(2), Hildeliza Samper Muarrak(3), Mercedes Ferrer Machín(4), Pedro Alfonso Martínez(5).

Resumen

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo de corte transversal con objeto de determinar el comportamiento de los pacientes ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) con diagnóstico de Bronquiolitis Severa (40) en el Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" en los años 2004-2005. Para la realización del mismo se utilizaron como fuente de información las historias clínicas y el libro de registro de la sala. Los datos obtenidos se procesaron manualmente, se analizaron por medida de frecuencia y se presentaron en tablas estadísticas obteniéndose los siguientes resultados: el mayor número de pacientes procedían del servicio de respiratorio (28) y de ellos llegaron con reporte de crítico el 28.6%; el 45% de los pacientes estuvo ingresado en UCIP entre las 24-72 horas. El 67.5% de los niños estaban evaluados con una relación peso/talla entre el 10-90 percentil; el 25% recibió ventilación mecánica controlada y el 12.5% ventilación asistida y solo un 25% de nuestro universo no fue tratado con antibioticoterapia.

Palabras Clave: Bronquiolitis, UCIP, Ventilación Mecánica.

1. Especialista de Primer Grado en Pediatría e Instructora en Pediatría.
2. Especialista de Primer Grado en Pediatría y Asistente en Pediatría.

Introducción

La Bronquiolitis es un cuadro de infección de las vías respiratorias producido en un alto porcentaje de los casos por el virus respiratorio sincitial (1, 2). Afecta a niños menores de 2 años y de forma especial a lactantes por debajo de 6 meses, de preferencia en los meses fríos y siempre con carácter epidémico (3). Es un proceso potencialmente grave, además, en los casos severos provoca un deterioro duradero de la función respiratoria y un estado de hiperreactividad bronquial residual que a veces se hace permanente (4, 5). En su fisiopatología a diferencia del asma, la obstrucción es mediada por restos de epitelio bronquial necrosado por lo que afecta a los bronquios más finos y bronquiolos. Estos depósitos de restos celulares provocan un taponamiento irregular de las vías respiratorias más distales con un gran atrapamiento aéreo de carácter irregular con zonas de atelectasia en donde es fácil que colonicen bacterias oportunistas complicando la evolución con procesos neumónicos (6, 7).

El cuadro va precedido de una infección respiratoria alta, generalmente catarro acompañado de fiebre ligera y en 24-48 horas aparece un aumento del trabajo respiratorio que progresa rápidamente y puede evolucionar a una insuficiencia respiratoria severa acompañada de pausas de apnea de origen central. La auscultación respiratoria suele ser florida, lo que contrasta con la radiología en la que con frecuencia solo se observa atrapamiento aéreo irregular. Aunque hay formas leves la mayoría de los pacientes precisan ingreso hospitalario, aunque solo sea por la dificultad para la alimentación (2,3) En estos pacientes los broncodiladores no son tan efectivos como en los pacientes asmáticos por la inmadurez pulmonar y la poca respuesta al estímulo beta 2 agonista. Se han hecho estudios recientes en que la administración de beta 2 puede mejorar la sintomatología por su efecto positivo sobre el aclaramiento mucociliar. No se ha demostrado que los esteroides mejoren la evolución del paciente, aunque en general se utilizan en casos severos (8, 9). Parece que el único tratamiento eficaz sería la oxigenoterapia, aunque en ocasiones hay que recurrir a la ventilación mecánica. En estos casos la Ventilación con Presión Positiva Continua en vías aéreas (CPAP) nasal puede evitar la intubación y si ella se precisa el respirador de elección sería ciclado por presión debiendo mantener altos niveles de CPAP o Presión Positiva al final de la Espiración (PEEP) (10-16).

Por la forma de manifestarse esta entidad en nuestro medio en los años 2004-2005 nos motivamos a realizar este trabajo que tiene como objetivo describir el comportamiento de los pacientes con Bronquiolitis que evolucionaron hacia cuadros severos y que requirieron ser tratados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de nuestro hospital.

Materiales y Método

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo utilizando como universo los niños ingresados en UCIP del Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" con diagnóstico de Bronquiolitis Severa durante los años 2004-2005, considerando la Bronquiolitis Severa por una frecuencia respiratoria igual o mayor de 80 respiraciones por minuto y como caso grave todos los que requirieron ingreso en UCIP; los críticos fueron aquellos pacientes a los que fue necesario tratar con Ventilación Mecánica. Tuvimos en consideración las siguientes variables:

Servicio de procedencia y reporte al ingreso en UCIP

Estadía en sala

Relación peso/talla

Ventilación Mecánica

Antibioticoterapia indicada

Resultados finales

Se utilizaron como fuente de información las historias clínicas y el libro de registro del servicio y los datos obtenidos fueron organizados y tabulados manualmente, utilizando el % como medida de resumen.

Análisis y Discusión de los Resultados

Ingresaron en UCIP 40 niños aquejados de Bronquiolitis, de los cuales 28 procedían del servicio de respiratorio para un 70%, de ellos 8 llegaron con reporte de crítico para un 28.6%. La segunda fuente de ingreso fue el cuerpo de guardia que representan el 17.5% y de ellos 2 críticos. Nuestros resultados coinciden con la bibliografía revisada pues sabemos que esta entidad puede provocar insuficiencia respiratoria aguda y requerir de asistencia especializada y es en sala de enfermedades respiratorias donde se observa la evolución de la misma (Tabla 1). (1-3)

Atendiendo a la estadía en sala 18 pacientes del total recibieron tratamiento intensivo entre 24 y 72 horas en UCIP lo cual representó el 45%, resultado semejante a lo reportado en la literatura revisada (Tabla 2) (8).

La relación peso/talla no influyó en la evolución de la enfermedad ya que el 67.5% fueron niños eutróficos (Tabla 3).

Del universo de pacientes el 25% recibió ventilación mecánica controlada modalidad de presión y el 12.5% recibió ventilación asistida (CPAAP), resultado que se corresponde con la bibliografía revisada, aunque se manifiesta ligeramente inferior, ya que se reporta que, durante un brote epidémico, hasta el 40% de los niños con Bronquiolitis que se atienden en UCIP pueden requerir de ventilación mecánica. (10-16).

Todos los niños atendidos en UCIP fueron tratados con esteroides y beta bloqueadores. Solamente un 25% de nuestro universo no requirió de antibioticoterapia y egresaron vivos todos de este servicio.

Abstract

An observational descriptive, retrospective, cross-sectional study was conducted, aiming at assessing the behavior of patients admitted to the PICU of the "Dr. Aluaces Iraola" in the time period 2005-2005, diagnosed severe bronchiolitis (40)

For the accomplishment of it, they were used as sources of information the clinical records and the record book of the room. The collected data were processed manually, were analyzed by frequency measurements and statistical tables appeared obtaining the following results most of the patients came from the respiratory service (28) and out of them (28.6%) were reported as critical; 45% of patients was admitted at the PICU from 24-72 horas. As high as (67.5%) of the children were evaluated with a weight height adjustment between 10-90 %ile; 25% received controlled mechanical ventilation and (12.5%) assisted ventilation and only (25%) of our population was not instituted the antibiotic therapy.

Referencias Bibliograficas

1. Brady MT. Respiratory Syncytial Virus. En: de Burg FD, Ingelfinger ER, Wald ER, y Polin RA, editors. Gellis & Kogan Current Pediatric Therapy. Fialdelfia: WB Saunders; 1999. p. 130-132
2. Carbonell X, Quero J; Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones para la prevención de la infección por virus respiratorio sincitial: revisión. An Esp Pdiatr. 2002; 56:334-336.
3. Crespo M. Bronquiolitis del lactante. En: Cruz M. Tratado de Pediatría. 8ª ed. Madrid: Ergon; 2001.p. 1231-1237.
4. Martín Mateos MA. Infección por el virus respiratorio sincitial y asma. Alergol Inmunopathol. 2001; 29:140-146
5. Lorente F, Lafford E, Moreno E. Infección vírica y asma: Mecanismos inmunológicos. Alergol Inmunopathol. 2001; 29: 126-133.
6. Martínez FD. Recognizing early asthma. Allergy. 1999; 54(Suppl 49): 24-28.
7. Piedimonte G. Pathophysiological mechanisms for the respiratory syncytial virus-reactive airway disease link. Respir Res. 2002; 3(Suppl 1): S21-S25.
8. Brines J, Fernando S. Bronquiolitis Aguda. En: Brines J. Tratamiento de las enfermedades respiratorias en niños y adolescentes. Barcelona: Espaxs; 2001:39-43.
9. Danés I, Arnau JM. Profilaxis de las infecciones por el virus respiratorio sincitial con polivizumab. An Esp Pdiatr. 2002; 56: 289-291.
10. Godines RI. Aspectos técnicos de los ventiladores mecánicos. En: Ruza F, editor. Tratado de cuidados intensivos pediátricos 3ª ed. Madrid: Norma Capitel; 2002. p. 620-7.
11. J Vallssel Ramiresa J. Lopez Herse Sida, V. Alapont: Prevalencia de ventilación mecánica en las unidades de cuidaos intensivos pediátricos en España. Anales de Pediatría, 2004; Vol 6: 533-541
12. López Herce J. Ventilación Mecánica en pediatría. Conceptos Generales. An Pediatric. 2003; 59: 59-60.
13. López Herce J, Calvo C, Lorente M. Ventilación mecánica. En: Manual de cuidados intensivos pediátricos. Madrid: Publimed; 2001: 620-43.
14. Reina C, López Herce J. Complicaciones de la Ventilación Mecánica. An Pdiatr (Barc). 2003; 59: 160-5.
15. Valeron Lemaur ME, López Alvarez JM, González, Jorge R, Manzano Alonso JL. Ventilación mandatoria intermitente. An Pediatric (Barc). 2003; 59: 86-92.
16. Reina Farragut CM. Ventilación mecánica controlada. An Pediatric (Barc). 2003; 59: 82-5.

Anexos

Tabla 1 Servicio de procedencia de los pacientes y reporte al ingreso en UCIP de niños con bronquiolitis.

Servicio de procedencia	Grave		Crítico		Total	
	#	%	#	%	#	%
Sala de Respiratorio	20	71.4	8	28.6	28	70
Cuerpo de Guardia	5	71.4	2	28.6	7	17.5
Sala de Gastro	2	100	0	0	2	5
Sala de Nutrición	2	100	0	0	2	5
Hospital de Morón	1	100	0	0	1	2.5
Total	30	75	10	25	40	100

Fuente: Libro de Registro de la Sala e Historias Clínicas

Tabla 2 Estadía en UCIP de los pacientes con bronquiolitis

Estadía	#	%
024 horas		22.5
Entre 24072 horas	18	45
+72 horas	13	32.5
Total	40	100

Fuente: Libro de Registro de la Sala e Historias Clínicas

Tabla 3 Relación peso / talla de los pacientes atendidos en UCIP con bronquiolitis

Relación p/t	#	%
03p´	6	15
3 – 10p´	7	17.54
10 – 90p´	27	67.5
90 – 97p´	0	0
+97p´	0	0
Total	40	100

Fuente: Libro de Registro de la Sala e Historias Clínicas

Tabla 4 Comportamiento de la ventilación mecánica en pacientes ingresados en UCIP con bronquiolitis.

Comportamiento de la Ventilación	#	%
No Ventilados	25	62.5
Ventilación controlada con presión	10	25
Ventilación Mec. Asistida (CPAAP)	5	12.5
Total	40	100

Fuente: Libro de Registro de la Sala e Historias Clínicas