



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**

**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN TERAPIA
RESPIRATORIA.**

TÍTULO:

PACIENTE MASCULINO DE 3 AÑOS DE EDAD CON BRONQUIOLITIS

AUTOR:

JULISSA PAULINA LEON LLAMUCA

TUTOR:

Dr. LAZARO FRANCISCO RAMOS FUENTES

BABAHOYO - LOS RÍOS - ECUADOR

PERIODO 2021

INDICE

Contenido	
DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TITULO DE CASO CLÍNICO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN	1
1. MARCO TEÒRICO	2
1.1. JUSTIFICACIÒN	9
1.2. OBJETIVOS	10
1.3. DATOS GENERALES	11
2. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	12
2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES DEL PACIENTE ... 12	
2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD.	13
2.3. EXAMEN FÍSICO	13
2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	14
2.5 FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL, DEFINITIVO. 15	
2.6 CONDUCTAS A SEGUIR	16
2.7.- INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.	16
2.8 SEGUIMIENTO	17

2.9 OBSERVACIONES	19
3.-CONCLUSIONES	20
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	21
ANEXOS.....	23

DEDICATORIA

Dedico con todo mi corazón a mis padres quienes me han apoyado para poder llegar a esta instancia de mis estudios. También se lo dedico a mi esposo que me acompaño en toda mi carrera universitaria y a mi hija quien ha sido mi mayor motivación para nunca rendirme en mis estudios y poder llegar a ser un ejemplo para ella.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme dado la fortaleza necesaria en este largo trayecto, sin lugar a duda nada hubiese sido posible sin Él. Un agradecimiento muy especial a mis queridos padres Pedro León y Lucila Llamuca , a mis hermanas , a mi esposo Joshep Cadena que supieron tener paciencia y cifraron su confianza en mí, este logro es suyo queridos padres.

TITULO DE CASO CLÍNICO
PACIENTE MASCULINO DE 3 AÑOS DE EDAD CON BRONQUIOLITIS

RESUMEN

En el presente estudio se aborda la BRONQUIOLITIS en un paciente masculino de 3 años de edad que acudió al área de emergencia del centro de salud llevado por su progenitora por presentar un cuadro clínico de fiebre, dificultad respiratoria, tos

El objetivo de este estudio consistió en determinar un manejo terapéutico adecuado y eficaz para la BRONQUIOLITIS que presentaba el paciente, luego de haber obtenido un determinado diagnóstico por las diferentes pruebas que le fueron realizadas.

El seguimiento y tratamiento eficaz realizado al presente estudio de caso, debido a la existencia de principales factores de riesgo que este se exponía, se obtuvo un desenlace favorable en el paciente siendo la oxigenoterapia el principal tratamiento terapéutico que se indicó en el paciente, acompañado de la administración de Inhaloterapia.

Palabras claves: Bronquiolitis, Oxigenoterapia, Inhaloterapia.

ABSTRACT

In the present study BRONCHIOLITIS is approached in a 3-year-old male patient who attended the emergency area of the health center taken by his mother because of a clinical picture of fever, respiratory distress, and dry cough.

The objective of this study was to determine an adequate and effective therapeutic management for BRONCHIOLITIS that the patient presented, after having obtained a certain diagnosis by the different tests that were performed.

The follow-up and effective treatment carried out in this case study, due to the existence of the main risk factors that were exposed, a favorable outcome was obtained in the patient, oxygen therapy being the main therapeutic treatment that was indicated in the patient, accompanied by the administration of Inhalation therapy.

Key words: Bronchiolitis, Oxygen therapy, Inhalation therapy.

INTRODUCCIÒN

El estudio de este caso clínico se basa en el cuidado y procedimientos terapéuticos realizados en un paciente masculino de 3 años de edad con BRONQUIOLITIS.

Se la define a esta patología como una infección viral que afecta las vías respiratorias inferiores exclusivamente a los bronquiolos, caracterizada por afectar con mayor frecuencia a pacientes pediátricos y a la vez por ser el principal motivo de hospitalización en estos pacientes.

Esta patología se presenta con mayor relevancia en los meses lluviosos y húmedos, por lo que etiológicamente se ha comprobado que la principal causa de esta enfermedad es por el virus respiratorio sincitial. Los principales síntomas que se presentan en estos pacientes son dificultad respiratoria, sibilancias y/o estertores crepitantes por lo que es recomendable realizar desde primera instancia procedimientos de diagnósticos como la auscultación, evaluaciones clínicas e imágenes.

Según estudios realizados la mayoría de los niños presentan recuperación entre 3 a 5 días sin presentar secuelas, aunque síntomas como las sibilancias y la tos pueden continuar durante 2-4 semanas, por lo que es recomendable una atención terapéutica adecuada y rápida.

1. MARCO TEÒRICO

DEFINICIÓN

La bronquiolitis es una patología de las vías respiratorias (VR). Ocurre cuando los bronquiolos contraen una infección de origen viral. Estas VR se inflaman, se hinchan y se cargan de mucosidades, lo que puede dificultar la respiración. (Kids Health, 2019)

ETIOLOGÍA

Etiológicamente se conoce que la mayoría de los casos de esta patología respiratoria son causados por:

- RSV (Virus sincitial respiratorio)
- Rhinovirus
- Virus parainfluenza tipo III

Las causas de menor frecuencia son los virus influenza A y B, los virus parainfluenza I y II, metapneumovirus humano, y adenovirus. (Bhatia, 2020)

EPIDEMIOLOGÍA

La bronquiolitis por VRS (Virus sincitial respiratorio) es la causa que se presenta con mayor relevancia en el tracto respiratorio inferior y motivo principal de hospitalización en niños <2 años. Entre el 1 al 4% de los lactantes con edad inferior a 12 meses son hospitalizados por este tipo de infección viral. (Sanz, 2016)

FACTORES DE RIESGO

Entre los factores de riesgo principales para que un paciente presente gravedad o complicaciones encontramos los siguientes:

- edad gestacional <37 semanas (paciente prematuro)
- Edad (menor de 12 meses).
- displasia broncopulmonar.
- Malformaciones anatómicas de la VA.
- Cardiopatía congénita.
- Paciente con Inmunodeficiencia.
- Enfermedades neurológicas.

Además de factores ambientales como:

Familiares que sean fumador pasivo, hacinamiento en hogar, asistencia a centros educativos o guardería, parientes de la misma edad o mayores, incluso grandes altitudes (>2.500 metros) pueden aumentar la gravedad de la bronquiolitis. (Sanz, 2016)

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de esta enfermedad se basa principalmente en manifestaciones clínicas, que se presentan en un lactante <2 años, y que coinciden con una epidemia de virus sincitial respiratorio en la comunidad. El cuadro clínico en estos pacientes comienza como un catarro de VA, con: estornudo, tos, rinorrea y, en muchas ocasiones, febrícula o fiebre; y en el transcurso de 2 a 3 días, se aumenta la tos, brotan síntomas de obstrucción de la vía respiratoria inferior con aumento del trabajo respiratorio, taquipnea e irritabilidad. En los casos más graves, la dificultad respiratoria en estos pacientes es marcada, y presenta rechazo ante la toma de alimento y postración.

Es necesario tomar en cuenta las pausas de apnea ya que pueden ser un síntoma de bronquiolitis, sobre todo en lactantes pequeños y prematuros, y a la vez constituyen un factor de riesgo importante para desarrollar un cuadro grave.

Ante la exploración física, podemos encontrar síntomas como: taquipnea, tiraje subcostal, intercostal, supraesternal y el principal aleteo nasal. Mediante la auscultación pulmonar, el hallazgo más común son las sibilancias, aunque

también hay que tener en cuenta los crepitantes finos inspiratorios y los subcrepitantes pues estos no son infrecuentes. En muchas ocasiones, las sibilancias pueden escucharse con el oído desnudo sin ayuda de un fonendoscopio también conocemos a este hallazgo como sibilantes audibles o weezing.

Dado el curso clínico de esta patología se recomienda que el personal de salud encargado reevalúe, dentro de las primeras 72 horas del inicio de los síntomas, a todos los lactantes <12 meses que, mediante época epidémica, acudan por un catarro de vías altas. (Campuzano, 2012)

EXÀMENES COMPLEMENTARIOS

La RX de tórax: esta muestra atrapamiento aéreo y son frecuentes las atelectasias. Su ejecución se relaciona con el indebido uso de medicamentos antibióticos. Al no existir correlación entre radiología y gravedad, esta solo se puede indicar, si hay mala evolución, BA grave, enfermedad de base o duda diagnóstica.

Test Detección Virus es indicado en pacientes menores de 3 meses con fiebre y en lactantes con catarro o antecedentes de riesgo. Es útil en los pacientes durante su ingreso para decidir un apropiado aislamiento.

Tira reactiva de orina, sedimento y urocultivo son indicados en un paciente menor de 2-3 meses con BA y 39 °C persistente.

La procalcitonina o PCR estos son muy necesarios cuando hay presencia de fiebre elevada y sobre todo cuando se sospeche de una infección bacteriana potencialmente grave. (M, 2020)

Además, existe una escala (Wood-Downes-Ferres) que se aplica al paciente esta permite valorar la progresión o gravedad de la enfermedad, evalúa en el paciente criterios como, sibilancias pulmonares, tiraje intercostal, la entrada de aire hacia los pulmones, la cianosis, la FR y la frecuencia cardíaca.

ESCALA WOOD-DOWNES-FERRÉS				
	0	1	2	3
Sibilancias	No	Final de espiración	Toda espiración	Inspiración- espiración
Tiraje	No	Subintercostal	Supraclavicular + aleteo nasal	Supraesternal
Entrada de aire (VENTILACION)	Buena	Disminuida	Muy disminuida	Tórax inestable (SILENTE)
Cianosis	No	Si		
Frecuencia respiratoria	<30	31-45	46-60	>60
Frecuencia cardíaca	<120	>120		
VALORACION: Crisis; leve 1-3, moderada 4-7, severa 8-14				

Fuente: (Revista Mexicana de Pediatría, 2018)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es necesario realizar un diagnóstico diferencial ante la sospecha de esta patología:

Neumonía: Lo fundamental ante cualquier sospecha es descartar una neumonía, pues en ambos casos los cuadros clínicos son similares más, sin embargo, la neumonía no suele ser una enfermedad auto limitada y tiene una morbi-

mortabilidad considerables si no se trata de una manera adecuada y rápida. Se puede sospechar neumonía si la fiebre persiste >72 horas, sobre todo si es alta (39°) o si auscultamos hallazgos de crepitantes.

Asma: La hiperreactividad bronquial es una causa usual de tos en la infancia. En ocasiones, el asma es mal diagnosticada por la similitud entre ambos casos, sobre todo si se consideran los episodios de tos de manera aislada. Es muy importante la valoración de la historia clínica sobre todo saber si ha existido otros episodios similares y tener en cuenta el diagnóstico de asma, principalmente si este se acompaña de tensión de músculos (broncoespasmo) y si responde a broncodilatadores.

Tos ferina: Debemos sospechar de esta patología, no sólo cuando la tos presenta las características típicas de paroxismos y gallo inspiratorio, sino en los casos de tos prolongada, sobre todo en pacientes escolares y adolescentes. (Campuzano, 2012)

TRATAMIENTO

Oxigenoterapia: este procedimiento terapéutico es uno de los mejores que se pueden emplear en un paciente pediátrico sobre todo ante la presencia de disnea. Esta se basa en la administración de una cantidad de oxígeno establecido, de acuerdo a la patología y gravedad que presente el paciente, se administra oxígeno en alto y bajo flujo por minuto. Es conveniente su administración en situaciones de saturación (<89%) que se manifiesta por el bajo nivel de oxígeno sanguíneo en este tipo de pacientes, en casos de gravedad se recomienda tener en cuenta un soporte ventilatorio. (Poveda, 2017)

Nebulizaciones es la administración de fármacos a través de la vía respiratoria, esta técnica consiste en transformar el medicamento de un estado líquido a un estado gaseoso, convierte el fármaco en pequeñas partículas respirables que puedan acceder hasta los conductos respiratorios más bajos. Entre los fármacos

más utilizados encontramos el salbutamol, bromuro de ipratropio, que son utilizados en este tipo de patología debido a su eficacia. (Poveda, 2017)

El suero salino hipertónico (3%) nebulizado, solo o asociado a broncodilatadores en dosis repetidas, se obtiene resultados favorables sobre todo en pacientes hospitalarios porque ayuda a reducir la estancia hospitalaria.

Otros tratamientos utilizados son: óxido nítrico, inmunoglobulinas intravenosas o nebulizadas, DNAsa rh nebulizada (reduce la viscosidad del esputo), LTRA (montelukast), mucolíticos, antitusígenos, descongestionantes nasales, antihistamínicos, fisioterapia respiratoria. (Rev Pediatr Aten Primaria, 2012)

SEGUIMIENTO Y PRINCIPALES CRITERIOS DE ALTA HOSPITALARIA

Entre los criterios que hay que tener en cuenta durante el seguimiento y un alta hospitalaria adecuada en pacientes con esta patología encontramos:

- Es necesario la interrupción de la oxigenoterapia una vez que la SaO₂ en el paciente llegue a 92% o más, el paciente debe mostrar una mejoría clínica general, que se manifiesta en primera instancia por una mejoría del trabajo respiratorio.
- El alta hospitalaria podrá recomendarse una vez que el paciente pueda alimentarse sin dificultad, luego del retiro de oxigenoterapia durante 12 a 24 horas con un seguimiento estable de saturación. Con Frecuencia Respiratoria (FR) de 60 o menos. Con Frecuencia Cardíaca que no aumenten más del 30% luego de su retiro.

El promedio de estancia hospitalaria es de 3-7 días.

- La Frecuencia Respiratoria se regulariza aproximadamente a los 15-21 días del pico de la enfermedad.
- Es necesario tener en cuenta que la FR Y SaO₂ se deben tomar con el paciente dormido es decir en condiciones basales. El registro de los signos vitales al alta, Frecuencia Respiratoria, Frecuencia Cardíaca, SaO₂ y peso, es necesario para evaluar la mejoría y continuar con el tratamiento adecuado.

- En los pacientes pediátricos en los que persiste la dependencia de oxígeno o signos de obstrucción bronquial (sibilantes pulmonares – taquipnea), luego de 2 semanas de evolución de la enfermedad, existe la posibilidad de que la infección viral haya precipitado la expresión de otra enfermedad de base (infección intrahospitalaria) o generado un daño estructural más importante que predisponga al desarrollo de enfermedad pulmonar crónica postviral. (María Daniela Sasetta, 2017)

1.1. JUSTIFICACIÓN

Este estudio de caso clínico se basa en el cuidado de un paciente masculino pediátrico de 3 años de edad con bronquiolitis, el objetivo de este caso fue establecer un manejo terapéutico adecuado donde se pudo emplear diferentes técnicas y procedimientos de la terapia respiratoria para el debido cuidado y recuperación del paciente.

Según investigaciones en Ecuador la bronquiolitis es una de las principales causas de hospitalización y a la vez de morbilidad dentro de las enfermedades respiratorias de los pacientes pediátricos, esta patología tiene mayor relevancia en temporadas frías (invierno), De acuerdo a estadísticas del INEC en diferentes países del mundo pueden presentarse esta enfermedad en verano, otoño e incluso primavera.

Es importante el trabajo y cuidado que puede ofrecer un terapeuta respiratorio en los casos de pacientes pediátricos con este tipo de patologías porque si no se emplea un tratamiento de manera adecuada y rápida en estos pacientes estos pueden fallecer.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

Establecer el manejo terapéutico adecuado para la BRONQUIOLITIS del paciente.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar los principales criterios clínicos del paciente que originó la bronquiolitis.
- Valorar la gravedad de la patología del paciente con la realización de estudios adecuados.
- Determinar un tratamiento eficaz para la patología principal del paciente.

1.3. DATOS GENERALES

Identificación del Paciente: N/N

Edad: 3 años (6 meses)

Sexo: masculino

Grupo Sanguíneo: O **Factor:** (+)

Peso: 16 kg

2. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Análisis del motivo de consulta

Paciente pediátrico de sexo masculino de 3 años de edad acude al centro de salud (área de emergencia) llevado por su progenitora, por manifestar un cuadro clínico con dificultad respiratoria, fiebre, tos.

Historial clínico

Por motivo de consulta descrita anteriormente el médico notifica su ingreso hospitalario inmediato para realizar una anamnesis completa con el fin de saber sus antecedentes patológicos, así como familiares.

Antecedentes patológicos personales:

Presencia de cuadros de gripe recurrentes

Antecedentes patológicos Familiares:

Madre refiere asma desde los 12 años de edad

Padre no refiere

Vivienda: hacinamiento en hogar

Antecedentes patológicos Quirúrgicos:

No refiere

Alergias

No refiere

2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD.

Anamnesis.

Paciente pediátrico masculino de 3 años de edad ingresado al servicio de emergencia acompañado de su progenitora, este presenta antecedentes patológicos personales de cuadros de gripe recurrentes y madre con enfermedad respiratoria de base (asma), muestra signos de dificultad respiratoria, fiebre, tos seca (sin expectoración), en el momento de acudir a la emergencia se encuentra su presión arterial normal, presencia de taquipnea (47 rpm), y aleteo nasal.

2.3. EXAMEN FÍSICO

Entre los hallazgos clínicos se encuentra

- **FR:** 47 rpm (TAQUIPNEA)
- **PA:** 90/60
- **TEMPERATURA:** 38°C
- **Cabeza:** normal, simétrico, estándar.
- **Cuello:** simétrico, no se evidencian lesiones ni fracturas.
- **Tórax:** tiraje intercostal.
- **Pulmones:** mediante la auscultación se identifican ruidos anormales como sibilancias, crepitantes finos de carácter inspiratorios.
- **Extremidades:** normales

2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

HEMOGRAMA	
Eritrocitos	4.6 millones/mm³
Leucocitos	11.5 millones/mm³
Linfocitos	25%
Eosinofilos	5%
Monocitos	6%
Basófilos	2%
Hematocrito	46%
Hemoglobina	15%

TABLA 1/ RESULTADOS HEMOGRAMA

GASOMETRIA ARTERIAL	
PaO₂	75 mmhg
PCO₂	44 mmhg
pH	7,38
HCO₃	25 mEol/l
SatO₂	90%

Tabla 2/ RESULTADOS GASOMETRIA ARTERIAL

RX Tórax:

Campos pulmonares hiperlucidos, aplanamiento en hemidiafragmas, presencia de infiltrados intersticiales difusos de predominio parahiliar.

2.5 FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL, DEFINITIVO

- **Presuntivo:** Según el cuadro clínico que presentaba el paciente en primera estancia se llegó a un diagnóstico presuntivo de Asma aguda.
- **Diferencial:** Bronquitis aguda
- **Definitivo:** Con los datos obtenidos tanto del examen físico como los exámenes de laboratorio y complementarios se llegó al diagnóstico final de presencia de Bronquiolitis.

2.6 CONDUCTAS A SEGUIR

En el estudio de caso clínico se recibió en el área de emergencia a un paciente pediátrico de 3 años de edad acompañado de su progenitora, por los principales criterios respiratorio que presentaba y diagnóstico definitivo obtenido se recomendó el ingreso y el inicio inmediato de los siguientes procedimientos terapéuticos:

- **Oxigenoterapia**

Tras el primer aviso que presento el paciente (taquipnea), se le administró al paciente tratamiento de oxígeno a bajo flujo con cánula nasal a 3 lpm, para mantener una adecuada saturación de oxígeno en sangre, seguido de esto se empleó además la nebulización.

- **Nebulizaciones**

Este procedimiento terapéutico se aplicó para la administración de fármacos inhalados, entre ellos se administró en primera instancia salbutamol (broncodilatador) junto con cloruro de sodio, la dosis aplicada fue de 1ml/kg de peso del fármaco elegido diluido en 3 mililitros de cloruro de sodio cada 12 horas. Además, fue necesario en este paciente la administración de una combinación de bromuro de ipratropio a 2 ml/kg de peso diluido en 2 ml de solución salina cada 8 horas.

2.7.-INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

Una vez analizado el cuadro clínico del paciente, y haber obtenido un diagnóstico definitivo se muestra que el tratamiento farmacológico y terapéutico seleccionado es el mejor adaptado a su patología, este se realizó con el fin de reducir su estancia hospitalaria y evitar complicaciones.

2.8 SEGUIMIENTO

Se realizó el seguimiento al paciente:

Primer día: Un paciente pediátrico masculino de 3 años de edad acude a la casa de salud por el área de emergencia con el acompañamiento de su progenitora, presentando un cuadro clínico y sintomatológico muy deteriorado por lo que el médico en turno indica su ingreso hospitalario inmediato.

El paciente presentó signos relevantes como dificultad respiratoria, fiebre, tos (sin expectoración), por lo que se procede a realizar una adecuada y rápida anamnesis para saber sus antecedentes patológicos y familiares, además el médico indico emplear pruebas complementarias para obtener un pronto diagnóstico definitivo.

Se administró oxígeno a bajo flujo por cánula nasal a 4 lpm.

Segundo día: una vez obtenido los resultados de las pruebas y exámenes complementarios se evidencio en el hemograma una alteración de los leucocitos, debido a la infección viral que se presentó en el paciente, en la se observó en la radiografía de tórax, Campos pulmonares hiperlucidos, aplanamiento en hemidiafragmas, presencia de infiltrados intersticiales difusos de predominio parahiliar.

Se mantuvo la administración de oxígeno a bajo flujo por cánula nasal, además, se empleó inhaloterapia para administrar salbutamol con dosis de 1 ml/kg de peso diluido en 2 ml de solución salina c/12horas, fue necesario la hidratación al paciente por vía endovenosa, se valoró al paciente con la escala de Wood-Downes para determinar la gravedad de la patología arrojando 6 puntos, la cual demuestra que es una bronquiolitis moderada.

Tercer día: Al tercer día de estancia hospitalaria en el paciente se presenta una leve mejoría por lo que el médico indica disminuir su flujo en la oxigenación,

además, fue necesario emplear la valoración y seguimiento vigilado en el paciente con el fin comprobar que sus valores y signos vitales se encuentren estabilizados. Se sigue administrando fármacos inhalados por la nebulización.

Cuarto día: fue necesario realizar un hemograma, gasometría, y toma de radiografía obteniendo resultados favorables por lo que el médico indica que se retire la oxigenación en el paciente, se suspende la nebulización y se vigile al paciente durante 24 horas para su alta médica.

Quinto día: el paciente no ha manifestado descompensaciones según los criterios clínicos valorados, sus signos vitales se encontraron estabilizados en sus valores normales, la saturación de oxígeno es de 99% sin oxigenoterapia, por lo que el médico indica su alta médica, además al familiar encargado se le notifica que debe hacerse un seguimiento rutinario al paciente durante 2 meses.

2.9 OBSERVACIONES

- Para poder obtener el diagnóstico definitivo fue necesario emplear pruebas complementarias que nos permita elegir y ejecutar un correcto tratamiento de acuerdo a la patología, sintomatología que manifestaba el paciente
- Los tratamientos elegidos en este tipo de pacientes deben ser aplicados mediante vigilancia médica, es necesario tener en cuenta que una sobredosis en los fármacos administrados puede conllevar complicaciones secundarias y a la vez alargar su estadía hospitalaria.
- Fue necesario por parte del médico y los profesionales de salud en este caso terapeuta respiratorios un conversatorio con los familiares responsables del paciente con el objetivo de recomendar que se evite de cierta manera los principales factores de riesgo que fueron causantes de la patología en el paciente, además de realizar seguimientos de rutinas.

3.-CONCLUSIONES

La Bronquiolitis es la causa más frecuente de hospitalización por infección pulmonar en pacientes pediátricos a nivel mundial, caracterizada por tener mayor relevancia en los meses lluviosos y húmedos, por lo que etiológicamente se ha comprobado que el principal microorganismo causante de esta enfermedad es por el virus respiratorio sincitial.

Una vez comprobado que se trata de esta patología respiratoria es importante aplicar una estrategia terapéutica oportuna, adecuada y rápida, entre ellas la Oxigenoterapia Convencional y la Inhaloterapia son las principales maniobras terapéuticas respiratorias utilizadas en estos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Bhatia, R. (2020). Bronquiolitis. *Manuel MSD*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-respiratorios-en-ni%C3%B1os-peque%C3%B1os/bronquiolitis>

Campuzano, Á. C. (2012). Bronquitis y bronquiolitis. *PEDIATRIA INTEGRAL*, XVI(1). Obtenido de <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2012-01/bronquitis-y-bronquiolitis/>

Kids Health. (MARZO de 2019). *BRONQUIOLITIS*. Obtenido de <https://kidshealth.org/es/parents/bronchiolitis-esp.html>

M, D. M. (2020). Bronquiolitis aguda: ¿seguimos la evidencia científica? . (L. Ediciones, Ed.) *Congreso de Actualización Pediatría 2020*, 77-85. Obtenido de https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/77-86_Bronquiolitis%20aguda.pdf

María Daniela Saseta. (2017). *GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO: BRONQUIOLITIS AGUDA*. GUIA. Obtenido de https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/07/906430/05_guia_proc_inst-2017-nro-2-pag-26-a-32.pdf

Poveda, R. (2017). *Protocolo de tratamiento para evitar complicaciones en paciente con bronquiolitis*. DF, México: Anales de Pediatría.

Rev Pediatr Aten Primaria. (2012). Bronquiolitis aguda. *Scielo*, XIV. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000200006

Revista Mexicana de Pediatría. (2018). Escala de Wood Downes-Ferrés. *85*(1), 11-16. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2018/sp181c.pdf>

Sanz, J. P. (2016). Bronquitis y bronquiolitis . *Pediatría Integral*, XX(1). Obtenido de

<https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2016-01/2016-bronquitis-y-bronquiolitis/>

ANEXOS



Radiografía de Tórax (RX de tórax AP) en PX de 3 años.
Examen Complementario para determinar Diagnóstico Definitivo.