

ESCUELA U.DE ENFERMERÍA

AVDA. MARTINEZ DE VELASCO, 36

22004 HUESCA

**Universidad de Zaragoza**

**Escuela de Enfermería de Huesca**

## **Grado en Enfermería**

**Curso Académico 2015/2016**

## **TRABAJO FIN DE GRADO**

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADO EN DOMICILIO PARA  
INTERVENCIONES PREVENTIVAS DE LA BRONQUIOLITIS EN NIÑOS.**

**Autora:** Salomé Pilarcés Virgili

**Director:** Felipe Nuño Morer

## ÍNDICE:

	Página
1. RESUMEN	3
- PALABRAS CLAVE	
2. INTRODUCCIÓN	4
- JUSTIFICACIÓN	
3. OBJETIVOS	6
- OBJETIVO GENERAL	
- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
4. METODOLOGÍA	7
5. DESARROLLO	8
6. CONCLUSIÓN	14
7. AGRADECIMIENTOS	15
8. BIBLIOGRAFÍA	16
9. ANEXOS	19
- ANEXO I	21
- ANEXO II	22
- ANEXO III	23
- ANEXO IV	25
- ANEXO V	26
- ANEXO VI	27
- ANEXO VII	28
- ANEXO VIII	30
- ANEXO IX	31

## 1. RESUMEN:

**Introducción:** La bronquiolitis es una patología aguda de etiología viral que produce inflamación de las vías respiratorias bajas en menores de 24 meses. Anualmente, poco más de un 30% de los menores de un año padecen bronquiolitis. El pico se produce entre los 2 y 6 meses de edad. El virus que la produce más frecuentemente es el virus respiratorio sincitial (VRS).

**Objetivos:** Desarrollar un Plan de Cuidados Estandarizado para pacientes de enfermería sobre la prevención y métodos de actuación en la bronquiolitis. La finalidad de este Plan es mejorar la calidad de los cuidados que se le realicen al niño en su domicilio y realizar educación sanitaria a los padres o cuidadores de estos pacientes.

**Metodología:** Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos científicas en relación a la prevención, tratamiento y cuidados de enfermería sobre la bronquiolitis. Asimismo, se han consultado diferentes protocolos y guías clínicas. Para su desarrollo se ha utilizado la taxonomía NANDA Internacional (2012-2014), resultados (NOC) e intervenciones (NIC).

**Desarrollo:** Despues de realizar una revisión bibliográfica exhaustiva sobre la bronquiolitis y comparar las diferentes guías y protocolos publicados, se ha desarrollado un Plan de Cuidados Estandarizado con los diagnósticos de enfermería más relevantes en cuanto a esta patología.

**Conclusiones:** A través del Plan de Cuidados Estandarizado se pueden obtener unos cuidados de calidad, además de conseguir mejorar y afianzar los conocimientos para poder realizar una educación sanitaria de calidad.

**Palabras Clave:** *Bronquiolitis, Virus sincitial respiratorio humano, Factores de Riesgo, Educación en salud y Atención de enfermería.*

## 2. INTRODUCCIÓN:

El término **bronquiolitis** se utiliza desde hace más de 70 años para denominar a un conjunto concreto de síntomas respiratorios. A pesar de ello, la definición no está establecida con exactitud.

En 1983 McConnochie definió esta patología como "el primer episodio de sibilancias, precedido por un cuadro respiratorio con rinorrea, tos y taquipnea, con o sin fiebre, que afecta a niños menores de 2 años." <sup>(1)</sup> Esta definición es la empleada en Estados Unidos y en algunos países europeos. En el Reino Unido, Australia y otras zonas de Europa, el término hace referencia a las infecciones del tracto respiratorio acompañadas de crepitantes diseminados en la auscultación. Incluso hay algunos autores que sólo incluyen en esta enfermedad al grupo de niños menores de 1 año. <sup>(1,4)</sup>

Actualmente, en nuestro ámbito la **bronquiolitis** está definida como una patología aguda de etiología viral que produce inflamación de las vías respiratorias bajas en menores de 24 meses. Cursa con dificultad respiratoria habitualmente con sibilancias, con o sin aumento del trabajo respiratorio, dentro de un proceso catarral de vías aéreas superiores. <sup>(2,3)</sup>

La bronquiolitis suele comenzar con una infección aguda de la vía aérea superior por contacto con secreciones contaminadas de personas infectadas, tiene un periodo de incubación entre 2 y 8 días propagándose a través de la mucosa respiratoria por la fusión de células infectadas con células no infectadas. Esto se traduce en masas gigantes de células con varios núcleos, también conocidas como sincitios .En el interior de la célula el virus se replica causando inflamación y edema de la mucosa y submucosa, necrosis epitelial y pérdida de la superficie ciliar, lo que produce disminución en el transporte de secreciones y detritus celulares desde la luz bronquiolar hacia la vía aérea superior, causando obstrucción de los bronquiolos terminales parcial o totalmente y alteración al flujo de aire al pulmón.<sup>(3)</sup>

Cada año, alrededor de un 33% de los menores de un año tienen bronquiolitis. El pico se produce entre los 2 y 6 meses de edad. <sup>(2)</sup>

La mayoría de los niños que presentan bronquiolitis tienen un cuadro leve y sólo algunos tienen que ingresar en un hospital. (Véase **ANEXO I** donde se puede ver la tabla sobre los criterios de gravedad y en el **ANEXO II** desarrolla cómo tratar la bronquiolitis en Atención primaria).<sup>(5)</sup> Aproximadamente del 7 al 14% de los niños menores de 12 meses con bronquiolitis requiere hospitalización, según datos del Estudio Internacional de Sibilancias del Lactante (EISL). Alrededor del 50% de los niños con bronquiolitis tendrán episodios de sibilancias recurrentes en los meses/años posteriores.<sup>(2)</sup>

Los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de adquirir bronquiolitis son: la asistencia a centros escolares infantiles, la presencia de hermanos mayores cuando comparten habitación, la lactancia materna durante menos de 1-2 meses, los padres fumadores -sobre todo exposición a tabaco durante la gestación-, bajo peso al nacer, sexo masculino, estrato socioeconómico bajo y hacinamiento. Pero los principales factores de riesgo para enfermedad severa son: la displasia broncopulmonar, la enfermedad pulmonar crónica, las cardiopatías congénitas, la prematuridad, la edad inferior a 3-6 meses, inmunodeficiencia, enfermedad neurológica y defectos congénitos anatómicos de las vías respiratorias.<sup>(1, 6, 7,8)</sup>

El virus que causa la bronquiolitis más frecuentemente es el **virus respiratorio sincitial** (VRS). Según el Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria en sus Documentos Técnicos del GVR (P-GVR-4) sobre esta patología del mes de julio de 2015, el virus respiratorio sincitial (VRS) es el causante del 20-40% de los casos en época epidémica y hasta el 60% en los hospitalizados. En el hemisferio norte su virulencia es más frecuente entre noviembre-abril, con un pico en enero-febrero. En nuestro medio, el virus es más frecuente de noviembre a marzo.<sup>(2)</sup>

Otros virus por orden de importancia son: rinovirus, adenovirus, metapneumovirus, influenza, parainfluenza y bocavirus. La predominancia de cada virus depende de la estación del año y el área geográfica.<sup>(2, 4, 5,6)</sup>

### ***JUSTIFICACIÓN:***

El destacable aumento de la morbi-mortalidad de esta enfermedad, así como el progresivo crecimiento del número de consultas en los centros de salud de Atención Primaria relativas a esta patología es el principal motivo de elección de este tema.

Resulta interesante, útil y necesaria una revisión bibliográfica sobre esta materia para poder elaborar un Plan de Cuidados Estandarizado de enfermería para niños con bronquiolitis y para todos aquellos con riesgo de contraer esta patología.

Asimismo, es imprescindible poder realizar educación sanitaria a los cuidadores de los niños, tanto cuando éstos son atendidos en los centros de salud como proporcionándoles los cuidados que deben recibir una vez dados de alta en sus domicilios.

### **3. OBJETIVOS:**

#### **General:**

- Realizar un plan de cuidados estandarizado de enfermería sobre la prevención y métodos de actuación en la bronquiolitis basado en la evidencia científica actual.

#### **Específicos:**

- Comparar los distintos protocolos que existen sobre la prevención y tratamiento de la bronquiolitis.
- Actualizar el conocimiento sobre los cuidados que se aplican en esta enfermedad.
- Identificar y valorar los factores de riesgo.
- Elaborar un Plan de Cuidados de Enfermería Estandarizado en domicilio y un tríptico sobre la bronquiolitis.
- Resolver las dudas que les pueden surgir a las familias sobre los cuidados que se precisan en el domicilio.

#### 4. METODOLOGÍA:

Para la elaboración de este trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica exhaustiva y rigurosa de documentación que contiene información generada desde 2005 hasta este momento. Entre las fuentes consultadas, se hallan artículos científicos, revistas especializadas, guías clínicas y páginas web oficiales y especializadas en Enfermería.

El periodo de búsqueda comenzó en el mes de Diciembre de 2015 y se ha prolongado hasta el momento de la entrega de este trabajo.

En este proceso se ha utilizado el tesauro *DeSC* (Descriptores en Ciencias de la Salud) para obtener las palabras o descriptores claves (*Bronquiolitis*, *Virus sincitial respiratorio humano*, *Factores de riesgo*, *Educación en Salud y Atención de enfermería*), además del uso de los operadores booleanos Y, O y NO.

Las bases de datos consultadas han sido *Scielo*, *Dialnet plus* y *Biblioteca Cochrane plus*, *Cuiden*, *Cantárida*, *Ciberindex* y *Enfispo*.

También se han consultado fuentes bibliográficas en diferentes bibliotecas: la biblioteca de la Escuela Universitaria de Enfermería de Huesca, Biblioteca universidad de Zaragoza (Internet) y la del Colegio de Enfermería de Huesca.

##### **1. Criterios de inclusión y exclusión:**

###### Criterios de inclusión:

- Artículos que contengan Planes de Cuidados Estandarizados de Enfermería.
- Artículos publicados en español.
- Documentos que estén publicados a partir del año 2005.

###### Criterios de exclusión:

- Artículos que estén publicados antes del 2005.

- Artículos en inglés.
- Artículos que no estén publicados en bases científicas.

BASES DE DATOS	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS	ARTÍCULOS DESECHADOS
SCIELO	30	6	24
ELSEVIER	20	3	17
COCHRANE PLUS	33	5	28
DIALNET	8	3	5
ENFISPO	5	2	3

**Tabla 1:** Relación de bases de datos y artículos.

Después de haber seleccionado toda la información se ha elaborado el plan de cuidados utilizando la taxonomía **NANDA** Internacional **2012-2014**, clasificación de resultados de enfermería (**NOC**) Y clasificación de intervenciones de enfermería (**NIC**).

## 5. DESARROLLO:

Tras haber realizado la búsqueda y analizar los diferentes artículos, todos ellos coinciden que no existe ningún medicamento que cure esta enfermedad ni que acorte su evolución. Sin embargo, algunos pacientes con factores de riesgo elevado se les pueden administrar un anticuerpo monoclonal llamado *Palivizumab* (Véase **ANEXO III**) que actúa como inmunoprofilaxis, pero que según la mayoría de las guías clínicas consultadas, tiene un beneficio limitado y su coste es elevado.<sup>(1,4,5,9,10,11)</sup>

Todos los protocolos, artículos y guías consultadas destacan la importancia de realizar lavados nasales varias veces al día y todos coinciden en que la fisioterapia respiratoria en este caso no es recomendable.<sup>(1, 2, 4, 5, 6, 8,11)</sup>

También algunos autores señalan que los pacientes pueden mejorar tras recibir tratamiento inhalado con broncodilatadores en domicilio, aunque esto no implica necesariamente que su evolución vaya a ser favorable, no pudiéndose

descartar nunca un empeoramiento del paciente, especialmente al comienzo del proceso.<sup>(1,2,3,4,5,6,7,8)</sup>

Por todo ello, la prevención y los cuidados que se realicen en el domicilio son de gran importancia para los niños con riesgo de padecer bronquiolitis o aquellos que se van de alta a sus domicilios. El personal de enfermería juega por tanto un papel importante tanto en los cuidados como en la educación sanitaria a los padres o cuidadores.

De las fuentes consultadas se han extraído los principales diagnósticos enfermeros:

### **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

**POBLACIÓN DIANA:** Este protocolo se aplicará a todos los **padres/cuidadores** de niños con una edad comprendida entre **0 y 24 meses** y que sean susceptibles a contraer esta enfermedad.

**1. 00126 Conocimientos deficientes (padres/cuidadores):** Proceso de enfermedad/Régimen terapéutico r/c desconocimiento de la enfermedad m/p verbalización del problema.

#### **1813 NOC: Conocimiento: Régimen terapéutico.**

**Definición: Grado de conocimiento sobre el régimen terapéutico específico.**

##### Indicadores:

- 181310 Proceso de la enfermedad.
- 181301 Beneficios del tratamiento
- 181309 Procedimientos prescritos

**1803 NOC: Conocimiento: proceso de la enfermedad.**

**Definición: Grado de conocimiento sobre el proceso de una enfermedad concreta y las complicaciones.**

Indicadores:

- 180302 Características de la enfermedad.
- 180303 Causa o factores contribuyentes.
- 180306 Signos y síntomas de la enfermedad.

**5602 NIC: Enseñanza: proceso de enfermedad.**

**Definición: Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico**

**Objetivo:** Los padres demostrarán comprensión sobre la bronquiolitis.

**Actividades:**

1. Se evaluará el nivel actual de conocimientos de los padres relacionado con el proceso de enfermedad específico.
2. Se reforzará la información dada por el médico.
3. Se describirán los signos y síntomas comunes de la bronquiolitis: infección vírica que afecta a niños menores de dos años y se manifiesta con dificultad para respirar y, a veces, ruidos de pitos en el pecho. Generalmente, se inicia con tos y mucosidad nasal. A los 3-4 días aparece la dificultad respiratoria, además el niño puede estar irritable, comer menos y presentar fiebre.
4. Se detallarán las posibles complicaciones, si procede: Ante la sospecha de que el niño/a respira más rápido o más agitado de lo normal, la piel se hunde en las costillas, rechaza o presenta dificultad para ingerir los alimentos, si está muy dormido, la fiebre es muy alta, emite un quejido al respirar, presenta color azul en los labios o las uñas espontáneamente o con la tos o hace pausas respiratorias debe acudir urgentemente al médico.
5. Se especificarán las posibles complicaciones crónicas: En niños previamente sanos, la enfermedad dura entre 7 y 12 días, pero la tos puede persistir durante muchos más días. Algunos niños, después de haber tenido una

bronquiolitis y especialmente durante el primer año después de ésta, cuando se vuelven a resfriar pueden volver a tener dificultad respiratoria.

6. Se comentarán los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de la enfermedad: La bronquiolitis se transmite de persona a persona, por lo que las personas que presenten una infección respiratoria, aunque sea un simple catarro, deben lavarse las manos frecuentemente, especialmente antes y después de tocar al niño o alguno de los objetos que él utiliza ( Véase **ANEXO IV**)<sup>(12)</sup>. Es también importante evitar los lugares concurridos, especialmente donde haya muchos niños (como guarderías y parques infantiles).
7. Se debe evitar totalmente la exposición al humo del tabaco y se recomendará la lactancia materna, ya que los niños que la toman están más protegidos contra la bronquiolitis.

#### **5618 NIC: Enseñanza: Procedimiento/Tratamiento.**

**Definición: Preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito.**

**Objetivo:** Conocimiento por parte de los padres de las actividades que deben realizar para la recuperación del niño.

#### **Actividades:**

1. Se les explicará la importancia de realizar lavados nasales para la eliminación de las secreciones antes de comer y de dormir: Los lactantes no saben respirar por la boca por lo tanto el tener las fosas nasales llenas de secreciones les produce ahogo cuando comen y mientras duermen.
2. Se les instruirá en la técnica del lavado nasal (Véase **ANEXO V**).<sup>(13)</sup>
3. En el caso a que al niño se le recete inhaladores por parte del pediatra, se les instruirá en el manejo de los inhaladores en domicilio (Véase **ANEXO VI**).<sup>(13)</sup>

4. Para que el niño descance mejor, elevaremos un poco la cabecera de la cama/cuna a 30º, ya que ayuda a respirar mejor.
5. Ajustar la temperatura ambiental a 20º sobre todo en el caso de que el niño tuviera fiebre.
6. Si el niño tiene fiebre, se pueden administrar antitérmicos como el paracetamol y el ibuprofeno (este último, en mayores de 6 meses), o aplicar medidas físicas (destapar al niño o baños con agua templada). Los antitérmicos serán los recomendados por el pediatra y se ajustará la dosis al peso y edad del niño.
7. Si tienen poco apetito, se cansan durante las tomas con facilidad o presentan vómitos y atragantamientos, fraccionaremos las tomas (administraremos menos cantidad de alimento, pero más frecuentemente).
8. Se les subrayará la importancia de que la ingesta de líquidos sea la adecuada para evitar posibles deshidrataciones.
9. Se les comentará que en el caso de que el niño tenga diarreas ( puesto que suelen aparecer al haber un aumento de secreciones y tragárselas), es importante que se observe el color, la cantidad, el número de posiciones y se anote para consultar con el pediatra. En el caso de que hubiese diarreas habría que vigilar también la piel del niño porque puede que aparezcan irritaciones en la zona perianal del niño.
10. Les daremos tiempo para que haga preguntas y expongan sus inquietudes.
11. Reforzaremos la información dándoles un tríptico que les resuelva dudas (**Anexo VII**).

2. **000146 Ansiedad (padres o cuidadores)** r/c amenaza de cambio en el estado de salud m/p verbalización de la preocupación.

#### **1402 NOC: Autocontrol de la ansiedad.**

**Definición: Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.**

Indicadores:

- 140204 Busca información para reducir la ansiedad.
- 140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.
- 140217 Controla la respuesta de ansiedad.

**5820 NIC: Disminución de la ansiedad.**

**Definición: Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.**

**Objetivo:** Enseñar a controlar el nivel de ansiedad

**Actividades:**

1. Observaremos si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.
2. Escucharemos con atención, favoreciendo un ambiente que facilite confianza.
3. Instruiremos sobre técnicas de relajación.
4. Responderemos a las preguntas sobre la salud del niño de una manera sincera.
5. Ayudaremos a los padres a identificar los factores que aumentan el sentido de seguridad.

**3. 00039 Riesgo de aspiración r/c el acúmulo de secreciones.**

**1918 NOC: Prevención de la aspiración.**

**Definición: Acciones personales para prevenir el paso de partículas líquidas o sólidas hacia los pulmones**

Indicadores:

- 191801 Identifica factores de riesgo.
- 191802 Evita factores de riesgo.
- 191803 Se incorpora para comer o beber.
- 191810 Se queda en posición erguida durante 30 minutos después de comer.

### **3200 NIC :Precauciones para evitar la aspiración**

**Definición: Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración.**

**Objetivo:** Enseñar a los padres/cuidadores actividades para evitar atragantamientos.

**Actividades:**

1. Enseñar a los padres a cambiar de posición, alimentar y vigilar al lactante.
2. Mostrar a los padres las medidas de emergencia en los ahogos o atragantamientos.(Véase **ANEXO VIII**)<sup>(13)</sup>
3. Proporcionar y vigilar la consistencia de los alimentos o líquidos en función de la valoración del estado de la deglución del lactante.

## **6. CONCLUSIONES:**

- Todas las fuentes consultadas coinciden en afirmar que la bronquiolitis tiene una alta prevalencia en niños de 0 a 24 meses y que ocasiona un alto coste sanitario. Además produce situaciones de angustia importante a los padres con niños que sufren esta infección respiratoria.
- Es de gran importancia y una labor fundamental por parte de los profesionales de enfermería el estandarizar los cuidados con el fin de obtener calidad en los mismos.
- La puesta en marcha del Plan de Cuidados propuesto debería ir precedida de la identificación de los niños susceptibles de contraer bronquiolitis detectando aquellos que han sido dados de alta en el hospital. Sería conveniente ofrecerles sesiones grupales o individuales formativas por parte de la enfermera de Atención Primaria. En ellas se les daría información concerniente a esta patología y consejos sobre acciones que ellos puede realizar en sus domicilios, además se les proporcionaría información por escrito (**TRÍPTICO**).
- El poder reforzar los conocimientos es la mayor medida preventiva que podamos realizar como enfermeras.

- En cuanto a las limitaciones que se han encontrado en la realización del trabajo, destacaremos la gran cantidad de información médica relativa a este tema y la escasez de información en lo referente a la labor de enfermería en estos casos.

## 7. AGRADECIMIENTOS:

Agradecer en primer lugar a mi tutor Felipe Nuño por sus consejos, su dedicación y su paciencia.

Agradecer a mi marido el haber creído en mí y el haberme dado la fuerza necesaria para no rendirme y seguir adelante.

A mi hijo Sergio (mi pequeñín), que ha hecho que yo eligiera este tema y que siempre tiene una sonrisa para mí.

A mi hijo Dani, por su equilibrio personal. Jamás se ha quejado cuando necesitaba que yo le ayudase con sus cosas y siempre me ha disculpado en todo.

A mis padres por todo, por ser los mejores padres del mundo.

A Eva Gloria y a Teresa Usón por darme parte su tiempo.

A Irene, Patri, Vir por estos cuatro años maravillosos. Gracias por vuestra amistad y compañerismo.

Y a la Doctora M<sup>a</sup> Victoria Burgos (compañera y amiga) que me empujó a esta aventura maravillosa que es la Enfermería.

## 8. BIBLIOGRAFÍA:

1. Simó Nebota M, Claret Teruela G, Luaces Cubellsa C, Estrada Sabadellb MD, Pou Fernandeza J. Guía de práctica clínica sobre la bronquiolitis aguda: recomendaciones para la práctica clínica. An Pediatr [Internet]. 2010 [citado el 1 de abril de 2016]; 73(4):208.e1–208.e10. Disponible en: <http://analesdepediatria.org/es/guia-practica-clinica-sobre-bronquiolitis/articulo/S1695403310002833/>
2. Callén Blecua M, Praena Crespo M, García Merino A, Mora Gandarillas I, Grupo de Vías Respiratorias. Protocolo de Bronquiolitis Diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria. Protocolo del GVR (publicación P-GVR-4) [Internet]. 2015 [citado el 1 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.respirar.org/grupo-vias-respiratorias/protocolos>
3. Parra A, Jiménez C, Hernández S, García JE, Cardona AM. Bronquiolitis: artículo de revisión Neumol Pediatr [Internet]. 2013 [citado el 2 abril de 2016]; 8 (2):95-101. Disponible en: <http://www.neumologia-pediatrica.cl/PDF/201382/bronquiolitis.pdf>
4. Pérez Rodríguez MJ, Otheo de Tejada Barasoain E, Ros Pérez P. Bronquiolitis en pediatría: puesta al dia. Inf Ter Sist Nac Salud. 2010; 34:3-11.
5. García Merino A, Mora Gandarillas I. Bronquiolitis aguda: diagnóstico y tratamiento fapap [monografía en internet]. 2015 [citado el 1 de abril de 2016]; 1:61-9. Disponible en: <http://monograficos.fapap.es/articulo/10/bronquiolitis-aguda-diagnostico-y-tratamiento>
6. Orejón de Luna G, Fernández Rodríguez M. Bronquiolitis aguda. Rev Pediatr Aten Primaria [revista en Internet]. 2012 [citado el 4 de abril de 2016]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322012000200006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000200006&lng=es).
7. Quiroga A. Infecciones respiratorias en el período neonatal: cuidados de enfermería. Revista Enfermería Neonatal 2007;5( 2):5-8.

8. Guía de Práctica Clínica sobre Bronquiolitis Aguda. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Fundació Sant Joan de Déu.2010.
9. González de Dios J. Balaguer Santamaría A, Nuevas sombras en los estudios de coste-efectividad del palivizumab frente al virus respiratorio sincitial. Evid Pediatr [Internet].2013 [citado el 15 de abril de 2016];9:13.Disponible en : [http://archivos.evidenciasenpediatria.es/DetalleArticulo/\\_LLP3k9qgzIh7aNQBiadwmca6RXa9ADvaHphk2jPabAe37LxZvcpaEabPqQXTrYfSUknv-93MPbAHdhZKQOZ43w#articulo-completo](http://archivos.evidenciasenpediatria.es/DetalleArticulo/_LLP3k9qgzIh7aNQBiadwmca6RXa9ADvaHphk2jPabAe37LxZvcpaEabPqQXTrYfSUknv-93MPbAHdhZKQOZ43w#articulo-completo)
10. González de Dios J, Ochoa Sangrador C, Balaguer Santamaría A. La profilaxis frente al virus respiratorio sincitial con anticuerpos monoclonales (palivizumab) en cardiopatías congénitas: revisión sistemática de la eficacia, efectividad, eficiencia y seguridad. Evid Pediatr[Internet]. 2007 [citado el 15 de abril de 2016]; 3:23.Disponible en : <http://archivos.evidenciasenpediatria.es/files/41-10678-RUTA/La%20profilaxis%20frente%20al%20virus%20respiratorio%20sinciti.pdf>
11. Vademecum.es [sede web]. Madrid: UBM Medica Spain; 2010 [citado el 3 de abril de 2016]. Disponible en : <http://www.vademecum.es/>
12. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet].Ginebra: OMS;2010 [citado 2 de abril de 2016].Disponible en:<http://www.who.int/gpsc/5may/tools/es/>
13. Roqué i Figuls M, Giné-Garriga M, Granados Rugeles C, Perrotta Fisioterapia torácica para la bronquiolitis aguda en niños de hasta 24 meses de vida [Internet].2012 [citado el 15 de abril de 2016].Disponible en:<http://www.cochrane.org/es/CD004873/fisioterapia-toracica-para-la-bronquiolitis-aguda-en-ninos-de-hasta-24-meses-de-vida>
14. Asociación Española de Pediatría [Internet]. 2013 [Citado el 3 de Marzo 2016].Disponible en:<http://enfamilia.aeped.es/>
15. Nanda International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. 1<sup>a</sup> Ed. Barcelona: Elsevier; 2012-2014.

16. Moorhead S, Johnson M, Mass ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5<sup>a</sup> Ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
17. Dochterman JM, Butcher HK, Wagner CM, Bulechek G.M. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6<sup>a</sup> Ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
18. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC, Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-IpCS, 2007. Guías de Práctica Clínica en el SNS: IpCS. N.1 2006/01. Disponible en: [www.guiasalud.es](http://www.guiasalud.es).
19. Comisión asesora en Cuidados y enfermeras. Planes de cuidados estandarizados de enfermería. [Monografía en Internet]. Málaga: Hospital Regional Universitario Carlos Haya; 2006 [citado el 8 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.carloshaya.net/denfermeria/media/lpcee.pdf>
20. Pérez Rodríguez MJ, Otheo de Tejada Barasoain E, Ros Pérez P. Bronquiolitis en pediatría. IT del Sistema Nacional de Salud. Madrid. Vol34, nº1/2010
21. Mainou C, Mainou A, Plaza F. Bronquiolitis en la infancia. Farmacia profesional. 2007; 21: 44-47.
22. Balaguer Santamaría A, Buñuel Álvarez JC, González de Dios J. El suero salino hipertónico nebulizado puede disminuir la duración del ingreso hospitalario en lactantes con bronquiolitis aguda. Evid Pediatr [Internet]. 2009 [citado el 15 de abril]; 5:5. Disponible en : <http://archivos.evidenciasenpediatria.es/files/41-10779-RUTA/El%20suero%20salino%20hipert%C3%B3nico%20nebul%20.pdf>

## ANEXOS

## 9. ÍNDICE ANEXOS:

- ANEXO I: Valoración de la gravedad de la bronquiolitis. Escala Wood-Downes.
- ANEXO II: Manejo de la bronquiolitis en el centro de Salud.
- ANEXO III: Palivizumab (Synagis)
- ANEXO IV: Protocolo según la OMS del lavado de manos.
- ANEXO V: Protocolo del lavado nasal según la Asociación Española de Pediatría (Aep).
- ANEXO VI: Técnica para el uso de inhaladores en pediatría.
- ANEXO VII: Tríptico elaborado por Salomé Pilarcés Virgili para dar información a los padres.
- ANEXO VIII: Medidas de emergencia en los ahogos o atragantamientos.
- ANEXO IX: Cronograma del trabajo realizado

## ANEXO I:

### VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA BRONQUIOLITIS. ESCALA WOOD-DOWNES:

Tabla 1. Valoración de la gravedad de la Bronquiolitis. Escala Wood-Downes (modificada por Ferrés)

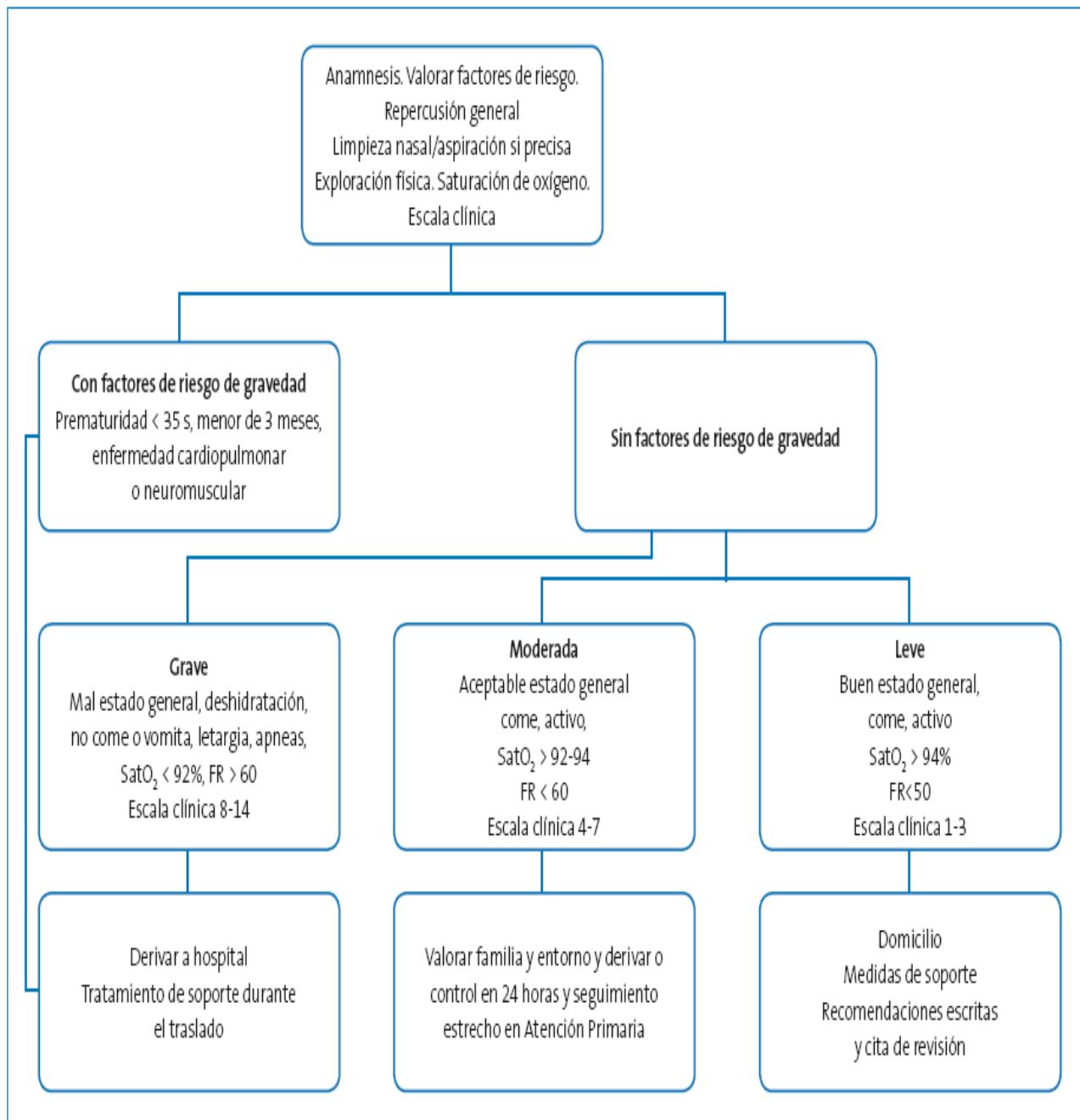
Puntos	Sibilancias	Tiraje	FR*	FC**	Ventilación	Cianosis
0	No	No	<30	<120	Buena, simétrica	No
1	Final espiración	Subcostal, intercostal	31-45	>120	Regular, simétrica	Si
2	Toda espiración	Lo anterior + supraclavicular + aleteo nasal	46-60		Muy disminuida	
3	Espiración + inspiración	Todo lo anterior + supraesternal	>60		Tórax silente	

Gravedad según puntuación: 1-3: leve, 4-7 moderada, 8-14 grave

\*FR: frecuencia respiratoria. \*\*FC: frecuencia cardiaca

## ANEXO II:

### MANEJO DE LA BRONQUIOLITIS EN EL CENTRO DE SALUD:



### **ANEXO III:**

PALIVIZUMAB: Anticuerpo monoclonal.

#### **NOMBRE DEL MEDICAMENTO**

##### **Synagis® 100 mg polvo y disolvente para solución inyectable.**

Palivizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado recombinado producido por tecnología del ADN en células huésped de mielomas de ratón

##### Indicaciones terapéuticas

Synagis® está indicado para la prevención de las enfermedades graves del tracto respiratorio inferior que requieren hospitalización, producidas por el virus respiratorio sincitial (VRS) en niños con alto riesgo de enfermedad por VRS:

- Niños nacidos a las 35 semanas o menos de gestación y menores de 6 meses de edad al inicio de la estación de riesgo de infección por VRS.
- Niños menores de 2 años de edad que hayan requerido tratamiento para la displasia broncopulmonar durante los últimos 6 meses.
- Niños menores de 2 años de edad y con cardiopatía congénita hemodinámicamente significativa.

##### Posología y forma de administración:

La dosis recomendada de palivizumab es de 15 mg/kg de peso, administrada una vez al mes durante los períodos previstos en que exista riesgo de infección por VRS.

El volumen de palivizumab (expresado en ml) que debe administrarse una vez al mes se calcula multiplicando el peso del paciente (en kg) por 0,15.

Cuando sea posible, la primera dosis debe administrarse antes del comienzo de la estación del VRS. Las dosis siguientes deben administrarse mensualmente durante la estación del VRS.

Forma de administración:

Palivizumab se administra por vía intramuscular, preferiblemente en la cara antero lateral del muslo.

El músculo glúteo no debe utilizarse rutinariamente como lugar de inyección ya que se puede dañar el nervio ciático. La administración de la inyección se debe realizar utilizando la técnica aséptica estándar.

Los volúmenes de inyección superiores a 1 ml se deben administrar dividiendo la dosis.

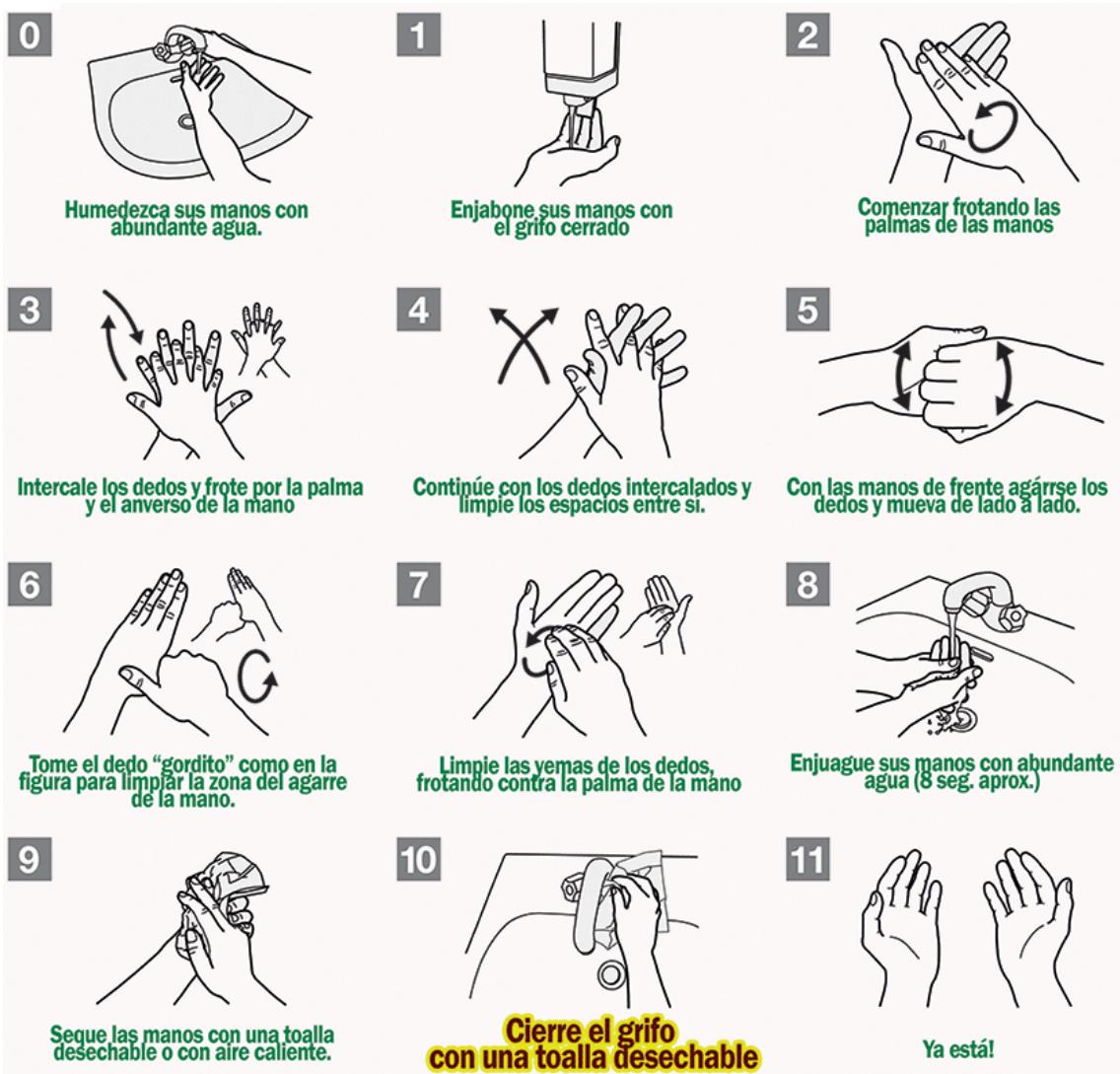
## **ANEXO IV:**

## PROTOCOLO SEGÚN LA OMS DEL LAVADO DE MANOS:

## Recomendaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud) para:

# LAVAR CORRECTAMENTE LAS MANOS

[www.consejosdelimpieza.com](http://www.consejosdelimpieza.com)



World Health Organization

## Patient Safety

## SAVE LIVES

## **ANEXO V:**

### **PROTOCOLO DEL LAVADO NASAL SEGÚN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA:**

- Es recomendable hacer los lavados antes de dormir y antes de las tomas en los bebés. Suele ser suficiente con 1,5-2 ml en cada fosa nasal en niños pequeños y hasta 5 ml en niños mayores. La sensación será menos desagradable si el suero está a temperatura ambiente.
- Se puede tumbar al niño (boca abajo o boca arriba, como mejor se le sujete), procurando girarle la cabeza hacia un lado e intentando que no se eche hacia atrás.
- Cuando esté bien sujeto, se echa el suero fisiológico por el orificio que queda arriba, "con determinación".
- Tras esta maniobra, sobre todo si está boca arriba, se le puede sentar para favorecer la expulsión de las secreciones.
- Posteriormente, se repite la maniobra para echar el suero en el otro orificio nasal, girándole la cabeza hacia el lado contrario.
- Si la nariz está muy obstruida, se puede echar un poco de suero, masajear para reblandecer y volver a echar más suero.
- Los niños mayores son capaces de realizarse los lavados ellos mismos, inclinando la cabeza hacia un lado y posteriormente al contrario, y echando el suero por el agujero nasal que queda más arriba.
- Parte de los mocos los expulsarán y otra parte se los tragará, que, por otro lado, es normal.

## ANEXO VI:

### TÉCNICA PARA EL USO DE INHALADORES EN PEDIATRÍA (AEP):

- Sujetar al niño de forma adecuada, destapar el inhalador y agitarlo en posición vertical.
- Acoplar el inhalador a la cámara.
- Situar la mascarilla apretada alrededor de la boca y nariz del niño.
- Pulsar el inhalador, sólo una vez, con la cámara horizontal.
- Mantener la posición de la cámara y mascarilla mientras el niño respira con normalidad unas 5 veces (observar el movimiento de la válvula), o esperar 10 segundos .No obstante suele ser suficiente con 2-3 respiraciones si se utilizan cámaras de pequeño tamaño.
- Si precisa nuevas dosis, volver a agitar cada vez y repetir el procedimiento con un intervalo de 30 segundos a 1 minuto entre cada dosis.
- Retirar el inhalador de la cámara y taparlo.
- Lavar con agua la boca y la zona de la cara en contacto con la mascarilla.



## **ANEXO VII:**

### **¿QUÉ ES LA BRONQUIOLITIS?**

Es una infección vírica que afecta a niños **menores de dos años** y se manifiesta con dificultad para respirar y, a veces, ruidos de *pitos* en el pecho. Generalmente, se inicia con tos y mucosidad nasal. Después de 3-4 días aparece la dificultad respiratoria. El niño puede estar irritable, comer menos y presentar fiebre.



El agente etiológico principal es el ***Virus Respiratorio Sincitial (VRS)***, cuyo periodo epidémico suele extenderse según los años entre noviembre y marzo. En España la bronquiolitis muestra un pico estacional (otoño e invierno).



## **TRÍPTICO**

### **¿CÓMO LA PUEDO PREVENIR?**

- Lavarse las manos frecuentemente, especialmente antes y después de tocar al niño o alguno de los objetos que él utiliza.
- Evitar los lugares concurridos, especialmente donde haya muchos niños (como guarderías y parques infantiles).
- Evitar totalmente la exposición al humo de tabaco.
- Se recomienda la lactancia materna, ya que los niños que la toman están más protegidos contra la bronquiolitis.
- Hasta el momento no existe una vacuna para prevenir la enfermedad, aunque está en estudio y desarrollo.

### **¿CUÁNDO DEBE CONSULTAR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS?**

- Si presenta mal estado general.
- Si está irritable o adormilado.
- Si se fatiga mucho con las tomas, casi no come.
- Si se pone morado o pálido.
- Si respira peor: cada vez más deprisa, se le marcan las costillas, mueve mucho el abdomen, se le hunde el pecho o deja de respirar durante segundos.



### **¿QUÉ TRATAMIENTO PUEDO HACER EN CASA?**

- Antes de comer y de dormir, conviene despejarles las fosas nasales haciendo un lavado nasal (poner suero fisiológico y aspirar la mucosidad).
- Elevar un poco la cabecera de la cama/cuna ayuda a respirar algo mejor.
- Si el niño tiene fiebre, se pueden administrar antitérmicos como el paracetamol y el ibuprofeno (este último, en mayores de 6 meses) o aplicar medidas físicas (destapar al niño o baños con agua templada).
- Si tienen poco apetito, se cansan durante las tomas con facilidad o presentan vómitos y atragantamientos, fraccionaremos las tomas (administrar menos cantidad de alimento, pero más frecuentemente).

**No use medicamentos que no le recete su médico.**

## ¿CÓMO HACER UN LAVADO NASAL?

- Es recomendable hacer los lavados antes de dormir y antes de las tomas. Suele ser suficiente con 1,5-2 ml en cada fosa nasal.
- Se puede tumbar al niño boca arriba o boca abajo (como mejor se le sujeté), procurando girarle la cabeza hacia un lado e intentando que no se eche hacia atrás.
- Se echa el suero fisiológico por el orificio que queda arriba con determinación. Tras esta maniobra, se le sienta para favorecer la expulsión de las secreciones. Se repite la maniobra en el otro orificio, girándole la cabeza hacia el otro lado.
- Si la nariz está muy obstruida, se puede echar suero, masajear para reblanecer y volver a echar más suero.
- Parte de los mocos los expulsarán otros se los tragará (esto es normal).

**¿Mejor suero fisiológico o solución salina (“agua de mar”)?** La eficacia de uno u otra es similar. Lo que las diferencia es la concentración de sal (0.9% en el suero y hasta 2.3% en el agua de mar hipertónica). Cuanta más concentración, el arrastre de moco parece ser mayor por la fuerza de ósmosis. Pero esto no está demostrado.

*El suero fisiológico es el pañuelo de los niños que todavía no saben sonarse.*



## BRONQUIOLITIS

***Recomendaciones para las familias.***



## ANEXO VIII:

### MEDIDAS DE EMERGENCIA EN LOS AHOGOS O ATRAGANTAMIENTOS:

En primer lugar es importante tratar de mantener la calma para poder actuar de forma adecuada. Se procederá de la siguiente manera:



## ANEXO IX:

### CRONOGRAMA DEL TRABAJO REALIZADO:

2015	2016																			
	49	50	51	52	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Búsqueda bibliográfica																				
Lectura de artículos																				
Síntesis de la documentación																				
Elaborar plan de cuidados																				
Conclusiones																				
Bibliografía																				

**Tabla 2:** Cronograma del trabajo realizado.

