

DEFINICION

Afección respiratoria de causa infecciosa caracterizada por obstrucción bronquiolar secundaria a diferentes factores; edema, hipercrinia y acumulación de detritus celulares.

Se presenta generalmente en los dos primeros años de vida y fundamentalmente en meses fríos del año.

ETIOLOGIA

Viral 85% de los casos. Virus Respiratorio Sincicial.

CLINICA

Lactante, en general del primer año de vida, que presenta una rinitis serosa previa, con fiebre de 38° - 39° y pérdida del apetito, que progresivamente instala tos seca en accesos, disnea con espiración prolongada, ruidos respiratorios audibles a distancia, irritabilidad; eventualmente rechazo del alimento y trastornos del sueño.

Al examen físico taquipnea que puede llegar a 60 - 80 resp/m, sed de aire aleteo nasal, tiraje intercostal bajo, cianosis, estertores subcrepitantes finos y sibilancias.

Estos síntomas pueden durar de 3 a 7 días según la gravedad del cuadro.

El diagnóstico es clínico, niños menores de dos años, ambiente familiar de enfermedad virósica respiratoria, con la clínica anteriormente analizada y en los meses de frío.

PARACLINICA

RADIOGRAFIA DE TORAX — Elementos de hiperinsuflación pulmonar. Puede mostrar complicaciones mecánicas (atelectasia neumotórax, etc) o infecciosas.

En enfermos graves solicitar: —Gasometría.

—Ionograma.

—Hemograma.

CRITERIOS DE INTERNACION

RECIEN NACIDOS

Con síndrome funcional respiratorio que impide alimentarse, apneas, o depresión neurosíquica.

LACTANTES

—Con síndrome funcional respiratorio que impida hidratación por boca o el sueño (grado 2 y 3).

—Menores de seis meses con apneas.

—Con complicaciones (atelectasia extensa, sobreinfección, deshidratación e insuficiencia respiratoria) deshidratación e insuficiencia respiratoria).

- Razones sociales.
- Consulta reiterada (indicación relativa).

TRATAMIENTO EN SALA

- Internación.
- Cama a 45°.
- Aporte hídrico y calórico adecuado por boca o hidratación parenteral con 90cc/kg/día + iones.
- Oxigenoterapia húmeda con carpa cefálica, oxígeno a 4 lt/minuto, humedad 80 - 90%.
- Desobstrucción nasal con suero fisiológico.
- **Fisioterapia respiratoria**, (una vez pasada la etapa obstructiva pura).
- Posturación, percusión, vibración y aspiración de secreciones.

CONTROLES

CLINICOS Conciencia, coloración de piel y mucosas, síndrome funcional respiratorio, frecuencia cardíaca y temperatura.

PARACLINICOS Según evolución.

EVOLUCION

En general a la recuperación total.

Etapa crítica primeras 48 - 72 horas, lo obstructivo cede en 4 - 5 días. Cura en 15 días.

COMPLICACIONES

- | | |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Funcionales | —Insuficiencia respiratoria grave, apneas por hipoxia. Agotamiento. |
| Mecánicas | —Atelectasia por bloqueo aéreo, neumotórax, neumomediastino. |
| Metabólicas | —Trastornos hidroelectrolíticos, acidosis respiratoria, metabólica y mixta. |
| Infeciosas | |
| Agotamiento | Respiratorio |

lactantes menores de tres meses, nacidos por parto.

ETIOLOGIA

Clamidia trachomatis (Flujo materno durante la gestación).

CLINICA

Rinitis mucopurulenta. Conjuntivitis bilateral persistente.
Taquipnea, tos, síndrome canalicular exudativo difuso.
Mal progreso ponderal.
Apirexia.

PARACLINICA

Aislamiento del germen en secreciones conjuntivales - nasales.
Anticuerpos Ig. M anti Clamidia mayor 1/6.
Hemograma Eosinofilia.
Radiografía tórax Hiperinsuflación, infiltradas intersticiales inhomogéneos.

TRATAMIENTO

Eritromicina 40 mg/Kg/día en tres dosis por catorce días, v/o.

EVOLUCION

Enfermedad autolimitada.

TRATAMIENTO DE LA BRONQUIOLITIS

