

## 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. |
| Infecciosas |   |
| 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

