

ROCÍO RODRIGO GARCÍA
URGÈNCIES DE PEDIATRIA. HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON.

CAS CLÍNIC: BRONQUIOLITIS AGUDA

CONTEXT:

Urgències de Pediatria d'un hospital de tercer nivell, la tarda (19.15h) d'un diumenge 27 de desembre. Sala d'espera plena, gent esperant dreta perquè totes les cadires estan ocupades.

MALALTIA ACTUAL:

Lactant de 5 mesos d'edat que acudeix a Urgències per tos i mucositat de 3 dies d'evolució, a les quals s'hi afegeixen dificultat respiratòria i rebuig de les preses durant les últimes 12 hores. El termòmetre que tenen a domicili no funciona. Ambient epidemiològic positiu: germana de 3 anys amb refredat des de fa uns dies.

ANTECEDENTS PERSONALS:

-Sense al·lèrgies medicamentoses conegudes.
-Calendari vacunal actualitzat.
-RNAT de 38 sg, RCIU amb baix pes al naixement (2750 g). Embaràs correctament controlat. Analítiques normals i serologies negatives/immunes. Ecografia del tercer trimestre compatible amb RCIU asimètric. Part vaginal eutòcic. Apgar 8/10/10. S'administra vitamina K im i pomada d'eritromicina a la sala de parts, on inicia lactància materna, que manté fins avui dia.

TRIATGE:

Constants vitals inicials: Pes: 4575 g, FR: 65 rpm, T^a: 39 °C axil·lar, FC: 195 bpm, SatHb: 95%. El programa de triatge andorrà (MAT) li assigna un nivell de prioritat 3.

DESENVOLUPAMENT DEL CAS:

Atès que hi ha una llarga llista de pacients per triar, el professional de triatge decideix no administrar antipirètic perquè pensa que al ser una prioritat 3 ubicaran el pacient en un box ràpidament, per la qual cosa no transmet la informació a cap pediatra. Atès el dia de la setmana, la data i l'hora, hi ha una important afluència de pacients amb patologia respiratòria i tots els boxes estan ocupats. El pacient es queda a la sala d'espera.

Als 90 minuts, quan es disposa d'un box de visita, el resident de pediatria surt a buscar el pacient a la sala d'espera per visitar-lo. En entrar al box i treure el pacient del cotxet:

TAP: inestable per aspecte, dificultat respiratòria i mala perfusió, per tant es valora com a fallida cardiopulmonar.



EXPLORACIÓ FÍSICA:

Regular estat general. Hipoactiu però reactiu, irritable. Normohidratat, lleugera pal·lidesa cutània amb cutis marmorata. Fontanel·la normotensa, to i mobilitat adequats. Auscultació cardíaca: tons cardíacs rítmics, sense bufs, polsos centrals i perifèrics presents i simètrics. Ompliment capil·lar 4 segons. Auscultació respiratòria: regular entrada d'aire bilateral, crepitants inspiratoris a la base dreta, hipofonesi basal esquerra, alguna sibilància aïllada, sorolls de transmissió de vies altes. Abundants secrecions nasals. Tiratge inter i subcostal. Abdomen: una mica distès però tou i depressible, no es palpen masses ni megàlies, no dolorós a la palpació. Resta d'exploració sense troballes patològiques.

ORIENTACIÓ DIAGNÒSTICA:

-Bronquiolitis aguda, categoria: GREU (Escala BROSJOD 11 punts).

Sibilàncies o estertors	0 No 1 Sibilàncies espiratories Crepitants inspiratoris 2 Sibilàncies Crepitants inspiratoris-espiratoris			
Tiratge	0 No 1 Subcostal+intercostal inferior 2 Previ + supraclavicular + aleteig nasal 3 Previ + intercostal superior + supraesternal			
Entrada d'aire	0 Sense alteracions 1 Regular, simètrica 2 Asimètrica 3 Molt disminuïda			
Sat O2	Sense oxigen		Amb oxigen	
0	≥ 95%		≥ 95% sense O2	
1	91-94%		>94% amb FiO2 ≤ 40%	
2	≤ 90%		≤ 94% amb FiO2 ≥ 40%	
	0	1	2	3
FR	<3 mesos 3-12 mesos 12-24 mesos	<40/min 40-59/min 30-49/min 30-39/min	60-70/min 50-60/min 40-50/min	>70/min >60/min >50/min
FC	<1any 1-2 anys	<130/min <110/min	130-149/min 110-120/min	150-170/min 120-140/min >170/min >140/min

*Crisi lleu = 0-6; moderada = 7-9; greu ≥ 10, FR; freqüència respiratòria;
FC: freqüència cardíaca; Sat O2; saturació de O2 de la hemoglobina; FiO2 fracció inspirada de O2*

Es categoritza com a bronquiolitis greu per la taquipnea, la taquicàrdia i la mala perfusió. Es decideix iniciar suport respiratori amb cànules nasals d'alt flux a 9 lpm (2 lpm/kg). Es decideix així mateix iniciar tractament amb salbutamol 2.5 mg + bromur d'ipratropi 250 mcg nebulitzats i bolus de corticoides (prednisolona) a 1.5 mg/kg via oral.

ERRORS DETECTATS

Error de comunicació:

Si es detecta una elevada temperatura d'un pacient en el moment del triatge i la pressió assistencial no permet administrar antitèrmic en aquell mateix moment, s'ha de comunicar la informació al professional que ha d'atendre al pacient per assegurar el correcte tractament de la febre. La comunicació entre professionals és clau per a oferir una correcta assistència als pacients.

Error de diagnòstic:

Es categoritza la bronquiolitis en base a les constants que acompanyen a l'elevada temperatura. La categorització està per tant sobreestimada a causa de l'alteració de constants vitals associada a l'augment molt elevat de temperatura i a la presència d'abundants secrecions.

Error de tractament:

Per la sobreestimació de la categorització per error diagnòstic i no haver eliminat les secrecions que obstrueixen la via aèria superior, s'inicia teràpia amb cànules d'alt flux.

Atesa l'edat del pacient (<2a) i al ser el primer episodi d'infecció respiratòria de vies baixes (bronquiolitis aguda), no estaria indicat tampoc el tractament broncodilatador ni els corticoides. El tractament de les bronquiolitis lleus/moderades s'haurà de fonamentar en les mesures de suport, com ara l'administració d'oxigen, aspiració de secrecions, posició semiincorporada, alimentació per SNG,...

PUNTS CLAU

- Una bona comunicació entre els professionals és primordial per a la correcta assistència dels pacients.
- Els pacients amb triatge més prioritari, si la situació de pressió assistencial no permet que siguin visitats en el temps determinat, s'han de tornar a triar per poder detectar canvis clínics que puguin empitjorar el pronòstic o canviar el maneig terapèutic.
- Per poder categoritzar correctament la gravetat d'un episodi de bronquiolitis, s'han de retirar les secrecions que disminueixen la permeabilitat de la via respiratòria superior i administrar antitèrmic si el pacient presenta febre.
- El primer episodi d'infecció de vies baixes que es cataloga com a bronquiolitis no respon a corticoteràpia ni a broncodilatadors, motiu pel qual no s'han d'utilitzar de manera universal i haurém de prioritzar les mesures de suport.

Bibliografia

- Balaguer M, Alejandro C, Vila D, Esteban E, Carrasco JL, Cambra FJ, Jordan I. Bronchiolitis Score of Sant Joan de Déu: BROSJOD Score, validation and usefulness. *Pediatr Pulmonol.* 2017; 52:533-9. <https://doi.org/10.1002/ppul.23546>
- Benito Fernández J, Paniagua Calzón N. Diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis aguda en Urgencias. *Protoc diagn ter pediatr.* 2020; 1:63-73 https://seup.org/pdf_public/pub/protocolos/5_Bronquio.pdf
- Calendari de vacunacions sistemàtiques 2023. Agència de Salut Pública de Catalunya. Generalitat de Catalunya. https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/V/vacunacions/documents/calendari_vacunacions.pdf
- Claret Teruel G, Martínez Hernando J, Agulló González A, Aparicio Coll A, Luaces Cubells C. Dificultad respiratoria aguda. *Pediatr integr.* 2024; 1:27-37 https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2024/02/Pediatria-Integral-XXVIII-1_WEB.pdf
- Fernández Arribas JL (H. Rio Hortega). Aproximación y estabilización inicial del niño enfermo o accidentado. Triángulo de evaluación pediátrica. *ABCDE.* https://seup.org/pdf_public/pub/protocolos/2_Estabilizacion.pdf
- Fernández Landaluce A (H. Cruces). Triage de Urgencias de Pediatría. *Protoc diagn ter pediatr SEUP.* 2020;1:1-13. https://seup.org/pdf_public/pub/protocolos/1_Triage.pdf
- Web de la Societat Espanyola d'Urgències de Pediatria (SEUP). Algoritme: bronquiolitis aguda. <https://seup.org/algoritmo-bronquiolitis/>