

Revisión del manejo y tratamiento de la bronquiolitis aguda en el Hospital General Universitario de Alicante

Autores: Ana Gilabert, Jorge Frontela, Nicolás Cánovas, Gonzalo
Fuente, Carlos Pérez, Ares Sánchez

Índice

- Lo que ya sabemos de la Bronquiolitis Aguda
- ¿Qué guías tenemos? ¿Y qué dicen?
- La situación en otros hospitales Españoles
- Situación de la actual epidemia en HGUA
- Limitaciones de nuestro estudio
- Conclusiones

Recordemos...

PRIMER EPISODIO



- Menores de 24 meses
- Sibilancias y estertores crepitantes
- 83% VRS
- Mayoría leves – manejo ambulatorio
- 2-3% requieren ingreso
- Importante carga asistencial
- Principal causa de ingreso en < 1 año
- En C.V. 21% presentan episodio de BA VRS +
- Heterogeneidad en el tratamiento

¿Qué guías tenemos?

American Academy
of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®

Guidance for the Clinician in
Rendering Pediatric Care

CLINICAL PRACTICE GUIDELINE

Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis

Bronchiolitis in children: diagnosis and management

NICE guideline

Published: 1 June 2015

nice.org.uk/guidance/ng9

Presentación del estudio de consenso de bronquioltis

Recomendaciones de la Conferencia de Consenso de Bronquioltis Aguda en España: de la evidencia a la práctica

J. González de Dios^a, C. Ochoa Sangrador^b, en representación del Grupo de Trabajo
(Grupo Investigador, Grupo de Revisión y Panel de Expertos) del Proyecto aBREVIADo
(Bronquioltis-Estudio de Variabilidad, Idoneidad y ADecuación)

^aServicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Alicante. Universidad Miguel Hernández. Alicante. España.

^bServicio de Pediatría. Hospital Virgen de la Concha. Zamora. España.

Guía de Práctica Clínica sobre Bronquioltis Aguda



MINISTERIO
DE CIENCIA
E INNOVACIÓN



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL

Plan de Calidad
— Sistema Nacional
de Salud



Generalitat de Catalunya
Departament
de Salut



Servicio de
Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
SALUD • CUIDADO • PROTECCIÓN



Diagnóstico

- 1a. Diagnóstico clínico
- 1b. Buscar factores de riesgo
- 1c. Pruebas complementarias, no de forma sistemática

Tratamiento

- 2. No se deben administrar broncodilatadores de inicio
- 3. No se deben administrar epinefrina
- 4a. No debe administrarse SSH 3% en Servicio de Urgencias
- 4b. Se puede realizar ensayo terapéutico con SSH 3% en niños hospitalizados
- 5. No se deben administrar corticoides sistémicos
- 6a. Oxigenoterapia si saturación O₂ < 90%
- 6b. No se debe utilizar pulsioxímetro de forma sistemática
- 7. No se debe realizar fisioterapia de forma sistemática
- 8. No se deben administrar antibióticos
- 9. Se deben administrar fluidos nasogástricos o intravenosos

Prevención

- 10a – 10b – 10c – 11a - 11b - 12a – 12b – 13 - 14

- No se deben realizar pruebas complementarias de forma sistemática
- Vigilar estado de hidratación en todo niño diagnosticado de bronquiolitis
- No recomiendan: SSH 3%, broncodilatadores, adrenalina, antibióticos, corticoides sistémicos o inhalados, bromuro de ipratropio
- Iniciar oxigenoterapia si saturación $< 92\%$
- No realizar gasometría venosa de forma sistemática

Situación en España: 2 estudios

H. De Cruces (Enero 2019)

H. Niño Jesús (Febrero 2019)

OBJETIVO: Comprobar impacto de difusión de un protocolo en la utilización de recursos no recomendados en S. de Urgencias

MÉTODO: Retrospectivo.

2 periodos:

- Epidemia 2015-2016
- Epidemia 2016-2017

2 áreas de AP de Vizcaya (20 C.S.)

MÉTODO: Retrospectivo.

2 periodos :

- Diciembre 2014
- Diciembre 2016

Servicio de Urgencias H. terciario

RESULTADOS:

Disminución significativa en uso de salbutamol:

- 56,0% vs 38,3% ($p < 0,01$)

Disminución significativa en uso de corticoides:

- 23,7% vs 12,9% ($p < 0,01$)

Disminución significativa en uso de antibióticos:

- 36,1% vs 29,6% ($p < 0,05$)

RESULTADOS:

Disminución significativa en uso de salbutamol:

- 33,6% vs 19,5% ($p < 0,01$)

Disminución significativa en uso de adrenalina:

- 12,4% vs 2,4% ($p = 0,002$)

Disminución significativa en uso de SSH 3%:

- 5,3% vs 0,8% ($p = 0,04$)

No aumento en el número de ingresos o visitas

Situación en nuestro Departamento de Salud

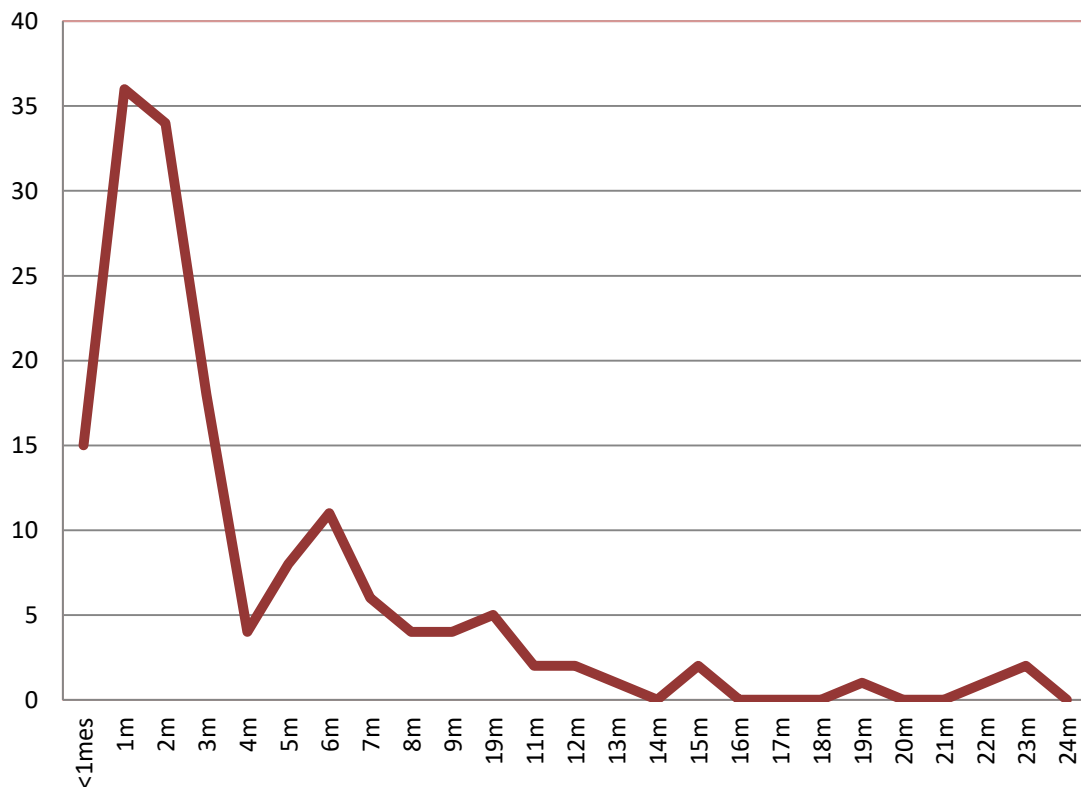
OBJETIVO: estudiar la variabilidad del tratamiento de la BA y ver si administrar tratamiento en UPED evita el ingreso hospitalario

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Retrospectivo
- Todos los niños < 24 meses que acuden a UPED de HGUA y son diagnosticados de Bronquiolitis
- Periodo: 1 Octubre 2018 – 28 Febrero 2019
- Cuestiones:
 - Datos demográficos, factores de riesgo
 - ¿Habían ido a AP previamente? ¿Tratamiento en AP?
 - ¿Se administró tratamiento en UPED?
 - ¿Se realizaron pruebas complementarias en UPED?
 - ¿Ingreso hospitalario en planta o UCIN/UCIP?
 - ¿VRS +?

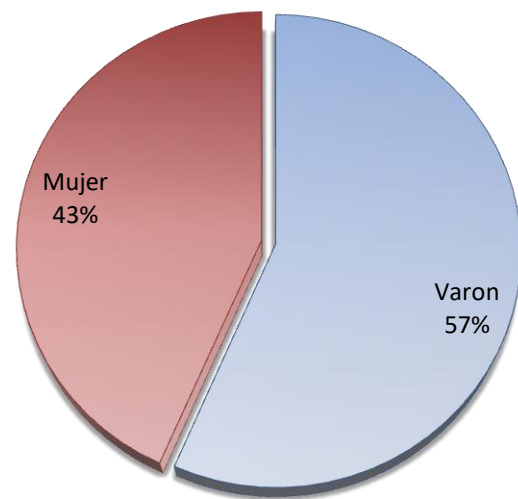
Nuestros resultados

Distribución por edades



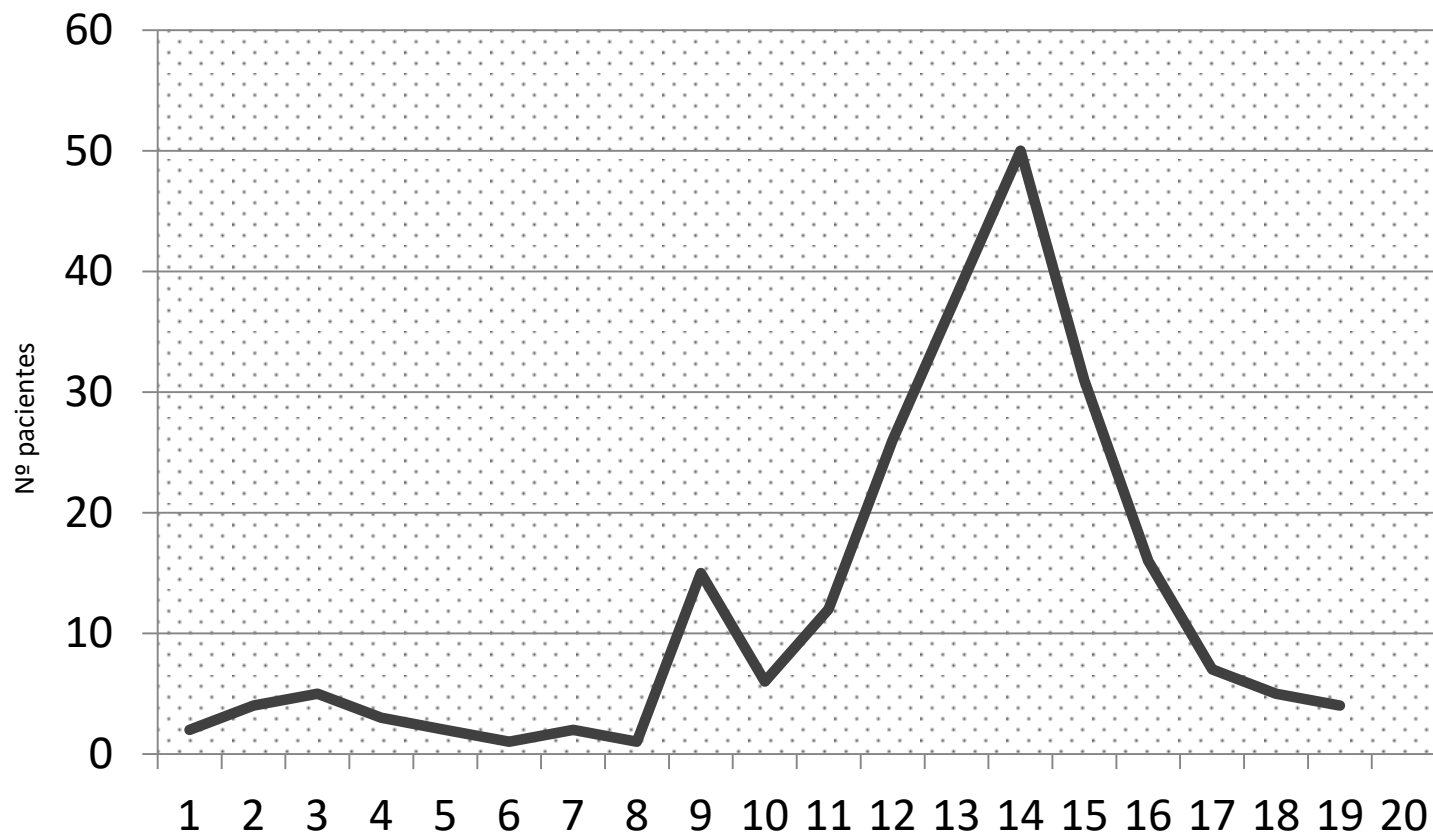
- Mediana: 2 meses
- Moda: 1 mes
- 20 pacientes (10,1%) < 1 mes

Distribución por sexo



- Mujeres: 43%
- Varones: 57%

Visitas a UPED por Bronquiolitis Aguda por semana



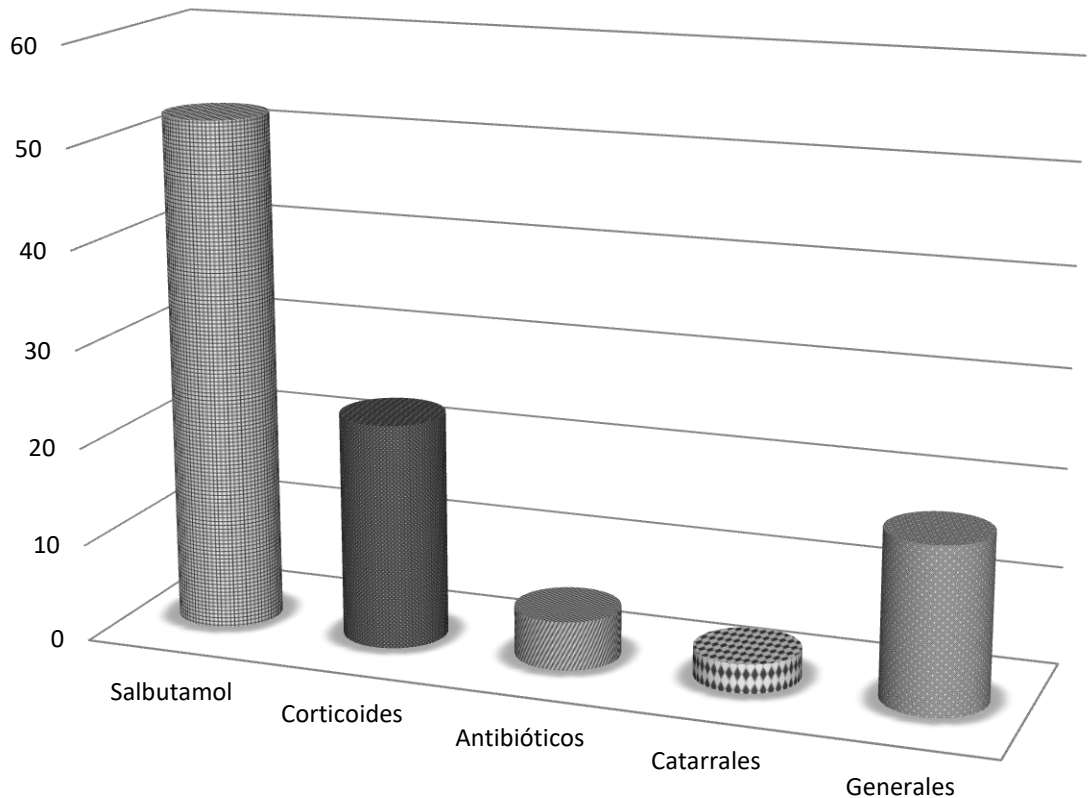
Total visitas: 269

Total niños: 203

Manejo en AP

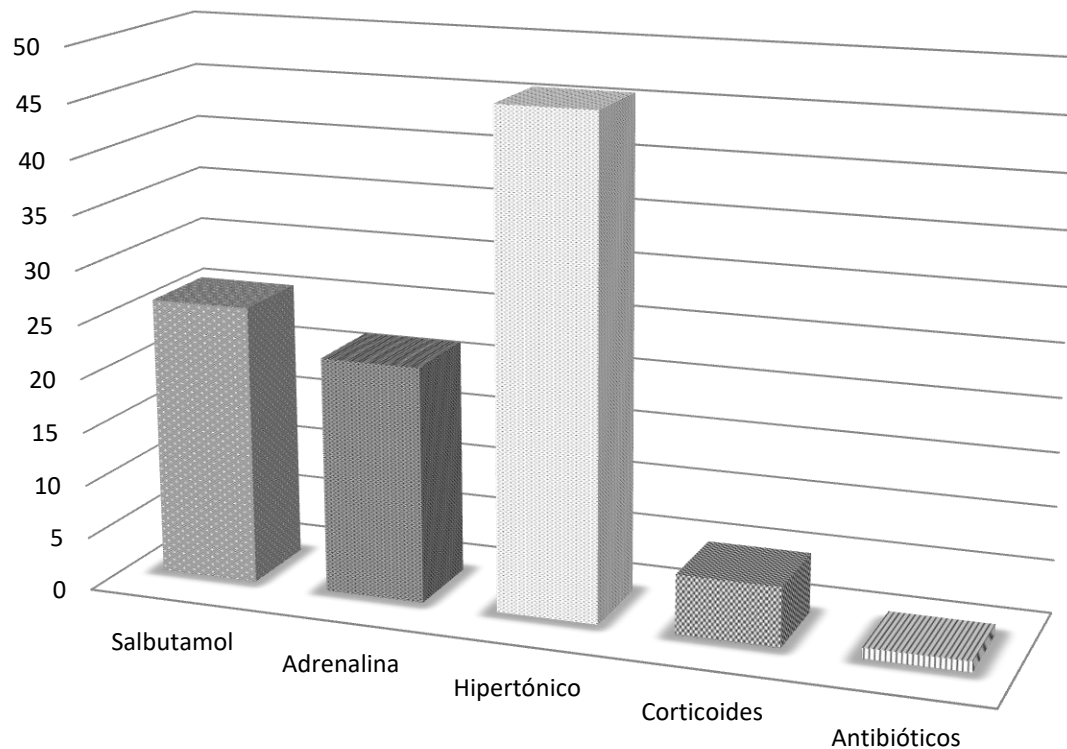
- 43% habían consultado previamente en sus centros de AP
- Fármaco más prescrito: salbutamol (>50%)
- Corticoides sistémicos (23%)
- Baja prescripción antibiótica

Uso de fármacos en AP (%)



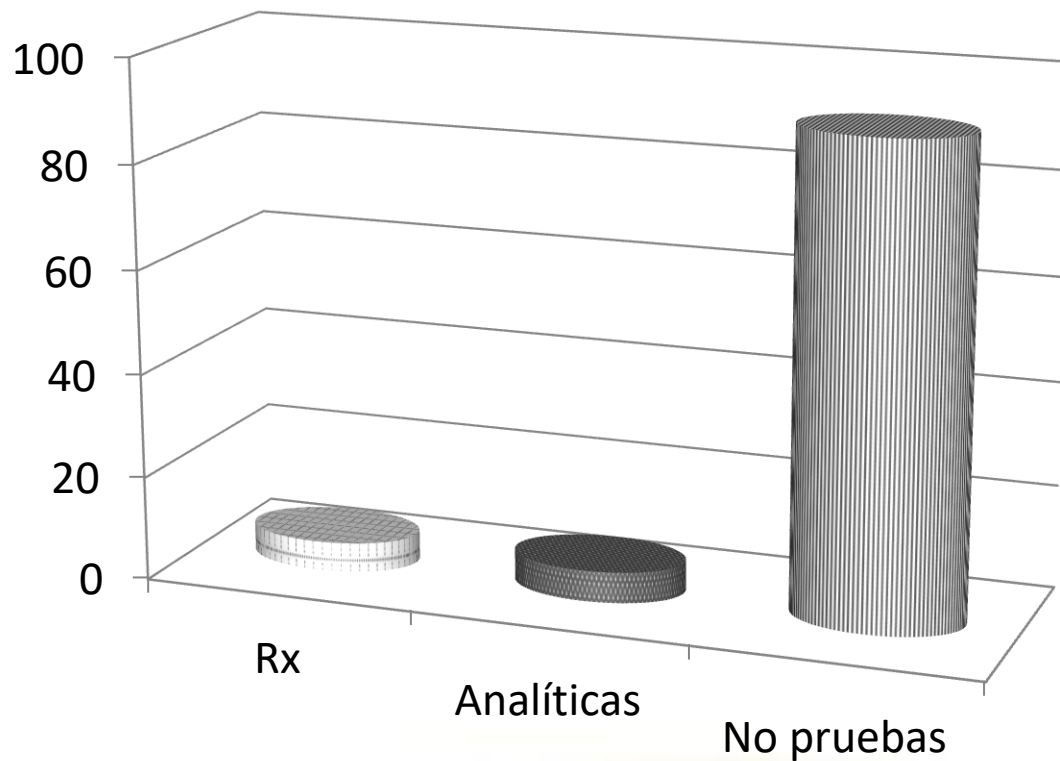
Manejo en UPED

Uso de Fármacos en UPED(%)



- SSH 3% el más utilizado (46%)
- Salbutamol (26%)
- Adrenalina nebulizada (22%)
- Muy bajo uso de corticoides
- Muy bajo uso de antibióticos (2 casos, ambos por OMA asociada)

Pruebas complementarias en UPED



- Radiografía de tórax : 15 (5,57%)
- Analítica sanguínea: 16 (5,94%)
- Visitas sin pruebas complementarias en UPED 246 (91,45%)

Otros datos

Ingresos

- 135 = 66,5%
- VRS +: 108 (80%)
- UCIP/UCIN: 19 (14%)

Factores de riesgo

- 10% (8,37%)
- Prematuridad y edad < 1 mes

Revisitas

- Pacientes que revisitan: 23,15%
- Media revisitas: 1,3 (rango 1 – 5)
- Ingresos en revisitas: 79%

¿Evita el tratamiento en UPED el ingreso?

- Asociación significativa uso SSH 3% e ingreso $p < 0,01$
- Asociación significativa uso adrenalina e ingreso $p < 0,01$

Limitaciones

- **Carácter retrospectivo**
- **Determinados aspectos pudieron no quedar reflejados de forma adecuada y completa en las historias clínicas**
 - **Pudo condicionar que la frecuencia real de los distintos síntomas difiriera en cierta medida de la finalmente constatada**
- **Al tratarse nuestro hospital de un centro de referencia es posible que los casos más graves estuvieran sobrerrepresentados**

Conclusiones

- Existe gran variabilidad y heterogeneidad en el tratamiento de la BA, a pesar de que las distintas guías disponibles coinciden en la mayoría de aspectos terapéuticos
- Las guías no son un libro de instrucciones y no deben sustituir a la atención clínica individualizada, aunque deben tenerse en cuenta para mejorar los resultados clínicos
- Estudios actualización AAP: disminuir la variedad en la atención clínica disminuye costos y mejora los resultados clínicos
- Estudios H. Españoles: la acción de mejora ha conseguido disminuir el tratamiento no recomendado pero sigue habiendo mucha variabilidad interprofesional
- En nuestro Hospital: mucha variabilidad en el tratamiento ¿Necesidad de un grupo de trabajo?