

**IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE MEJORA DE
LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON
BRONQUIOLITIS AGUDA EN LOS SERVICIOS DE
URGENCIAS PEDIÁTRICOS DE LA COMUNIDAD DE
MADRID**

David Andina Martínez

Pediatra del SU del HIUNJ de Madrid

Mercedes de la Torre Espí

Jefa de Unidad del SU del HIUNJ de Madrid

1. INTRODUCCIÓN

La bronquiolitis aguda (BA) es una enfermedad muy prevalente en los Servicios de Urgencias (SU) y en España representa la causa más frecuente de ingreso hospitalario en los niños menores de un año. A pesar de que numerosos ensayos controlados aleatorizados y revisiones sistemáticas demuestran la escasa utilidad de la realización rutinaria de pruebas complementarias y de los tratamientos farmacológicos disponibles, su elevado empleo es una realidad en todos los ámbitos de la asistencia pediátrica.

La “medicina basada en la evidencia” se ha convertido en todos los países desarrollados en una herramienta para tomar decisiones clínicas con la finalidad de mejorar la calidad en la asistencia sanitaria. Muchas instituciones elaboran guías de práctica clínica (GPC) con objeto de disminuir la variabilidad de la práctica clínica en sus países y a nivel mundial. Sin embargo, existen barreras para la implementación de estas GPC que dificultan que sus recomendaciones se apliquen en la práctica diaria. Por ello, la publicación o actualización de una GPC, como ocurre en el caso de la BA, suele repercutir de forma muy modesta en la práctica clínica si no se acompaña de otras acciones.

1.1. Antecedentes

Un análisis preliminar de los pacientes atendidos con BA en 2012 en el SU del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (HIUNJ) mostró un elevado empleo de fármacos con evidencia controvertida para el tratamiento de estos pacientes y, en menor medida, de pruebas complementarias no justificadas a pesar de las recomendaciones de las GPC vigentes. Los porcentajes obtenidos eran similares a los publicados en la literatura. Para atajar esta situación se diseñó una estrategia de mejora de la calidad en la atención a los pacientes con BA en el SU con el objetivo de acercar la práctica clínica diaria a la evidencia científica disponible disminuyendo la injustificada variabilidad existente en la atención médica y la excesiva utilización de recursos diagnósticos y terapéuticos innecesarios.

Para ello se utilizaron los siguientes recursos:

- Año 2014: elaboración de un protocolo propio con las recomendaciones de las principales GPC vigentes.

ESTRATEGIA “NO HACER EN LA BRONQUIOLITIS AGUDA”

– Actualización continua del protocolo (año 2016, año 2018).

– Difusión sostenida en el tiempo:

- Dos sesiones clínicas anuales:
 - 1ª) En noviembre, antes del inicio de la epidemia.
 - 2ª) En verano, coincidiendo con la incorporación de los nuevos residentes de Pediatría donde se repasa el protocolo y se difunden los resultados de la campaña de bronquiolitis anterior.
- Envío por email del protocolo al inicio de la epidemia de BA y disponibilidad en la intranet del hospital.
- Copia impresa de la escala de gravedad en el box de exploración.

En 2018, tras cinco años de intervención, la estrategia de mejora de la calidad implementada en el HIUNJ ha conseguido disminuir significativamente el empleo de recursos diagnósticos y terapéuticos innecesarios en el manejo de los pacientes atendidos con BA. Se ha logrado una drástica disminución en la prescripción de salbutamol en el SU y al alta al domicilio. Además, se ha eliminado el empleo de adrenalina (Tabla 1). Respecto a la evolución de los pacientes, la intervención no ha aumentado la tasa de ingreso (la tasa de ingreso es menor tras la intervención) ni las reconsultas en las siguientes 72 horas y se ha conseguido reducir a más de la mitad la mediana de tiempo de asistencia en Urgencias (Tabla 2). El proceso de implementación y difusión del protocolo ha permitido también homogeneizar la atención entre los médicos que trabajan en el Servicio de Urgencias, disminuyendo la variabilidad previamente existente.

	2012	2014	2016	2018	p valor
Adrenalina nebulizada	12.9%	9.7%	1.8%	0.2%	p<0.001
Salbutamol nebulizado	51.2%	34.0%	19.8%	7.8%	p<0.001
Salbutamol al alta	65.7%	45.4%	23.1%	5.2%	p<0.001

Tabla 1. Empleo de salbutamol y adrenalina en cada uno de los años de estudio.

ESTRATEGIA “NO HACER EN LA BRONQUIOLITIS AGUDA”

	2012	2014	2016	2018	p valor
Mediana de tiempo de asistencia en Urgencias (minutos)	59	60	26	25	p<0.001
Tasa de ingreso	20.7%	23.6%	18.5%	16.8%	p=0.02
Tasa de readmisión en 72 horas con ingreso	3.8%	4.9%	2.8%	3.3%	p=0.38

Tabla 2. Evolución de los pacientes en cada uno de los años de estudio.

Por las características y la sencillez de esta de la estrategia descrita, los autores de dicha intervención consideran que se podría implementar fácilmente en otros Servicios de Urgencias. Además, opinan que es necesario incluir en la estrategia a todos los niveles asistenciales, especialmente a la Atención Primaria.

1.2. Reunión de los servicios de urgencias

El día 20 de junio de 2019, se realizó una reunión en el HIUNJ a la que acudieron representantes de los servicios de urgencias pediátricos de los siguientes hospitales públicos de la CAM:

1. Fundación Alcorcón	2. H. Infanta Sofía
3. Fundación Jiménez Díaz	4. H. La Paz
5. H. Alcalá de Henares	6. H. de Móstoles
7. H. Arganda	8. H. Niño Jesús
9. H. Gómez Ulla	10. H. de Parla
11. H. Infanta Leonor	12. H. Puerta de Hierro
13. H. El Escorial	14. H. Ramón y Cajal
15. H. Doce de Octubre	16. H. Severo Ochoa
17. H. de Fuenlabrada	18. H. del Tajo de Aranjuez
19. H. Getafe	20. H. de Torrejón
21. H. Gregorio Marañón	22. H. de Valdemoro
23. H. del Henares	24. H. de Villalba

ESTRATEGIA “NO HACER EN LA BRONQUIOLITIS AGUDA”

Excusó su asistencia el representante del H. Clínico, aunque expresó su deseo de colaborar en las iniciativas que se llevasen a cabo. Acudió así mismo a la reunión, la Dra. De Juan, Directora de Continuidad Asistencial del HIUNJ, que dio la bienvenida a los asistentes a la reunión y ofreció su apoyo para los proyectos que se emprendieran. Durante la reunión se abordaron los siguientes puntos:

Presentación de los resultados obtenidos en el HIUNJ: El Dr. David Andina, Facultativo del Servicio de Urgencias del HIUNJ, presentó la comunicación oral que fue premiada en la XXIV Reunión Anual de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP) titulada “Impacto de una estrategia continuada de mejora de la calidad en la atención a los pacientes con bronquiolitis aguda entre 2012 y 2018” y que forma parte de su trabajo de tesis doctoral recientemente defendida.

Extensión del proyecto realizado en el HIUNJ a otros hospitales: Se planteó extender el proyecto a toda la Comunidad de Madrid, partiendo de los SU de todos los hospitales públicos, para llegar posteriormente a Atención Primaria. Todos los asistentes estuvieron de acuerdo en participar en el proyecto. Se acordaron los principales objetivos del mismo (ver apartado objetivos más adelante) y se decidieron los criterios de inclusión de pacientes. El SU del HIUNJ ha enviado los protocolos en *Word* del Servicio de Urgencias y del Servicio de Pediatría (consensuado con la Dra. Raquel Jiménez, Jefa de sección de Pediatría) así como el *PowerPoint* que emplean en las sesiones formativas para que puedan ser adaptados a cada servicio de urgencias.

Evaluación del impacto de la estrategia: Para poder evaluar la efectividad de la estrategia, se acuerda revisar todas las bronquiolitis atendidas durante el mes de diciembre de 2018 en cada uno de los hospitales participantes.

Extensión del proyecto a Atención Primaria: se comenta la importancia de asegurar la continuidad asistencial, implicando a Atención Primaria, donde se atienden la mayoría de los pacientes con BA. La Dra. De la Torre y la Dra. De Juan quedan encargadas de contactar con

ESTRATEGIA “NO HACER EN LA BRONQUIOLITIS AGUDA”

algún responsable de Atención Primaria de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid para plantearle el proyecto y solicitar su participación.

2. OBJETIVOS

- **Objetivo principal:** reducir la utilización de recursos terapéuticos innecesarios para el manejo de la Bronquiolitis Aguda (BA) en los Servicios de Urgencias Pediátrico (SUP) y en los Centros de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid a través de la implantación de un protocolo de práctica clínica común basado en la mejor evidencia disponible recogida en las Guías de Práctica Clínica (GPC).
- **Objetivos secundarios:**
 - Incluir la epidemia de bronquiolitis en la red de vigilancia de gripe. Ya se realiza a partir de las determinaciones de VRS en laboratorio en algunas Comunidades Autónomas pero no en la Comunidad de Madrid.
 - Implicar a las familias y ofrecer una información homogénea sobre la bronquiolitis en todos los niveles asistenciales empleando los mismos materiales informativos en todos los Servicios de Urgencias y Centros de Atención Primaria.
 - Elaborar un documento de no hacer en la bronquiolitis para su difusión a los profesionales encargados de la asistencia sanitaria de todos los Centros de Atención Primaria y de todos los Servicios de Urgencias.

3. DISEÑO DEL ESTUDIO

3.1. Tipo de estudio

Se trata de un estudio cuasiexperimental analítico del tipo “antes y después de una intervención”.

3.2. Hospitales participantes

Participarán en la estrategia todos los Servicios de Urgencias de los hospitales pertenecientes al sistema público de la Comunidad de Madrid (Anexo 1).

3.3. Periodo de estudio

Para evaluar el efecto de la estrategia de la intervención implementada se analizarán todos los pacientes menores de 12 meses, que cumplan los criterios de inclusión y no los de exclusión, diagnosticados de BA en los SU pediátricos de la CAM en tres periodos epidémicos:

- Antes de la intervención: *diciembre de 2018*.
- Tras la intervención: *diciembre de 2019, diciembre de 2020*.

3.4. Pacientes

Criterios de inclusión

- La estrategia se aplicará y tendrá como objetivo todos los niños menores de 12 meses previamente sanos con BA leve o moderada (con independencia de que en algún centro se extienda la intervención hasta los 2 años), durante la epidemia de infección por virus Respiratorio Sincitial (VRS).
- Se define la BA como el primer episodio de sibilancias de comienzo agudo con signos previos de infección viral de las vías respiratorias altas en niños menores de 12 meses.
- La gravedad se determinará mediante la misma escala (Tabla 3):

ESTRATEGIA “NO HACER EN LA BRONQUIOLITIS AGUDA”

Puntos	FR (rpm)	Auscultación pulmonar	Retracciones	SatO ₂ (%)
0	< 45	Hipoventilación leve, subcrepitantes o sibilantes al final de la espiración	No hay o son leves: subcostal, intercostal.	> 94
1	46-60	Hipoventilación moderada, sibilantes en toda la espiración	Moderadas: supraclavicular, aleteo nasal.	92-94
2	> 60	Hipoventilación grave, sibilantes espiratorios/inspiratorios	Intensas: supraesternal.	< 92
Bronquiolitis leve: 0-1 puntos; bronquiolitis moderada: 2-4 ; bronquiolitis grave: > 4 puntos				

Tabla 3: “Escala de valoración de gravedad de la bronquiolitis del Hospital de Cruces”.

Criterios de exclusión

- Pacientes que han presentado episodios previos de bronquiolitis, bronquitis o broncoespasmo.
- Pacientes no previamente sanos: recién nacido pretérmino <34 semanas, fibrosis quística, displasia broncopulmonar, cardiopatía, inmunodeficiencia, enfermedad neurológica, malnutrición grave.

Búsqueda de pacientes

Para estar seguros de que se incluyen todos los pacientes que cumplan los criterios de BA consensuados se revisarán todos los pacientes diagnosticados de bronquitis, bronquiolitis, broncoespasmo o infección por VRS en cada una de las temporadas a estudio.

3.5. DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA

En la reunión mencionada anteriormente se aprobó el cronograma de actividades (Anexo 2).

ESTRATEGIA “NO HACER EN LA BRONQUIOLITIS AGUDA”

El objetivo es aplicar un mismo protocolo de práctica clínica (adaptado a las especificidades de cada hospital) en todos los SU de la CAM y elaborar el documento “NO HACER EN LA BA” para que sea distribuido y difundido, justo antes de la epidemia, en todos los hospitales participantes y en todos los Centros de Atención Primaria.

Resumen de las recomendaciones diagnósticas y terapéuticas

A continuación de forma esquemática se resumen las principales recomendaciones respecto al diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con BA propuestas en la intervención:

Detección VRS	Valorar solo si ingreso.
Radiografía de tórax	Si complicaciones graves, mala evolución o dudas diagnósticas.
Análisis de sangre	Si sospecha sobreinfección bacteriana grave.
Gasometría	Valorar solo en bronquiolitis graves.

Tabla 4. Recomendaciones respecto a las pruebas diagnósticas.

Oxígeno	Si $\text{SatO}_2 < 92\%$.
Salbutamol nebulizado	Prueba terapéutica: valorar en pacientes mayores de 6 meses con BA grave, con antecedentes de atopia o asma en la familia, que no mejoran con oxígeno ni oxigenoterapia de alto flujo. Evitar realizar prueba terapéutica si buena respuesta a la administración de oxígeno o a la OAF.
Adrenalina nebulizada	No
Corticoides	No.
SSH nebulizado	No.
Antibióticos	No.

Tabla 5. Recomendaciones respecto a las opciones terapéuticas.

Propuesta de “no hacer” en bronquiolitis

1. El diagnóstico de la bronquiolitis es clínico, NO se necesitan pruebas complementarias.
2. NO se deben realizar radiografías de tórax, ni análisis de sangre de forma sistemática en los pacientes con bronquiolitis.
3. La determinación del virus en el moco nasal NO ayuda en la toma de decisiones clínicas en los pacientes con bronquiolitis.
4. La bronquiolitis NO se trata con antibióticos.
5. NO se deben utilizar jarabes para la tos, mucolíticos o descongestionantes nasales en los pacientes con bronquiolitis.
6. NO hay evidencia científica de que la bronquiolitis mejore con salbutamol, adrenalina o suero salino hipertónico inhalado.
7. NO hay evidencia científica de que los corticoides sistémicos o inhalados sean efectivos en la bronquiolitis.

3.6. RECOGIDA DE DATOS

Las variables a recoger de cada paciente se han seleccionado teniendo en cuenta los indicadores de calidad publicados en la bibliografía, y que específicamente se recomiendan en el protocolo de práctica clínica. Se recogerán los siguientes datos a través de un formulario de registro elaborado por la Consejería de Sanidad de la CAM y que será rellenado por un responsable de cada uno de los hospitales participantes (Anexo 3):

- Hospital que ha atendido al paciente
- Demográficos: número de paciente, fecha de atención, edad, sexo.
- Clínicos: días de evolución del cuadro, fiebre (presencia, días de evolución, temperatura máxima), SatO₂ y FR a su llegada al SU, gravedad de la BA según la “Escala de valoración de gravedad de la bronquiolitis del Hospital de Cruces” (durante el año 2018 se recogerá la gravedad según la escala utilizada en cada SU).
- Pruebas complementarias en el SU: prueba de detección rápida de VRS, radiografía de tórax, análisis de sangre, gasometría.
- Tratamiento con el que llegan al SU: salbutamol inhalado, corticoides sistémicos, antibióticos.
- Tratamientos en el SU: salbutamol nebulizado (número de dosis), adrenalina nebulizada (número de dosis), SSH nebulizado, corticoide sistémico y antibiótico.
- Tratamiento domiciliario: salbutamol inhalado, corticoides y antibiótico.

- Evolución: destino (domicilio, hospitalización, traslado), readmisión en las siguientes 72 horas con ingreso, readmisión en las siguientes 72 horas sin ingreso, tiempo de asistencia en el SU, exitus.

Los responsables del proyecto en cada hospital participante figuran en el Anexo 4.

3.7. DEFINICIÓN DE VARIABLES

Fiebre: temperatura mayor o igual de 38°C medida durante su estancia en el SU o en el domicilio medida por los padres durante cualquier momento de la evolución del cuadro. No se considerará que existe fiebre si la temperatura no se ha medido con un termómetro.

Tiempo de asistencia en Urgencias (en minutos): tiempo que transcurre desde que el paciente es registrado por el Servicio de Admisión del SU hasta que es dado de alta por el médico. Para este cálculo se excluirán los pacientes ingresados.

Ingreso: pacientes que ingresan en salas de hospitalización o UCIP; no se incluirán los que permanezcan en Observación en el SU menos de 24 horas.

Readmisiones en las siguientes 72 horas: paciente que vuelve a Urgencias por cualquier motivo relacionado con la bronquiolitis y ha sido atendido previamente en un intervalo de 72 horas

Readmisiones con ingreso: paciente readmitido en las siguientes 72 horas en Urgencias que requiere ingreso. Incluye también las derivaciones de ingreso a otros centros.

3.8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La descripción de los valores cuantitativos se realizara mediante los estadísticos descriptivos de la media y desviación estándar (DS). En los datos que no siguen una distribución Gaussiana se utilizó la mediana y el intervalo intercuartílico, así como los valores máximo (máx) y mínimo (mín).

Las distribuciones de variables categóricas se describirán por medio de frecuencias absolutas y relativas. La descripción gráfica de las variables categóricas se hizo mediante el uso de gráficos de sectores.

Para comparar los resultados de las variables de los distintos años se utilizará el test chi-cuadrado o test exacto de Fisher si la variable es de tipo cualitativo, o el one-way ANOVA o

Kruskal Wallis si es de tipo cuantitativo y dependiendo de si asume o no distribución normal. La prueba de normalidad se realizará utilizando el test de Shapiro Wilks.

3.9. ASPECTOS ÉTICOS

El estudio ha sido remitido para su valoración al Comité ético de referencia del investigador principal. Los investigadores se asegurarán que el estudio se realiza de acuerdo con la legislación vigente (Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos y Garantía de los Derechos Digitales y el Reglamento Europeo 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos), al Nuevo código de ética y deontología médica aprobado por la Organización Médica Colegial española, a la Declaración de Helsinki de 1964 (enmendada en 2013) y a las normas de buena práctica clínica, Orden SCO/256/207 de 5 de febrero, BOE 13-2-2007.

La recogida de datos se llevara a cabo de forma retrospectiva al finalizar cada una de las temporadas a estudio. El objetivo del trabajo de investigación consiste en adecuar la práctica clínica, en lo que respecta al diagnóstico y tratamiento de los pacientes con BA, a las recomendaciones que recogen actualmente las GPC vigentes. Las bases de datos no incluirán nombre u otros datos del paciente que permitan su identificación.

Los investigadores principales serán los responsables del control de la base de datos y asegurarán el cumplimiento de los principios de confidencialidad y seguridad.

4. BIBLIOGRAFÍA

1. Meissner HC. Viral Bronchiolitis in Children. *N Engl J Med*. 7 de enero de 2016;374(1):62-72.
2. Díez-Domingo J, Pérez-Yarza EG, Melero JA, Sánchez-Luna M, Aguilar MD, Blasco AJ, et al. Social, economic, and health impact of the respiratory syncytial virus: a systematic search. *BMC Infect Dis*. 30 de octubre de 2014;14:544.
3. González de Dios J, Ochoa Sangrador C, Grupo de revisión y panel de expertos de la Conferencia de Consenso del Proyecto aBREVIADo (BRonquiolitis-Estudio de Variabilidad, Idoneidad y ADecuación). [Consensus conference on acute bronchiolitis (I): methodology and recommendations]. *An Pediatr (Barc)*. marzo de 2010;72(3):221.e1-221.e33.
4. Ochoa Sangrador C, González de Dios J, Grupo Investigador del Proyecto aBREVIADo (BRonquiolitis-Estudio de Variabilidad, Idoneidad y ADecuación). [Management of acute bronchiolitis in spanish emergency wards: variability and appropriateness analysis (aBREVIADo project)]. *An Pediatr (Barc)*. septiembre de 2013;79(3):167-76.
5. Jiménez-Jorge S, Delgado-Sanz C, de Mateo S, Pozo F, Casas I, Larrauri A, et al. [Monitoring respiratory syncytial virus through the Spanish influenza surveillance system, 2006-2014]. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. febrero de 2016;34(2):117-20.
6. Stollar F, Alcoba G, Gervais A, Argiroffo CB. Virologic testing in bronchiolitis: does it change management decisions and predict outcomes? *Eur J Pediatr*. noviembre de 2014;173(11):1429-35.
7. Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, Alverson BK, Baley JE, Gadomski AM, et al. Clinical practice guideline: the diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis. *Pediatrics*. noviembre de 2014;134(5):e1474-1502.
8. Schuh S, Lalani A, Allen U, Manson D, Babyn P, Stephens D, et al. Evaluation of the utility of radiography in acute bronchiolitis. *J Pediatr*. abril de 2007;150(4):429-33.
9. Cornfield DN. Bronchiolitis: doing less and still getting better. *Pediatrics*. enero de 2014;133(1):e213-214.
10. Gadomski AM, Scribani MB. Bronchodilators for bronchiolitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 17 de junio de 2014;(6):CD001266.
11. Zhang L, Mendoza-Sassi RA, Wainwright C, Klassen TP. Nebulised hypertonic saline solution for acute bronchiolitis in infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 31 de julio de 2013;(7):CD006458.
12. Zhang L, Mendoza-Sassi RA, Klassen TP, Wainwright C. Nebulized Hypertonic Saline for Acute Bronchiolitis: A Systematic Review. *Pediatrics*. octubre de 2015;136(4):687-701.
13. Bronchiolitis in children: diagnosis and management | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. [citado 21 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng9>

ANEXO 1: HOSPITALES PARTICIPANTES

Nº DE IDENTIFICACIÓN DEL HOSPITAL	
1. Fundación Alcorcón	2. 12. H. Infanta Sofía
3. Fundación Jiménez Díaz	4. 13. H. La Paz
5. H. Alcalá de Henares	6. H. de Móstoles
7. H. Arganda	8. H. Niño Jesús
9. H. Central de la Defensa Gómez Ulla	10. H. de Parla
11. H. Clínico	12. H. Puerta de Hierro
13. H. El Escorial	14. H. Ramón y Cajal
15. H. Doce de Octubre	16. H. Severo Ochoa
17. H. de Fuenlabrada	18. H. del Tajo de Aranjuez
19. H. Getafe	20. H. de Torrejón
21. H. Gregorio Marañón	22. H. de Valdemoro
23. H. del Henares	24. H. de Villalba
25. H. Infanta Leonor	

ANEXO 2: CRONOGRAMA

	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MARZO
1º REUNIÓN										
REVISIÓN DE BRONQUIOLITIS ATENDIDAS EL MES DE DICIEMBRE DE 2018										
ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN (M. de la Torre): <ul style="list-style-type: none"> – PT DE URGENCIAS Y DE PEDIATRÍA DE BRONQUIOLITIS – Hoja informativa padres (Niño Jesús, SEUP, EnFamilia). – Sesión anual bronquioltis (PowerPoint) – Medidas de precaución transmisión por contacto y gotas (Protocolo de preventiva, cartel de planta y hoja de observación) 										
ENVÍO DEL PROYECTO NO HACER (DAVID ANDINA)										
REVISIÓN DEL PROYECTO, APORTACIONES...										
2ª REUNIÓN (con responsable de Atención Primaria de la CAM, segunda quincena de septiembre): <ul style="list-style-type: none"> – Aprobación del proyecto. – Aprobación de hoja informativa para padres. – Grupo para elaboración/aprobación de documento “No hacer”. – Inclusión de la epidemia de bronquioltis en la red de vigilancia de gripe. – Elaboración de los pósteres “NO hacer en la bronquioltis” por todos los centros de salud y los servicios de urgencias. 										
Distribución de los pósteres “NO hacer en la bronquioltis” por todos los centros de salud y los servicios de urgencias.										
DESPLIEGUE DEL PROYECTO: <ul style="list-style-type: none"> – Sesión en cada hospital para difusión a todo el personal que hace guardias. – Sesión, difusión desde los servicios de urgencias a todos los centros de salud de su área. 										
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS										

ANEXO 3: FORMULARIO DE RECOGIDA DE PACIENTES

 Deberá rellenar todos los campos identificados como obligatorios *

CODIFICACIÓN

Código Hospital (ver tabla codificación): *

Código Paciente (de 001 hasta un máximo de 999): *

Código Registro (ver instrucciones en Codificación): *

Temporada: *

DATOS DEL PACIENTE

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): *

Género: Mujer Hombre
 Sí No

Previamente sano (NO cuando RNPT<34 sem DBP o cardiopatía o inmunodeficiencia o enfermedad neurológica o fibrosis quística): Sí No

Fecha atención en urgencias: *

Hora de registro en Admisión de Urgencias (hh:mm): *

Hora de alta de Urgencias (hh:mm): *

CLÍNICA Y EXPLORACIÓN

Nº de días de evolución del cuadro clínico (desde inicio de algún síntoma: fiebre, tos, mucosidad) hasta un máximo de 28: *

Fiebre: Presencia de fiebre Sí No

Días de evolución de la fiebre:

Temperatura máxima (en casa o en SU):

A la llegada al SU: % saturación O2: *

Frecuencia respiratoria: *

Gravedad: *

Pruebas realizadas en Servicio de Urgencias:

Determinación de VRS	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
RX de Tórax	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Análisis de sangre (hemograma +/- reactantes)	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Gasometría	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

ESTRATEGIA “NO HACER EN LA BRONQUIOLITIS AGUDA”

TRATAMIENTO

Administración previa a atención en Servicio de Urgencias:

SALBUTAMOL	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
ANTIBIÓTICO	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
CORTICOIDES SISTÉMICOS	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

Administración en Servicio de Urgencias:

SALBUTAMOL	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Nº dosis Salbutamol	<input type="text"/>	
ADRENALINA	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Nº dosis Adrenalina	<input type="text"/>	
SSH	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
ANTIBIÓTICO	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
CORTICOIDES SISTÉMICOS	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

Prescripción para tratamiento en domicilio:

SALBUTAMOL	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
ANTIBIÓTICO SISTÉMICO	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
CORTICOIDES SISTÉMICOS	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

EVOLUCIÓN

Destino desde Servicio de Urgencias: *

Readmisión en Servicio de Urgencias (el mismo u otro) en las primeras 72 horas por la misma causa o síntoma relacionado: *

Éxito: Sí No

ANEXO 4: RESPONSABLES DEL PROYECTO EN CADA HOSPITAL

GREGORIO MARAÑÓN	CLARA FERRERO GARCIA LOIGORRI	clara.ferrero@salud.madrid.org	70076644Z
12 DE OCTUBRE	ARANCHA GONZÁLEZ POSADA	aranzazuflavia.gonzalez@salud.madrid.org	47023989Y
LA PAZ	DANIEL BONET DEL POZO	daniel.bonet@salud.madrid.org	51504361-R
	CARLOS ECHECOPAR PARENTE	carlos.echecopar@salud.madrid.org	51122582-E
	BEGONA DE MIGUEL LAVISIER	begona.miguel@salud.madrid.org	05420562Z
H. RAMÓN Y CAJAL	CARMEN MÁRQUEZ ORDÓÑEZ	mariadelcarmen.vazquez@salud.madrid.org	47378145P
PUERTA DE HIERRO	RAQUEL PORTO ABAL	raquel.porto@salud.madrid.org	51425234V
VILLALBA	ESTHER CASADO VERRIER	esther.casado@hgvillalba.es	12413873Z
INFANTA SOFÍA	ANA BARRIOS TASCÓN	ana.barrios@salud.madrid.org	50869519M
ALCALÁ DE HENARES	M ^{ra} ÁNGELES GARCÍA HERRERO	mariaangeles.garcia.herrero@salud.madrid.org	03448133L
H. DEL HENARES (COSLADA)	REMEDIOS SÁNCHEZ TEMBLEQUE DÍAZ PACHE	remedios.sancheztembleque@salud.madrid.org	33991999T
TORREJÓN	JORGE OLIVARES ORTIZ	jorge.olivares@salud.madrid.org	47017942P
ARGANDA ; SURESTE	BELÉN HERNÁNDEZ RUPÉREZ	mhruperez@salud.madrid.org	71152650B
	MARTA LLORENTE ROMANO	marta.llorente@salud.madrid.org	46885640W
INFANTA LEONOR ; VALLECAS	CRISTINA MUÑOZ LÓPEZ	mmunoz@salud.madrid.org	47021163D
FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ	BARBARA HERNÁNDEZ	bhernandez@fjb.es	02261962G
H. CLÍNICO	BELÉN JOYANES ABANCENS	belen.joyanes@salud.madrid.org	75867635L
SEVERO OCHOA	SARA RUIZ GONZÁLEZ	sruizgonzalez@salud.madrid.org	52878506B
MÓSTOLES	REBECA VILLARES ALONSO	rebeca.villares@salud.madrid.org	10084033M
FUENLABRADA	SHAILA PRIETO MARTÍNEZ	shaila.prieto@salud.madrid.org	71421070K
INFANTA ELENA; VALDEMORO	ENRIQUE DE LA ORDEN IZQUIERDO	enrique.orden@quironsalud.es	47038399H
	MARÍA GARCÍA BARBA	mgbarba@salud.madrid.org	51113558Z
H DEL TAJO, ARANJUEZ	RUBÉN MORENO SÁNCHEZ	ruben.morenos@salud.madrid.org	70872754W
	CARLOS MARIA GARCIA-VAO BEL	carlos.garciavao@salud.madrid.org	51329648L
H. MILITAR DE LA DEFENSA	MARÍA GARCÍA BARÓ	mgarhua@mde.es ; mariagbaro@gmail.com	51466170J
EL ESCORIAL	CARMEN SARA GALLEGO FERNÁNDEZ	carmensara.gallego@salud.madrid.org	06561341Q
INFANTA CRISTINA, PARLA	MARÍA DOLORES RODRÍGUEZ MESA	mdrodriguez.m.hcsc@salud.madrid.org	74662868 S
ALCORCÓN	CARLOS RIVAS CRESPO	crivas@fhalcorcon.es	09746325Y
GETAFE	DIEGO BAUTISTA LOZANO	diego.bautista@salud.madrid.org	11857527S
NIÑO JESÚS	MERCEDES DE LA TORRE ESPI	mercedes.torre@salud.madrid.org	00378779S
	DAVID ANDINA MARTÍNEZ	david.andina@salud.madrid.org	51425650L