

# VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL, EXPERIENCIA DE UNA MADRE CUYO HIJO ES DIAGNOSTICADO DEL VIRUS A LOS 6 MESES DE EDAD

## AUTORÍA

Marta Luisa Bandera López\*

Macarena Romero Gallardo\*\*

\* Hospital Virgen de la Victoria. Urgencias.

## RESUMEN

El Virus respiratorio sincitial es la causa de infección del tracto respiratorio, siendo considerada una afectación de gran importancia, debido mayoritariamente al daño que puede ocasionar en el paciente pediátrico llegando en ocasiones a la muerte. De etiología viral, su clínica es más característica de un resfriado común, lo cual puede llevar a confusión en su diagnóstico, ocasionando afectaciones más graves como son la neumonía y bronquiolitis.

## PALABRAS CLAVE

Etiología; Diagnóstico; Virus respiratorio sincitial.

## ABSTRACT

Respiratory syncytial virus is the cause of respiratory tract infection, and is considered an affection of great importance, mostly because of the damage it can cause in pediatric patients sometimes leading to death. Viral etiology, clinical is more characteristic of a common cold, which can lead to confusion in diagnosis, causing more serious such as pneumonia and bronchiolitis affectations.

## KEYWORDS

Etiology; Diagnosis; Respiratory Syncytial Virus.

## INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias agudas son afectaciones consideradas de gran prioridad, debido a que no solo presentan una gran incidencia de ingreso en el periodo de invierno, sino porque pueden llegar a causar daños broncopulmonares o incluso la mortalidad infantil.

La etiología de la enfermedad puede ser por agentes virales, entre los que se encuentran rinovirus, coronavirus, virus sincitial respiratorio (VSR), adenovirus, influenza, parainfluenza. Es en nuestro país el virus sincitial el más común en la edad infantil.

El (VSR) ataca destruyendo el epitelio respiratorio con descamación y alteración ciliar, se edematiza la mucosa y presenta hipersecreción, lo cual desencadena en una obstrucción bronquial difusa, hiperinsuflación pulmonar y/o atelectasia.

En sus formas más graves se han observado en recién nacidos prematuros, en lactantes pequeños y en aquellos que padecen enfermedad pulmonar crónica o con trastornos cardiovasculares. En cuyos casos será necesario el ingreso en una uci neonatal o aporte de oxígeno mediante ventilación mecánica.

Las formas más graves de infección por VRS ocurren en recién nacidos prematuros, en lactantes pequeños y en aquellos que padecen enfermedad pulmonar crónica, trastornos cardiovasculares o inmunodepresión. Estos factores de riesgo incrementan la necesidad de admisión a la unidad de cuidado intensivo (UCI), la demanda de asistencia ventilatoria mecánica (AVM) y la duración de la hospitalización.

Con respecto a su diagnóstico, el virus se manifiesta como un resfriado común, fiebre, tos leve y congestión, pudiendo causar enfermedades más graves, como la neumonía y bronquiolitis. La infección se transmite por el contacto con la saliva y moco de la persona infectada, que contienen el virus.<sup>1, 2</sup>

En este contexto se plantea como objetivo de estudio dar a conocer y describir, a través del relato biográfico, la experiencia de una madre cuyo bebé sufre bronquiolitis aguda y virus respiratorio sincitial. El comienzo de los síntomas, las visitas al pediatra y a urgencias y finalmente el ingreso necesario en el hospital forman parte del relato. Para abordar el objetivo de estudio se decidió realizar un relato biográfico siguiendo la propuesta de Amezcua y Hueso Montoro<sup>3</sup>.

El relato expuesto versa sobre la experiencia de una madre cuyo bebe de 6 meses es diagnosticado tras varias visitas al servicio de urgencias del hospital de referencia de bronquiolitis aguda y su bebe da positivo en virus respiratorio sincitial. La informante mide 1,60 cm, es de piel clara, ojos azules, semblante tranquilo y voz dulce y pronunciada. Con carácter amable y cercano manifiesta desde primer momento su deseo de explicar su experiencia y que se conozca el impacto que puede causar en los padres tal enfermedad. Su narrativa recoge la experiencia, desde el momento en que su bebe comienza con los síntomas, las visitas repetidas a urgencias e ingreso finalmente en el hospital.

Se le realizó una entrevista en profundidad como técnica de recogida de datos. Esta fue llevada a cabo en el domicilio de la informante a petición de la misma, teniendo una duración de 50 minutos, fue grabada en audio y se tomaron notas de campo. La información fue recogida previo consentimiento informado de la informante, la cual firmo para que quedara constancia. Así mismo manifestó el interés y alegría de que se conociera su experiencia con el fin de ayudar a otros padres que puedan pasar por lo mismo. Los datos así recolectados fueron transcritos literalmente y sometidos a un análisis de datos cualitativos según los pasos descritos por Amezcua y Hueso<sup>4</sup>. La investigación se rige respetando los principios éticos según la declaración de Helsinki<sup>5</sup>. Al comienzo se le informa que la conversación va a ser grabada en audio, se inicia la entrevista con una pregunta que se le pidió responder como inicio de su relato: "¿Podría hablarme de cómo le fue diagnosticada a su hija la enfermedad?". La entrevista fue analizada de forma independiente por la investigadora principal. Tras la transcripción de la entrevista se le enseña al informante, manifestando éste concordancia con lo relatado y por consiguiente conforme. Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

En conclusión, la importancia de esta infección radica no solamente en su diagnóstico precoz y en su adecuado manejo terapéutico, sino también en el profundo conocimiento del virus y de la respuesta

inmunológica del organismo. Así pues, el comienzo de síntomas, empeoramiento y necesidad de ingreso en los padres en la mayoría de los casos, causan impacto en sus vidas y el personal de enfermería no sólo debe conocer los

cuidados que conlleva en el paciente pediátrico sino de qué forma irrumpe y afecta la enfermedad en su círculo paternal.

## BIBLIOGRAFIA

1. Parra A, Jiménez C, Hernández S, Edwin J, Cardona AM. Bronquiolitis: artículo de revisión. *Neumol Pediatr* 2013; 8 (2): 95-101.
2. Orejón de L G., Fernández M. Bronquiolitis aguda. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. [citado 2016 Ene 27]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322012000200006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000200006&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322012000200006>.
3. Amezcua M, Hueso C. Cómo elaborar un relato biográfico. *Archivos de la Memoria*; 2004; 1. [Acceso 22 de noviembre 2013] Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/metodologia.php>. consultado el 20/12/2015.
4. Amezcua M, Hueso C. Cómo analizar un relato biográfico. *Arch Memoria* [en línea]. 2009; (6 fasc. 3). Disponible en <http://www.index-f.com/memoria/6/mc30863.php> Consultado el 20/12/2015.
5. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Acceso el 10 de Junio 2015] Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>.

## TEXTO BIOGRÁFICO

Comienzo de síntomas. María empezó hace 3 semanas a tener muchos mocos, de la noche a la mañana, empezó a estornudar y a tener secreciones. No tenía fiebre, pero si es verdad que estaba más quejosa y no tenía ganas de jugar, ella que siempre esta sonriente y juguetona, de la noche a la mañana estaba rara.

Como no mejoraba en esos días y siguió con bastantes mocos, y ya poco a poco comía menos, decidimos llevarla al médico... la auscultó, me preguntó si comía, a lo cual dije que menos, si había hecho fiebre, ... y me mando que compara, ya que no teníamos, un extractor de mocos, me dijo que sería un resfriado, y que no la obligara a comer, que no me preocupara.

Continúan los síntomas. Pasada una semana no mejoraba. Es verdad que seguía comiendo, Maria es una glotona, y al principio comía menos pero después se mantuvo con apetito. Bueno, pues vimos que la niña cuando tosía se ahogaba y se quedaba como traspuesta, nos asustamos mucho y fuimos a urgencias. Allí estuvimos un rato, en el cual la auscultaron, y poco más... Yo no me quede tranquila por lo cual le dije a mi marido de ir a otro hospital donde también pudieran atendernos.

Pruebas. A la llegada al otro hospital y explicarle que ya llevábamos dos semanas con la niña así, y que no sabíamos que le pasaba. La examinaron, le realizaron radiografías, y analítica de sangre... así mismo, me explicó la pediatra, que le extraerían secreciones para estudiarlas y ver si había cogido algún virus.

Estuvimos un par de horas, ya que esperaban los resultados y según estos nos ingresaban. Cuando llegaron, la doctora nos explicó que la niña había dado positivo en virus respiratorio sincitial, y en la placa se veía una fuerte neumonía... debían ingresarla ponerle antibióticos y monitorizarla ya que debido a la tos y a esas secreciones no debía estar respirando bien.

Ingreso. Nos dio mucho miedo saber que siendo tan pequeña debíamos dejarla en el hospital que, aunque nos quedaríamos con ella, fue para nosotros un shock, ya que al fin y al cabo se debe ingresar en un hospital. Cuando subimos, la niña subió con fiebre a la planta. Allí, debo decir, era otro mundo distinto. Muchas habitaciones, niños por los pasillos con sueros... me dio mucha lástima.

A la llegada nos recibió una enfermera muy mona y agradable, después la verdad que fue la enfermera que más nos trató durante el ingreso. Le dijimos que María estaba con fiebre, y tras hablar con el médico le puso la medicación, la monitorizó y preparó un sistema para aspirar las secreciones. La enfermera ha sido un encanto, el trato, la paciencia, esa dedicación todo estos días,... la labor es maravillosa.

Más tarde vino la pediatra y comento que se debía coger una vía a la niña, para administrarle antibióticos intravenosos, suero y extraer también hemocultivos. Así mismo, se le puso oxígeno porque no estaba respirando bien.

Estancia. Al principio fue duro, y pasamos mucho miedo. María se ahogaba por las noches, sobre todo caída la tarde, tosía y se ponía morada, venía la enfermera y le aspiraba, le pusieron oxígeno de mayor flujo, creo que se dice... le aumentaron los antibióticos... perdió la vía y la enfermera tuvo que cogerle otra... le repetían radiografías... y hasta pasado dos semanas la infección no mejoró.

María. María ya se encontraba en su salsa, la verdad después de tantos días se acostumbró a las enfermeras, a los celadores... Es curioso como los niños se acostumbran a todo... ya cuando la tocaban, le tenían que sacar muestras... ya confiaban y se quedaba quieta... al principio era una fiera, no se podía con ella, tiene 6 meses, y ni su padre ni yo, ni con el celador y la enfermera podíamos con su fuerza..

Hace una semana que nos dieron el alta, nadie puede saber el miedo que se siente cuando ves a tu hija mala, enferma, que no puede comunicarse, y tú sabes que no está bien,... que empeora y que sientes que nadie te ayuda... o no te entienden... cuando estuvo ingresada lo pasamos mal y no salíamos del hospital... ver que tu bebe necesita suero, medicación, que necesita oxígeno porque si no se ahogaría,... se puede asfixiar literalmente... se pasa muy mal, y parece que no va a mejorar, pero la verdad que todo pasa, y gracias a estos grandes profesionales que con paciencia y conocimiento nos ayudaron y la trataron, mi hija está bien y está en casa..