



**ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA**



**SAN JUAN DE DIOS**

## **Trabajo Fin de Grado**

**Título:**

***Prevención y cuidados de enfermería en el  
lactante con bronquiolitis por VRS***

Alumno: Paloma Caracuel Pérez

Director: Araceli Suero de la Hoz

**Madrid, mayo de 2025**

# Índice

<b>Glosario de abreviaturas y siglas.</b> .....	5
<b>Resumen.</b> .....	6
<b>Abstract.</b> .....	6
<b>1. Presentación</b> .....	7
<b>2. Estado de la cuestión</b> .....	8
<b>2.1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema</b> .....	8
<b>2.2. Virus respiratorio sincitial</b> .....	9
<b>2.2.1. Incidencia</b> .....	9
<b>2.2.2. Tratamiento</b> .....	10
<b>2.3. Bronquiolitis</b> .....	10
<b>2.3.1. Epidemiología</b> .....	11
<b>2.3.2. Diagnóstico</b> .....	11
<b>2.3.2.1. Escalas</b> .....	12
<b>2.3.3. Tratamiento</b> .....	13
<b>2.3.4. Factores de riesgo</b> .....	15
<b>2.4. Hospitalización</b> .....	16
<b>2.4.1 Manejo del bebé en la UCIP</b> .....	17
<b>2.4.2 Escalas</b> .....	17
<b>2.5. Vacunación</b> .....	18
<b>2.6. Cuidados de enfermería</b> .....	20
<b>2.6.1 Educación a la familia</b> .....	20
<b>2.6.2 Cuidados básicos</b> .....	20
<b>3. Justificación</b> .....	22
<b>4. Metodología.</b> .....	24
<b>4.1 Población diana.</b> .....	24
<b>4.2 Captación.</b> .....	24

<b>5. Objetivos.....</b>	<b>25</b>
<b>5.1 Objetivo general.....</b>	<b>25</b>
<b>5.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>25</b>
<b>5.2.1 Objetivos de conocimiento (Saber).....</b>	<b>25</b>
<b>5.2.2 Objetivos de habilidad (Saber hacer).....</b>	<b>25</b>
<b>5.2.3 Objetivos de actitud/interés (Saber ser).....</b>	<b>25</b>
<b>6. Contenidos.....</b>	<b>25</b>
<b>7. Sesiones, técnicas de trabajo y recursos materiales.....</b>	<b>26</b>
<b>7.1 Planificación general.....</b>	<b>26</b>
<b>7.1.1 Cronograma general.....</b>	<b>27</b>
<b>7.1.2 Técnicas de trabajo.....</b>	<b>28</b>
<b>7.1.3 Materiales necesarios.....</b>	<b>29</b>
<b>8. Evaluación del proyecto educativo.....</b>	<b>29</b>
<b>8.1 Evaluación de la estructura y el proceso.....</b>	<b>29</b>
<b>8.1.2 Evaluación realizada por los participantes.....</b>	<b>30</b>
<b>8.2 Evaluación de los resultados.....</b>	<b>30</b>
<b>8.2.1 Evaluación del área de conocimiento.....</b>	<b>30</b>
<b>8.2.2 Evaluación del área de habilidades.....</b>	<b>30</b>
<b>8.2.3. Evaluación del área de actitud e interés.....</b>	<b>31</b>
<b>8.3 Evaluación de los resultados a medio y largo plazo.....</b>	<b>31</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>32</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>37</b>
<b>Anexo 1. Documento informativo para participantes.....</b>	<b>38</b>
<b>Anexo 2. Documento para la solicitud de plaza.....</b>	<b>40</b>
<b>Anexo 3. Documento de confirmación.....</b>	<b>41</b>
<b>Anexo 5. Documento para control de asistencia.....</b>	<b>43</b>
<b>Anexo 6. Evaluación por las profesionales docentes por sesión.....</b>	<b>44</b>
<b>Anexo 7. Encuesta evaluativa para participantes.....</b>	<b>46</b>

<b>Anexo 8. Cuestionario post sesión 1. ....</b>	<b>48</b>
<b>Anexo 9. Cuestionario post sesión 2. ....</b>	<b>50</b>
<b>Anexo 10. Cuestionario post sesión 3.....</b>	<b>52</b>
<b>Anexo 11. Evaluación a medio plazo.....</b>	<b>54</b>

## Glosario de abreviaturas y siglas.

Abreviatura / Sigla	Significado
TFG	Trabajo de Fin de Grado
VRS	Virus Respiratorio Sincitial
UCIP	Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos
OAF	Oxigenoterapia de Alto Flujo
CPAP	Ventilación con presión positiva
SEIP	Sociedad Española de Infectología Pediátrica
HIUNJ	Hospital Infantil Universitario Niño Jesús
HGUGM	Hospital General Universitario Gregorio Marañón

## Resumen.

**Introducción:** La bronquiolitis por VRS es una de las causas principales de la hospitalización en los bebés por lo que la prevención y el manejo de la bronquiolitis es imprescindible ya que son los más vulnerables. La educación a los padres enfocada en la detección temprana de la enfermedad puede llegar a disminuir las hospitalizaciones. **Objetivo:** Preparar a las enfermeras residentes de Pediatría en la prevención de la bronquiolitis por VRS en los bebés a través de estrategias educativas, vacunación y cuidados de enfermería basados en la evidencia. **Metodología:** Se realizará un proyecto educativo que va enfocado a las enfermeras residentes de pediatría del HIUNJ, HGUGM y Centro de Salud Ibiza para fomentar los conocimientos en la práctica clínica. **Implicaciones para la práctica de la Enfermería:** La formación de los profesionales para poder prevenir y manejar de manera eficaz la bronquiolitis y llevar a cabo una educación a los padres de los bebés de manera óptima.

**Palabras clave – términos DeCs:** Bronquiolitis; Virus Respiratorio Sincital; Prevención; Vacunación; Educación a los padres; Cuidados de enfermería.

## Abstract.

**Introduction:** RSV bronchiolitis is one of the leading causes of hospitalization in infants, so prevention and management of bronchiolitis is essential, as infants are the most vulnerable. Parent education focused on early detection of the disease can reduce hospitalizations. **Objective:** To prepare pediatric nurse residents in the prevention of RSV bronchiolitis in infants through educational strategies, vaccination, and evidence-based nursing care. **Methodology:** An educational project will be carried out, targeting pediatric resident nurses at HIUNJ, HGUGM, and the Ibiza Health Center to promote knowledge for clinical practice. **Implications for nursing practice:** Training professionals to effectively prevent and manage bronchiolitis and to optimally educate parents of infants.

**Keywords – DeCs terms:** Bronchiolitis; Respiratory Syncytial Virus; Prevention; Vaccines; Parent Education; Nursing care.

# 1. Presentación

La bronquiolitis por VRS afecta a un alto porcentaje de lactantes y a familias durante los dos primeros años de vida, las cuales se enfrentan a una nueva situación con incertidumbre y miedo. Esta enfermedad, produce una gran sobrecarga en los hospitales, por lo que abordar su prevención y proporcionar información a los padres puede ayudar a reducir las hospitalizaciones por bronquiolitis.

Mi trabajo de fin de grado reúne todo lo que me motiva como futura enfermera. La prevención y el cuidado integral de los más pequeños tiene un impacto muy positivo para cuidar la calidad de vida de los bebés a largo plazo.

Desde que empecé a estudiar enfermería, me apasionaba el cuidado a los ancianos, hasta que en tercero tuve la oportunidad de rotar por obstetricia y paritorio. Se despertó en mi un cariño especial hacia los bebés, por lo que ha sido mi principal impulso para ayudar a prevenir y cuidar esta enfermedad desde la enfermería.

Con el paso de las rotaciones, he podido ver desde cerca la importancia de educar a las personas que cuidan a otras, que están totalmente desinformadas y no son conscientes del riesgo de contraer enfermedades. En el caso de mi trabajo de fin de grado, la educación a los padres sobre las medidas higiénicas y la vacunación tiene una gran repercusión en la vida de sus hijos, por lo que trabajar en ello está en la mano de enfermería. Concienciar a la población hará que mejore tanto la salud de las personas como el colapso de la atención sanitaria.

Por último, quiero agradecer principalmente a mi familia, ya que ha sido mi apoyo a pesar de la distancia. Me mudé a Madrid para conseguir mi sueño que es ser enfermera, y gracias a ellos he podido cumplirlo. He de reconocer que no han sido años fáciles estar lejos de ellos, pero he tenido la oportunidad de conocer a amigas maravillosas que me han acompañado estos cuatro años y a las que estoy eternamente agradecida.

También quiero agradecer a cada enfermera que me ha acompañado durante cada rotación, por enseñarme que elegí la profesión correcta y no hay nada más gratificante que cuidar a los demás.

“Si puedes curar, cura. Si no puedes curar, alivia. Si no puedes aliviar, consuela. Y si no puedes consolar, acompaña”.

## 2. Estado de la cuestión

### 2.1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema

El Trabajo de Fin de Grado se enfoca en analizar las intervenciones que las enfermeras realizan para la prevención y el cuidado de la bronquiolitis causada por el Virus Respiratorio Sincitial (VRS). Está enfocado específicamente en los bebés entre los 0 y los 2 años. Esta investigación se centra en dos aspectos principales: la vacunación y la educación como profilaxis y los cuidados de enfermería para abordar la sintomatología de la enfermedad y evitar complicaciones. El fruto de esta búsqueda puede ser beneficioso para el abordaje de la bronquiolitis y así proporcionar una calidad de vida a los más pequeños a través de la prevención de la bronquiolitis basada en la evidencia desde la visión enfermera.

El trabajo de fin de grado (TFG) aborda cinco puntos principales como son el virus respiratorio sincitial, la bronquiolitis, la hospitalización, la vacunación y las intervenciones de enfermería.

Para la recogida de información, es decir, la búsqueda bibliográfica de este trabajo se ha realizado a través de bases de datos MEDLINE, Elsevier, PubMed, Dialnet y EBSCO, utilizando los operadores booleanos “and”, “or” y “not”.

Los descriptores de salud utilizados son:

Descriptores DeCS	Descriptores MeSH
Virus Sincitial Respiratorio Humano	Respiratory Syncytial Virus
Bronquiolitis	Bronchiolitis
Vacuna	Vaccines
Prevención de enfermedades	Disease prevention
Educación	Education
Lactante	Infant
Atención de enfermería	Nursing care
Enfermería	Nursing
Unidades de internación	Inpatient care units

## **2.2. Virus respiratorio sincitial**

El virus respiratorio sincitial (VRS) es el virus principal que produce infecciones respiratorias en los bebés con menos de dos 2 años. Es el causante de la bronquiolitis, siendo entre el 70-80% la causa de los casos. Se trata de un virus estacional que afecta durante los meses de octubre a marzo. (Hernández Manjón, 2023) Los brotes por VRS empiezan a partir de noviembre, siendo el pico más alto en el mes de enero hasta abril. Durante el calor, no suele haber brotes, pero en climas tropicales húmedos el pico más alto es la temporada de la lluvia. (Baraldi et al., 2022)

La enfermedad tiene un periodo de incubación desde 4 a 6 días. (Azzari et al., 2021).

El VRS es de la familia Paramixovirus, en concreto del género Pneumovirus, el cual pertenece al grupo de virus con la cadena negativa de ARN. (Baraldi et al., 2022) Una de las características destacables del VRS es que se trata de un neumovirus con tres proteínas de membrana que son: pequeñas hidrofóbicas (SH), glicoproteína de unión (G) y proteína de fusión (F). (Azzari et al., 2021)

Los síntomas más comunes del VRS pueden ser leves, similares a un resfriado, como son la rinorrea, tos seca, estornudos, irritabilidad, incluso el rechazo a la ingesta. Estos síntomas se pueden tratar en el domicilio. También existen síntomas graves como es la dificultad respiratoria la cual precisa hospitalización. (Hernández Manjón, 2023)

El VRS se transmite fácilmente cuando una persona está contagiada, por las gotas que salen al hablar o toser. El virus puede permanecer en las superficies vivo, por lo que se contagia a través de objetos que los niños comparten, como los juguetes que se llevan a la boca y se contagian. (Claver Escanilla et al., 2024). Puede sobrevivir sobre 6-7 horas en superficies que no son porosas, en la piel durante 20-30 minutos y sobre 2 horas en superficies porosas. (Bracht et al., 2011)

La infección por VRS no produce inmunidad en el bebé, por lo que una prevención adecuada es crucial. (García Roldán et al., 2018)

### **2.2.1. Incidencia**

El VRS impacta al 80% de los recién nacidos durante el primer año de vida.

Se observa su mayor incidencia en los primeros 6 meses de vida, siendo su mayor prevalencia durante los primeros 6 meses de existencia. A los 2 años de vida, el 100% de los lactantes habrán interactuado con el virus. Es el causante de hasta un 70% de casos de

bronquiolitis severa en bebés que necesitan ser hospitalizados. (Hernández Manjón, 2023)Formatting...

### 2.2.2. Tratamiento

En la actualidad, no hay tratamiento para combatir el VRS. El nirsevimab es un fármaco que genera inmunoprolaxis pasiva a los bebés menos de 6 meses. Este medicamento contiene anticuerpos contra el virus, llegando a reducir un 75% de las infecciones más severas. Se trata de una dosis única que inmuniza mínimo cinco meses, inyectada por vía intramuscular en la cara anterolateral del muslo. La dosis de vacunación la podemos observar en la Tabla 1.

Puede ser administrado a la vez que otras vacunas. (Hernández Manjón, 2023).

Los efectos secundarios de esta vacuna pueden ser el exantema, fiebre e inflamación local acompañada de picor y dolor. (Hernández Manjón, 2023)

PESO LACTANTE	PRESENTACIÓN	DOSIS	VOLUMEN (ML)	COLOR DEL ÉMBOLO.
< 5 kg	Jeringa precargada	50 mg	0.5 ml	Morado
> 5 kg	Jeringa precargada	100 mg	1 ml	Azul claro

**Tabla 1. Dosis recomendada de Nirsevimab según el peso.** Elaboración propia a partir de Sánchez Luna, 2024.

### 2.3. Bronquiolitis

La bronquiolitis es una enfermedad que afecta al aparato respiratorio, en concreto al tracto respiratorio inferior. Los bebés menos de 2 años son los más afectados, pero prevalece en los bebés que tienen menos de 6 meses.(López-Lacort et al., 2021). El VRS es el causante de la bronquiolitis.(López-Lacort et al., 2021)

El bronquiolo es la estructura respiratoria que se ve más afectada ya que se edematiza y puede llegar a la obstrucción de la luz por causa del cúmulo de las secreciones. Esta obstrucción puede provocar atelectasias e hiperinsuflación. (Soto et al., 2020)

El comienzo de la bronquiolitis es similar a un resfriado, con sintomatología como la tos, rinorrea y fiebre. Esta también puede cursar con dificultad respiratoria, taquipnea y con

sibilancias. (Rivas Andrades et al., 2016) El aleteo nasal, el quejido respiratorio y una frecuencia respiratoria mayor a 70 por minuto se puede vincular con hipoxemia provocada por la bronquiolitis. (Claver Escanilla et al., 2024)

Los trastornos por sibilancias en edades de 3-5 años puede estar provocada por la bronquiolitis. (Rivas Andrades et al., 2016)

Según un estudio longitudinal, se demuestra que la enfermedad respiratoria de la bronquiolitis causada por el VRS en la infancia era un factor de riesgo para el desarrollo de asma o sibilancias a los 18 años.(Whelan, 2012)

### **2.3.1. Epidemiología**

2 de cada 10 niños se diagnostican con bronquiolitis, 1,6 de cada 100 se hospitaliza por VRS. (López-Lacort et al., 2021). Aproximadamente el 90% de los casos de bronquiolitis en niños inferiores a dos años son tratados en centros de salud y son escasos los casos que se comprueba con microbiología para VRS. El estudio de los casos confirmados por laboratorio de bronquiolitis por VRS no resulta ser útil para calcular la incidencia, por ello, es más útil examinar las visitas a atención primaria y los ingresos por bronquiolitis para la evaluación de la efectividad de las estrategias profilácticas contra el VRS. (López-Lacort et al., 2021)

La bronquiolitis tiene una incidencia anual del 10% y tasa de ingreso hasta el 5%. De ese porcentaje, entre el 5% y el 16% necesitan cuidados intensivos. (Moldés Pedreño et al., 2022)

### **2.3.2. Diagnóstico**

La bronquiolitis se diagnostica a través de la sintomatología y la exploración física, aunque en casos graves, sí se realizan otras pruebas como radiografías de tórax o gasometrías para ver la gravedad y el avance de esta enfermedad respiratoria. (García García, M. L., Korta Murua, J., & Callejón Callejón, A., 2017)

Para el diagnóstico de la bronquiolitis existen indicadores como son la taquipnea, el esfuerzo respiratorio, la taquicardia, la capacidad para ingerir alimentos, el estado de alerta, fiebre y la existencia de apneas. Estos indicadores son cruciales para su detección. Existen escalas clínicas que fusionan indicadores clínicos y las constantes vitales para determinar la severidad de la bronquiolitis y si es necesario una intervención terapéutica. (Rivas Andrades et al., 2016) El color de la piel del lactante y el nivel de hidratación son valores importantes para la valoración del bebé con bronquiolitis. (García Roldán et al., 2018)

Los diagnósticos de enfermería según NANDA asociados a la bronquiolitis pueden ser: patrón respiratorio ineficaz, deterioro del intercambio de gases e hipertermia. (García Gámez & Blanca Cuenca, 2017)

Otros de los diagnósticos de enfermería más comunes en un paciente con estas características pueden ser: desequilibrio nutricional por insuficiente ingesta, conocimientos deficientes y riesgo de infección. (Sola Menarguez et al., 2023)

Enfermería valora al lactante a través de los patrones de Marjory Gordon utilizando principalmente los patrones de percepción y manejo de la salud, para comprobar si el bebé está en un ambiente con humo de tabaco. Valora el estado de nutrición, comprueba el índice de masa corporal (IMC) y si presenta cianosis por deshidratación. También valora la eliminación, para determinar la presencia de mocos en las heces. La actividad se valora con la presencia de dificultad respiratoria en los movimientos y/o si el bebé está apático. Por último, para valorar el descanso, se tiene en cuenta la irritabilidad al no poder conciliar el sueño por la abundancia de secreciones. (Sola Menarguez et al., 2023)

También se puede valorar a un paciente a través de las 14 necesidades de Virginia Henderson y valorar las necesidades alteradas. (Ferreruela Lanza et al., 2022)

Existen pruebas complementarias para el diagnóstico y detectar posibles complicaciones en los lactantes por VRS como pueden ser:

La pulsioximetría transcutánea para una valoración inicial debe ser utilizada. La gasometría capilar no es recomendable en la rutina de los bebés con bronquiolitis, solo en los pacientes con grave dificultad respiratoria. La extracción de un hemograma, un hemocultivo, la proteína C reactiva y la procalcitonina también pueden ser útiles en casos de una fiebre elevada o se sospeche alguna infección bacteriana. La extracción de sedimento y/o urocultivo también es útil para detectar una infección del tracto urinario (ITU), ya que se observa una incidencia elevada de ITU en los bebés con menos de 60 días con bronquiolitis por VRS y una fiebre alta. (García García, M. L., Korta Murua, J., & Callejón Callejón, A., 2017)

### **2.3.2.1. Escalas**

La existencia de las escalas de alerta temprana en pediatría son una forma de prevenir y son efectivas para la detección del deterioro del paciente. Se trata de registrar diferentes parámetros dónde se alcanzan puntos que los profesionales de enfermería valorarán si seguir con la evaluación de enfermera habitual, incrementar la frecuencia o acudir al médico. (Moldés Pedreño et al., 2022)

En 2005, Alan Monaghan, publicó la primera escala de alerta temprana para la evaluación del paciente pediátrico. Brighton, que se conoce como “Brighton Paediatric” “Código de Alerta Temprana (BPQWS) (Moldés Pedreño et al., 2022)

Considerando los resultados de esta escala según el estudio, se puede cumplir actualmente con la escala de alerta temprana en los servicios pediátricos. Es una necesidad esencial en varias unidades maternas, y en cientos hospitales, incluso se han establecido grupos de intervención rápida en respuesta a esta escala, formado por enfermería y médico y notándose una reducción notable de la mortalidad después de la inclusión de estos profesionales. (Moldés Pedreño et al., 2022)

Según un estudio, la relación entre las puntuaciones de la escala con las intervenciones es efectiva. Se ha estudiado con 26 pacientes haciendo este registro de la escala y proporcionando intervención enfermera como monitoreo, aviso al médico, tratamiento farmacológico y aumento de oxigenoterapia. Los resultados de este estudio confirman que la escala ayuda a la detección del deterioro objetivamente y su uso reduce la necesidad del ingreso en unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP).(Moldés Pedreño et al., 2022)

La escala de Woods-Downes-Ferres es una escala clínica que valora el nivel de gravedad de VRS. Se puede dividir en leve (1-3 puntos) en la cual presenta sintomatología leve con manejo ambulatorio. Puede ser moderada (4-7 puntos) con sintomatología severa y que puede precisar hospitalización y grave (8-14 puntos) con hospitalización inmediata y directamente ingresar en la UCIP (Tabla 2). La escala se valora a través de parámetros como son las sibilancias, entrada de oxígeno, cianosis, FC y FR. (García Roldán et al., 2018)

PUNTUACIÓN	GRAVEDAD	MANEJO RECOMENDADO
1 – 3	Síntomas leves	Manejo ambulatorio
4 – 7	Síntomas severos	Posible hospitalización
8 - 14	Síntomas muy severos	Ingreso inmediato en UCIP

**Tabla 2. Escala de Woods-Downes.** Elaboración propia a partir de García Roldán, 2018.

### 2.3.3. Tratamiento

La oxigenoterapia es en el principal tratamiento para corregir la hipoxia del bebé. Se puede proporcionar oxígeno con mascarillas faciales o gafas nasales y así ayudar al paciente en su trabajo respiratorio y mantener la saturación de O<sub>2</sub> en rango. La recomendación para la

administración de oxigenoterapia es cuando la saturación del O<sub>2</sub> es menor a 92%. (García García, M. L., Korta Murua, J., & Callejón Callejón, A., 2017)

Hay diferentes tipos de oxigenoterapia. La oxigenoterapia de bajo flujo, el lactante inhala el aire administrado tanto húmedo como caliente en función de su patrón respiratorio. Este tipo de oxigenoterapia permite un flujo de hasta 2 l/min, siendo necesario una mascarilla para administrar un flujo mayor a 2l.

La oxigenoterapia de alto flujo (OAF) es la aportación del gas de manera constante y no va conforme a su patrón respiratorio. Permite administrar flujos mayores, de 5 a 40 l/m y va acompañado de oxígeno caliente ya que puede ser irritante para la piel del bebé por su intensidad. Se aplica en los pacientes que presentan trabajo respiratorio, apnea, insuficiencia respiratoria o pacientes que presentan una saturación de O<sub>2</sub> menor de 92% a pesar de administrar gafas nasales a 2l/m y/o su frecuencia respiratoria es superior a 60 respiraciones por minuto. (García García, M. L., Korta Murua, J., & Callejón Callejón, A., 2017)

Se ha comprobado que la oxigenoterapia de alto flujo (OAF) a 15 l/min resulta ser eficaz como tratamiento de la bronquiolitis para reducir la dificultad respiratoria y el tiraje intercostal en los lactantes reduciendo su frecuencia respiratoria desde la primera hora de tratamiento. La OAF disminuye el porcentaje de ingresos en UCIP notablemente, siendo únicamente hospitalizados en cuidados intensivos el 18%. Se ha comprobado según un estudio que es más eficaz la AOF a 15l/min que a 10l/min habiendo una gran diferencia en las hospitalizaciones que requieren cuidados intensivos.(González Martínez et al., 2019)

La OAF con cánulas nasales reduce la necesidad de ventilación mecánica en bebés ingresados por bronquiolitis. Se proporciona un flujo inicial de 4-6l/min hasta 10l/min hasta llegar a una saturación mayor del 92%. En este tipo de tratamiento el paciente debe estar monitorizado para ver su frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, temperatura, FiO<sub>2</sub> y gasometría capilar. El tratamiento comienza a ser efectivo a partir de las 3 horas alcanzando su máxima eficacia a las 6 horas, disminuyendo FC y FR y el CO<sub>2</sub> en sangre capilar previniendo la ventilación mecánica no invasiva y manejando de manera eficaz el patrón respiratorio. (Bermúdez Barrezueta et al., 2017)

La ventilación con presión positiva (CPAP) solo se aplicará cuando exista una disminución del esfuerzo o agotamiento respiratorios, apnea, o el bebé no remonte a pesar de la

administración de oxigenoterapia. (García García, M. L., Korta Murua, J., & Callejón Callejón, A., 2017)

Los broncodilatadores como el salbutamol, pueden ser beneficiosos, aunque no reduce el número de hospitalizaciones, por lo que no deben ser utilizados en pacientes para el tratamiento de la bronquiolitis aguda viral. El bromuro de ipratropio y los antibióticos no son beneficiosos ni están recomendados para los bebés que padecen bronquiolitis. (García García, M. L., Korta Murua, J., & Callejón Callejón, A., 2017)

Los padres deben administrar antipiréticos de venta libre como el paracetamol para combatir las altas fiebres que produce la bronquiolitis. (Duncan, 2022)

El tratamiento para manejar la sintomatología del lactante por VRS son la oxigenoterapia. La hidratación y controlar el color de la piel del bebé, aspiración de secreciones para evitar cúmulo y los tratamientos inhalatorios son imprescindibles. (García Roldán et al., 2018)

#### **2.3.4. Factores de riesgo**

Los factores de riesgo de la bronquiolitis son principalmente los lactantes menores de 6 meses, los bebés que padecen cardiopatía congénita, una enfermedad pulmonar crónica o son prematuros. (Rivas Andrades et al., 2016). Los bebés con cardiopatía congénita en concreto los que padecen hemodinámica cianótica o no cianótica son los que presentan el riesgo más elevado de padecer bronquiolitis por VRS. (Zornoza Moreno et al., 2024)

Los bebés que tienen otro tipo de patologías también presentan un riesgo elevado de contraer bronquiolitis por VRS, como pueden ser, los lactantes con inmunodepresión grave, lactantes con enfermedades neuromusculares, síndromes genéticos que padezcan problemas respiratorios, padecer síndrome de Down, fibrosis quística o errores congénitos del metabolismo. (Claver Escanilla et al., 2024)

Asistir a escuelas infantiles, tener hermanos mayores, estar en contacto con el humo del tabaco durante el periodo de gestación o la lactancia son factores que afectan para llegar a la hospitalización debido a esta enfermedad. (Rivas Andrades et al., 2016) Acudir a espacios públicos con aglomeraciones también es un factor de riesgo. (Rivas Andrades et al., 2016)

En concreto, el riesgo de contraer el VRS que son expresamente bebés con menos de 32 semanas y/o un peso de 1kg al nacer. (Whelan, 2012)

Los neonatos muy prematuros presentan mayor vulnerabilidad médica a diferencia de los bebés que nacen a término. Se refleja en las largas hospitalizaciones debido a que suelen ingresar en al UCIP y hacen uso de la ventilación mecánica. (Packnett et al., 2022)

## **2.4. Hospitalización**

En los bebés, la bronquiolitis por VRS consigue un 3,4 millón de hospitalizaciones en el mundo, siendo el segundo motivo de la muerte en los bebés de menos de un año, sobre todo en países con pocos recursos. (Rodríguez Fernández et al., 2024)

La implementación de correctas medidas de higiene y la administración de anticuerpos monoclonales contra el VRS como puede ser la administración de palivizumab, pueden disminuir la sobrecarga de atención médica, tanto en ingresos en el hospital como en el ambulatorio por el VRS en niños más débiles y con factores de riesgo. (Rivas Andrades et al., 2016)

La Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) se encarga de evaluar los fármacos tras estudios clínicos para estudiar su uso. Está formada por profesionales expertos y especializados en enfermedades infecciosas. Tras la evaluación del fármaco preventivo nirsevimab, se comprueba que reduce el riesgo de hospitalizar por VRS en bebés, con la confirmación de que este medicamento podría prevenir el VRS y ser efectivo. (Francisco et al., 2023)

La SEIP recomienda administrar nirsevimab a los lactantes menores de seis meses durante octubre hasta marzo y también a los bebés con prematuridad y los que padezcan enfermedades crónicas.

Con este medicamento se espera reducir las hospitalizaciones y poder reducir así la carga de ellos hospitales pediátricos en estas temporadas de otoño e invierno. (Francisco et al., 2023)

El programa de prevención contra la bronquiolitis por VRS en una parte de Italia durante la temporada de octubre a marzo de 2023-2024 se compara con la temporada anterior (2022-2023). En este estudio, tras la exclusión de los bebés que tenían factores de riesgo por VRS ya que se les administró palivizumab, el riesgo de ingresar por VRS fue del 3,2% en 2024 en comparación con la temporada 2023 que fue del 7%. Los bebés que no recibieron esta vacuna tuvieron un riesgo del 8,3%. El nirsevimab es efectivo y reduce destacablemente las hospitalizaciones por VRS. Ningún bebé que recibió nirsevimab fue hospitalizado en esta

parte de Italia resultado la profilaxis muy eficaz y segura. (Consolati et al., 2024)

### 2.4.1 Manejo del bebé en la UCIP

El inicio de síntomas que deterioran el estado del bebé para necesitar cuidados intensivos se suele dar entre 6 y 24 horas previas, por lo que identificarlos puede ser beneficioso y así poder tratarlo y prevenir este empeoramiento en el momento indicado. (Moldés Pedreño et al., 2022)

En la UCIP, la bronquiolitis es la primera causa por la que ingresan los bebés menores de 6 meses debido a su dificultad respiratoria, ya que suelen necesitar soporte respiratorio a través de la monitorización.

Para el ingreso de estos bebés tiene que darse una insuficiencia respiratoria grave, acompañada de episodios de apnea, que la saturación del bebé sea menor de 92%. También ingresan cuando padecen enfermedades congénitas ya sean cardíacas o respiratorias, tengan déficit inmunológico o haber sido prematuros al nacer.

En este servicio de cuidados intensivos, se administra oxigenoterapia ya sea de bajo o de alto flujo. También es bastante común utilizar CPAP para que la ventilación mejore y como última opción se acudirá a la ventilación mecánica invasiva en casos extremos, cuando el bebé no mejore con otras intervenciones. (Pilar Orive, F. J., & López Fernández, Y. M., 2021)

### 2.4.2 Escalas

La escala "PEWS", que significa en español Escala Pediátrica de Alerta Temprana, debe ser utilizada por enfermería para valorar el deterioro clínico de los bebés ingresados por VRS. Se valora al lactante durante los dos primeros días de hospitalización. Enfermería debe saber interpretar los resultados de la escala y así intervenir cuanto antes.

En esta escala (Tabla 3), las variables principales que se estudian son la frecuencia respiratoria, temperatura, frecuencia cardíaca y nivel de conciencia.

Los valores son los siguientes:

PUNTOS	INTERVENCIÓN
0-2	Continuar con monitorización normal por turno
3	Aumentar monitorización a 2-4 horas según la valoración de enfermería
4	Aumentar monitorización a 2-4 horas y valorar la consulta con facultativo
5-6	Avisar a facultativo

**Tabla 3. Escala Pediátrica de Alerta Temprana.** Elaboración propia a partir de Berruezo Pérez, diciembre, 2018.

La escala PEWS es eficaz para detectar el deterioro clínico de los bebés que padecen bronquiolitis por VRS. Es una herramienta de trabajo para enfermería ya que la detección temprana para una buena intervención es fundamental. Mejora la comunicación entre enfermería y médicos pediatras. (Berruezo Pérez. et al., 2018)

## **2.5. Vacunación**

El objetivo de vacunar a los bebés del VRS es prevenir la bronquiolitis para que las urgencias y hospitalizaciones por complicaciones se reduzcan. (Claver Escanilla et al., 2024) Actualmente, el palivizumab es el tratamiento de profilaxis disponible, pero este es muy costoso. Es un anticuerpo monoclonal humanizado específico contra el VRS y es administrado cada mes a los bebés de mayores riesgos. Los lactantes que son más propensos a asumir el riesgo de contraer el VRS son los neonatos prematuros, bebés menores de 2 años con enfermedad pulmonar crónica y/o con cardiopatía congénita (López-Lacort et al., 2021) El palivizumab está indicado para los bebés prematuros con edad gestacional menor de 28 días. (Rivas Andrades et al., 2016)

Hay otros procesos de inmunización que se están llevando a cabo, como la inmunización materna, la inmunización con anticuerpos monoclonales y la inmunización pediátrica que pueden estar a nuestro alcance próximamente. (López-Lacort et al., 2021)

Los lactantes tienen un sistema inmunológico inmaduro por lo que no se pueden inmunizar activamente hasta los dos meses. Lo más efectivo para la protección de los neonatos es la inmunización pasiva. La ResVax es la vacuna materna es la que más ha avanzado en el último tiempo. Ha demostrado que es eficaz en el 44% y ha disminuido el ingreso por VRS en los pacientes de dos o menor meses. La fase III de un ensayo ha demostrado que el mAb nisevimab posee un gran potencial para la protección de los bebés menos de dos años durante los meses que está el VRS con una única inyección. Esta inyección posee una vida media prolongada y ha disminuido notablemente las infecciones del tracto respiratorio inferior por VRS con asistencia sanitaria e ingresos que con un placebo en bebés prematuros saludables que participaron en su primera temporada de VRS. Resultaron ser un 70% y un 80% inferiores. (López-Lacort et al., 2021)

En la actualidad, se está estudiando las vacunas maternas para mujeres en gestación y así poder pasar a través de la placenta esos anticuerpos. Esta vacuna solo la podrían obtener las

mujeres que den a luz justo antes de la temporada estacional del VRS.(Azzari et al., 2021)

Sobre la inmunización pasiva materna podemos ver que la vacunación a mujeres en gestación, los anticuerpos, se transfieren al feto a través de la placenta ya que presenta unas vellosidades en contacto con la sangre materna y el endotelio fetal. Esta transferencia depende de los meses de embarazo de la mujer, es decir, si se aplica esta vacuna en el tercer trimestre o las últimas 2 semanas de embarazo los niveles de IgG superan a los de la madre. Se comprueba que hay diferencia entre si el bebé es prematuro o no, siendo la vacuna más eficaz cuando los bebés nacen a término. En la eficacia también influye el estado de salud de la mujer embarazada. Como la vacunación contra la gripe en la mamá demuestran ser efectivas se impulsa a seguir la investigación contra la vacuna del VRS.(Suryadevara, 2024)

El palivizumab es el anticuerpo más conocido actualmente, pero se ha visto que el nirsevimab presenta mayor duración en el cuerpo de los lactantes. Estos anticuerpos actúan sobre la proteína fusión (F) durante 5 o 6 meses por lo que es muy eficaz para los lactantes que son de riesgo.(Suryadevara, 2024)

En 2022, la Unión Europea concedió la aprobación al MAb anti-VSR de vida media. Como no existe un tratamiento específico para esta enfermedad respiratoria que afecta a los bebés, tratar la sintomatología es primordial. (Zornoza Moreno et al., 2024)

El nirsevimab es un fármaco compuesto con un anticuerpo monoclonal diseñado específicamente para que el VRS no afecte al organismo del bebé. Está diseñado para su prevención. La diferencia entre los dos fármacos actuales es que el nirsevimab es una sola inyección, pues los lactantes recibirán una única dosis, sin embargo, el palivizumab requiere múltiples dosis durante meses.(Francisco et al., 2023)

En los bebés que presentan factores de riesgo asociados se inmunizan con nirsevimab previo a la temporada VRS, antes de tener los 2 años. Los bebés con menos de 6 meses se vacunarán al principio o durante la temporada de la enfermedad. Los lactantes que nazcan durante octubre a marzo, se les administrará nirsevimab en los dos primeros días de vida, cuando la gravedad de la enfermedad es mayor. (Claver Escanilla et al., 2024)

El protocolo de vacunación del fármaco nisevimab será registrado por enfermería a través de varios pasos: identificar al bebé que se administrará la vacuna, la evaluación de la comprensión de los padres, proporcionar seguridad para combatir el dolor de la vacunación,

comprobar el calendario vacunal, informar sobre lo más relevante del fármaco, inyectar la dosis correcta y registro de la vacuna proporcionando la fecha, el fármaco y laboratorio, la dosis administrada y el lote quedando todo registrado en la historia clínica del bebé. (Claver Escanilla et al., 2024)

El nirsevimab reduce un 83% las hospitalizaciones de bronquiolitis por VRS por lo que tiene un impacto positivo en la reducción de ingresos, siendo un beneficio para la sobrecarga de la enfermedad durante la temporada de invierno. (Claver Escanilla et al., 2024)

## **2.6. Cuidados de enfermería**

### **2.6.1 Educación a la familia**

Un estudio para analizar el conocimiento de los padres por esta enfermedad lanza un cuestionario a todos los padres de niños menores de 2 años para ver la información que tienen de esta vacuna y acerca del VRS y previo a lanzar la campaña de inmunización. La importancia de prevenir esta enfermedad a través de la inmunización y otros métodos es muy importante para los padres ya que son los que deciden si vacunar o no a los niños. Aunque el 95,5% conocen el VRS solo el 46% tiene conocimientos sobre el virus. Un porcentaje del 11% tenía idea de la inmunización con nirsevimab y son cifras preocupantes ya que no se tiene información suficiente para la protección de sus hijos. (Zornoza Moreno et al., 2024)

El rol de enfermería tiene como objetivo la educación de los padres para prevenir la bronquiolitis por VRS por lo que es efectivo ayudar a los padres con materiales impresos y el aporte de un equipo de enfermeras que explican detalladamente las medidas de prevención del VRS. Esta información es actualizada según la evidencia científica y está explicada de manera que pueda ser comprendidas por los padres y así poder formar parte de la prevención de esta enfermedad y mantengan un rol activo. Esta información también puede educar a otros profesionales sobre los riesgos y resultados relacionados con el VRS, educación sobre signos y síntomas y también consejos cuando al paciente le dan el alta como la higiene de manos, limitar visitas en casa, el tabaquismo y los riesgos para el bebé. (Whelan, 2012) La lactancia materna es una medida de prevención para los bebés por lo que es importante informar a los padres de este tipo de prevención. (Rivas Andrades et al., 2016)

### **2.6.2 Cuidados básicos**

Unos de los cuidados de enfermería más importante e imprescindible es la prevención y promoción de la salud. El asesoramiento y proporcionar información a los padres y familiares sobre la prevención con la vacuna contra el VRS es primordial para la protección del bebé.

Esta información debe incluir los efectos adversos de la vacuna, su tratamiento y la efectividad de esta. (Hernández Manjón, 2023)

Los cuidados básicos de enfermería son los siguientes (Tabla 4):

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	DESCRIPCIÓN
Limpieza de manos previo y post de un procedimiento.	Lavar las manos adecuadamente al iniciar o finalizar cualquier intervención.
Vigilar constantes vitales.	Monitorizar la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y saturación del bebé.
Controlar oxigenoterapia y dificultad respiratoria.	Vigilar la administración de oxígeno y observar signos de dificultad respiratoria.
Proporcionar tratamiento farmacológico.	Administrar antipiréticos para reducir la fiebre y el malestar.
Controlar alimentación y prevenir deshidratación.	Asegurar la ingesta del bebé para evitar la deshidratación.
Limpieza de secreciones nasales.	Limpiar adecuadamente las secreciones a través de lavados nasales o otras intervenciones.
Mantenimiento de una postura reconfortante, fowler o semi-fowler.	Colocar al lactante en una posición confortable para reducir el trabajo respiratorio.
Manejo de la irritabilidad.	Reconocer la causa de la irritabilidad del bebé para evitarla.
Estimulación de la tos.	Ayudar y animar al bebé a toser para el movimiento de las secreciones.
Prevención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alejar del humo del tabaco.</li> <li>- Proponer la lactancia materna.</li> </ul>

**Tabla 4. Cuidados básicos de enfermería.** Elaboración propia a partir de Rivas Andrades, 2016.

Para prevenir la enfermedad es necesario el lavado de manos, evitar humo del tabaco, fomentar la lactancia materna, educación de la salud a familiares y principalmente a los padres. También es importante evitar la relación con personas que tengan síntomas

respiratorios. (Rivas Andrades et al., 2016)

Uno de los cuidados de enfermería de la actualidad es el masaje terapéutico para disminuir el malestar de los bebés durante la enfermedad de la bronquiolitis. Este cuidado está reflejado en las Intervenciones de Enfermería (NIC): “estimulación de la piel y tejidos subyacentes con diversos grados de presión manual para disminuir el dolor, inducir relajación y/o mejorar la circulación”. (Soto et al., 2020)

Este masaje produce beneficios como reducir o desaparecer el dolor, y ayudar a lidiar con el sueño-vigilia. Otro de los efectos positivos es la estimulación del sistema circulatorio, el sistema nervioso y el sistema musculoesquelético. El masaje como cuidado de enfermería produce relajación, efectos anestésicos incluso sedantes, por lo que tiene múltiples efectos positivos. Se ha comprobado que aspirar mocos a los bebés puede ser un procedimiento que ocasiona discomfort. (Soto et al., 2020)

“Tuina” es un tipo de masaje en el cual se realizan movimientos en la zona del antebrazo de manera ascendente y descendentes, sin ejercer presión, con la palma de nuestra mano. (Soto et al., 2020)

### **3. Justificación.**

El virus respiratorio sincitial (VRS) es la causa principal de la bronquiolitis produciendo infecciones respiratorias a los bebés principalmente entre octubre y marzo. (Hernández Manjón, 2023). Esta enfermedad respiratoria se contagia a través de gotas. (Claver Escanilla et al., 2024).

La bronquiolitis presenta síntomas similares a un resfriado común, que pueden agravarse si no se tratan. Cabe destacar la importancia de conocer los factores de riesgo de la bronquiolitis para su prevención como estar en un ambiente de humo, acudir a espacios aglomerados, ser prematuros o padecer cardiopatías congénitas (Rivas Andrades et al., 2016).

La agravación de los síntomas puede llegar a la hospitalización, llegando a conseguir 3,4 millones de ingresos en el mundo por esta enfermedad. (Rodríguez Fernández et al., 2024)

La vacunación con anticuerpos monoclonales ayuda a prevenir las hospitalizaciones por VRS. (Claver Escanilla et al., 2024). Asimismo, la educación a la familia es primordial en este proceso, teniendo enfermería un papel importante en esta educación. (Whelan, 2012)

Las enfermeras son las encargadas de proporcionar confort al paciente para manejar su

irritabilidad, proporcionando oxigenoterapia para la corrección de la hipoxia del bebé principalmente. (García García, M. L., Korta Murua, J., & Callejón Callejón, A., 2017)

Se destaca diferentes estudios que ayudan a manejar la bronquiolitis como son escalas clínicas para clasificar la gravedad de la bronquiolitis y llevar a cabo un tratamiento según la severidad de esta. (Rivas Andrades et al., 2016). Las escalas de alerta temprana para detectar el deterioro del paciente son imprescindibles, así como realizar cambios en la intervención terapéutica a tiempo. (Moldés Pedreño et al., 2022)

Un estudio significativo sobre el tratamiento de la bronquiolitis muestra los litros necesarios a administrar en la oxigenoterapia para corregir la hipoxia del bebé. (García García, M. L., Korta Murua, J., & Callejón Callejón, A., 2017)

Otro de los estudios más relevantes para la prevención de esta enfermedad es analizar el grado de conocimiento de los padres sobre la bronquiolitis y su prevención para así poder trabajar sobre la educación a los padres. (Zornoza Moreno et al., 2024)

Actualmente existen estudios sobre la vacunación materna para mujeres en gestación para transferir los anticuerpos a través de la placenta. (Suryadevara, 2024) Cabe destacar que sería necesario fortalecer la existencia de suficientes anticuerpos en el bebé tras la vacunación de la madre, así como el déficit de conocimiento si el bebé precisará un recordatorio durante la temporada del VRS.

Los profesionales sanitarios son el principal pilar de información para la educación de los padres por lo que la formación de las enfermeras pediátricas en la bronquiolitis es fundamental. Por ello, se justifica la necesidad de formar a enfermería sobre la promoción y educación de esta enfermedad justificando así la importancia de desarrollar un proyecto educativo.

## 4. Metodología.

### 4.1 Población diana.

El proyecto educativo va orientado a las enfermeras internas residentes de Pediatría que se encuentran en formación en la Zona Básica de Salud de Ibiza.

De esta manera, las sesiones preparadas están enfocadas a las enfermeras EIR de Pediatría del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (HIUNJ) y Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM) y también a las profesionales del Centro de Salud Ibiza. Este proyecto será desarrollado en el periodo de residencia de las profesionales ya que estas tienen un papel muy importante tanto en la educación como en la prevención de las enfermedades pediátricas, incluida la bronquiolitis por VRS.

Las sesiones en las que se formarán a las profesionales sanitarias serán en una de las salas educativas del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, que se encuentra en la Avenida de Menéndez Pelayo, 65, Retiro, 28009 Madrid donde podrán acudir también las enfermeras residentes de pediatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón así como las enfermeras residentes de pediatría del Centro de Salud de Ibiza. Las sesiones contarán con un número limitado de plazas que serán 15 profesionales de enfermería.

### 4.2 Captación.

En este proyecto será necesario la aprobación del Departamento de Docencia y Formación y también de la Dirección de Enfermería del HIUNJ y también será informado la Dirección de Enfermería del HGUGM y del Centro de Salud Ibiza, así todas las residentes estarán al tanto. Para captar su atención en acudir a este proyecto, se hará lo siguiente:

- **Captación directa:** se llevará a cabo informando sobre la información relevante del proyecto a la Dirección de Enfermería del HIUNJ, HGUGM y del Centro de Salud de Ibiza, así como a la Coordinación de Formación y Docencia de Enfermería. Para ello, se facilitará un poster, así como un documento informativo sobre el curso (Anexo 1 y 4). También se incluirán los temas que se abordarán en la formación. Asimismo, será entregado un formulario de inscripción para los interesados (Anexo 2) siendo necesaria la confirmación de la plaza correspondiente (Anexo 3) para que las enfermeras residentes de pediatría puedan acudir a la formación.
- **Captación indirecta:** se facilitará la información con un cartel informativo en los Hospitales, así como en el centro de salud, concretamente en áreas de descanso

(salas de estar de enfermería). También se incluirá un correo electrónico donde se podrán resolver las dudas correspondientes al curso (Anexo 4).

## **5. Objetivos.**

### **5.1 Objetivo general.**

Preparar a las enfermeras residentes de Pediatría en la prevención de la bronquiolitis por VRS en los bebés a través de estrategias educativas, vacunación y cuidados de enfermería basados en la evidencia.

### **5.2 Objetivos específicos.**

#### **5.2.1 Objetivos de conocimiento (Saber).**

- Reconocer los factores de riesgo, así como la epidemiología de la bronquiolitis por VRS.
- Distinguir las estrategias de prevención como la vacunación y medidas higiénicas.
- Diferenciar los cuidados de enfermería que son eficaces y los que no.

#### **5.2.2 Objetivos de habilidad (Saber hacer).**

- Aplicar las técnicas de educación de la salud a los padres sobre la prevención de la bronquiolitis.
- Manejar las escalas de alerta temprana y valoración de la gravedad del paciente.
- Desarrollar material de apoyo para la educación de padres y cuidadores.

#### **5.2.3 Objetivos de actitud/interés (Saber ser).**

- Concienciar sobre la importancia de educar para prevenir las infecciones respiratorias en los bebés.
- Fomentar el trabajo en equipo para mejorar la calidad de vida en la atención pediátrica.
- Impulsar una actitud proactiva desde la enfermería para la prevención de la bronquiolitis.

## **6. Contenidos.**

Los contenidos que se van a llevar a cabo en el proyecto educativo que estarán dirigidos a las enfermeras residentes de pediatría que tratan con los padres de los bebés serán los siguientes:

- Bronquiolitis por VRS. Factores de riesgo.
- Estrategias de prevención. Vacunación y medidas higiénicas.
- Cuidados de enfermería eficaces.

- Educación a los padres sobre la bronquiolitis.
- Escalas de atención temprana.
- Trabajo en equipo.

## **7. Sesiones, técnicas de trabajo y recursos materiales.**

### **7.1 Planificación general.**

El proyecto educativo se impartirá en tres sesiones, que estarán organizadas en turno de mañana y turno de tarde, así de facilitará la asistencia de los participantes cuando el HIUNJ apruebe el proyecto.

Cada sesión contendrá contenido teórico acompañado de actividades prácticas y finalmente una evaluación. La duración será de 2 horas con 10 minutos de descanso. El número de enfermeras máximo que podrán acudir serán 15 por sesión, siendo un total de 30 participantes si se completan los dos turnos (mañana y tarde).

Las sesiones se impartirán por dos enfermeras especialistas en pediatría en cada turno. Ellas serán las responsables de exponer los contenidos, así como de manejar las actividades, garantizar un aprendizaje y realizar la evaluación a los participantes.

En la última sesión se impartirá una simulación práctica en dos grupos por sesión así se podrá evaluar los conocimientos aprendidos en las sesiones.

Las tres sesiones se impartirán en una de las salas educativas del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Av. De Menéndez Pelayo, 65, Retiro, 28009, Madrid). El Hospital presenta varias combinaciones en transporte público como las líneas de autobús 26, 61, C1 y C2 y también la parada de metro Ibiza (línea 9).

Para que la organización de las sesiones sea efectiva, el cartel informativo se implantará en las áreas de descanso de las salas de estar de enfermería en las plantas pediátricas, así como en las aulas de docencia de las enfermeras residentes de pediatría. Para confirmar la asistencia, los formularios deben ser enviados con al menos dos semanas de antelación para la adaptación de las sesiones conforme a los participantes.

### 7.1.1 Cronograma general.

#### Sesión 1: Día \_ de mayo de 2025.

Turno de mañana	Turno de tarde	Contenido
9:00 – 9:15	17:00 – 17:15	Control de asistencia e introducción de la bronquiolitis.
9:15 – 9:30	17:15 – 17:30	Factores de riesgo de la bronquiolitis.
9:30 – 9:50	17:30 – 17:50	Estrategias de vacunación.
9:50 – 10:00	17:50 – 18:00	Descanso.
10:00 – 10:30	18:00 – 18:30	La vacunación como prevención.
10:30 – 11:00	18:30 – 19:00	Dudas y cuestionario.

#### Sesión 2: Día \_ de mayo de 2025.

Turno de mañana	Turno de tarde	Contenido
9:00 – 9:15	17:00 – 17:15	Control de asistencia y recordatorio de la sesión anterior (cuestionario).
9:15 – 9:30	17:15 – 17:30	Cuidados de enfermería eficaces y cuáles no.
9:30 – 9:50	17:30 – 17:50	Educación a los padres sobre prevención.
9:50 – 10:00	17:50 – 18:00	Descanso.
10:00 – 10:15	18:00 – 18:15	Comunicación efectiva con la familia.
10:15 – 10:35	18:15 – 18:35	Role-play
10:35 – 11:00	18:35 – 19:00	Dudas y cuestionario.

### Sesión 3: Día \_ de mayo de 2025.

Turno de mañana	Turno de tarde	Contenido
9:00 – 9:15	17:00 – 17:15	Control de asistencia y recordatorio de la sesión anterior (cuestionario).
9:15 – 9:30	17:15 – 17:30	Trabajo en equipo.
9:30 – 9:50	17:30 – 17:50	Escalas de atención temprana.
9:50 – 10:00	17:50 – 18:00	Descanso.
10:00 – 10:40	18:00 – 18:40	Simulación final y dudas.
10:40 – 11:00	18:40 – 19:00	Cuestionario y evaluación por docentes y participantes (encuesta)

Tabla: Cronograma general de las sesiones. Elaboración propia.

#### 7.1.2 Técnicas de trabajo.

Se utilizarán varios métodos educativos para adquirir el aprendizaje que requiere el proyecto educativo que serán los siguientes:

- **Técnicas de “investigación de aula”:** que facilitarán la expresión para brindar la posibilidad de compartir experiencias propias, así como conocimientos y sentimientos. Se aborda el área afectiva para ayudar a los participantes a organizar sus experiencias, aprender de sus errores y la posibilidad de cambios. Se utilizarán técnicas como la tormenta de ideas.
- **Técnicas expositivas:** su utilidad es para la transmisión de conocimientos y conceptos generales abordando principalmente el área cognitiva y así poder reorganizar la información. Se hará a través de la comunicación bidireccional para que los participantes participen de manera individual o grupal. La ideal principal será un video con una discusión.
- **Técnicas de análisis:** se abordará para el análisis del tema principal desde diferentes perspectivas tratando los factores causales y comparando las experiencias y las posibles soluciones. Se aborda el área cognitiva para trabajar la actitud, los valores y los

sentimientos. La técnica que se llevará a cabo será analizar un caso.

- **Técnicas para el desarrollo de habilidades:** el objetivo es entrenar habilidades concretas para desarrollar la capacidad de comportamiento en la realidad. En ella se aborda capacidades personales, sociales y también psicomotoras. La técnica será juego de roles (role-playing).

### **7.1.3 Materiales necesarios.**

- Hoja de control de asistencia
- Ordenador portátil
- Proyector y pantalla
- Puntero láser
- Pizarra y rotuladores
- Altavoces
- Presentaciones de PowerPoint
- Escalas de valoración pediátrica
- Videos educativos
- Casos clínicos impresos
- Material para las simulaciones
- Cuestionarios
- Encuestas de satisfacción

## **8. Evaluación del proyecto educativo.**

### **8.1 Evaluación de la estructura y el proceso.**

La evaluación del proyecto educativo tiene un papel imprescindible en el proyecto educativo para poder valorar el nivel de aprendizaje de cada sesión sobre el manejo de la bronquiolitis por VRS y su prevención. De esta manera, obtenemos información sobre la utilidad de cada sesión, para poder observar los puntos positivos y negativos de cada una de ellas y poder corregir las partes negativas para las futuras sesiones. Para ello, se utilizarán diferentes métodos de evaluación teniendo en cuenta principalmente los contenidos a tratar y valorando los objetivos generales y específicos, para comprobar que las asistentes han adquirido los conocimientos principales para superar estas sesiones.

### **8.1.1 Evaluación realizada por los profesionales.**

La evaluación realizada por los profesionales docentes, es decir, dos enfermeras especialistas en pediatría evaluarán a las asistentes de la siguiente manera para comprobar si los métodos de captación han sido efectivos o se mejorarán para futuras sesiones.

En primer lugar, se evaluará el control de asistencia cada día antes de empezar a través de una hoja (Anexo 5). Por otra parte, se evaluará a las enfermeras residentes de pediatría el interés y la actitud que presenten en las sesiones, así como la participación. También se evalúa si los tiempos en cada contenido han sido suficientes, así como los materiales utilizados en cada sesión por si son necesarios para mejoría del proyecto (Anexo 6).

### **8.1.2 Evaluación realizada por los participantes.**

Del mismo modo, también se realizará una evaluación por parte de los participantes. Consistirá en una encuesta (Anexo 7) al finalizar la tercera sesión que será anónima. En ella, se evaluarán las sesiones, así como los contenidos, las técnicas utilizadas para el aprendizaje, los materiales, la gestión del tiempo, la comodidad y los contenidos tratados.

De esta manera, las participantes tendrán la oportunidad de expresarse y transmitir en confianza los déficits y las posibles mejorías de las sesiones, así como los puntos positivos.

## **8.2 Evaluación de los resultados.**

Para la evaluación de los resultados, se valorarán los objetivos a través de las tres áreas principales del aprendizaje (cognitiva, habilidades y actitud-afectiva) para llegar a adquirir el aprendizaje para el manejo de la bronquiolitis por VRS y la prevención.

### **8.2.1 Evaluación del área de conocimiento.**

En esta parte, se evaluará si las participantes han adquirido los conocimientos básicos sobre la bronquiolitis por VRS, signos y síntomas, así como factores de riesgo y cuidados de enfermería eficaces. Para ello, se repartirá un cuestionario al finalizar cada sesión, así podremos valorar los conocimientos en cada uno de ellos tras recibir la parte teórica y práctica de la sesión (Anexo 8,9 y 10).

### **8.2.2 Evaluación del área de habilidades.**

Se evaluará las habilidades básicas adquiridas tras recibir toda la información teórica y práctica de cada sesión. Se evaluará el manejo de las escalas de atención temprana, así como la habilidad para realizar los cuidados de enfermería principales y la capacidad de expresar a los padres la importancia de la prevención de la bronquiolitis.

### **8.2.3. Evaluación del área de actitud e interés.**

Se evaluará las actitudes que han mostrado las participantes a través de la observación y la participación activa en las sesiones, así como sus dudas e inquietudes. La actitud y el interés será valorado en la simulación final así se valorará objetivamente los valores y conocimientos adquiridos para defender la prevención a través de una actitud positiva tras las sesiones (Anexo 6)

### **8.3 Evaluación de los resultados a medio y largo plazo.**

La evaluación sobre el impacto del proyecto educativo debe seguir en el tiempo, no solo debe quedarse en la finalización de las sesiones. De esta manera, se podrá valorar la repercusión en la atención pediátrica en las experiencias. Para identificar las mejoras y el manejo de la bronquiolitis, se llevará a cabo la evaluación de los resultados a medio y largo plazo.

La evaluación a medio plazo se llevará a cabo a los tres meses de finalizar el proyecto, realizando una encuesta, así se podrá valorar los nuevos conocimientos incorporados y ver cómo han sido utilizados las estrategias para la prevención, así como los cuidados de enfermería en la labor diaria (Anexo 11).

Por otro lado, para evaluar a largo plazo, se realizará dicha evaluación a los seis meses posteriores al proyecto el impacto sostenido de los conocimientos en la formación. Para ello, se creará un grupo para compartir las experiencias durante esos meses tanto con los padres como al realizar los cuidados de enfermería básicos, para identificar desafíos y así mejorar para las futuras sesiones. También se podrán valorar indicadores como la reducción en la tasa de hospitalizaciones por bronquiolitis.

## Bibliografía.

- Azzari, C., Baraldi, E., Bonanni, P., Bozzola, E., Coscia, A., Lanari, M., Manzoni, P., Mazzone, T., Sandri, F., Checcucci Lisi, G., Parisi, S., Piacentini, G., & Mosca, F. (2021). Epidemiology and prevention of respiratory syncytial virus infections in children in Italy. *Italian Journal of Pediatrics*, 47(1), 198. <https://10.1186/s13052-021-01148-8>
- Baraldi, E., Checcucci Lisi, G., Costantino, C., Heinrichs, J. H., Manzoni, P., Riccò, M., Roberts, M., & Vassilouthis, N. (2022). RSV disease in infants and young children: Can we see a brighter future? *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 18(4), 2079322. <https://10.1080/21645515.2022.2079322>
- Bermúdez Barrezueta, L., García Carbonell, N., López Montes, J., Gómez Zafra, R., Marín Reina, P., Herrmannova, J., & Casero Soriano, J. (2017). Oxigenoterapia de alto flujo con cánula nasal en el tratamiento de la bronquiolitis aguda en neonatos. *Anales De Pediatría: Publicación Oficial De La Asociación Española De Pediatría ( AEP )*, 86(1), 37–44. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6721729#?>
- Berruezo Pérez., C. M., Medina López, R., Remedios Rebollo García, M., de Dios Calderón, S., Zambrana Salido, M. J., & Rivas Ruiz, F. (2018). Impacto y manejo clínico de la escala pediátrica de alerta temprana y vrs positivo en lactantes con bronquiolitis: Protocolo de investigación. *Enfermería Cuidándote: La Revista Científica Del Ilustre Colegio Oficial De Enfermería De Málaga*, 1(2), 3–17. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8442789>
- Bracht, M., Basevitz, D., Cranis, M., & Paulley, R. (2011). Impact of respiratory syncytial virus: The nurse's perspective. *Drugs in R&D*, 11(3), 215–226. <https://10.2165/11593140-000000000-00000>

Claver Escanilla, E., Tena Campos, M., Martín Hernández, P., López Delpón, M., Gotor Delso, P., & Muniesa Ciércoles, M. d. C. (2024). Virus respiratorio sincitial y profilaxis vacunación: Revisión bibliográfica. *Revista Sanitaria De Investigación*, 5(3), 171. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9445712#?>

Consolati, A., Farinelli, M., Serravalle, P., Rollandin, C., Aprato, L., Esposito, S., & Bongiorno, S. (2024). Safety and efficacy of nirsevimab in a universal prevention program of respiratory syncytial virus bronchiolitis in newborns and infants in the first year of life in the valle d'Aosta region, italy, in the 2023-2024 epidemic season. *Vaccines*, 12(5), 549. <https://10.3390/vaccines12050549>

Duncan, D. (2022). Respiratory syncytial virus: What community nurses should know. *Journal of Community Nursing*, 36(4), 50–53. <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=00ad97c1-6f81-3ee0-a2f1-0eff70b423e0>

Ferreruela Lanza, R., Coloma Calvo, T., Tejedor Saralegui, N., Fernando Martínez, M., & Ferrer Sierra, P. (2022). Proceso de atención de enfermería ante un paciente pediátrico con bronquiolitis. *Revista Sanitaria De Investigación*, 3(1), 179. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8298570#?>

Francisco, L., Cruz-Cañete, M., Pérez, C., Couceiro, J. A., Otheo, E., Launes, C., Rodrigo, C., Jiménez, A. B., Llorente, M., Montesdeoca, A., Rumbao, J., Calvo, C., Frago, S., & Tagarro, A. (2023). Nirsevimab para la prevención de la enfermedad por virus respiratorio sincitial en niños. posicionamiento de la sociedad española de infectología pediátrica. *Anales De Pediatría*, 99(4), 257–263. <https://10.1016/j.anpedi.2023.09.006>

García Gámez, M., & Blanca Cuenca, M. (2017). A PROPÓSITO DE UN CASO. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS ANTE LA REAGUDIZACIÓN DE BRONQUIOLITIS EN UN LACTANTE. *Ciberrevista Enfermeriadeurgencias.com*, (58), 1–10. Retrieved from

<https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=45735146-d702-3e15-9572-56176240436f>

García García, M. L., Korta Murua, J., & Callejón Callejón, A. (2017). Bronquiolitis aguda viral. *Protocolos Diagnóstico-Terapéuticos En Pediatría*, , 85–102. <https://http://www.aeped.es/protocolos>

García Roldán, S., Pérez López, M. I., & Rodríguez Lugo, A. (2018). Metodología en el tratamiento enfermero de la bronquiolitis. *Hygia De Enfermería: Revista Científica Del Colegio*, (99), 69–73. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6576456>

González Martínez, F., González Sánchez, M. I., Pérez Moreno, J., Toledo del Castillo, B., & Rodríguez Fernández, R. (2019). ¿Cuál es el flujo inicial idóneo en la oxigenoterapia de alto flujo para el tratamiento de la bronquiolitis en las plantas de hospitalización? *Anales De Pediatría: Publicación Oficial De La Asociación Española De Pediatría ( AEP )*, 91(2), 112–119. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7165435#?>

Hernández Manjón, N. (2023). "El VRS es el responsable de hasta un 70% de casos en lactantes con bronquiolitis grave que requieren hospitalización". *Metas de Enfermería*, 26(9), 46–47. Retrieved from <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=cbe3051f-e0be-3f8f-9441-3e60dabbbaa3>

López-Lacort, M., Corberán-Vallet, A., & Santonja Gómez, F. J. (2021). A multivariate age-structured stochastic model with immunization strategies to describe bronchiolitis dynamics. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7607. <https://10.3390/ijerph18147607>

Moldés Pedreño, P., López, B., & Mas Company, E. (2022). Efectividad del “score de alerta precoz infantil” (SAPI) en la valoración del paciente pediátrico afectado por bronquiolitis.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8656977#?>

Packnett, E. R., Winer, I. H., Larkin, H., Oladapo, A., Gonzales, T., Wojdyla, M., Goldstein, M., & Smith, V. C. (2022). RSV-related hospitalization and outpatient palivizumab use in very preterm (born at *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 18(6), 2140533. <https://10.1080/21645515.2022.2140533>

Pilar Orive, F. J., & López Fernández, Y. M. (2021). Manejo de la bronquiolitis aguda en la UCIP. *Protocolos Diagnóstico-Terapéuticos En Pediatría*, , 281–289. <http://www.aeped.es/protocolos>

Rivas Andrades, A. J., Navarro Hernández, P., Sanz Martínez, S., & Méndez Salguero, A. (2016). (2016). Cuidados de enfermería ante la bronquiolitis aguda. Paper presented at the 67–72. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5913855>

Rodríguez Fernández, R., González Martínez, F., Ojeda Velázquez, I., Rodríguez Díaz, M., Capozzi Bucciol, M. V., González Sánchez, M. I., Pérez Moreno, J., & Toledo del Castillo, B. (2024). Efectividad de nirsevimab en la prevención de los ingresos por bronquiolitis por virus respiratorio sincitial en lactantes. *Revista Española De Quimioterapia*, 37(6), 498–503. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9791429#?>

Sola Menarguez, M. d. I. Á, Gonzalez Garrido, M., & Ros Navarret, R. (2023). Plan de cuidados enfermero: Lactante con bronquiolitis en la consulta de atención primaria. A propósito de un caso. *Enfermería Integral: Revista Científica Del Colegio Oficial De Enfermería De Valencia*, (134), 61–65. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9414906#?>

Soto, C. S., Martínez, M. L. D., Castaño, P. L., Rodríguez, P. P., Cruz, A. R., & Serrano, G. T. (2020). Eficacia del masaje terapéutico para aliviar el malestar de niños y niñas con bronquiolitis. *Conocimiento Enfermero*, 3(07), 5–12. <https://10.60108/ce.100>

Suryadevara, M. (2024). Passive immunization strategies to prevent severe respiratory syncytial virus infection among newborns and young infants. *Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society*, 13(Supplement\_2), S110–S114. <https://10.1093/jpids/piae058>

Whelan, B. (2012). Nurse role in RSV management. *Early Human Development*, 88, S29–S30. [https://10.1016/S0378-3782\(12\)70010-5](https://10.1016/S0378-3782(12)70010-5)

Zornoza Moreno, M., Pérez Martín, J. J., Moreno, M. C. G., & Abellán, M. P. R. (2024). Parental knowledge on the respiratory syncytial virus before the nirsevimab immunization program: Attitudes toward immunization in an autonomous community of Spain. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 20(1), 2357439. <https://10.1080/21645515.2024.2357439>

## **ANEXOS**

## Anexo 1. Documento informativo para participantes.



### **Curso: Manejo y prevención de la bronquiolitis en pediatría por enfermería.**

Estimadas enfermeras

El Hospital Infantil Niño Jesús tiene el placer de invitaros a la participación en el curso sobre la Prevención y manejo de la bronquiolitis en pediatría por enfermería. Este curso consistirá en 3 sesiones de 2 horas dirigido a las enfermeras residentes de pediatría que vayan a tratar con padres y bebés. En el proyecto se abordará las competencias principales para abordar la bronquiolitis, así como la prevención a través de la vacunación y la educación para los padres.

El curso estará impartido por dos enfermeras especialistas en pediatría y se desarrollará en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid tras la confirmación de disponibilidad del Hospital para realizar el curso. Se facilitará dos turnos para el curso, de mañana y de tarde, para que así puedan acudir todas las participantes que lo deseen sin ningún impedimento.

Se contarán con 30 plazas disponibles, es decir, 15 en el turno de mañana y 15 en el turno de tarde. Este proyecto se llevará a cabo en unas de las salas habilitadas para impartir cursos del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, que se encuentra en la Avenida de Menéndez Pelayo, 65, Retiro, 28009 Madrid.

Los contenidos que se desarrollarán en el curso son la bronquiolitis y los factores de riesgo, estrategias de prevención (vacunación y medidas higiénicas), cuidados de enfermería eficaces, educación a los padres, escalas de atención temprana y trabajo en equipo. También obtendrás conocimientos actualizados de la bronquiolitis, habilidades clínicas con simulaciones y casos prácticos, así como un certificado de participación.

Los horarios del curso, así como las fechas se comunicarán tras la confirmación de los participantes, con una fecha límite del 22 de abril de 2025.

El proyecto educativo estará apoyado por el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, así como la Escuela de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios (EUEF) de la Universidad Pontificia de Comillas y el Centro de Salud de Ibiza.

Muchas gracias por su atención y podéis consultar cualquier duda en el siguiente correo electrónico: [contacto.prevencionbronquiolitis@gmail.com](mailto:contacto.prevencionbronquiolitis@gmail.com)

Madrid, a ..... de ..... 2025.

Paloma Caracuel Pérez.

Estudiante de 4º de Enfermería.

**Anexo 2. Documento para la solicitud de plaza.**



**Hospital Infantil Universitario  
Niño Jesús**

Comunidad de Madrid



**ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA**



**SAN JUAN DE DIOS**

**SOLICITUD DE UNA PLAZA PARA EL CURSO PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA  
BRONQUIOLITIS EN PEDIATRÍA POR ENFERMERÍA.**

**DATOS DEL SOLICITANTE**

Nombre \_\_\_\_\_

Apellidos \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

Centro de trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Turno de mañana  Turno de tarde

Madrid, a ..... de .....2025.

### Anexo 3. Documento de confirmación.



### CONFIRMACIÓN DE PLAZA PARA EL CURSO PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA BRONQUIOLITIS EN PEDIATRÍA POR ENFERMERÍA.

Estimado/a Sr./Sra. ....

Desde el curso “Prevención y Manejo de la bronquiolitis en pediatría por enfermería” nos complace comunicarle que ha sido aceptada para la participación de este.

El curso se desarrollará durante los días ..... en el turno de ..... y el aula donde tendrá lugar se comunicará tres días previos al inicio del curso a través del correo electrónico.

El Hospital Infantil Universitario está ubicado en la Avenida de Menéndez Pelayo, 65, 28009, Retiro, Madrid. Cuenta con transporte público cercano que es el siguiente:

- Líneas de autobús EMT 26,63,152, C1 y C2.
- Línea de metro Ibiza (línea 9).

Madrid, a ..... de ..... 2025.

Si tiene alguna duda o consulta sobre el curso, puede ponerse en contacto con nosotros a través del correo electrónico [contacto.prevencciónbronquiolitis@gmail.com](mailto:contacto.prevencciónbronquiolitis@gmail.com), así como para la anulación de la plaza.

Paloma Caracuel Pérez.

Estudiante de 4º de Enfermería.

### Anexo 4. Póster.

# EL MANEJO Y PREVENCIÓN DE LA BRONQUIOLITIS PEDIÁTRICA EN ENFERMERÍA

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús


**Dirigido a enfermeras  
residentes de pediatría**

MAYO 2025  
3 SESIONES

- Actualización en cuidados especializados
- Mejor comunicación con las familias
- Aplicación de estrategias de prevención
- Certificado de participación



¡Te esperamos con los brazos abiertos!

 [contacto.prevencionbronquiolititis@gmail.com](mailto:contacto.prevencionbronquiolititis@gmail.com)



## Anexo 6. Evaluación por las profesionales docentes por sesión.



Hospital Infantil Universitario  
Niño Jesús

Comunidad de Madrid



ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA



SAN JUAN DE DIOS

### EVALUACIÓN MANEJO Y PREVENCIÓN DE LA BRONQUIOLITIS EN PEDIATRÍA POR ENFERMERÍA.

Estimada docente,

El objetivo de esta encuesta es evaluar el comportamiento de las participantes, así como si los recursos han sido suficientes en las sesiones tras finalizar las tres sesiones.

Instrucciones: Marque con una "X" la opción que refleje su opinión.

Ítem	Insuficiente	Adecuado	Bueno	Excelente
Nivel participativo en actividades y dinámicas grupales				
Interacción con las profesionales (dudas, comentarios)				
Interés mostrado en los contenidos				
Aplicación de los conocimientos adquiridos en ejercicios prácticos				
Distribución del tiempo				
Tiempo dedicado a cada actividad				
Calidad y disponibilidad de los recursos				
Distribución de los contenidos				
Satisfacción del curso				

Comentarios y sugerencias:

---

---

¿Qué aspectos mejorarías y cuáles eliminarías para futuras sesiones del curso?

---

---

---

---

Madrid, a ..... de ..... 2025.

## Anexo 7. Encuesta evaluativa para participantes.



Hospital Infantil Universitario  
Niño Jesús

Comunidad de Madrid



ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA



SAN JUAN DE DIOS

### EVALUACIÓN MANEJO Y PREVENCIÓN DE LA BRONQUIOLITIS EN PEDIATRÍA POR ENFERMERÍA.

Encuesta anónima con el objetivo de conocer la opinión sobre el curso para las futuras mejoras de este. Gracias por su participación.

Instrucciones: Marque con una "X" la opción que mejor refleje su perspectiva.

Ítems	Insatisfactorio	Aceptable	Satisfactorio	Muy satisfactorio
Organización del curso				
Claridad y utilidad de los contenidos				
Interés y motivación				
Relación de la práctica profesional con los contenidos				
Aplicabilidad del aprendizaje				
Métodos para la enseñanza				
Participación y dinámica				
Claridad en las presentaciones				
Utilidad de los ejercicios prácticos				
Recursos empleados				
Distribución del tiempo				

Comodidad en el espacio				
Necesidad de ampliar el contenido				
Relación del contenido con situaciones reales				
Satisfacción global del curso				

Comentarios y observaciones:

---



---



---



---



---

Madrid, a ..... de ..... 2025.

## Anexo 8. Cuestionario post sesión 1.



Hospital Infantil Universitario  
Niño Jesús

Comunidad de Madrid



ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA



SAN JUAN DE DIOS

1. ¿Cuál de los siguientes es un factor de riesgo para que los lactantes desarrollen bronquiolitis por VRS?
  - a) Ser gemelo o mellizo.
  - b) Asistir a guarderías.
  - c) Ingerir alimentos sólidos antes de los seis meses.
  
2. ¿Cuál es la edad más vulnerable para desarrollar bronquiolitis grave?
  - a) Adolescentes entre 12 y 15 años.
  - b) Lactantes menores de un año.
  - c) Niños mayores de 6 años.
  
3. ¿Qué enfermedad en lactantes es un factor de riesgo para desarrollar bronquiolitis?
  - a) Fibrosis quística.
  - b) Boca-mano-pie.
  - c) Padecer virus de la varicela-zóster.
  
4. ¿Cuál es una medida preventiva efectiva para la reducción del contagio del virus respiratorio sincitial (VRS)?
  - a) Uso de antibióticos como prevención.
  - b) Evitar lácteos en invierno.
  - c) Lavado de manos y evitar el humo del tabaco.
  
5. ¿Qué medida puede beneficiar a la prevención de la bronquiolitis en bebés?
  - a) Evitar el contacto con mascotas,
  - b) Administrar suplementos vitamínicos.
  - c) Mantener la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses.

6. ¿Cuál es el beneficio principal de la vacunación de enfermedades respiratorias?
- a) Evitar por completo cualquier enfermedad en la infancia.
  - b) Disminuir el riesgo de infecciones respiratorias graves.
  - c) Aumentar la resistencia del organismo frente a cualquier infección.

## Anexo 9. Cuestionario post sesión 2.



Hospital Infantil Universitario  
Niño Jesús

Comunidad de Madrid



ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA



SAN JUAN DE DIOS

1. ¿Qué cuidados son fundamentales para manejar la bronquiolitis por VRS en un lactante?
  - a) Administrar antibioterapia.
  - b) Hidratar, administrar oxigenoterapia y controlar los signos de dificultad respiratoria.
  - c) Administrar corticoides para ayudar a respirar.
  
2. ¿Cuál de las siguientes es una recomendación clave para la educación a los padres?
  - a) Abrigar en exceso para evitar la bronquiolitis.
  - b) Administrar antibióticos como prevención.
  - c) Evitar el contacto con personas enfermas.
  
3. ¿Cuál de estas prácticas NO es recomendable para manejar la bronquiolitis?
  - a) Aspirar secreciones si la vía nasal está obstruida.
  - b) Controlar la fiebre con antitérmicos.
  - c) Administrar broncodilatadores.
  
4. ¿Qué puede ayudar a los padres para manejar la bronquiolitis?
  - a) Dar información clara, comprensible y que se adapte a los conocimientos de la familia.
  - b) Utilizar terminología médica para que lo entiendan mejor y dar buena imagen profesional.
  - c) Reducir la gravedad de la enfermedad para así evitar una futura preocupación.
  
5. ¿Cuál es el objetivo de la educación a los padres y familia sobre la bronquiolitis?
  - a) Asegurarse de que los bebés no salgan a la calle durante el invierno.
  - b) Enseñar a la familia a administrar medicación sin acudir al hospital.
  - c) Garantizar que los padres identifiquen los primeros síntomas.

6. ¿Cuál de los siguientes enunciados ofrece información incorrecta?

- a) La lactancia materna no reduce el riesgo de contraer bronquiolitis por VRS.
- b) Tener familiares que fumen en el entorno aumenta el riesgo de contraer bronquiolitis.
- c) Los antibióticos no es una medida efectiva para combatir la bronquiolitis por VRS.

## Anexo 10. Cuestionario post sesión 3.



Hospital Infantil Universitario  
Niño Jesús

Comunidad de Madrid



ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA



SAN JUAN DE DIOS

1. ¿Cuál es el principal beneficio de trabajar en equipo para detectar la bronquiolitis por VRS en los bebés?
  - a) Acelerar la toma de decisiones y mejorar la calidad de la atención.
  - b) Permitir que un profesional se encargue de diagnosticar y decidir el tratamiento.
  - c) Reducir la carga laboral sin impacto en la atención del paciente.
  
2. ¿Cuál de los siguientes signos indica bronquiolitis por VRS grave?
  - a) Secreción nasal clara.
  - b) Tiraje intercostal y cianosis.
  - c) Tos leve.
  
3. ¿Cómo evaluamos la dificultad respiratoria en lactantes con bronquiolitis por VRS?
  - a) A través de una prueba de esfuerzo físico.
  - b) A través de la temperatura corporal.
  - c) Observando uso de musculatura accesoria.
  
4. ¿Cuál es el objetivo principal de aplicar las escalas de atención temprana en la bronquiolitis en lactantes?
  - a) Administrar oxígeno de inmediato sin valorar al bebé.
  - b) Comunicación efectiva entre pediatras, enfermería y fisioterapias.
  - c) Derivar al lactante a urgencias sin evaluar al bebé.
  
5. ¿Qué rol tiene la enfermería en el manejo y detección de la bronquiolitis por VRS en el bebé?
  - a) Controlar la temperatura y la frecuencia cardíaca.
  - b) Diagnosticar y administrar antibioterapia.
  - c) Educación de los padres y aplicar escalas de valoración.

6. ¿Cuál de las siguientes escalas puede ser utilizada para valorar el nivel de gravedad de la bronquiolitis por VRS?
- a) Escala Woods-Downes-Ferres.
  - b) Escala de Apgar.
  - c) Escala de Norton.



4. ¿Ha hecho uso de las estrategias de prevención de la bronquiolitis en su trabajo diario?  
¿Ha transmitido las estrategias de prevención a los padres de los bebés educándolos en la enfermedad?