



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD

ESCUELA DE TECNOLOGIA MEDICA

CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA

TITULO PROPUESTO DEL CASO CLINICO:

**“BRONQUITIS CRONICA EN PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 55 AÑOS DE
EDAD”**

AUTORA:

ALIX IVANNA MINDIOLA SALCEDO

TUTOR:

LCDO. JAVIER SALCEDO HERNANDEZ

BABAHOYO - LOS RIOS – ECUADOR

2021

INDICE

RESUMEN.....	4
INTRODUCCION.....	5
I. MARCO TEÓRICO	6
1.1. JUSTIFICACION	13
1.2. OBJETIVOS.....	14
1.2.1. Objetivo general.....	14
1.2.2 Objetivos específicos.....	14
1.3 DATOS GENERALES.....	15
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	16
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes.....	16
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	17
2.3 Examen físico (exploración clínica).....	17
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.....	18
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	18
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	18
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	19
2.8 Seguimiento.....	19
2.9 Observaciones.....	20
CONCLUSIONES.....	21
Bibliografía.....	22
ANEXO.....	23

TEMA:

**“BRONQUITIS CRONICA EN PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 55 AÑOS
DE EDAD”**

RESUMEN

La bronquitis no es otra cosa que la inflamación de los conductos bronquiales, vías respiratorias que llevan oxígeno a sus pulmones. Esta causa una tos que frecuentemente presenta mucosidad, también causa disnea dificultad para respirar, jadeo y presión en el pecho. Existen dos tipos de bronquitis: aguda y crónica. La mayoría de los casos de bronquitis aguda mejora en unos días, pero la tos puede durar varias semanas después de haberse curado la infección.

El costo del tratamiento de las IRA es elevado, por pérdidas económicas (ausentismo laboral) y gastos en medicamentos, hospitalizaciones, etc. En el 75% de las IRA se prescriben antibióticos y en la mayoría de las veces son innecesarios, lo que incrementa los costos y la resistencia bacteriana.

Es por lo tanto necesario desarrollar estrategias generales para la prevención y tratamiento efectivo de infecciones respiratorias crónicas (como la bronquitis), evaluar sistemáticamente los conocimientos existentes acerca de las IRA, divulgarlos y aplicarlos.

Palabras claves: bronquitis, gasometría, esputo, IRA, antibióticos

INTRODUCCION

El presente caso clínico trata sobre una paciente femenina de 55 años de edad que acude a consulta por el área de emergencia con dificultad respiratoria a medianos esfuerzos físicos, acompañado de tos persistente sin expectoración desde hace 3 meses que no se da con antitusígenos administrados por familiares.

Como antecedentes refiere que sufrió bronquitis aguda, una vez realizados los exámenes correspondientes, y llegar al diagnóstico correcto, bronquitis crónica, se procede a administrar el tratamiento oportuno, antibióticos, antitusivos y oxigenoterapia, como el diagnóstico fue oportuno y el tratamiento correcto el paciente se recuperó satisfactoriamente.

La bronquitis es la inflamación de los conductos bronquiales, que son las vías respiratorias que llevan oxígeno a los pulmones, presenta una tos recurrente con mucosidad, también presenta disnea, y presión en el pecho.

El diagnóstico se da mediante una espirometría, radiografía, y una buena anamnesis. El oportuno diagnóstico, nos permite iniciar el tratamiento de manera correcta, y con esto evitaremos complicaciones que van desde graves hasta la muerte.

I. MARCO TEÓRICO

BRONQUITIS CRÓNICA

También conocida como EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) existen algunos conceptos de EPOC, aunque la más aceptada es la propuesta por la iniciativa GOLD (Iniciativa mundial para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica), en donde indica que es una enfermedad que se puede prevenir y tratar con algunos efectos extrapulmonares característicos, que influyen en la severidad en pacientes individualizados. Tiene un mecanismo pulmonar caracterizado por la limitación al flujo aéreo que no es totalmente reversible.

La bronquitis crónica es una enfermedad a largo plazo de los pulmones. Es una afección de las vías respiratorias de los pulmones. (Kohnle, 2013)

Esta limitación es constantemente progresiva y asociada con una respuesta inflamatoria anormal de los pulmones a gases o partículas nocivas. Otro concepto más técnico de EPOC es sobre la presencia de obstrucción de la vía aérea cuando la relación Volumen Espirado Máximo en el primer segundo de la espiración forzada y la Capacidad Vital Forzada es menor a 0,7 post broncodilatador adrenérgico de acción corta, en una espirometría. El significado de esta enfermedad ha ido variando, a medida que nos acercamos a la actualidad pasando de términos anatómicos a funcionales.

Al principio la bronquitis crónica se manifiesta con tos seca e improductiva pero luego suele aparecer tos con abundantes flemas. (PortalFarma, 2018)

Su origen se fundamenta, por una parte, en la composición de alteraciones de las vías aéreas centrales (bronquitis crónica) clínicamente definida por presencia de tos y expectoración, durante tres meses o 1 año en dos años consecutivos, causando una hipersecreción crónica de moco y una posteriormente disminución en el flujo aéreo por el engrosamiento de la pared bronquial, además de causar una obstrucción en la vía aérea superior. Por otro lado, la alteración del parénquima pulmonar (enfisema) definida por una característica

anatomopatológica, un engrosamiento constante, en los bronquiolos terminales y sus espacios aéreos distales, causando una destrucción de la pared alveolar, sin fibrosis indiscutible. (Izquierdo, 2016)

EPIDEMIOLOGIA

La Organización Mundial para la Salud (OMS) estima que en la actualidad existen 210 millones de personas que padecen EPOC; asimismo estima que en el año 2030 esta enfermedad será la tercera causa de muerte a nivel mundial. El 90% de las muertes se producen en países de ingresos medios a bajos. De las dos presentaciones de EPOC la mayormente común a nivel mundial es la bronquitis crónica.

En la actualidad la prevalencia de EPOC según sexo presenta una distribución similar; esto se debe a que las mujeres han aumentado el consumo de tabaco a través de los años.

Dentro de los factores de riesgo para el desarrollo de EPOC encontramos:

- Tabaquismo activo y pasivo
- Deficiencia de α 1–antitripsina
- Contaminación del aire
- Exposición laboral

Siendo la causa más común de EPOC a nivel mundial el tabaquismo; del 15- 20% de los fumadores desarrollan algún tipo de obstrucción al flujo aire. (Castellón, 2015)

ETIOLOGÍA

La bronquiolitis es normalmente causada por una infección viral y el virus respiratorio sincitial (VRS) es el origen más usual (75% de los casos), principalmente durante las epidemias y en los pacientes internados, seguido del

rinovirus. Otros virus que se aíslan con menor fuerza incluyen: parainfluenza, metaneumovirus, la influenza, adenovirus, coronavirus y bocavirus humano, que fue descubierto en el año 2005. La coinfección viral puede ocurrir en la tercera parte de los lactantes pequeños hospitalizados con bronquiolitis. Asimismo, las infecciones del tracto respiratorio inferior y los casos de sibilantes en lactantes pueden estar relacionados con la infección por *Mycoplasma pneumoniae*.

Este padecimiento, surgimiento cuando se desarrollan sobre las paredes bronquiales numerosos microbios que afectan principalmente las vías superiores. (Hospitales Angeles, 2018)

El VRS es un virus ARN de la familia de los paramixovirus. Se pueden diferenciar dos subtipos, el A y el B, capaces de provocar la enfermedad. El VRS es causante de un gran número de enfermedades, que afectan principalmente al tracto respiratorio, en todas las edades y en todas las partes del mundo.

SOBREVIDA

Existen estudios internacionales que indican que los pacientes con EPOC poseen poca esperanza de vida en comparación con los sujetos de la misma edad que no padecen esta enfermedad. Un estudio de sobrevida en México indicó que a 8 años el 26% de los pacientes con EPOC mueren. El estudio permitió comparar la sobrevida en sujetos con EPOC relacionados al tabaco y a biomasa. En términos de sus características clínicas y los factores relacionados a la mortalidad, aunque la afección funcional es menos grave en las pacientes con EPOC secundaria a la exposición a biomasa, la calidad de vida, la capacidad de ejercicio y la sobrevida están afectadas en forma similar. Los factores más importantes que influyen en la sobrevida son la función pulmonar (VEF1 predicho), la edad y el índice de masa corporal. En su conjunto, la información señalada sugiere que, en nuestro país, la EPOC es un problema de salud pública de mayor importancia de lo estimado. Se necesitan varios esfuerzos encaminados a la prevención y a la disminución de los factores de riesgo tales como exposición al humo de tabaco y de leña. (Doherty)

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico suele basarse en los síntomas, un examen físico y un estudio del funcionamiento pulmonar llamado espirometría. (ADA, 2020)

La sospecha debe establecerse en todo paciente mayor de 35 años, principalmente expuesto a tabaco, que presente tos, expectoración crónica, bronquitis constante, disnea de esfuerzo de gran desarrollo o sibilancias.

El componente obstructivo de la bronquitis crónica podría atribuirse a primera vista a hiperplasia glandular, hipersecreción de moco y cambios inflamatorios. (MALDONADO, 2012)

Para la confirmación es imprescindible la espirometría, que demostrará obstrucción en las vías aéreas no reversible ($FEV_1/FVC < 70\%$ tras administración de al menos 2 inhalaciones de un broncodilatador de corta duración). A veces puede ser complicado descartar la EPOC del asma, (pacientes fumadores con asma de gran desarrollo que podrían presentar obstrucción crónica al flujo aéreo).

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

En la historia clínica es esencial tomar en cuenta los antecedentes familiares de enfermedades respiratorias, historia de tabaquismo con el número de paquetes/año (número de años que ha fumado multiplicado por el número de paquetes al día, es decir, un paquete al día durante 40 años se expresa como 40 paquetes/año), la actividad laboral, el número de exacerbaciones e ingresos por año con el tratamiento aplicado, otras enfermedades y su tratamiento habitual. Se interrogará sobre los síntomas más comunes: características de la tos (normalmente productiva), tipo de expectoración, tolerancia al ejercicio y grado de disnea. Esta última al principio surge al realizar grandes esfuerzos y podrá ir desarrollándose junto a la enfermedad hasta hacerse de mínimos esfuerzos. Para

cuantificar el grado de disnea se aconseja usar la escala del British Medical Research Council que predice calidad de vida y supervivencia.

Los aspectos más importantes a tomar en cuenta en la exploración son los siguientes:

- el nivel de conciencia (consciente, confuso, somnoliento, estuporoso y comatoso),
- el grado de coloración de la piel, cianótica si existe hipoxemia e hipercapnia,
- la presencia de asterixis, que podrá ser indicativa de hipercapnia,
- el patrón respiratorio, anotando la frecuencia respiratoria,
- la auscultación cardíaca para detectar posibles arritmias, soplos o extratonos,
- la auscultación respiratoria (los hallazgos más frecuentes son la disminución generalizada del murmullo vesicular o la presencia de roncus y sibilancias)
- y la exploración de miembros inferiores (en los pacientes con cor pulmonale podremos objetivar edemas maleolares).

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS OBLIGATORIAS

- Radiografía de tórax: Debe realizarse al menos al inicio del estudio. Pueden reconocerse signos de hiperinsuflación pulmonar o aumento de la trama bronquial y ayudara a descartar otros procesos. No está establecido con qué frecuencia debe realizarse en las revisiones, sin embargo, hay acuerdo en solicitarla en las exacerbaciones para descartar complicaciones.

- Espirometría: Es la prueba de referencia para el diagnóstico, determinar la gravedad y para el seguimiento. No obstante, en la prueba broncodilatadora puede haber alguna mejoría de los valores del FEV1, un incremento significativo haría pensar en el diagnóstico de asma. (Guerra)

TRATAMIENTO

Debido a que la mayor parte de los casos de bronquitis son generados por infecciones virales, los antibióticos no resultan ser completamente eficaces. No obstante, si el médico cree que hay una posibilidad de una infección bacteriana, es posible que se recomiende un antibiótico. En varios casos, el médico puede recetar medicamentos diferentes, entre los que pueden incluir medicamentos para la tos, si el carraspeo no deja dormir al paciente, se puede probar el uso con inhibidores de la tos a la hora de dormir.

El tratamiento tiene como a reducir los síntomas hasta curar la infección y reparar el daño producido en los bronquios. En la mayoría de los casos no se recomiendan antibióticos. (Hueston, 2021)

Otros medicamentos útiles si está presente las alergias, el asma o una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el médico puede recomendar un inhalador y otros medicamentos para reducir la inflamación y causar una ampliación en las vías estrechadas de tus pulmones.

No está recomendado el uso de antibióticos de manera sistemática en los casos de bronquitis crónica. Únicamente se recomienda su usanza cuando existe sospecha o se confirma la presencia de *Bordetella pertussis* o *parapertussis*, estando precisado el tratamiento con macrólidos o, en su defecto, trimetropim/sulfametoxazol. En los casos de bronquitis crónica en los que se comprueben el virus *Influenzae A* o *B* como líder de la clínica puede indicar un tratamiento con oseltamivir o zanamivir, las cuales limitan la duración de la hospitalización.

La usanza de adrenérgicos beta 2 inhalados puede llegar a ser favorable en un subgrupo de afectados en los que se aprecia una restricción crónica al flujo aéreo y sibilancias. No está recomendado su uso de manera sistemática en las bronquitis crónicas.

El uso de fármacos antitusígenos como la codeína o dextrometorfano, y derivados, son efectivos como tratamiento de los síntomas a corto plazo para curar la tos en los afectados con bronquitis crónica.

No se recomienda el uso de Mucolíticos de manera sistémica en la bronquitis crónica.

1.1. JUSTIFICACION

Este estudio de caso se basa en seguimiento de un paciente femenino de 55 años de edad con bronquitis crónica tratada en el área de emergencia en el Hospital General Nivel 2 IESS Babahoyo.

Es de relativa importancia realizar este tipo de estudios para la comprensión de las enfermedades respiratorias en este caso la bronquitis crónica, enfermedad muy frecuente y con complicaciones graves hasta la muerte.

Al realizar la anamnesis de forma exhaustiva, se llega a un diagnóstico oportuno que nos permite realizar el tratamiento correcto y de esta manera evitar complicaciones.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo general

Identificar el tratamiento correcto a el cuadro clínico de bronquitis crónica en pacientes de sexo femenino de 55 años.

1.2.2 Objetivos específicos

- ✓ Formular el diagnóstico correcto al problema de salud detectado.
- ✓ Planificar las actividades fisioterapéuticas que contribuyan a solucionar o a disminuir los problemas de salud detectados.
- ✓ Ejecutar las actividades fisioterapéuticas planificadas para el paciente.

1.3 DATOS GENERALES

Identificación de la paciente: NN

Edad: 55 años

Sexo: Femenino

Estado civil: divorciada

Hijos: 2

Nivel de estudio: universitaria

Profesión: ingeniera comercial

Lugar de trabajo: municipio de Babahoyo

Nivel sociocultural/socioeconómico: medio

Lugar de domicilio: Babahoyo

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes.

Paciente femenino de 55 años que acude a consulta por el área de emergencia con dificultad respiratoria de medianos esfuerzos, acompañado de tos persistente sin expectoración con 3 meses de evolución, que no sede con antitusígenos administrados sin prescripción médica.

HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.

Motivo de consulta:

Dificultad respiratoria

Tos persistente sin expectoración desde hace 3 meses

Antecedentes

Antecedentes patológicos personales

Hace 2 años atrás presento bronquitis aguda.

Antecedentes personales quirúrgicos

Apendicetomía hace 8 años

Antecedentes familiares

Madre hipertensa

Padre hipertenso

Alergias

No refiere

Transfusiones: No refiere

Hábitos: fumadora crónica consume alrededor de 10 cigarrillos diarios

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)

Paciente femenino de 55 años de edad acude a urgencias, por presentar tos persistente sin expectoración, de 3 meses de evolución, se encuentra alerta, presenta síntomas de insuficiencia respiratoria de mediano esfuerzo físico. Inmediatamente se le procede a analizar porque presenta estos síntomas, si es solo disnea por esfuerzo o una bronquitis crónica, ya que en sus antecedentes presenta que ya padeció de una bronquitis aguda. Se le administra antibióticos, antitusivos mucolíticos y le damos apoyo respiratorio con una cánula a 2 litros. El paciente presenta una mejoría leve con los tratamientos aplicados, posterior a unas horas de haber estado ingresado en observación en el área de emergencia.

2.3 Examen físico (exploración clínica)

Entre los hallazgos clínicos del paciente se encuentran:

- Peso: 88 kg
- Talla: 161
- FC: 73
- FR: 24
- PA: 108/72
- Temperatura: 37,4°C
- SaO₂: 94%
- Glasgow: 14/15
- Pulso: 86 pulsaciones

Estado general de la piel: no refiere

Cabeza: no presenta anormalidad

Cuello: sin adenopatías palpables

Tórax:

- Murmullo vesicular disminuido
- Hipoventilación, sibilancia

Abdomen: Sin patologías

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

Se realiza radiografía (RX) de Tórax, donde podemos observar aumento de las marcas broncovasculares en ambas bases.

Se realiza exámenes de laboratorio (hemograma, gasometría arterial, CPK, troponina). Dentro de los parámetros normales.

Se realiza una tomografía axial computarizada (TAC) de tórax engrosamiento de las paredes bronquiales.

Se realiza un electrocardiograma. Resultados dentro de lo normal.

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnóstico presuntivo: insuficiencia respiratoria por esfuerzo.

Diagnóstico diferencial: bronquitis.

Diagnóstico definitivo: bronquitis crónica.

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

La paciente hace unos días atrás presento manifestaciones clínicas que concuerdan a bronquitis crónica, en su hogar ha estado en reposo la mayor parte del tiempo. Refiere dificultad al caminar y sensación de ahogamiento, dice haber

presentado estos síntomas desde hace 3 meses, pero no con la misma intensidad como en esta ocasión. A la paciente se le administra oxígeno con gafas nasales siendo su flujo de 2 litros por minuto, solo para apoyo. La paciente se muestra angustiada al igual que sus familiares. Una vez que realiza el diagnóstico se le administra antibióticos para combatir la infección y Antitusivos que le ayuden con su tos.

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

La bronquitis crónica es la consecuencia de una patología que debe ser tratada adecuadamente para evitar complicaciones graves, por lo que mediante los exámenes respectivos se establece las causas por las que el paciente presenta dicha alteración en el funcionamiento del sistema respiratorio, y administrar el tratamiento oportuno.

La llegada del paciente por emergencia médica, se le realizó una RX Tórax, en la cual la radiografía muestra que prácticamente aumento de las marcas broncovasculares en ambas bases, típico en la bronquitis crónica.

2.8 Seguimiento.

Paciente femenino de 55 años de edad acudió a urgencias por presentar tos persistente sin expectoración con una evolución de 3 meses, se encuentra alerta, presenta síntomas de insuficiencia respiratoria de mediano esfuerzo físico. Inmediatamente se le procede a realizar los exámenes complementarios, de laboratorio, radiológico, tomografía computarizada, y electrocardiograma. Con los resultados de los exámenes y confirmado el diagnóstico de bronquitis crónica, se procede a iniciar el tratamiento correspondiente. Se le administra antibióticos, antitusivos mucolíticos y le damos apoyo respiratorio con una cánula a 2 litros. El paciente presenta una mejoría con los tratamientos aplicados, posterior a unas horas de haber estado ingresado en observación en el área de emergencia. Se procede dar el alta médica, no sin antes dar las observaciones correspondientes.

2.9 Observaciones

Al proceder dar el alta a la paciente se le dan algunas observaciones que debe seguir de manera estricta para evitar complicaciones entre las observaciones están:

- el uso correcto de los inhaladores y de los beneficios que tiene para su salud,
- aprender a usar las técnicas de drenaje posturales para facilitar la movilización y expulsión de las secreciones
- además, se debe realizar charlas educativas al paciente y a los familiares sobre la influencia que tiene el humo de tabaco sobre la salud respiratoria
- sugerir dejar el hábito de fumar debido a que este es uno de los factores principales para el desarrollo de futuras complicaciones e incluso puede interferir de forma negativa en los tratamientos, ocasionando una respuesta negativa a dichos tratamientos terapéuticos evitando la mejoría de la salud o peor aún, el agravamiento de la calidad de vida de la persona afectada.

CONCLUSIONES

Al realizar este caso de estudio, se concluye que es importante la atención dada por el terapeuta respiratorio, es una herramienta básica y primordial, la interacción entre el paciente y el profesional es importante para la obtención de información necesaria para la realización del diagnóstico correcto, fundamental para la ejecución del tratamiento correcto que necesita el paciente.

La planificación y ejecución de actividades fisioterapéuticas, como ejercicios respiratorios, para mejorar la capacidad pulmonar es importante, en este tipo de patología obstructiva donde está limitada la expansión de las vías aéreas.

Es importante reconocer que la bronquitis crónica es una enfermedad permanente y grave. Se presenta si la capa interna de los bronquios está constantemente irritada e inflamada, lo cual causa una tos prolongada con mucosidad.

Por lo tanto, el objetivo principal del Plan de fisioterapias respiratorias en pacientes con Bronquitis crónica es mejorar el estado de salud, satisfaciendo todas las necesidades interferidas por dicho problema de salud especialmente las necesidades correspondientes al Patrón respiratorio y su calidad de vida.

Bibliografía

ADA. (2 de Enero de 2020). ADA. Obtenido de <https://ada.com/es/conditions/chronic-bronchitis/>

Castellón, D. R. (2015). *Revista Volumen 19 - Asociacion de medicos de guatemala*. Obtenido de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/982111/04.pdf>

Doherty, D. P. (s.f.). *Medigraphic* . Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2012/nts121a.pdf>

Guerra, J. F. (s.f.). *Revista Neumosur* . Obtenido de <https://www.neumosur.net/files/EB03-25%20EPOC%20estable.pdf>

Hospitales Angeles. (3 de Agosto de 2018). *Hospitales Angeles*. Obtenido de <https://www.hospitalesangeles.com/saludyvida/articulo.php?id=939>

Hueston, W. J. (1 de Febrero de 2021). *BMJ*. Obtenido de <https://bestpractice.bmj.com/topics/es-es/135>

Izquierdo, S. (2016). Obtenido de <http://eugdSPACE.eug.es/xmlui/bitstream/handle/123456789/377/Efectividad%20de%20una%20intervenci%C3%B3n%20de%20enfermer%C3%ADa%202.0%20en%20pacientes%20con%20EPOC%20en%20Sabadell.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kohnle, D. (26 de Febrero de 2013). *Wnyurology*. Obtenido de <https://www.wnyurology.com/content.aspx?chunkid=231218>

MALDONADO, D. (2012). *ENFISEMA, BRONQUITIS Y ASMA* . Baranquilla.

PortalFarma. (27 de Febrero de 2018). *PortalFarma*. Obtenido de <https://www.portalfarma.com/Ciudadanos/saludpublica/consejosdesalud/Paginas/bronquitis.aspx>

ANEXO

