



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE TERAPIA RESPIRATORIA**

**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCION DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN TERAPIA
RESPIRATORIA**

TEMA DEL CASO CLÍNICO:

**“PACIENTE PEDIÁTRICO DE 9 AÑOS DE EDAD CON BRONQUITIS
AGUDA”**

AUTORA:

DANAE JESSENIA PACHECO VÁSQUEZ

TUTORA:

Lcda. VERÓNICA VALLE DELGADO Msc

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2021

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO	II
TEMA DEL CASO CLÍNICO	III
“PACIENTE PEDIÁTRICO DE 9 AÑOS DE EDAD CON BRONQUITIS AGUDA”	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT.....	V
INTRODUCCIÓN.....	VI
I. MARCO TEORICO	¡Error! Marcador no definido.
BRONQUITIS.....	1
CLASIFICACIÓN DE LA BRONQUITIS	¡Error! Marcador no definido.
EPIDEMIOLOGIA.....	1
ETIOLOGÍA.....	1
PATOGENESIS.....	2
CLASIFICACIÓN DE BRONQUITIS AGUDA	2
BRONQUITIS AGUDA CATARRAL MUCOPURULENTA.....	2
BRONQUITIS AGUDA PSEUDOMEMBRANOSA.....	2
BRONQUITIS AGUDA NECRÓTICA-ULCEROSA	2
BRONQUITIS PÚTRIDA.....	¡Error! Marcador no definido.
FACTORES DE RIESGO.....	¡Error! Marcador no definido.
GENERALIDADES	3
CUADRO CLÍNICO.....	4
DIAGNÓSTICO.....	4
EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	5
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	5
TRATAMIENTO.....	5
PRONOSTICO.....	6
1.1. JUSTIFICACIÓN	7
1.2. OBJETIVOS.....	8
1.2.1. OBJETIVO GENERAL	8
1.2.2. OBJETIVO ESPECIFICO	8
1.3. DATOS GENERALES.....	9
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	10

2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes, historial clínico del paciente.....	¡Error! Marcador no definido.
2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	¡Error! Marcador no definido.
2.3. Examen físico (exploración clínica)	10
2.4. Información de exámenes complementarios realizados	11
2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	11
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determina el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	¡Error! Marcador no definido.
2.7. Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud considerando valores normales.....	¡Error! Marcador no definido.
2.8. Seguimiento	12
2.9. Observaciones	¡Error! Marcador no definido.
CONCLUSIONES.....	15
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	16
ANEXOS.....	18

DEDICATORIA

A mi Padre José Pacheco que a pesar de la distancia ha velado siempre por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento, a mi madre Jessenia Vásquez por confiar siempre en mí, por la paciencia y consejos en los momentos más difíciles.

A mis hermanos Fernanda, Leilany, Jeray, mi abuela Lucia por ser el motor de mi vida y a mis abuelos Luis y Dolores que desde el cielo sé que están orgullosos de mí.

Danae Pacheco V.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios ya que con su bendición logre lo que tanto anhelaba. A mis profesores quienes fueron el pilar importante en mi formación durante la carrera.

A mi Tutora Lic. Verónica Valle que gracias a su conocimiento y dedicación pude terminar este proceso.

A mis padres por haberme proporcionado la mejor educación, por demostrarme que el verdadero amor no es otra cosa que el deseo inevitable de ayudar al otro para que éste se supere.

A mi Novio Ing. Brian Franco por ser esa persona que estuvo apoyándome siempre en cada decisión, por la paciencia y entrega para conmigo.

A mi amiga Lic. Karla Félix que fue la que siempre creyó en mí, por motivarme y decirme que lo lograría perfectamente.

Danae Pacheco V.

TEMA DEL CASO CLÍNICO

**“PACIENTE PEDIÁTRICO DE 9 AÑOS DE EDAD CON BRONQUITIS
AGUDA”**

RESUMEN

La bronquitis aguda hoy en día es una de los principales motivos de consulta en los diferentes hospitales y centros de salud del país, la incidencia en las infecciones respiratorias bordea entre los 35 y 55% en niños. Se estima que cada niño sufre de 5 a 7 veces en el año bronquitis aguda. En el año 2019 en el Ecuador fue la primera causa de morbilidad en niños con enfermedades respiratorias agudas ocupando una tasa del 15%.

El tratamiento farmacológico y las técnicas de fisioterapia respiratoria en esta patología son de gran ayuda para mejorar la condición de salud en estos pacientes. Este estudio en un caso clínico en un paciente pediátrico de 9 años de edad se realiza con la finalidad de dar a conocer todo lo referente a esta enfermedad el tratamiento y las pruebas de diagnóstico.

Una vez terminado este trabajo se espera que toda la información que recopila este estudio sirva de guía a los diferentes profesionales de la salud, para el correcto manejo de esta enfermedad y evitar complicaciones en la salud de los pacientes.

PALABRA CLAVE: Bronquitis Aguda, Fisioterapia Respiratoria.

ABSTRACT

Acute bronchitis today is one of the main reasons for consultation in the different hospitals and health centers of the country, the incidence of respiratory infections is between 35 and 55% in children. It is estimated that each child suffers from 5 to 7 times a year acute bronchitis. In 2019 in Ecuador it was the first cause of morbidity in children with acute respiratory diseases, occupying a rate of 15%.

Pharmacological treatment and respiratory physiotherapy technologies in this pathology are of great help to improve the health condition in these patients. This study in a clinical case in a 7-year-old male patient is carried out with the purpose of making known everything related to this disease, the treatment and the diagnostic tests.

Once this work is finished, it is expected that all the information that this study compiles will serve as a guide to the different health professionals, for the correct management of this disease and to avoid complications in the health of the patients.

KEY WORD: Acute Bronchitis, Respiratory Physiotherapy.

INTRODUCCIÓN

La bronquitis aguda hoy en día en día es un gran problema de salud pública en niños y niñas en la actualidad. Aunque la enfermedad es auto limitada, casi todos los pacientes tienen síntomas que les impiden realizar sus actividades de manera normal. La bronquitis aguda es la inflamación del bronquio. Los síntomas principales son disnea con compresiones torácicas, silbidos y tos.

La enfermedad generalmente lleva días o semanas. Los virus que causan resfriados y la gripe tienden a ser contagiosos y pueden causar bronquitis aguda. Esta patología que en su gran parte afecta a pacientes pediátricos es causada por algunos factores los que más destacan son el polvo, la contaminación del aire e inhalar humo de cigarrillos

Esta investigación que se llevó a cabo en un caso clínico en un paciente pediátrico de 9 años de edad el cual fue traído por su madre al hospital general IESS Babahoyo refiere tener tos, disnea a medianos esfuerzos, fiebre no cuantificada y molestia a nivel del tórax. Luego de realizar la verificación de los signos y síntomas que destacan en el paciente pediátrico se llegó al diagnóstico definitivo el cual fue de una bronquitis aguda por lo que se procedió a administrar un tratamiento farmacológico para mejorar la condición de salud que presenta el paciente, además también la terapeuta respiratoria le realizara nebulizaciones y se le administrara oxígeno.

I. MARCO TEÓRICO

BRONQUITIS

Se define como bronquitis aguda a la inflamación aguda de los bronquios, que es acompañada de una tos persistente aguda o grave, que puede presentar esputo o como también no puede presentar, que por lo general dura entre 1 a 3 semanas, otro signo que se da en la bronquitis es la fiebre. La bronquitis aguda también puede presentar dismenorrea y dolor a nivel de la garganta. (Josefa J. Valdivieso, 2017)

TIPOS DE BRONQUITIS

- **BRONQUITIS AGUDA.** La bronquitis aguda es una inflamación de la tráquea y las ramas del tracto respiratorio causado por una infección. (Manuales MSD, 2020)
- **BRONQUITIS CRONICA.** La bronquitis crónica es la inflamación de los bronquios, el tracto respiratorio que lleva oxígeno a los alveolos de los pulmones. Esta irritación ha causado la acumulación de moco. El moco y la irritación de los conductos dificultan que los pulmones absorban oxígeno y exhalen dióxido de carbono. (Medlineplus, 2021)

EPIDEMIOLOGIA

La bronquitis aguda es ahora una de las principales razones para visitar hospitales y centros médicos. Se estima que ocurren de 51 a 61 casos por 1000 habitantes por año. La mayoría de las enfermedades afectan a todas las edades, pero la incidencia es mucho mayor en niños, fumadores activos y fumadores pasivos. La condición prevalece en todas las épocas del año, pero se observa con mayor frecuencia en invierno.

ETIOLOGÍA

90% casos de bronquitis aguda tuvieron causas distintas a las bacterias. El agente causal se identificó solo en 16-40% casos. Los virus son causas comunes, incluidos los virus de la influenza A y B, pero también se pueden identificar parainfluenza, coronavirus, rinovirus, virus respiratorio sincitial (RSV) y superbacterias. Están influenciados por las características de la moda y las estaciones del año. Se ha identificado a las bacterias como la causa de la infección en un pequeño número de personas. Las bacterias atípicas como

Bordetella pertussis, *Pneumoniae pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae* juegan un papel importante en el desarrollo de la bronquitis aguda. (Meñaca, 2014)

PATOGÉNESIS

La bronquitis aguda es una enfermedad en gran parte auto limitada que rara vez es mortal. Por lo general, las infecciones traqueales y bronquiales causan congestión y edema de la mucosa, lo que conduce a un aumento de las secreciones bronquiales. El daño al epitelio de las vías respiratorias puede variar de leve a sistémico y puede afectar la función de la mucosa bronquial. Las evaluaciones epidemiológicas apoyan la creencia de que las infecciones respiratorias agudas recurrentes pueden estar relacionadas con la hiperreactividad de las vías respiratorias y pueden ser una patogenia del asma o la EPOC. (Formación Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, 2014)

CLASIFICACIÓN DE BRONQUITIS AGUDA

BRONQUITIS AGUDA CATARRAL MUCOPURULENTO

Enrojecimiento e hinchazón de las membranas mucosas. Se presenta mucha mucosidad (exudado mucoso). Hay erosión y muchos glóbulos blancos. El resultado es una gran cantidad de mucosa purulenta, un trastorno de ventilación obstructiva local (atelectasias) y tos irritante. El cambio es reversible y el epitelio bronquial cae rápidamente y permanece en luz. (Mato, 2020)

BRONQUITIS AGUDA PSEUDOMEMBRANOSA

Las secreciones de la fibrina se condensan en la superficie que forman una membrana pseudomucosa que dirige y bloquea pequeños bronquios, lo que forma una verdadera tráquea precipitada durante la tos (bronquitis plástica). Alto riesgo de asfixia, causado con mayor frecuencia por la bronquitis diftérica, con la posible competencia de estafilococos y virus. (Mato, 2020)

BRONQUITIS AGUDA NECRÓTICA-ULCEROSA

Este tipo de bronquitis por lo general se presenta en pacientes que inhalan gases tóxicos. O también se pueden inhalar cuerpos extraños y viremia grave, especialmente en pacientes inmunodeprimidos. Las áreas necróticas superficiales reemplazan el epitelio de regeneración. La parte más profunda no se puede curar y las cicatrices son comunes. La intubación más larga puede

causar úlceras por presión en la tráquea. En los bronquios, la destrucción sigue la ruptura del coágulo. (Mato, 2020)

BRONQUITIS PÚTRIDA

Se han observado bronquiectasias secundarias a la descomposición de las secreciones estancadas tras la aspiración del contenido intestinal por *Borrelia baumannii* o estreptococos anaerobios, o por bacterias y enzimas proteolíticas. Los bronquios están cubiertos de detritos fibrosos necróticos que tienen mal olor. (Mato, 2020)

FACTORES DE RIESGO

A continuación, mencionaremos los factores de riesgo que influyen al padecimiento de una bronquitis aguda.

- **EL HUMO DEL CIGARRILLO.** Los fumadores o las personas que viven con fumadores tienen un mayor riesgo de desarrollar bronquitis aguda y crónica. (MayoClinic, 2017)
- **BAJA RESISTENCIA.** Este podría ser el resultado de otra enfermedad aguda como una enfermedad crónica la cual afecta al sistema inmunológico. Los adultos mayores y los niños son los más vulnerables en enfermedades infecciosas pulmonares. (MayoClinic, 2017)
- **EXPOSICIÓN A AGENTES IRRITANTES EN EL LUGAR DE TRABAJO.** Mayor riesgo de desarrollar bronquitis cuando se expone a ciertos irritantes pulmonares como granos y tejidos, o cuando se expone a gases químicos.. (MayoClinic, 2017)
- **REFLUJO GÁSTRICO.** La acidez en el estómago que se presenta de manera continua y severa esta ligada al aumento de contraer una bronquitis. (MayoClinic, 2017)

GENERALIDADES

Las características clínicas que se dan en la bronquitis aguda se desarrollan en 2 fases las cuales detallamos a continuación.

FASE AGUDA. La implantación directa en el epitelio bronquial durante este período (1-5 días) provoca síntomas como la fiebre, el dolor de la tiza muscular

y el malestar general. Mientras tanto, estos síntomas son detectables clínicamente en otras infecciones agudas del tracto respiratorio. (Mato, 2020)

FASE PROLONGADA. Se caracteriza por una tos que dura de 1 a 3 semanas, que puede ir ligada de sibilancias. En su fisiopatología, la hipersensibilidad del epitelio traqueal y la excesiva reacción de la tos. a la irritación del tracto respiratorio se consideran las razones de los síntomas a largo plazo. (Mato, 2020)

CUADRO CLÍNICO

Los signos y síntomas que presentan los pacientes con bronquitis aguda son los siguientes:

- Tos
- Producción de mucosidad (esputo), que puede ser transparente, blanca, de color gris amarillento o verde.
- Fatiga
- Dificultad para respirar
- Fiebre
- Molestia en el pecho. (MayoClinic, 2017)

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la bronquitis aguda es clínico, a menudo fácilmente y difícil de definir. El síntoma de tos es uno de los principales síntomas en esta enfermedad. No hay datos patológicos exploratorios o pruebas adicionales. Como resultado, el trabajo de diagnóstico debe centrarse en la exclusión de enfermedades clínicamente similares, en lugar de confirmar el diagnóstico. Los estudios microbiológicos solo deben realizarse en casos graves debido a síntomas anormales persistentes, sospechas de etiología bacteriana o fines epidemiológicos. Las radiografías de tórax suelen ser normales, pero se puede observar un engrosamiento bronquial. Su principal preocupación no es el diagnóstico de bronquitis, sino la posibilidad de encontrar otra enfermedad respiratoria. (A. Torres Marti, 2016)

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- **RADIOGRAFÍA DE TÓRAX.** Una radiografía torácica puede ayudar a determinar si tienes neumonía u otra enfermedad que podría explicar la tos. Esto tiene especial importancia si actualmente eres fumador o alguna vez lo fuiste. (MayoClinic, 2017)
- **EXAMEN DE ESPUTO.** El esputo es la mucosidad que escupes desde los pulmones al toser. Se puede analizar para determinar si padeces enfermedades que podrían tratarse con antibióticos. El esputo también puede analizarse para detectar signos de alergias. (MayoClinic, 2017)
- **PRUEBA DE LA FUNCIÓN PULMONAR.** Durante una prueba de la función pulmonar, soplas en un dispositivo denominado espirómetro, que mide la cantidad de aire que los pulmones pueden retener y la rapidez con la que puedes expulsar el aire de los pulmones. Esta prueba detecta signos de asma o enfisema. (MayoClinic, 2017)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Las patologías más habituales porque necesitamos hacer un diagnóstico diferencial son neumonía y asma. En la neumonía, estos suelen presentar graves signos como la fiebre alta, dificultad para respirar y taquicardia. Que pueden estar relacionados con el dolor característico de la pleuresía. Durante la exploración física solemos encontrar crepitaciones e incluso hipoventilación. La radiografía de tórax muestra coagulación parenquimatosa, fundamental para diagnóstico de neumonía. En otra enfermedad de la cual debemos realizar el diagnóstico diferencial es del asma bronquial, es complicado realizar un diagnóstico en la fase aguda, pero los pacientes con asma suelen tener antecedentes de enfermedad respiratoria y pueden presentar síntomas atópicos, que suelen ser más frecuentes por la noche y se desencadenan después del ejercicio. (Meñaca, 2014)

TRATAMIENTO

ANTIBIÓTICOS. No se recomienda el uso de antibióticos sistemáticamente con bronquitis aguda. Es recomendable usar o identificar Bordetella pertussis o parapertussis, el tratamiento con macrólidos trimetropim/sulfametoxazol. (PubMed Central (PMC), 2014)

ANTIVÍRICOS. Para la bronquitis aguda, identificada en los virus de la influenza A o B como clínica, se puede iniciar un tratamiento con Oseltamivir o Zanamivir, que reduce la duración de la clínica. (PubMed Central (PMC), 2014)

AGONISTAS BETA 2. El uso de una beta 2 inhalado puede ser útil en un subgrupo de pacientes en los que se observa una limitación crónica del flujo de aire. No se recomienda el uso de forma sistemática. (PubMed Central (PMC), 2014)

ANTITUSÍGENOS. El uso de fármacos antitusígenos, como codeína o dextrometorfano, es útil, como un tratamiento sintomático a corto plazo para aliviar la tos en paciente con bronquitis crónica. (PubMed Central (PMC), 2014)

PRONOSTICO

El pronóstico de la bronquitis aguda es bueno, y lo usual es la resolución sin secuelas en un periodo de 7-10 días, la tos puede persistir hasta dentro de un mes. El fallecimiento de pacientes con esta enfermedad es poca y en si está asociada más a las complicaciones.

1.1. JUSTIFICACIÓN

La bronquitis aguda es una inflamación de los bronquios y bronquiolos, que a menudo resulta en infecciones virales del tracto respiratorio. Se realizó un estudio sobre un caso clínico de un paciente pediátrico de 9 años diagnosticado de bronquitis aguda para desvelar todo lo que condujo a esta patología. Sus signos y síntomas, pruebas adicionales realizadas. Asimismo, se investigó la causa de la enfermedad del paciente y se excluyeron otras enfermedades respiratorias que empeoraran la salud del paciente. El tratamiento oportuno se basa en los signos y síntomas del paciente. Además de evaluar la capacidad del médico respiratorio para mejorar la evolución de los signos y síntomas que presenta los pacientes con bronquitis aguda.

El objetivo principal de la terapia respiratoria es despejar las vías respiratorias sin causar lesiones, prevenir complicaciones y promover una rápida intervención farmacológica para restaurar la salud del paciente.

Se justifica la realización de este trabajo debió a que esta enfermedad es uno de los principales motivos de consulta en los diferentes hospitales y subcentros de salud del país, esta enfermedad que generalmente afecta a niños es autolimitante puesto que no pueden realizar ciertas actividades ya que los signos y síntomas que se dan en esta enfermedad se los impide. Se prevé que este trabajo sirva como guía para los diferentes profesionales de la salud puedan realizar un correcto manejo de esta patología.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Aplicar un adecuado tratamiento respiratorio en pacientes pediátrico con bronquitis aguda

1.2.2. OBJETIVO ESPECIFICO

- Identificar los signos y síntomas que presenta el paciente al momento de la consulta para establecer un correcto diagnóstico.
- Establecer protocolos para el manejo de pacientes pediátricos con bronquitis aguda.
- Realizar el monitoreo y seguimiento correcto en el paciente luego de la administración del tratamiento e intervención del terapeuta respiratorio.

1.3. DATOS GENERALES

Nombres: D.F

Edad: 9 años.

Sexo: Masculino.

Nacionalidad: ecuatoriana

Fecha de nacimiento: 21/05/2013

Lugar de residencia: Babahoyo

Estado civil: Soltero.

Hijos: 0

Raza: afro-ecuatoriano

Peso: 28kg

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes historial clínico del paciente.

Paciente pediátrico de sexo masculino de 9 años de edad, quien asiste en compañía de su hermana al área de emergencia del “Hospital General IESS Babahoyo”, presenta un cuadro de alza térmica no cuantificada, tos de 5 días de evolución, además refiere tener dificultad para respirar desde hace 8 horas.

Antecedentes patológicos

no refiere

Antecedentes quirúrgicos

Se le realizó una apendicetomía a los 5 años de edad.

Antecedentes familiares

Madre con asma bronquial.

Padre con rinitis alérgica.

Alergia

No refiere.

Hábitos

No refiere.

2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual.

Paciente pediátrico de 9 años de edad de sexo masculino el cual se encuentra orientado en tiempo y espacio quien es traído al área de emergencia del “Hospital General IESS Babahoyo”, acompañado de su hermana, al momento de la consulta refiere los siguientes síntomas alza térmica no cuantificada, acompañado de tos de 5 días de evolución, además refiere tener dificultad para respirar desde hace 8 horas.

2.3. Examen físico (exploración clínica)

Cabeza: Normocéfalo.

Cuello: No adenopatías.

Tórax: Normal, patrón respiratorio toracoabdominal, percusión en hilo pulmonar ligeramente disminuido, palpación dolorosa a la digitopresión a nivel de espacios intercostales,

Pulmones: Al realizar la auscultación presenta roncus en hilos pulmonares

Abdomen: blando depresible no doloroso.

Pelvis: sin alteraciones

Signos vitales:

- ✓ Frecuencia cardiaca 76 LPM.
- ✓ Frecuencia respiratoria 26 RPM.
- ✓ Presión arterial: 107/59mmHg.
- ✓ Temperatura: 38.7°C
- ✓ Saturación de oxígeno: 91%
- ✓ Escala de Glasgow: 15/15

2.4. Información de exámenes complementarios realizados

Exámenes

Hemoglobina: 12,5g\dl

Glóbulos blancos: 15.911 k\ul

Hematocrito: 33,5%

Plaquetas: 360.000 ul

Glucosa: 67mg\dl

Urea: 7mg\dl

Creatinina: 0,4mg\dl

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnóstico presuntivo

Asma bronquial.

Diagnóstico diferencial

Neumonía.

Diagnóstico definitivo

Bronquitis aguda.

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

Una vez establecido el diagnóstico definitivo en el paciente pediátrico el cual refiere tener los siguientes signos y síntomas que presenta el paciente pediátrico como, alza térmica no cuantificada, tos que se agudiza por las noches, disnea. Se prevé que el factor de riesgo predominante para padecer esta enfermedad es la contaminación ambiental y el cambio de clima constante.

Luego de obtener ya un diagnóstico definitivo se procederá a administrarle un tratamiento farmacológico al paciente además de realizarle las técnicas de fisioterapia respiratoria que se realiza en estos pacientes como lo es la oxigenoterapia y la nebulización que tiene como finalidad de mejorar el estado de salud actual del paciente pediátrico.

Tratamiento que se administrara en el paciente pediátrico

Fármaco	Prescripción
Paracetamol 500mg	1 tableta Cada 6 horas durante 5 a 7 días o hasta que la fiebre persista.
Ambroxol jarabe 4mg/ 5ml	(1 cucharada) por vía oral cada 8 horas por 7 días con abundante líquido.
Amoxicilina jarabe de 250mg	1 cucharada) V.O cada 12 horas
Nebulización: 4 cc de cloruro de sodio más 15 gotas de Salbutamol	realizar cada 6 horas durante 4 días.
Administrar O ₂	Oxigenoterapia con mascarilla simple a 5 litros por minuto.

2.7. Indicaciones de las razones científicas de las acciones de la salud considerando valores normales.

Las infecciones respiratorias agudas y la bronquitis son una cantidad de problemas de salud porque es una de las principales causas de consulta

médica en el área de emergencia en los diferentes hospitales y subcentros de salud del país.

2.8. Seguimiento

Día 1

Se deriva la paciente al área de pediatría donde se la aplicara el siguiente tratamiento paracetamol de 500mg vía oral cada 6 horas para controlar su cuadro febril, oxigenoterapia mediante mascarilla simple a 5 litros por minutos.

Día 2

Al paciente se le prescribe Ambroxol 4mg/5ml 1 cucharada vía oral cada 8 horas por 7 días, también se le dará amoxicilina en jarabe de 250mg 1 cucharada cada 8 horas por 7 días.

Día 3

Al paciente se le empieza a realizar nebulizaciones con 4cc de cloruro de sodio más 10 gotas de salbutamol cada 6 horas.

Día 4 y 5

En el cuarto día se sigue con el tratamiento antes prescrito en el paciente. Al 5 día se procede a realizar una nueva valoración donde se constata una mejoría por lo que se procede a darle de alta. Además, que se le envía un tratamiento con la finalidad de continuar con su recuperación.

2.9. Observaciones

en el tratamiento de la bronquitis aguda en pacientes pediátricos se debe tener en cuenta lo siguiente.

- No debe permanecer en habitaciones cerradas en las que se fuma.
- Lavarse las manos varias veces en el día.
- Si aparecen sibilancias, se debe agregar al tratamiento broncodilatores adrenérgicos.

CONCLUSIONES

Los principales síntomas que presentan los diferentes pacientes con bronquitis aguda son tos, fiebre, disnea, opresión torácica, fatiga entre otros es por eso que se debe realizar una correcta valoración de los signos y síntomas que presenta los pacientes para llegar a un correcto diagnóstico.

La base principal en el tratamiento en pacientes con bronquitis aguda se basa en antibióticos, antiinflamatorios y en la administración de técnicas de fisioterapia respiratoria como la administración de oxígeno, y la realización de nebulizaciones. Los cuales tienen como objetivo mejorar la condición de salud en los pacientes pediátricos que padecen esta enfermedad

Mediante el seguimiento y monitoreo realizado en el paciente pediátrico se verifico el cumplimiento del tratamiento aplicado en este paciente el cual cumplió con sus objetivos por lo que el paciente fue dado de alta ya que mejor su condición de salud en la cual se encontraba al momento del ingreso hospitalario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A. Martínez Meñaca, R. A. (2014). Protocolo diagnóstico y tratamiento empírico. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 3963-3965.

A. Torres Marti, F. R. (2016). Infecciones Respiratorias. En F. C. Ciril Rozman Borstnar, Medicina Interna Farreras Rozman XVIII Edición. Elsevier.

Adolfo Enrique Díaz Duque. (2008). Bronquitis aguda diagnóstico y manejo en la práctica clínica. Universitas Medicas, 68-76.

Dr. Sergio Gonzales. (24 de 09 de 2014). Publicaciones Medicina UC. Obtenido de [http://publicacionesmedicina.uc.cl/AnatomiaPatologica/02Respiratorio/2bronquitis.html#:~:text=Bronquitis%20aguda%20catarral%20mucopurulenta&text=Abundante%20secreci%C3%B3n%20mucosa%20fluida%20\(exudado,\(atelectasia\)%20y%20tos%20irritativa.](http://publicacionesmedicina.uc.cl/AnatomiaPatologica/02Respiratorio/2bronquitis.html#:~:text=Bronquitis%20aguda%20catarral%20mucopurulenta&text=Abundante%20secreci%C3%B3n%20mucosa%20fluida%20(exudado,(atelectasia)%20y%20tos%20irritativa.)

Gustavo Lopardo et al. (2013). CONSENSO INTERSOCIEDADES PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS BRONQUITIS AGUDA Y ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA. Medicina Buenos Aires, 163-173.

Josefa J. Valdivieso, M. B. (27 de 01 de 2017). Medfinis. Obtenido de <https://www.medfinis.cl/img/manuales/bronquitis.pdf>

Manuales MSD. (12 de 07 de 2020). Manual MSD versión para público general. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-del-pulm%C3%B3n-y-las-v%C3%ADas-respiratorias/bronquitis-aguda/bronquitis-aguda>

Mato, F. (2020). PACIENTE PEDIÁTRICO CON BRONQUITIS AGUDA DE SEXO MASCULINO DE 10 AÑOS DE EDAD. Tesis de Licenciatura. Universidad Técnica De Babahoyo, Babahoyo. Obtenido de <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8743/E-UTB-FCS-TERRE-000079.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Mayo Clinic. (11 de 04 de 2017). Mayo Clinic. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bronchitis/symptoms-causes/syc-20355566>

Medlineplus. (06 de 05 de 2021). MedlinePlus Informacion De Salud Para Usted. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/chronicbronchitis.html>

Sociedad Española De Farmacia Hospitalaria. (21 de 07 de 2014). Formación Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Obtenido de http://formacion.sefh.es/dpc/framework/atf-infecciosas/paciente-infeccion-tracto-respiratorio-inferior/tema01_menu02_submenu02-1_diapo01.php

ANEXOS



Anexo 1: se observa radiografía de tórax del paciente pediátrico.



Anexo 2: se observa paciente pediátrico realizando nebulizaciones.