



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**Facultad Ciencias de la Salud**  
**Escuela de Tecnología Médica**  
**Carrera Terapia Respiratoria**



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

**TITULO DEL CASO CLINICO**

**BRONQUITIS AGUDA EN PACIENTE PEDIATRICO DE 10 AÑOS**  
**DE EDAD**

**AUTORA**

**Evelyn Gisela Flores Yagual**

**BABAHOYO-LOS RÍOS-ECUADOR**

**2017**



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA  
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**



**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

\_\_\_\_\_  
MED. ANGEL CABALLERO CARRALERO, MSC.  
DECANA O DELEGADO (A)

\_\_\_\_\_  
QF. MAITE CECILIA MAZACON MORA, MSC.  
COORDINADOR DE LA CARRERA O DELEGADO (A)

\_\_\_\_\_  
DR. ALEX ENRIQUE DIAZ BARZOLA, MSC.  
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE O DELEGADO

\_\_\_\_\_  
AB. VANDA YADIRA PARAGUNDI HERRERA  
SECRETARIA GENERAL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO





## **INDICE**

Agradecimiento  
Dedicatoria  
Título  
Resumen  
Introducción

Marco teórico.....	10
Justificación.....	23
Objetivo general.....	24
Objetivos específicos.....	24
Datos personales.....	24

## **CAPUTULO II**

Metodología del diagnostico.....	25
Análisis del motivo de consulta.....	25
Anamnesis.....	25
Historial clínico del paciente.....	25

Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema.....26

Exploración  
clínica.....27

Formulación del diagnóstico previo análisis de  
datos.....28  
Conducta a seguir.....29



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**Facultad Ciencias de la Salud**  
**Carrera Terapia Respiratoria**



Indicación de las razones científicas de las acciones de salud,  
considerando valores  
normales.....30  
Seguimiento.....30  
Observaciones.....31

**CAPITULO III**

Conclusión.....32

**CAPITULO IV**

Referencias bibliográficas.....33

**ANEXOS**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**Facultad Ciencias de la Salud**  
**Carrera Terapia Respiratoria**



## **AGRADECIMIENTO**

Quiero expresar mi inmenso agradecimiento a la Universidad Técnica de Babahoyo, por brindarme la oportunidad de prepararme día a día como una futura profesional.

A mis maestros que brindaron sus enseñanzas y experiencias ayudándome a lograr cada objetivo propuesto a lo largo de mi carrera estudiantil.

A mis amigos Gabriela, Alicia, Jazmin, Kerly , Ariana, Gabriel y Angelo, los cuales siempre me apoyaron y motivaron para poder lograr mis metas.

Evelyn G. Flores Yagual



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**Facultad Ciencias de la Salud**  
**Carrera Terapia Respiratoria**



## **DEDICATORIA**

A Dios, que nunca me ha abandonado y me ha dado las fuerzas para seguir mi camino, conforme su voluntad y misericordia a lo largo de todo este tiempo sin Él habría podido alcanzar mis sueños.

A mis padres, hermano y familia que siempre me han apoyado y me han brindado su infinito amor y sacrificio, mil gracias por siempre motivarme y tener confianza en mí.

A mi abuelito, aunque ya no estés junto a nosotros, he cumplido la promesa que te hice de culminar mis estudios.

A mi mejor amigo Daniel por demostrarme el verdadero significado de la amistad.

Evelyn G. Flores Yagual



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**Facultad Ciencias de la Salud**  
**Carrera Terapia Respiratoria**



## **CAPITULO I**

**CASO CLÍNICO:**

**BRONQUITIS AGUDA EN PACIENTE**

**PEDIÁTRICO**

**DE 10 AÑOS DE EDAD**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**Facultad Ciencias de la Salud**  
**Carrera Terapia Respiratoria**



## **RESUMEN**

La bronquitis aguda constituye un importante problema de salud, debido a su alta morbimortalidad. Se observa que la incidencia global de las infecciones respiratorias agudas en los países en desarrollo, se presentan entre 30 y 60% en niños, y se estima que cada niño sufre de 4 a 6 episodios cada año.

En el año 2007 en Ecuador fue la primera causa de morbilidad en niños con enfermedades Respiratorias Agudas ocupando una tasa de 14%.<sup>2</sup> Estadísticamente en el año 2009 en el hospital Neumológico del Ecuador se registra el 2% de pacientes con bronquitis. Es de suma importancia el tratamiento farmacológico, pero la terapia respiratoria ha llegado a desempeñar una herramienta coadyuvante fundamental dentro del tratamiento integral de la bronquitis.

**Palabras Claves:** Bronquitis Aguda, Pediatría , terapia respiratoria





### **3. INTRODUCCIÓN**

Las enfermedades respiratorias constituyen uno de los principales problemas de salud en la edad pediátrica. La bronquitis aguda es una enfermedad común y es responsable de aproximadamente 10 visitas ambulatorias por cada 1.000 personas por año. Aunque la bronquitis aguda es un cuadro autolimitado, la mayoría de los pacientes se sienten enfermos y muchos no realizan sus actividades habituales.

La bronquitis aguda es la inflamación de los bronquios en los pulmones, generalmente causada debido a una infección viral o por bacteria. La enfermedad puede llegar a durar unos días o semanas y sus síntomas más característicos pueden ser la tos, la flema, dificultad respiratoria leve y ruido a la hora de respirar. La bronquitis aguda suele aparecer de forma rápida y se mejora después de 2 a 3 semanas. La mayoría de las personas sanas que le dé bronquitis aguda mejoran sin ningún problema.

El tratamiento de la bronquitis aguda se basa en medidas de sostén como mantener al niño bien hidratado, procurar que guarde reposo y administrarle antitérmicos si los precisa. Si aparecen sibilancias, se puede añadir broncodilatadores adrenérgicos beta (salbutamol o bromuro de ipratropio inhalado). La eficacia de los mucolíticos, expectorantes y antitusígenos en estos cuadros es discutida. En casos graves, el paciente será remitido a un servicio de urgencias hospitalario donde le administrarán nebulización de oxígeno junto con adrenérgicos beta (salbutamol) y corticoides endovenosos si es preciso.



## **4. MARCO TEÓRICO**

### **4. BRONQUITIS**

Según (Iñiguez, F., & Sánchez, I. 2008) La infección del árbol bronquial puede afectar la función respiratoria en diversas formas, dependiendo de las agresiones previas de la mucosa bronquial, especialmente las correspondientes a las alteraciones del tracto respiratorio por exposición a agentes externos.

Afirman ( Marqués, M., González Yibirín, M., & Barreto, B. 2011) Los agentes con tropismo por el epitelio respiratorio, ya sean virus o bacterias, generan un proceso inflamatorio local que se acompaña de edema de la mucosa, ingurgitación vascular, aumento de la producción de moco y alteración de los mecanismos de propulsión de ese moco fuera del epitelio.

### **TIPOS**

Según (Farfán Lima, M. C. 2011). La bronquitis puede clasificarse de dos maneras:

- **Bronquitis Aguda:** Es la inflamación de los bronquios que puede llegar a durar unos días o semanas
- **Bronquitis Crónica:** Es una inflamación de los bronquios que puede durar unos tres meses, durante unos dos años consecutivos.



## **4.1 BRONQUITIS AGUDA**

### **4.1.1 Definición**

Explicó (Pazos Silvestre, R 2010) que la Bronquitis aguda es la inflamación del árbol bronquial afecta principalmente bronquios mayores, extrapulmonares, incluyendo tráquea.

Cuando los tubos bronquiales se infectan, se hinchan y se forma moco (líquido espeso) en su interior. Esto hace que usted tenga dificultad para respirar.

Según (Santandes, A., Ximena, N., & Chimbo, C. 2015), la bronquitis aguda generalmente comienza como una infección respiratoria viral que afecta la nariz, los senos paranasales y la garganta, y luego se propaga hacia los pulmones causando tos con mucosidad, dificultad para respirar, jadeo y presión en el pecho.

### **4.1.2 Etiología**

Reveló ( Longoria, C. A. M. 2012) que las causas más frecuente en la bronquitis aguda están los virus, bacterias o las sustancias irritativas o polvo.

- **Virus:** Son la causa más común de bronquitis aguda en adultos sanos. Puede estar provocada por distintos tipos de virus en función de la época del años en que se produzca la infección

Virus respiratorio Sincitial, parainfluenza, influenza A y B, coronavirus y adenovirus generalmente causan bronquitis aguda de otoño a primavera.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**Facultad Ciencias de la Salud**  
**Carrera Terapia Respiratoria**



Rinovirus pueden causar bronquitis aguda en todas las estaciones

Virus herpes simples y rubéola rara vez causan bronquitis aguda pero pueden estar asociados a casos más severos.

- **Agentes infecciosos no virales:** Son menos frecuentes que los virus como causa de bronquitis aguda y generalmente afectan a pacientes con daño en la vía aérea, como pacientes con traqueotomía o intubación previos. Incluye: *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, *Bordetella pertussis*.
- Según Moreno L. (2015) **Otras causas no infecciosas:**
  - Asma con daño en la mucosa debido a un evento agudo como tabaco o la inhalación de gases químicos.
  - Exposición tóxica crónica como el tabaco
  - Inhalación de sustancias tóxicas como el dióxido de azufre, dióxido de nitrógeno o amoníaco.

### **4.1.3 TIPO**

En la bronquitis aguda se reconocen las siguientes variedades:

- **Bronquitis aguda catarral mucopurulenta**

Expusieron (Astudillo, P., Mancilla, P., Olmos, C., & Reyes, Á. 2012). Que la Bronquitis Aguda catarral mucopurulenta la mucosa se encuentra enrojecida y



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**Facultad Ciencias de la Salud**  
**Carrera Terapia Respiratoria**



tumefacta. Abundante secreción mucosa llena el lumen. Hay erosiones y numerosos leucocitos. Las consecuencias son abundante expectoración mucopurulenta, trastornos locales de la aireación por obstrucción (atelectasia) y tos irritativa. Las alteraciones son reversibles. El epitelio bronquial se descama rápidamente y queda en el lumen.

- **Bronquitis aguda pseudomembranosa**

Según (Ramírez Villaseñor, I. 2005) El exudado rico en fibrina se coagula en la superficie y forma una pseudomembrana, que puede desprenderse y obstruir los bronquios pequeños y formar verdaderos moldes de la tráquea, que se expulsan con la tos. Existe el gran peligro de la asfixia. La causa más frecuente es la bronquitis diftérica, ocasionalmente estafilococo y virus parainfluenza.

- **Bronquitis aguda necrótica-ulcerosa**

Declararon (Parra, G., & Arce, J. D. 2007) la bronquitis aguda necrótica-ulcerosa ocurre en personas que han inhalado gases tóxicos. También en aspiración de cuerpos extraños y en las virosis graves, en particular en pacientes con inmunodeficiencia. Las áreas necróticas superficiales son reemplazadas por epitelio regenerativo. Las profundas no curan y se produce una cicatrización con frecuentes estenosis. La intubación orotraqueal prolongada produce úlceras de decúbito en la tráquea. En los grandes bronquios, la destrucción es secundaria a la ruptura de un ganglio tuberculoso.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**Facultad Ciencias de la Salud**  
**Carrera Terapia Respiratoria**



- **Bronquitis pútrida**

Expuso (Ordóñez Rea, O. L. 2016) la bronquitis pútrida se observa en las bronquiectasias como fenómeno secundario a la descomposición de secreciones estancadas por *Borrelia vincenti* o estreptococo anaerobio o después de la aspiración de contenido intestinal con bacterias y enzimas proteolíticas. Los bronquios se cubren de restos necróticos, fibrinosos, malolientes y entremezclados con los agentes causales.

#### **4.1.4 FACTORES DE RIESGO**

Según (Lopardo, Gustavo, 2013) en la bronquitis aguda hay factores ambientales que pueden favorecer la propagación de la infección de las vías respiratorias altas ocasionadas por estos virus y propiciar la afectación recidivante. Son:

- ✓ Sustancias irritantes presentes en el ámbito doméstico como el humo de tabaco, los insecticidas o los aerosoles.
- ✓ Factores urbanos como la contaminación atmosférica de las grandes ciudades.
- ✓ Factores regionales como el clima húmedo, meses fríos o cambios bruscos de temperatura.
- ✓ Bajas defensas: de entrada todo lo anterior crea una baja en las defensas de cualquier persona. Si aparte de ello se está mal alimentado, con una dieta pobre en vitamina C, E y antioxidantes o se padece alguna enfermedad crónica que afecte especialmente al sistema inmunológico; el riesgo se multiplica.



#### **4.1.5 GENERALIDADES**

- **Fase Aguda**

Expuso (Paúl, D. 2009). Durante esta fase, que dura de 1 a 5 días, hay una inoculación directa en el epitelio traqueobronquial con síntomas sistémicos como fiebre, osteomialgias y malestar en general. Estas manifestaciones son clínicamente indistinguibles de las de otras infecciones respiratorias agudas en este periodo.

- **Fase Prolongada**

Desplegó (Soto, A. M., Galletti, L., de Quero, P. G., & Bayón, J. V. 2005.). Se caracteriza por tos de más de una semana de duración y que se prolonga hasta por 3 semanas, la cual puede acompañarse de sibilancias, en su fisiopatología, se han postulado tanto la hipersensibilidad del epitelio traqueobronquial así como la respuesta exagerada de los receptores de la tos ante el estímulo en la vía aérea como causas de la prolongación de los síntomas.

Se ha demostrado que, durante esta fase el 40 % de los pacientes presentan anomalías significativas en el VEF1 con retorno al valor normales después de 2 a 3 semanas; sin embargo, se ha observado mejoría incluso hasta las 8 semanas.

#### **4.1.6 CLÍNICA**

Atestiguaron ( Marquís, M., González Yibirín, M., & Barreto, B. 2011). En los casos de bronquitis tienen los síntomas en menos de 48 horas de evolución. En pacientes con diagnóstico



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**Facultad Ciencias de la Salud**  
**Carrera Terapia Respiratoria**



de Bronquitis se evaluaron los siguientes síntomas y signos: tos, expectoración, roncus y sibilantes (auscultación clínica), dolor torácico, disnea y fiebre

Según (Lopardo, Gustavo, 2013). El diagnóstico es siempre clínico y se realiza en el momento en que el paciente es evaluado. El cuadro clínico se caracteriza por:

- ✓ Compromiso moderado de vías aéreas superiores en los primeros días de la enfermedad.
- ✓ Tos aguda, definida como tos que persiste menos de 3 semanas. La tos empeora a medida que la enfermedad progresa y persiste más allá del cuadro de inflamación aguda. En algunos casos la tos puede prolongarse durante más de 3 semanas.
- ✓ La tos es productiva en aproximadamente el 50% de los pacientes.
- ✓ El esputo purulento no es un buen predictor de infección bacteriana pulmonar. Se presenta en el 48% de los pacientes con BA sin neumonía.
- ✓ El cuadro puede o no estar acompañado de fiebre de menos de 3 días de duración.
- ✓ Escaso o nulo compromiso del estado general del paciente.
- ✓ En el examen físico: ausencia de semiología de condensación pulmonar. Habitualmente el examen es normal aunque en algunos pacientes pueden auscultarse sibilancias y roncus.
- ✓ Solo el 5% de los pacientes con síntomas sugestivos de BA presentan neumonía bacteriana.





### **4.1.7 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Expusieron (Martín, A. A., Moreno-Pérez, D., Miguélez, S. A., Gianzo, J. C., García, M. G., Murua, J. K., ... & Pérez, G. P. 2012) Las patologías más frecuentes con las que debemos realizar un diagnóstico diferencial son la neumonía y el asma. En la neumonía suelen existir datos de gravedad como son fiebre elevada, taquipnea, taquicardia, etc., que puede asociarse a dolor de características pleuríticas. En la exploración física solemos encontrar crepitantes o incluso hipoventilación. Al realizar una radiografía de tórax se observa una condensación parenquimatosa que es la clave para el diagnóstico de neumonía.

Otra patología con la que debemos realizar un diagnóstico diferencial es el asma. En el momento agudo es difícil hacer un diagnóstico diferencial, pero los pacientes con asma suelen tener antecedentes respiratorios previos, pueden tener clínica de atopia, los síntomas suelen ser más frecuentes por la noche y desencadenarse tras la realización de ejercicio. En el momento agudo no sirve de nada realizar una Espirometría para diferenciar una patología de otra, ya que en muchas ocasiones en personas con bronquitis aguda encontramos un patrón obstructivo con una caída del FEV1. En estos casos, al cabo de 3-4 semanas las pruebas de función respiratoria se normalizan. Además, muchas veces los pacientes con asma no presentan un patrón obstructivo en el momento en el que se realizan las pruebas, teniendo que recurrir a pruebas de provocación para el diagnóstico.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**Facultad Ciencias de la Salud**  
**Carrera Terapia Respiratoria**



Afirmaron (DAVIS, A. L., & HAHN, D. L.2010) Otras patologías que pueden cursar con tos son: reflujo gastroesofágico, insuficiencia cardiaca, goteo nasal posterior, bronquiectasias, fármacos y enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID)

Según (Espinoza Pérez 2012) Debemos tener en cuenta la posibilidad de que presente una Infección respiratoria aguda manifestada principalmente por tos, con o sin producción de esputo por al menos 3 semanas, descartar cualquier evidencia clínica de un cuadro de neumonía realizando una radiografía de tórax. Y suprimir la presencia de resfriado común, esofagitis por reflujo, asma aguda

#### **4.1.8 EXAMENES COMPLEMENTARIOS**

Expuso (R. Agüero Balbín 2006) La pruebas que se necesitaran son los estudios microbiológicos ya que en pacientes con bronquitis aguda aíslan el agente etiológico entre un 16 a 40%. Un Hemograma puede servir para determinar si es una bronquitis bacteriana ya que presenta leucocitos elevados o una bronquitis viral hay la presencia de linfocitos. En pacientes con sospecha diagnóstica de bronquitis aguda no se recomienda la realización de cultivo viral, pruebas serológicas y análisis de esputo porque la probabilidad de aislar el microorganismo responsable es muy baja.

**Radiografía de tórax.** La radiografía de tórax si tiene sospecha de neumonía o bien cualquier otra enfermedad que pudiese explicar su tos.



**Espirometría:** Para analizar el grado de obstrucción y descartar la presencia de un cuadro asmático.

#### **4.1.9 TRATAMIENTO**

- **Antibióticos**

Según (QUICENO 2012) La bronquitis normalmente por una infección viral, los antibióticos no son eficientes, la prescripción antibiótica debe reservarse para aquello con un alto índice de sospecha bacteriana. Sin embargo, los antibióticos no tienen ningún impacto de disminuir la duración de la enfermedad sino el manejo de la propagación de la bacteria dentro del marco de una epidemia.

Los antibióticos podrían considerarse en las siguientes situaciones:

- ✓ Tos productiva por más de dos semanas, con síntomas de inflamación sistémica como fiebre (sospecha de infección por *Bordetella pertussis*).
- ✓ Evidencia bacteriológica significativa. Espudo con más de 25 leucocitos por campo y menos de 10 células epiteliales en el estudio microbiológico

Expresó Maguiña-Vargas (2006) De los nuevos macrólidos, la claritromicina tiene la ventaja que junto con la amoxicilina es útil en algunas infecciones respiratorias altas (sinusitis aguda, bronquitis aguda), en especial cuando se sospecha gérmenes resistentes a las penicilinas y ante la presencia de gérmenes atípicos. Una ventaja de los nuevos



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**Facultad Ciencias de la Salud**  
**Carrera Terapia Respiratoria**



macrólidos comparados con la vieja eritromicina es su dosis única (o dos veces al día) y sus efectos adversos menores.

- **Broncodilatadores**

Expuso (A. Martínez Meñaca 2016) Los broncodilatadores se indican en caso de tos persistente, sibilantes y dificultad respiratoria

Según Snow V& Gonzales R. (2007) El uso de los broncodilatadores pueden ser útiles, pero solo cuando existen signos de obstrucción de la vía aérea. En estos casos los broncodilatadores tanto inhalados como orales pueden disminuir los síntomas, aunque no tiene efecto sobre la evolución de la enfermedad ni sobre la posible aparición de complicaciones. La mayoría de los estudios se han realizado con Salbutamol a dosis de 2 inhalaciones /6 horas. También con bromuro de ipatropio a dosis de 2 inhalaciones / 6 horas.

- **Antitusígenos**

Manifestó (Muñoz, F., & Carvalho, M. S. 2009). Los antitusígenos pueden actuar a nivel central o periférico sobre el reflejo de la tos, o una combinación de ambos. Los que actúan a nivel central incrementan el umbral de excitación del centro de la tos situado en el centro bulbar en la médula espinal, en cambio, los que actúan a nivel periférico disminuyen la sensibilidad de las terminaciones nerviosas bronquiales, elevando el umbral de los receptores periféricos.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**Facultad Ciencias de la Salud**  
**Carrera Terapia Respiratoria**



Declaró (Quiceno 2012) En caso de bronquitis aguda con tos irritativa seca y molesta, el médico puede recetar medicamentos con codeína o noscapina. No obstante, dichos "antitusivos" solo están para casos excepcionales y un uso a corto plazo, pues suprimen la tos irritativa natural e impiden así la expectoración de la mucosidad. Si se usan medicamentos antitusivos con demasiada frecuencia, la mucosidad se instala en los bronquios y en casos aislados puede provocar una inflamación de los pulmones.

- **Mucolíticos**

Explicaron (Serrano J.& Sanchis J 2010) Se denominan mucolíticos a las sustancias que tienen la capacidad de destruir las distintas estructuras fisicoquímicas de la secreción bronquial anormal, consiguiendo una disminución de la viscosidad y de esta forma una más fácil y pronta eliminación.

Expusieron Claret, G., Simó, M., & Luaces, C. 2010) Con el fin de facilitar el transporte mucociliar, se ha empleado un gran número de agentes farmacológicos. Estos se refieren a 6 fármacos: N-acetilcisteína (NAC), bromhexina, yodoglicerol, ambroxol, guaimesal y DNAsa I

#### **4.1.10 TERAPIA RESPIRATORIA EN PACIENTE CON BRONQUITIS AGUDA**

Según (Saldías, F., & Díaz, O. 2012) La terapia respiratoria ayuda a eliminar las secreciones de las vías respiratorias. La eliminación de estas secreciones, evita la obstrucción de las vías aéreas,



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**Facultad Ciencias de la Salud**  
**Carrera Terapia Respiratoria**



permitiendo el correcto paso del aire e intercambio de gases y previniendo la aparición de complicaciones graves.

Expresaron Pruitt, B., & Jacobs, M. (2006) Se comienza a utilizar medicamentos para contrarrestar la obstrucción una de ellas sería la aplicación de nebulización con solución salina isotónica al 0,9% y un beta-adrenérgico de acción corta como el albuterol (Salbutamol) ya que tiene la función de aumentar la broncodilatación, aumentar la función mucociliar y disminuir la permeabilidad vascular. O utilizar un inhalador del mismo medicamento para actuar de una manera más rápida a la obstrucción bronquial.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**Facultad Ciencias de la Salud**  
**Carrera Terapia Respiratoria**



## **5. JUSTIFICACIÓN**

El presente trabajo se realizó con la finalidad de conocer a fondo la clínica de la Bronquitis Aguda, buscando alternativas de la causa que llevo al paciente a esa sintomatología tratando de descartar cualquier otro tipo de patología que pueda agravar. Para poder llegar directamente a un tratamiento adecuado con la sintomatología, con el fin de alcanzar una rápida y efectiva recuperación.

Los beneficios van desde la necesidad de utilizar medicamentos para disminuir los síntomas que provoca la bronquitis y de validar las técnicas de la terapia respiratoria en el tratamiento. Los principales beneficios de la terapia será el de saber abordar la vía aérea sin causar daño alguno y evitando que surjan cualquier tipo de complicación, ayudando al paciente a que recupere su buen estado de salud y a su vez mejore la calidad de vida del mismo.



## **6. OBJETIVO GENERAL**

Aplicar conocimientos adquiridos enfocados al paciente pediátrico con Bronquitis Aguda para poder encontrar el tratamiento adecuado.

### **6.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Recolección de los datos que puedan llevar al diagnóstico acertado
- Determinar el tratamiento con mayor efectividad
- Seleccionar los medicamentos necesarios para su mejoramiento

### **6.2 DATOS GENERALES**

**Nombre:** NN

**Edad:** 10 años

**Sexo:** Masculino

**Estado civil:** Soltero

**Peso:** Oscila entre 27 a 32kg

**Hijos:** Ninguno

**Profesión:** Estudiante

**Nivel de Estudio:** Primaria





## **CAPITULO II**

### **7. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO**

#### **7.1 Análisis del motivo de consulta**

Paciente pediátrico de 10 años de edad que asiste junto a su madre a emergencia por presentar fiebre alta acompañada de tos persistente desde hace 20 días y desde hace 24 horas comenzó con dificultad respiratoria de medianos esfuerzos.

#### **7.2 Anamnesis**

- ✓ ¿Cuándo comenzó a sentirse enfermo?
- ✓ ¿Con qué síntomas se presentó?
- ✓ ¿Cómo evolucionaron esos síntomas?
- ✓ ¿Es la primera vez que lo presenta?
- ✓ ¿Tuvo algo parecido antes?

#### **7.3 HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE**

- **Motivo de consulta**

Paciente pediátrico llega a emergencia por presenta fiebre alta, tos persistente, dificultad respiratoria de medianos esfuerzos.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**Facultad Ciencias de la Salud**  
**Carrera Terapia Respiratoria**



- **Antecedentes patológicos personales**
  - ✓ Episodio de Parotiditis
  - ✓ Hace 2 años atrás presentó Bronquitis aguda
- **Antecedentes familiares**
  - ✓ Padre diabético
  - ✓ Madre hipertensa.
- **Antecedentes personales quirúrgicos**
  - ✓ No refiere
- **Alergias**
  - ✓ No refiere
- **Hábitos**
  - ✓ No refiere

## **7.4 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA**

La posible patología de Bronquitis que pueda presentar el paciente pudo ser causada por bacteria que son las que originan la fiebre. Los factores de riesgo a la causa de la bronquitis aguda esta la contaminación, mala higiene o una sobreinfección que se haya presentando anteriormente que puede ser uno de los orígenes del problema.



## **7.5 EXPLORACIÓN CLÍNICA**

- **Signos Vitales:**

Frecuencia Cardíaca (FC): 74 X'

Frecuencia Respiratoria (FR): 26 X'

Tensión Arterial (TA): 110/60 mmHg

Temperatura Corporal (TC): 38°C

Saturación de Oxígeno (SaO<sub>2</sub>): 90%

Escala de Glasgow: 14/15

- **Inspección General**

**Cabeza:**

- ✓ Orientado
- ✓ Poco activo
- ✓ Responde a estímulos dolorosos
- ✓ Normocefáleo
- ✓ ORF: Húmedas normal

**Cuello:**



- ✓ No Adenopatías

### **Tórax**

- ✓ **Forma:** Normal
- ✓ **Patrón respiratorio:** Toraco- abdominal
- ✓ **Percusión:** En Hilio pulmonar ligeramente disminuido
- ✓ **Palpación:** Dolorosa a la digitopresión a nivel de espacios intercostales

### **Pulmones:**

- **Auscultación:** Roncus en hilios pulmonares

### **Estado nutricional**

- Normolineo

## **7.6 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PREVIO AL ANÁLISIS**

### **DE DATOS**

- **IMPRESIÓN DEL DIAGNÓSTICO**

Nos basamos solo en la clínica del paciente que nos indica que sea una Bronquitis Aguda posiblemente bacteriana ya que presenta fiebre elevada , tos persistente, dificultad respiratoria de medianos esfuerzos, taquipnea ya que tiene una frecuencia respiratoria mayor que 20 X', Saturación de O<sub>2</sub> de 90%, debido que hay una hipoxemia en sangre arterial.



En el examen físico presenta roncus en hilios pulmonares que indica que los bronquios se encuentran obstruidos. Cuando ya hayamos descartado cualquier patología que tenga similitud podemos decir que el paciente pediátrico presenta una Bronquitis Aguda bacteriana.

## **7.7 CONDUCTA A SEGUIR**

- ✓ 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) por vía oral cada 8 horas durante 5 días.
- ✓ Cetirizina jarabe 5mg (1 cucharadita) cada 12 horas por 10 días.
- ✓ Nebulización: 3 cc de solución salina mas 10 a 15 gotas de Salbutamol cada 6 horas por 4 o 5 días.
- ✓ Administrar O<sub>2</sub> .Con una mascarilla simple a 5litros por minuto
- ✓ Lavarse las manos
- ✓ Tomar mucho líquido



## **7.8 INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES**

- ✓ La conducta clave sería por la bacteria que pueda presentar
- ✓ La conducta problema sería la Bronquitis Aguda que se estará remediando con los medicamentos y las nebulizaciones para obtener un mejor pronóstico en el paciente.

## **7.9 SEGUIMIENTO**

- El paciente se controlará el nivel de saturación de oxígeno ya que al momento que ingreso se encontraba en un rango bajo, del cual se utilizará un equipo respiratorio como cánula nasal o mascarilla simple para subir el nivel de oxígeno en la sangre arterial.
- Se recomienda administrar dosis según el peso y la edad del paciente.
- El paciente remitido a un servicio hospitalario le administra nebulización de oxígeno junto con adrenérgicos beta (salbutamol) y corticoides endovenosos si es preciso.



## **7.10 OBSERVACIONES**

Dentro del manejo sintomático primario debe considerarse:

- ✓ Evitar ambientes donde se fume.
- ✓ Limitar la diseminación de la infección viral (lavado de manos).
- ✓ La bronquitis aguda se basa en medidas de sostén como mantener al niño bien hidratado
- ✓ Procurar que guarde reposo y administrarle antitérmicos si los precisa.
- ✓ Si aparecen sibilancias, se puede añadir broncodilatadores adrenérgicos beta (Salbutamol o bromuro de ipratropio inhalado).



## **CAPITULO III**

### **8. CONCLUSION**

La patología respiratoria en pediatría origina una gran demanda asistencial en atención primaria, en los servicios de urgencias, y un elevado número de ingresos hospitalarios. A menudo, los mismos virus que causan el resfrío y la gripe pueden causar bronquitis aguda. Estos virus se propagan por el aire fácilmente por el medio ambiente al toser una persona o cuando existe un contacto físico con alguien que está contaminado por alguna bacteria o virus y no mantiene una correcta asepsia.

La exposición activa o pasiva al humo del cigarrillo, la contaminación del aire, la inhalación de polvo y gases tóxicos en el medio laboral pueden ser otras de las causas de bronquitis aguda. También bacterias pueden causar bronquitis aguda, pero no tan seguido como los virus.

La Bronquitis Aguda, si bien no deja secuelas cuando se hace el tratamiento correcto, los bronquios quedan susceptibles a la reacción de cualquier agente irritante.





## CAPITULO IV

### 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lopardo, G., Pensotti, C., Scapellato, P., Caberlotto, O., Calmaggi, A., Clara, L., ... & Pryluka, D. (2013). Consenso intersociedades para el manejo de infecciones respiratorias: bronquitis aguda y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *MEDICINA (Buenos Aires)*, 73(2), 163-173.
- Farfán Lima, M. C. (2011). *Seguimiento farmacoterapéutico en niños 1 a 9 años con infecciones respiratorias bajas y altas del Centro de Salud 3, mediante protocolos del Ministerio de Salud Pública. Cuenca, 2011*
- *DÍAZ DUQUE, ADOLFO ENRIQUE, Bronquitis aguda: diagnóstico y manejo en la práctica clínica Universitas Médica [en línea] 2008,*
- Iñiguez, F., & Sánchez, I. (2008). Desarrollo pulmonar. *Neumol Pediatr*, 3, 148-55.
- Ordóñez Rea, O. L. (2016). *Evaluación antibacteriana de extracto de mosquera (Croton elegans.) frente a: (Staphylococcus aureus ATCC: 25923, Streptococcus pyogenes ATCC: 19615, Streptococcus pneumoniae ATCC: 49619 y Streptococcus mutans ATCC: 25175), patógenos de enfermedades respiratorias (Bachelor's thesis).*
- Soto-de la Fuente, A. E., Aguilar-Loya, M., Méndez-Vargas, M. M., Zamudio-Martínez, P., López-Rojas, P., Salinas-Tovar, S., & Marín-Cotoñieto, I. A. (2007) Bronquitis y cuidados . *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(6).
- Paúl, D., de los Ángeles, M., Vega-Briceño, L. E., Potin, M., Ferrés, M., Pulgar, D., ... & Sánchez, I. (2009). Características clínicas de la enfermedad respiratoria causada por Mycoplasma pneumoniae en niños hospitalizados. *Revista chilena de infectología*, 26(4), 343-349.
- Maguiña-Vargas, C., Ugarte-Gil, C. A., & Montiel, M. (2006). Uso adecuado y racional de los antibióticos. *Acta Médica Peruana*, 23(1), 15-20.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**Facultad Ciencias de la Salud**  
**Carrera Terapia Respiratoria**



- Marquís, M., González Yibirín, M., & Barreto, B. (2011). Evaluación de la efectividad del RENIKAN (extracto del *Pelargonium sidoides* estandarizado EPs® 7630) en el tratamiento de las infecciones de las vías respiratorias superiores de etiología viral. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 30(4).
- Muñoz, F., & Carvalho, M. S. (2009). Efecto del tiempo de exposición a PM10 en las urgencias por bronquitis aguda. *Cad Saude Publica*, 529-539.
- DAVIS, A. L., & HAHN, D. L.(2010) BRONQUITIS AGUDA EN NIÑOS Y ADULTOS.
- Bayona Faro, C. Eficacia del tratamiento antiinflamatorio comparado con antibiótico y placebo en pacientes con bronquitis aguda no complicada y expectoración purulenta. Ensayo clínico aleatorio controlado con placebo.
- Kamin, W., Maydannik, V. G., Malek, F. A., & Kieser, M. (2009). Eficacia y tolerabilidad de EPs 7630 en pacientes (de 6-18 años de edad) con bronquitis aguda.
- Sosa García J. & Huertas Neri E. (2010) Diagnóstico y Tratamiento Oportuno de la Bronquitis Aguda No Complicada en el Paciente Adulto, México: Secretaría de Salud
- Moreno L. (2015) Síndrome Bronquial obstructivo agudo
- Raga Poveda P. (2009) Enfermedades respiratorias infantiles
- Daniel Ciudad Antognini. Evolución clínica de la fisioterapia respiratoria en el tratamiento de la enfermedad bronquial obstructiva en el niño. Tesis doctoral. Universidad de Granada; 2009
- Vanesa G. Bellido. Síndrome del lóbulo medio y fisioterapia respiratoria: a propósito de un caso clínico. *Revista Fisioterapia y calidad de vida*. Volumen 11, número 1; 2008; p 35-42
- Barlett J. (2006) Guía de tratamiento con antibiótico en enfermedades respiratoria por infección
- Wark P. (2006) Bronquitis
- Snow V& Gonzales R. (2007) Control y Prevención de los antibióticos como uso del tratamiento de la Bronquitis



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**Facultad Ciencias de la Salud**  
**Carrera Terapia Respiratoria**



- Serrano J.& Sanchis J (2010) Utilidad de los fármacos mucoactivos en enfermedades respiratoria. Departamento de Neumología Barcelona.
- Soto, A. M., Galletti, L., de Quero, P. G., & Bayón, J. V. (2005, January). Bronquitis plástica. A propósito de un caso y revisión de los casos asociados a cirugía de Fontan. In *Anales de Pediatría* (Vol. 62, No. 1, pp. 72-75). Elsevier Doyma.
- López-Antuñano, F. J. (2006). Epidemiología de las infecciones respiratorias agudas en niños: panorama regional. *Infecciones respiratorias en niños. Washington DC, OPS (Serie HCT/AIEPI-1), c, 13.*
- Caminal, J., Rovira, J., & Segura, A. (2006). *Estudio de la idoneidad de la prescripción del tratamiento antibiótico en atención primaria y de los costes derivados de la no adecuación.* Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica.
- Baquero Rodríguez, R., & Granadillo Fuentes, A. (2009). A practical clinical guide: bronchiolitis. *Revista Salud Uninorte, 25(1), 135-149.*
- Prieto Herrera, M. E., León Molina, M., & Hernández Cisneros, F. (2006). Uso de jarabes antitusivos y otros medicamentos en las infecciones respiratorias agudas. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 16(2), 150-155.*
- Pruitt, B., & Jacobs, M. (2006). Eliminación de las secreciones pulmonares. *Nursing (Ed. española), 24(6), 17-21.*
- Artés, R. C., & Argemí, R. B. (2006). Rehabilitación respiratoria. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 13(8), 469-477.*
- de Lejarazu, R. O., Eiros, J. M., & Gracia, I. (2006). Gripe y viriasis respiratorias. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 9(59), 3820-3829.*



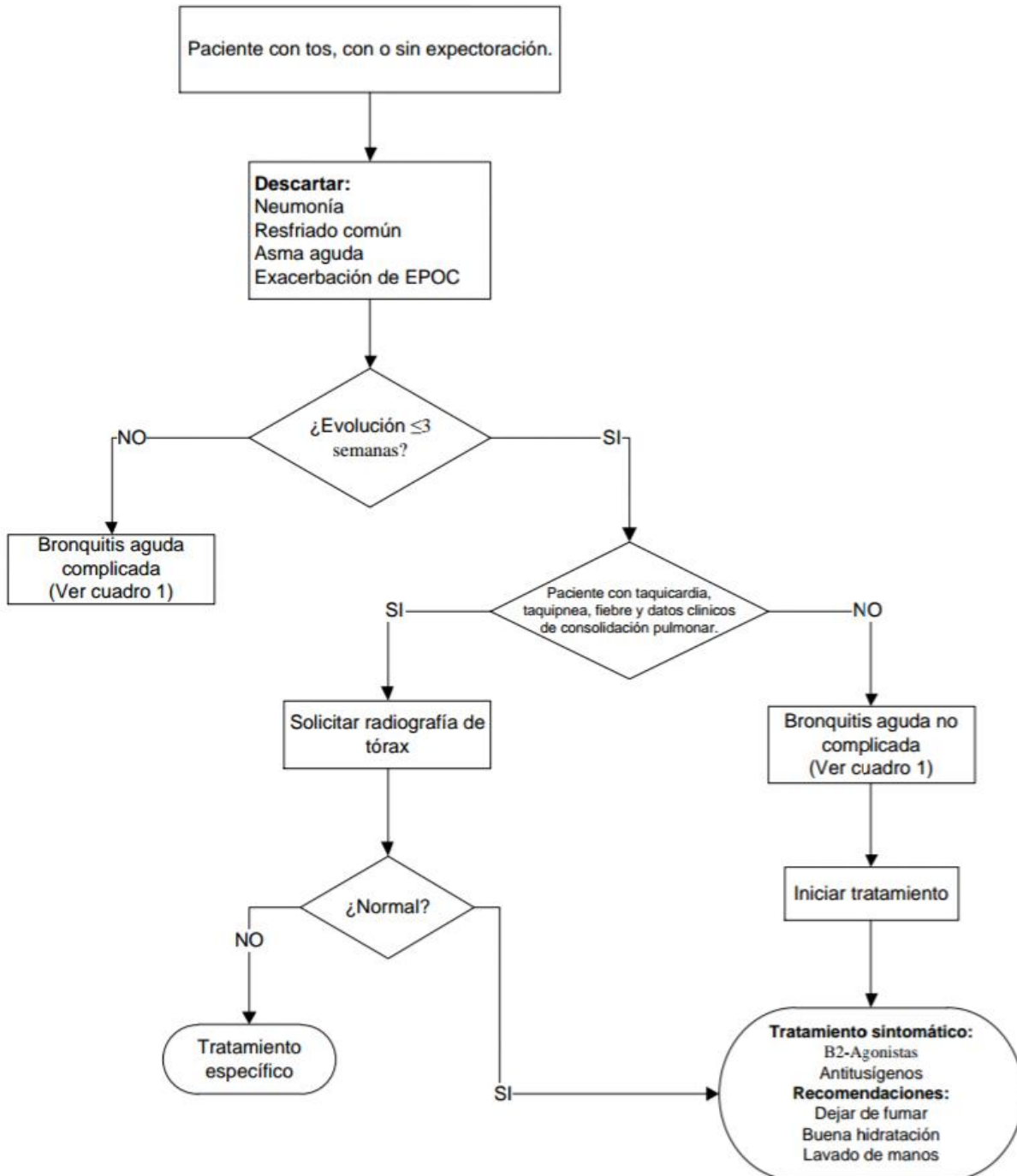
**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**Facultad Ciencias de la Salud**  
**Carrera Terapia Respiratoria**



# **ANEXOS**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**Facultad Ciencias de la Salud**  
**Carrera Terapia Respiratoria**

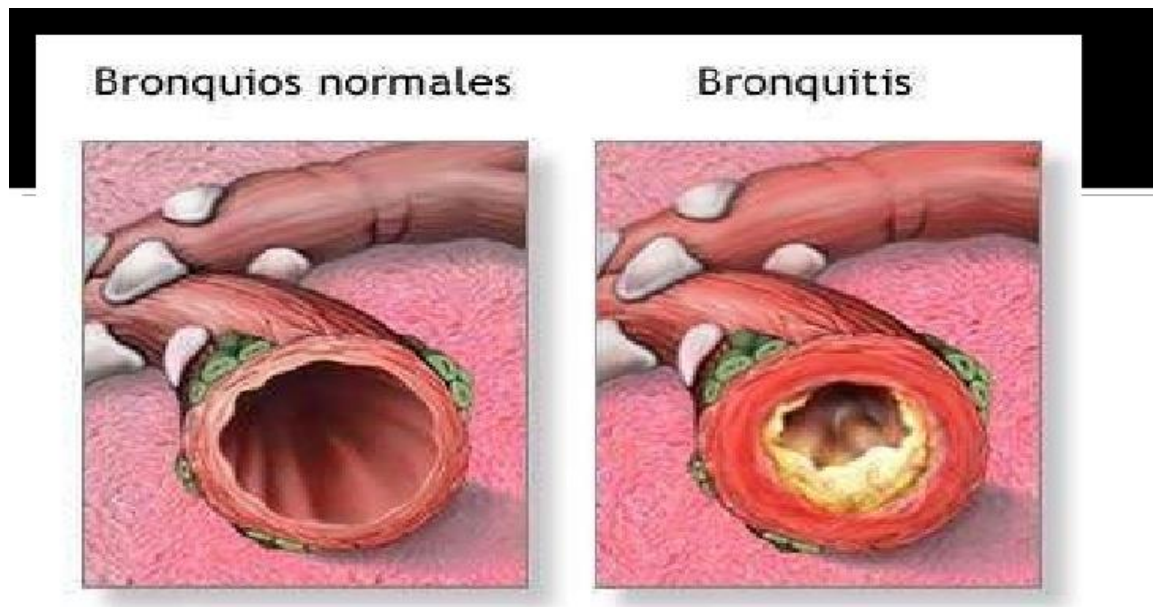




**Cuadro 1.** Características diferenciales entre bronquitis aguda no complicada y complicada.

Bronquitis aguda no complicada	Bronquitis aguda complicada
Tos $\leq$ 3 semanas	Tos $\geq$ 3 semanas
Paciente inmunocompetente	Paciente inmunodeprimido
Afebril	Fiebre
No comorbilidades	Comorbilidades (Diabetes, Cardiopatías, etc.)
Adulto joven	Anciano

Referencia: Hernández UJ. Bronquitis aguda. Documentos clínicos SEMERGEN



**La bronquitis es la inflamación de los bronquios, que son los pasajes principales del aire hasta los pulmones. Por lo general, aparece después de las infecciones virales de las vías respiratorias y entre los síntomas están la tos, la falta de aliento, el jadeo y la fatiga.**



## TABLA DE PESO Y TALLA PARA NIÑOS

### Niños

Peso en Kilogramos

Edad	Bajo	Promedio	Alto	Talla en cm. $\pm 6\%$
3 años	12.6	14.0	15.4	90
4 años	14.4	16.0	17.6	100
5 años	16.6	18.0	19.8	106.5
6 años	18.2	20.0	22.0	113
7 años	19.8	22.0	24.2	118
8 años	22.1	24.5	26.9	123
9 años	24.3	27.0	29.7	127.5
10 años	27.0	30.0	33.0	132
11 años	29.8	33.1	36.4	139
12 años	33.0	36.6	40.2	142
13 años	34.0	38.0	41.8	147



## VALORES DE REFERENCIA

EDAD	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO
De 0 – 6 meses	30	50
6 – 1 año	20	40
1-2 años	20	30
2- 6 años	15	25
6-10 años	15	20
>10 años	13	20

Ciclos respiratorios por un minuto.

El patrón respiratorio abdominal.

Características :

\*frecuencia

\*ritmo







**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**

*Facultad de Ciencias de la Salud*

**SECRETARÍA**



## **CERTIFICACION**

AB. Vanda Aragundi Herrera, Secretaría de la Facultad de Ciencias de la Salud,

**Certifica:**

Que, por **Resolución Primera de Consejo Directivo de fecha 14 de abril del 2017**, donde se indica: “*Una vez informado el cumplimiento de todos los requisitos establecidos por la Ley de Educación Superior, Reglamento de Régimen Académico y Reglamentos Internos, previo a la obtención de su Título Académico, se declaró EGRESADO(A) DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD a: FLORES YAGUAL EVELYN GISELA, C.I. 930538160 carrera de TERAPIA RESPIRATORIA, estando APTO para el PROCESO DE DESARROLLO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN O EXAMEN COMPLEXIVO*”.- Comuníquese a la Msc. Karina de Mora, Responsable de la Comisión General del Centro de Investigación y Desarrollo de la Facultad.

Babahoyo, 13 de Mayo del 2017

*Abg. Vanda Aragundi Herrera*  
**SECRETARIA**

*Rebido*  
17/05/2017 14:53



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA**



Babahoyo, Mayo 03 de 2017

Doctora

Alina Izquierdo Cirer, MSc.

**COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**

Presente.-

De mis consideraciones:

Por medio de la presente Yo, **Flores Yagual Evelyn Gisela** con cédula de ciudadanía **093053816-0**, egresada de la carrera de **TERAPIA RESPIRATORIA**, de la **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**, me dirijo a usted de la manera más comedida autorice a quien corresponda, me recepte la documentación para la inscripción en el Proceso de Titulación en la modalidad de Examen Complexivo de esta Facultad.

Esperando que mi petición tenga acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente,

**Flores Yagual Evelyn Gisela**  
**C.I. 093053816-0**

03/05/2017 10:20 AM



Babahoyo 8 de Agosto del 2017.

Doctora.

Alina Izquierdo Cirer, MSC

**COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN**

En su despacho:

De mis consideraciones

Yo, **FLORES YAGUAL EVELYN GISELA**, con CI. **0930538160** Egresada de la Carrera de **TERAPIA RESPIRATORIA**, de la Facultad Ciencias de la Salud, me dirijo a usted para solicitarle la manera más comedida se nos acepte el Tema: **BRONQUITIS AGUDA EN PACIENTE PEDRIATRICO DE 10 AÑOS DE EDAD** el mismo que debe ser aprobada por las autoridades respectivos para continuar con el la defensa del caso clínico, practico, en el proceso de Titulación Modalidad **EXAMEN COMPLEXIVO**.

Por la atención que se dé a la presente, le reiteramos nuestros agradecimientos.

Atentamente,

.....  
**FLORES YAGUAL EVELYN GISELA**  
**CI.0930538160**

Recibido  
08/08/2017 18:00



**CASO CLINICO 8**

Paciente pediátrico de 10 años de edad que asiste junto a su madre a emergencia por la presentar fiebre alta acompañada de tos persistente desde hace 20 días y desde hace 24h comenzó con dificultad respiratoria de medianos esfuerzos.

**ANAMNESIS:**

Antecedentes Patológicos Personales: Parotiditis.

Hace 2 años atrás presentó bronquitis aguda.

Antecedente Patológico Familiar: Madre hipertensa, Padre diabético.

Antecedentes personales Quirúrgicos: No refiere.

ALERGIAS: No refiere.

HABITOS: No refiere.

**EXAMEN FISICO**

Signos Vitales: FC: 74 X' FR: 26X' TA: 110/60 TC: 38oC SAT.O2: 90%  
GLASGOW: 14/15.

ESTADO NUTRICIONAL: Normolíneo.

CABEZA: Orientado, poco activo, responde a estímulos dolorosos, Normocéfalo, ORF: húmedas normal.

CUELLO: No Adenopatías

**TÓRAX:**

- Forma: Normal.
- Tipo de respiración: toraco-abdominal.
- Percusión: en hileo pulmonar ligeramente disminuido.
- Palpación: Dolorosa a la digitopresión a nivel de espacios intercostales.

**PULMONES:**

- Auscultación: roncus en hilios pulmonares.

**IMPRESION DIAGNOSTICA (IDX): BRONQUITIS AGUDA**

- EXAMENES COMPLEMENTARIOS: .....
- TRATAMIENTO COADYUVANTE

VALORE DE FORMA INTEGRAL LA PATOLOGIA DESCRITA SEGÚN LA METODOLOGIA ENTREGADA POR LA UNIDAD DE TITULACION

*Recibido*  
*08/08/2017* *18:07*

*Nombre: Evelyn Flores Jagual*  
*Terapia Respiratoria*  
*3/08/17*



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA  
CARRERA DE TERAPIA RESPIRATORIA**



Babahoyo, 21 de agosto del 2017

Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc.  
COORDINADORA UNIDAD DE TITULACIÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
Presente.

De mi consideración:

Por medio de la presente, yo, **FLORES YAGUAL EVELYN GISELA**, con cédula de ciudadanía **093053816-0** egresado (a) de la Escuela de Tecnología Médica, carrera de **TERAPIA RESPIRATORIA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud de Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para que por su digno intermedio se me recepte los tres anillados requeridos en el componente práctico (Casos Clínicos) del Examen Complexivo, tema: **BRONQUITIS AGUDA EN PACIENTE PEDIÁTRICO DE 10 AÑOS DE EDAD** para que pueda ser evaluado por el Jurado respectivo, asignado por el Consejo Directivo.

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecido (a).

Atentamente,

**FLORES YAGUAL EVELYN GISELA**  
C.I 093053816-0