



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



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

**TÍTULO DEL CASO CLÍNICO:  
BRONQUITIS AGUDA EN PACIENTE DE 27 AÑOS DE EDAD**

**AUTORA:  
KARLA ESTEFANIA ESPINOZA REAL**

**BABAHOYO-LOS RÍOS-2017**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE TECNOLOGÍA 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**





## **AGRADECIMIENTO**

Principalmente le estoy agradecida a Dios sin su ayuda no hubiese estado donde estoy ahora segundo a mis padres con tanto esfuerzo ellos me dieron el aliento ese empuje que necesitaba con problemas, preocupaciones, lloros me animaron a seguir adelante esta carrera no fue fácil fue difícil pero no imposible y ahora me siento orgullosa de mi misma de ese esfuerzo de día a día que tanto me costó agradezco a mis amigos en general a todos los que aunque sea con un abrazo, un te quiero sigue adelante pero igual esto recién empieza ahora me toca una etapa más en mi vida

Gracias  
Karla Espinoza Real



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



## **DEDICATORIA**

Este logro va dedicado para DIOS que nos da el aliento de vida para cumplir con las metas que uno se propone, a mi madre que no está aquí presente pero es como un ángel para mi a mis PADRES que nunca dejaron de creer en mí y me dieron apoyo para llegar a hacer un gran profesional, también a todos mis demás familiares que me decían que siga adelante que si lo lograría.

Gracias  
Karla Espinoza Real



## Índice

Agradecimiento. . . . .	I
Dedicatoria. . . . .	II
Capítulo I.....	
1. Título. . . . .	1
2. Introducción. . . . .	2
3. Marco teórico. . . . .	3
3.1Justificación. . . . .	12
3.2Objetivos. . . . .	13
3.2.1Generales. . . . .	13
3.2.2Específico. . . . .	13
3.2.3Datos generales.....	13
Capítulo II.....	
4. Metodología del diagnóstico. . . . .	14
4. 1Análisis del motivo de consulta. . . . .	14
4.2 Historial clínico del paciente. . . . .	14
4. 3Anamnesis. . . . .	15
4.3.1nálisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema. . . . .	15
4.3.2 Exploración clínica. . . . .	16
4.3.3Formulación del diagnóstico previo análisis de datos. . . . .	16
4.3.4Diagnostico.....	16
4.3.5 Conducta a seguir. . . . .	16
4.3.6Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando Valores normales. . . . .	17
5. Seguimiento. . . . .	17



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



6. Observaciones. . . . .	17
Capítulo III. . . . .	
7. Conclusiones. . . . .	18
Capítulo IV. . . . .	
8. Referencias bibliográficas. . . . .	19
9. Anexos. . . . .	20



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



## **1. TITULO**

**BRONQUITIS AGUDA EN PACIENTE DE 27 AÑOS DE EDAD**



## **Capítulo I**

### **Introducción**

La bronquitis agudas es la inflamación del árbol traqueo bronquial que dificulta al paciente que tenga una buena oxigenación en sus pulmones ya que tiene una enfermedad restrictiva extra pulmonar que es la miastenia gravis es la debilidad de los músculos de la respiración por tanto el paciente esta propenso a recaer con este tipo de infecciones respiratoria por tanto en esta enfermedad sus síntomas son dificultad respiratoria, fiebre y tos por más de 15 días de evolución y en el examen físico en la auscultación se encuentra campo pulmonares con roncus diseminados, leve movilización de secreciones a nivel para hilar.

La miastenia gravis es la causa por la que el paciente llega a este diagnóstico que es la bronquitis aguda por eso como recomendación se les hace un seguimiento como exámenes; Rx estándar de tórax, BHC, Glicemia, Urea, Creatinina, Gasometría arterial, Glucosa etc.

El tratamiento que se debe utilizar en este paciente con bronquitis aguda asociada con la miastenia gravis antibióticos, broncodilatadores, antitusígenos, mucolíticos.

Para que el paciente tenga una buena mejoría tendrá que seguir el tratamiento como es prescrito también para que mejore y no se vuelva a repetir la bronquitis aguda se debe tener una buena higiene bucal.





### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **Enfermedades restrictivas**

Enfermedades pulmonares restrictivas son una categoría de enfermedades respiratorias extrapulmonares, pleurales, o del parénquima que restringen la expansión de los pulmones, lo que resulta en una disminución de volumen pulmonar, un aumento del trabajo de respiración, y la ventilación inadecuada y/o la oxigenación.(svneumo.2001)

#### **Fisiopatología**

Disminución de la distensibilidad pulmonar, por lo tanto determina que la capacidad vital del pulmón sea menor.

La curva que se genera es parecida a la normal pero más pequeña, ya que son las capacidades y los volúmenes los que se alteran. (Javiera León2009)

#### **Causas y clasificación**

Enfermedades pulmonares restrictivas pueden ser debido a causas específicas que pueden ser intrínseca al parénquima del pulmón, o extrínseca a la misma.

#### **Intrínseco**

- La asbestosis causada por la exposición prolongada al polvo de amianto.
- Fibrosis radiación, usualmente de la radiación que se administra para el tratamiento del cáncer.
- Como consecuencia de otra enfermedad, como la artritis reumatoide.
- La neumonitis por hipersensibilidad debido a una reacción alérgica a partículas inhaladas.



- El síndrome de dificultad respiratoria aguda, una enfermedad pulmonar grave que se produce en respuesta a una lesión o enfermedad crítica.
- El síndrome de dificultad respiratoria infantil debido a una deficiencia de surfactante en los pulmones de un bebé nacido prematuramente.
- Muchos casos de enfermedad pulmonar restrictiva son idiopáticos. Sin embargo, en general hay fibrosis pulmonar. Ejemplos son:
  - La fibrosis pulmonar idiopática
  - Neumonía intersticial idiopática, de los cuales hay varios tipos
  - Sarcoidosis
  - La neumonía eosinofílica
  - Linfangioleiomiomatosis
  - Histiocitosis de células de Langerhans pulmonar '
  - Proteínosis alveolar pulmonar
- Condiciones que afectan específicamente el intersticio se llaman enfermedades pulmonares intersticiales.
  - Extrínseco
    - Las enfermedades neuromusculares, como la miastenia gravis y el síndrome de Guillain Barre
    - Enfermedades no musculares de la parte superior del tórax, como cifosis y deformidades de
      - la pared torácica.
  - Enfermedades que limitan el volumen torácico/abdominal inferior.



- Engrosamiento pleural.

### **Miastenia gravis**

La enfermedad restrictiva extra pulmonar neuronal miastenia gravis se caracteriza por episodios intermitentes de debilidad muscular que usualmente sobrevienen después de la activación repetitiva de los músculos o la fatiga. Estas dos características hacen difícil la intervención fisioterapéutica, puesto que la recuperación funcional se consigue más con el reposo que con el movimiento. (BÁRCENA, 2008)

En general, los problemas respiratorios del paciente con enfermedad neuromuscular se realizan con dos aspectos incapacitantes:

1. La incapacidad para conseguir una adecuada ventilación alveolar.
2. La dificultad para mantener una adecuada higiene bronquial.

### **Etiología y fisiopatología**

La miastenia gravis es causada por un defecto en la transmisión de los impulsos nerviosos a los músculos. Ocurre cuando la comunicación normal entre el nervio y el músculo se interrumpe en la unión neuromuscular, el lugar en donde las células nerviosas se conectan con los músculos que controlan.

Normalmente, cuando los impulsos recorren el nervio, las terminaciones nerviosas secretan una sustancia neurotransmisora llamada acetilcolina. La acetilcolina se difunde a través del espacio sináptico en la unión neuromuscular, y se une a los receptores de acetilcolina, en la membrana post-sináptica. Los receptores se activan y generan una contracción muscular.

En la miastenia gravis, los anticuerpos bloquean, alteran, o destruyen los receptores de acetilcolina en la unión neuromuscular, lo cual evita que ocurra la contracción muscular. Estos anticuerpos son producidos por el propio sistema inmunitario del cuerpo. Por ende, la miastenia gravis es una enfermedad autoinmune, porque el sistema inmunitario, que normalmente protege al cuerpo de organismos externos, se ataca a sí mismo por error. Además, se ha demostrado que los pliegues post-sinápticos están aplanados o "simplificados", disminuyendo la eficacia de la transmisión. La acetilcolina es liberada normalmente, pero los potenciales generados son de intensidad inferior a la necesaria.

Los mecanismos por los cuales los anticuerpos disminuyen el número de receptores son tres:

1. Degradación acelerada por enlaces cruzados y endocitosis precoz de los receptores.



2. Bloqueo del sitio activo del receptor.
3. Lesión de la membrana muscular post-sináptica por los anticuerpos en colaboración con el sistema del complemento.

Los anticuerpos son del tipo IgG dependientes de linfocitos T, por lo que el tratamiento inmunosupresor constituye una diana terapéutica.

Por otro lado, la actividad repetida acaba disminuyendo la cantidad de acetilcolina liberada (lo que se conoce como *agotamiento presináptico*). También conlleva una activación cada vez menor de fibras musculares por impulso sucesivo (*fatiga miasténica*). Estos mecanismos explican el aumento de la fatiga tras el ejercicio, y la estimulación decreciente en el electromiograma. (Harrison, T. R. 2006)

## Causas

La miastenia grave es un tipo de trastorno autoinmunitario. Un trastorno autoinmunitario ocurre cuando el sistema inmunitario ataca por error al tejido sano. Los anticuerpos son proteínas producidas por el sistema inmunitario del cuerpo cuando este detecta sustancias dañinas. Los anticuerpos se pueden producir cuando el sistema inmunitario equivocadamente considera que el tejido sano es una sustancia dañina, como en el caso de la miastenia grave. En las personas con miastenia grave, el cuerpo produce anticuerpos que bloquean las células musculares para que no reciban mensajes (neurotransmisores) desde la célula nerviosa.

Se desconoce la causa exacta de la miastenia grave. En algunos casos, está asociada con tumores del timo (un órgano del sistema inmunitario).

La miastenia grave puede afectar a personas de cualquier edad y es más común en mujeres jóvenes y hombres de edad avanzada. (Meriggioli MN, 2012)

## Síntomas

La miastenia grave causa debilidad de los músculos voluntarios. Estos músculos son los que están bajo su control. Los músculos autónomos, como el corazón y el tubo digestivo, por lo general no resultan afectados. La debilidad muscular de la miastenia grave empeora con la actividad y mejora con el reposo.

Esta debilidad muscular puede llevar a una variedad de síntomas, incluso:

- Dificultad para respirar debido a la debilidad de los músculos de la pared torácica
- Dificultad para deglutir o masticar, lo que causa arcadas, asfixia o babeo frecuentes



- Dificultad para subir escaleras, levantar objetos o levantarse desde una posición de sedestación (sentado)
- Dificultad para hablar
- Cabeza y párpados caídos
- Parálisis facial o debilidad de los músculos faciales
- Fatiga
- Ronquera o cambio de voz
- Visión doble
- Dificultad para mantener la mirada

### Tratamiento

- No se conoce cura para la miastenia grave. El tratamiento le puede permitir tener períodos prolongados sin ningún tipo de síntomas (remisión).
- Los cambios en el estilo de vida a menudo le permiten continuar con las actividades diarias. Se puede recomendar lo siguiente:
  - Descansar todo el día
  - Usar un parche para los ojos si la visión doble es molesta
  - Evitar el estrés y la exposición al calor que pueden empeorar los síntomas
  - Los medicamentos que se pueden recetar incluyen:
    - Neostigmina o piridostigmina para mejorar la comunicación entre los nervios y los músculos.( Mittal MK, 2014)

### Posibles complicaciones

La afección puede causar problemas respiratorios potencialmente mortales, lo cual se denomina una crisis miasténica. (Meriglioli MN, 2012)



## **Bronquitis aguada**

Es un síndrome inflamatorio del árbol traqueo bronquial, específicamente de la membrana mucosa bronquial, que se genera gracias a un cambio epitelial causado por un desencadenante el cual puede ser infeccioso o no infeccioso, y que conlleva a la respuesta inflamatoria de la vía aérea. Este síndrome se caracteriza por una duración autolimitada correspondiendo a un periodo máximo de tres (3) semanas, definido por tos de inicio agudo o subagudo, asociado o no a expectoración, la cual puede ser de características mucoides, purulentas y/o hemáticas. Los síntomas constitucionales, tales como cefalea, osteomiasias y fiebre, además de síntomas respiratorios como rinorrea o dolor faríngeo pueden preceder la tos. Se caracteriza por presentarse en personas sanas y en quienes se excluyó el diagnóstico de neumonía. (ALBI S, 2010)

## **EPIDEMIOLOGÍA**

Es uno de los nueve diagnósticos más comunes en Atención Primaria en Estados Unidos, siendo la tos el motivo más frecuente de consulta. Su incidencia oscila entre 35-45 casos por 1.000 habitantes al año; dada su etiología principalmente viral aparece sobre todo en invierno y la frecuencia aumenta con la edad. Aproximadamente 5% de los adultos presenta un episodio durante el año y más del 90% de estos acude a atención médica. (ALBI S, 2010)

## **ETIOLOGÍA**

Como ya se describió, la Bronquitis aguda, puede darse por un agente infeccioso o no infeccioso, sin embargo, la mayoría de estudios concluyen que es causada por los mismos agentes que circulan estacionaria o climáticamente. El agente etiológico más frecuente es de origen viral, principalmente virus de Influenza B, influenza A, para influenza y adenovirus. (ALBI S, 2010)

## **Clasificación**

Según su duración y etiología, se distingue entre bronquitis aguda, de corta duración, y bronquitis crónica, de larga duración. (T. Hansel and Peter J, 2005)



## **Cuadro clínico**

Los exámenes de laboratorio señalan un recuento normal o ligeramente elevado de glóbulos blancos, sin neutrofilia. La radiografía de tórax es normal: su característica es tos persistente, seca y dolorosa, esputo mucoso, antecedentes de infecciones de las vías respiratorias superiores su duración es de 1-2 semanas usualmente viral.

## **SIGNOS Y SÍNTOMAS.-**

- Tos
- Nariz tapada (obstrucción nasal)
- Catarro
- Dolor y enrojecimiento de la garganta
- Ronquera
- Respiración rápida o difícil.
- Piel morada (cianosis)
- Aleteo nasal (movimiento de las ventanas de la nariz).
- Puede existir fiebre.
- Si no hay ninguno de estos signos o síntomas, es poco probable que sea infección respiratoria. aguda.( Davids S, 2014 )

## **. Causas, incidencia y factores de riesgo**

La bronquitis aguda es una de las afecciones más comunes que se ven en las consultas médicas y es causada principalmente por un virus que infecta al sistema respiratorio. Existen muchos virus respiratorios diferentes que pueden hacer esto, incluyendo el rinovirus, que causa el resfriado común

La persona está en mayor riesgo de desarrollar bronquitis si ha padecido una enfermedad o una infección respiratoria reciente (lo que reduce su capacidad para combatir infecciones), o si tiene problemas pulmonares crónicos como asma, quística o enfermedad pulmonar restrictivas. Igualmente, el riesgo de bronquitis es mayor si la persona fuma. (Knutson D, 2002)



## **EVALUACIÓN Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

Las pruebas microbiológicas deben reservarse para casos específicos sobre la base de sospecha clínica atípica, ya que habitualmente sólo muestran crecimiento de microbiota normal. Estudios clásicos demuestran que la práctica de cultivo de secreción nasofaríngea, serología viral y cultivo de esputo no identifican ningún patógeno en más del 66% de los casos. Los estudios de función respiratoria no son necesarios para el diagnóstico de bronquitis aguda. (ALBI S, 2010)

## **MANEJO Y TRATAMIENTO**

El objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas. En la mayoría de casos de pacientes sanos, sin patología de base, ni síntomas generales, es suficiente el tratamiento sintomático con antitérmicos, antitusígenos o mucolíticos y ocasionalmente broncodilatadores (sólo en presencia de broncoespasmo). En pacientes fumadores es imprescindible la suspensión del cigarrillo. (ALBI S, 2010)

## **TRATAMIENTO SINTOMÁTICO**

El uso de beta 2 adrenérgicos, en contraste con los antibióticos, ha demostrado beneficio consistente, particularmente disminuyendo la duración y la intensidad de la tos. No hay evidencia disponible para sustentar el uso de anticolinérgicos o esteroides inhalados. Los mucolíticos están indicados cuando la tos es persistente, los mucolíticos junto con los broncodilatadores, son los únicos tratamientos demostrados efectivos en pacientes con tos de distinto origen. A pesar de esto, la utilidad clínica es cuestionable por no considerar los distintos orígenes de la tos. (ALBI S, 2010)

## **Enfermedades relacionadas**

La inflamación de las vías aéreas menores, los bronquiolos, se denominan bronquiolitis, y es una infección viral muy común en niños pequeños. En un 5% de los casos, la bronquiolitis puede estar producida por bacterias.





### **MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES**

Aunque la inmunización contra la influenza no es recomendada en toda la población, debería tenerse en cuenta para los individuos con factores de riesgo. La disminución del contagio del virus con medidas básicas como el lavado de manos, el uso de tapabocas, evitar el contacto con personas enfermas. Evitar los cambios bruscos de temperatura y la contaminación ambiental. Aumentar la ingesta de líquidos orales. (ALBI S, 2010)

### **DERIVACIÓN AL ESPECIALISTA**

La Bronquitis Aguda no requiere referencia, sólo en casos de complicación con neumonía. Criterios de derivación hospitalaria: Duración de los síntomas más de dos semanas, presencia de insuficiencia respiratoria, expectoración con sangre. (ALBI S, 2010)



### **3.1 Justificación**

Con el caso clínico que se estudió de la asociación de la miastenia gravis con la bronquitis aguda, queremos dar a conocer que, por medio de este podemos implementar un tratamiento para mejorar un poco la calidad de vida del paciente ya que padecen esta enfermedad restrictiva con, esto prevenimos las infecciones respiratorias.

Como parte del personal de salud quiero contribuir a la orientación sobre los factores que influyen al alto índice de infecciones respiratorias agudas.



### **3.2Objetivos**

#### **3.2.1Objetivos generales**

- Determinar la fisiopatología de la bronquitis aguda en pacientes de 27 años de edad con miastenia gravis

#### **3.2.2Objetivos Específicos**

- Establecer el diagnóstico diferencial y definitivo en pacientes con miastenia gravis de 27 años de edad más el proceso infeccioso
- Establecer el tratamiento y pronóstico del paciente con miastenia gravis más bronquitis aguda

#### **3.2.3Datos generales**

Edad: 27 años

Sexo: Masculino

Antecedentes patológicos personales: Miastenia gravis

Antecedentes patológicos familiares: Madre Diabética

Antecedentes patológicos familiares: Padre hipertenso

Antecedentes quirúrgicos: Ninguno

Alergias: No refiere

Hábitos: Ninguno



## Capítulo II

### 4. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

#### 4.1 Análisis del motivo de consulta

Paciente masculino de 27 años de edad con diagnóstico de miastenia gravis (enfermedad neuromuscular autoinmune y crónica caracterizada por debilidad de los músculos esqueléticos) que acude a la emergencia con síntomas de dificultad respiratoria, tos de más de 15 días de evolución, alza térmica no cuantificada.

#### 4.2 Historial clínico del paciente.

Motivo de consulta: dificultad respiratoria, tos de más de 15 días de evolución, alza térmica no cuantificada

Antecedentes patológicos personales: Miastenia gravis

Antecedentes patológicos familiares: Madre Diabética

Antecedentes patológicos familiares: Padre hipertenso

Antecedentes quirúrgicos: Ninguno

Alergias: No refiere

Hábitos: Ninguno

Examen físico

SV: FC: 76X' FR: 18X' TA: 100/70 TC: 38°C SAT.O2:90% GLASGOW: 14/15

Estado nutricional: Normalinea

Cabeza: normocefalo

Orientado, activo, responde a estímulos dolorosos, normocefalo, ORF: humedades normales

Cuello: corto

No adenopatías

Tórax:

- Forma: normal
- Tipo de respiración: toraco-abdominal



- Percusión: normal
- Palpación: normal
- Auscultación: campo pulmonares con ronos diseminados, leve movilización de secreciones a nivel hilar

Exámenes complementarios: Rx Estándar De Tórax, BHC, Glicemia, Urea, Creatinina, Gasometría Arterial, Glucosa, Electrolitos, Albumina, Globulina Calcio

Diagnóstico: Bronquitis Aguda

Tratamiento coadyuvante:

Amoxicilina 1 gr c/8 horas por 7-10 días

Macrólidos: Azitromicina 1, 5gr/día 3-5 días

Cefuroxima axetilo 500mg c/12 horas por 7 días

#### **4.3 Anamnesis**

Nombre y apellido: N.N

Edad: 27 años

Sexo: Masculino

Antecedentes patológicos personales: Miastenia gravis

Antecedentes patológicos familiares: Madre Diabética

Antecedentes patológicos familiares: Padre hipertenso

Antecedentes quirúrgicos: Ninguno

Alergias: No refiere

Hábitos: Ninguno

##### **4.3.1 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema.**

ETIOLOGÍA; Como ya se describió, la Bronquitis Aguda, puede darse por un agente infeccioso o no infeccioso, sin embargo, la mayoría de estudios concluyen que es causada por los mismos agentes que circulan estacionaria o climáticamente. El agente etiológico más frecuente es de origen viral, principalmente virus de Influenza B, influenza A, para influenza y adenovirus.



#### **4.3.2 Exploración clínica**

Encontramos a la auscultación campo pulmonar con ronos diseminados, leve movilización de secreciones a nivel hiliar. Constantes vitales: frecuencia cardiaca (FC): 76X' frecuencia respiratoria (FR): 18X' tensión arterial (TA): 100/70 temperatura (TC): 38°C saturación de oxígeno (SAT.O2):90% GLASGOW: 14/15

#### **4.3.3 Formulación del diagnóstico previo análisis de datos.**

Examen físico

SV: FC: 76X' FR: 18X' TA: 100/70 TC: 38°C SAT.O2:90% GLASGOW: 14/15

Estado nutricional: Normalinea

Cabeza: normocefalo

Orientado, activo, responde a estímulos dolorosos, normocefalo, ORF: humedades normales

Cuello: corto

No adenopatías

Tórax:

- Forma: normal
- Tipo de respiración: toraco-abdominal
- Percusión: normal
- Palpación: normal
- Auscultación: campo pulmonares con ronos diseminados, leve movilización de secreciones a nivel hiliar

#### **4.3.4 Diagnóstico: Bronquitis Aguda**

#### **4.3.5 Conducta a seguir**

Se debe seguir con el tratamiento que el medico prescribió para que el paciente no vuelva a recaer. Se aconseja hacer inhalaciones salinas o de manzanilla. Los aceites esenciales no son especialmente más eficaces y pueden causar una fuerte tos irritativa y alergias.



#### **4.3.6 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.**

Las infecciones respiratorias dentro de ellas la bronquitis aguda, constituyen 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%.

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 fisioterapia ha llegado a desempeñar una herramienta coadyuvante fundamental dentro del tratamiento integral de la bronquitis.

#### **5. Seguimiento.**

El seguimiento para un paciente con enfermedad restrictiva que es la miastenia gravis luego de seguir el tratamiento es que guardar reposo y tener una buena higiene bronquial

#### **6. Observaciones.**

De los estudios realizados en el año 2007 en Ecuador fue la primera causa de morbilidad en niños con enfermedades Respiratorias Agudas ocupando una tasa de 14%. Estadísticamente en el año 2009 en el hospital Neumológico del Ecuador se registra el 2% de pacientes con bronquitis aguda. Los síntomas que presentaban los pacientes fueron: dificultad respiratoria, tos por más de 15 días de evolución, fiebre leve.

Los análisis más certeros para detectar la bronquitis aguda en estos pacientes fue Cultivo de esputo una RX de tórax y gasometría arterial.



### Capítulo III

#### **7. CONCLUSIONES**

En ocasiones la miastenia gravis tiene muchas complicaciones ya que al no haber una buena ventilación intrapulmonar se puede ver afectado los pulmones tanto como por bacterias o virus en este caso se puede diagnosticar una bronquitis aguda que es la inflamación de los bronquios dando a si las manifestaciones clínicas de tos de más de 1-2 semanas de evolución.

El tratamiento más eficaz para esta enfermedad es guardar reposo y beber mucha agua y seguir el tratamiento indicado.





## Capítulo IV

### 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBI S, Hernández A.2010

Bronquitis (traqueo bronquitis) aguda. Guía ABE.

Aagaard E.2004

Gestión de la bronquitis aguda en adultos sanos.

BÁRCENA M, 2008 Jiménez M, Sabio F. atención primaria de calidad guía de buena práctica clínica en infecciones respiratoria de las vías bajas. IM&C Madrid 2008; Bergofsky, E.H. Thoracic deformities. In: Roussos Ch, Macklem P (ed). The thorax. New Your: Marcel Dekker, 1985; 141-1021.

CIRES M, Delgado I, Cruz M, Perez J, Benítez B, Calvo D, et al. Guía terapéutica para la atención primaria en salud. Editorial Ciencias Médicas, la Habana, 2010: 78-87

Cristancho W, 2007  
Inhaloterapia

Dauids S, 2014  
The respiratory system: acute bronchitis.

Denis Hadjiliadis, 2016

Associate Professor of Medicine, Pulmonary, Allergy, and Critical Care,

Perelman School of Medicine.

Ferri FF.2016  
Acute bronchitis. In: Ferri FF, ed. Ferri's Clinical Advisor

Harrison, T. R. 2006



Trastornos neurológicos». *Principios de Medicina Interna*. Estados Unidos: Chile:

McGraw-Hill Interamericana

[http://www.svneumo.org/wp-content/uploads/2011/02/GUIA\\_SECRECIONES-definitivo](http://www.svneumo.org/wp-content/uploads/2011/02/GUIA_SECRECIONES-definitivo)

<https://saludpasion.com/tipos-de-bronquitis/2010>

<https://tusintoma.com> › Enfermedades

Javiera León 2009

Enfermedades obstructivas y restrictivas

Knutson D. 2002

Diagnóstico y tratamiento de la bronquitis aguda.

LASSO J. 2009

Guías de práctica clínica: Bronquitis aguda no complicada. Fundación neumológica

Colombiana.

LOPARDO G, Pensotti C, Scapellato P, Caberloto O, Calmaggi A, Clara L, et al. Consenso intersociedades para el manejo de infecciones respiratorias: Bronquitis aguda y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Medicina*. Buenos Aires, 2013; 73: 163-173.

Meriglioli MN, 2012

Bradley's Neurology in Clinical Practice. 6th ed.

Mittal MK, 2014

Principles of Diagnosis and Management in the Adult. 4th ed.



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



T. Hansel and Peter J 2005

Atlas de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva

Crónica

Walsh EE. 2015

Principles and Practice of Infectious Diseases. 8th ed.

## 9. ANEXOS

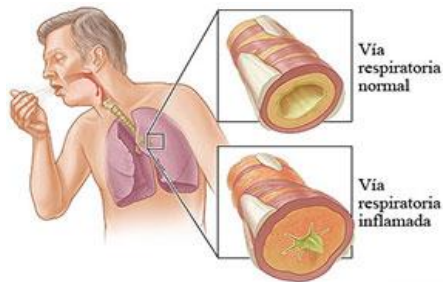
### 1. Imagen

Paciente con miastenia gravis



### 3. Imagen

Bronquitis



### 3. imagen del tratamiento



Fuente: sitio medico

Realizado: Karla Espinoza



4. Imagen

Estudios complementarios		
	Indicados en la evaluación inicial	Indicados en situaciones especiales
Laboratorio	Habitualmente no necesarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hemograma, recuento leucocitario<sup>7</sup></li> <li>▪ PrCR, hemocultivo, análisis cuantitativo de esputo<sup>8</sup></li> </ul>
Microbiología	Habitualmente no necesarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Serología para <i>Mycoplasma</i>, <i>Chlamydochila</i><sup>9</sup>, <i>Bordetella</i> o <i>Legionella</i><sup>10</sup></li> <li>▪ Cultivo (y PCR) de secreciones nasofaríngeas para <i>Bordetella pertussis</i> en medio especial</li> <li>▪ Cultivo viral o PCR para <i>Mycoplasma</i> en secreciones nasofaríngeas</li> <li>▪ Test de detección rápida de virus (VRS, gripe) en secreciones nasofaríngeas<sup>11</sup></li> </ul>
Imagen	Habitualmente no necesarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rx de tórax<sup>12</sup></li> </ul>

6. imagen

Cuadro clínico de la bronquitis

**CUADRO CLINICO Y DIAGNOSTICO**

Los exámenes de laboratorio señalan un recuento normal o ligeramente elevado de glóbulos blancos, sin neutrofilia. La radiografía de tórax es normal.

En la sección correspondiente a EXACERBACION DE BRONQUITIS CRONICA se discute el examen de esputo.

CARACTERISTICAS DE LA BRONQUITIS AGUDA			
Tipo de Bronquitis	Síntomas	Duración	Etiología
Bronquitis Aguda	<ul style="list-style-type: none"> <li>•tos persistente, seca y dolorosa</li> <li>•Espudo mucoso</li> <li>•Antecedente de infección de las vías superiores</li> </ul>	1-2 semanas	Usualmente viral

Fuente: sitio medico

Realizado: Karla Espinoza



**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: **ESPINOZA REAL KARLA ESTEFANIA**, C.I. **1207916139** 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**

  
 17/05/2017 15:09

ACCIÓN	ELABORADO POR:	CARGO	FIRMA
ELABORAD POR	Lic. Dalila Gómez Alvarado	Analista Administrativo Secretaria de la Facultad	



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA**



Babahoyo, 03 de mayo del 2017

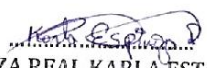
Doctora  
Alina Izquierdo Cirer MSc.  
**COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**


De mi consideración:

Por medio de la presente, Yo, **ESPINOZA REAL KARLA ESTEFANIA** con cédula de ciudadanía 120791613-9 egresada de la carrera de **TERAPIA RESPIRATORIA**, de la **FACULTAD 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 examen complejo de esta Facultad.

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

Atentamente,

  
ESPINOZA REAL KARLA ESTEFANIA  
C. C.Nº 120791613-9  
Solicitante

  
03/05/2017 9:38 AM





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Babahoyo, 8 de agosto de 2017

**DOCTORA**

Alina Izquierdo Cirer, Msc.

**COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**

En su despacho.-

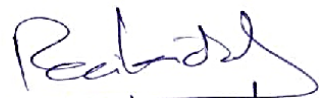
De mis consideraciones:

Yo, **ESPINOZA REAL KARLA ESTEFANÍA** con C.I. **120791613-9**, egresada de la Escuela de Tecnología Médica de la Carrera de Terapia Respiratoria de la Facultad de Ciencias de la Salud-UTB., me dirijo a usted para solicitarle de la manera más comedida se nos recete el tema del caso clínico #16 **BRONQUITIS AGUDA EN PACIENTE MASCULINO DE 27 AÑOS DE EDAD**, para continuar con el cronograma establecido.

Por la atención dada a la presente, reitero mi agradecimiento.

Atentamente,

  
ESPINOZA REAL KARLA ESTEFANÍA  
C.I. 120791613-9

  
08/08/2017 18:08





**CASO CLINICO 16**

Paciente masculino de 27 años de edad con diagnóstico de Miastenia Gravis (enfermedad neuromuscular autoinmune y crónica caracterizada por debilidad de los músculos esqueléticos) que acude a emergencia con síntomas de dificultad respiratoria, tos de mas de 15 días de evolución, alza térmica no cuantificada.

**ANAMNESIS:**

Antecedentes patológicos Personales: Miastenia gravis.

Antecedentes patológicos Familiares: Madre Diabética. Padre Hipertenso.

Antecedente quirúrgico: Ninguna

ALERGIAS: No refiere.

HABITOS: Ninguno.

**EXAMEN FISICO**

SV: FC: 76X' FR: 18X' TA: 110/70 TC: 38oC SAT.O2: 90% GLASGOW: 14/15

ESTADO NUTRICIONAL: Normolínea.

CABEZA: Normocefalo.

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

CUELLO: Corto.

No Adenopatías.

**TÓRAX:**

- Forma: Normal.
- Tipo de respiración: toraco-abdominal.
- Percusión: normal.
- Palpación: normal.

**PULMONES:**

- Auscultación: campo pulmonares con roncocallos diseminados, Leve movilización de secreciones a nivel para hilar.

**IMPRESIÓN DAIGNOSTICA (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 18:02*

*Terapia Respiratoria*  
*Roberto Estefano Espinoza Red*  
*Roberto Espinoza Red*  
*08/08/2017*  
Centro de Investigación y Desarrollo – Unidad de Titulación



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



Babahoyo, 21 de agosto del 2017

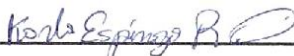
Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc.  
COORDINADORA UNIDAD DE TITULACIÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
Presente.


De mi consideración:

Por medio de la presente, yo, **ESPINOZA REAL KARLA ESTEFANIA**, con cédula de ciudadanía **120791613-9**, egresado (a) de la Escuela de Tecnología Médica, carrera **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 DE 27 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,

  
\_\_\_\_\_  
ESPINOZA REAL KARLA ESTEFANIA  
C.I 120791613-9

  
21/08/2017 13:52