



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE TERAPIA RESPIRATORIA

Componente Práctico de Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Licenciada en Terapia Respiratoria

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

Paciente de sexo masculino de 85 años con Bronquitis Aguda

AUTOR

Ange Mírela Alcívar Baquerizo

TUTOR

Q.F. Fátima Medina Pinoargote

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2020

INDICE

DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
Resumen	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCION	8
I. MARCO TEORICO	9
1.1 Justificación	19
1.2 OBJETIVOS	20
1.2.3 Objetivo general	20
1.2.4 Objetivos específicos	20
1.3 Datos generales	20
II Metodología del Diagnostico	21
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente	21
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)	22
2.3 Examen físico (exploración clínica)	22
2.4 Exámenes complementarios realizados	24
2.5 Formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo	25
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar	26
2.7 Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud considerando valores normales	26
2.8 Seguimiento	¡Error! Marcador no definido.
III CONCLUSIONES	28

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios y a mis padres. A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Confiando en cada reto que me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Es por ellos que soy lo que soy ahora.

AGRADECIMIENTO

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

A mi familia, por el apoyo que me brindaron siempre, por sus consejos, y por inculcarme valores que de una u otra forma me sirven en mi vida, gracias por eso.

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

Resumen

La mayoría de las personas con bronquitis aguda se recuperan después de algunos días o semanas. Las infecciones virales, como el resfrío o la gripe, por lo general son la causa de bronquitis aguda. Ocasionalmente, la bronquitis aguda puede ser causada por una infección bacteriana.

La bronquitis crónica es una tos continua que dura varios meses y que se vuelve a presentar durante dos o más años consecutivos. En la bronquitis crónica, el recubrimiento de las vías aéreas se mantiene constantemente inflamado. Esto causa que el recubrimiento se hinche y produzca más moco, lo que puede dificultar la respiración. La bronquitis crónica a menudo es parte de una afección grave llamada enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

El síntoma más común de la bronquitis es la tos asociada con la producción de moco. Otros síntomas incluyen sonido tipo silbido al respirar, falta de aire, dolor de pecho o fiebre baja. Para diagnosticar la bronquitis, su médico hará un examen físico, y le preguntará acerca de su historia clínica y síntomas. El médico también puede solicitar un análisis de sangre para detectar signos de infección o una radiografía de tórax para ver si los pulmones y los tubos bronquiales se ven normales y descartar la neumonía

Palabras claves: Bronquitis Aguda, Grave, Neumonía, Epoc

ABSTRACT

Most people with acute bronchitis recover after a few days or weeks. Viral infections, such as a cold or the flu, are usually the cause of acute bronchitis. Occasionally, acute bronchitis can be caused by a bacterial infection.

Chronic bronchitis is a continuous cough that lasts several months and reoccurs for two or more consecutive years. In chronic bronchitis, the lining of the airways remains constantly inflamed. This causes the coating to swell and produce more mucus, which can make breathing difficult. Chronic bronchitis is often part of a serious condition called chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

The most common symptom of bronchitis is the cough associated with mucus production. Other symptoms include wheezing sound, shortness of breath, chest pain or low fever. To diagnose bronchitis, your doctor will do a physical exam, and ask about your medical history and symptoms. The doctor may also request a blood test to detect signs of infection or a chest x-ray to see if the lungs and bronchial tubes look normal and rule out pneumonia.

Key words: Acute, Severe Bronchitis, Pneumonia, COPD

TITULO DEL CASO CLINICO:

**PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 85 AÑOS DE EDAD CON
BRONQUITIS AGUDA**

INTRODUCCION

La bronquitis es el resultado de una infección de los tubos bronquiales, que llevan oxígeno a sus pulmones. Esta causa una tos constante que en forma frecuente presenta mucosidad. También suele causar dificultad para respirar, jaleo y presión en el pecho. Existen dos tipos de bronquitis: aguda y crónica, generalmente la mayoría de los casos con bronquitis aguda mejora en unos días, pero la tos puede durar varias semanas después de haberse curado la infección.

A menudo los mismos virus que causan el resfriado y la gripe pueden causar bronquitis aguda. Estos virus se transmiten por el aire cuando alguien tose a través del contacto físico (por ejemplo, alguien que no haya lavado sus manos). La exposición al humo del tabaco, contaminación del aire, polvo y gases estos también pueden causar bronquitis aguda. Las bacterias también suelen causar bronquitis aguda, pero no tan seguido como los virus.

Para diagnosticar la bronquitis aguda, es necesario averiguar que signos y síntomas presenta el paciente y escuchar su respiración. Además, realizar exámenes para comprobar que se trate de una bronquitis aguda.

El tratamiento incluye descansar, hidratarse, tomar aspirinas (para adultos) o acetaminofén para bajar la fiebre. Puede necesitar realización de terapias con 3 cc de solución salina con 15 gotas de salbutamol entre 5 a 6 días para abrir sus vías respiratorias. También se debe realizar chequeos para ver cómo va evolucionando el paciente en el caso que no mejore su estado de salud puede realizar terapias varias veces.

I. MARCO TEORICO

DEFINICIÓN

La bronquitis es una infección de la membrana mucosa que recubre las fuentes de respiración conocidas como bronquios y bronquiolos, los que conecta la tráquea con los pulmones. Esto puede causar daño de varias maneras, lo que lleva a un aumento productivo de la mucosidad. La membrana mucosa que los recubre produce un moco que recubre y confirma los órganos y tejidos involucrados en la respiración.(Sanz, 2016)

Los ingredientes activos con tropismo en el epitelio respiratorio, ya sea causado por virus o bacterias, provocan una progresión inflamatoria, lo que conduce a edema de la mucosa, bloqueo vascular, aumento de la producción de moco y alteración del epitelio de los mecanismos de impulso del moco. (Marquis Mercedes, 2011)

Los tipos de bronquitis frecuentes que hay son la bronquitis aguda y la bronquitis crónica.

Bronquitis aguda

La bronquitis aguda se produce debido a la inflamación de la tráquea, los bronquios y los bronquiolos como resultado de una infección viral del tracto respiratorio. Los signos en la mayoría de los casos son tos recurrente al inicio de la enfermedad, tiende a empeorar de vez en cuando, con o sin esputo, su duración aproximada es de 2 semanas, presenta poca fiebre recurrente; en casos graves, provoca dificultad para respirar y cianosis.

Los descubrimientos realizados en la navegación física son inestables y pueden incluir: sibilancias, uso de músculos auxiliares, capacidad inspiratoria reducida, etc. (M.C Dubon Peniche, 2016)

ETIOLOGÍA

Los agentes etiológicos más recurrentes son: (Milan, 2006)

- **Virus:** Son la principal causa de bronquitis aguda en los ancianos. Por lo general, es causada por diferentes tipos de virus según la etapa en la que ocurre la infección.

El virus respiratorio sincitial, parainfluenza, influenza A y B, coronavirus y adenovirus causan bronquitis aguda de otoño a primavera en la mayoría de los casos.

Los rinovirus pueden causar bronquitis aguda en cualquier época del año.

Los virus del herpes simple y de la rubéola extraña vez causan bronquitis aguda y pueden asociarse con casos más graves.

- **Agentes infecciosos no virales:** Son menos comunes que los virus como causa de la bronquitis aguda. En la mayoría de los casos, afecta a pacientes con problemas respiratorios, por ejemplo. En Pacientes con traqueotomía o intubación previa.

Tipos

En la bronquitis aguda existen las siguientes variedades:

- **Bronquitis aguda catarral mucopurulenta**

La membrana mucosa se vuelve roja, donde muestra una cantidad considerable de secreciones mucosas. Hay erosión y abundantes glóbulos blancos. Las consecuencias son abundante esputo, alteración del transporte aéreo debido al estreñimiento (atelectasia) y tos irritante. Los cambios son reversibles, de modo que el epitelio bronquial se puede quitar y restaurar fácilmente.

- **Bronquitis aguda pseudomembranosa**

La abundante secreción de fibrina se coagula con la aparición de una zona y forma una pseudomembrana que, al aflojarse, puede cubrir tanto los pequeños bronquios como la tráquea, que son expulsados durante la tos. Existe un alto riesgo de dificultad para respirar y asfixia recurrente.

- **Bronquitis aguda necrótica-ulcerosa**

Esto sucede en personas que han inhalado gases venenosos. Además, generalmente se administra a pacientes inmunodeprimidos en casos raros de aspiración corporal e infecciones virales graves. Las superficies necróticas superficiales son renovadas por epitelio regenerativo.

La intubación orotraqueal prolongada provoca úlceras por presión en la tráquea. En los bronquios grandes, la destrucción es secundaria a la separación de un nódulo tuberculoso.

- **Bronquitis pútrida**

La bronquitis pútrida se puede visualizar con bronquiectasias como una anomalía a la degradación de las secreciones estancadas de estreptococos anaerobios o luego de la aspiración del espacio intestinal con bacilos y enzimas. Los bronquios se cubren con detritos necróticos, fibrinosos y malolientes y se mezclan con los agentes causales.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Malestar
- Disnea
- Fiebre ligera y escalofríos
- Molestia en el pecho
- Vómitos y diarrea
- Tos que puede ser seca o persistente
- Producción de mucosidad, que puede ser de color transparente, blanca, gris amarillento o verde, puede aparecer manchas de sangre

GENERALIDADES

En la bronquitis aguda se fomentan dos fases: (Diaz Duque, 2008)

- **Fase aguda**

A lo largo de este período, que dura de 1 a 5 días, se inocula directamente el epitelio traqueobronquial con sospechas corporales que son fiebre y malestar general. Estas manifestaciones no se pueden distinguir de forma hospitalaria de las de otras infecciones respiratorias agudas actuales.

- **Fase prolongada**

Se manifiesta como una tos que dura mucho más de una semana, pudiendo ir acompañada de sibilancias. En su fisiopatología se postuló como causas de un pronóstico prolongado tanto la hipersensibilidad del epitelio traqueobronquial como la reacción exagerada de los receptores de la tos al estímulo en la vía aérea.

COMPLICACIONES

- Asma o EPOC
- Tuberculosis

También pueden incluir:

- Neumonía
- Bronquitis grave

FACTORES DE RIESGO

Algunos de los factores de riesgo que pueden contraer bronquitis aguda son los siguientes. (Gustavo L, 2013)

- ✓ **Sistema inmunológico bajo:** se refiere a una mala alimentación, una dieta baja en vitaminas C, E y antioxidantes, o enfermedades crónicas que afectan principalmente al sistema inmunológico.

- ✓ **Humo del cigarro:** Tanto el fumador como la persona que recibe el humo del fumador son muy propensos a sufrir bronquitis.

- ✓ **Exposición a irritantes en el trabajo:** El riesgo de bronquitis se multiplica cuando se expone a sustancias como textiles o humos químicos.

Otros factores de riesgo:

- ✓ Resfriado o gripe
- ✓ Ser fumador pasivo
- ✓ Tener contacto con personas que tienen una infección respiratoria

EPIDEMIOLOGIA

En los Estados Unidos, la tos es el signo más recurrente durante las visitas ambulatorias y ocupa el noveno lugar consecutivo, según lo informado por los médicos. Cada año se alcanza al menos un caso de bronquitis aguda hasta en un 5% de la población general, y en este grupo registra atención médica, lo cual representa alrededor de 10 millones de consultas para la sociedad norteamericana cada año, predominando en invierno y otoño. (Diaz Duque, 2008)

En términos de origen, la bronquitis aguda comparte muchos patógenos comunes del resfriado y signos que suelen aparecer después de infecciones de las vías respiratorias superiores. La principal concentración del resfriado recurrente puede ser tos con o sin producción de flema, concentración que de hecho puede ser prevalente en el 83% de las situaciones durante los dos primeros días del resfriado recurrente. Es posible distinguir entre la tos que sigue a esta condición y la de la bronquitis, en la que el goteo posnasal y el aclaramiento laríngeo constituyen un trastorno de tos del tracto respiratorio superior.

MEDIOS DE DIAGNÓSTICOS

- **Examen físico**

Para diagnosticar la patología, el médico realiza una evaluación que respalda el cuadro clínico de la enfermedad y revela la presencia de fiebre, frecuencia respiratoria rápida, sibilancias, respiración ruidosa, exhalación leve, frecuencia cardíaca prolongada y ruidoso. (Gustavo L, 2013)

- **Pruebas de laboratorio**

Si se asume fiebre y esputo purulento amarillo, se sospecha que la bronquitis aguda es causada por bacterias. Para saber que estamos hablando de bronquitis bacteriana, el médico extraerá sangre. En el laboratorio, se determina la flexibilidad de la sedimentación de eritrocitos y el número de glóbulos blancos. Un rápido aumento en la tasa de sedimentación de eritrocitos y una disminución en la cantidad de glóbulos blancos sugiere que fue la causa de una infección viral. Si hay un aumento marcado en la flexibilidad de la sedimentación de eritrocitos y un aumento en la cantidad de glóbulos blancos, es posible que se pruebe la enfermedad bacteriana. (Sanz, 2016)

- **Radiografía de tórax**

Se usa para incluir los pulmones, el corazón y la pared torácica, y se puede usar para diagnosticar dificultad para respirar, tos persistente, fiebre, enfermedad torácica o lesión. Además, se puede utilizar para diagnosticar la causa de una amplia variedad de enfermedades pulmonares, así como neumonía y enfisema. (M. Luz García García, 2017)

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- **Antibiótico**

Se administran antibióticos a pacientes con bronquitis aguda. Además, las pruebas científicas han demostrado que no son muy efectivas, ya que la etiología primaria es viral y no optimiza el curso de la patología. Por tanto, el uso de antibióticos no está justificado y no debe contemplarse. (Jesus Ojino Sosa Garcia, 2010)

- **Broncodilatadores**

No se recomienda el uso de broncodilatadores agonistas en la bronquitis aguda. Excepto en pacientes de edad avanzada con sibilancias y tos, los agonistas broncodilatadores pueden ser de gran ayuda. (M. Luz García García, 2017)

- **Antitusígenos**

Se utilizan en el tratamiento de la bronquitis aguda. Además, tienen la capacidad de proporcionar optimización sintomática, pero no acortan la patología. En pacientes con bronquitis aguda, los antitusivos a veces son útiles y tienen la opción de ofrecerse como tratamiento a corto plazo para aliviar los signos de tos. (Mario Barcena Caamaño, 2008)

- **Mucolíticos**

En pacientes con bronquitis aguda no se sugiere la utilización de agentes mucolíticos para el manejo de la tos. (M. Luz García García, 2017)

Terapia respiratoria

Interviene en la exclusión de emisiones de las vías respiratorias, suprime estas emisiones, evita que las fuentes de aire se bloqueen, permite el paso preciso del intercambio de aire y gases y previene adversidades graves. Se inicia el uso de fármacos para neutralizar la obstrucción, una de las cuales sería la nebulización con solución salina y un broncodilatador de acción corta como el salbutamol, el cual tiene el potencial de ampliar la broncodilatación, ampliar la funcionalidad de la mucosa y reducir la penetrabilidad vascular.

PREVENCIÓN

- Aunque no se sugiere la inmunización contra la influenza para toda la población, debe tenerse en cuenta para las personas con agentes causales. Reduzca la propagación del virus con medidas simples como lavarse las manos, usar máscaras, evitar el contacto con personas enfermas.
- Evite cambios bruscos de temperatura y contaminación ambiental.
- Incrementar el consumo de líquidos orales.

1.1 Justificación

Este estudio de caso clínico se realizó con la intención de sugerir una mejor atención y cuidados para los intolerantes, y además comunicar qué es la bronquitis aguda con el fin de encontrar las razones que llevaron a estos síntomas y visualizar la distancia a otra. Tipo de patología que puede hacer que el paciente empeore, con el fin de lograr directamente de esta forma un régimen adecuado, con el objetivo de lograr una rehabilitación rápida y eficaz.

Es muy importante cubrir el caso de estudio con un diagnóstico de bronquitis aguda, sabiendo que es fundamental que el profesional de fisioterapia respiratoria, al estar en contacto con los pacientes, comprenda el cuadro clínico, localice las causas del peligro, utilice una atención temprana, y así evitar la adversidad.

La preparación de un caso clínico es un aporte fundamental para la correcta atención y prevención de este problema de salud al impartir conocimientos relacionados con el tema, la información que nos permitirá descubrir esta patología de forma precoz y la aplicación del desarrollo asistencial al servicio para lograr un desarrollo adecuado o tolerante con bronquitis aguda.

1.2 OBJETIVOS

1.2.3 Objetivo General

- ✓ Determinar los criterios de gravedad, para el manejo oportuno de bronquitis aguda.

1.2.4 Objetivos Específicos

- ✓ Establecer criterios de valoración por un nivel de complejidad, cuando el paciente lo requiera.
- ✓ Seleccionar el mejor tratamiento con la mayor efectividad
- ✓ Fomentar la participación del usuario y su grupo familiar, en el tratamiento del paciente con bronquitis aguda.

1.3 Datos generales

Nombre: NN

Nacionalidad: ecuatoriano

Edad: 85 años

Estado civil: casado

Sexo: masculino

Peso: 43 a 58 kg

Raza: mestizo

II METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

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

Paciente masculino de 85 años que acude a urgencias con su esposa por tos seca recurrente, más de 10 días después, comenzó a presentar fiebre, vómitos, dificultad para respirar, por lo que ingresó con diagnóstico de bronquitis aguda.

Historial clínico del paciente

El motivo de consulta del paciente se debe a la presencia de tos seca recurrente con fiebre, mayor de 10 días

Antecedentes patológicos personales

- Hernia distal hace 2 años
- Hace 3 tubo bronquitis

Antecedentes personales quirúrgicos

- No se relaciona

Antecedentes familiares

- Madre hipertensa
- Padre hipertenso y diabético

Alergias

- No se relaciona

Hábitos

- Tabaquismo

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

El problema surgió con la aparición de una tos seca recurrente, más de 10 días de desarrollo con la aparición de fiebre, vómitos, el día 4 muestra dificultad para respirar, el paciente parece mostrar hábitos de fumar.

2.3 Examen físico (exploración clínica)

Signos vitales

- Frecuencia cardíaca: 87 X"
- Frecuencia respiratoria: 28 X "
- Presión arterial: 113/62 mmHg
- Temperatura corporal: 38 ° C
- Saturación de oxígeno: 97%
- Escala de Glasgow: 16/17

ESTADO NUTRICIONAL

- Normolineo

Cabeza

- Orientado
- Presenta estímulos dolorosos
- Normocefalo
- ORF: húmedas normales

Cuello

- No adenopatías palpables

Tórax

- Forma: normal
- Patrón respiratorio: toracoabdominal
- Percusión: normal
- Palpación: normal

Pulmones

- Auscultación: roncus

2.4 Exámenes complementarios realizados

BIOMETRIA HEMATICA

Parámetros	Resultados	Valores de referencia
Glóbulos Blancos	18,89 ul	6.00 – 12.00
Glóbulos rojos	8.22 ul	4.00 – 6.00
Hemoglobina	14.0 g/dL	12.00 – 17.0
Hematocrito	40.7%	45.0 – 51.0
Vol.Corp.Medio	106,6 fl	81 – 47
Hemog.Corp.Medio	35,8 K/ul	36.0 – 65
Conc.HGB.Corp.Medio	33,6 K/ul	32 – 36
Plaquetas	204 k/ul	130 – 400
Vol.Plaquet.Medio	12,2 Fl	7,4 – 10,4
Ancho.Diste.Plaq	54,2 fl	35 – 55
PLAQUETORIO		
Neut.	00,00 UI	43 – 65
Lymph	11.90 UI	73.3
Mono	12,6 UI	5,5 – 11,7
EO	0,34 UI	0,9 – 2,9
Baso	0,1 UI	0,2 – 1,0

En la biométrica hemática se puede evidenciar.

- Linfocitos
- Monocitos

EXAMEN EMO

Elemental		Microscópico	
Densidad	1010	Leucocitos por campo	1-3
PH	9	Piocytes por campo	Negativo
Proteína	Negativo	Eritrocitos por campo	0-2
Glucosa	Negativo	Células altas	Normal
Cetona	+y	Bacterias	Normal
Hemoglobina	Negativo	Hongos	Negativo
Bilirrubina	Negativo	Mocos	Negativo
Urobiligeno	Negativo	Cristales	Negativo
Nitrito	Negativo	Cilíndricos	Negativo
Leucocitos	Negativo		

Radiografía de tórax: Indican Costillas horizontales con infiltrados y agrandamiento de los bronquios.

2.5 Formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

Diagnostico presuntivo: Asma, bronquiolitis

Diagnóstico diferencial: Enfisema pulmonar, edema pulmonar

Diagnóstico definitivo: Bronquitis aguda

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

Como ya se ha detallado, la bronquitis aguda puede ser causada por un agente infeccioso o no infeccioso, pero la mayoría de los estudios han indicado que es causada por agentes que pasan estacionalmente o climáticamente. El agente etiológico más recurrente es de origen viral, principalmente influenza B, influenza A, parainfluenza y adenovirus.

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

Considerando que tiene valores altos en la Frecuencia Cardíaca: 154X1, Frecuencia Respiratoria: 30X1, subida térmica de 39° C y reducción de TA: 114/67, GLASGOW: 15/11. Los valores normales son: Frecuencia Cardíaca: 60-100 X1, Frecuencia Respiratoria: 16-22X1, TC: 36,5° C, TA: 120/60, GLASGOW: 15. También con signos como fiebre, vómitos, asociados con disnea de esfuerzos medios, saturando. O2: 92%, etc., se procedió a la tabla terapéutica antes mencionada con el fin de contrarrestar la infección y evitar las adversidades respiratorias que se manifiestan.

2.8 Seguimiento

Durante toda la fase del paciente que estuvo en el hospital, se le colocó oxígeno a

través de una cánula luego de haber pasado a sala. El primer día se monitorizaron los signos vitales, se colocaron en posición de semifowler, se nebulizaron dos veces al día y se observó tos con esputo. El segundo día, todavía en posición semifowler, recibió oxígeno saturado al 99% con cánula con 2 litros de peróxido de hidrógeno. Al tercer día, permaneció en posición de medio pájaro y se saturó al 99% con 1 litro de peróxido de hidrógeno sin toser esputo ni vómitos. Al cuarto día toleró oxígeno a la zona en posición semifowler, se realizó limpieza nasal, se monitorearon signos vitales y se produjo mejoría. Al quinto día, tolera oxígeno al ambiente, 99% de saciedad, alimentación saludable, tos ocasional sin tensión. Al sexto día se hidrataron las mucosas sin toser, se visualizó la evaluación en condiciones superiores. Al séptimo día fue dado de alta y recomendó medicina complementaria para continuar su mejoría.

Observaciones

En este paciente con bronquitis aguda se visualizó su desarrollo en rehabilitación, se informó a los familiares sobre el régimen, los métodos a realizar y el tiempo de estancia. Durante su estadía en el hospital, su estado de salud mejoró significativamente y respondió con éxito al régimen.

Los signos que presentó el paciente al inicio fueron fiebre, vómitos al 4 día, presentó dificultad para respirar.

La prueba más precisa para detectar que tenía bronquitis aguda fue una radiografía de tórax.

III CONCLUSIONES

La sospecha clínica de esta patología nos permitió establecer criterios de valoración por un nivel de complejidad de infecciones respiratorias en el anciano en cuanto lo requiera, como ya entendemos que las causas más comunes de bronquitis son las infecciones virales, debido a que la región es muy predominante en el avance de esta patología, ya que el humo y otros contaminantes son los causantes.

Al seleccionar un tratamiento con mayor efectividad nos ayudó a que él paciente se sintiera mejor hasta que curara bien la patología.

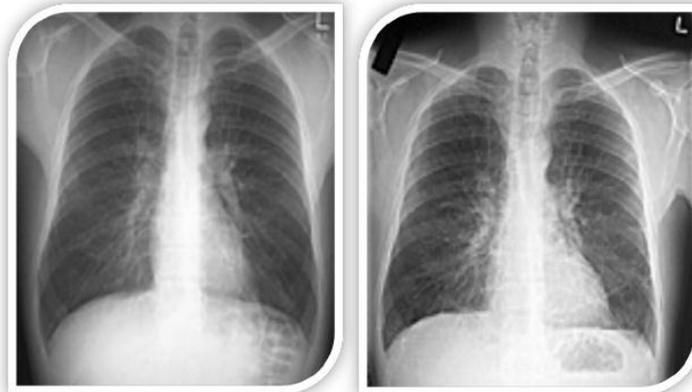
Fomentar la participación de los familiares en el tratamiento y cuidado del paciente durante su estancia en el hospital, es necesario informarles sobre cuál es su responsabilidad en ello cuales son los aspectos que deben observar

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Diaz Duque, A. E. (2008). bronquitis aguda diagnostico y manejo en la practica medica. *universitas medica*.
2. Gustavo L, C. P. (2013). CONSENSO INTERSOCIEDADES PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS:. *Medicina (Buenos Aires)*.
3. Jesus Ojino Sosa Garcia, E. H. (2010). Diagnostico y tratamiento Oportuno de la Bronquitis Aguda No Complicada en el Paciente Adulto. *Guia de Practica Clinica*.
4. M. Luz García García, J. K. (2017). bronquitis aguda viral. *Sociedad Española de la Neumología Pediátrica*.
5. M.C Dubon Peniche, L. B. (2016). Bronquitis aguda. *revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*.
6. Maria Del Carmen Dubon Peniche, L. E. (s.f.).
7. Mario Barcena Caamaño, M. J. (2008). *Atención Primaria de Calidad Guia de Buena Practica Clinica en Infecciones Respiratorias de las vias bajas*. Madrid: IM&C, S.A.
8. Marquis Mercedes, G. Y. (2011). Extracto del Pelargonium sidoides estandarizado en el Tatamiento de las infecciones de las vias respiratorias superiores de etiologia viral. *Evaluacion de la efectividad del RENIKAN*.
9. Mayo, C. (11 de Abril de 2017). *Mayo Clinic*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bronchitis/symptoms-causes/syc-20355566>
10. Michelle Osses . (13 de noviembre de 2012). *la opinion*. Obtenido de la opinion: <https://laopinion.com/2012/11/13/bronquitis-factores-de-riesgo-y-prevencion/>
11. Milan, P. s. (2006). Bronquitis aguda. *Guias de fisterra*.
12. Sanz, J. P. (2016). Bronquitis y Bronquiolitis. *Pediatría Integral*.

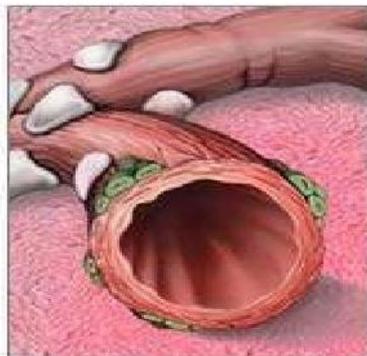
Anexos

BRONQUITIS AGUDA.



- Placa de tórax normal o discreto aumento de la trama broncovascular.

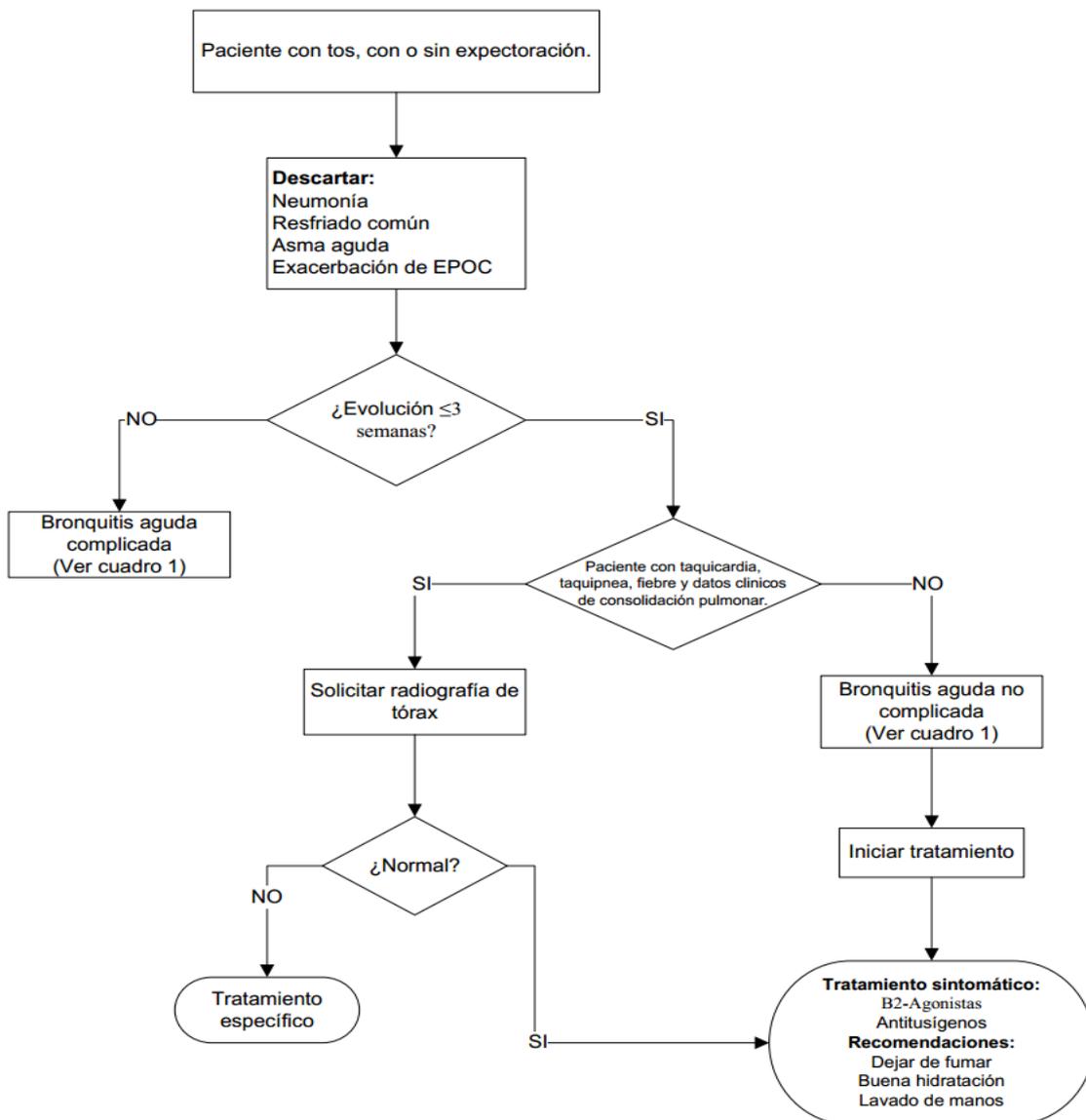
Bronquios normales



Bronquitis



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.





Administración del medicamento para realizar la terapia respiratoria al paciente.