



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

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

TEMA DEL CASO CLÍNICO:

“PACIENTE PEDIÁTRICO CON BRONQUITIS AGUDA DE SEXO
MASCULINO DE 10 AÑOS DE EDAD”

AUTOR:

FLAVIO JAVIER MATO RAMOS

TUTOR:

DR. ROGELIO FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2020

ÍNDICE GENERAL

INDICE	
DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TEMA DEL CASO CLÍNICO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN	VI
I MARCO TEÓRICO	1-8
1.1 JUSTIFICACIÓN	9
1.2 OBJETIVOS	10
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	10
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
1.3 DATOS GENERALES	11
II METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO	12
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.	12
2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE LA PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS)	12
2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)	13
2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	13
2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.	13
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.	14
2.7 INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD.	14
2.8 SEGUIMIENTO	15
2.9 OBSERVACIONES	15
CONCLUSIONES	16
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17
ANEXOS	18

DEDICATORIA

Dedico este caso clínico a DIOS por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en momentos de debilidad, por brindarme una vida llena de aprendizaje, experiencia y sobre todo felicidad

A mis padres, Flavio Mato Columbo y en especial a mi madre Leny Ramos Arreaga ya que en este 2020 acudió al llamado de DIOS por apoyarme en todo momento por los valores que me han inculcado y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida. Sobre todo, por ser un excelente ejemplo a seguir y donde quiera que te encuentres madre mía quiero decirte que lo logre fuiste mi pilar fundamental para llegar hasta aquí te dedico este logro a ti madrecita Querida.

Flavio Mato Ramos.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas. A mis padres por ser mi pilar fundamental y haberme apoyado incondicionalmente, pese a las adversidades e inconvenientes que se presentaron.

A mi tutor, Msc. Rogelio Fernández Martínez, por haberme orientado en todos los momentos que necesité sus consejos, sus conocimientos, correcciones hoy puedo culminar este trabajo. A los Profesores que me han visto crecer como persona, y gracias a sus conocimientos hoy puedo sentirme dichoso y contento al culminar esta etapa. A todos mis amigos, y futuros colegas que me ayudaron de una manera desinteresada, gracias infinitas por todas sus ayudas y buena voluntad.

Flavio Mato Ramos.

TEMA DEL CASO CLÍNICO
“PACIENTE PEDIÁTRICO CON BRONQUITIS AGUDA DE SEXO
MASCULINO DE 10 AÑOS DE EDAD”

RESUMEN

La bronquitis aguda constituye una significativa complicación de salud debido a su alta tasa de mortalidad. Su incidencia general de las infecciones respiratorias agudas en los países en progreso se presenta en un 30y 60% en niños, y se estima que cada niño sufre de 4 a 6 veces esta patología cada año. En el 2007 en nuestro país fue la primera causa de morbilidad en niños con enfermedades respiratorias agudas ocupando una tasa del 14%. En el año 2009 el hospital neumológico del Ecuador registro un 2% de pacientes con bronquitis aguda. el tratamiento farmacológico ha sido de gran ayuda para esta enfermedad, así como también la terapia respiratoria está desempeñando un coadyuvante primordial dentro del tratamiento integral de la bronquitis aguda, al finalizar este trabajo servirá de ayuda para el manejo correcto, diagnóstico, tratamiento e intervención de la terapia respiratoria en esta patología y así evitar complicaciones.

Palabra clave: Bronquitis aguda, terapia respiratoria.

ABSTRACT

Acute bronchitis constitutes a significant health complication due to its high mortality rate. Its general incidence of acute respiratory infections in developing countries is between 30 and 60% in children, and it is estimated that each child suffers from 4 to 6 times this pathology every year. In 2007 in our country it was the first cause of morbidity in children with acute respiratory diseases, occupying a rate of 14%. In 2009, the Ecuadorian pulmonology hospital registered 2% of patients with acute bronchitis. The pharmacological treatment has been of great help for this disease, as well as the respiratory therapy is playing a primordial adjuvant within the comprehensive treatment of acute bronchitis. At the end of this work, it will help in the correct management, diagnosis, treatment and intervention of respiratory therapy in this pathology and thus avoid complications.

Key word: Acute bronchitis, respiratory therapy.

INTRODUCCIÓN

La bronquitis aguda constituye unas de los principales problemas de salud en pacientes pediátricos, aunque esta patología presenta un cuadro autolimitado la mayor parte de pacientes se sienten enfermos y no les permite realizara sus actividades normales. La bronquitis aguda es una inflamación en los bronquios y sus principales síntomas es la tos con presencia de mucosidad, dificultad para respirar, jadeo y presión a nivel del tórax, por lo general esta enfermedad puede llegar a durar unos días o semanas. Por lo general los virus que causan la gripe y resfriados pueden originar una bronquitis aguda, ya que estos virus se propagan en el ambiente otros factores para padecer esta patología es el humo del cigarrillo, la contaminación del aire, el polvo, así como también las bacterias pueden causar una bronquitis aguda pero no es tan común como los viral.

El presente estudio en un caso clínico de paciente pediátrico con bronquitis aguda de sexo masculino de 10 años de edad, que acude junto a su madre al servicio de emergencia refiere presentar tos persistente, fiebre alta y dificultad para respirar, una vez realizada la exploración clínica y con el cuadro clínico que presenta el paciente es diagnosticado con bronquitis aguda y se le administra de manera inmediata tratamiento farmacológico para dicha patología, se deberá tener al paciente bien hidratada y se pedirá que guarde reposo y además se le realizara le realizara nebulizaciones de oxígeno para mejorar su condición de salud.

I MARCO TEÓRICO

BRONQUITIS

La bronquitis es la inflamación del árbol bronquial que afecta especialmente a los bronquios mayores, extrapulmonares, incluyendo tráquea, con presencia de tos constante de comienzo agudo o subagudo, con o sin producción de esputo, que dura aproximadamente una a tres semanas y en ocasiones se puede acompañar de síntomas como rinorrea, dolor faríngeo y fiebre las que se presentan en una persona, por lo general sana y en quien se excluye el diagnóstico de neumonía. (Valdivieso J. Josefa, 2016)

CLASIFICACIÓN DE LA BRONQUITIS

- **BRONQUITIS AGUDA:** La bronquitis aguda es producida habitualmente por causa infecciosa. Los síntomas son tos productiva y en ocasiones dolor retroesternal con respiraciones profundas o tos. El curso clínico es generalmente autolimitado, con recuperación completa a los 10-14 días del inicio de los síntomas. (J. Pérez Sanz, 2016)
- **BRONQUITIS CRONIA:** La bronquitis crónica es una inflamación recurrente con deterioro secundario de la vía aérea. Los pacientes con bronquitis crónica tienen más secreciones de lo normal por aumento de producción y/o déficit de aclaramiento. Se asocia con frecuencia a asma, fibrosis quística, discinesia ciliar primaria, aspiración de cuerpo extraño y exposición a agentes irritantes de la vía aérea. Existen bronquitis recurrentes también en portadores de traqueostomía e inmunodeprimidos. (J. Pérez Sanz, 2016)

EPIDEMIOLOGÍA

Es uno de los diagnósticos más frecuentes en una consulta de medicina general. Se estima una incidencia de 50-60 casos por 1000 habitantes al año y, aunque afecta a todos los rangos de edad, es más frecuente en niños y en fumadores. Puede aparecer en cualquier época del año, pero su mayor frecuencia se registra en los meses de invierno. (A. Torres Marti, 2016)

ETIOLOGÍA

Entre el 50% y el 90% de los episodios de bronquitis aguda son de origen viral. Los agentes más frecuentemente implicados por orden de importancia son virus influenza (tipos A y B), parainfluenza, VRS, coronavirus, adenovirus y rinovirus. Los enterovirus, los metaneumovirus humanos y los virus del sarampión y la rubéola son agentes etiológicos más raros. Sólo una pequeña proporción de casos es debida a microorganismos diferentes a los virus, fundamentalmente *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae* y, a pesar de la vacunación previa, *B. pertussis*. También se pueden diagnosticar otras bronquitis bacterianas en pacientes con enfermedades preexistentes y tras producirse lesiones focales del epitelio respiratorio después de una infección viral. En estas circunstancias, los organismos implicados suelen ser *S. pneumoniae*, *S. aureus*, *H. Influenzae* y *M. catarrhalis*. La frecuencia de unos u otros agentes en la etiología dependerá de diversos factores, tales como la edad de los pacientes, la existencia o no de una epidemia, la estación del año que se analice o la tasa de vacunación frente a la gripe de la población que se considere. Aunque más raramente, la bronquitis aguda también puede desarrollarse tras la exposición a tóxicos, irritantes o contaminantes atmosféricos. (A. Torres Marti, 2016)

FISIOPATOLOGÍA

Se considera que la bronquitis aguda refleja una respuesta inflamatoria frente a la infección del epitelio bronquial que, con frecuencia, se traduce en la descamación de las células epiteliales, la denudación de la mucosa hasta la membrana basal e infiltración linfocítica. El resultado de todo ello es un edema de la mucosa bronquial y la producción de moco. La inflamación es transitoria y habitualmente desaparece una vez resuelta la infección. Sin embargo, en algunos pacientes puede durar varias semanas y condicionar un cuadro de hiperrespuesta bronquial de origen vagal. También se han implicado otros mecanismos, como el desequilibrio adrenérgico-colinérgico en el tono broncomotor y la liberación de histamina mediada por IgE. La persistencia de fragmentos del genoma del virus en la mucosa bronquial después de una infección aguda puede inducir la liberación mantenida de citocinas proinflamatorias y otros mediadores por parte del epitelio respiratorio, que

condicionan una respuesta inflamatoria bronquial semejante a la asmática. Se han encontrado evidencias serológicas de infección por *C. pneumoniae* en adultos con asma de reciente comienzo, lo que sugiere que este patógeno podría desempeñar algún papel en la transición de la inflamación aguda de la bronquitis a los cambios inflamatorios crónicos del asma. (A. Torres Marti, 2016)

TIPO DE BRONQUITIS

- **BRONQUITIS AGUDA CATARRAL MUCOPURULENTO:** La mucosa está enrojecida y tumefacta. Abundante secreción mucosa fluida (exudado seromucoso) 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. (Dr. Sergio Gonzales, 2014)
- **BRONQUITIS AGUDA PSEUDOMEMBRANOSA:** 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 (bronquitis plástica). Existe el gran peligro de la asfixia. La causa más frecuente es la bronquitis diftérica, ocasionalmente estafilococo y virus parainfluenza. (Dr. Sergio Gonzales, 2014)
- **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 (Dr. Sergio Gonzales, 2014)
- **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. (Dr. Sergio Gonzales, 2014)

FACTORES DE RIESGO

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. (Carlos Mainoua, 2007)

GENERALIDADES

Las características clínicas de una bronquitis aguda no complicada se desarrollan en fases secuenciales, particularmente dos que se explican a continuación.

- **FASE AGUDA:** Durante esta fase, que dura de 1 a 5 días, hay una inoculación directa en el epitelio traqueobronquial con síntomas sistémicos como fiebre, osteomiasias y malestar general. Estas manifestaciones son clínicamente indistinguibles de las de otras infecciones respiratorias agudas en este periodo.
- **FASE PROLONGADA:** 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, hasta 40% de los pacientes presentan anormalidades significativas en el VEF1 (menor del 80% del valor

esperado) con retorno al valor normal después de 2 a 3 semanas; sin embargo, se ha observado mejoría incluso hasta las 8 semanas. Los episodios recurrentes de bronquitis aguda pueden sugerir un diagnóstico de asma subyacente. En un estudio, a 34% de los pacientes con bronquitis aguda se les hizo un diagnóstico de bronquitis aguda o asma después de tres años de seguimiento; también se hizo un diagnóstico de asma leve con base en la espirometría o la provocación bronquial, a 65% de los casos con episodios recurrentes de bronquitis aguda. (Adolfo Enrique Diaz Duque, 2008)

CUADRO CLÍNICO

La bronquitis aguda suele presentarse como un cuadro catarral de vías aéreas superiores que cursa con fiebre, mialgias, malestar general y tos. A los 3-4 días, la tos comienza a ser productiva, con esputo claro o purulento, y puede aparecer un dolor urente retroesternal. La expectoración purulenta puede observarse hasta en el 50% de los pacientes y, en sujetos previamente sanos, su valor predictivo positivo de enfermedad alveolar es muy bajo. La tos, principal y a veces único síntoma, persiste durante 2-3 semanas en la mayoría de los casos, y en una cuarta parte de los pacientes puede mantenerse más de 1 mes. Esta situación de hiperrespuesta bronquial tras la bronquitis, o síndrome de hiperrespuesta bronquial posviral o postinfección, además de la tos, se puede acompañar de disnea y sibilancias. En la auscultación pulmonar se pueden detectar roncus, sibilancias, alargamiento del tiempo espiratorio u otros signos de obstrucción bronquial. (A. Torres Marti, 2016)

DIAGNOSTICO

El diagnóstico es clínico y, en general, fácil de establecer y difícil de confirmar. El síntoma fundamental, la tos, es muy inespecífico y ni siquiera la apariencia del esputo es útil para diferenciar la etiología viral de la bacteriana. Tampoco se dispone de datos exploratorios patognomónicos o pruebas complementarias definitivas. Por tanto, los esfuerzos diagnósticos deben orientarse más a descartar otras enfermedades clínicamente semejantes que a confirmar el diagnóstico. Los estudios microbiológicos están indicados sólo en casos graves, ante la persistencia inusual de síntomas, cuando se sospeche una

etiología bacteriana o con fines epidemiológicos. La radiografía de tórax suele ser normal, aunque se puede observar un cierto grado de engrosamiento peribronquial. Su principal interés radica más en su capacidad para descartar la presencia de una neumonía u otras enfermedades respiratorias que en su contribución al diagnóstico de la bronquitis. No obstante, no debe practicarse de forma habitual y sólo estaría indicada ante hallazgos semiológicos llamativos, en situaciones de inmunodepresión o en ancianos.

El 60% de los pacientes tienen un patrón espirométrico obstructivo que se normaliza a las 4-5 semanas. Un porcentaje significativo de adultos con bronquitis aguda tiene una prueba de hiperrespuesta bronquial inespecífica positiva, que persiste varias semanas y que también se resuelve espontáneamente. (A. Torres Marti, 2016)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Las patologías más frecuentes con las que debemos realizar un diagnóstico diferencial son la neumonía y el asma.

- **LA NEUMONÍA:** Suele existir datos de gravedad como son fiebre elevada, taquipnea, taquicardia, etc., que puede asociarse a un 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. (A. Martínez Meñaca, 2014)
- **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 desencadenar 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 FEV. En estos casos, al cabo de 3 a 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 las pruebas de provocación para el diagnóstico. (A. Martínez Meñaca, 2014)

Otras patologías que pueden cursar con tos son: reflujo gastroesofágico, insuficiencia cardíaca, goteo nasal posterior, bronquiectasias, fármacos y enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID). (A. Martínez Meñaca, 2014)

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El diagnóstico de la bronquitis aguda es clínico por lo que no se justifica realizar exámenes complementarios.

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX: Puede ser necesaria en el paciente cuando exista la duda entre enfermedad parenquimatosa pulmonar o canalicular. en la bronquitis las radiografías suelen ser normales, pero a veces puede observarse engrosamiento peribronquial. la hiperinsuflación sugiere compromiso de las vías aéreas más periféricas.

HEMOGRAMA: El recuento de blancos por lo general es normal o levemente alterado (leucocitos).

CULTIVO DE ESPUTO: Es conveniente realizarlo cuando se tiene sospecha de una etiología específica como la tuberculosis. (Eduardo Luis López, 2002)

TRATAMIENTO

- **ANTIBIÓTICOS:** No se recomienda el uso de antibióticos de forma sistemática en los casos de bronquitis aguda. Solo se aconseja su uso cuando se sospecha o se identifica *Bordetella pertussis* o parapertussis, estando indicado el tratamiento con macrólidos o, en su defecto, trimetropim/sulfametoxazol. (A. Martínez Meñaca, 2014)
- **BRONCODILADORES:** La fuente más fiel y de mayor peso epidemiológico para no recomendar el uso rutinario de agonistas B2 en estos casos, es la revisión de Cochrane de 2004, en la cual no se encontró ningún beneficio significativo derivado del uso de agonistas B2, orales o inhalados, en pacientes con diagnóstico de bronquitis aguda, con componente broncoobstructivo o sin él. El efecto de los anticolinérgicos inhalados u orales sobre la tos en casos de bronquitis aguda no se ha estudiado hasta ahora y por eso no se pueden

recomendar por evidencia insuficiente. (Adolfo Enrique Diaz Duque, 2008)

- **ANTITUSIGENOS:** El uso de dextrometorfán o codeína para reducir los accesos o la duración de la tos no se ha estudiado en ensayos doble ciego, aleatorios, controlados, en pacientes con bronquitis aguda. Como pueden ser útiles en pacientes con síntomas respiratorios por bronquitis crónica, es razonable presumir que pueden ser útiles en la bronquitis aguda. Según esto y el nivel de evidencia disponible, dichos antitusivos son ocasionalmente beneficiosos y pueden ofrecerse durante un corto periodo para el alivio sintomático de la tos en el periodo agudo, con un grado de recomendación. (Adolfo Enrique Diaz Duque, 2008)
- **MUCOLÍTICOS:** La mayoría de estas preparaciones se consiguen en el mercado sin fórmula médica y su uso es extenso en la población general. De acuerdo con la recomendación para su uso, es explícito que no hay un efecto favorable consistente en cuanto al alivio de la tos, pero el grado de recomendación es I, dada la insuficiente evidencia. (Adolfo Enrique Diaz Duque, 2008)

TERAPIA RESPIRATORIA EN PACIENTE CON BRONQUITIS AGUDA

La terapia respiratoria ayuda a quitar las secreciones de las vías respiratorias. La expulsión de estas secreciones, evita la oclusión de las vías aéreas, permitiendo el perfecto paso del aire e intercambio de gases y previniendo la aparición de complicaciones graves. 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.

1.1 JUSTIFICACIÓN

El presente estudio de caso clínico paciente pediátrico con bronquitis aguda de sexo masculino de 10 años de edad, se realizó con el objetivo de conocer más a fondo el cuadro clínico de la bronquitis aguda, así mismo buscar las causas que llevaron al paciente a contraer esta enfermedad y descartar cualquier otro tipo de patología que agrave su estado de salud. Para llegar directamente a administrar un tratamiento oportuno de acuerdo al cuadro clínico que el paciente presenta, con la finalidad de una pronta recuperación en su estado de salud actual. El uso de fármacos es de gran ayuda para contrarrestar los síntomas que provoca la bronquitis aguda y además de validar las técnicas del terapeuta respiratorio en el tratamiento. El principal objetivo de la terapia respiratoria es de abordar la vía aérea sin que se cause algún daño alguno y evitar que aparezcan complicaciones y así ayudar con el tratamiento farmacológico y la oportuna intervención del terapeuta respiratorio a la recuperación del estado de salud del paciente.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Emplear los conocimientos adquiridos enfocados en el paciente pediátrico con bronquitis aguda para lograr hallar el tratamiento adecuado.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Recopilación de los datos clínicos que puedan aportar al diagnóstico acertado de esta patología.
- Establecer el factor social más determinante en el desarrollo de bronquitis aguda.
- Elegir los medicamentos necesarios para un oportuno mejoramiento.

1.3. DATOS GENERALES

NOMBRES: A.L

EDAD: 10 años

SEXO: Masculino

NACIONALIDAD: ecuatoriano.

FECHA DE NACIMIENTO: 11/06/2010

LUGAR DE NACIMIENTO: Babahoyo.

ESTADO CIVIL: Soltero.

HIJOS: Ninguno

NIVEL DE ESTUDIOS: Estudiante de primaria.

RAZA: Mestizo

PESO: 29kg.

II METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES.

HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.

Paciente pediátrico de 10 años de edad que acude con su madre al servicio de emergencia del hospital, por presentar un cuadro febril acompañado de tos persistente desde hace 21 días y desde hace 18 horas refiere tener dificultad respiratoria.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

Hace 1 año presento bronquitis aguada.

Episodio de varicela hace 2 años.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Apendicetomía.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre con diabetes mellitus tipo 2.

Padre con hipertensión grado I.

ALERGIA

No refiere.

HÁBITOS

No refiere.

2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE LA PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS)

Paciente pediátrico de 10 años de edad orientado en tiempo y espacio que acude junto a su madre al servicio de emergencia por presentar fiebre alta, tos persistente y dificultad respiratoria de medianos esfuerzos.

2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)

Cabeza: Normocéfalo.

Cuello: No adenopatías.

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

Pulmones: Al realizar la auscultación presenta roncus en hilos pulmonares

Abdomen: Simétrico con respecto a biotipo, suave depresible, no doloroso a la palpación.

Pelvis: sin novedad.

Al realizar la toma de signos vitales obtuvimos los siguientes resultados, frecuencia cardíaca 75 latidos por minutos. Frecuencia respiratoria 25 respiraciones por minutos, tensión arterial 109/59mmHg, temperatura 38.3°C, Saturación de Oxígeno 90%, Escala de Glasgow 15/15.

2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

EXAMENES	RESULTADOS
Hemoglobina	12,7 g/dl
Glóbulos blancos	15.900/k/ul
Hematocrito	32,5%
Plaquetas	350.000/ul
Glucosa	69 mg/dl
Urea	9mg/dl
Creatinina	0,6 mg/dl

Elaborado por: Flavio Mato Ramos.

Fuente: Paciente.

2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

2.5.1 DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

Bronquitis aguda

2.5.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Neumonía

2.5.3 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Bronquitis aguda

2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

El paciente es diagnosticado con bronquitis aguda por el cuadro clínico que presenta, fiebre, tos persistente y dificultad respiratoria de medianos esfuerzos, los principales factores de riesgo para contraer esta patología son factores ambientales como la contaminación atmosférica el cambio brusco del clima.

Una vez ya establecido un diagnóstico se procede a mandarle tratamiento farmacológico al paciente además de la derivación al terapeuta respiratorio para su oportuna intervención en este paciente y evitar futuras complicaciones en su salud.

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.
- Nebulización: 3 cc de solución salina más 10 a 15 gotas de Salbutamol cada 6 horas por 4 o 5 días.
- Administrar O₂. Con una mascarilla simple a 5 litros por minuto.
- Lavarse las manos constantemente.
- Ingerir mucho líquido.

2.7 INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD.

Las infecciones respiratorias y entre ellas la bronquitis aguda, es un importante problema de salud ya que es uno de las principales causas de consulta médica en el servicio de emergencias en los hospitales, una vez ya diagnosticada esta patología se concluyó que los medicamentos empleados más las nebulizaciones van a mejorar el pronóstico del paciente.

2.8 SEGUIMIENTO

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

2.9 OBSERVACIONES

Dentro del manejo sintomático primario de la bronquitis se debe considerar:

- Eludir lugares donde se fume.
- Restringir la diseminación de la infección viral (lavado de manos).
- La bronquitis aguda se fundamenta en medidas de sostén como tener al niño bien hidratado Procurar que guarde reposo y administrarle antitérmicos si lo llegase a necesitar.
- Si aparecen sibilancias, se puede añadir broncodilatadores adrenérgicos beta (Salbutamol o bromuro de ipratropio inhalado).

CONCLUSIONES

Las enfermedades respiratorias en pediatría son una de las principales demandas asistenciales en los servicios de urgencias de las casas de salud y así mismo un alto número de ingresos hospitalarios.

Una buena recopilación de los datos clínicos pueden aportar al diagnóstico requerido, El mismo virus causante de la gripe pueden ser los causantes de la bronquitis aguda, ya que estos virus se propagan fácilmente en el aire al toser una persona en algún lugar cerrado o en la calle quedan partículas del virus en el ambiente y esto ayuda a que se propague el virus, la exposición al humo del cigarrillo, la contaminación del aire, la inhalación de polvo y gases tóxicos pueden ser otras de las causas de bronquitis aguda.

Si bien es cierto la bronquitis aguda no deja secuelas en los pacientes siempre y cuando se realiza una buena elección de medicamentos y un correcto tratamiento los bronquios quedan susceptibles a la reacción de cualquier agente irritante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A. Martínez Meñaca, R. A. (2014). Protocolo diagnóstico y tratamiento empírico de la bronquitis aguda. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 3963-3965.
- A. Torres Marti, F. R. (2016). INFECCIONES RESPIRATORIAS . En F. C. Ciril Rozman Borstnar, *Medicina interna Farreras Rozman XVIII Edicion* . Elsevier.
- Adolfo Enrique Diaz Duque. (2008). Bronquitis aguda diagnostico y manejo en la practica clinica. *Revista Cientifica Javeriana*, 68-76.
- Carlos Mainoua, A. M. (2007). Bronquitis en la infancia. *Farmacia Profesional*, 44-47.
- Dr. Sergio Gonzales. (24 de 09 de 2014). *Publicaciones Medicina UC*. Obtenido de <http://publicacionesmedicina.uc.cl/AnatomiaPatologica/02Respiratorio/2bronquitis.html>
- Eduardo Luis López. (2002). *Infectologia Pediatrica Manual Pediatrico*. Nobuko.
- J. Pérez Sanz. (28 de 02 de 2016). *Pediatría Integral*. Obtenido de *Pediatría Integral*: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/03/Pediatria-Integral-XX-1_WEB.pdf#page=30
- Karla Espinoza Real. (23 de 04 de 2020). *Repositorio UTB*. Obtenido de <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/2337/C-UTB-FCS-TERR-000014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Valdivieso J. Josefa, v. B. (21 de 09 de 2016). *medfinis*. Obtenido de *medfinis*: <https://www.medfinis.cl/img/manuales/bronquitis.pdf>

ANEXOS

Bronquios normales



Bronquitis



ADAM.

CLASIFICACIÓN

Aguda no complicada

Aguda complicada con infección bacteriana agregada

Crónica: tos de evolución de más de 3 meses con 2 o más cuadros por año por 2 años o más.

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

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

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