



**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 MASCULINO DE 8 AÑOS CON BRONQUITIS AGUDA”**

**AUTOR:  
CARLOS MANUEL AVILÉS VILLAMARIN  
TUTOR:  
DR. EDMUNDO RAUL ENCALADA SALCEDO**

**BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR**

**2021**

## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA .....	I
AGRADECIMIENTO .....	II
TEMA DEL CASO CLÍNICO.....	III
“PACIENTE MASCULINO DE 8 AÑOS DE EDAD CON BRONQUITIS AGUDA” .....	III
RESUMEN .....	IV
ABSTRACT.....	V
INTRODUCCIÓN .....	VI
I. MARCO TEÓRICO .....	1
BRONQUITIS.....	1
CLASIFICACIÓN DE BRONQUITIS.....	2
FACTORES DE RIESGO.....	3
DIAGNOSTICO .....	5
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL .....	5
PRONOSTICO .....	6
1.1. JUSTIFICACIÓN .....	8
1.2. OBJETIVOS.....	9
1.2.1. OBJETIVO GENERAL .....	9
1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICO.....	9
1.3. DATOS GENERALES .....	10
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO .....	11
2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.....	11
2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE LA PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).....	11
2.3. EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA).....	11

<b>2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....</b>	<b>12</b>
<b>2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO .....</b>	<b>12</b>
<b>2.6. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....</b>	<b>13</b>
<b>2.7. INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD.....</b>	<b>13</b>
<b>2.8. SEGUIMIENTO .....</b>	<b>14</b>
<b>2.9. OBSERVACIONES.....</b>	<b>14</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>15</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>16</b>

## **DEDICATORIA**

Este proyecto va dedicado a Dios quien nos otorga Salud y Bienestar para cumplir todas nuestras metas propuestas, a mis padres en especial a mi Madre que es el pilar fundamental en mi vida, que siempre ha estado ahí para apoyarme incondicionalmente que nunca me ha dado un consejo negativo y más bien me han enseñado a valorar cada esfuerzo que hace, también a mis hermanas, mi sobrina, mi novia y a toda mi familia que siempre ha estado ahí para apoyarme y nunca dejarme rendir ante cualquier adversidad.

Carlos Manuel Avilés Villamarin.

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar, a Dios quien me dio la vida y me ha bendecido en todo este tiempo, quien es mi fortaleza en los momentos de debilidad y por darme una vida llena de aprendizajes, experiencias y felicidad.

A mis padres por siempre estar ahí dándome una palabra de ánimo para que no deje mis sueños de lado, por creer en mí capacidad de lucha y empeño, siempre estaré agradecida por cada esfuerzo de parte de mi Madre, una Mujer de buenos principios y llena de muchos valores, que siempre ha estado dispuesta a brindarme una palabra de aliento para seguir estudiando hasta alcanzar el éxito, también un agradecimiento especial a mis hermanas, mis hermanos, mi sobrina y mi novia que han estado incondicionalmente brindándome apoyo para no dar mi brazo a torcer y alcanzar mi meta.

También muy agradecido con mis abuelos, Mami Tere, Papi Víctor (†□), Mami Elvira, Papi Villa, mis tíos y mis tías, mis primos y a cada familiar que estando cerca o lejos me apoyan, a mis amigos Alejandra, Made, Yixx, Karen, Juan, los parceros(as) que le metíamos arto chocolate y a todos los docentes que me han regalado una parte de su sabiduría para que llegue hasta el final satisfactoriamente con dedicación y entusiasmo.

Carlos Manuel Avilés Villamarin.

**TEMA DEL CASO CLÍNICO**

**“PACIENTE MASCULINO DE 8 AÑOS DE EDAD CON BRONQUITIS  
AGUDA”**

## **RESUMEN**

Se ha demostrado que la eficacia de las intervenciones para los problemas respiratorios es muy importante y, lo que es más importante, el personal altamente capacitado y bien capacitado que realiza dichos procedimientos mejorará en gran medida la salud del sistema respiratorio. Pacientes: Personas con enfermedades respiratorias. Por ejemplo, en este caso, la bronquitis aguda es una enfermedad que afecta gravemente a la población. La proporción de adultos es mayor y la proporción de niños es menor, pero no se descarta que también sean un grupo vulnerable.

La bronquitis aguda es una patología que ocurre cuando el árbol bronquial se inflama, generalmente causado por virus o bacterias. Los síntomas son tos, esputo blanquecino o verdoso, dificultad respiratoria leve y ruido al inhalar.

Para el tratamiento, se recomienda el uso de medicamentos recetados para hidratar o humidificar el tracto respiratorio y broncodilatadores para relajar los músculos bronquiales para que el oxígeno fluya correctamente.

**PALABRA CLAVE:** Bronquitis aguda.

## **ABSTRACT**

The effectiveness of interventions for respiratory problems has been shown to be very important and, more importantly, highly trained and well-trained personnel who perform such procedures will greatly improve the health of the respiratory system. Patients: People with respiratory diseases. For example, in this case, acute bronchitis is a disease that seriously affects the population. The proportion of adults is higher and the proportion of children is lower, but it is not ruled out that they are also a vulnerable group.

Acute bronchitis is a pathology that occurs when the bronchial tree becomes inflamed, usually caused by viruses or bacteria. Symptoms are cough, whitish or greenish sputum, mild shortness of breath, and noise when inhaling.

For treatment, it is recommended to use prescription medications to hydrate or humidify the respiratory tract and bronchodilators to relax the bronchial muscles so that oxygen can flow properly.

**KEY WORD:** Acute bronchitis.



## INTRODUCCIÓN

La bronquitis aguda es uno de los principales problemas de salud de los pacientes pediátricos, aunque esta patología presenta una condición autolimitante, la mayoría de los pacientes se sienten mal y no pueden realizar sus actividades habituales. La bronquitis aguda es la inflamación de los bronquios. El síntoma principal es la tos, acompañada de mocos, dificultad para respirar, sibilancias y presión en el pecho. Esta enfermedad suele durar varios días o semanas. Generalmente, los virus que causan resfriados y gripe pueden ocasionar bronquitis aguda, debido a que estos virus se propagan en el ambiente, por lo que otros factores que padecen esta patología incluyen el humo del cigarrillo, la contaminación del aire, el polvo y las bacterias que pueden causar bronquitis aguda, pero no tan común como un virus.

El presente estudio realizado en un caso clínico de un paciente masculino de 8 años con bronquitis aguda, 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 hidratado 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 aguda es una inflamación aguda de la tráquea, bronquios y bronquiolos, acompañada de ataques agudos o subagudos de tos persistente, con o sin producción de esputo, que dura de una a tres semanas, a veces acompañada de rinorrea, dolor de garganta, etc. La fiebre suele presentarse en personas sanas y se descarta el diagnóstico de neumonía y fiebre. (Josefa J. Valdivieso, 2017)

### CLASIFICACIÓN DE LA BRONQUITIS

- **BRONQUITIS AGUDA:** La bronquitis aguda es causada por una infección generalmente ocurre después de un resfriado o una gripe. Los síntomas del resfriado o la gripe incluyen dolor de garganta, agotamiento (cansancio), fiebre, dolores corporales, secreción nasal, vómitos y diarrea. (Sociedad Española De Medicina Interna, 2020)
- **BRONQUITIS CRÓNICA:** La bronquitis crónica es la inflamación de los bronquios produce una gran cantidad de moco. Esto provoca tos y dificultad para respirar. Fumar es la causa más común. La respiración prolongada de aire contaminado, humo y polvo también puede causar esta condición. (Sociedad Española De Medicina Interna, 2020)

### EPIDEMIOLOGIA

La bronquitis aguda es uno de los diagnósticos más frecuentes en la clínica general. Se estima que se producen entre 50 y 60 casos por cada mil habitantes al año, aunque afecta a todos los grupos de edad, la incidencia es mayor entre los niños y los fumadores. Puede aparecer en cualquier época del año, pero su frecuencia máxima se registra en invierno. (A. Torres Marti, 2016)

### ETIOLOGÍA

El agente infeccioso que causa la bronquitis aguda es el 90% de los virus (adenovirus, virus de la influenza, parainfluenza, VRS, rinovirus, virus de Boca, Coxsackie, herpes simple). El 10% son infecciones bacterianas (Streptococcus

pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae). Cabe destacar que la bronquitis bacteriana aguda es una excepción en fumadores, fibrosis quística o pacientes inmunosuprimidos. Rara vez es causada por otros agentes infecciosos (hongos) o agentes no infecciosos (alergias, aspiración o reflujo gastroesofágico). (A. Torres Marti, 2016)

La bronquitis aguda se puede dividir en dos fases:

- Los virus o agentes fisicoquímicos, el polvo o los alérgenos inoculan directamente el epitelio traqueobronquial, dando lugar a la liberación de citocinas y células inflamatorias. Esta etapa se caracteriza por fiebre, malestar general y dolor de huesos y articulaciones. Su duración es de uno a cinco días, dependiendo de la causa de la bacteria.
- Hipersensibilidad del árbol traqueobronquial. La principal manifestación es la tos, con o sin esputo y sibilancias. La duración habitual es de tres días, pero depende de la integridad del árbol bronquial y de la tráquea y de la reacción de hipersensibilidad de cada persona. El volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1seg) se reduce temporalmente. Las infecciones bacterianas suelen ser el resultado de infecciones virales previas. (Ruben Contreras, 2011)

## **CLASIFICACIÓN DE BRONQUITIS**

### **BRONQUITIS AGUDA CATARRAL MUCOPURULENTA**

Enrojecimiento e hinchazón de las membranas mucosas. Una gran cantidad de moco (exudado mucoso) llena la luz. Hay erosión y una gran cantidad de glóbulos blancos. El resultado es una gran cantidad de esputo purulento mucoso, trastorno de la ventilación obstructiva local (atelectasia) y tos irritante. El cambio es reversible. El epitelio bronquial se cae rápidamente y permanece en el lumen. (Dr. Sergio Gonzales, 2014)

## **BRONQUITIS AGUDA PSEUDOMEMBRANOSA**

Las secreciones ricas en fibrina se condensan en la superficie y forman una pseudomembrana que desplaza y bloquea los pequeños bronquios y forma un verdadero molde traqueal, que se expulsa con la tos (bronquitis plástica). El riesgo de asfixia es grande y la causa más común es la bronquitis diftérica, ocasionalmente estafilococos y virus de la parainfluenza. (Dr. Sergio Gonzales, 2014)

## **BRONQUITIS AGUDA NECRÓTICA-ULCEROSA**

Ocurre en personas que inhalan gases tóxicos. También puede inhalar cuerpos extraños y viremia severa, especialmente en pacientes con inmunodeficiencia. El área necrótica superficial es reemplazada por epitelio regenerado. La parte más profunda no se puede curar y la cicatriz se acompaña de estenosis frecuente. La intubación traqueal prolongada puede causar úlceras por presión en la tráquea. En los bronquios grandes, la destrucción sigue a la rotura del nódulo. (Dr. Sergio Gonzales, 2014)

## **BRONQUITIS PÚTRIDA**

En las bronquiectasias se observa que es secundaria a *Borrelia baumannii* o *Streptococcus anaeróbico*, o a la descomposición de la secreción estancada después de la inhalación del contenido intestinal con bacterias y enzimas proteolíticas. Los bronquios están cubiertos de residuos necróticos, fibrosos y malolientes y se propagan con patógenos. (Dr. Sergio Gonzales, 2014)

## **FACTORES DE RIESGO**

Los principales factores de riesgo que aumentan el riesgo de contraer bronquitis son:

**EL HUMO DEL CIGARRILLO:** Las personas que fuman o viven con fumadores tienen un mayor riesgo de bronquitis aguda y crónica.

**BAJA RESISTENCIA:** Esto puede ser el resultado de otra enfermedad aguda, como un resfriado o una enfermedad crónica que daña su sistema inmunológico. Los adultos, los bebés y los niños pequeños son los más vulnerables a las infecciones.

**EXPOSICIÓN A AGENTES IRRITANTES EN EL LUGAR DE TRABAJO:** Si trabaja con ciertos irritantes pulmonares, como granos o textiles, o está expuesto a vapores químicos, su riesgo de desarrollar bronquitis es mayor.

Reflujo gástrico. La acidez estomacal severa recurrente puede irritar su garganta y hacerlo más susceptible a la bronquitis. (Mayoclinic, 2017)

## **GENERALIDADES**

Las características clínicas de la bronquitis aguda se desarrollan en etapas sucesivas, especialmente las dos etapas que se explican a continuación.

**FASE AGUDA:** Durante este período (de 1 a 5 días), se inocula directamente el epitelio traqueobronquial y aparecen síntomas sistémicos como fiebre, osteomiasias y malestar general. Durante este período, estas manifestaciones son clínicamente indistinguibles de otras infecciones respiratorias agudas.

**FASE PROLONGADA:** Se caracteriza por una tos que dura más de una semana y hasta 3 semanas, posiblemente acompañada de sibilancias. En su fisiopatología, se ha asumido que la hipersensibilidad del epitelio traqueobronquial y la reacción exagerada del receptor de la tos a la estimulación de las vías respiratorias son las razones de los síntomas prolongados. (Adolfo Enrique Diaz Duque, 2008)

## **CUADRO CLÍNICO**

El síntoma básico de la bronquitis aguda es la tos. Por lo general, primero es seco, irritante y doloroso, luego se vuelve suave, productivo y húmedo. Por lo general, el tracto respiratorio superior se ve afectado primero en forma de rinorrea y congestión nasal. Puede aparecer fiebre. Si se acompaña de obstrucción de la luz bronquial, se producirá más o menos dificultad respiratoria, incluyendo palidez, inquietud e insomnio. Este último es más común en bebés. En la exploración radiológica se aprecia un incremento de la trama hilar y cierto atrapamiento de aire, signos típicos de esta afectación. (Carlos Mainou, 2007)

## **DIAGNOSTICO**

El diagnóstico es clínico, generalmente fácil de establecer y difícil de confirmar. Los síntomas básicos de la tos son inespecíficos e incluso la aparición de esputo no se puede utilizar para distinguir causas virales y bacterianas. Tampoco hay datos exploratorios patológicos ni pruebas complementarias definitivas. Por lo tanto, el trabajo de diagnóstico debería estar más dirigido a excluir otras enfermedades clínicamente similares, en lugar de confirmar el diagnóstico. Los estudios microbiológicos solo deben realizarse en casos graves, debido a síntomas anormales persistentes, sospecha de etiología bacteriana o con fines epidemiológicos. La radiografía de tórax suele ser normal, aunque puede observarse cierto engrosamiento peribronquial. Su principal interés radica en su capacidad para descartar neumonía u otras enfermedades respiratorias, no en su diagnóstico de bronquitis. (A. Torres Marti, 2016)

## **EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

Pese a que el diagnóstico de bronquitis aguda es netamente clínico se puede realizar los siguientes exámenes los cuales nos ayudaran a un correcto diagnóstico y tratamiento en el paciente o descartar alguna otra patología:

**RADIOGRAFÍA DE TÓRAX:** Esta debe realizar ante una sospecha de neumonía o alguna otra patología. 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.

**CULTIVO ESPUTO:** Si se sospecha una causa específica, como la tuberculosis, es conveniente realizarlo.

## **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

**NEUMONÍA:** Lo básico es excluir la neumonía, porque las manifestaciones clínicas son similares en ambos casos, pero la neumonía no suele ser una enfermedad autolimitante, si se trata de forma inadecuada, su morbilidad y mortalidad son elevadas. Si la fiebre persiste durante más de 72 horas, sospecharemos neumonía, especialmente si la fiebre es alta (> 39 °) o hay grietas en los pulmones a la auscultación.

**ASMA:** La hiperreactividad bronquial es una causa común de tos en los niños. Si solo considera los ataques de tos, a veces el asma no se puede diagnosticar debido a la similitud entre los dos procesos. Si existen otros episodios similares, es importante recopilar la historia clínica y considerar el diagnóstico de asma, especialmente cuando se acompaña de broncoespasmo y responde a broncodilatadores. (Á. Cansino Campuzano, 2012)

## **TRATAMIENTO**

**ANTIBIÓTICOS:** No se recomienda el uso rutinario de antibióticos en casos de bronquitis aguda. Se recomienda solo cuando se sospecha o se identifica Bordetella pertussis o Bordetella pertussis, y se recomienda el tratamiento con macrólidos, o con trimetoprim / sulfametoxazol.

**BRONCODILATADORES:** Los agonistas beta2 (como el albuterol o el salbutamol) son fármacos que alivian la tos producida por la bronquitis aguda ya que relajan los músculos que causan el estrechamiento de los conductos que van a los pulmones.

**ANTITUSÍGENOS:** los antitusígenos como la codeína o noscapina son útiles y pueden ser utilizados como tratamiento a corto plazo para aliviar los síntomas de la tos.

**MUCOLÍTICOS:** Los mucolíticos son fármacos orales que pueden ayudar a aliviar el esputo y promover la producción de esputo. Los mucolíticos más utilizados para los pacientes con bronquitis son el ácido acetilsalicílico y el ambroxol.

## **PRONOSTICO**

La bronquitis aguda tiene buen pronóstico y suele resolverse sin secuelas, Aunque la tos puede durar de 7 a 10 días Dura hasta un mes. La mortalidad es extremadamente rara y está determinada básicamente por las siguientes condiciones Morbilidad y complicaciones relacionadas. (Ruben Contreras, 2011)

## **TERAPIA RESPIRATORIA EN PACIENTES CON BRONQUITIS AGUDA**

La terapia de respiración ayuda a eliminar las secreciones respiratorias. La descarga de estas secreciones evita la obstrucción de las vías respiratorias, permite el paso perfecto del intercambio de aire y gases y previene complicaciones graves. Inicialmente se utilizaron fármacos para contrarrestar la obstrucción, uno de los métodos fue aplicar nebulización con solución salina isotónica al 0,9% y  $\beta$ -adrenalina de acción corta, como el salbutamol (salbutamol), ya que tiene la función de aumentar las bronquiectasias y mucociliares. Funcionan y reducen la permeabilidad vascular.



## **1.1. JUSTIFICACIÓN**

Hoy en día la bronquitis aguda es una de las principales causas de consulta médica en el servicio de emergencia de los diferentes hospitales es por eso que se realizó un estudio de caso clínico de un niño de 8 años con bronquitis aguda, con el objetivo de conocer mejor la situación clínica de la bronquitis aguda y conocer la causa de la bronquitis aguda en el paciente. Y descartar cualquier otro tipo patológico que pudiera agravar su salud. Para llevar a cabo directamente un tratamiento oportuno de acuerdo con la situación clínica del paciente, el propósito es restaurar rápidamente su estado de salud actual. El uso de fármacos es de gran ayuda para eliminar los síntomas provocados por la bronquitis aguda, y además de la intervención del terapeuta respiratorio en el tratamiento, también es de gran ayuda. El objetivo principal de la terapia respiratoria es tratar las vías respiratorias sin causar ningún daño y así evitar complicaciones en la salud del paciente.

## **1.2. OBJETIVOS**

### **1.2.1. OBJETIVO GENERAL**

- Aplicar los conocimientos adquiridos en pacientes pediátricos con bronquitis aguda para encontrar el tratamiento adecuado.

### **1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICO**

- Recopilar datos clínicos que puedan ayudar a diagnosticar correctamente la patología.
- Establecer un tratamiento eficaz que ayude a la recuperación del paciente.
- Observar la mejoría del paciente luego de la intervención del terapeuta respiratorio

### **1.3. DATOS GENERALES**

**NOMBRES:** A.G

**EDAD:** 8 años

**SEXO:** Masculino

**NACIONALIDAD:** ecuatoriano.

**ESTADO CIVIL:** Soltero.

**FECHA DE NACIMIENTO:** 08/03/2013

**LUGAR DE NACIMIENTO:** Babahoyo.

**HIJOS:** No

**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 8 años de edad el cual acude junto a su madre al servicio de emergencia del hospital, con un cuadro febril acompañado de tos persistente de 8 días de evolución y además desde hace 5 horas presenta dificultad al respirar.

#### **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES**

Hace 2 años presento un cuadro clínico de bronquitis aguda.

Episodio de varicela hace 1 año.

#### **ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**

No refiere.

#### **ANTECEDENTES FAMILIARES**

Madre no refiere.

Padre con diabetes mellitus tipo 2.

#### **ALERGIA**

No refiere.

#### **HÁBITOS**

No refiere.

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

Paciente pediátrico de 8 años de edad orientado en tiempo y espacio quien acude al área de emergencia en compañía de su madre, con un cuadro febril acompañado de tos persistente de 8 días de evolución y además desde hace 5 horas presenta dificultad al respirar.

### **2.3. EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)**

Cabeza: Normocéfalo.

Cuello: No adenopatías.

Tórax: Patrones de respiración normales en el pecho y el abdomen, el sonido de impacto de la línea pulmonar se reduce ligeramente, dolor de palpación a la presión del dedo en el espacio intercostal.

Pulmones: Durante la auscultación, mostró empaquetamiento en los filamentos pulmonares.

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

Pelvis: sin alteración.

Al tomar los signos vitales, obtenemos los siguientes resultados, con una frecuencia cardíaca de 74 latidos por minuto. La frecuencia respiratoria es de 25 respiraciones por minuto, la presión arterial es de 108/59 mmHg, la temperatura es de 38,2 ° C, la saturación de oxígeno es del 90% y la escala de Glasgow es de 15/15.

#### **2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS**

<b>EXÁMENES</b>	<b>RESULTADOS</b>
<b>Hemoglobina</b>	12.6 g/dl
<b>Glóbulos blancos</b>	15.899 k/ul
<b>Hematocrito</b>	32.4%
<b>Plaquetas</b>	359.000 ul
<b>Glucosa</b>	69 mg/dl
<b>Creatinina</b>	0.7 mg/dl
<b>Urea</b>	8 mg/dl

**Elaborado por:** Carlos Avilés Villamarin.

**Fuente:** Paciente.

#### **2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO**

##### **2.5.1. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO**

Bronquitis aguda.

##### **2.5.2. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

Asma.

### **2.5.3. DIAGNOSTICO 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 fue diagnosticado de bronquitis aguda por cuadro clínico, fiebre, tos persistente y dificultad respiratoria moderada, los principales factores de riesgo para el deterioro de esta enfermedad son factores ambientales, como la contaminación atmosférica y cambios bruscos de clima. Una vez confirmado el diagnóstico, se envía la medicación al paciente y se deriva al terapeuta respiratorio con el fin de intervenir en el paciente a tiempo y evitar mayores complicaciones de su salud.

#### **CONDUCTA A SEGUIR**

Paracetamol 500 mg 1 comprimido, una vez cada 6 horas, tiene una duración de 5 a 7 días o hasta que persista la fiebre.

Jarabe de ambroxol 4 mg / 5 ml (1 cucharada) por vía oral una vez cada 8 horas durante 7 días consecutivos, con abundante líquido.

Jarabe de amoxicilina 250 mg (1 cucharada) por vía oral cada 8 horas durante 5 días.

Nebulización: Agregue de 10 a 15 gotas de salbutamol en 3 cc de solución salina cada 6 horas durante 4 o 5 días.

Administrar O2 con una mascarilla simple a 5 litros por minuto.

Lavarse las manos con frecuencia.

Ingerir más líquido.

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

Las infecciones del tracto respiratorio incluyendo la bronquitis aguda son un problema de salud grave por ser uno de los principales motivos de consulta médica en el servicio de urgencias de un hospital. Una vez diagnosticada la

patología, se concluye en que los medicamentos empleados más las nebulizaciones van a mejorar el pronóstico del paciente.

## **2.8. SEGUIMIENTO**

Dado que la saturación de oxígeno se encuentra en el rango bajo al momento del ingreso, se utilizará equipo de respiración, cánula nasal o mascarilla simple para aumentar el nivel de oxígeno en la sangre arterial, por lo que el paciente controlará el nivel de saturación de oxígeno.

Es recomendable administrar dosis según su peso y edad del paciente.

El paciente fue hospitalizado donde se le administró oxígeno por nebulización con fármacos beta-adrenérgicos (salbutamol) y corticoides intravenosos.

## **2.9. OBSERVACIONES**

En el manejo de los principales síntomas de la bronquitis, se deben considerar los siguientes factores:

- Evite los lugares donde la gente fuma.
- Limite la propagación de infecciones virales (lavarse las manos).
- La base de la bronquitis aguda son las medidas de apoyo, como mantener a su hijo bien hidratado y asegurarse de que descanse y tome medicamentos contra la fiebre cuando sea necesario.
- Si se producen sibilancias, se puede agregar un broncodilatador beta-adrenérgico (salbutamol o bromuro de ipratropio inhalado).

## **CONCLUSIONES**

Una vez realizada la recopilación de los signos y síntomas que presento el paciente al momento de la consulta se pudo lograr a diagnosticar de una manera correcta la enfermedad que tenía el paciente.

Luego del correcto diagnóstico más los exámenes complementarios realizados al paciente se estableció un tratamiento de acuerdo al cuadro clínico que presentaba, la bronquitis aguda es uno de los principales motivos de consulta en los hospitales motivo por lo cual debe ser tratada de manera oportuna y con un correcto tratamiento.

Al paciente se le realizo un seguimiento con la finalidad de observar la mejoría del cuadro clínico que presento al momento del ingreso al hospital, a su vez la mejoría del paciente se debe a la oportuna intervención que realizo el terapeuta respiratorio el cual ayudo mediante oxigenoterapia y nebulizaciones.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

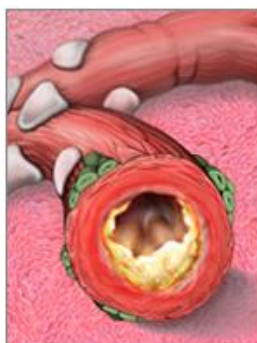
- Á. Cansino Campuzano. (28 de 01 de 2012). Pediatría Integral. Obtenido de <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2012-01/bronquitis-y-bronquiolitis/#:~:text=La%20bronquitis%20aguda%2C%20desde%20un,durar%20m%C3%A1s%20de%20dos%20semanas.>
- A. Torres Marti, F. R. (2016). Infecciones Respiratorias. En F. C. Ciril Rozman Borstnar, Medicina Interna Farreras Rozman XVIII Edición. Elseiver.
- Adolfo Enrique Díaz Duque. (2008). Bronquitis Aguda: Diagnostico y Manejo En La Practica Clínica. Revista Científica Javeriana, 9(1), 68-76.
- Carlos Mainou, A. M. (2007). Bronquitis En La Infancia. Farmacia Profesional, 22(11), 44-47.
- Dr. Sergio Gonzales. (24 de 09 de 2014). Publicaciones Medicina UC. Obtenido de [http://publicacionesmedicina.uc.cl/AnatomiaPatologica/02Respiratorio/2bronquitis.html#:~:text=Bronquitis%20aguda%20catarral%20mucopurulenta&text=Abundante%20secreci%C3%B3n%20mucosa%20fluida%20\(exudado,\(atelectasia\)%20y%20tos%20irritativa.](http://publicacionesmedicina.uc.cl/AnatomiaPatologica/02Respiratorio/2bronquitis.html#:~:text=Bronquitis%20aguda%20catarral%20mucopurulenta&text=Abundante%20secreci%C3%B3n%20mucosa%20fluida%20(exudado,(atelectasia)%20y%20tos%20irritativa.)
- Josefa J. Valdivieso, M. B. (27 de 01 de 2017). Medfinis. Obtenido de <https://www.medfinis.cl/img/manuales/bronquitis.pdf>
- Mayoclinic. (11 de 04 de 2017). Mayo Clinic. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bronchitis/symptoms-causes/syc-20355566>
- Ruben Contreras. (07 de 04 de 2011). Nasajpg. Obtenido de <https://www.nasajpg.com/publicaciones/bronquitis-aguda-pdf/>
- Sociedad Española De Medicina Interna. (30 de 09 de 2020). Fesemi. Obtenido de <https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/bronquitis-cronica-y-aguda#:~:text=Existen%20dos%20tipos%20de%20bronquitis,tos%20y%20dificultad%20para%20respirar.>

## ANEXOS

Bronquios normales



Bronquitis



ADAM.

### CLASIFICACIÓN

Aguda no complicada

Aguda complicada con infección bacteriana agregada

Crónica:  
tos de evolución de mas de 3 meses con 2 o mas 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 $\leq 3$ semanas	Tos $\geq 3$ 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