



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



**Componente Práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del  
grado académico de Licenciado(a) en Terapia Respiratoria**

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO  
PACIENTE FEMENINO DE 5 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE  
BRONQUITIS AGUDA**

**AUTOR**

**ODALYS ANTHONELLA SUAREZ RODRIGUEZ**

**TUTOR**

**DR. EDMUNDO ENCALADA**

**Babahoyo - Los Ríos - Ecuador**

**2021**

## ÍNDICE

ÍNDICE .....	II
TÍTULO DEL CASO CLÍNICO .....	III
AGRADECIMIENTO .....	IV
DEDICATORIA .....	V
RESUMEN .....	VI
ABSTRACT .....	VII
INTRODUCCIÓN .....	VIII
I MARCO TEÓRICO .....	9
1.1 JUSTIFICACIÓN .....	18
1.2 OBJETIVOS .....	19
1.3 DATOS GENERALES .....	20
II METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO .....	21
2.1 ANÁLISIS Y MOTIVO DE LA CONSULTA Y ANTECEDENTES .....	21
2.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIEREN AL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS) .....	21
2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA) .....	22
2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS .....	23
2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO. ....	24
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR .....	24
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES .....	25
2.8 SEGUIMIENTO .....	26
2.9 OBSERVACIÓN .....	27
CONCLUSIONES .....	27
REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS .....	28
ANEXO .....	30

**TÍTULO DEL CASO CLÍNICO**

**PACIENTE FEMENINO DE 5 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE  
BRONQUITIS AGUDA**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios todo poderoso que me ha guiado y que me ha permitido llegar hasta proceso, le agradezco a todas las personas que me apoyaron física, moral y emocionalmente en el transcurso de mi vida académica, en especial a mi madre porque sin ella no hubiera sido posible dar este gran paso en esta etapa de mi vida.

Gracias a mis amigos, compañeros y docentes por acompañarme en la etapa universitaria.

## **DEDICATORIA**

El presente caso clínico va dedicado a mi madre, que ha sido la persona que siempre ha creído en mí, me ha apoyado incondicionalmente sin esperar nada a cambio, a pesar de todas las adversidades que nos ha presentado la vida ella siempre ha velado por mi bienestar físico y emocional, ella mi mayor ejemplo a seguir en la vida.

No quiero olvidarme de mis compañeritas peludas, mis perritas que son una parte importante en mi vida, les dedico cada uno de mis proyectos porque sé que sin su amor no sería igual y que gracias a ellas me levanto cada día con ganas de superar todo obstáculo.

## RESUMEN

La bronquitis aguda es una enfermedad que produce inflamación de los bronquios, membranas mucosas de tipo agudo. Generalmente asociada a infecciones del tracto respiratorio y estas son causadas en su mayoría por virus, la incidencia de esta afección se da más en la temporada de invierno y afecta principalmente a población pediátrica.

En este caso veremos a una paciente femenina de 5 años de edad que llegó al área de emergencia hospitalaria con un cuadro clínico febril (38°C) cursado por tos productiva de 15 días de evolución, rinorrea inicial, se le realizó los exámenes físicos a los que a la auscultación presentaba sibilantes bilaterales diseminados en espiración sin dificultad respiratoria por lo que se evalúa trastorno inflamatorio bronquial, lo que llevo a un diagnóstico de bronquitis aguda sin criterios de ingreso y se deriva para tratamiento ambulatorio.

La bronquitis aguda es la quinta causa de enfermedad respiratoria en las vías aéreas bajas dadas en niños menores de 5 años, también es una de las causas más comunes de consulta a los hospitales y uno de los diagnósticos más comunes en los centros de atención primaria y en los servicios de urgencias y áreas de pediatría.

**Palabras claves:** bronquitis, bronquitis aguda, tos, bronquios, inflamación.

## ABSTRACT

Acute bronchitis is a disease that produces inflammation of the bronchi, mucous membranes of the acute type. Generally associated with respiratory tract infections and these are caused mostly by viruses, the incidence of this condition occurs more in the winter season and affects mainly children.

In this case, we will see a 5-year-old female patient who arrived at the hospital emergency area with a febrile clinical picture (38°C) caused by a productive cough of 15 days of evolution, initial rhinorrhea, she underwent physical examinations to which Upon auscultation, she presented bilateral wheezing disseminated on expiration without respiratory distress, for which she evaluated bronchial inflammatory disorder, which led to a diagnosis of acute bronchitis without admission criteria and she was referred for outpatient treatment.

Acute bronchitis is the fifth leading cause of disease in the lower airways in children under 5 years of age, it is also one of the most common causes of consultation in hospitals and one of the most common diagnoses in primary care centers and in emergency services and pediatric areas.

**Keywords:** bronchitis, acute bronchitis, cough, bronchial tubes, inflammation.

## INTRODUCCIÓN

La bronquitis es una patología que afecta principalmente a los bronquios, causándoles una inflamación y a su vez afectando la membrana mucosa inflamándola de igual manera, uno de sus principales síntomas es la tos y se presenta con mayor prevalencia en la infancia.

Cada año se reportan muchos casos de bronquitis aguda en niños menores de 5 años de edad, estos reportes aumentan en la estación invernal debido al frío y cambio brusco de temperatura.

La bronquitis aguda presenta varios picos epidemiológicos en el año, en su mayoría es causada por el virus de la influenza el cual tiene un inicio rápido produciendo fiebre, escalofrío, cefalea, mialgias y tos. En segundo lugar podremos decir que es el virus de la parainfluenza el cual hay más diagnósticos en la época de otoño y se presenta a nivel mundial ya sean países desarrollados o subdesarrollados.

Al principio las tos producida por la bronquitis aguda suele ser seca, irritante e incluso se presenta con dolor, en su periodo de evolución se vuelve blanda, productiva y húmeda. Es común tener antecedentes de una afectación de las vías respiratorias altas en forma de rinorrea y obstrucción nasal. Es frecuente observar en pacientes lactantes una afectación del bronquiolo.

El tratamiento de la bronquitis aguda es mantener las medidas de sostén con el paciente, se debe estar bien hidratado, procurar que guarde reposo y administrarle antitérmicos si los necesita. En casos graves, el paciente será remitido a un servicio de urgencias hospitalario donde le administrarán nebulización de oxígeno junto con adrenérgicos beta y corticoides endovenosos si es preciso.

## **I MARCO TEÓRICO**

### **BRONQUITIS**

La bronquitis es una inflamación del revestimiento de los bronquios que llevan el aire hacia adentro y fuera de los pulmones. Las personas que tienen bronquitis suelen toser mucosidad espesa y, tal vez, decolorada. La bronquitis puede ser aguda o crónica. (Mayo clinic, 2017)

### **BRONQUITIS AGUDA**

Según (Sanz, 2016) La bronquitis aguda es de causa viral, la cual consiste en la inflamación de las membranas mucosas y la inflamación de los conductos bronquiales. En cambio la bronquitis crónica se da en niños con patología respiratoria de base.

La bronquitis (o traqueobronquitis) aguda consiste en una inflamación transitoria que afecta a la tráquea y los bronquios principales, generalmente asociada a infecciones del tracto respiratorio. Éstas son causadas principalmente por virus y suele seguir un patrón estacional con mayor número de casos en invierno. (Salomé Albi Rodríguez, 2010)

La bronquitis aguda ocurre cuando se inflaman las vías respiratorias y producen mucosidad en los pulmones. Eso es lo que lo hace toser. La bronquitis aguda, con frecuencia llamada resfriado de pecho, dura menos de 3 semanas y es el tipo más común de bronquitis. (CDC, 2020)

## CLASIFICACIÓN DE BRONQUITIS AGUDA

**Bronquitis aguda catarral mucopurulenta:** 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.

**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.

**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.

**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. . (González, 2018)

## ETIOLOGÍA

Microorganismos causantes de bronquitis aguda.

PATÓGENO	COMENTARIOS
<b>VIRUS</b>	
1. <b>Virus de la influenza</b>	Es de inicio rápido; produce fiebre, escalofrío, cefalea, mialgias y tos, y presenta varios picos epidemiológicos en el año.
2. <b>Virus de la parainfluenza</b>	Produce epidemias en países nórdicos, especialmente en otoño
3. <b>Virus sincitial respiratorio</b>	Es más frecuente en adultos de la tercera edad que viven en casas de reposo y en aquéllos con enfermedades cardiopulmonares de base
4. <b>Coronavirus</b>	Son frecuentes las epidemias en regimientos militares
5. <b>Adenovirus</b>	El inicio de los síntomas es muy similar al causado por el virus de la influenza
6. <b>Rinovirus Bacterias</b>	La fiebre es poco común y la infección, por lo general, es muy leve.
<b>BACTERIAS</b>	
1. <b>Bordetella pertussis</b>	El periodo de incubación es de 1 a 3 semanas y afecta, principalmente, a

	adolescentes y adultos jóvenes. De 12 a 32% de los pacientes con tos de más de dos semanas de duración son positivos para B. pertussis
<b>2. Mycoplasma pneumoniae</b>	El periodo de incubación es de 2 a 3 semanas.
<b>3. Chlamydia pneumoniae</b>	El periodo de incubación es de 3 semanas.
<b>OTROS</b>	
<b>Inhalación de tóxicos</b>	Son menos frecuentes pero sí se puede dar.
<b>Tabaquismo</b>	
<b>Contaminación ambiental</b>	
(DÍAZ DUQUE, 2008)	

## **FISIOPATOLOGÍA**

La clínica es consecuencia del efecto directo del virus sobre las células del epitelio respiratorio y de la respuesta inmunológica del huésped. Existe inflamación aguda, edema, aumento de moco y necrosis de las células epiteliales de los bronquiolos. Se forman tapones y como resultado hay obstrucción, con zonas de atelectasia y zonas de hiperinsuflación. (Marcos, 2020)

## **EPIDEMIOLOGÍA**

La bronquitis aguda se presenta con mayor frecuencia durante los meses de invierno, siguiendo un patrón similar a los de las infecciones agudas de las vías respiratorias. Los climas fríos y húmedos y la presencia de altas concentraciones de sustancias irritantes (por ejemplo, la contaminación atmosférica, el humo del tabaco) pueden precipitar ataques. (Olías, Sociedad española de farmacia hospitalaria, 2019)

## **CUADRO CLÍNICO**

Enumeraremos los siguientes síntomas más frecuentes de la bronquitis aguda teniendo en cuenta que cada niño los experimenta de una manera distinta.

- Tos; costocondritis o dolor torácico debido a la tos, irritación.
- Goteo nasal, generalmente antes de que comience la tos.
- Expectoración mucopurulenta
- Malestar corporal

- Estado febril
- Molestias musculares
- Disnea moderada
- Irritación faríngea

En las primeras etapas del trastorno, los niños pueden experimentar una tos seca e improductiva que luego se transforma en una tos con abundantes flemas. Los niños más pequeños pueden experimentar vómitos o náuseas junto con la tos. (Valente, 2021)

Según (Prado, 2018) los signos presentados pueden ser: posibles sibilancias auscultar y roncus sobre los campos pulmonares. De forma transitoria aparece hiperreactividad bronquial inespecífica, que cede en un par de semanas.

El síntoma principal de la bronquitis aguda es la tos. Al principio suele ser seca, irritante y dolorosa, para después volverse blanda, productiva y húmeda. Suele estar precedida por una afectación de las vías respiratorias altas en forma de rinorrea y obstrucción nasal. Puede aparecer fiebre. Si se acompaña de obstrucción de la luz bronquial, puede presentarse en mayor o menor medida dificultad respiratoria incluso con palidez, cianosis, agitación e insomnio. Esto es más frecuente en el lactante (aparición de afectación del bronquiolo o bronquiolitis). En la exploración radiológica se aprecia un incremento de la trama hilar y cierto atrapamiento de aire, signos típicos de esta afectación.

En cuanto a su evolución, si persiste más de 5-10 días, cabe sospechar una colonización bacteriana (*Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* o *Staphylococcus aureus*), hecho que justificaría la administración de un antibiótico. (Carlos Mainoua, Alicia Mainoua, Fernando Plaza, 2016)

## DIAGNÓSTICO

Para diagnosticar una bronquitis aguda de otras enfermedades tenemos que basarnos en la historia clínica y en el examen físico del paciente.

El asma, insuficiencia cardíaca congestiva, alteraciones anatómicas de la vía aérea, la fibrosis quística, cuerpos extraños, y el reflujo gastroesofágico son las principales enfermedades que pueden cursar con sibilancias en los niños y que hay que distinguir de la bronquiolitis.

**Análisis de sangre:** es importante para descartar una leucocitosis, ya que si el paciente presenta una infección esta será reflejada en los niveles de leucocitos.

**Radiografía de tórax:** La evaluación de la radiografía de tórax en niños con bronquiolitis produce resultados variables, pero puede ayudar a distinguir esta enfermedad de otras entidades caracterizadas por sibilancias y así poder descartar otras enfermedades como la neumonía.

**Oximetría de pulso:** En niños que requieren hospitalización; son frecuentes anomalías en la presión de gases en sangre y parecen estar relacionadas con la gravedad de la enfermedad por esta razón debemos hacer una oximetría de pulso. La hipoxemia es común y aumenta el impulso respiratorio, mientras que la hipercapnia se observa sólo en los casos más graves. A pesar de la presencia de niveles moderados de hipoxemia, es inusual la cianosis clínica.

**Cultivo de esputo:** El aislamiento de un patógeno viral en las secreciones respiratorias de un niño jadeante establece un diagnóstico presunto de bronquitis infecciosa. En los ancianos y en pacientes inmunodeprimidos, la detección de antígenos carece de la sensibilidad adecuada, y con frecuencia los pacientes buscan atención médica después de la etapa aguda de la infección, lo que compromete la capacidad de las pruebas disponibles de diagnosticar el VRS. Sin embargo, la proliferación de ensayos comerciales con enzimas inmunoabsorbidas y técnicas de tinción con anticuerpos de fluorescencia han aumentado la capacidad de identificar

antígenos virales en secreciones nasofaríngeas en tan solo horas. (Cavero, 2018)

**Espirometría:** no todos los médicos ni centros de salud la realizan pero nos ayuda a detectar una si hay una obstrucción de la vía aérea.

## **TRATAMIENTO**

El tratamiento de la patología de la bronquitis aguda primordialmente se basa en el mejoramiento de la clínica del paciente pediátrico, el paciente debe de estar adecuadamente hidratado, guardar reposo y se le debe medicar con antipiréticos si lo requiere. Los broncodilatadores beta adrenérgicos nos servirán como ayuda si el paciente presenta signo de sibilancias. En algunos casos graves el paciente debe ser ingresado en el área de emergencia donde se procede a realizar nebulizaciones de oxígeno junto con adrenérgicos beta y corticoides, dependiendo de la gravedad y necesidad del paciente.

### **Antibióticos**

No está indicado administrarlos en la bronquitis aguda porque no influyen sobre la duración ni la severidad de la enfermedad ni sobre el posible desarrollo de complicaciones (Pérez, 2014). Solo en una situación de infección por bacterias y cuando el cuadro clínico es mayor a 10 días.

### **Broncodilatadores**

El uso de broncodilatadores puede ser útil, pero solo cuando existen signos de obstrucción de la vía aérea. En estos casos Los broncodilatadores tanto inhalados como orales pueden disminuir los síntomas, aunque no tienen efectos sobre la evolución de la enfermedad ni sobre la posible aparición de complicaciones. La mayoría de los estudios se han realizado con salbutamol a

dosis de 2 inhalaciones/ 6 horas también existe algún estudio con bromuro de ipratropio a dosis de 2 inhalaciones/6 horas.

### **Antitusígenos y expectorantes**

No hay datos en los distintos estudios para aconsejar el uso de este tipo de medicamento, se ha demostrado que no tienen efectos sobre la evolución de la enfermedad y que no existen diferencias entre los distintos grupos de medicamentos.

### **Analgésicos y antipiréticos**

Muchos pacientes presentan síntomas de catarro común y pueden beneficiarse del empleo de este tipo de medicamentos sintomáticos para aliviar la fiebre y dolor. (Perez, 2014)

### **Antivirales**

El agente infeccioso más común en la bronquitis aguda es el virus de la influenzae.

La ramantadina y la amantadina son eficaces solo contra el virus influenzae A, mientras que los nuevos antivirales inhibidores de la neuraminidasa son activo frente a los virus influenzae A y B. El empleo de estos medicamentos tiene varios inconvenientes por lo que no se usan de forma rutinaria:

- \* El tratamiento debe iniciarse en las primeras 48 horas desde que comienzan los síntomas para que sea efectivo. (Millán, 2006)
- \* El caso beneficio (se acorta la duración de la enfermedad un día y reinician las actividades normales solo medio día antes).
- \* Posibilidad de aparición de resistencia. (Millan, 2020)

## JUSTIFICACIÓN

El presente caso clínico es realizado con fines informativo para la comunidad. Las estadísticas presentadas nos dice que la bronquitis aguda es una enfermedad muy común a nivel nacional e internacional y se presenta con más frecuencia en la época invernal, afectando a niños menores de 5 años y adultos mayores con comorbilidades.

El virus más frecuente es el virus de la influenza que es el que presenta los síntomas más comunes como la tos, fiebre, dolor corporal general. Es por estas razones que debemos de informas a la comunidad para que tome las medidas preventivas correspondientes para evitar su agravamiento.

La bronquitis aguda también puede ser de origen bacteriano y es causado por la bacteria *Mycoplasma pneumoniae*, entre otras, aunque es menos común que la bronquitis aguda de origen viral su contagio debe ser prevenido siguiendo las normas de bioseguridad, como lavo de mano.

La comunidad debe de saber que existe una amplia gama de enfermedades respiratorias y que la población pediátrica es la más susceptible a ellas, por eso se debe tener más precaución y cuidados de higiene estrictos, esto ayudara a reducir notablemente el número de infectados en las poblaciones más vulnerable.

## **1.1 OBJETIVOS**

### **1.1.1 Objetivo general**

Conocer la sintomatología para el correcto diagnóstico de la bronquitis aguda.

### **1.1.2 Objetivos específicos**

- Identificar la causa de la bronquitis aguda en los pacientes pediátricos.
- Establecer el correcto uso de los métodos de diagnóstico de pacientes pediátricos con bronquitis aguda.
- Analizar el tratamiento empleado para una recuperación óptima del paciente.

## 1.2 DATOS GENERALES

**Nombres completos:** NN

**Fecha de nacimiento:** 07/04/2016

**Edad:** 5 años

**Sexo:** Femenino

**Estado civil:** soltera

**Hijos:** no

**Nacionalidad:** Ecuatoriana

**Etnia:** Mestiza

**Ocupación:** estudiante

**Nivel de estudios:** primaria

**Nivel sociocultural/económico:** Medio

**Procedencia geográfica:** Costeña

## **II METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO**

### **2.1 ANÁLISIS Y MOTIVO DE LA CONSULTA Y ANTECEDENTES**

Paciente pediátrica femenina de 5 años de edad es acompañada de sus padres al área de emergencia hospitalaria con un cuadro febril, cursando con tos productiva de 15 días de evolución y rinorrea inicial.

#### **Antecedentes patológicos personales.**

No refiere

#### **Antecedentes patológicos familiares**

Padre diabetes mellitus tipo 2

Madre no refiere

#### **Antecedentes quirúrgicos personales**

No refiere

#### **Hábitos y estilo de vida**

**No refiere**

### **2.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIEREN AL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS)**

El paciente pediátrico femenino de 5 años de edad llega al área de emergencia en compañía de sus padres por presentar un cuadro febril de 38°C, tos productiva de color amarillento claro con un periodo de evolución de 15 días junto a una rinorrea inicial, irritación en la nasofaringe, laringofaringe, orofaringe y dolor torácico.

## **SIGNOS VITALES**

**Presión Arterial:** 102/65 mmHg.

**Frecuencia Cardíaca:** 98 Latidos/ Minutos.

**Frecuencia Respiratoria:** 25 Respiración/ Minuto.

**Saturación De Oxígeno:** 98 %

**Temperatura:** 38° C

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

**Cabeza:** Normal

**Cuello:** Normal.

**Tórax:** Normal simétrico, dolor al toser, respiración toracoabdominal.

**Pulmones:** en la auscultación se presenció sibilantes bilaterales diseminados en expiración.

**Mucosas orales** húmedas, faringe irritada.

**Corazón:** normal

**Abdomen:** normal, sin dolor

**Extremidades:** normales, completas y simétricas.

**Neurológico:** Escala de Glasgow 15/15.

## 2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

### **Biometría hemática:**

Leucocitos: 20.000 Milímetro cubico

Neutrófilos: 10%.

Linfocitos: 9%.

Monocitos: 3%

Eosinófilos: 1%

Basófilos: 1%

Eritrocitos: 4`000.000 Milímetro cubico

Hemoglobina: 13 Gramos/decilitros

Hematocrito: 40%

Recuento de Plaquetas: 200.000

**Cultivo de esputo:** Mycoplasma pneumoniae

### **Gasometría arterial:**

**pH:** 7.35

**PCO2:** 40mmHg

**PO2:** 90 mmHg

**Sat:** 95%

**HCO3:** 22 mEq/L

**E/B:** 1 mEq/L

### **Radiografía de tórax:**

Se realiza una placa Estándar de tórax con hallazgos de prominencia en la trama hilar y signos de atrapamiento aéreo lo que ratifica diagnóstico de BRONQUITIS AGUDA.

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

**Diagnóstico presuntivo:** Según el cuadro clínico que presentó la paciente podríamos intuir que se trata una bronquitis aguda o en alguno de los casos podría ser una neumonía adquirida en la comunidad en etapa inicial.

**Diagnóstico definitivo:** En base a los resultados obtenidos con el examen físico y los exámenes complementarios que se le realizó a la paciente, el diagnóstico determinó que es bronquitis aguda originada por la bacteria del mycoplasma pneumoniae.

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

La bronquitis aguda es una enfermedad que se da por lo general por el virus de la influenza en este caso fue dada por una bacteria mycoplasma pneumoniae, esto causa que los pacientes padezcan unos cuantos síntomas como son la tos productiva, dolor torácico, fiebre, malestar general.

Estamos frente a una paciente femenina de 5 años con estado febril de 38°C, rinorrea inicial, tos productiva, dolor torácico e irritación faríngea.

Se analizó la situación de la paciente con todos los exámenes realizados y se llegó a la decisión de instaurar un tratamiento ambulatorio.

### **Tratamiento farmacológico**

**Azitromicina:** suspensión oral 200 mg/día, 3 días seguidos

**Ambroxol:** 15 mg jarabe 2,5 cc / 8 horas

**Hidratación Oral:** Suero oral 3 onzas cada 2 horas

### **Tratamiento terapéutico**

Se realiza aerosolterapia con Broncodilatador/Mucolítico/Corticoide cada 12 horas.

Fisioterapia respiratoria Hiperinsuflación manual y técnicas de aumento y aceleración de flujo espiratorio (AFE) después de la terapia inhalatorio por 8 días.

## **2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES**

Con las acciones tomadas en este tratamiento se basaron especialmente en todos los hallazgos clínicos de la paciente a la cual se diagnosticó de bronquitis aguda, el tratamiento instaurado fue: antibacteriano, mucolítico e hidratantes.

## **2.8 SEGUIMIENTO**

### **Día de ingreso**

Paciente femenino de 5 años de edad ingresa al área hospitalaria el día 24 de junio del 2021, con un estado febril, tos productiva, rinorrea inicial. Se procedió a la toma de signos vitales dándonos un resultado de una presión arterial 102/65 mmHg normal, frecuencia cardiaca de 98 Lpm, frecuencia respiratoria 25 Rpm, saturación de oxígeno 98 %, temperatura: 38° C. Fue atendida por un médico pediatra el cual le realizó el examen físico, y determinó Cabeza y cuello Normal, su estado neurológico según la escala de Glasgow fue 15/15, en el tórax presento dolor al toser al momento de la auscultación presentó sibilantes bilaterales diseminados en expiración sin dificultad respiratoria por lo que evalúa trastorno inflamatorio bronquial, corazón en buen estado, su abdomen, extremidades normales. Luego se procedió a realizar exámenes de laboratorio los cuales determinaron una leve alza de leucocitos y elevación de los neutrófilos por que el paciente ingresa con tratamiento antibiótico por parte del médico tratante.

Todo esto determinó un diagnóstico de bronquitis aguda sin criterios de ingreso y se deriva para tratamiento ambulatorio, con una cita después de 8 días de tratamiento para control.

### **Día de revisión**

El día 2 de julio del 2021 llega la paciente de 5 años de edad para su cita de control nos cuentan sus padres que Pasada las 48 horas paciente ya no presenta fiebre y los síntomas respiratorios disminuyeron es decir ya no habían sibilancias y la tos disminuyó considerablemente. El tratamiento terapéutico se mantiene hasta lo panificado.

## **2.9 OBSERVACIÓN**

Debido al origen bacteriano de la patología se decidió llevar a cabo un tratamiento con antibióticos de amplio espectro, mucolítico e hidratante oral. Se les comunicó a los padres sobre el tratamiento a seguir con la paciente y se procedió a llevarlo a cabo con la aprobación de los mismos.

La paciente deberá estar bajo estricta vigilancia y seguir las normas de higiene apropiadas y gracias a su tratamiento se observó una evolución favorable.

## **CONCLUSIONES**

La bronquitis aguda es una de las enfermedades respiratorias más comunes en pacientes pediátricos, se presenta con varios síntomas que debemos observar y tomar en cuenta a la hora de un buen diagnóstico, algunos de ellos son dolor torácico, tos productiva, estado febril y disnea.

El siguiente paso a seguir para tener un correcto diagnóstico son las pruebas complementarias, que deben de ser analizadas minuciosamente por el personal capacitado, con esos resultados poder determinar la gravedad de la patología, y descartar otras enfermedades respiratorias graves como la neumonía, asma y tosferina.

El conjunto de los datos recopilados nos ayudan a conocer la patología y el origen de la bronquitis aguda, como en este caso de bronquitis aguda bacteriana, la cual se trató efectivamente con antibióticos de amplio espectro.

## REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

- Azañero, D. C. (4 de junio de 2018). *slideshare*. Obtenido de a Scribd company:  
<https://es.slideshare.net/azanero33/bronquitis>
- Carlos Mainoua, Alicia Mainoua, Fernando Plaza. (23 de diciembre de 2016). *ELSEVIER*.  
Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-bronquitis-infancia-13114222>
- Carlos Mainoua, Alicia Mainoua, Fernando Plaza. (23 de diciembre de 2016). *ELSEVIER*.  
Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-bronquitis-infancia-13114222>
- Cavero, A. (23 de agosto de 2018). *Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria*. Obtenido de  
[http://formacion.sefh.es/dpc/framework/atf-infecciosas/paciente-infeccion-tracto-respiratorio-inferior/tema01\\_menu03\\_submenu01\\_diapo01.php](http://formacion.sefh.es/dpc/framework/atf-infecciosas/paciente-infeccion-tracto-respiratorio-inferior/tema01_menu03_submenu01_diapo01.php)
- CDC. (2020). Obtenido de Centro de control de enfermedades:  
<https://www.cdc.gov/antibiotic-use/sp/bronchitis.html>
- DÍAZ DUQUE, A. E. (ENERO de 2008). *Universitas Médica*. Obtenido de Universitas Médica:  
<https://www.redalyc.org/pdf/2310/231016462006.pdf>
- enfermedades, C. d. (17 de julio de 2020). *CDC*. Obtenido de CDC:  
<https://www.cdc.gov/antibiotic-use/sp/bronchitis.html>
- González, D. S. (4 de JUNIO de 2018). *HGC*. Obtenido de HOSPITAL GENERAL DE CULIACAN:  
<http://www.hgculiacan.com/biblioteca%20medica/anatomia%20patologica/aparato%20respiratorio/bronquitis%20aguda.htm>
- Luz García García, Javier Korta Murua, Alicia Callejón Callejón. (13 de Noviembre de 2017). *NEUMPED*. Obtenido de NEUMPED:  
[https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06\\_bronquiolitis\\_aguda\\_viral\\_0.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06_bronquiolitis_aguda_viral_0.pdf)
- Marcos, M. D. (2020). *Actualización en Pediatría*. Obtenido de  
[aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/77-86\\_Bronquiolitis%20aguda.pdf](http://aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/77-86_Bronquiolitis%20aguda.pdf)
- Mayo clinic*. (11 de Abril de 2017). Obtenido de Mayo clinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bronchitis/symptoms-causes/syc-20355566>
- Millán, P. S. (2006). *Aprenderly*. Obtenido de <https://aprenderly.com/doc/1432883/bronquitis-aguda>
- Millan, V. (12 de enero de 2020). *AgamFec*. Obtenido de  
<https://aprenderly.com/doc/1432883/bronquitis-aguda>
- Moran, A. (5 de julio de 2017). *AgamFec*. Obtenido de Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria: <https://www.agamfec.com/persoal-sanitario-de-todas-as-categorias-participaron-na-derradeira-edicion-ano-curso-de-soporte-vital-inmediato/c/>

- Olías, C. F. (2019). *Sociedad española de farmacia hospitalaria*. Obtenido de [http://formacion.sefh.es/dpc/framework/atf-infecciosas/paciente-infeccion-tracto-respiratorio-inferior/tema01\\_menu07\\_submenu01\\_diapo01.php](http://formacion.sefh.es/dpc/framework/atf-infecciosas/paciente-infeccion-tracto-respiratorio-inferior/tema01_menu07_submenu01_diapo01.php)
- Olías, C. F. (2019). *Sociedad española de farmacia hospitalaria*. Obtenido de [http://formacion.sefh.es/dpc/framework/atf-infecciosas/paciente-infeccion-tracto-respiratorio-inferior/tema01\\_menu02\\_submenu02-1\\_diapo01.php](http://formacion.sefh.es/dpc/framework/atf-infecciosas/paciente-infeccion-tracto-respiratorio-inferior/tema01_menu02_submenu02-1_diapo01.php)
- Patricia S, Vasquez Millan. (12 de enero de 2020). *AgamFec*. Obtenido de [https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL13/VOL13\\_3/06\\_Guias\\_de\\_Fisterra\\_B.pdf](https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL13/VOL13_3/06_Guias_de_Fisterra_B.pdf)
- Perez, A. (28 de abril de 2014). *slideshare*. Obtenido de <https://www.slideshare.net/aduyan/20140429-tratamiento-de-la-bronquitis-aguda-doc>
- Pérez, A. (28 de abril de 2014). *slideshare*. Obtenido de <https://www.slideshare.net/aduyan/20140429-tratamiento-de-la-bronquitis-aguda-doc>
- Prado, A. d. (8 de abril de 2018). *empendium*. Obtenido de <https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.II.3.5>
- Salomé Albi Rodríguez, Á. H. (31 de agosto de 2010). *Guía\_ABE*. Obtenido de Guía\_ABE: [https://www.guia-abe.es/files/pdf/bronquitis\\_v3\\_2010.pdf](https://www.guia-abe.es/files/pdf/bronquitis_v3_2010.pdf)
- Saltos, H. (11 de Abril de 2017). *Mayo clinic*. Obtenido de Mayo clinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bronchitis/symptoms-causes/syc-20355566>
- Sanz, J. P. (enero de 2016). *Pediatría Integral*. Obtenido de *PediatríaIntegral*: [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/03/Pediatria-Integral-XX-1\\_WEB.pdf#page=30](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/03/Pediatria-Integral-XX-1_WEB.pdf#page=30)
- Valente, E. (13 de Agosto de 2021). *Stanford Children Health*. Obtenido de <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=acutebronchitisinchildren-90-P06023>

**ANEXO**

