



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

**“INTERVENCIÓN DEL TERAPEUTA RESPIRATORIO EN PACIENTE
MASCULINO DE 9 AÑOS DE EDAD CON BRONQUITIS AGUDA”**

AUTOR

MOISÉS GUILLERMO RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

TUTOR

Dr. FERNÁNDEZ MARTÍNEZ ROGELIO

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2022

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO	II
TEMA DEL CASO CLÍNICO	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN.....	VI
I. MARCO TEORICO	1
BRONQUITIS.....	1
CLASIFICACIÓN DE LA BRONQUITIS	1
EPIDEMIOLOGIA.....	1
ETIOLOGÍA.....	1
PATOGENESIS.....	2
CLASIFICACIÓN DE BRONQUITIS AGUDA	2
BRONQUITIS AGUDA CATARRAL MUCOPURULENTA	2
BRONQUITIS AGUDA PSEUDOMEMBRANOSA.....	2
BRONQUITIS AGUDA NECRÓTICA-ULCEROSA	3
BRONQUITIS PÚTRIDA.....	3
FACTORES DE RIESGO.....	3
GENERALIDADES	4
CUADRO CLÍNICO.....	4
DIAGNOSTICO.....	5
EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	5
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.....	5
TRATAMIENTO.....	6
PRONOSTICO	6
1.1 JUSTIFICACIÓN	7
1.2 OBJETIVOS	¡Error! Marcador no definido.
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	8
1.2.2 OBJETIVO ESPECIFICO	8
1.3 DATOS GENERALES	9
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO	10
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.....	10
2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE LA PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS)	10

2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)	11
2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	11
2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.	12
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.	12
2.7 INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD.	13
2.8 SEGUIMIENTO	13
CONCLUSIONES	15
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16
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. También dedico este trabajo a mi Mamá que ha sido mi apoyo en todo momento.

Moisés Rodríguez R.

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 mi Mamá por ser mi pilar fundamental y haberme apoyado incondicionalmente, pese a las adversidades e inconvenientes que se presentaron.

Moisés Rodríguez R.

TEMA DEL CASO CLÍNICO
“INTERVENCIÓN DEL TERAPISTA RESPIRATORIO EN PACIENTE
MASCULINO DE 9 AÑOS DE EDAD CON BRONQUITIS AGUDA”

RESUMEN

La bronquitis aguda hoy en día es una de las principales complicaciones en la salud de niños, como datos epidemiológicos tenemos las infecciones respiratorias aguda en los países en vía a desarrollo representa entre un 35% y un 58% en pacientes pediátricos, se prevé que cada niño padece de 3 a 6 veces esta enfermedad en el año.

El caso clínico se basó en la intervención del terapeuta respiratorio en paciente masculino de 9 años edad con bronquitis aguda, el paciente presenta un cuadro clínico caracterizado por alza térmica no cuantificada, tos y dificultad respiratoria.

El objetivo general de este caso clínico es establecer las técnicas de terapia respiratoria adecuadas en el paciente masculino de 9 años de edad con diagnóstico de bronquitis aguda.

Las técnicas de terapia respiratoria que se emplean en pacientes con bronquitis aguda tienen como finalidad despejar las vías respiratorias sin causar lesiones y prevenir complicaciones. Además, que estas técnicas como la administración de oxígeno y las nebulizaciones se complementan con el tratamiento farmacológico que se administra en pacientes con bronquitis aguda.

PALABRAS CLAVE: Bronquitis aguda, incidencia, fiebre, terapia respiratoria, intervención.

ABSTRACT

Acute bronchitis today is one of the main complications in the health of children, as epidemiological data we have acute respiratory infections in developing countries represents between 35% and 58% in pediatric patients, it is expected that each child suffers from 3 to 6 times this disease in the year.

The clinical case was based on the intervention of the respiratory therapist in a 9-year-old male patient with acute bronchitis, the patient presents a clinical picture characterized by unquantified thermal rise, cough and respiratory distress.

The general objective of this clinical case is to establish the appropriate respiratory therapy techniques in a 9-year-old male patient diagnosed with acute bronchitis.

Respiratory therapy techniques used in patients with acute bronchitis are intended to clear the airways without causing injury and to prevent complications. In addition, these techniques, such as the administration of oxygen and nebulizations, are complemented by the pharmacological treatment that is administered in patients with acute bronchitis.

KEY WORDS: Acute bronchitis, incidence, fever, respiratory therapy, intervention.

INTRODUCCIÓN

El presente caso clínico se basa en la intervención del terapeuta respiratorio en paciente masculino de 9 años edad con bronquitis aguda, el paciente presenta un cuadro clínico caracterizado por alza térmica no cuantificada, tos y dificultad respiratoria.

La bronquitis aguda hoy en día es uno de los principales problemas de salud en pacientes pediátricos. Aunque esta enfermedad presenta una condición autolimitante, el 80% de pacientes que padecen esta patología presentan sintomatología que les impide poder realizar sus actividades habituales.

Los signos y síntomas que presentan los pacientes con bronquitis aguda suelen durar algunos días y hasta algunas semanas por lo que es importante realizar un diagnóstico de manera inmediata para así pautar un tratamiento farmacológico el cual ayude a mejorar el cuadro clínico en estos pacientes.

En este estudio establecido en un caso clínico encontraremos todo lo referente a la bronquitis aguda su etiología, fisiopatología, clasificación, factores de riesgo, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento.

El objetivo general de este caso clínico es establecer las técnicas de terapia respiratoria adecuadas en el paciente masculino de 9 años de edad con diagnóstico de bronquitis aguda.

Los profesionales en terapia respiratoria desempeñan una importante labor en el manejo de pacientes con diagnóstico de bronquitis aguda puesto que mediante las técnicas de terapia respiratoria como la administración de oxígeno y las nebulizaciones ayudan a complementarse con el tratamiento farmacológico pautado por el médico y posterior a esto se logrará mejorar el estado de salud de los pacientes con diagnóstico de dicha patología.

I. MARCO TEORICO

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 la inflamación de la tráquea y de las vías respiratorias que se ramifican a partir de ella (bronquios) causada por una infección. (Manuales MSD, 2020)
- ✓ **BRONQUITIS CRÓNICA:** La bronquitis crónica es la inflamación e irritación de los conductos bronquiales, las vías respiratorias que llevan oxígeno a los alvéolos en sus pulmones. Esta irritación causa acumulación de mucosidad. Los mocos y la irritación de los conductos hacen que sea más difícil para sus pulmones inhalar oxígeno y exhalar dióxido de carbono. (Medlineplus, 2021)

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.

ETIOLOGÍA

El 90 % de los casos de bronquitis aguda tiene una causa no bacteriana. Solo se identifica el patógeno causante entre un 16-40% de los casos. Los virus suelen ser la causa habitual, destacando entre ellos el virus Influenza A y B, pero también podemos identificar: Parainfluenza, Coronavirus, Rinovirus, virus respiratorio sincitial (VRS) y Metapneumovirus, estando influenciado por el carácter epidémico y la estación del año. En una minoría de los sujetos se identifican bacterias como responsables de la infección. Las bacterias atípicas

ocupan un papel importante en el origen de las bronquitis agudas, destacando entre ellas Bordetella pertussis, Mycoplasma pneumoniae y Chlamydia pneumoniae. (A. Martínez Meñaca, 2014)

PATOGENESIS

La bronquitis aguda es principalmente una enfermedad autolimitada y rara vez causa la muerte. En general, la infección de la tráquea y bronquios causan hiperemia y membranas mucosas edematosas con un aumento de secreciones bronquiales. La destrucción de epitelio respiratorio puede variar de leve a extenso y puede afectar la función mucociliar bronquial. Las evaluaciones epidemiológicas apoyan la creencia que infecciones respiratorias recurrentes agudas pueden estar asociadas con la hiperreactividad de las vías respiratorias y posiblemente la patogénesis de asma o la EPOC. (Sociedad Española De Farmacia Hospitalaria , 2014)

CLASIFICACIÓN DE BRONQUITIS AGUDA

- ✓ **BRONQUITIS AGUDA CATARRAL MUCOPURULENTO:** 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. (Mato, 2020)
- ✓ **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. (Mato, 2020)

- ✓ **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. (Mato, 2020)
- ✓ **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. (Mato, 2020)

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para el desarrollo de bronquitis aguda son los siguientes.

- ✓ **EL HUMO DEL CIGARRILLO.** Las personas que fuman o que viven con un fumador tienen un mayor riesgo de contraer tanto bronquitis aguda como crónica. (Mayo Clinic, 2017)
- ✓ **BAJA RESISTENCIA.** Puede ser resultado de otra enfermedad aguda, como un resfrío, o de un trastorno crónico que compromete tu sistema inmunitario. Los adultos mayores, los bebés y los niños pequeños son más vulnerables a la infección. (Mayo Clinic, 2017)
- ✓ **EXPOSICIÓN A AGENTES IRRITANTES EN EL LUGAR DE TRABAJO.** El riesgo de contraer bronquitis es mayor si trabajas cerca de ciertos irritantes pulmonares, como granos o textiles, o si estás expuesto a gases de sustancias químicas. (Mayo Clinic, 2017)
- ✓ **REFLUJO GÁSTRICO.** Los episodios recurrentes de ardor de estómago grave pueden irritar la garganta y hacer que seas más propenso a contraer bronquitis. (Mayo Clinic, 2017)

GENERALIDADES

Las características clínicas de la bronquitis aguda se desarrollan en etapas, 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, osteomalacias y malestar general. Durante este período, estas manifestaciones son clínicamente indistinguibles de otras infecciones respiratorias agudas. (Mato, 2020)
- ✓ **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. (Mato, 2020)

CUADRO CLÍNICO

El cuadro clínico de la bronquitis aguda se caracteriza por

- ✓ Compromiso moderado de vías aéreas superiores en los primeros días de la enfermedad
- ✓ Tos aguda, definida como tos que persiste menos de 3 semanas. La tos empeora a medida que la enfermedad progresa y persiste más allá del cuadro de inflamación aguda. En algunos casos la tos puede prolongarse durante más de 3 semanas.
- ✓ La tos es productiva en aproximadamente el 50% de los pacientes.
- ✓ El esputo purulento no es un buen predictor de infección bacteriana pulmonar. Se presenta en el 48% de los pacientes con bronquitis aguda sin neumonía.
- ✓ El cuadro puede o no estar acompañado de fiebre de menos de 3 días de duración.
- ✓ En el examen físico: ausencia de semiología de condensación pulmonar. Habitualmente el examen es normal, aunque en algunos pacientes pueden auscultarse sibilancias y roncus. (Gustavo Lopardo et al, 2013)

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

- ✓ **RADIOGRAFÍA DE TÓRAX:** Una radiografía torácica puede ayudar a determinar si tienes neumonía u otra enfermedad que podría explicar la tos. Esto tiene especial importancia si actualmente eres fumador o alguna vez lo fuiste. (Mayo Clinic, 2017)
- ✓ **EXAMEN DE ESPUTO:** El esputo es la mucosidad que escupes desde los pulmones al toser. Se puede analizar para determinar si padeces enfermedades que podrían tratarse con antibióticos. El esputo también puede analizarse para detectar signos de alergias. (Mayo Clinic, 2017)
- ✓ **PRUEBA DE LA FUNCIÓN PULMONAR:** Durante una prueba de la función pulmonar, soplas en un dispositivo denominado espirómetro, que mide la cantidad de aire que los pulmones pueden retener y la rapidez con la que puedes expulsar el aire de los pulmones. Esta prueba detecta signos de asma o enfisema. (Mayo Clinic, 2017)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Las patologías más habituales por las que debemos realizar un diagnóstico diferencial son la neumonía y el asma. En la neumonía suele haber signos graves, como fiebre alta, dificultad para respirar, taquicardia, etc., que pueden estar relacionados con el dolor característico de la pleuresía.

Durante la exploración física solemos encontrar crepitaciones e incluso hipoventilación. La radiografía de tórax muestra coagulación parenquimatosa, clave para el diagnóstico de neumonía. Otra patología de la que debemos realizar un diagnóstico diferencial es el asma. Es difícil hacer un diagnóstico diferencial en la fase aguda, pero los pacientes con asma suelen tener antecedentes de enfermedad respiratoria y pueden presentar síntomas atópicos, que suelen ser más frecuentes por la noche y se desencadenan después del ejercicio. (A. Martínez Meñaca, 2014)

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, trimetoprima/sulfametoxazol. (A. Martínez Meñaca, 2014)
- ✓ **ANTIVÍRICOS:** En los casos de bronquitis aguda en los que se identifique virus Influenzae A o B como responsable de la clínica se puede iniciar un tratamiento con oseltamivir o zanamivir, los cuales reducen la duración de la clínica. (A. Martínez Meñaca, 2014)
- ✓ **AGONISTAS BETA 2:** El uso de adrenérgicos beta 2 inhalados puede ser beneficioso en un subgrupo de paciente en los que se observa una limitación crónica al flujo aéreo y sibilancias. No se recomienda su uso de forma sistemática en las bronquitis agudas. (A. Martínez Meñaca, 2014)
- ✓ **ANTITUSÍGENOS:** El uso de fármacos antitusígenos como son la codeína o dextrometorfano, entre otros, es útil como tratamiento sintomático a corto plazo para aliviar la tos en el paciente con bronquitis crónica. (A. Martínez Meñaca, 2014)

PRONOSTICO

El pronóstico de la bronquitis aguda es bueno, y lo usual es la resolución sin secuelas en un periodo de 7-10 días, aunque la tos puede durar hasta un mes. La mortalidad es rarísima y está condicionada básicamente por morbilidad asociada y complicaciones.

1.1. JUSTIFICACIÓN

La bronquitis aguda Es la hinchazón e inflamación de las principales vías respiratorias que llevan el aire a los pulmones. Esta hinchazón estrecha las vías respiratorias, lo que dificulta la respiración. El presente estudio en un caso clínico se estableció en un paciente de sexo masculino de 9 años de edad el cual es diagnosticado con bronquitis aguda.

El ministerio de salud pública del ecuador “MSP” reporta de 56 a 75 casos de bronquitis aguda por 1000 habitantes al año. La bronquitis aguda afecta en su gran mayoría a pacientes pediátricos, personas inmunodeprimidas y adultos mayores.

Las técnicas de terapia respiratoria que se emplean en pacientes con bronquitis aguda tienen como finalidad despejar las vías respiratorias sin causar lesiones y prevenir complicaciones. Además, que estas tecinas como la administración de oxigeno y las nebulizaciones se complementan con el tratamiento farmacológico que se administra en pacientes con bronquitis aguda.

Justificamos la realización de este estudio establecido en un paciente masculino de 9 años de edad con diagnostico de bronquitis aguda, puesto que esta enfermedad es una de los principales motivos de consulta en los diferentes hospitales y centros de salud de todo el ecuador.

Mediante este caso clínico se dará a conocer todo lo referente a esta enfermedad y a su vez la importante labor que desempeña el profesional en terapia respiratoria puesto que mediante las tecinas que se emplean en pacientes con diagnóstico de bronquitis aguda son de gran ayuda en la recuperación del cuadro clínico que estos pacientes presentan.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

- Establecer las técnicas de terapia respiratoria adecuadas en el paciente masculino de 9 años de edad con diagnóstico de bronquitis aguda.

1.2.2 OBJETIVO ESPECIFICO

- Identificar los signos y síntomas que refiere el paciente masculino de 9 años de edad con diagnóstico de bronquitis aguda.
- Determinar el tratamiento farmacológico y las técnicas adecuadas de terapia respiratoria en el paciente masculino de 9 años de edad con bronquitis aguda.
- Realizar el seguimiento del tratamiento farmacológico y las técnicas de terapia respiratoria aplicadas en el paciente con diagnóstico de bronquitis aguda.

1.3. DATOS GENERALES

NOMBRES: D.F

EDAD: 9 años

SEXO: Masculino

NACIONALIDAD: ecuatoriano.

FECHA DE NACIMIENTO: 21/09/2012

LUGAR DE RESIDENCIA: Quevedo

ESTADO CIVIL: Soltero.

NIVEL DE ESTUDIOS: Cursando educación primaria

RAZA: Mestizo

PESO: 28kg.

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.

Paciente de sexo masculino con 9 años de edad quien acude junto a sus padres al área de emergencia del “Hospital General IESS Babahoyo”, al momento de la consulta presenta alza térmica no cuantificada, tos de 5 días de evolución, además refiere tener dificultad para respirar (Disnea) desde hace 8 horas.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

No refiere.

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 de sexo masculino de 9 años de edad orientado en tiempo y espacio quien acude al área de emergencia del “Hospital General IESS Babahoyo” acompañado de sus padres, al momento de la consulta refiere presentar los siguientes síntomas alza térmica no cuantificada, acompañado de tos de 5 días de evolución, además refiere tener dificultad para respirar desde hace 8 horas.

2.3. EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)

Cabeza: Normocéfalo.

Cuello: No adenopatías.

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

Pulmones: Al realizar la auscultación presenta roncus en hilios pulmonares

Abdomen: blando depresible no doloroso

Pelvis: sin novedad.

Una vez que se realizó la toma de signos vitales se obtuvo los siguientes resultados.

FRECUENCIA CARDIACA	76 LPM
FRECUENCIA RESPIRATORIA	26 RPM
PRESIÓN ARTERIAL	107/59mmHg
TEMPERATURA	38.7°C
SATURACIÓN DE OXIGENO	91%
ESCALA DE GLASGOW	15/15

2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

EXAMEN	RESULTADOS	VALOR REFERENCIAL
HEMOGLOBINA	12.5 g/dl	11.00 – 16.00
GLÓBULOS BLANCOS	15. 911 k/ul	6.00 – 12.00
HEMATOCRITO	38.8%	37.00 – 54.00
PLAQUETAS	360.000 ul	150.00 – 400.00
GLUCOSA	76 mg/dl	60.00 - 100
UREA	23 mg/dl	19.26 – 49.22
CREATININA	0.6 mg/dl	0.30 – 0.70

Elaborado por: Moisés Rodríguez R.

Fuente: Paciente

2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

2.5.1. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

Asma bronquial.

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 masculino de 9 años de edad 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 y el cambio brusco del clima, por lo que se cree que estos factores antes mencionados fueron los causantes de la bronquitis aguda en el paciente.

Una vez ya establecido el diagnóstico definitivo en el paciente masculino de 6 años de edad se procederá a pautar un tratamiento farmacológico y técnicas de terapia de respiratoria las cuales ayudaran a mejorar el cuadro clínico que presenta el paciente.

CONDUCTA A SEGUIR

- ✓ Paracetamol 160mg/5ml 2 cucharada 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 a nivel local ya que es una 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 la oportuna intervención del terapeuta respiratorio con las técnicas empleadas como la administración de oxígeno y las nebulizaciones van a mejorar el estado de salud del paciente.

2.8. SEGUIMIENTO

Día 1

Paciente masculino de 9 años de edad con diagnóstico de bronquitis aguda. En él se le administró al paciente el siguiente tratamiento: paracetamol 160mg/5ml 2 cucharadas cada 6 horas para controlar su cuadro febril, el terapeuta respiratorio le administró oxígeno mediante mascarilla simple a 5 litros por minuto.

Día 2

Al paciente se le prescribe otros fármacos adicionales al tratamiento antes pautado: ambroxol 4mg/5ml 1 cucharada vía oral cada 8 horas por 7 días, también se le dará amoxicilina en jarabe de 250mg 1 cucharada cada 8 horas por 7 días. Se continuará administrando oxígeno.

Día 3

Paciente respondiendo de manera favorable al tratamiento pautado al día 3 el terapeuta respiratorio le realizó nebulizaciones con 4cc de cloruro de sodio más 10 gotas de salbutamol cada 6 horas.

Día 4

Paciente hemodinámicamente estable, orientado en tiempo y espacio se procede a realizar una nueva valoración donde se observó una mejoría en su cuadro clínico por lo que se procede a darle de alta. Además, el médico

tratante le prescribe un tratamiento farmacológico para continuar con su mejoría.

2.9. OBSERVACIONES

Se comunica a los padres del paciente el diagnóstico definitivo el cual fue de una bronquitis aguda además se le informó de los procedimientos a realizar en el para mejorar el estado de salud en el que se encontraba al momento de la consulta.

Mediante este caso clínico establecido en un paciente masculino de 9 años de edad se pudo observar la importante intervención del terapeuta respiratorio en pacientes con esta enfermedad puesto que mediante la oxigenoterapia y las nebulizaciones ayudan a mejorar el cuadro clínico de pacientes con diagnóstico de bronquitis aguda.

Esta patología se debe diagnosticar de manera correcta en pacientes pediátricos ya que así se administrará de manera inmediata un tratamiento farmacológico y se evitará complicaciones en el estado de salud de estos pacientes.

CONCLUSIONES

Los principales signos y síntomas que se dan en pacientes con bronquitis aguda son la fiebre, la tos con expectoración, la dificultad respiratoria y opresión a nivel del tórax, es por esto que se debe realizar una buena valoración en pacientes que presenten estos síntomas para así llegar a un correcto diagnóstico.

Los fármacos que se emplean en pacientes con bronquitis aguda son los antibióticos, antiinflamatorios y estos a su vez se complementan con las técnicas de terapia respiratoria como las nebulizaciones y la oxigenoterapia.

Mediante el seguimiento y monitoreo se llega a la conclusión de la importante intervención que desempeña el profesional en terapia respiratoria en paciente con diagnóstico de bronquitis aguda.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A. Martínez Meñaca, R. A. (2014). Protocolo diagnóstico y tratamiento empírico. 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 Edición. Elsevier.

Adolfo Enrique Díaz Duque. (2008). Bronquitis aguda diagnóstico y manejo en la práctica clínica. Universitas Medicas, 68-76.

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.)

Gustavo Lopardo et al. (2013). CONSENSO INTERSOCIEDADES PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS BRONQUITIS AGUDA Y ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA. Medicina Buenos Aires, 163-173.

Josefa J. Valdivieso, M. B. (27 de 01 de 2017). Medfinis. Obtenido de <https://www.medfinis.cl/img/manuales/bronquitis.pdf>

Manuales MSD. (12 de 07 de 2020). Manual MSD versión para público general. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-del-pulm%C3%B3n-y-las-v%C3%ADas-respiratorias/bronquitis-aguda/bronquitis-aguda>

Mato, F. (2020). PACIENTE PEDIÁTRICO CON BRONQUITIS AGUDA DE SEXO MASCULINO DE 10 AÑOS DE EDAD. Tesis de Licenciatura.

Universidad Técnica De Babahoyo, Babahoyo. Obtenido de <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8743/E-UTB-FCS-TERRE-000079.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Mayo Clinic. (11 de 04 de 2017). Mayo Clinic. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bronchitis/symptoms-causes/syc-20355566>

Medlineplus. (06 de 05 de 2021). MedlinePlus Información De Salud Para Usted. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/chronicbronchitis.html>

Sociedad Española De Farmacia Hospitalaria. (21 de 07 de 2014). Formación 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

ANEXOS

