



**UNIVERSIDAD TECNICA 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  
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN TERAPIA RESPIRATORIA**

**TÍTULO PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO:**

**“INTERVENCION DE TERAPISTA RESPIRATORIO EN PACIENTE  
MASCULINO DE 35 AÑOS CON BRONQUITIS AGUDA”**

**AUTORA:**

TANYA MELISSA ESCOBAR VERA.

**TUTOR:**

Dr. FERNANDEZ MARTINEZ ROGELIO

**BABAHOYO-LOS RÍOS- ECUADOR**

**2022**

## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTO .....	4
TEMA DEL CASO CLINICO:.....	5
RESUMEN .....	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCIÓN .....	8
I. MARCO TEORICO .....	9
1.1. JUSTIFICACION .....	15
1.2. OBJETIVOS .....	16
1.2.1 Objetivo general .....	16
1.2.2 Objetivos específicos.....	16
1.3. DATOS GENERALES.....	17
I.I. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO .....	¡Error! Marcador no definido.18
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes historial clínico del paciente.....	18
2.2. Principales datos clínico que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	20
2.3. Examen físico (exploración clínica).....	¡Error! Marcador no definido.21
2.4. Información de exámenes complementarios realizados.¡Error! Marcador no definido.21	
2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo. ¡Error! Marcador no definido.22	
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realiza. ...¡Error! Marcador no definido.22	
2.7. Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud considerando valores normales .....	23
2.8. Seguimientos.....	23

<b>2.9. Observaciones.....</b>	<b>26</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>27</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>..28</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.31</b>

## **DEDICATORIA**

Dedico con todo mi corazón este proyecto en primer lugar a Dios por haberme aportado inteligencia, actitud, perseverancia y su bendición a diario para realizar este proyecto, a mis padres por haberme apoyado y creer en mi a lo largo de mi vida por protegerme y llevarme por el camino del bien.

A mis hermanos por acompañarme en el transcurso de mi carrera motivándome a diario para continuar preparándome.

En ofrenda les dedico a mis seres queridos mi trabajo por su paciencia y amor incondicional los amo con todo mi corazón.

**TANYA MELISSA ESCOBAR VERA**

## **AGRADECIMIENTO**

Le agradezco a Dios Por haberme permitido llegar hasta este punto de mi vida y por darme salud y sabiduría para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor. A mis padres por haberme dado su amor, apoyo incondicional, y económico a mis hermanos que gracias a ellos he llegado a ser una persona de bien, con sus consejos y ejemplos de perseverancia me motivaron a seguir luchando para continuar con mi carrera, y en especial gracias a su apoyo incondicional en el transcurso de mi vida y preparación académica.

A mis docentes por haber compartido su conocimiento y enseñanza durante estos años de mi carrera.

**TANYA MELISSA ESCOBAR VERA**

**TÍTULO PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO:**  
“INTERVENCION DE TERAPISTA RESPIRATORIO EN PACIENTE  
MASCULINO DE 35 AÑOS CON BRONQUITIS AGUDA”

## RESUMEN

El presente estudio de caso clínico se realizó con un paciente de 35 años el cual acude al área de emergencia presentando de saturación taquicardia, taquipneico con disnea, donde es ingresado al área de reanimación.

La bronquitis aguda es una inflamación del revestimiento de los bronquios que son los 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.

Los síntomas que presentaba el pacientes fueron: cianosis, disnea (dificulta respiratoria), tos por más de 15 días de evolución, fiebre moderada.

El objetivo de este trabajo fue aplicar técnicas de terapia respiratoria al paciente de 35 años con bronquitis aguda que ingresa con los siguientes signos vitales: FC: 110 lpm – FR: 25 rpm – T: 39°C SAT.O2: 90% Se instaura vía periférica para administrar medicamentos y plan de hidratación y se inicia oxigenoterapia de bajo flujo con cánula nasal simple a 4 litros.

También se administra solución salina al 0.9% como plan de hidratación, paracetamol para disminuir la temperatura y oxigenoterapia para mejorar la hipoxemia.

Mediante los exámenes más certeros para detectar la bronquitis aguda en estos pacientes fue examen de diagnóstico, rx y esputo, examen físico auscultación, leve movilización de secreciones a nivel hilar.

En conclusión el tratamiento más efectivo para esta enfermedad en estos pacientes es guardar reposo y beber abundante líquido y seguir el tratamiento indicado por el médico tratante.

**Palabras Claves:** Bronquitis aguda, insuficiencia respiratoria, tratamiento, exámenes complementarios.

## ABSTRACT

The present clinical case study was carried out with a 35-year-old patient who went to the emergency area presenting tachycardia saturation, tachypneic with dyspnea, where he was admitted to the resuscitation area.

Acute bronchitis is an inflammation of the lining of the bronchial tubes, which carry air in and out of the lungs. People who have bronchitis often cough up thick and possibly discolored mucus. Bronchitis can be acute or chronic.

The symptoms presented by the patients were: cyanosis, dyspnea (respiratory difficulty), cough for more than 15 days of evolution, moderate fever.

The objective of this work was to apply respiratory therapy techniques to a 35-year-old patient with acute bronchitis who was admitted with the following vital signs: HR: 110 bpm – FR: 25 rpm – T: 39°C SAT.O2: 90% Peripheral via was established to administer medications and a hydration plan, and low-flow oxygen therapy with a simple 4-liter nasal cannula was started.

0.9% saline solution is also administered as a hydration plan, paracetamol to reduce temperature, and oxygen therapy to improve hypoxemia.

The most accurate tests to detect acute bronchitis in these patients were diagnostic tests, x-ray and sputum, physical examination, auscultation, slight mobilization of secretions at the hilar level.

In conclusion, the most effective treatment for this disease in these patients is to rest and drink plenty of fluids and follow the treatment indicated by the treating physician.

**Keywords:** Acute bronchitis, respiratory failure, treatment, complementary tests.



## INTRODUCCIÓN

La bronquitis es la congestión de los canales bronquiales, las vías respiratorias que llevan oxígeno a sus pulmones. Esta se acompaña de una tos que en forma habitual presentando mucosidad. También causa problema para respirar, jadeo y opresión en el pecho. Coexisten dos tipos de bronquitis: aguda y crónica. Algunos de los casos de bronquitis aguda mejora en un par de días, pero la tos puede persistir varias semanas después de haberse mejorado la infección. (Caamaño & Sabio Reyes, pág. 19, 2008).

El presente estudio de caso clínico está orientado a un paciente masculino de 35 años de edad con bronquitis aguda que representa una inflamación del árbol traqueo bronquial que dificulta al paciente que tenga una buena oxigenación en sus síntomas son dificultad respiratoria, fiebre y tos por más de 15 días de evolución y en el examen físico en la auscultación se encuentra campo pulmonares con roncus diseminados, leve movilización de secreciones a nivel para hilar.

En pacientes con bronquitis aguda se recomienda un seguimiento como exámenes; Rx estándar de tórax, BHC, Glicemia, Urea, Creatinina, Gasometría arterial, Glucosa etc.

El tratamiento que se debe utilizar en este paciente con bronquitis aguda es antibióticos, broncodilatadores, antitusígenos, mucolíticos y oxígeno terapia de bajo flujo.

Para que el paciente tenga una buena mejoría tendrá que seguir el tratamiento como es prescrito también para que mejore y no se vuelva a repetir la bronquitis aguda se debe tener una buena higiene bucal.

## 1. MARCO TEÓRICO

### BRONQUITIS AGUDA

- La bronquitis aguda es una inflamación del revestimiento de los bronquios que son los 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.
- La bronquitis aguda es muy frecuente y, a menudo, se produce a partir de un resfrío u otra infección respiratoria. La bronquitis aguda es una irritación o inflamación continua del revestimiento de los bronquios, en general, por fumar.
- La bronquitis aguda, también conocida como «resfrío», suele mejorar a la semana o a los diez días sin efectos duraderos, aunque la tos puede permanecer durante semanas. (Mayo Clinic, 2017).

### Fisiopatología

La bronquitis aguda se puede dividir en dos fases:

1. Inoculación directa del epitelio tráqueo bronquial por un virus o por un agente físico-químico, polvo o alérgeno, que lleva a la liberación de citoquinas y células inflamatorias. Esta fase se caracteriza por fiebre, malestar general y dolor osteoarticular. Su duración es de uno a cinco días, según el germen causal.

2. Hipersensibilidad del árbol traqueo-bronquial. La manifestación principal es la tos, acompañada o no de flemas y sibilancias. La duración usual es de tres días, pero depende de la integridad del árbol-traqueo bronquial y de la hipersensibilidad propia de cada individuo. El volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF1seg) disminuye transitoriamente. La infección bacteriana, por lo general, es producto de una infección viral previa. (Contreras, Fisiopatología, 2007)

Disminución de la distensibilidad pulmonar, por lo tanto determina que la capacidad vital del pulmón sea menor.

La curva que se genera es parecida a la normal pero más pequeña, ya que son las capacidades y los volúmenes los que se alteran. (León J. , 2009)

## **Epidemiología**

Es uno de los nueve diagnósticos más comunes en Atención Primaria en Estados Unidos, siendo la tos el motivo más frecuente de consulta. Su incidencia oscila entre 35-45 casos por 1.000 habitantes al año; dada su etiología principalmente viral aparece sobre todo en invierno y la frecuencia aumenta con la edad. Aproximadamente 5% de los adultos presenta un episodio durante el año y más del 90% de estos acude a atención médica. (ALBI S, 2010)

El 5% de los norteamericanos presenta un episodio de bronquitis por año, y más de 90% de las personas afectadas reciben atención médica, lo que representa más de 10.000.000 de visitas anuales. La incidencia aproximada es de 4 por 1000 habitantes, y la mayoría se desarrolla en personas sanas, con un costo anual aproximado de 300 millones de dólares. La presente guía está enfocada a los pacientes que no tienen comorbilidad (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca o inmunosupresión). En nuestro país no se dispone de estadísticas confiables sobre esta entidad. (Contreras, Epidemiología, 2007)

## **ETIOLOGÍA**

Los microorganismos causantes de bronquitis aguda son:

### **Bronquitis aguda**

- Virus: 85-90% (Influenza B, Influenza A, Parainfluenza 3, Sincicial respiratorio, corona virus, adenovirus y rinovirus).
- *Mycoplasma pneumoniae*: 2,5%.
- *Chlamydia pneumoniae*: 2,5%.
- *Bordetella pertussis*: 2,5%.

No hay evidencia en personas sanas de que el *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* o *Moraxella catharralis* causen bronquitis aguda, aunque podrían ocasionar sobreinfección posterior a una infección viral. (Contreras, Etiología, 2007)

Como ya se describió, la Bronquitis aguda, puede darse por un agente infeccioso o no infeccioso, sin embargo, la mayoría de estudios concluyen que es causada por los mismos agentes que circulan estacionaria o climáticamente. El agente etiológico más frecuente es de origen viral, principalmente virus de Influenza B, influenza A, para influenza y adenovirus. (ALBI S, 2010)

### **Clasificación**

Según su duración y etiología, se distingue entre bronquitis aguda, de corta duración, y bronquitis crónica, de larga duración. (T. Hansel and Peter J, 2005)

### **Cuadro clínico**

Los exámenes de laboratorio señalan un recuento normal o ligeramente elevado de glóbulos blancos, sin neutro filia. La radiografía de tórax es normal: su característica es tos persistente, seca y dolorosa, esputo mucoso, antecedentes de infecciones de las vías respiratorias superiores su duración es de 1-2 semanas usualmente viral.

- **SIGNOS Y SÍNTOMAS.-.**
- Cosquilleo en la parte posterior de la garganta (que lleva a que se presente dolor).
- Dolor en el pecho y sensación de opresión en el tórax.
- Sueño deficiente.
- Escalofríos (poco comunes). (De Ocari, 2015)
- Tos
- obstrucción nasal (Nariz tapada)
- Catarro
- Dolor y enrojecimiento de la garganta
- Ronquera
- Respiración rápida o difícil.
- Cianosis (Piel morada)
- Aleteo nasal (movimiento de las ventanas de la nariz).
- Puede existir fiebre.
- Si no hay ninguno de estos signos o síntomas, es poco probable que sea infección respiratoria. aguda. ( Davids S, 2014)

## **Causas, incidencia y factores de riesgo**

La bronquitis aguda es una de las afecciones más comunes que se ven en las consultas médicas y es causada principalmente por un virus que infecta al sistema respiratorio. Existen muchos virus respiratorios diferentes que pueden hacer esto, incluyendo el rinovirus, que causa el resfriado común

La persona está en mayor riesgo de desarrollar bronquitis si ha padecido una enfermedad o una infección respiratoria reciente (lo que reduce su capacidad para combatir infecciones), o si tiene problemas pulmonares crónicos como asma, quística o enfermedad pulmonar restrictivas. Igualmente, el riesgo de bronquitis es mayor si la persona fuma. (Knutson D, 2002)

## **Tratamiento inicial**

Los antibióticos no deben ser utilizados rutinariamente en el manejo de la bronquitis aguda, aunque son muchos los médicos que los prescriben, realmente en forma empírica e inadecuada.

El manejo es sintomático con las siguientes medidas:

- Aumentar la ingesta de líquidos orales.
- Analgésicos, según necesidad en el control del malestar general.
- Suspender el cigarrillo.
- Antitusivos (destrometorfán o codeína).

Según el cuadro clínico, se podrían añadir

Bronco dilatadores B2 de corta acción (salbutamol o albuterol). (Rubén Contreras, 2007)

## **Evaluación y exámenes complementarios**

Las pruebas microbiológicas deben reservarse para casos específicos sobre la base de sospecha clínica atípica, ya que habitualmente sólo muestran crecimiento de microbiota normal. Estudios clásicos demuestran que la práctica de cultivo de secreción nasofaríngea, serología viral y cultivo de esputo no identifican ningún patógeno en más del 66% de los casos. Los estudios de función respiratoria no son necesarios para el diagnóstico de bronquitis aguda. (ALBI S, 2010)

## **Manejo y tratamiento**

El objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas. En la mayoría de casos de pacientes sanos, sin patología de base, ni síntomas generales, es suficiente el tratamiento sintomático con antitérmicos, antitusígenos o mucolíticos y ocasionalmente broncodilatadores (sólo en presencia de broncoespasmo). En pacientes fumadores es imprescindible la suspensión del cigarrillo. (ALBI S, 2010)

### **Tratamiento sintomático**

El uso de beta 2 adrenérgicos, en contraste con los antibióticos, ha demostrado beneficio consistente, particularmente disminuyendo la duración y la intensidad de la tos. No hay evidencia disponible para sustentar el uso de anticolinérgicos o esteroides inhalados. Los mucolíticos están indicados cuando la tos es persistente, los mucolíticos junto con los broncodilatadores, son los únicos tratamientos demostrados efectivos en pacientes con tos de distinto origen. A pesar de esto, la utilidad clínica es cuestionable por no considerar los distintos orígenes de la tos. (ALBI S, 2010).

### **Enfermedades relacionadas**

La inflamación de las vías aéreas menores, los bronquiolos, se denominan bronquiolitis, y es una infección viral muy común en niños pequeños. En un 5% de los casos, la bronquiolitis puede estar producida por bacterias.

### **Medidas preventivas y recomendaciones**

Aunque la inmunización contra la influenza no es recomendada en toda la población, debería tenerse en cuenta para los individuos con factores de riesgo. La disminución del contagio del virus con medidas básicas como el lavado de manos, el uso de tapabocas, evitar el contacto con personas enfermas. Evitar los cambios bruscos de temperatura y la contaminación ambiental. Aumentar la ingesta de líquidos orales. (ALBI S, 2010)

### **Derivación al especialista**

La Bronquitis Aguda no requiere referencia, sólo en casos de complicación con neumonía. Criterios de derivación hospitalaria: Duración de los síntomas más de dos semanas, presencia de insuficiencia respiratoria, expectoración con sangre. (ALBI S, 2010)

**Pronóstico**

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. (Rubén Contreras M. , 2007)

## **1.1 Justificación**

En presente caso clínico que se estudió de la asociación de la bronquitis aguda, queremos dar a conocer que, por medio de este podemos implementar un tratamiento para mejorar un poco la calidad de vida del paciente ya que padece esta enfermedad obstructiva aguda con, esto prevenimos las infecciones respiratorias.

Se realizó los correctos exámenes al pacientes con bronquitis aguda se recomienda un seguimiento como exámenes; Rx estándar de tórax, BHC, Glicemia, Urea, Creatinina, Gasometría arterial, Glucosa etc.

El tratamiento que se debe utilizar en este paciente con bronquitis aguda es antibióticos, broncodilatadores, antitusígenos, mucolíticos y oxigenoterapia de bajo flujo.

Con el objetivo de lograr identificar el agente causal que estaba empeorando el cuadro clínico del paciente, de esta forma iniciar el correcto tratamiento, conforme a los síntomas y signos que presento el paciente.

Como parte del personal de salud quiero contribuir a la orientación sobre los factores que influyen al alto índice de infecciones respiratorias agudas.



## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo general**

- Identificar el tratamiento inhalatorio adecuado en paciente masculino de 35 años de edad con bronquitis aguda.

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

- Describir las complicaciones respiratorias en paciente masculino de 35 años de edad con bronquitis aguda.
- Detallar el tratamiento inhalatorio del paciente masculino de 35 años de edad con bronquitis aguda para reducir el incremento de la infección respiratoria.

### **1.3 Datos generales**

**Nombre:** J.C.

**Edad:** 35 años

**Sexo:** Masculino

**Estado civil:** SOLTERO

**Hijos:** 1

**Profesión:** Agricultor

**Nivel socio/cultural:** clase media

**Lugar donde vive:** Cantón ventanas –Los Ríos

**Antecedentes patológicos personales:** Bronquitis aguda

**Antecedentes patológicos familiares:** Madre Diabética

**Antecedentes patológicos familiares:** Padre hipertenso

**Antecedentes quirúrgicos:** Ninguno

**Alergias:** No refiere

**Hábitos:** Ninguno

**Etnia:** Mestizo

**Peso:** 89 kg

**Talla:** 1,74 cm

## Capítulo II

### II METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

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

Paciente masculino de 35 años de edad con diagnóstico de bronquitis aguda (es la inflamación del árbol traqueo bronquial que dificulta al paciente que tenga una buena oxigenación) que acude a la emergencia con síntomas de dificultad respiratoria, tos de más de 18 días de evolución, alza térmica no cuantificada.

##### **Historial clínico del paciente.**

Motivo de consulta: dificultad respiratoria, tos de más de 18 días de evolución, alza térmica no cuantificada

**Antecedentes patológicos personales:** Bronquitis Aguda

**Antecedentes patológicos familiares:** Madre Diabética

**Antecedentes patológicos familiares:** Padre hipertenso

**Antecedentes quirúrgicos:** Ninguno

**Alergias:** No refiere

**Hábitos:** Ninguno

**Etnia:** Mestizo

**Peso:** 89 kg

**Talla:** 1,74 cm

## Examen físico

Frecuencia Cardíaca (FC)	77X min
Frecuencia Respiratoria (FC)	18xmin
Tensión Arterial (TA)	100/60
Temperatura (T)	39°C
Saturación de oxígeno (SAT.O2)	87%
Glasgow	14/15

**Estado nutricional:** Norma línea

**Cabeza:** normo céfalo

Orientado, activo, responde a estímulos dolorosos, normo céfalo, ORF: humedades normales

**Cuello:** corto

No adenopatías

**Tórax:**

- **Forma:** normal
- **Tipo de respiración:** toraco-abdominal
- **Percusión:** normal
- **Palpación:** normal
- **Auscultación:** campo pulmonares con roncosp diseminados, leve movilización de secreciones a nivel hilar

**Exámenes complementarios:** Rx Estándar De Tórax, BHC, Glicemia, Urea, Creatinina, Gasometría Arterial, Glucosa, Electrolitos, Albumina, Globulina Calcio

Diagnóstico: Bronquitis Aguda

**Tratamiento coadyuvante:**

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Dosis diaria para el paciente</b>	<b>Horario de la ingesta del medicamento</b>	<b>Duración del tratamiento</b>
Azitromicina de 500mg	1 tableta diaria	9AM	5 -7 Días
Amoxicilina de 1gr	1 tableta c/12horas	8AM-8PM	5-7Días
Prednisona de 20mg	1 tableta diaria	7AM	5 Días
Amikacina de 1gr	1 ampolla intramuscular	7PM	3 Días
Abrilar de 120ml	1 cucharada cada 8/h	7AM /7PM	7 a 14 Dias
Atrovent de 20 ml Terapia respiratoria	1 Terapia c/8h	8AM/4PM	3 a 5 Dias

**2.2 principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (Anamnesis)****Nombre:** J. C.**Edad:** 35 años**Sexo:** Masculino**Estado civil:** SOLTERO**Hijos:** 1**Profesión:** Agricultor**Nivel socio/cultural:** clase media**Lugar donde vive:** Cantón Ventanas – Los Ríos

**Antecedentes patológicos personales:** Bronquitis aguda

**Antecedentes patológicos familiares:** Madre Diabética

**Antecedentes patológicos familiares:** Padre hipertenso

**Antecedentes quirúrgicos:** Ninguno

**Alergias:** No refiere

**Hábitos:** Ninguno

**Etnia:** Mestizo

**Peso:** 89 kg

**Talla:** 1,74 cm

### **Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema.**

ETIOLOGÍA; Como ya se describió, la Bronquitis Aguda, puede darse por un agente infeccioso o no infeccioso, sin embargo, la mayoría de estudios concluyen que es causada por los mismos agentes que circulan estacionaria o climáticamente. El agente etiológico más frecuente es de origen viral, principalmente virus de Influenza B, influenza A, para influenza y adenovirus.

### **2.3 Exploración físico (exploración clínica)**

Encontramos al paciente con coloración de piel de aspecto azulada, la auscultación campo pulmonar con roncocal diseminados, leve movilización de secreciones a nivel hilar. Constantes vitales: frecuencia cardiaca (FC): 77X` frecuencia respiratoria (FR): 18X` tensión arterial (TA): 100/60 temperatura (TC): 39°C saturación de oxígeno (SAT.O2):87% GLASGOW: 14/15.

### **2.4 Información de exámenes complementarios realizados**

- Se realizó una radiografía de tórax.
- Se realizó una recolección de examen de esputo.
- Se procedió a realizar una prueba de función pulmonar.
- Se procedió a realizar un electrocardiograma.

## **2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.**

**Diagnostico presuntivo:** EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva)

**Diagnóstico diferencial:** Neumonía adquirida en la comunidad.

**Diagnóstico definitivo:** Bronquitis Aguda.

## **2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.**

Esta patología se le origino al paciente por motivo de haber tenido un resfriado o una enfermedad seudogripal, por motivo de que sus defensas se encontraban bajas. Se dispone al terapeuta de turno que le suministre al paciente oxigeno 4 L/min mediante una cánula nasal simple para contrarrestar la dificultad respiratoria.

## **2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.**

Una vez observado y analizado cada uno de los valores encontrados en los respectivos previos análisis y las pruebas realizadas para determinar el diagnóstico definitivo , se pudo observar mediante el estándar de torax que los pulmones en dichos paciente se encontraban de la siguiente manera :

- Pulmones medios claros
- Trama vascular acentuada
- Estructuras ósea indemnes
- No neumonía
- No infiltración

Así como también al realizar el electrocardiograma se pudo diagnosticar:

Situs auricular, concordancia atrio ventricular y ventrículo arterial.

Válvulas auriculo ventriculares con aspecto, inserción, apertura y flujos normales.

## **2.8 Seguimiento.**

El seguimiento que se le realizó al paciente de 35 años de edad con la enfermedad de la bronquitis aguda fue la siguiente administrándole los distintos fármacos para su recuperación.

### **Día 1:**

Paciente masculino de 35 años acude al área de emergencia presentando desaturación taquicárdica, taquipneico con dificultad respiratoria moderada, donde es ingresado al área de reanimación,

Al llegar con los siguientes signos vitales: FC: 110 lpm – FR: 25 rpm – T: 39°C SAT.O2: 90% Se instaure vía periférica para administrar medicamentos y plan de hidratación y se inicia oxigenoterapia de bajo flujo con cánula nasal simple a 4 litros.

Se administra solución salina al 0.9% como plan de hidratación, paracetamol para disminuir la temperatura y oxigenoterapia para mejorar la hipoxemia.

Al estabilizar al paciente se procede a realizar exámenes complementarios para el diagnóstico, se realiza gasometría arterial, exámenes de laboratorio y RX portátil de tórax.

En la gasometría de evidencia una alcalosis respiratoria más hipoxemia

Ph: 7.46 - pco2: 29 - po2: 63 - hco3: 21 - sato2: 90%

A la auscultación, campos pulmonares con roncus

En la RX se visualiza aumento de la trama bronco vascular sin presencia de infiltraciones pulmonares.

### **Día 2:**

Paciente masculino de 35 años de edad, en el área de emergencia hemodinámicamente estable continua con soporte de oxígeno por medio de cánula simple que se ha progresado a 3 litros, es llevado al área de observación



para su posterior ingreso al área de hospitalización. Se realiza interconsulta para ser valorado por neumología.

Al momento de valoración por neumología con los siguientes signos vitales: Sato2: 97% - FR: 20 rpm - FC: 70 lpm - T: 36.5 C.

Permanece con plan de hidratación por vía periférica con cloruro de sodio al 0.9% y 500 gr de paracetamol cada 8 horas por vía oral.

A la auscultación permaneciendo con roncus en ambos campos pulmonares y disminución del murmullo vesicular por lo que se inicia inhaloterapia con 2 puff de bromuro de ipratropio cada 4 horas y 2 puff de salbutamol cada 6 horas.

Se realiza gasometría arterial: Ph: 7.40 - pco2: 36 - po2: 120 - hco3: 22 - sato2: 99% por lo que decide destetar progresivamente de oxigenoterapia.

Se procede dar paso a hospitalización.

### **Dia 3:**

Paciente masculino de 35 años de edad que ha provenido de emergencia con evolución favorable se encuentra en seguimiento por neumología y es ingresado en el área de hospitalización medicina interna con cánula de oxígeno a 2 litros por minuto, hemodinamicamente estable, sin alza térmica, con plan de hidratación y continuando inhaloterapia indicada anteriormente, más el jarabe abrilar de 120ml 1 cucharada cada 8 horas.

En progreso de destete de oxígeno con los siguientes signos vitales

Sato2: 98% - FR: 18 rpm - FC: 67 lpm - T: 36.4 C.

### **Dia 4:**

Paciente masculino de 35 años de edad que cursa el cuarto día de ingreso hospitalario, al momento se retira vía periférica con cánula de oxígeno a 1 litro por minuto, en seguimiento por neumología que indica iniciar con ejercicios respiratorios de espirometría incentiva con triflow más manipulación torácica, vibración mecánica y percusión. Tratamiento de inhalación con bromuro de ipratropio 2 puff cada 6 horas mas 2 puff de salbutamol cada 12 horas.

A la auscultación roncus apenas audibles, y aumento de murmullo vesicular.

Se procede a realizarle examen gasométrico para valoración de gases arteriales y posible destete de oxigenoterapia mostrando los siguientes parámetros.

Ph: 7.38 - pco<sub>2</sub>: 40 - po<sub>2</sub>: 110 - hco<sub>3</sub>: 22.5 - sato<sub>2</sub>: 99%

Con el presente resultado se procede a destete de oxígeno quedando al ambiente con los siguientes signos vitales: Sato<sub>2</sub>: 97% - FR: 19 rpm - FC: 65 lpm - T: 36.5 C.

#### **Día 5:**

Paciente masculino de 35 años de edad ingresado en el área de hospitalización sin soporte de oxígeno con buena tolerancia al ambiente, sin presencia de disnea, hemodinámicamente estable realizándose ejercicios respiratorios con tríflojo, manipulación torácica vibración mecánica y percusión sin mayor novedad, continuando con tratamiento de inhalación en disminución de dosis. Se realiza 2 puff de bromuro de ipratropio cada 12 horas y salbutamol se discontinúa.

Se realiza Rx de tórax donde se evidencia campos pulmonares limpios sin infiltraciones ni lesiones.

#### **Día 6:**

Paciente masculino de 35 años de edad en hospitalización de medicina interna sin soporte de oxígeno ni vías periféricas hemodinámicamente estable se discontinúa tratamiento de inhalación. Debido a su evolución favorable no existen criterios clínicos para permanecer hospitalizado por lo que se decide indicar el alta hospitalaria.

### **2.9 Observaciones.**

Durante los 14 días del tratamiento se pudo observar una evolución satisfactoria y eficaz, en el paciente la cual pudo recuperarse de una manera exitosa. Los síntomas que presentaba el paciente fueron: dificultad respiratoria, tos por más de 15 días de evolución, fiebre moderada.

Mediante los exámenes más certeros para detectar la bronquitis aguda en estos pacientes fue examen de diagnóstico, rx y esputo, examen físico auscultación, leve movilización de secreciones a nivel hilar.

## **CONCLUSIONES**

Al investigar este caso clínico logramos describir todo lo relacionado con la bronquitis aguda su fisiopatología, etiología, síntomas y factores de riesgo y el tratamiento adecuado que se debe realizar en estos pacientes.

La bronquitis aguda tiene muchas complicaciones ya que al no haber una buena ventilación intrapulmonar se puede ver afectado ambos pulmones tanto como por agentes de bacterias o virus en este caso se puede diagnosticar una bronquitis aguda que es la inflamación de los bronquios dando a si las manifestaciones clínicas de tos de más de 15 días de evolución.

El tratamiento más efectivo para esta enfermedad en estos pacientes es guardar reposo y beber abundante líquido y seguir el tratamiento indicado por el médico tratante.

## Bibliografía

Daivids S. (2014).

The respiratory system: acute bronchitis.

ALBI S. (2010).

Bronquitis (traqueo bronquitis) aguda. Guía ABE.

Caamaño & Sabio Reyes, pág. 19. (2008).

Contreras, R. (2007). Bronquitis Aguda. En R. Contreras. Bogota.

Contreras, R. (2007). Epidemiología. En R. Contreras, *Bronquitis Aguda* (pág. 534). Bogota.

Contreras, R. (2007). Etiología. En R. Contreras, *Bronquitis Aguda* (pág. 535). Bogota.

Contreras, R. (2007). Fisiopatología. En R. Contreras, *Bronquitis Aguda* (pág. 534). Bogota.

De Ocari, A. L. (2015). signos y síntomas. *Cinfasalud*.

EE, W. (2015 ).

En *Principles and Practice of Infectious Diseases. 8th e.*

[https://vsearch.nlm.nih.gov/vivisimo/cgi-bin/query-meta?v%3Aproject=medlineplus-spanish&v%3Asources=medlineplus-spanish-bundle&query=&\\_ga=2.161281341.1016037955.1596476350-1715995510.1593484998](https://vsearch.nlm.nih.gov/vivisimo/cgi-bin/query-meta?v%3Aproject=medlineplus-spanish&v%3Asources=medlineplus-spanish-bundle&query=&_ga=2.161281341.1016037955.1596476350-1715995510.1593484998).

EE., W. ( 2015).

Walsh EE.

En W. E. 2015.

Knutson D. (2002).

Diagnóstico y tratamiento de la bronquitis aguda.

León, J. (2009).

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

Rubén Contreras, M. (2007). Pronostico . En M. Rubén Contreras, *Bronquitis Aguda* (pág. Capitulo 19 ). Bogota .

Rubén Contreras, M. (2007). Tratamiento inicial . En M. Rubén Contreras, *Bronquitis Aguda* (pág. Capitulo 19 ). Bogota .

T. Hansel and Peter J. (2005).

Atlas de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

Cristancho W, 2007

Inhaloterapia

Denis Hadjiliadis, 2016

Associate Professor of Medicine, Pulmonary, Allergy, and Critical Care,

Perelman School of Medicine.

Aagaard E.2004

Gestión de la bronquitis aguda en adultos sanos.

BÁRCENA M, 2008 Jiménez M, Sabio F. atención primaria de calidad guía de buena práctica clínica en infecciones respiratoria de las vías bajas. IM&C Madrid 2008; Bergofsky, E.H. Thoracic deformities. In: Roussos Ch, Macklem P (ed). The thorax. New Your: Marcel Dekker, 1985; 141-1021.

CIRES M, Delgado I, Cruz M, Perez J, Benítez B, Calvo D, et al. Guía terapéutica para la atención primaria en salud. Editorial Ciencias Médicas, la Habana, 2010: 78-876

Ferri FF.2016

Acute bronchitis. In: Ferri FF, ed. Ferri's Clinical Advisor

Mittal MK, 2014

Principles of Diagnosis and Management in the Adult. *4th ed.*

## 9. ANEXOS.

### 1. Imagen

Paciente con bronquitis aguda



### 2. Imagen

#### Bronquitis

##### BRONQUITIS AGUDA

- Es una inflamación aguda y difusa de la mucosa bronquial, habitualmente de origen infeccioso, aunque puede ser irritativa, tras inhalación de sustancias tóxicas.



### 3. imagen del tratamiento



:

**Fuente:** sitio medico

**Realizado:** TANYA MELISSA ESCOBAR VERA.



#### 4. Imagen

Cuadro clínico de la bronquitis

<b>CUADRO CLINICO Y DIAGNOSTICO</b>			
Los exámenes de laboratorio señalan un recuento normal o ligeramente elevado de glóbulos blancos, sin neutrofilia. La radiografía de tórax es normal. En la sección correspondiente a EXACERBACION DE BRONQUITIS CRONICA se discute el examen de esputo.			
<b>CARACTERISTICAS DE LA BRONQUITIS AGUDA</b>			
Tipo de Bronquitis	Síntomas	Duración	Etiología
Bronquitis Aguda	<ul style="list-style-type: none"><li>•tos persistente, seca y dolorosa</li><li>•Espudo mucoso</li><li>•Antecedente de infección de las vías superiores</li></ul>	1-2 semanas	Usualmente viral

#### 5. imagen

RX de bronquitis aguda

### **BRONQUITIS AGUDA.**



ESTUDIO: RX ST DE TORAX

## IMFORME RADIOLOGICO

PULMONES CLAROS

ÁNGULOS LIBRES

TRAMA VASCULAR ACENTUADA

ESTRUCTURA OSEA INDEMNES

NO NEUMONÍA

NO INFILTRACIÓN

LAS DEMÁS ESTRUCTURAS DE MANTIENEN

**GUILBER ARROYO QUINTERO**  
**IMAGENOLOGIA RADIOLOGIA**  
**DIPLOMADO ADMINISTRACION LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

**CENTRO RADIOLOGICO**  
**"VENTANAS"**  
Dr. Guilber Arroyo  
IMAGENOLOGIA

ESOFOGRAMA - TRANSITO GASTRO INTESTINAL - PISTULOGRAFIAS - ENEMA BARITADO DE COLON - CISTOGRAFIAS  
URAGRAMAS EXCRETORA - CISTO - URETROGRAFIAS - TRAUMA - STANDART DE TORAX - CRANEO - ABDOMEN - SENOS


#### ANALISIS MODO M, BIDIMENSIONAL Y DOPPLER

Ritmo cardiaco regular. Corazon en levocardia.  
Situs solitus auricular.  
Concordancia atrio ventricular y ventriculo arterial.  
Integridad del septum interventricular y tabique interauricular.  
Válvulas auriculo ventriculares con aspecto, inserción, apertura y flujos normales observandose **minimo flujo regurgitativo en mitral y tricuspide de origen funcional.**  
Grandes arterias normoposicionadas con valvulas y flujos normales (valvula aortica tricuspide ).  
Se descarto coartacion aortica y persistencia de conducto arterioso  
Contractilidad biventricular preservada (FE Teich-Holz 78%; TAPSE 23mm)  
Se calculó PSVD em 21mmHg.  
Se comprobo drenaje de venas pulmonares - auricula izquierda.  
Por via subcostal se observo **Aneurisma del tabique interauricular sin evidencia de Foramen oval.**

#### CONCLUSIONES

\* Ecocardiograma normal

Atentamente,

  
DR. RAFAEL CASTILLA FASSIO