



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA**  
**CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**

**CASO CLÍNICO**

**TÍTULO:**

INTERVENCION DEL TERAPISTA RESPIRATORIO EN PACIENTE  
FEMENINO DE 5 AÑOS CON BRONQUITIS

**AUTOR:**

OLGA BETSAIDA PACHECO VERA

**TUTOR:**

CARDIOLOGO. ERIC HERNANDEZ ALVAREZ

**BABAHOYO - LOS RÍOS - ECUADOR**

**PERIODO 2023**

## Contenido

TITULO DE CASO CLÍNICO.....	5
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCION.....	8
MARCO TEORICO.....	9
JUSTIFICACION.....	16
1.2 OBJETIVOS.....	16
1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	16
1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	16
DATOS GENERALES.....	16
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	17
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES DEL PACIENTE.....	17
ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA.....	17
2.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD.....	17
Anamnesis:.....	17
EXPLORACION CLINICA.....	18
2.4 INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS.....	18
2.5 FORMULACION DE DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL, DEFINITIVO.....	19
2.6 CONDUCTAS A SEGUIR.....	19
SEGUIMIENTO.....	19
OBSERVACIONES.....	19
CONCLUSIONES.....	20

## DEDICATORIA

A Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mis padres, a mis hermanos, aunque ya no estén este mundo, pero anhelaban este momento.

A Mis hijos por ser los pilares más importantes en mi vida, a mis amigas por todos sus consejos, paciencia para ser de mí una mejor persona.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por guiarme durante toda vida estudiantil y darme fuerzas Y valentía a lo largo de toda mi vida. A mis padres y hermanos, familiares y amigos que me han demostrado todo su apoyo moral y me han enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos. Gracias a todas las personas que me ayudaron directa e indirectamente en mi carrera estudiantil y también en la realización de este proyecto.

**TITULO DE CASO CLÍNICO**  
INTERVENCION DEL TERAPISTA RESPIRATORIO EN PACIENTE  
FEMENINO DE 5 AÑOS CON BRONQUITIS

## RESUMEN

La bronquitis es una patología del tracto respiratorio, caracterizada por ser una enfermedad inflamatoria a la vez es señalada por presentarse con mayor frecuencia en pacientes pediátricos siendo este uno de los motivos de hospitalización en centros de salud.

El presente estudio se basó en la intervención terapéutica por parte del profesional de terapia respiratoria; dirigida a una paciente femenina de 5 años de edad que llegó al área de emergencia manifestando un cuadro clínico de tos productiva de hace 5 días, dificultad respiratoria y fiebre.

El objetivo de este estudio consistió en establecer la intervención del terapeuta respiratorio en la paciente femenina de 5 años que fue diagnosticado luego de la realización de varios estudios la patología respiratoria de bronquitis.

Finalmente, el tratamiento, monitoreo y seguimiento que se efectuó en este estudio clínico, favoreció con el cumplimiento de los objetivos programados y a la vez se obtuvo una respuesta favorable en la clínica del paciente tomando a la nebulización como la mejor opción para el tratamiento, complementada con técnicas terapéuticas respiratorias como la Aceleración del Flujo Espiratorio e Insuflación manual.

**Palabras claves:** bronquitis, nebulización, insuflación.

## **ABSTRACT**

Bronchitis is a pathology of the respiratory tract, characterized by being an inflammatory disease at the same time, it is noted for occurring more frequently in pediatric patients, this being one of the reasons for hospitalization in health centers.

The present study was based on therapeutic intervention by the respiratory therapy professional; addressed to a 5-year-old female patient who arrived at the emergency area manifesting a clinical picture of productive cough from 5 days ago, respiratory distress and fever.

The objective of this study was to establish the intervention of the respiratory therapist in the 5-year-old female patient who was diagnosed with the respiratory pathology of bronchitis after carrying out several studies.

Finally, the treatment, monitoring and follow-up that was carried out in this clinical study, favored the fulfillment of the programmed objectives and at the same time a favorable response was obtained in the patient's clinic, taking nebulization as the best option for treatment, complemented with respiratory therapeutic techniques such as Expiratory Flow Acceleration and manual inflation.

**KEYWORDS:** Bronchitis, nebulization, manual inflation.

## INTRODUCCION

La bronquitis es una enfermedad respiratoria ocasionada por la inflamación del revestimiento de los bronquios, esta se ha caracterizado por presentarse con mayor frecuencia en pacientes pediátricos.

Los síntomas recurrentes en los pacientes que presentan esta patología respiratoria son dificultad respiratoria, fiebre, opresión torácica y tos.

El estudio de este caso clínico se establece en la función que cumple el terapeuta respiratorio en una paciente femenina de 5 años de edad con diagnóstico de bronquitis. Al llegar al área de emergencia manifiesta tos productiva de hace 5 días, dificultad respiratoria y fiebre.

El tratamiento seleccionado se basa en medidas de sostén como la realización de nebulizaciones con adrenérgicos beta (salbutamol) y corticoides, de igual manera la ejecución de procedimientos terapéuticos como fisioterapia respiratoria.



## **MARCO TEORICO**

### **DEFINICION**

La bronquitis produce una inflamación en la tráquea, bronquios y bronquiolos, inflama el revestimiento de los bronquios que son los encargados de llevar el aire hacia adentro y afuera de los pulmones, causa tos productiva y espesa con un moco que suele ser decolorado.

### **CLASIFICACION DE BRONQUITIS**

#### **BRONQUITIS AGUDA**

La bronquitis aguda causa inflamación de la vía aérea baja por causa viral. Los síntomas son los siguientes: tos constante que se exacerba por las noches con duración entre 10 días a 2 semanas, febrícula, en caso de gravedad presenta disnea y cianosis.

A la exploración física se escuchan sibilancias, se observa el uso de músculos accesorios, caída de la capacidad inspiratoria, conjuntivitis y aumento del tamaño de los ganglios linfáticos.

#### **BRONQUITIS CRONICA**

La bronquitis crónica es un patrón de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). La EPOC esta dentro del grupo de patologías pulmonares que impiden la respiración y se va agudizando con el tiempo. El otro patrón principal de la EPOC es el enfisema. Mayormente las personas que padecen EPOC también padecen de enfisema y bronquitis crónica, la gravedad puede variar dependiendo de la persona que padece este mal.

La bronquitis crónica es la inflamación e irritación de las vías respiratorias que son las encargadas de llevar el oxígeno a los alveolos en sus pulmones. Esta inflamación causa la acumulación de mucosidad. Las secreciones e inflamación de los conductos hacen que se dificulte la entrada y salida de ozono de los pulmones.

Etiología Reveló (Longoria, C. A. M. 2012) que las causas más frecuentes en la bronquitis aguda están los virus, bacterias o las sustancias irritativas o polvo.

- Virus: Son la causa más común de bronquitis aguda en adultos sanos. Puede estar provocada por un sinnúmero de virus en función de la época del año en que se

produzca la infección y estos pueden ser: Virus respiratorio Sincitial, parainfluenza, influenza A y B, coronavirus y adenovirus generalmente causan bronquitis aguda de otoño a primavera.

Los Rinovirus pueden causar bronquitis aguda en todas las estaciones, Virus herpes simples y rubéola rara vez causan bronquitis aguda, pero pueden estar asociados a casos más severos.

- Agentes infecciosos no virales: Son mucho menos frecuentes que los virus que causan bronquitis aguda y mayormente afectan a pacientes con daño en la vía aérea, como pacientes con traqueotomía o intubación previos. Incluye: *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, *Bordetella pertussis*.

- Otras causas no infecciosas:

- Asma con daño en la mucosa debido a un evento agudo como tabaco o la inhalación de gases químicos.

- Exposición tóxica crónica como el tabaco

- Inhalación de sustancias tóxicas como el dióxido de azufre, dióxido de nitrógeno o amoníaco.

## **TIPO**

En la bronquitis aguda se reconocen las siguientes variedades:

- Bronquitis aguda catarral mucopurulenta: Que la Bronquitis Aguda catarral mucopurulenta la mucosa se encuentra enrojecida tumefacta.

Abundante secreción mucosa 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 formando verdaderos moldes de la tráquea, que se expulsan

con la tos. Existe el peligro de la asfixia. La causa más frecuente es la bronquitis diftérica, ocasionalmente estafilococo y virus parainfluenza.

- Bronquitis aguda necrótica-ulcerosa la bronquitis aguda necrótica-ulcerosa se da 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**

Expuso (Ordóñez Rea, O. L. 2016) la 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.

### **FACTORES DE RIESGO**

En la bronquitis aguda existen factores ambientales que favorecen la propagación de la infección de las vías respiratorias altas ocasionadas por estos virus y propiciar la afectación recidivante. Estos factores son:

Sustancias irritantes presentes en el ámbito doméstico como el humo de tabaco, los insecticidas o los aerosoles.

Factores urbanos como la contaminación atmosférica de las grandes ciudades.

Factores regionales como el clima húmedo, meses fríos o cambios bruscos de temperatura.

Bajas defensas: de entrada, todo lo anterior crea un bajón en las defensas de cualquier persona. Si aparte de ello se está mal alimentado, con una dieta pobre en vitamina C, E y antioxidantes o se padece alguna enfermedad crónica que afecte especialmente al sistema inmunológico; el riesgo se multiplica.

## **GENERALIDADES**

Durante esta fase, que tiene una duración de 1 a 5 días, hay una inoculación directa en el epitelio traqueobronquial con síntomas sistémicos como fiebre, osteomiasias y artralgias. Estas manifestaciones son clínicamente indistinguibles de las de otras infecciones respiratorias agudas en este periodo.

## **SINTOMAS**

Los signos y síntomas que puede presentar un paciente con bronquitis:

Tos

Presencia de esputo que puede ser transparente o presentar coloración (gris, amarillo o verde) en ciertas ocasiones puede presentar pintas de sangre.

Fatiga

Disnea

Fiebre y escalofríos

Molestias en el pecho

Si padeces de bronquitis aguda, es probable que presentes síntomas como resfrió, dolores musculares o dolores de cabeza leves. Estos síntomas pueden mejorar en una semana aproximadamente y es posible que presentes to molesta durante algunas semanas.

Si padeces de bronquitis crónica, es posible que presentes tos u otros síntomas que van agravándose.

## **DIAGNOSTICO DE LA BRONQUITIS**

Por lo general cuando el medico va a diagnosticar a un paciente con bronquitis en base a sus signos y síntomas aparte de la auscultación tambien realizará algunas preguntas, por ejemplo: si ha presentado tos, cuanto tiempo esta con esa tos?, que tipo de mucosidad tiene? o qué color se torna al expectorar?.

Realizara otros tipos de preguntas:

Sus antecedentes médicos

Si tuvo resfriado o gripe.

Si se expone al humo del cigarro, polvos, o contaminación del aire.

El medico realizara una auscultación en busca de mínimas sibilancias y otros tipos de sonidos anormales de los pulmones. También se realizará lo siguiente:

Examinar la mucosidad.

Análisis de las concentraciones de oxígeno a través de un pulsioxímetro o gasometría.

Recomendar realizar radiografía de tórax y pruebas de función pulmonar

## **TRATAMIENTO**

Va dirigido para la mejoría de los síntomas del paciente:

La ingesta de líquidos, es muy importante mantener al paciente hidratado.

Si el paciente presenta fiebre administrar antitérmicos.

Si se sospecha que la causa de la patología es bacteriana se pueden administrar antibióticos prescritos por el medico por ejemplo amoxicilina.

Administración de inhaladores beta 2 (salbutamol y bromuro de ipatropio).

Realizar nebulización para administrar la medicación pueden ser mucolíticos, expectorantes o antitusígenos dependiendo el cuadro del paciente.

En caso gravedad se debe nebulizar al paciente con oxígeno acompañado de adrenérgico B2 y corticoides.

### **Antibióticos**

La bronquitis normalmente es una infección viral, los antibióticos no son eficientes, la prescripción antibiótica debe reservarse para aquellos con un alto índice de sospecha bacteriana. Sin embargo, los antibióticos no tienen ningún impacto en disminuir la duración de la enfermedad sino el manejo de la propagación de la bacteria dentro del marco de una epidemia. Los antibióticos podrían considerarse en las siguientes situaciones.

Tos productiva por más de dos semanas, con síntomas de inflamación sistémica como fiebre (sospecha de infección por Bordetella pertussis).

Evidencia bacteriológica significativa.

Espujo con más de 25 leucocitos por campo y menos de 10 células epiteliales en el estudio microbiológico Expresó Maguiña-Vargas (2006) De los nuevos macrólidos, la claritromicina tiene la ventaja que junto con la amoxicilina es útil en algunas infecciones respiratorias altas (sinusitis aguda, bronquitis aguda), en especial cuando se sospecha gérmenes resistentes a las penicilinas y ante la presencia de gérmenes atípicos. Una ventaja de los nuevo.

### **Broncodilatadores**

Los broncodilatadores se indican en caso de tos persistente, sibilantes y dificultad respiratoria.

El uso de los broncodilatadores puede ser útiles, pero solo cuando existe obstrucción de la vía aérea. En estos casos los broncodilatadores tanto inhalados como orales pueden disminuir los síntomas, aunque no tiene efecto 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 con bromuro de ipatropio a dosis de 2 inhalaciones / 6 horas.

### **Antitusígenos**

Los antitusígenos pueden actuar a nivel central o periférico sobre el reflejo de la tos, o una combinación de ambos. Los que actúan a nivel central incrementan el umbral de excitación del centro de la tos situado en el centro bulbar en la médula espinal, en cambio, los que actúan a nivel periférico disminuyen la sensibilidad de las terminaciones nerviosas bronquiales, elevando el umbral de los receptores periféricos.

En caso de bronquitis aguda con tos irritativa seca y molesta, el médico podría recetar medicamentos con codeína o noscapina. Estos "antitusivos" solo están para casos excepcionales y se deben de usar a corto plazo, pues estos suprimen la tos irritativa natural e impiden así la expectoración de la mucosidad. Si se usan medicamentos antitusivos con demasiada frecuencia, la mucosidad se instala en los bronquios y en casos aislados puede provocar una inflamación de los pulmones.

## **Mucolíticos**

Se denominan mucolíticos a las sustancias que tienen la capacidad de destruir las distintas estructuras fisicoquímicas de la secreción bronquial anormal, consiguiendo una disminución de la viscosidad y de esta forma una más fácil y pronta eliminación.

Con el fin de facilitar el transporte mucociliar, se ha empleado un gran número de agentes farmacológicos. Estos se refieren a 6 fármacos: N-acetilcisteína (NAC), bromhexina, yodoglicerol, ambroxol, guaimesal y DNAsa I

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

La terapia respiratoria ayuda a eliminar las secreciones de las vías respiratorias. La eliminación de estas secreciones, evitando la obstrucción de las vías aéreas, facilitando el paso del aire y el intercambio de gases previniendo las exacerbaciones de los síntomas y evitar la aparición de complicaciones graves. Se comienza a utilizar medicamentos para contrarrestar la obstrucción una de ellas sería la aplicación de nebulización con solución salina isotónica al 0,9% y un beta-adrenérgico de acción corta como el albuterol (Salbutamol) ya que tiene la función de aumentar la broncodilatación, aumentar la función mucociliar y disminuir la permeabilidad vascular. O utilizar un inhalador del mismo medicamento para actuar de una manera más rápida a la obstrucción bronquial.

## **PREVENCION**

Hay que tener una buena higiene de manos para así evitar la propagación de las bacterias y virus que causan la bronquitis, sobre todo en los tiempos húmedos donde se desarrolla con facilidad los resfríos y las gripes. Alejarse del humo del tabaco y otros tipos de gases que sean perjudiciales para su vía respiratoria.

## **JUSTIFICACION**

Este presente proyecto investigativo tiene como base fundamental lograr determinar cuál es la función que cumple el terapeuta respiratorio en los pacientes que se presentan con diagnóstico de bronquitis. Este proceso como tal busca determinar la resolución de una problemática y darle un resultado positivo que permita mejorar la clínica del paciente y brindarle una mejor calidad de vida.

La bronquitis aguda es una inflamación del revestimiento de los bronquios que llevan el aire hacia adentro y fuera de los pulmones. Existen varios factores desencadenantes para su evolución y contagio, entre ellos los virus son de Influenza A y B.

Es considerable la intervención de un terapeuta respiratorio en los casos de pacientes pediátricos con diagnóstico de esta patología, con el objetivo de que esta no sea causa de una enfermedad crónica a futuro en el paciente.

### **1.2 OBJETIVOS**

#### **1.2.1 OBJETIVO GENERAL**

Establecer la intervención del terapeuta respiratorio en la paciente femenina de 5 años con bronquitis.

#### **1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Identificar la principal causa de la bronquitis aguda en el paciente.

Determinar técnica y tratamiento referente de terapia respiratoria en el paciente.

Analizar la evolución del paciente durante el desarrollo del cuadro clínico.

### **DATOS GENERALES**

Identificación del paciente: N/N

Edad: 5 años

Sexo: femenino

Nacionalidad: Ecuatoriana

Lugar y Fecha de nacimiento: 15/03/2017 (VENTANAS)

Grupo sanguíneo: O factor: (+)

Peso: 32 kg



## **II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO**

### **2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES DEL PACIENTE.**

#### **ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA**

Paciente femenino de 5 años llega al área de emergencia acompañada de su progenitora en la consulta manifiesta tos productiva de hace 5 días, dificultad respiratoria y fiebre.

#### **HISTORIAL CLINICO**

De acuerdo a las manifestaciones clínicas ya descritas por el profesional médico de turno se autoriza el ingreso hospitalario inmediato de la paciente, con el objetivo de realizar estudios médicos más avanzados, además se recomienda el estudio de los antecedentes del paciente con el fin de realizar un buen diagnóstico y a la vez un tratamiento eficaz.

#### **Antecedentes patológicos personales:**

Gripes recurrentes.

#### **Antecedentes patológicos familiares:**

Padre presenta antecedentes de asma en su niñez.

Madre presenta antecedentes de alergias recurrentes.

### **2.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD.**

#### **Anamnesis:**

Paciente pediátrico de 5 años con sexo femenino llegó al área de emergencia presentando antecedentes patológicos personales de cuadros de gripes recurrentes, mientras que su progenitor presenta asma como enfermedad de base durante su niñez mientras que su progenitora presenta antecedentes de alergias, al momento de la consulta la paciente presentó signos relevantes como tos productiva de hace 5 días, dificultad respiratoria y fiebre.

## EXPLORACION CLINICA

### Signos vitales:

FR: 37 rpm (taquipnea)

FC: 105 lpm

PA: 110/60

TEMPERATURA: 38°C

SatO2: 89%

### Exploración Clínica:

**Cabeza:** normal, simétrico, estándar

**Cuello:** no presenta adenopatías (aumento del tamaño del ganglio linfático)

**Tórax:** patrón respiratorio toracoabdominal, percusión en hilio pulmonar disminuido.

**Pulmones:** mediante la auscultación se puede identificar ruidos anormales murmullo vesicular y mínimas sibilancias.

**Abdomen:** blando depresible

**Extremidades:** normales

## 2.4 INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS

HEMOGRAMA	
LEUCOCITOS	18 mil/ mm <sup>3</sup>
GLUCOSA	78 mg/dl
UREA	25 mg/dl
ERITROCITOS	4.7 millones/ mm <sup>3</sup>
PLAQUETAS	360.000
HEMATOCRITO	40%
HEMOGLOBINA	12.5 g/dl

Se realizó una radiografía de tórax para determinar el diagnóstico definitivo.

## **2.5 FORMULACION DE DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL, DEFINITIVO.**

**PRESUNTIVO:** Según su cuadro clínico se presume ser asma bronquial.

**DIFERENCIAL:** según signos y síntomas del paciente se presumía neumonía

**DEFINITIVO:** mediante los datos que se obtuvieron en el examen físico y los resultados de los exámenes complementarios se define el cuadro del paciente como bronquitis aguda.

## **2.6 CONDUCTAS A SEGUIR**

**Nebulización:** se recomienda este proceso terapéutico con el fin de la administración de los medicamentos seleccionados como mejor opción; estos fueron broncodilatador y corticoides.

**Fisioterapia respiratoria:** AFE (aceleración de flujo espiratorio) se recomienda este procedimiento terapéutico con el objetivo de acelerar el flujo espiratorio y a la vez la eliminación de secreciones distales.

Insuflación manual como técnica de expansión para evitar atelectasias.

### **SEGUIMIENTO**

Se le realizó sesiones de terapia respiratoria dentro del tratamiento elegido la aerosolterapia fue la más relevante, incluyendo junto a ella técnicas de fisioterapia respiratoria como la AFE (Aceleración del flujo espiratorio) e insuflación manual.

Se realizó aerosolterapias con  $FiO_2$  con broncodilatador B<sup>2</sup> (0,5 mg x kg peso) y corticoides 4mg por sesiones. Se distribuyeron 3 sesiones diarias durante los 3 días de estancia hospitalaria.

En cada sesión se le realizó las técnicas recomendadas, la AFE con el fin de eliminar las secreciones distales, y la insuflación manual para evitar en el paciente atelectasias.

### **OBSERVACIONES**

Dentro del manejo sintomático primarios debe considerarse;

Evitar ambientes contaminados.

Valoración nutricional.

Estancia de reposo en periodo de convalecencia

Hidratación complementaria

Supervisión médica constante.

## **CONCLUSIONES**

Los principales objetivos de la terapia respiratoria en este caso fueron mejorar la función pulmonar del paciente, reducir la inflamación y promover la eliminación de secreciones.

Para lograr estos objetivos, el terapeuta respiratorio empleó diversas técnicas y estrategias de tratamiento, como la Aerosolterapia, técnicas de Fisioterapia Respiratoria como la tos asistida. Además, el terapeuta respiratorio trabajó en estrecha colaboración con el equipo médico para asegurar que el paciente recibiera el tratamiento adecuado y que se monitoreara su progreso de manera efectiva.

En conclusión, la intervención del terapeuta respiratorio en el tratamiento de la bronquitis es de vital importancia para mejorar la calidad de vida de los pacientes, especialmente en aquellos que presentan complicaciones respiratorias. La colaboración interdisciplinaria entre el equipo médico y el terapeuta respiratorio es fundamental para garantizar el éxito del tratamiento y lograr una recuperación óptima del paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

Kate M. Cronan, M. (AGOSTO de 2019). kidshealth. Obtenido de kidshealth:  
<https://kidshealth.org/es/parents/bronchitis.html>

María del Carmen Dubón Peniche, L. E. (2016). BRONQUITIS AGUDA.  
SiELO.

MAYO CLINIC. (2017). Obtenido de MAYO CLINIC:  
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bronchitis/symptoms-causes/syc-20355566>

MEDLINE PLUS. (02 de 02 de 2022). Obtenido de MEDLINE PLUS:  
<https://medlineplus.gov/spanish/chronicbronchitis.html>

MORA, A. C. (28 de 10 de 2020). CUIDATE PLUS. Obtenido de CUIDATE PLUS:  
<https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/respiratorias/bronquitis.html>

Sanz, J. P. (2016). BRONQUITIS Y BRONQUIOLITIS. Pediatría Integral, 28-37.

SEMI. (2023). BRONQUITIS CRONICA Y AGUDA. SEMI SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA.