

[Año]

BRONQUITIS

CLINICAS MEDICAS COMPLEMENTARIAS

| DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ

BRONQUITIS

La bronquitis aguda es la inflamación del árbol traqueobronquial, comúnmente después de una infección de las vías aéreas superiores, que se produce en pacientes sin trastornos pulmonares crónicos. La causa es casi siempre una infección viral. El patógeno rara vez es identificado. El síntoma más común es la tos, con fiebre o sin ella, y tal vez la producción de esputo. El diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos. El tratamiento es sintomático; los antibióticos generalmente no son necesarios. El pronóstico es excelente.

ETIOLOGIA Con frecuencia, la bronquitis aguda es un componente de una infección respiratoria de las vías aéreas superiores causada por rinovirus, parainfluenza, virus influenza A o B, virus sincitial respiratorio, coronavirus o metaneumovirus humano. Causas menos comunes pueden ser *Mycoplasma pneumoniae*, *Bordetella pertussis* y *Chlamydia pneumoniae*. Menos del 5% de los casos son causados por bacterias, a veces en brotes. La inflamación aguda del árbol traqueobronquial en pacientes con trastornos bronquiales crónicos subyacentes (p. ej., enfermedad pulmonar obstructiva crónica, bronquiectasias, fibrosis quística) se considera una exacerbación aguda de ese trastorno en lugar de la bronquitis aguda. En estos pacientes, la etiología, el tratamiento y los resultados difieren de los de la bronquitis aguda (Ver también Tratamiento de la exacerbación aguda de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica).

Signos y síntomas

Los síntomas consisten en tos no productiva o levemente productiva acompañada o precedida por síntomas de infección respiratoria de las vías aéreas superiores, generalmente durante > 5 días. La disnea subjetiva aparece como consecuencia del dolor torácico u opresivo que sucede con la respiración, no de la hipoxia. Los signos a menudo están ausentes, pero puede haber roncus dispersos y sibilancias. El esputo puede ser claro, purulento o, en ocasiones, contiene sangre. Las características del esputo no se corresponden con una etiología particular (es decir,

viral o bacteriana). Puede haber fiebre, si bien la fiebre alta o prolongada es inusual y sugiere influenza o neumonía. Cuando se resuelve, la tos es el último síntoma en desaparecer y a menudo tarda 2 a 3 semanas o incluso más tiempo.

Diagnóstico

Evaluación clínica

A veces, radiografía de tórax para descartar otros trastornos

El diagnóstico se basa en la presentación clínica. No suelen ser necesarios estudios complementarios. Sin embargo, a los pacientes que se quejan de disnea se les debe realizar oximetría de pulso para descartar hipoxemia. La radiografía de tórax se realiza si los hallazgos sugieren neumonía o enfermedad grave (p. ej., mal estado general, alteración del estado mental, fiebre alta, taquipnea, hipoxemia, crepitaciones, signos de consolidación o derrame pleural). Los pacientes ancianos son la excepción ocasional, ya que pueden tener neumonía sin fiebre ni hallazgos a la auscultación, presentando en cambio alteración del estado mental y taquipnea. En general, la tinción de Gram del esputo y el cultivo no son de utilidad. A las muestras nasofaríngeas se les pueden hacer la prueba de la gripe y la tos ferina si estos trastornos se sospechan clínicamente (p. ej., tos ferina, tos persistente y paroxística después de 10 a 14 días de la enfermedad, sólo a veces con el silbido característico y/o arcadas, la exposición a un caso confirmado). La prueba del panel viral generalmente no se recomienda porque los resultados no afectan el tratamiento. La tos se resuelve en el transcurso de 2 semanas en el 75% de los casos. A los pacientes con tos persistente, se les debe realizar una radiografía de tórax. La decisión de buscar causas no infecciosas, incluido el goteo posnasal y la enfermedad por reflujo gastroesofágico, por lo general se puede hacer sobre la base de la presentación clínica. La diferenciación del asma tusígeno puede requerir pruebas de la función pulmonar.

Tratamiento

Alivio de los síntomas (p. ej., paracetamol, hidratación, tal vez antitusivos)

Agonistas beta-adrenérgicos inhalatorios para las sibilancias

La bronquitis aguda en pacientes sanos es una de las principales causas de uso excesivo de antibióticos. Casi todos los pacientes necesitan sólo tratamiento sintomático, como paracetamol e hidratación. La evidencia que apoya la eficacia del uso de rutina de otros tratamientos sintomáticos, como antitusivos, mucolíticos y broncodilatadores es débil. Los antitusivos deben considerarse sólo si la tos interfiere con el sueño. Los pacientes con sibilancias pueden beneficiarse con el uso de agonistas beta2 inhalados (p. ej., salbutamol) durante unos pocos días. No se recomienda un uso más amplio de beta 2-agonistas porque son comunes los efectos adversos como temblor y nerviosismo. Si bien se producen beneficios sintomáticos modestos con el uso de antibióticos en la bronquitis aguda, la naturaleza autolimitada de la bronquitis aguda y el riesgo de efectos adversos y resistencia a los antibióticos se oponen al uso generalizado de antibióticos. De manera típica, no se emplean antibióticos orales, salvo en pacientes con tos ferina o durante brotes conocidos de infección bacteriana. Se administra un macrólido como azitromicina 500 mg por vía oral una vez, luego 250 mg por vía oral 1 vez al día durante 4 días o claritromicina 500 mg por vía oral 2 veces al día durante 7 días.

LA BRONQUITIS CRÓNICA es un tipo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). La EPOC es un grupo de enfermedades pulmonares que dificultan la respiración y empeoran con el tiempo. El otro tipo principal de EPOC es el enfisema. La mayoría de las personas con EPOC tienen enfisema y bronquitis crónica, pero su gravedad puede ser diferente dependiendo de la persona. 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 hace que sea más difícil para sus pulmones inhalar oxígeno y exhalar dióxido de carbono.

La causa de la bronquitis crónica suele ser una larga exposición a irritantes que dañan los pulmones y las vías respiratorias. En los Estados Unidos, el humo del cigarrillo es la causa principal. La pipa, el cigarro y otros tipos de humo de tabaco

también pueden causar enfisema, especialmente si se inhala. La exposición a otros irritantes inhalados puede contribuir al enfisema. Estos incluyen humo de segunda mano, contaminación del aire y humos o polvos químicos del ambiente o del lugar de trabajo. En raras ocasiones, una condición genética llamada deficiencia de alfa-1 antitripsina puede tener un rol en causar bronquitis crónica.

Los factores de riesgo para la bronquitis crónica incluyen:

Fumar: El principal factor de riesgo. Hasta el 75 por ciento de las personas que tienen bronquitis crónica fuman o solían fumar

Exposición a largo plazo a otros irritantes pulmonares: Incluyendo humo de segunda mano, contaminación del aire y humos y polvos químicos del ambiente o del lugar de trabajo

Edad: La mayoría de las personas con bronquitis crónica tiene al menos 40 años cuando comienzan sus síntomas

Genética: Esto incluye la deficiencia de alfa-1 antitripsina, que es una condición genética. Además, los fumadores que tienen bronquitis crónica tienen más probabilidades de tenerla si tienen antecedentes familiares de EPOC

Es posible que en el comienzo no presente síntomas o sean solo leves. A medida que la enfermedad empeora, sus síntomas generalmente se vuelven más severos. Pueden incluir:

Tos frecuente o tos que produce mucha mucosidad
Sibilancias, Un silbido o chirrido cuando respira,
Falta de aliento, especialmente si hace actividad física,
Sensación de presión en el pecho,
Algunas personas con bronquitis crónica contraen infecciones respiratorias frecuentes, como resfriados y gripe. En casos severos, la bronquitis crónica puede causar pérdida de peso, debilidad en los músculos inferiores e hinchazón en los tobillos, pies o piernas.

DIAGNOSTICO pruebas de laboratorio, como pruebas de función pulmonar, una radiografía de tórax o una tomografía computarizada y análisis de sangre

TRATAMIENTO

ayudara con los síntomas, retrasar el progreso de la enfermedad y mejorar su capacidad de mantenerse activo. También hay tratamientos para prevenir o tratar las complicaciones de la enfermedad. Los tratamientos incluyen:

Cambios en el estilo de vida, como:

Si es fumador, dejar de fumar es lo más importante que puede hacer para tratar la bronquitis crónica

Evitar el humo de segunda mano y los lugares donde podría respirar otros irritantes pulmonares Solicitar a su profesional de la salud un plan de alimentación que satisfaga sus necesidades nutricionales. También pregunte cuánta actividad física puede hacer. La actividad física puede fortalecer los músculos que lo ayudan a respirar y mejorar su bienestar general

Medicamentos, como:

Broncodilatadores: Relajan los músculos alrededor de las vías respiratorias. Esto ayuda a abrirlas y facilita la respiración. La mayoría de los broncodilatadores usan un inhalador. En casos más severos, el inhalador también puede contener corticoides para reducir la inflamación

Vacunas contra la gripe y la neumonía neumocócica: Las personas con bronquitis crónica tienen un mayor riesgo de sufrir problemas graves por estas enfermedades

Antibióticos si tiene una infección pulmonar bacteriana o viral

Terapia de oxígeno: Se usa si tiene bronquitis crónica severa y bajos niveles de oxígeno en la sangre. La oxigenoterapia puede ayudarle a respirar mejor. Es posible que necesite oxígeno adicional todo el tiempo o solo en ciertos momentos

Rehabilitación pulmonar: Programa que ayuda a mejorar el bienestar de las personas que tienen problemas respiratorios crónicos. Puede incluir:

Un programa de ejercicios Capacitación en el manejo de enfermedades Asesoramiento nutricional Consejería psicológica

Trasplante de pulmón: El último recurso para personas con síntomas severos quienes pueden no haberse mejorado con las medicinas

BIBLIOGRAFIA

Wise. R. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica , Johns Hopkins University School of Medicine Última modificación del contenido nov. 2018 SITIO WEB: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-pulmonares>.