



**Universidad del sureste
Campus Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
Escuela de Medicina Humana**



Título del trabajo:

Resumen sobre BRONQUITIS AGUDA Y CRONICA

Unidad III

Nombre de la asignatura: Clínicas médicas complementarias

Nombre del alumno:

Karla Zahori Bonilla Aguilar

Semestre y grupo: 7° Semestre Grupo "A"

Nombre del profesor: Dr. Ricardo Acuña De Saz

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 27 de Noviembre de 2020.

Definición

La bronquitis aguda es un término que define a la inflamación de la tráquea, bronquios y bronquiolos, resultado generalmente a una infección del tracto respiratorio de etiología viral. Los síntomas que se pueden presentar son tos constante de inicio reciente que empeora por la noche con o sin expectoración, de duración aproximada de 10 días a 2 semanas y en ocasiones se puede presentar fiebre. El diagnóstico es clínico y se apoya de análisis de laboratorio y estudios de gabinete. En algunos casos puede requerir atención en urgencias y hospitalización.

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.

Epidemiología

En México, la bronquitis aguda ocupa el noveno lugar dentro de las diez principales causas de consulta en la Unidad de Atención de Urgencias Respiratorias y el 10° lugar de morbilidad hospitalaria; mientras que la Neumonía (complicación más frecuente de la bronquitis aguda) representa la primer causa de mortalidad, de acuerdo a lo reportado por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) en el 2009.

Clasificación

Existen dos tipos de bronquitis: aguda y crónica. La bronquitis crónica es un tipo de EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica). Los bronquios inflamados producen una secreción mucosa abundante. Esto conduce a tos y dificultad para respirar.

Etiología

Las causas de bronquitis aguda en la mayoría de los casos ($\geq 90\%$) son de etiología no bacteriana. Los virus más frecuentes de bronquitis aguda son los asociados a infección del tracto respiratorio inferior como influenza A, influenza B, parainfluenza 3 y virus sincitial respiratorio; así como también los que producen infección del tracto respiratorio superior como coronavirus, adenovirus y rinovirus.

Los estudios microbiológicos en pacientes con bronquitis aguda aíslan el agente etiológico entre un 16a 40%.

El 5% a 10% de las causas de bronquitis aguda son debido a agentes bacterianos como *Bordetella pertusis*, *Mycoplasma pneumoniae* y *C pneumoniae*.

Signos y síntomas

En pacientes con infección respiratoria aguda, manifestada principalmente por tos, con o sin producción de esputo ,no mayor de 3 semanas, se debe considerar el diagnóstico de bronquitis aguda.

En la evaluación integral del paciente con bronquitis aguda se debe realizar lo siguiente:

- Historioclínica (incluyendo el uso de tabaco) y examen físico.
- Criterios de probabilidad de bronquitis aguda:
- Infección respiratoria aguda, manifestada principalmente por tos, con o sin producción de esputo, por al menos 3 semanas.
- No evidencia clínica de neumonía.
- Descartarla presencia de resfriado común, esofagitis por reflujo, asma aguda o exacerbación de EPOC

Diagnostico

El diagnóstico de la bronquitis aguda es esencialmente clínico y no se requieren de estudios de laboratorio y gabinete complementarios. El diagnóstico diferencial no siempre es fácil, por lo tanto se debe realizar una evaluación minuciosa, completa y utilizar el tiempo necesario tanto en la exploración física como en la información que debemos dar al paciente acerca del tratamiento y conducta a seguir.

En pacientes con sospecha diagnóstica de bronquitis aguda no se recomienda la realización de cultivo viral, pruebas serológicas y análisis de esputo porque la probabilidad de aislar el microorganismo responsable es muy baja.

En pacientes con tos aguda y producción de esputo sugestivo de bronquitis aguda, la presencia de los siguientes hallazgos reduce la probabilidad de neumonía y la necesidad de realizar radiografía de tórax:

Frecuencia cardiaca >100 latidos/minuto.

Frecuencia respiratoria >24 respiraciones por minuto.

Temperatura >38°C.

Presencia al examen físico de consolidación, egofonía y frémito.

Tratamiento

En los pacientes con bronquitis aguda el tratamiento de rutina con antibióticos no está justificado y no debe ser ofrecido.

En los pacientes con bronquitis aguda la decisión de no utilizar antibióticos debe ser de manera individualizada y se recomienda explicar a los pacientes la razón por la cual no se le ofrecerá antibiótico.

En adultos con diagnóstico probable o confirmado de tosferina deben recibir macrólidos y ser aislados durante 5 días posterior al inicio del tratamiento.

No se recomienda el uso de broncodilatadores β 2-agonistas en el tratamiento de bronquitis aguda.

Los agentes supresores de la tos habitualmente son utilizados en el manejo de la bronquitis aguda. Si bien pueden proporcionar una mejora sintomática, pero no acortan el curso de la enfermedad. En una revisión sistemática de estudios aleatorizados, doble ciego, controlados con placebo, demostraron una mejoría de la sintomatología con el uso de codeína, dextrometorfano y difenhidramina en pacientes con bronquitis aguda. Un estudio doble ciego comparó la combinación de dextrometorfano-salbutamol oral versus dextrometorfano sin encontrar diferencia estadísticamente significativa en ambos grupos en términos de gravedad de la tos durante el día, la cantidad de esputo o la facilidad de la expectoración.

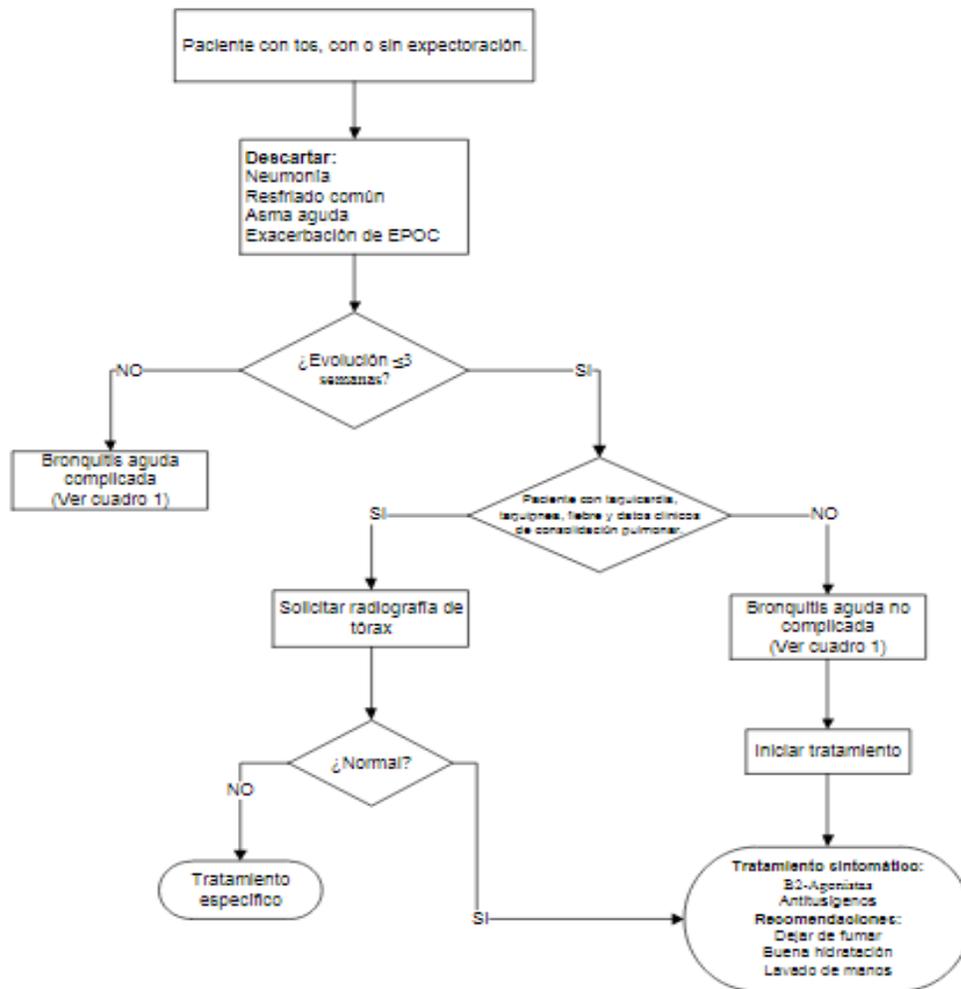
Dentro del manejo sintomático primario debe considerarse:

Dejar de fumar y evitar ambientes donde se fume.

Buena hidratación e incremento de la humedad.

Limitar la diseminación de la infección viral (lavado de manos).

Grados de recomendación NICE	
A	Al menos un meta-análisis, o un ensayo clínico aleatorio categorizados como 1++ que sea directamente aplicable a la población diana, o Una revisión sistemática o un ensayo clínico aleatorio, o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+ que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados. Evidencia a partir de la apreciación de NICE.
B	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++ que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o Extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+.
C	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+ que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o Extrapolación de estudios calificados como 2++.
D	Evidencia nivel 3 o 4, o Extrapolación de estudios calificados como 2+, o Consenso formal.
PBP	Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que elabora la guía.
IP	Recomendación a partir del manual para procedimientos de intervención de NICE.



Cuadro 1. Características diferenciales entre bronquitis aguda no complicada y complicada.

Bronquitis aguda no complicada	Bronquitis aguda complicada
Tos ≤3 semanas	Tos ≥3 semanas
Paciente inmunocompetente	Paciente inmunodeprimido
Afebril	Fiebre
No comorbilidades	Comorbilidades (Diabetes, Cardiopatías, etc.)
Adulto joven	Anciano

Referencia: Hernández UJ. Bronquitis aguda. Documentos clínicos SEMERGEN

Bibliografía

Consejo de salubridad general. (2010). Diagnóstico y Tratamiento Oportuno de la Bronquitis Aguda complicada y No Complicada en el Paciente adulto. Guía de practica clinica , 1-29.