



# **MEDICINA**

# **COMPLEMENTARIA**

**ACUÑA DE SAZ RICARDO**

**MEDICINA COMPLEMENTARIA**

**SÉPTIMO SEMESTRE DE MEDICINA GENERAL**

**LLUVIA MARIA PERFECTA PEREZ GARCÍA**



## BRONQUITIS AGUDA

Es una inflamación aguda, difusa y auto limitada de la mucosa bronquial que se traduce clínicamente en un cuadro agudo o subagudo de tos, con o sin expectoración que habitualmente dura menos de 3 semanas que suele acompañarse de síntomas de vías aéreas superiores y cuadro constitucional se puede englobar otras entidades nosológicas que no hay características clínicas inequívocas que permitan diferenciar la bronquitis aguda de un proceso inflamatorio de la vía aérea.

### EPIDEMIOLOGIA

Es uno de los diagnósticos más frecuentes en una consulta se estima una incidencia de 50 – 60 caso por 1000 habitantes / año aunque afecta a todos los rangos de edad es más frecuente en niños y en fumadores puede aparecer en cualquier época del año pero su mayor frecuencia se registran en los meses de invierno.

### CLASIFICACION:

## Clasificación de bronquitis aguda

### 1. Según gravedad

Tabla 2. Clasificación de bronquitis aguda	
BRONQUITIS AGUDA NO COMPLICADA	BRONQUITIS AGUDA COMPLICADA
Tos menos de 3 semanas	Tos más de 3 semanas
Paciente inmunocompetente	Paciente inmunodeprimido
Sin fiebre	Fiebre
Sin comorbilidades	Comorbilidades
Adulto joven	Adulto mayor

## 2. Según cuadro clínico

	FASE AGUDA	FASE PROLONGADA
<b>FISIOPATOLOGÍA</b>	Inoculación e invasión de microorganismos en epitelio traqueobronquial. Liberación de citoquinas y activación de células inflamatorias.	Hipersensibilidad del epitelio traqueobronquial y de receptores de vías aéreas. Hiperreactividad bronquial
<b>CUADRO CLÍNICO</b>	<b>Fiebre moderada</b> <b>Malestar general</b> <b>Mialgias</b>	<b>Tos</b> <b>Espujo</b> <b>Sibilancias</b>
<b>DURACIÓN</b>	Duración de 1 – 5 días	Duración de 1 – 3 semanas (Salvo Bordetella y Mycoplasma >3 semanas)

## ETIOLOGIA

La etiología depende la población y de la zona geográfica considerada de la aparición de posibles epidemias de la utilización de determinadas técnicas diagnósticas y de su calidad y de la administración previa o no de antibióticos la mayoría de los estudios epidemiológicos no se puede demostrar una etiología específica alrededor del 50% de los casos a pesar del carácter prospectivo de la mayoría de ellos y del empleo exhaustivo de diversos métodos diagnósticos. se considera que *S. PNEUMONIAE* es el agente etiológico de casi la mitad de los casos el *NEUMOCOCO* es el primer microorganismo causal, independientemente de la gravedad de la neumonía, *M. PNEUMONIAE* es el microorganismo que se identifica con mayor frecuencia en adultos jóvenes sin comorbilidades significativas que forman parte de poblaciones cerradas y por uno microorganismos frecuente en los casos leves globalmente es responsable del 1% al 37% del total de los casos.

## Etiología

VIRAL (60 – 90%)	BACTERIANA	OTROS
Adenovirus Influenza A y B Parainfluenza 3 Virus sincicial respiratorio Coxsackievirus Coronavirus Rinovirus	Bordetella pertussis Mycoplasma pneumoniae Chlamydia pneumoniae Haemophilus influenzae	Inhalación de tóxicos Tabaquismo Contaminación ambiental

### DIAGNOSTICO

El diagnóstico es clínico en general, fácil de establecer y difícil de confirmar el síntoma fundamental la tos es muy inespecífico y no siquiera la apariencia del esputo es útil para diferenciar la etiología viral y bacteriana los estudios microbiológicos están indicados solo en casos graves ante la persistencia inusual de síntomas cuando se sospeche una etiología bacteriana o con fines epidemiológicos la radiografía de tórax suele ser normal, se puede observar un cierto grado de engrosamiento peri bronquial su principal interés radica más en su capacidad respiratoria que su contribución al diagnóstico de la bronquitis aguda y la neumonía pueden presentar un cuadro clínico semejante que la radiografía de tórax ayuda a diferenciar la persistencia de tos durante más de 3 semanas en sujetos jóvenes que empeora por la noche o que desencadena tras la exposición al frío o el ejercicio debe hacer sospechar en equivalente asmático de la tos , la bronquitis aguda viral el diagnóstico diferencial deben incluir las infecciones de las vías aéreas superiores , el síndrome del goteo nasal posterior , la sinusitis y otras causas de tos

y disnea de origen no pulmonar como la insuficiencia cardiaca o el reflujo gastroesofágico.

## Diagnóstico



## TRATAMIENTO

El tratamiento se basa en medidas de soporte como una correcta hidratación y humidificación de las vías aéreas, antitérmicos y reposos con evitación de los irritantes ambientales. Los antitusígenos dextrometorfano o codeína solo deben emplearse en caso de tos crónica no productiva que provoque vómitos, impida el sueño o sea muy molesta para el paciente. En situaciones en las que se auscultan sibilancias o se sospecha hiperrespuesta bronquial, la administración de agonista

b2 inhalados durante 1-2 semanas podría ser beneficiosa los broncodilatadores anticolinérgicos , los glucocorticoides inhalados o los mucolíticos en la bronquitis aguda no está establecido dado que la causa más frecuente es la infección viral , antibioticoterapia debería se excepcional.

### Bibliografía

borstnar, r. c. (2016). *medicina interna*. elsevier.

castelao , j. n., martin, b. g., & mirambeaux, r. v. (2020). *neomología y cirugía torácica*. cto.

j., j. l. (2018). *medicina interna*. mcgraw-hill.