

## BRONQUITIS AGUDA

Martha Patricia Isabel Belmonte Herrera; Sandra Bernal Durán; Orieta Chacón  
*Medicos familiares Policlínico Miraflores*

### I. DEFINICIÓN

#### Bronquitis Aguda (BA)

La bronquitis (o traqueobronquitis) aguda consiste en una respuesta inflamatoria transitoria del árbol traqueobronquial, generalmente asociada a procesos infecciosos aunque también puede desarrollarse después de inhalar toxinas, irritantes o vapores nocivos, o con el uso de ciertos fármacos, como los IECA. Se acompaña de tos con o sin expectoración y suele seguir un patrón estacional con mayor número de casos en invierno.(5)

### II. EPIDEMIOLOGIA

La bronquitis aguda es una de las causas más frecuentes de ausencias laborales y escolares; considerada la quinta enfermedad en frecuencia de diagnóstico por los médicos de familia. Que en épocas invernales superan las visitas en consulta.

La OPS ha estimado que la mortalidad por infecciones respiratorias agudas bajas varía desde 16 por 100000 hasta el 3 %. En la población pediátrica existe una marcada Cocksackie y Echovirus, en la poliomielitis, infección por Citomegalovirus, Herpes y varicela, siendo la principal reacción de la mucosa la linfocitaria

Las bacterias causantes más frecuentes son: Haemophilus influenzae, Streptococcus

### V. EVALUACIÓN DEL PACIENTE

Es importante tomar en cuenta que el diagnóstico de las BA es fundamentalmente clínico.

#### ANAMNESIS

**Edad.** La inflamación aguda de las vías aéreas es más frecuente en la infancia y en la vejez. En la primera, porque el árbol bronquial es relativamente corto y permite una rápida entrada de microorganismos; a esta inmadurez anatómica se asocia una funcional, la inmadurez fisiológica de los mecanismos de defensa. En las personas mayores las enfermedades previas juegan un

predisposición en lactantes y niños pequeños, a partir de los 5 años la incidencia disminuye (4).

### III. FACTORES DESENCADENANTES

- Afección pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- Tabaquismo.
- Contaminación del aire, polvo y emanaciones ambientales (10)
- Tiempo frío y húmedo.
- Mala alimentación.
- Enfermedad reciente que haya reducido las defensas. (9)

### IV. ETIOPATOGENIA

Las causas más frecuentes de BA son las infecciones virales, responsables del más del 90% de los casos están: Myxovirus (gripe), parainfluenza, respiratorio sincial, sarampión), Adenovirus (adenoideo-faringo-conjuntival), Rinovirus (catarro), Micoplasma y virus de la ornitosis (psitacosis). Se observa compromiso bronquial secundario en las infecciones por virus

pneumoniae, Streptococcus pyogenes, Staphylococcus aureus, Escherichia coli y otros. Es posible que la severidad de los ataques se relacione con el tabaquismo y la exposición a gases tóxicos. Estos factores pueden ser responsables de una injuria permanente del tracto respiratorio que facilitan el episodio agudo de infección. (7)

papel importante, además de su tendencia a la complicación del cuadro. Las alteraciones anatómicas favorecen el desarrollo de infecciones bronquiales. (1), (3)

Entre los **antecedentes patológicos** es importante tomar en cuenta la inmunodepresión, diabetes, cardiopatías, EPOC, etc.

La posibilidad de asma, no diagnosticada previamente, es también una consideración frecuente en los pacientes con tos de 2-3 semanas de evolución. El cuadro se complica

porque algunos casos de BA pueden cursar con

### EXPLORACIÓN FÍSICA

Es importante recordar que las BA no presentan manifestaciones clínicas características y su diagnóstico se lo realiza por exclusión (1).

Las manifestaciones clínicas se inician con un cuadro catarral de vías respiratorias altas, fque se propaga por vía descendente y aparece tos seca, ruda que progresa a productiva y en muchos casos mucopurulenta. Puede acompañarse de molestias retroesternales o dolor torácico que empeora con la tos, respiración ruidosa, con roncus, que si son de tono alto pueden parecer sibilancias y estertores subcrepitantes a la auscultación. Las crisis de tos y las náuseas pueden originar vómitos. (4) Por lo general los pacientes suelen estar afebriles y no tener signos de repercusión sistémica.

La evolución es favorable en pocos días, persistiendo a veces molestias generales o tos por una semana o más.

Un aspecto importante en la evaluación de los pacientes es descartar condiciones serias, como neumonía y asma, pacientes adultos mayores, con enfermedades concomitantes, alteraciones en los signos vitales (FC mayor a 100 latidos por minuto, FR mayor de 24 por minuto y T<sup>o</sup> oral mayor de 38°C) y en la auscultación del tórax (datos semiológicos indicativos de consolidación focal), la posibilidad de neumonía es muy alta .

### VI. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

El cuadro clínico con las características arriba enumeradas constituye la principal evidencia diagnóstica. Un cuadro viral instaurado, acompañado de tos con y sin flemas, permite establecer el diagnóstico.

La evaluación del esputo puede ayudar a identificar un cuadro bacteriano agregado.

La radiografía del tórax y la oximetría podrían ayudar a excluir un cuadro neumónico aunque no es necesaria excepto en pacientes con EPOC que suelen cursar con neumonías atípicas.(9)

Un paciente con frecuencia cardiaca no mayor de 100, frecuencia respiratoria no mayor de 24, en ausencia de fiebre y sin signos auscultatorios compatibles con neumonía, no requiere

hiperreactividad bronquial.

otros estudios diagnósticos. Haciendo exclusión a los ancianos y pacientes con enfermedades concomitantes (11)

La solicitud de hemograma y otros exámenes paraclínicos queda a consideración del médico, recordando que en general no tienen valor en el diagnóstico de la bronquitis aguda.

### VII. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Debe hacerse diagnostico diferencial con :

#### ENFERMEDADES CON REACTIVIDAD DE LA VIA AEREA COMO :

**ASMA:** En el momento agudo puede resultar complicado diferenciar una BA del asma, debido a que muchos pacientes con una bronquitis aguda pueden presentar hiperreactividad bronquial transitoria (Con resultados anormales en la espirometría).

**ASPERGILLOSIS:** Se produce casi exclusivamente en inmunodeprimidos y se caracteriza por tos crónica productiva y hemoptisis.

**EXPOSICIÓN OCUPACIONAL:** Se sospecha al interrogar al paciente sobre empeoramiento de los síntomas en relación con la exposición en el trabajo.

**BRONQUITIS CRONICA:** La duración y patrón de los síntomas permite realizar el diagnostico

**INFECCIONES RESPIRATORIAS.**

**SINUSITIS:** Predomina el moco nasal y la cefalea.

**CATARRO COMÚN:** Síntomas más leves, congestión nasal y rinorrea.

**FARINGITIS:** Predominio de la odinofagia, fiebre con o sin exudado faríngeo.

**INSUFICIENCIA CARDICA CONGESTIVA:** Disnea paroxística nocturna, ortopnea, ingurgitación venosa yugular, edemas en extremidades inferiores, crepitantes en la auscultación pulmonar, etc.

**NEUMONIA:** Hay que sospechar neumonía en el caso de que aparezca taquicardia, taquipnea, fiebre mayor a 38° C o una auscultación

pulmonar anormal (crepitantes). Estaría indicado realizar una radiografía de tórax.

**INFECCION POR BORDETELLA PERTUSSIS:** La bronquitis aguda causada por Bordetella pertusis obliga a tratamiento antibiótico.

**TUBERCULOSIS:** Sospechar en los casos de tos prolongada, hemoptisis, pérdida de peso, fiebre de predominio vespertino, etc.

**IECAS:** La Tos prolongada es el efecto secundario mas frecuente de estos medicamentos y debe sospecharse en todo paciente que este recibiendo este tratamiento y presente tos prolongada.

**REFLUJO GASTROESOFAGICO:** Causa común de tos crónica, generalmente se acompaña de otros síntomas como pirosis, sabor a acido en la boca, etc.

**TUMOR BRONCONGENICO:** Sospechar en pacientes fumadores o con determinadas exposiciones ambientales, que presentan tos crónica, síndrome general, radiografía de tórax sugestiva, etc.

**INHALACION DE HUMO U INHLACION DE OTROS TOXICOS:** investigar HCa.

**ASPIRACION DE CUERPO EXTRAÑO:** Generalmente sucede en niños y debe basarse en historia clínica y confirmarse con una radiografía de tórax. (6)

## VIII. TRATAMIENTO

### **Tratamiento farmacológico.**

El tratamiento de las bronquitis agudas es sintomático en general.

#### **Broncodilatadores.**

Los agonistas beta 2 producen alivio significativo de los síntomas, disminuyendo la duración y la severidad de los mismos, lo cual no es extraño dada la frecuencia con la que suele aparecer hiperreactividad bronquial en esos casos. No existe consenso sobre los subgrupos de pacientes que son más propensos a experimentar beneficios con ese tipo de fármacos.

La dosis recomendada es de dos disparos (100ug por puff) cuatro veces al día.

#### **Expectorantes y antitusivos.**

Aún no se conoce con certeza el efecto de los expectorantes.

Los antitusivos pueden proporcionar alivio sintomático a pacientes en quienes la tos dificulta el descanso o que genere otros síntomas ( ej. Vómitos, incontinencia urinaria, etc.). También justificamos en pacientes recién operados de cirugías abdominales.

Es importante tomar en cuenta que más del 50 % de los pacientes con bronquitis aguda la tos puede prolongarse hasta 3- 4 semanas sin que implique complicación de la BA.

En relación a la **antibioticoterapia** no hay evidencia en la literatura que respalde el uso de los mismos en el tratamiento de las BA; a pesar de esto es frecuente hallar pacientes tratados con antibióticos en respuesta a la ansiedad del paciente, su familia y del mismo médico.

#### **Fármacos contra influenza.**

La amantadina y la rimantadina son eficaces para evitar y tratar infecciones por virus de la Influenza A no complicadas en adultos, la administración a dosis de 200mg/día durante 5 días, abrevia la duración de la fiebre y las molestias sistémicas, en uno a dos días; apresura la recuperación funcional y a veces disminuye la duración de la excreción de virus. En niños no se ha establecido la dosis óptima ni la duración del tratamiento. Tampoco se sabe si la terapéutica aminora el peligro de complicaciones en sujetos de alto riesgo o si resulta útil en personas con complicaciones pulmonares establecidas. Entre los efectos adversos se pueden presentar pequeñas molestias gastrointestinales (náuseas, anorexia) y en el sistema nervioso central (nerviosismo, obnubilaciones, insomnio, alucinaciones, convulsiones o coma en dosis muy altas). Tener cuidado con el uso en pacientes ancianos, con problemas neuropsiquiátricos. No se ha definido la inocuidad en embarazadas en animales la amantadina es teratogena(3)

#### **Tratamiento no farmacológico.**

##### **Recomendaciones generales:**

- Lo más importante de un abordaje terapéutico adecuado es brindar al paciente una explicación clara de la naturaleza y el curso clínico de la enfermedad. Esa práctica ayudará a que el paciente comprenda y acepte mejor la duración de su padecimiento, y a que el médico pueda explicar y justificar las razones por las que generalmente no es

necesario la prescripción de algunos medicamentos, como los antibióticos.

- Es importante tranquilizar al paciente explicándole que la tos puede durar más de 2 semanas.

#### **Recomendaciones ambientales:**

- Uso de vaporizadores.
- Humidificadores ambientales,
- Evitar irritantes bronquiales: evitar tabaquismo o disminuirlo, uso de mascarar en trabajos expuestos a gases tóxicos.

#### **Recomendaciones Alimenticias:**

- Eliminar de la dieta alimentos potencialmente formadores de moco, como: alimentos procesados, azúcares, frutas muy dulces (mango, uvas, banano) frituras, harinas blancas (pan blanco, tortillas, popusas, arepas, pastas, etc.)
- Incluya ajo y cebollas en la dieta, contienen quercetin y mustard oils, que son sustancias desinflamatorias.
- La sopa de pollo ha demostrado tener un ingrediente que ayuda a despegar el moco facilitando así su eliminación.

### **IX. CRITERIOS DE TRANSFERENCIA O INTERNACION**

Si se realiza un diagnóstico definido, la bronquitis aguda no requiere referencia a menos que existan complicaciones. (11) por ej.

- Si hay síndrome de dificultad ventilatoria.

- Fiebre continua.

- Cuando por la clínica se sospecha una consolidación (atelectasia o infiltrado).(10)

### **X. PREVENCIÓN**

Aunque la inmunización contra la influenza no es recomendada en toda la población, debería tenerse en cuenta para los individuos con factores de riesgo como edad mayor de 65 años.

Existen en el mercado vacunas polivalentes de polisacáridos capsulados de *S. pneumoniae* que mantienen un significativo nivel de anticuerpos que colaboran con las defensas propias de la infección.

Disminuir el contagio de virus con medidas tan simples como el lavado de manos, el uso de máscaras (tapabocas).

Evitar el contacto con enfermos, campañas de salubridad y educación son eficaces, especialmente en épocas de epidemia.

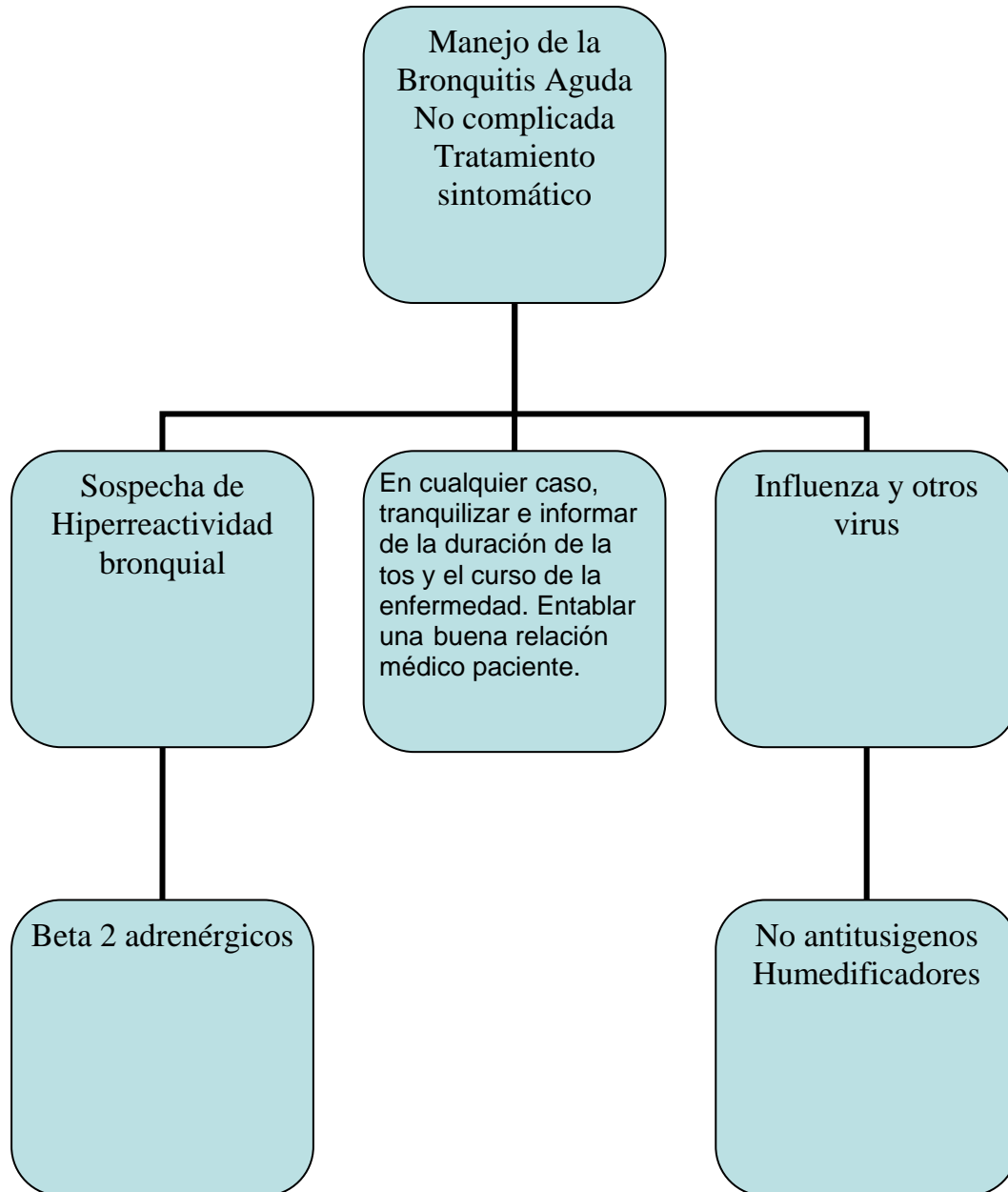
Se deben evitar a toda costa los cambios bruscos de temperatura, en particular el frío y la humedad ambiental, que junto con la contaminación ambiental pueden predisponer a sufrir BA.

Si el paciente es fumador estimular a dejar el hábito (8)

### **XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Rubinstein A, Terrasa S. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2da ed. Buenos Aires (Argentina): Editorial Panamericana; 2006.p.915-921.
2. Tierney L, McPhee S, Papadakis M. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. 35ª ed. Distrito Federal (México):editorial Manual Moderno; 2002.p.275-321
3. Díaz A. Bronquitis aguda: diagnóstico y manejo en la práctica clínica, Univ. méd. Bogotá (Colombia) enero - marzo, 2008, 49 (1): 68-76.
4. Vázquez P. Bronquitis Aguda. Guías de Fisterra. Coruña España, 2006; 13:189-192.
5. Rodríguez S, Hernández A. Bronquitis (tráqueobronquitis) aguda (v.2/2007). Guía\_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 04/12/2007; consultado el 12/ 09/2008]. Disponible en <http://infodoctor.org/gipi>.
6. Brunton L, Lazo J, Parker K. Goodman y Gilman Las bases farmacológicas de la terapéutica.11ava ed. Bogotá (Colombia): Editorial Mc Graw-Hill Interamericana; 2006. P. 1256-1260.
7. Bras J, Emili J. Pediatría en Atención Primaria. 2da ed. Barcelona (España); editorial Masson ; 2005. p. 521-524.
8. Callahan C. Bronchitis, Acute and Chronic. eMedicine. [actualizado el 30/10/2006; consultado el 12/09/2008]. Disponible en [www.emedicine.com/ped/topic288.htm](http://www.emedicine.com/ped/topic288.htm)
9. Aparato respiratorio, bronquitis-asma, disponible en F:\cr.int.htm
10. Bronquitis aguda, disponible en [salud.com/enfermedades/bronquitis\\_aguda\\_.asp](http://salud.com/enfermedades/bronquitis_aguda_.asp)
11. Zurro M, Pérez C. Atención Primaria. 3era ed. Barcelona (España); editorial Mosby/Doyma; 1994.p.378.

## XI. ALGORITMO DE MANEJO



EXTRAIDO DE FISTERRA