

PROCOLO DE TRATAMIENTO DE LA BRONQUITIS AGUDA

Indice:

1. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO	4
2. PATOLOGÍA	4
3. DIAGNÓSTICO	4
3.1. Historia clínica	4
3.2. Pruebas complementarias	4
3.3. Diagnóstico diferencial.....	5
4. TRATAMIENTO	5
4.1. Medidas higiénicas generales.....	5
4.2. Tratamiento sintomático.....	5
4.3. Tratamiento antibiótico	5
5. BIBLIOGRAFÍA	7

MODIFICACIONES

REVISIÓ	DATA	DESCRIPCIÓ
tercera	Sept 2015	


PREPARAT***
REVISAT/VALIDAT****
APROVAT*****
Nom, llinatges i signatura

 Dra. Nuria Toledo.
 Dra. Belén Núñez.

Servicio Neumología

Comisión Infección Hospitalaria

REVISIÓ LINGÜÍSTICA
DATA:

 Son Espases hospital universitari COMISIÓN DE INFECCIÓN HOSPITALARIA	PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LA BRONQUITIS AGUDA	CODI*
		REVISIÓ**
		DATA
		Pàgina 4 de 7

1. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO

La bronquitis aguda es una patología muy prevalente, que consume muchos recursos sanitarios y una de las causas principales de abuso de antibióticos.

El objetivo de este protocolo es clasificar a los pacientes que realmente se beneficien del uso de antibióticos.

2. PATOLOGÍA

La bronquitis aguda se define como un proceso inflamatorio autolimitado del árbol bronquial que cursa con tos y producción de esputo secundario a la infección concomitante de vías respiratorias altas. Esta enfermedad afecta anualmente a un 5% de los adultos y tiene mayor incidencia en época invernal.

La etiología es vírica (*virus influenza y parainfluenza, coronavirus, rhinovirus, virus respiratorio sincitial y adenovirus*) en un 90-95% de los casos. Raramente intervienen bacterias como *Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae* y *Bordetella pertussis*.

3. DIAGNÓSTICO

3.1. HISTORIA CLÍNICA

La bronquitis aguda se manifiesta con una clínica semejante a la infección de vías respiratorias altas pero se diferencia con ésta por persistencia de tos de más de 5 días. Puede acompañarse de expectoración mucosa o purulenta. En la auscultación pulmonar se pueden hallar sibilantes y ronus.


3.2. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

A) Radiografía de tórax

Está indicado realizar radiografía de tórax en aquellos pacientes con clínica de tos aguda y alguno de los siguientes criterios:

- Alteración de signos vitales (Frecuencia cardíaca >100lpm, Frecuencia respiratoria >24rpm, o Temperatura >38°C).
- Presencia de crepitantes en la auscultación respiratoria.
- Alteración aguda del estado cognitivo de base en pacientes > 75 años.
- Tos de más de 20 días de evolución.

B) Estudios microbiológicos

 son Espases hospital universitari COMISIÓN DE INFECCIÓN HOSPITALARIA	PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LA BRONQUITIS AGUDA	CODI*
		REVISIÓ**
		DATA
		Pàgina 5 de 7

Se recomienda realizar la detección rápida de PCR para el virus de la gripe y cultivos de virus en muestras respiratorias en los siguientes casos:

- En pacientes que requieran ingreso hospitalario.
- Si existe contexto epidemiológico y clínica compatible (síntomas de bronquitis aguda y fiebre).

3.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En el diagnóstico diferencial se debe tener en cuenta: a) bronquitis crónica, neumonía, síndrome de goteo postnasal, reflujo gastroesofágico y agudización asma bronquial.

4. TRATAMIENTO

4.1. MEDIDAS HIGIÉNICAS GENERALES: Abstención de fumar, hidratación oral.

4.2. TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

- Analgésicos (paracetamol, AINEs, etc.).
- Broncodilatadores si broncoespasmo (ipratropio, salbutamol).
- Si tos no productiva valorar agentes antitusígenos*.
- Si tos persiste >20 días y habiéndose descartado tuberculosis: valorar corticoides inhalados durante 7 días*.


*no existen estudios que respalden su uso.

4.3. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO

Los antibióticos no están recomendados en la mayoría de los casos de bronquitis aguda. Excepto:

1. Aquellos pacientes con alto riesgo de complicaciones por presencia de comorbilidad previa (cardíaca, pulmonar, renal, hepática, enfermedad neuromuscular o inmunosupresión).
2. Pacientes >65 años con tos aguda y 2 ó más de los siguientes criterios, o pacientes >80 años con 1 ó más criterios:
 - Ingreso en el hospital en el año anterior.
 - Diabetes tipo 1 ó 2.
 - Historia de insuficiencia cardíaca.
 - Tratamiento habitual con corticoides orales.
3. Pacientes con niveles elevados de procalcitonina
4. Aquellos pacientes con diagnóstico etiológico de virus de la gripe (sólo si ingreso hospitalario).

SITUACIÓN CLÍNICA	ANTIBIÓTICO DE ELECCIÓN
1/2/3	Amoxicilina/ácido-clavulánico 500/125 mg/8h, 5-7 días. Sólo en casos de alergia: levofloxacino 500mg/24h, 5 días.
4 Virus de la gripe (A y B)	Oseltamivir (Tamiflu) 75 mg/12h, 5días

	PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LA BRONQUITIS AGUDA	CODI*
COMISIÓN DE INFECCIÓN HOSPITALARIA		REVISIÓ**
		DATA
		Pàgina 7 de 7

5. BIBLIOGRAFÍA

- Kroening-Roche JC. Antibiotic and bronchodilator prescribing for acute bronchitis in the emergency department. J Emerg Med 2012; 43:221.
- Thomas M File. Acute Bronchitis in Adults. 2015. www.uptodate.com.
- Richard P. Wenzel. Acute Bronchitis. N Engl J Med 2006; 355:2125-30.
- Sidney S. Braman. Chronic Cough Due to Acute Bronchitis. Chest 2006; 129; 95S-103S.