

BRONQUITIS AGUDA

Enfermedades del aparato respiratorio

INTRODUCCIÓN

La bronquitis aguda es un proceso inflamatorio autolimitado del árbol bronquial. Aparece generalmente tras una infección de la vía aérea. Se caracteriza por la presencia de tos, con empeoramiento nocturno que persiste durante más 5 días y puede durar hasta 4-6 semanas (media: 3 semanas), con producción de esputo amarillento o mucopurulento (50% de las bronquitis agudas). Es más frecuente en mujeres y en invierno. Se presenta en pacientes sin enfermedad pulmonar crónica. Los contaminantes aéreos, tóxicos etc. pueden también desencadenar una respuesta inflamatoria en la vía aérea con hiperreactividad bronquial y aumento de la producción de moco. La tos puede estar acompañada de broncoespasmo (evidenciado por la reducción del FEV1 en 40% de las bronquitis agudas) o disnea leve. En la auscultación pulmonar se pueden apreciar sibilancias o roncus modificables por la tos, sin signos de consolidación. Se acompaña de síntomas generales (fiebre, anorexia y artromialgias).

En más del 95% de los casos, la etiología es vírica (influenza A y B, parainfluenza, coronavirus 1-3, rinovirus, virus respiratorio sincitial y metapneumovirus humano). En un 5% se aíslan bacterias como *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydomphila pneumoniae* o *Bordetella pertussis* (7-32% de adultos con tos prologada > 3 semanas). En las bronquitis por *M. pneumoniae* o *C. pneumoniae* en ausencia de neumonía, no se recomienda el uso de antibióticos de forma general. Sin embargo, en las producidas por *B. pertussis*, aunque el tratamiento antibiótico probablemente no modifique el curso de los síntomas, es útil para evitar la diseminación. Solo en pacientes con patología crónica de base se identifican *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* o *Moraxella catarrhalis*, aunque puede tratarse de colonización y no de infección.

No existe relación entre la etiología “no vírica” con la duración de la tos ni con el aspecto del esputo, aunque sea purulento. La evolución de la infección del tracto respiratorio inferior con tos aguda es generalmente leve, sin complicaciones y similar la de origen bacteriano a la no bacteriana. La sobreinfección bacteriana grave y el riesgo de neumonía asociado a la bronquitis aguda es poco frecuente en individuos sanos (<1-5%); el riesgo, sin embargo, aumenta con la edad y comorbilidad.

Información al paciente:

- Resolver las expectativas del paciente acerca del curso natural y la duración de la enfermedad (los síntomas pueden tardar 3 semanas en desaparecer).
- Explicar al paciente por qué no es necesario un antibiótico. Es conveniente que el médico tranquilice al paciente explicando que la infección respiratoria, incluso si es bacteriana, es una condición autolimitada.
- Informar al paciente de las medidas de **prevención** de transmisión de la enfermedad: taparse la boca al toser, mejor con el antebrazo que con la mano y el lavado frecuente de las manos.
- En infecciones por ***B.pertussis***, es preciso el **aislamiento** respiratorio de los casos los primeros cinco días tras el inicio del tratamiento antibiótico, evitando el contacto con niños pequeños que no hayan recibido la serie primaria de vacunación. En los casos sospechosos que no reciban tratamiento antibiótico, el aislamiento respiratorio durará 21 días desde la aparición de la tos paroxística o hasta que esta desaparezca.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
BRONQUITIS AGUDA	No indicado tratamiento antibiótico (explicar al paciente las razones de la no prescripción de antibióticos). Tratamiento sintomático: Paracetamol 500-650 mg/6-8h vo (máx. 4 g/d) o Ibuprofeno 400 mg/8h vo	Actitud expectante y considerar prescripción diferida de antibióticos.

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
<p>Signos de infección grave y comorbilidad grave</p> <p>o</p> <p>Paciente > 65 años con (2 o más) o >80 años con (1 o más) de los siguientes criterios: hospitalización en el año previo, DM, ICC, uso de corticoides orales</p> <p>o</p> <p>Empeoramiento de la bronquitis aguda a lo largo de las 2 primeras semanas</p>	<p>Valoración individual del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si muy grave: considerar remitir a hospital. - Realizar diagnóstico diferencial de neumonía ((Véase «Neumonía»)). - La justificación del uso de antibióticos en estos pacientes sería la de evitar la posible evolución a neumonía: <p>Amoxicilina 1 g/8h vo, 5 días ó 1 g/8h vo el 1^{er} día seguido de 500 mg/8h vo , 4 días más</p>	<p>Alergia a betalactámicos:</p> <p>Claritromicina 500 mg/12h vo, 5 días</p>
<p><i>B. pertussis</i></p>	<p>Azitromicina 500 mg/24h vo, 3 días ó 500 mg/24h el 1^{er} día seguido de 250 mg/24h, 4 días más</p> <p>o</p> <p>Claritromicina 500 mg/12h vo, 7 días</p>	<p>Resistencia, intolerancia o contraindicación a macrólidos:</p> <p>Sulfametoxazol/Trimetropim 800/160 mg/12h vo, 7 días</p>

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Reposo, buena hidratación, abandono del tabaco en los fumadores y evitar el humo del tabaco y otros contaminantes.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

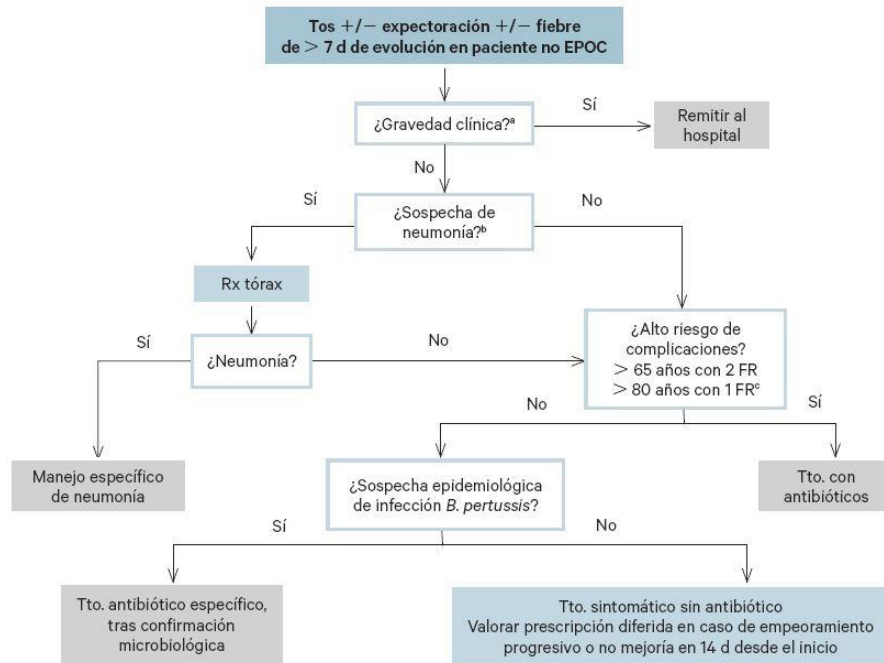
La evolución de la infección del tracto respiratorio inferior con tos aguda es generalmente leve, sin complicaciones y sin diferencias significativas, sea "bacteriana" o "no bacteriana". Se ha demostrado que en la mayoría de los pacientes los antibióticos tienen poco o ningún efecto. El enfoque más adecuado en estos casos es "esperar y ver" y, si se considera necesario, utilizar la prescripción diferida de antibióticos.

Sin embargo, es importante identificar a los pacientes que necesitarían un tratamiento con antibiótico, aquellos con infección grave o neumonía. El

tratamiento antibiótico se reserva para aquellos casos en los que existe la sospecha o la confirmación diagnóstica de un patógeno específico o en aquellos pacientes con alto riesgo de complicaciones, o cuando el tratamiento puede limitar la diseminación de una enfermedad contagiosa.

Pacientes con signos de infección grave: disnea, taquipnea, dolor torácico, hemoptisis, empeoramiento del estado general, cambios en signos vitales (fiebre alta, taquicardia, hipotensión arterial) y comorbilidad grave: insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia respiratoria crónica, EPOC, inmunodeprimidos, Diabetes Mellitus insulino-dependientes, insuficiencia renal crónica avanzada, insuficiencia hepática crónica, enfermedades neuromusculares crónicas, fibrosis quística. **Y con comorbilidad grave:** insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia respiratoria crónica, EPOC, inmunodeprimidos, Diabetes Mellitus insulino-dependientes, insuficiencia renal crónica avanzada, insuficiencia hepática crónica, enfermedades neuromusculares crónicas, fibrosis quística.

Empeoramiento de la bronquitis aguda a lo largo de las 2 primeras semanas: deterioro progresivo del estado general, aparición de fiebre o aumento de la tos y/o de la dificultad respiratoria.



Algoritmo. Tomado de: *Manual de enfermedades infecciosas en Atención Primaria. semFYC Ediciones; 2017.*

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Si la tos persiste más de lo normal, el paciente debe ser reevaluado antes de 8 semanas.

Valorar la evolución de los síntomas a los 7-10 días y, si no mejora, reevaluar al paciente y plantearse los diferentes diagnósticos diferenciales. En paciente con comorbilidad debe ser evaluado a los 2 días de la primera visita. Si la fiebre persiste más de 4 días, el paciente debe ser reevaluado.

SEGUIMIENTO

Seguir a aquellos pacientes con pruebas de obstrucción al flujo aéreo.

Solicitar RX de tórax a los pacientes con: tos persistente, mala evolución, mal estado general con o sin fiebre (aunque la auscultación pulmonar sea normal o anodina ya que puede presentar una neumonía, sobre todo en ancianos).

SEGURIDAD

Macrólidos. Precaución en pacientes con riesgo de prolongación de intervalo QT: pacientes con prolongación de intervalo QT documentada o congénita, pacientes que actualmente estén recibiendo tratamiento con otras sustancias activas que prolonguen el intervalo QT, pacientes con alteración en los electrolitos, particularmente con hipopotasemia e hipomagnesemia o pacientes con bradicardia clínicamente relevante, arritmia cardíaca o insuficiencia cardíaca grave.

DERIVACIÓN

Valorar derivación ante síntomas de infección y comorbilidad grave.

OTROS

Los beta-adrenérgicos inhalados pueden disminuir los síntomas en pacientes con hiperreactividad bronquial.

No se recomiendan antitusivos, ya que pueden enmascarar tosferina.

Los mucolíticos y expectorantes, de uso todavía amplio, no han demostrado ser eficaces.

No utilizar antihistamínicos ya que secan las secreciones y dificultan la resolución de la infección.

BIBLIOGRAFÍA

1. Teepe J Disease. Course of Lower Respiratory Tract Infection With a Bacterial Cause Ann Fam Med. 2016 Nov;14(6):534-539.
2. Bruyndonckx R, Hens N, Verheij TJ, Aerts M, Ieven M, Butler CC, Little P, Goossens H, Coenen S; GRACE project group Development of a prediction tool for patients presenting with acute cough in primary care: a prognostic study spanning six European countries. Br J Gen Pract. 2018 May;68(670):e342-e350.
3. Cough (acute): antimicrobial prescribing NICE guideline [NG120] Published date: February 2019.
4. Molero García J M, Carandel Jager M. E, Cots Yago J M, Llor C, Muñoz Gutiérrez J, Paredes Saura J. Infecciones del aparato respiratorio inferior. Manual de enfermedades infecciosas en Atención Primaria. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. 4ª ed. Barcelona: semFYC Ediciones; 2017.
5. Bronquitis aguda en adultos Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área del Aljarafe [Internet]. Distrito Sanitario Aljarafe, Servicio Andaluz de Salud; 2018 [acceso 1 Abr 2019]. Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/guiaterapeuticaaljarafe/guiaTerapeuticaAljarafe/guia/guia.asp>
6. File TM Jr. Acute Bronchitis in adults. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/acute-bronchitis-in-adults?> (Accessed on april 05,2019)