

Parte Segunda

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Capítulo 6

Traqueobronquitis aguda

Capítulo 7

Neumonías de la comunidad

Capítulo 8

Enfermedad tuberculosa

Capítulo 9

Infección tuberculosa

Capítulo 10

Manejo de la EPOC en fase de estabilidad clínica

Capítulo 11

Agudización de la EPOC

Capítulo 12

Manejo del paciente con asma bronquial

Capítulo 13

Agudización del asma bronquial

Capítulo 14

Otras formas de obstrucción al flujo aéreo e insuficiencia respiratoria

Capítulo 15

Carcinoma de pulmón

Capítulo 16

Tromboembolismo pulmonar

Capítulo 17

Enfermedades pulmonares intersticiales difusas

Capítulo 18

El síndrome de apneas obstructivas del sueño

Capítulo 6

Traqueobronquitis aguda

María Suárez Pérez
Medicina Familiar y Comunitaria
Centro de Salud El Torrejón
Huelva

José Domingo García Jiménez
Neumología
Hospital Distrital de Faro
Faro (Portugal)

M^a del Águila del Trigo Espinosa
Medicina Familiar y Comunitaria
Centro de Salud El Torrejón
Huelva

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

DEFINICIÓN

Proceso inflamatorio de causa infecciosa de tráquea y bronquios, llamado también bronquitis aguda. Aunque se da a cualquier edad, la población fumadora y los niños presentan una mayor incidencia. Es más frecuente en los meses invernales, cuando prevalecen las infecciones del tracto respiratorio.

La bronquitis aguda es una enfermedad común y es responsable de aproximadamente 10 visitas ambulatorias por cada 1.000 personas por año. Aunque la bronquitis aguda es un cuadro autolimitado, la mayoría de los pacientes se sienten enfermos y muchos no realizan sus actividades habituales

ETIOLOGÍA

La causa más frecuente de traqueobronquitis aguda es una infección viral del tracto respiratorio superior. Dentro de los más frecuentemente implicados encontramos:

- *Virus influenza A y B*
- *Parainfluenza*
- *Coronavirus*
- *Rinovirus*
- *Virus respiratorio sincitial*
- *Metapneumovirus humano*

Dentro de los patógenos sensibles a antibióticos que se han asociado a la traqueobronquitis aguda en adultos previamente sanos están:

- *Mycoplasma pneumoniae*
- *Chlamydia pneumoniae*
- *Bordetella pertussis*

SOSPECHA DIAGNÓSTICA

Sospecharemos una traqueobronquitis aguda en el paciente con infección respiratoria aguda y tos, pero como un número importante de enfermedades más graves del tracto respiratorio inferior producen tos, la bronquitis debe considerarse como diagnóstico de exclusión. Es necesario obtener una anamnesis completa, incluyendo información sobre exposición a sustancias tóxicas e historia de tabaquismo. Las consideraciones epidemiológicas y los antecedentes de vacunación pueden ayudar en el diagnóstico de las causas específicas de bronquitis, como *virus influenza*, *Mycoplasma pneumoniae* y tosferina, si bien esta última es rara en adultos.

CLÍNICA

- **Tos:** Es un síntoma temprano de muchas infecciones respiratorias agudas, y suele ser más sobresaliente a medida que la enfermedad progresa. Los pacientes con traqueobronquitis aguda, probablemente representan un subgrupo de todos los pacientes con infección respiratoria aguda. En un estudio prospectivo sobre la misma, encontraron que el 45% de los pacientes seguían tosiendo dos semanas después de la presentación y el 25% seguían haciéndolo después de tres semanas.
- **Expectoración:** Se comunicó la producción de esputo en un 50% de los casos en los cuales aparecía tos, siendo el mismo inicialmente de características mucoides, para tornarse en formas más purulentas en los estadios posteriores de la enfermedad. La frecuencia y duración de la tos son más prolongadas en los fumadores de cigarrillos.
- **Dolor subesternal:** Muchos pacientes pueden presentar también dolor con la tos y la respiración.
- **Cianosis:** Es un signo infrecuente salvo si hay patología pulmonar de base.
- **Disnea:** En casos de accesos de tos incoercible, puede haber sensación disneica, pero como en el caso anterior es poco evidente si no hay un sustrato patológico.
- **Hemoptisis:** La expectoración de sangre es rara, pero puede ocurrir. Debemos de alertarnos y realizar exámenes complementarios para descartar otras patologías de mayor gravedad.
- **Fiebre:** Dependerá del agente infeccioso causante de la afección y de la edad del paciente. Las infecciones por *virus influenza*, *adenovirus* y *Mycoplasma pneumoniae* producen a menudo distermias.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Comenzaremos por valorar los parámetros vitales como la temperatura, presión arterial y pulso. A continuación seguiremos con la inspección (coloración de piel y mucosas buscando la presencia de cianosis), frecuencia ventilatoria y palpación de adeno-patías. La auscultación pulmonar es muy importante ya que nos va a detectar la presencia de roncus gruesos, sibilancias y crepitantes, signos que nos orientarán a diferentes posibilidades diagnósticas.

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS BÁSICAS

- **Radiografía de tórax:** Aunque no existe un consenso unánime, ni una guía de práctica clínica sobre este tópico, es aconsejable realizar una radiografía de tórax si existen datos clínicos que sugieran la posibilidad de una neumonía (fiebre, dolor pleurítico, crepitantes, expectoración purulenta), derrame pleural o neumotórax, así como si el paciente presenta hemoptisis, taquipnea o aumento del trabajo respiratorio, o si los síntomas persisten durante más de dos semanas.
- **Examen y cultivo de esputo:** No se suele emplear de rutina ya que el resultado no suele estar disponible en el momento en que hay que tomar una decisión terapéutica, por lo que el tratamiento suele ser empírico. Por otro lado, su interpretación puede ser difícil en esta situación, por ejemplo debido a los cambios en la flora por tratamiento antibacteriano previo.
- **Serología y hemograma:** Sólo están indicados en caso de persistencia de los síntomas o poca respuesta al tratamiento. La elevación de la proteína C reactiva es poco específica ya que frecuentemente se eleva en otros procesos inflamatorios.
- **Análisis citológico de la expectoración:** En caso de fumadores con una historia de consumo de tabaco importante puede realizarse como método de *screening* de neoplasia de pulmón.
- **Monitorización del *Peak-flow*:** Si sospechamos la existencia de asma asociada.

MEDIDAS TERAPÉUTICAS

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

Tratamiento sintomático con antiinflamatorios no esteroideos o paracetamol. No existe una evidencia sólida que apoye el uso de fármacos antitusivos, mucolíticos, antihistamínicos o antihistamínicos en asociación con descongestionantes. En algunos estudios se ha encontrado cierta mejoría de la tos con su uso, pero esta mejoría es de escasa relevancia clínica.

BETA-2 AGONISTAS

La evidencia indirecta para apoyar su uso en la bronquitis aguda esta basada en:

- El hallazgo de alteraciones en el flujo aéreo en personas sanas con infección respiratoria por virus (*Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae*) que se sabe

Traqueobronquitis aguda

causan bronquitis aguda. En un estudio, el 41% de los pacientes diagnosticados de bronquitis aguda tenían < 80% de los valores previstos de volumen espiratorio forzado en un segundo.

- La tos es el síntoma primario en algunos pacientes con asma, y la mayoría de estos pacientes puede lograr la resolución total de sus síntomas con tratamiento con Beta-2 agonistas. Por consiguiente, es posible que la reactividad bronquial produzca no sólo la disnea de la que se quejan algunos pacientes con bronquitis aguda, sino también la tos, que es la característica distintiva de la enfermedad. Estos dos síntomas pueden responder bien a los beta2-agonistas.

A pesar de estas circunstancias, no existen datos suficientes que apoyen el uso rutinario de Beta-2 agonistas para pacientes que no tienen enfermedad subyacente pulmonar que se presentan con una tos aguda o bronquitis aguda.

Sin embargo, al considerar esta circunstancia, deberíamos tener en cuenta el tipo de pacientes que se incluyeron en los ensayos. Los ensayos en niños excluyeron a los pacientes que tenían sibilancias o evidencias de obstrucción bronquial para los que estaba clínicamente indicado el tratamiento broncodilatador. Por lo tanto, no hay ningún dato de niños que tuvieran signos clínicos de obstrucción de la vía aérea en el examen inicial. La utilidad de los Beta-2 agonistas en niños de más de 2 años de edad con evidencias de obstrucción de la vía aérea es, por consiguiente, desconocida.

En los adultos ocurren circunstancias similares, de modo que encontramos que estudios con pacientes con obstrucción del flujo aéreo (sibilancias, hipersensibilidad bronquial o disminución del FEV-1), tenían puntuaciones promedio de síntomas más bajas cuando se trataron con Beta-2 agonistas que con placebo, pero no hay ninguna diferencia de puntuación entre los pacientes sin estas características.

Es interesante destacar también que los pacientes incluidos en los ensayos que notaron mejoría de la tos con Beta-2 agonistas, fueron también incluidos en ensayos que incluían más pacientes con tos productiva, en contraposición a la tos no productiva. Puede ser que estas características de los pacientes (sibilancias y/o tos productiva) puedan usarse para identificar un subgrupo de pacientes con tos aguda, que podría beneficiarse con los Beta-2 agonistas.

ANTIBIÓTICOS

Entre el 60 y 80% de los pacientes que acuden al médico por bronquitis aguda reciben antibióticos. Esto puede deberse a la impresión que tienen los clínicos acerca de que los antibióticos pueden aportar algunos efectos beneficiosos en la bronquitis aguda. Sin embargo, algunos de los beneficios son leves (como una pequeña mejoría en la duración promedio de tos de menos de un día), y pueden tener una dudosa significación clínica.

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Dentro de los argumentos a favor de prescribir antibióticos encontramos:

- Los estudios sobre los pacientes que reciben tratamiento con antibióticos sugieren que incluso pequeños beneficios son considerados como importantes por algunos pacientes.
- Los efectos adversos asociados con el tratamiento antibiótico, son menores y desaparecen cuando se suspende la medicación.

En cuanto a los argumentos en contra de su prescripción encontramos:

- Los modestos beneficios de los antibióticos no compensan sus costos, sus efectos adversos o las consecuencias negativas que tienen sobre los patrones de resistencia a los antibióticos.

Es probable que, como sucede con otras infecciones respiratorias, los antibióticos sean solamente efectivos para un subgrupo de pacientes con bronquitis aguda. Parece ser que los pacientes que tienen otros síntomas típicos de infecciones del tracto respiratorio superior, además de la tos, y que han estado enfermos durante menos de una semana, son los que probablemente se beneficiarán menos con el uso de antibióticos, aunque los ensayos que se han realizado hasta la fecha no proporcionan una alternativa clara para diferenciar otros pacientes con bronquitis aguda que podrían beneficiarse de la terapia con antibióticos, de aquellos que no lo harían.

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

¿QUÉ ES LA BRONQUITIS AGUDA Y CUÁLES SON SUS SÍNTOMAS?

La bronquitis aguda es una infección de los bronquios (las vías aéreas gruesas). Habitualmente se debe a una infección por virus. La infección por bacterias es más rara. El síntoma principal es la tos. También puede tener fiebre, síntomas de resfriado, y dolores musculares. Los síntomas empeoran durante 2-3 días para luego mejorar progresivamente. Sin embargo, la tos puede tardar en desaparecer totalmente hasta 2-3 semanas más que el resto de los síntomas.

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO DE LA BRONQUITIS AGUDA?

- Tome paracetamol o ibuprofeno para bajar la fiebre y aliviar los dolores musculares y de cabeza.
- Beba abundantes líquidos.
- No existe un "remedio milagroso" para la tos. Debe ser paciente. Los medicamen-

Traqueobronquitis aguda

tos contra la tos que puede encontrar en la farmacia le pueden ayudar, pero existen pocas pruebas de que realmente funcionen. Algunos le pueden producir somnolencia. Algunos contienen sustancias que le pueden aliviar la congestión nasal o paracetamol, por lo que debe tener cuidado si, además, está tomando paracetamol para la fiebre o los dolores.

- Los antibióticos no suelen estar indicados si Usted no padece ninguna enfermedad. Su sistema inmune puede vencer a la infección sin más ayuda. Los antibióticos no matan a las bacterias. Incluso si la causa es una bacteria, los antibióticos aceleran poco la recuperación. Los antibióticos le pueden provocar efectos secundarios tales como diarrea o erupciones cutáneas. Los antibióticos son recomendados en el caso de que el proceso no mejore o, a veces, si padece usted una enfermedad respiratoria.
- Si usted fuma, es un buen momento para intentar dejarlo. Las bronquitis, y otras enfermedades pulmonares graves son más frecuentes en fumadores.

¿CUÁNDO CONSULTAR AL MÉDICO?

- Si empeoran la fiebre, los escalofríos o los dolores de cabeza
- Si tiene dificultad para respirar
- Si tiene dolor de pecho o escupe sangre
- Si tiene somnolencia o confusión
- Si la tos dura más de 3-4 semanas
- Ante episodios repetidos de bronquitis
- Si tiene cualquier síntoma que le preocupe

BIBLIOGRAFÍA

1. Caminero Luna JA, Fernández Fau L. Manual de Neumología y Cirugía Torácica de la SEPAR. 1998.
2. Barlett JGM. Uptodate: acute bronchitis. 12-5-2003.
3. Smucny J, Flynn C, Becker L, Glazier R. R.Beta2-agonistas para la bronquitis aguda. La Cochrane Library plus en español Oxford: Update Software 2001.
4. Mandell Gerald L., Bennet JE, Dolin R. Enfermedades infecciosas: principios y práctica. 1997.
5. Smucny J, Fahey T, Becker L, Glazier R, McIsaac W. Antibióticos para la bronquitis aguda. La Cochrane Library plus en español Oxford: Update Software 2000
6. Schroeder K, Fahey T. Systematic review of randomised controlled trials of over the counter cough medicines for acute cough in adults. British Medical Journal 2002.