



FUNDACIÓN NEUMOLÓGICA COLOMBIANA

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

TÍTULO DE LA GUÍA: BRONQUITIS AGUDA NO COMPLICADA

RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN: Javier Lasso
Especialista en Neumología Medicina Interna

FECHA DE ENTREGA ORIGINAL: Marzo de 2003

FECHA DE LA ÚLTIMA REVISIÓN: Enero de 2009

VIGENCIA: DOS AÑOS

RESPONSABLES GENERALES: Departamento Médico
Departamento de Educación y Docencia

BRONQUITIS AGUDA NO COMPLICADA

1. DEFINICIÓN:

Tos de comienzo agudo o subagudo, cuya duración es igual o menor a 3 semanas; acompañada o no de expectoración de características mucoides, purulentas y/o hemáticas; precedida, generalmente, aunque no siempre, de síntomas generales o respiratorios como rinorrea o dolor faríngeo que se presentan en una persona, por lo general sana y en quien se excluye el diagnóstico de neumonía.

Una tos que dure más de tres semanas, se denominará tos crónica o persistente y, desde este punto de vista, el trabajo diagnóstico debe enfocarse a la investigación de *escurrimiento post-nasal*, *reflujo gastroesofágico* y *asma* y debe distinguirse de la “*bronquitis crónica*” que se caracteriza por la presencia de tos y expectoración casi todos los días durante 3 o más meses por dos años consecutivos en ausencia de otra enfermedad que explique estos síntomas.

El cortejo sintomático descrito para la bronquitis aguda no complicada, en el contexto clínico de los pacientes con EPOC, será considerado como *exacerbación aguda* o, simplemente, *exacerbación de EPOC*. Lo anterior en consideración de las diferencias etiológicas y, consecuentemente, terapéuticas.

2. ETIOLOGÍA:

- a.- Los virus respiratorios, (*Influenza B*, *influenza A*, *parainfluenza* y *virus sincitial respiratorio*), que afectan primariamente el tracto respiratorio inferior, son la causa de la gran mayoría de casos de bronquitis aguda no complicada.
- b.- En su orden, le siguen *el Coronavirus*, *el adenovirus* y *los rinovirus*, que afectan primariamente el tracto respiratorio superior .
- c.- La historia de contacto y bronquitis epidémica en guarderías y hogares geriátricos, sugiere el VSR como agente etiológico más probable. Afecta a mayores de 60 años, en quienes la probabilidad de neumonía es casi del 40%.
- d.- Recientemente se ha establecido que la *Bordetella pertussis* y *parapertussis*, *el Mycoplasma pneumoniae* y la *Chlamydia pneumoniae*, son agentes causantes de bronquitis aguda.
- e.- No existe evidencia suficiente para implicar a *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* o *Moraxella catarrhalis* como agentes causantes de bronquitis aguda, sin embargo pueden ser los responsables de la *bronquitis purulenta* que se puede presentar como una superinfección después de un episodio de bronquitis aguda viral.

3. EVALUACIÓN CLÍNICA:

- a.- Los signos vitales normales y el examen físico normal (ausencia de signos de consolidación) reducen la probabilidad de neumonía y hace innecesaria la práctica de otros exámenes diagnósticos, especialmente radiografía de tórax. *Nota:* en la bronquitis aguda puede haber fiebre, taquicardia y taquipnea.

- b.- En la bronquitis aguda, la apariencia purulenta de la expectoración es un mal predictor de infección bacteriana y no es, *per se*, razón suficiente para iniciar tratamiento antibiótico (*9 de 10 pacientes con bronquitis aguda y esputo purulento no tienen neumonía*).

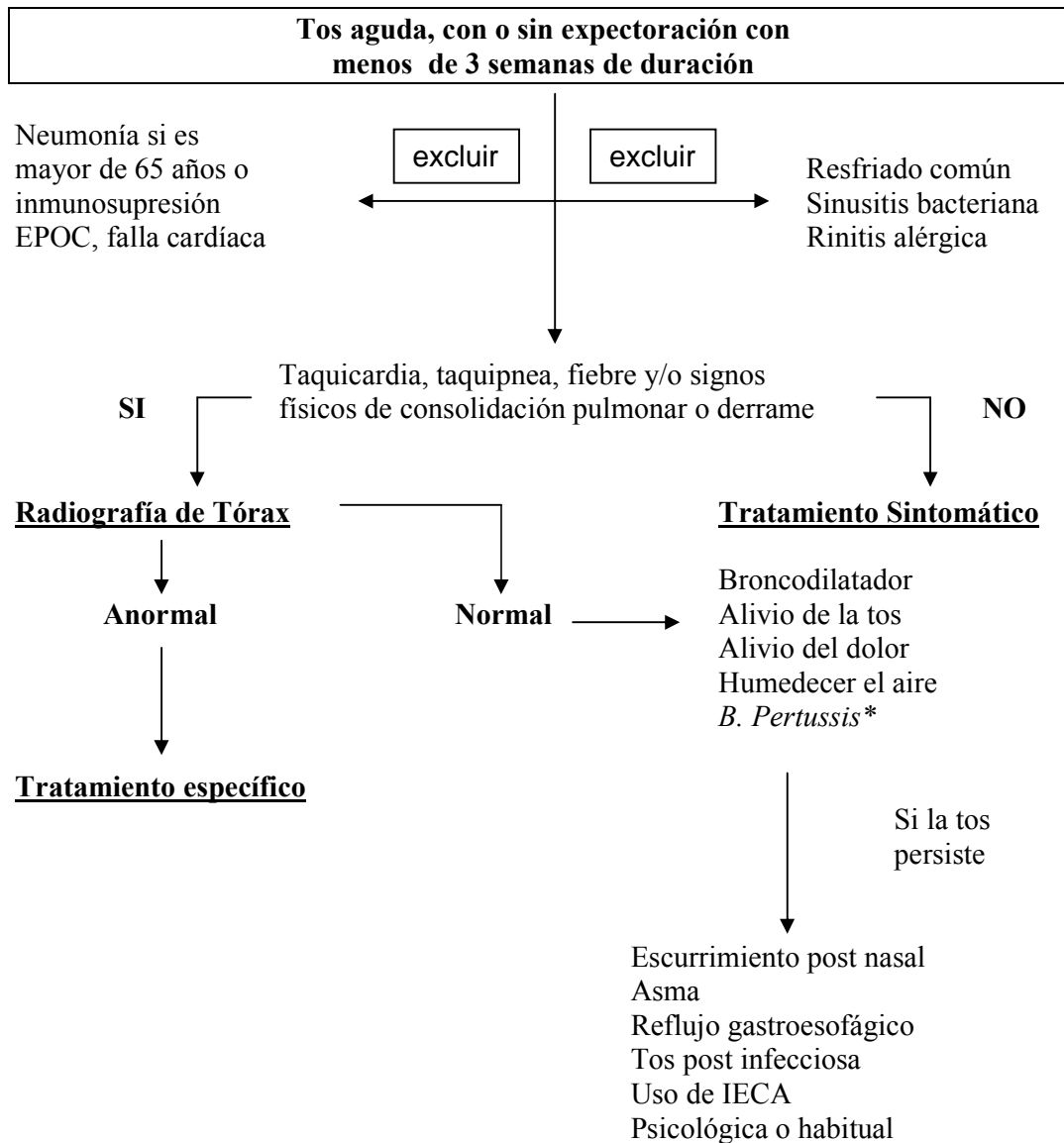
4. TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO:

- a.- Los resultados de estudios clínicos aleatorizados y controlados con placebo, concluyen que *el uso rutinario de antibióticos en bronquitis aguda no reduce* la duración y la severidad de la enfermedad ni disminuye el tiempo de incapacidad funcional o laboral.
- b.- La única circunstancia, poco usual, en la cual está justificado el uso de antibióticos para la bronquitis aguda es la sospecha de infección por *B. pertussis*.
- c.- La administración de inhibidores de neuroaminidasas, por inhalación (*zanamivir*) o por vía oral (*oseltamivir*), administrados por 5 días, e iniciados en las primeras 48 horas del comienzo de los síntomas, han sido eficaces en reducir la duración de la enfermedad en adultos con infección por *influenza A y B*.
- d.- La *amantadina* y la *rimantadina*, tienen actividad contra *influenza A* únicamente; como éste es el germen causal más frecuente en la bronquitis aguda, (70% de los casos), continúan siendo de elección.

5. TRATAMIENTO SINTOMÁTICO:

- a.- El uso de *beta 2 adrenérgicos*, en contraste con los antibióticos, ha demostrado beneficio consistente, particularmente disminuyendo la duración y la intensidad de la tos. No hay evidencia disponible para sustentar el uso de *anticolinérgicos* o *esteroides inhalados*.
- b.- Las preparaciones antitusivas que contienen *dextrometorfano* o *codeína*, tienen un efecto modesto sobre la intensidad de la tos en la fase aguda. Posiblemente sean de mayor utilidad durante la fase de convalecencia.

BRONQUITIS AGUDA



* Antecedente epidemiológico.

6. BIBLIOGRAFÍA

Bartlett, JG. Acute bronchitis. UpToDate, version 10.2., 2002.

González, R. Sande, M. Uncomplicated Acute Bronchitis, Update. Annals of Internal Medicine, Volume 133, Número 12, Diciembre 19 de 2000, 981 a 991.