

OBSERVACIONES:

* Criterio diagnóstico:

El síntoma más común de la bronquitis aguda es la tos aguda, al principio seca y, después, productiva, que empeora por la noche. La duración de la tos puede persistir varias semanas⁹. Es un proceso de etiología vírica en 95% de los casos, autolimitado. No suele requerir el uso de antibióticos⁹.

Realizar una valoración de la historia clínica y un examen físico para realizar un diagnóstico diferencial⁹. Si la historia y los hallazgos clínicos son compatibles con bronquitis aguda, no se recomienda la realización de radiografía, ni analíticas, ni la determinación de PCR ya que los hallazgos no tienen consecuencias para el tratamiento⁹. Cuando no es posible llegar a un diagnóstico clínico, la realización de un test rápido de determinación de la Proteína C Reactiva (PCR) podría resolver situaciones de incertidumbre (aunque por el momento, no se dispone de la técnica de diagnóstico rápido en nuestro ámbito).

& Abordaje farmacológico de la bronquitis aguda:

Si no hay signos de alarma o comorbilidades, no están indicados los antibióticos ni en presencia de esputo purulento⁹. La purulencia forma parte de la historia natural de la bronquitis y **su presencia no implica sobreinfección bacteriana** en pacientes sin enfermedad pulmonar crónica.

Se indica tratamiento sintomático: **paracetamol** (650 mg) (GR A) o antiinflamatorios no esteroideos (**ibuprofeno**, 400 mg cada 8 horas) (GR A).⁹

No está indicado el uso de:

- **mucolíticos** ya que no han mostrado beneficios (GR A)^{9, 16}
- **antitusígenos**, aunque éstos últimos podrían mejorar el descanso nocturno (GR A)^{9, 16}
- sprays o gotas nasales **descongestionantes** ya que aunque mejoran los síntomas a corto plazo, no mantienen la eficacia tras 7 días de tratamiento y además pueden producir rinitis atrófica (GR A)^{9, 16}
- **antihistamínicos, broncodilatadores y corticoides inhalados** (GR A)¹⁶

Existe evidencia inconsistente sobre la eficacia de:

- enjuagues nasales/plulverizaciones con **soluciones salinas** o inhalación de **vapor**⁹.
- consumo regular de **zinc**. Además de sus efectos adversos, no se ha establecido su dosis y duración de tratamiento óptimas⁹
- El consumo crónico de **vitamina C** no tiene efecto en la frecuencia de bronquitis aguda⁹.

§ **Signos de alarma de infección grave:** disnea, taquipnea, dolor torácico, hemoptisis, un empeoramiento del estado general muy severo, cambios en signos vitales (fiebre alta, taquicardia, hipotensión arterial) en pacientes con enfermedad crónica de base (EPOC, insuficiencia cardíaca, diabetes insulino-dependiente, inmunodeprimidos, etc).^{9, 16}

β La justificación del uso de antibióticos en estos pacientes sería la de evitar la posible evolución a neumonía⁹. Deben sopesarse los posibles beneficios del uso de antibióticos ya que estos deben ser superiores a los efectos adversos y compensar el aumento del riesgo de resistencias bacterianas.¹⁶

£ Si estuvieran contraindicados los macrólidos, otra opción serían las fluorquinolonas: **levofloxacin** oral, 500 mg cada 24 horas, 5 días.¹⁶

Según el Protocolo de Vigilancia y Alerta de Tos Ferina de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica¹³ se considera:

- **Criterios con sospecha de infección por *B. pertussis*:** persona que presenta tos durante, al menos, dos semanas CON, al menos, uno de estos tres criterios clínicos:
 - Tos paroxística
 - Estridor inspiratorio.
 - Vómitos provocados por la tos.
- **Caso probable:** persona que cumple los criterios clínicos y tiene vínculo epidemiológico con un caso confirmado.
- **Caso confirmado:** persona que cumple los criterios clínicos y de laboratorio (aislamiento de *B. pertussis* en una muestra clínica, detección del ácido nucleico en una muestra clínica, respuesta de anticuerpos específicos de *B. pertussis*)

Se revisará el estado de vacunación de los casos y, una vez que se haya recuperado clínicamente, se actualizará la vacunación según el calendario vigente¹³. La vacunación no tiene efecto en el curso de la enfermedad.¹³

Según pautas oficiales de vacunación contra la tos ferina, se recomienda vacunación contra *B. pertussis* a todas las mujeres embarazadas entre las semanas 28 y 32 semanas de gestación¹².

▼ NOTAS DE SEGURIDAD

Macrólidos: La Agencia Americana del Medicamento (FDA) (Comunicado de Seguridad, 12 de marzo de 2013) advierte que azitromicina puede ocasionar **irregularidades en el ritmo cardíaco** potencialmente fatales. Los **macrólidos** deben ser usados en precaución en los siguientes pacientes: aquellos con factores de riesgo conocidos como prolongación del intervalo QT, niveles sanguíneos bajos de potasio o magnesio, un ritmo cardíaco más lento de lo normal o el uso concomitante de ciertos medicamentos utilizados para tratar las alteraciones en el ritmo cardíaco o arritmias.

Trimetoprim-sulfametoxazol. Se debe evitar el uso de trimetoprim-sulfametoxazol en pacientes en tratamiento con fármacos que inhiben el sistema renina angiotensina (IECA y ARA II) por su asociación con un incremento de hospitalización por **hiperpotasemia** y un **aumento del riesgo de muerte súbita** en los primeros 7 días tras el tratamiento^{2,5}. Esta asociación también se ha encontrado con el uso concomitante de trimetoprim-sulfametoxazol y espironolactona³.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN: Criterios de gravedad: Obnubilación, taquipnea >35 respiraciones por minuto. Insuficiencia respiratoria atribuible a comorbilidad.

La bronquitis aguda se define como la inflamación de la membrana mucosa del bronquio. Suele ser un proceso autolimitado y el uso rutinario de antibióticos no está indicado⁹. La purulencia del esputo **no** es indicación de tratamiento antibiótico en un paciente previamente sano sin signos torácicos focales a la exploración⁹. La **actitud expectante** y la **prescripción diferida** son buenas opciones para limitar la utilización inadecuada de antimicrobianos en esta situación¹¹.

La causa de la bronquitis aguda puede ser tanto de origen infeccioso como no infeccioso (contaminantes aéreos, tóxicos etc), la cual desencadena un cambio epitelial que origina una respuesta inflamatoria en la vía aérea con hiperreactividad bronquial y aumento en la producción de moco.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA (por orden alfabético)

1. Abramson M et al. COPD-X Concise Guide for Primary Care. Brisbane. Lung Foundation Australia. 2016. Disponible en URL: <http://copdx.org.au/>
2. Antoniou T et al. Trimethoprim-Sulfamethoxazole–Induced Hyperkalemia in Patients Receiving Inhibitors of the Renin-Angiotensin System. A Population-Based Study. Arch Intern Med. 2010;170:1045-9.
3. Antoniou T et al. Trimethoprim–sulfamethoxazole and risk of sudden death among patients taking spironolactone. CMAJ 2015. DOI:10.1503 /cmaj.140816.
4. Chang AB et al. Chronic Suppurative Lung Disease and Bronchiectasis. Sydney: Thoracic Society of Australia and New Zealand; 2014. Disponible en URL: https://www.thoracic.org.au/journalpublishing/command/download_file/id/36/filename/TSANZ_ChronicSuppurativeLungDisease-Guidelines-2016-web.pdf
5. Fralick M et al. Co-trimoxazole and sudden death in patients receiving inhibitors of renin-angiotensin system: population based study. BMJ 2014;349:g6196 doi: 10.1136/bmj.g6196.

6. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (updated 2016): GOLD; 2016. Disponible en: [http:// www.goldcopd.org](http://www.goldcopd.org).
7. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (updated 2017): GOLD 2017. Disponible en: [http:// www.goldcopd.org](http://www.goldcopd.org).
8. Grupo de trabajo de GesEPOC. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) –Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Arch Bronconeumol [Internet]. 2012 [citado 18/12/2014];48(Supl 1):2-58. URL: <http://goo.gl/LW0bmR>
9. Holzinger F et al. The diagnosis and treatment of acute cough in adults. Dtsch Arztebl Int. 2014;111:356-63
10. Montes de Oca M et al. Guía de práctica clínica de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) ALAT-2014: preguntas y respuestas. Arch Bronconeumol. 2015;51:403-16.
11. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Respiratory tract infections. Antibiotic prescribing. Prescribing of antibiotics for self-limiting respiratory tract infections in adults and children in primary care. NICE clinical guideline 69. July 2008. Disponible en URL: www.nice.org.uk/CG069
12. Recomendación de vacunación frente a difteria, tétanos y tos ferina en la mujer embarazada. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Noviembre 2015.
13. SVEA Protocolo de Vigilancia y Alerta de Tos Ferina de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Mayo 2012.
14. U.S. Department of Veterans Affairs. Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). NW Washington: U.S. Department of Veterans Affairs; 2014. Disponible en URL: <http://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/copd/>
15. Vendrell M et al. Diagnóstico y tratamiento de las bronquiectasias. Formativa SEPAR. Arch Bronconeumol 2008;44(11):629-40.
16. Woodhead M et al. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections. Clin Microbiol Infect. 2011;17 Suppl 6:E1-59.