



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE GRADUADOS

TRABAJO DE TITULACION ESPECIAL

PARA LA OBTENCION DEL GRADO DE MAGISTER EN

EMRGENCIAS MÉDICAS

TEMA

“PROPUESTA DE UN PLAN EDUCATIVO PARA LA PREVENCIÓN DE CRISIS

ASMÁTICA DE NIÑOS DEL HOSPITAL BACA ORTIZ”

AUTOR

LIC. PAOLA MARIA RODRIGUEZ LOPEZ

TUTOR

DR. FELIZ CARRERA

AÑO 2016

GUAYAQUIL – ECUADOR

 Presidencia de la República del Ecuador		 Plan Nacional de Ciencia, Tecnología, Innovación y Saberes	
 SENESCYT Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación			
REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIAS Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS			
TÍTULO Y SUBTÍTULO: PROPUESTA DE UN PLAN EDUCATIVO PARA LA PREVENCIÓN DE CRISIS ASMÁTICA DE NIÑOS DEL HOSPITAL BACA ORTIZ			
AUTOR/ES: PAOLA RODRIGUEZ LOPEZ		TUTOR: DR. FELIX CARRERA REVISOR: DRA. ASPIAZU	
INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL		FACULTAD: CIENCIAS MEDICAS	
CARRERA: EMERGENCIAS MEDICAS			
FECHA DE PUBLICACIÓN: NOVIEMBRE 2016		NO. DE PÁGS: 84 PAGINAS	
ÁREA TEMÁTICA:			
PALABRAS CLAVES: PLAN EDUCATIVO. PREVENCION. ASMA.			
RESUMEN: El asma es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por dificultad respiratoria normalmente reversible pero en ocasiones fatal, es la principal causa de hospitalización por enfermedad crónica en servicios de pediatría. La Organización			

Mundial de la Salud pronostica que en 10 años las muertes por asma aumentarían en un 20% si no se toman medidas urgentes, las causas se atribuyen a circunstancias ambientales, exposición a ácaros, emociones fuertes, ejercicio físico. En el tratamiento incluye oxigenoterapia, monitoreo, intubación traqueal, hidratación, radiografías, etc. dependiendo la severidad de la crisis. El asma no tiene cura pero puede controlarse con planes de prevención y tratamientos adaptados a la sintomatología del paciente el presente proyecto tiene como objetivo proponer un plan educativo que pueda ser apoyo para pacientes con este padecimiento y su familia, mediante una ficha de recolección de datos detectar las necesidades educativas.

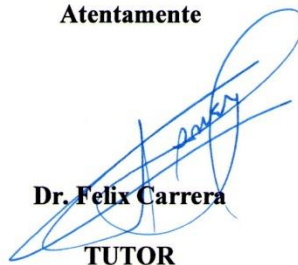
N° DE REGISTRO(en base de datos):	N° DE CLASIFICACIÓN: N°	
DIRECCIÓN URL (estudio de caso en la web)		
ADJUNTO PDF:	☐ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTORES/ES:	Teléfono: 0992910 324	E-mail: paopaor@yahoo.es
CONTACTO EN LA INSTITUCION:	Nombre: Escuela de Graduados	
	Teléfono: 2-288086	
	E-mail: egraduadosug@hotmail.com	

: Av. Whymper E7-37 y Alpallana, edificio Delfos, teléfonos (593-2) 2505660/1; y en la Av. 9 de octubre 624 y Carrión, edificio Promete, teléfonos 2569898/9. Fax: (593 2) 2509054

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del estudiante PAOLA MARÍA RODRÍGUEZ LÓPEZ del Programa de Maestría/Especialidad EMERGENCIAS MEDICAS, nombrado por el Decano de la Facultad de Medicina CERTIFICO: que el trabajo de titulación titulado **“PROPUESTA DE UN PLAN EDUCATIVO PARA LA PREVENCIÓN DE CRISIS ASMÁTICA DE NIÑOS DEL HOSPITAL BACA ORTIZ”**, en opción al grado académico de Magíster (Especialista) en EMERGENCIAS MEDICAS, cumple con los requisitos académicos, científicos y formales que establece el Reglamento aprobado para tal efecto.

Atentamente


Dr. Felix Carrera
TUTOR

Guayaquil, Noviembre 2016

Dr. Felix Carrera Cadenó
PEDIATRA GASTROENTERÓLOGO
LIBRO VI FOLIO 780 No. 2240
REG. I.N.H. 1940

Agradecimiento

Agradezco a las personas que me guiaron para poder culminar con este trabajo investigativo a la Universidad de Guayaquil Y a mí tutor Dr. Felix Carrera por guiarme para poder culminar con el trabajo investigativo y a todas las personas que colaboraron para la culminación de la tesis.

Paola Rodríguez

Dedicatoria

El presente trabajo dedico a mi hijo,
a mis padres, a mi novio y a todas
aquellas personas que supieron
guiarme y apoyarme
incondicionalmente para poder cumplir
una meta más en mi vida profesional.

Paola Rodríguez

Declaración expresa

“La responsabilidad del contenido de esta Tesis de Grado, me corresponden exclusivamente; y el patrimonio intelectual de la misma a la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL”

FIRMA**Paola María Rodríguez López**

Índice de contenidos

Agradecimiento	v
Dedicatoria.....	vi
Declaración expresa.....	vii
Índice de contenidos	viii
Índice de gráficos.....	xi
Índice de tablas	xii
Resumen	xiii
Abstract.....	xiv
Introducción.....	1
Delimitación del problema	3
Formulación del problema	4
Justificación.....	4
Objeto de estudio.....	5
Campo de investigación	5
Objetivos.....	5
Objetivo general	5
Objetivos específicos	5
CAPITULO I.....	7
MARCO TEORICO	7
1.1. El asma	7
1.1.1. Definición	7
1.1.2. Clasificación	7
1.1.3. Epidemiología.....	8

1.1.4. Principales datos y cifras sobre el asma.....	9
1.1.5. Causas	10
1.1.6. Síntomas clínicos	11
1.1.7. Tratamiento	11
1.2. Crisis asmática.....	12
1.2.1. Proceso de atención de enfermería en pacientes con crisis asmática.....	12
1.3. Referentes empíricos	17
CAPITULO 2	20
MARCO METODOLÓGICO	20
2.1. Metodología	20
2.2. Métodos.....	20
2.3. Hipótesis.....	21
2.4. Universo y muestra.....	21
2.5. Criterios de inclusión	21
2.6. Criterios de exclusión.....	21
2.7. Operacionalización de variable	21
2.8. Gestión de datos	24
CAPITULO 3	26
RESULTADOS	26
3.1. Antecedentes de la unidad de análisis o población	26
3.2. Diagnostico o estudio de campo	27
CAPITULO 4	40
DISCUSIÓN.....	40
4.1. Contrastación empírica.....	40
4.2. Limitaciones	41
4.3. Líneas de investigación	41

4.4. Aspectos relevantes	41
CAPITULO 5	42
PROPUESTA	42
Conclusiones	45
Recomendaciones.....	47
Bibliografía	48
Libros	50
Links.....	51
ANEXOS	1
Anexo 1: Instrumento de investigación.....	2

Índice de gráficos

<i>Gráfico 1:</i> Rangos de edad de pacientes con crisis asmática en Hospital Baca Ortiz.....	29
<i>Gráfico 2:</i> Sexo de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz.....	30
<i>Gráfico 3:</i> Residencia de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz	31
<i>Gráfico 4:</i> Estado nutricional de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz	32
<i>Gráfico 5:</i> Factores dependientes en los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz	33
<i>Gráfico 6:</i> Responsable del cuidado de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz	34
<i>Gráfico 7:</i> Factores desencadenantes de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz	35
<i>Gráfico 8:</i> Severidad de la crisis de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz	36
<i>Gráfico 9:</i> Sintomatología de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz	37
<i>Gráfico 10:</i> Complicaciones de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz	38
<i>Gráfico 11:</i> Tratamiento inicial de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz	39

Índice de tablas

Tabla 1: Rangos de edad de pacientes con crisis asmática en Hospital Baca Ortiz.....	29
Tabla 2: Sexo de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz	30
Tabla 3: Residencia de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz.....	31
Tabla 4: Estado nutricional de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz	32
Tabla 5: Factores dependientes de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz.....	33
Tabla 6: Responsable del cuidado de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz.....	34
Tabla 7: Factores desencadenantes de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz.....	35
Tabla 8: Severidad de la crisis de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz.....	36
Tabla 9: Sintomatología de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz.....	37
Tabla 10: Complicaciones de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz.....	38
Tabla 11: Tratamiento inicial de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz.....	39

Resumen

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por dificultad respiratoria normalmente reversible pero en ocasiones fatal, es la principal causa de hospitalización por enfermedad crónica en servicios de pediatría. La Organización Mundial de la Salud pronostica que en 10 años las muertes por asma aumentarían en un 20% si no se toman medidas urgentes, las causas se atribuyen a circunstancias ambientales, exposición a ácaros, emociones fuertes, ejercicio físico. En el tratamiento incluye oxigenoterapia, monitoreo, intubación traqueal, hidratación, radiografías, etc. dependiendo la severidad de la crisis. El asma no tiene cura pero puede controlarse con planes de prevención y tratamientos adaptados a la sintomatología del paciente el presente proyecto tiene como objetivo proponer un plan educativo que pueda ser apoyo para pacientes con este padecimiento y su familia, mediante una encuesta para detectar las necesidades educativas.

Palabras claves:

PLAN EDUCATIVO, PREVENCIÓN, ASMA.

Abstract

Asthma is a chronic inflammatory disease characterized by normally reversible but sometimes fatal respiratory distress, is the leading cause of hospitalization for chronic disease in pediatric services. The World Health Organization forecasts that in 10 years asthma deaths will increase by 20% if no urgent action is taken, the causes are attributed to environmental circumstances, exposure to mites, strong emotions, physical exercise. Treatment includes oxygen therapy, monitoring, tracheal intubation, hydration, x-rays, etc. Depending on the severity of the crisis. Asthma has no cure but can be controlled with prevention plans and treatments adapted to the patient's symptomatology The present project aims to develop an educational guide that can be support for patients with this disease and their family, through a survey to detect the needs Education.

Keywords:

EDUCATIONAL PLAN. PREVENTION. ASTHMA.

Introducción

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas, caracterizada por crisis de tos, dificultad respiratoria y sibilancias, usualmente reversibles, pero a veces graves y ocasionalmente fatales. Es la enfermedad crónica con mayor prevalencia en la edad pediátrica, con elevada morbilidad. La Organización Mundial de la Salud calcula que en la actualidad hay 235 millones de pacientes con asma. Su prevalencia ronda el 10% y sus exacerbaciones-crisis, son un motivo de consulta frecuente, tanto en la atención primaria, como en la hospitalaria.

La Organización Mundial de la Salud pronostica que en 10 años las muertes por asma aumentarían en un 20% si no se toman medidas urgentes, las causas se atribuyen a circunstancias ambientales, exposición a ácaros, emociones fuertes, ejercicio físico. En el tratamiento incluye oxigenoterapia, monitoreo, intubación traqueal, hidratación, radiografías, etc dependiendo la severidad de la crisis. El asma está presente en todos los países, independientemente de su grado de desarrollo. Más del 80% de las muertes por asma tienen lugar en países de ingresos bajos y medios-bajos. Para lograr un control eficaz es imprescindible la educación sobre la enfermedad y que los medicamentos estén disponibles y sean asequibles, sobre todo para las familias de ingresos bajos.

Iván Chérrez, médico especialista en neumología y alergias, sostiene que en Ecuador existe una prevalencia intermedia de casos de asma. “En nuestro país en 2006 se hizo un estudio respecto a esta enfermedad en Guayaquil y otro en Quito. Se llama ‘Isaac’ y se hace a nivel mundial. La prevalencia del asma está en un 12% y la prevalencia de la rinitis cerca del 45%.

Charlas de especialistas, enseñanzas en el manejo correcto de las herramientas, como los inhaladores y sprays, entre otras actividades, son las que realiza el Dr. Camilo Coronel en el Club de Asma que funciona en el Hospital Neumológico Alfredo J. Valenzuela, ubicado en el Cerro del Carmen de Guayaquil.

Este grupo que reúne entre 300 y 500 pacientes de la casa de salud inició sus actividades hace aproximadamente 8 años. “Nuestra labor es capacitar para que el paciente pueda manejar bien su crisis y tenga control de la situación al momento del asma”, explica. “En el club de asma también les enseñamos las medidas que deben tomar para evitar que ese ataque llegue, las prevenciones que deben tener en cuanto a la limpieza, tenencia de mascotas en el hogar, etc.”, explica Coronel.

Según las estadísticas, en el año 2011 hubo 1.882 casos de asma que se atendieron en el hospital de forma ambulatoria, lo que representa un 12,8% de los pacientes. En el tercer trimestre del presente año (julio, agosto y septiembre) el hospital neumológico registra una cifra de 99 casos, lo que significa un 13,1% y se ubica como tercera en las diez primeras causas de morbilidad.

Al servicio de emergencia de los hospitales pediátricos acuden diariamente un número considerable de niños con este problema, es así que en el Hospital Baca Ortiz las crisis asmáticas junto con las afecciones respiratorias constituyen la primera causa de morbimortalidad, por lo que es necesario que el personal de salud se capacite continuamente, para dar atención de calidad incluyendo la educación al paciente; así disminuir la morbimortalidad por esta patología.

El asma no tiene cura pero puede controlarse con planes de prevención y tratamientos adaptados a la sintomatología del paciente el presente proyecto tiene como objetivo

proponer un plan educativo que pueda ser apoyo para pacientes con este padecimiento y su familia, mediante una ficha de recolección de datos para detectar las necesidades educativas.

Delimitación del problema

El asma bronquial es la enfermedad crónica de mayor prevalencia en la edad pediátrica que causa morbilidad y mortalidad. En las dos últimas décadas se ha visto un incremento importante de esta patología. Entre los factores desencadenantes están los productos inhalados principalmente tales como alérgenos en espacios cerrados (ácaros), alérgenos en espacios abiertos (polen, moho), humo del tabaco, factores emocionales y productos químicos.

Se estudiaron pacientes con crisis asmáticas que acuden al servicio de emergencia del Hospital Baca Ortiz del Distrito Metropolitano de Quito. En el presente trabajo se analizan los factores sociodemográficos, biológicos y administrativos; dentro del factor sociodemográfico, es una de las causas el residir en zona urbana por el aumento de la contaminación en los ambientes que se desenvuelve el paciente asmático, el hecho de que el paciente masculino en edad escolar es muy activo es otra de los factores que pueden desencadenar una crisis asmática; dentro de los factores biológicos están los hereditarios como antecedentes de asma o atopia, cuando el paciente ha atravesado alguna infección previa; los factores administrativos podemos decir que la inexistencia de un plan educativo para pacientes y padres de familia, va a producir un cuidado inadecuado del paciente asmático y como consecuencia puede llevar a que se desarrolle complicaciones y un aumento de la frecuencia de crisis asmáticas. Las complicaciones más frecuentes disminución de la capacidad para hacer ejercicio y tomar parte en otras actividades, falta

de sueño debido a síntomas nocturnos, cambios permanentes en la función pulmonar, tos persistente, disnea que requiere asistencia ventilatoria y en casos severos la muerte.

Al servicio de emergencia del Hospital Baca Ortiz a diario acuden pacientes con crisis asmáticas que cada vez va aumentando, lo que puede estar relacionado con falta de educación sobre la patología.

Formulación del problema

¿Cómo evitar las crisis asmáticas a través de un plan educativo, identificando los aspectos que favorecen el apareamiento de crisis en los niños?

Justificación

Un conocimiento básico de la fisiopatología y tratamiento del asma se considera esencial para que los niños y/o sus padres adquieran habilidades en el automanejo de la enfermedad, lo cual se ha asociado a un mejor control de ésta.

La educación debe ser una parte integral de todas las interacciones entre los profesionales del cuidado médico y los pacientes, y es relevante para todos los pacientes con asma. La propuesta de un plan educativo para el manejo del asma ayuda a las personas a realizar cambios a su tratamiento en respuesta a cambios en su nivel del control del asma incluyendo síntomas y/o pico flujo espiratorio, según pautas escritas en forma anticipada.

El presente trabajo está dirigido a proponer un plan educativo a pacientes con crisis asmática a través de una investigación, se realizara una ficha de recolección de datos para valorar las necesidades educativas sobre la patología que será dirigido a pacientes y padres de familia que acuden al Hospital Baca Ortiz, los resultados de la ficha de recolección

reflejara las necesidades de educación de acuerdo a estos se realizara un plan educativo de prevención que será entregada al paciente o su familiar en el ingreso o egreso de Hospital.

Objeto de estudio

Asma Bronquial. Es un trastorno inflamatorio crónico de la vía aérea en la cual participan diversas células y elementos celulares. La inflamación crónica está asociada a un aumento en la hiperreactividad de la vía aérea que conduce a los episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica, y tos, particularmente en la noche o temprano en la mañana. Estos episodios se asocian generalmente a la obstrucción generalizada pero variable en el flujo aéreo pulmonar que es a frecuentemente reversible espontáneamente o con el tratamiento

Campo de investigación

El campo de acción es crisis asmáticas en niños que acuden al Hospital Baca Ortiz

Objetivos

Objetivo general

Determinar una propuesta de un plan educativo para la prevención de crisis asmáticas en niños que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Baca Ortiz.

Objetivos específicos

- Establecer las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con crisis asmáticas que acuden al Hospital Baca Ortiz.

- Identificar aspectos que favorecen el aparecimiento de crisis asmática en niños que acuden al Hospital Baca Ortiz.
- Identificar las principales complicaciones y tratamiento inicial de crisis asmaticas de niños que acuden al Hospital Baca Ortiz.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1. El asma

1.1.1. Definición

Es un trastorno inflamatorio crónico no transmisible de la vía aérea en la cual participan diversas células y elementos celulares, la cual es asociada a un aumento en la hiperreactividad de la vía aérea que conduce a los episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica, insomnio, cansancio diurno, tos, y que pueden manifestarse varias veces al día o a la semana, y en algunos casos empeoran durante la actividad física o por la noche lo que provoca en la mayoría de los casos ausentismo escolar y laboral. (Naranjo C, 2008)

Estos episodios se asocian generalmente a la obstrucción generalizada pero variable en el flujo aéreo pulmonar que es frecuentemente reversible espontáneamente o con el tratamiento.

El asma tiene una baja tasa de letalidad en comparación con otras enfermedades crónicas. (Naranjo C, 2008)

1.1.2. Clasificación

Existen diferentes clasificaciones del asma. En cuanto a su origen se puede dividir en **asma intrínseca y asma extrínseca o alérgica**. (DMedicina, Septiembre 2015)

El origen del asma intrínseca es desconocido y se detecta con mayor frecuencia en la edad adulta.

El asma extrínseca, por su parte, consiste en una reacción antígeno-anticuerpo que desencadena el proceso. Afecta principalmente a niños y adultos jóvenes, se caracteriza por ataques reversibles y breves de broncoespasmos con silbidos y dificultad respiratoria, y se controla con un tratamiento adecuado. Existe una predisposición heredada para padecer alergia, pero la exposición a los alérgenos es necesaria para desarrollar la enfermedad. (DMedicina, Septiembre 2015)

El asma también se puede clasificar como **leve, moderada o grave**, según la frecuencia e intensidad de los síntomas. El asma leve se puede controlar mediante tratamiento farmacológico y no suele alterar la vida cotidiana de los enfermos; el asma moderada requiere tratamientos más severos e interfiere con las actividades diarias de los pacientes; y el asma grave exige un control continuo y puede poner en peligro la vida. (DMedicina, Septiembre 2015)

1.1.3. Epidemiología

El asma es una enfermedad frecuente que varía mucho de un país a otro. Afecta alrededor del 3 al 7% de la población adulta, siendo más frecuente en edades infantiles. Es una de las más importantes enfermedades crónicas, es decir, de duración prolongada, en niños. Es más frecuente en el sexo masculino en una relación de 2:1, pero al llegar a la pubertad, esta relación tiende a igualarse. En los últimos veinte años se ha registrado un aumento en su incidencia debido en parte a la contaminación ambiental y las consecuencias de esta, y en parte al aumento de la población mundial. (Alarcón Franco, 2012)

La enfermedad tiene un fuerte componente hereditario, expresado como un antecedente familiar de rinitis, urticaria y eccema, por ejemplo. Sin embargo, muchos asmáticos no tienen antecedentes familiares que indiquen una asociación atópica. Hasta el momento no se ha demostrado ninguna de las hipótesis infecciosas propuestas como origen del cuadro.

Hay un mayor porcentaje de fumadores y de enfermedades concomitantes alérgicas tales como rinitis, conjuntivitis y dermatitis entre los pacientes diagnosticados de asma alérgica que en otros pacientes. (Alarcón Franco, 2012)

1.1.4. Principales datos y cifras sobre el asma

- El asma es una de las principales enfermedades no transmisibles crónica que provoca inflamación y estrechamiento de las vías que conducen el aire a los pulmones.
- Hay unos 235 millones de personas que padecen asma, que es una enfermedad frecuente en los niños.
- El asma es un problema de salud pública no solo en los países de ingresos elevados; aparece en todos los países independientemente de su nivel de desarrollo. La mayoría de las muertes por asma se producen en los países de ingresos bajos y medianos bajos.
- El principal factor de riesgo de padecer asma son las sustancias y partículas inhaladas que pueden provocar reacciones alérgicas o irritar las vías respiratorias.
- El asma se puede controlar con medicación; evitando sus desencadenantes también puede reducir su gravedad.
- El tratamiento adecuado del asma permite que los afectados tengan una buena calidad de vida.

- El asma es una enfermedad que se diagnostica y se trata menos de lo que debiera, supone una carga considerable para los afectados y sus familias, y a menudo limita de por vida las actividades del paciente. (OMS noviembre 2013)

1.1.5. Causas

Las causas fundamentales del asma no están completamente dilucidadas. Los principales factores de riesgo son la combinación de una predisposición genética con la exposición ambiental a sustancias y partículas inhaladas que pueden provocar reacciones alérgicas o irritar las vías respiratorias, tales como:

- Alérgenos presentes dentro de las viviendas, como ácaros del polvo doméstico que se encuentran en las ropas de cama, las alfombras y los muebles, contaminación del aire o caspa de los animales de compañía.
- Alérgenos que se encuentran fuera de casa, como los pólenes o los mohos.
- Humo del tabaco.
- Irritantes químicos en el lugar de trabajo.
- Contaminación atmosférica. (OMS noviembre 2013)

Hay otros desencadenantes, como el aire frío, las emociones fuertes (miedo, ira) o el ejercicio físico. Algunos medicamentos también pueden desencadenar ataques de asma, como la aspirina y otros antiinflamatorios no esteroideos o los betabloqueantes (fármacos utilizados en el tratamiento de la hipertensión arterial, algunas enfermedades cardíacas o la migraña). (OMS noviembre 2013)

1.1.6. Síntomas clínicos

a) Tos. Es el síntoma más frecuente y persistente, suele ser seca e irritativa al inicio para volverse posteriormente productiva, se presenta durante el día, de predominio nocturno, o ambas, y usualmente se incrementa con el ejercicio, al exponerse a irritantes ambientales o alérgenos. (Alarcón Franco, 2012)

b) Sibilancias. La presencia de sibilancias es uno de los síntomas más característicos pero no indispensables para hacer diagnóstico de asma. Además, es importante recordar que existen otras entidades que pueden ocasionar sibilancias, por lo que es importante hacer diagnóstico diferencial.

c) Disnea. Se presenta de forma episódica y variable, normalmente está relacionada con la intensidad del cuadro y acompaña al resto de los síntomas. Usualmente se presenta en forma tardía y es un indicador de gravedad. En ocasiones se acompaña de dolor u opresión torácica que acompañan a la sensación de falta de aire. (Alarcón Franco, 2012)

1.1.7. Tratamiento

El tratamiento del asma debe cubrir varios frentes: inflamación de la mucosa bronquial, broncoespasmo y alergias. (Arévalo Herrera, 2014)

Inflamación de la mucosa bronquial: en los últimos años se ha demostrado que el tratamiento de la inflamación es la parte más importante del tratamiento del asma. Hasta ahora se ponía demasiado énfasis en la broncodilatación, pero si no se trata la inflamación, los efectos de los broncodilatadores son efímeros. Existen diversos

medicamentos que tienen efecto antiinflamatorio en la mucosa bronquial, pero los más potentes y eficaces son los corticoides (cortisona) inhalados. (Arévalo Herrera, 2014)

Broncoespasmo: los corticoides inhalados no actúan de forma inmediata, aunque cuando hacen efecto tras unos días de tratamiento, el broncoespasmo remite. Pero para el tratamiento inmediato del mismo se utilizan broncodilatadores que normalmente se administran por vía inhalatoria. (Arévalo Herrera, 2014)

Alergias: en pacientes en los que se demuestra un componente alérgico, el tratamiento con antihistamínicos puede ser beneficioso. Por otro lado, con ciertas alergias existen tratamientos inmunológicos eficaces (vacunas) que pueden ayudar notablemente en el control del asma.

El descubrimiento en el año 2006 de que el asma puede ser causada por la sobreproliferación de un tipo especial de linfocito NK puede conllevar últimamente al desarrollo de un mejor y más específico grupo de medicamentos. Los linfocitos T del grupo NK parece ser resistente a los corticosteroides, una de las principales líneas de tratamiento actual. Otras prometedoras opciones en estadios de investigación incluyen el uso de estatinas, que son medicamentos que disminuyen el nivel de colesterol en el plasma sanguíneo y el uso de suplementos con aceite de pescado, para reducir la inflamación en las vías respiratorias. (Arévalo Herrera, 2014)

1.2. Crisis asmática

1.2.1. Proceso de atención de enfermería en pacientes con crisis asmática.

1.-VALORACIÓN

Durante la crisis asmática aguda el personal de Enfermería controla la ventilación y el esfuerzo requerido para respirar mediante la evaluación de los patrones respiratorios.

Observaremos directamente la frecuencia y la profundidad de las respiraciones y uso de músculos accesorios. Auscultaremos los sonidos respiratorios y mediremos la frecuencia del pulso.

Los patrones de respiración serán ineficaces y el trabajo de la respiración alto.

Controlaremos estrechamente el intercambio gaseoso, mediante gasometría y pulsioximetría.

Si la crisis es grave, se puede prever la necesidad de medir con frecuencia los gases sanguíneos e insertar un catéter arterial permanente para evitar las punciones repetidas.

Evaluaremos la intensidad de la disnea y el esfuerzo necesario para respirar.

Controlaremos también el equilibrio de líquidos durante una crisis prolongada, ya que estos pacientes suelen experimentar excesiva disnea para poder ingerir líquidos, que pierden en exceso a causa de la elevada ventilación por minuto.

Una vez estabilizado el paciente, el personal de Enfermería intentará identificar la causa de la crisis, ya que esta información es necesaria para ayudar a controlar sus crisis.

Durante el cuidado de los pacientes en el contexto comunitario, la valoración de Enfermería se centra en los patrones de síntomas, los métodos utilizados para prevenir las

crisis y las técnicas de autocuidado, dirigidas a controlar los episodios agudos. (Rodríguez Carmen, 2011)

II.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Entre los diagnósticos de Enfermería asociados con una crisis de asma se incluyen:

2.1.- Patrón de respiración ineficaz, relacionado con aumento de resistencia de la vía aérea.

2.2.- Trastorno de intercambio gaseoso, relacionado con desequilibrio ventilación-perfusión y alteración de la difusión.

2.3.- Ansiedad y miedo relacionado con la sensación de muerte inminente.

2.4.- Fatiga y pérdida de energía relacionada con el aumento del esfuerzo necesario para respirar.

2.5.- Déficit del volumen de líquidos relacionado con disminución de la ingesta y aumento de la pérdida insensible. (Rodríguez Carmen, 2011)

III.- PLANIFICACIÓN

Los criterios de evolución son los siguientes:

- El paciente recupera un patrón de respiración normal, incluyendo frecuencia y profundidad de las respiraciones.
- 1 - El paciente mantiene una Pa Co₂ en la línea basal normal (alrededor de 40 mm Hg)

- 2 - Sonidos respiratorios claros en la auscultación, con evidencia escasa o nula de sibilancias
- 3 - El paciente mantiene una Pa O₂ alrededor de 100 mm Hg.
- 4 - El paciente comunica ausencia de disnea en reposo.

IV.- EJECUCIÓN

Para establecer una ventilación y un intercambio gaseoso adecuados, administraremos broncodilatadores, corticoides y O₂ prescritos por el facultativo.

El síntoma principal del asma suele ser la disnea, por lo que nuestras intervenciones irán encaminadas a reducir su intensidad. Además de la medicación prescrita una buena medida es colocar al paciente en semi-fowler (cabecera de la cama elevada).

Mantendremos un balance de líquidos, sin sobrecargar al paciente. Si no es posible la vía oral, se administrará por vía intravenosa; las cantidades no serán excesivas ya que ello puede aumentar el agua extravascular pulmonar y agravar el desequilibrio entre ventilación y perfusión.

Facilitaremos el entorno físico siempre que se pueda para conservar la energía de estos pacientes y evitar la excesiva fatiga. Por ejemplo, el cuidado matinal irá seguido de un periodo de reposo antes de cualquier otra actividad.

Realizaremos las gasometrías pertinentes y resto de analítica necesaria.

Favoreceremos la expulsión de secreciones y si no es posible de una forma espontánea, aspiraremos secreciones cada vez que sea necesario para evitar tapones mucosos, e infección concomitante.

Aplicaremos fisioterapia respiratoria cuando esté indicada, que no suele ser precisamente en plena crisis.

Si el paciente está ingresado en UCI, nuestra vigilancia será más estrecha, sobre todo si está conectado a ventilación mecánica.

En este caso, Enfermería controlará las constantes vitales cada hora, vigilará valores de pulsioximetría y realizará todas las actividades propias de esta unidad.

La administración de medicamentos prescritos, tiene distintas vías, la más frecuente en el medio hospitalario es la intravenosa pero no debemos olvidar la importancia en esta patología de la vía inhalatoria en la cual Enfermería tiene un papel importante tanto en la ejecución como en la educación sanitaria.

También a veces se administran medicamentos mediante nebulización, sobre todo broncodilatadores.

Controlaremos también la posible aparición de efectos secundarios de algunos fármacos.

Estos pacientes suelen mostrarse tensos y ansiosos durante las crisis. Tranquilizaremos al paciente con una información adecuada en cada caso y no perderemos la calma en nuestras intervenciones, mostrando siempre control sobre la situación.

Reduciremos también la ansiedad, aconsejando también una respiración lenta y profunda, siempre que las circunstancias lo permitan (en estado grave, no será posible). (Rodríguez Carmen, 2011)

V.- EVALUACIÓN

La ventilación adecuada se muestra por una PC O₂ arterial de 40mm Hg o inferior y el intercambio gaseoso adecuado se confirma por una saturación de oxihemoglobina arterial superior al 85%, una P_{O2} arterial mayor de 60 mm Hg. Además, la mejora del FEV₁ y el flujo máximo evidencian que el paciente responde adecuadamente al tratamiento.

Otros datos que nos indican mejora de la ventilación y la oxigenación son normalidad en la frecuencia respiratoria y del volumen circulante, sonidos respiratorios claros y respiración tranquila sin usar los músculos accesorios. Una vez que los síntomas mejoran, el paciente comunicará disminución de la disnea y del esfuerzo necesario para respirar y se mostrará alerta, relajado y menos ansioso.

Además objetivaremos ausencia de cianosis y mejor coloración de la piel. (Rodríguez Carmen, 2011)

1.3. Referentes empíricos

En la referencia de la problemática de crisis asmática están los siguientes estudios:

Con respecto al sexo (49, 13 % para el sexo masculino y 50, 89 % para el femenino). Predominaron los grupos de edades de uno a nueve y de diez a 19 años, con el 25, 43 % y el 23, 70 %, respectivamente, lo que mostró un predominio en las edades más jóvenes. Con excepción de los animales domésticos (46, 82 %) todos los factores contribuyentes

estuvieron presentes en más del 50 % de los pacientes, predominó el kerosene, carbón o leña en la elaboración de los alimentos (71, 09 %) y el tabaquismo fue el factor que más se relacionó con el aumento de la severidad del asma (67, 63 %). Con relación a los factores desencadenantes predominó la respuesta a los cambios climáticos, la exposición a alérgenos inhalados y las infecciones respiratorias en más de la mitad de los enfermos, mientras que los factores desencadenantes (psicológicos, ejercicios, alérgenos inhalados, alimentos y clima) se asocian al incremento de su severidad. (Medina Alexis, 2006)

Otro estudio establece que el 60% (68/113) fueron de sexo masculino, el promedio de edad fue similar en ambos sexos, siendo de 10,5 años en las niñas, y de 10 años en los varones. El antecedente de lactancia materna menor o igual a seis meses estuvo presente en 80/113 (71%) del total de pacientes analizados, y la lactancia materna por un período mayor a seis meses se encontró en el 29% (33/113) del total de pacientes. Respecto al tratamiento ambulatorio 45/113 (40%) de los pacientes recibía corticoides inhalatorios previos a la hospitalización (de ellos fluticasona en 18/45 (40%), beclometasona en 9/45 (20%), budesonide en 8/45 (18%) y seretide en 10/45 (22%). A pesar de ello, 30/113 (27%) de los pacientes presentaba tos nocturna y 45/113 (40%) tos posterior al ejercicio. Aproximadamente, 34/113 (30%) nunca usó terapia esteroideal. (Rodríguez Alain, 2010)

Los resultados de un estudio establecieron que en los pacientes con asma bronquial se ha visto una asociación con otras enfermedades alérgicas, especialmente con rinitis, conjuntivitis y dermatitis atópica. Observan también que fue muy frecuente entre los niños con asma el presentar también otras enfermedades atópicas (rinitis alérgica o dermatitis atópica), lo cual se ha asociado a un riesgo mayor de presentar asma. Encontraron que la tos y sibilancias fueron las manifestaciones más frecuentes de asma en edades pediátricas al igual que lo reportado por otros autores, y que predominó el asma ligera y moderada

persistente. Los factores desencadenantes de asma bronquial encontrados en este estudio fueron infecciones respiratorias, ejercicio, estrés y falta de seguimiento de las recomendaciones terapéuticas. Se ha referido que, en niños con antecedentes familiares hereditarios de atopia, la ablactación antes de los 4 meses y la exposición al humo de tabaco por la madre durante la gestación son factores de riesgo para desarrollar asma.

Los niños con asma tuvieron una alta exposición al polvo doméstico (46 %), con lo cual coinciden hallazgos, quienes encuentran que los niños sensibilizados a los ácaros del polvo de casa tienen más posibilidades de desarrollar asma. (Baeza Manuel, 2008)

CAPITULO 2

MARCO METODOLÓGICO

2.1. Metodología

La metodología que se aplica en la investigación será con enfoque cuantitativo y el tipo de estudio de investigación será analítico descriptivo, porque se medirá la relación entre variables, se estudia la calidad de actividades, relaciones, instrumentos en una determinada situación o problema

2.2. Métodos

La presente investigación es un trabajo cuantitativo, observacional retrospectivo, ya que permite observar las historias clínicas de los pacientes en una población definida, en un periodo breve y limitado haciendo un corte en un tiempo, cuyo nivel de investigación es el descriptivo. Ya que describe los datos precisos y sistemáticos, no estandarizados que pueden usarse en un momento dado, un fenómeno que se desea conocer en este caso son las características de pacientes asmáticos que acuden al servicio de emergencia del Hospital Baca Ortiz, para orientar a ellos un plan educativo.

Otros métodos utilizados fueron: el analítico, que se establece la desestructuración de variables de estudio para su descripción, evidenciada en el análisis de las variables de estudio. El método sistémico, que reúne las partes de un todo, que se evidencia en la conclusiones del estudio. Método deductivo que parte de las teorías generales hacia la particularidad, evidencia en la fundamentación teórica de los resultados. El método

inductivo que parte de lo particular como son los resultados de la investigación para diferenciar a la población general.

2.3. Hipótesis

Una información adecuada a los padres de familia y pacientes, sobre el asma y su manejo disminuye la frecuencia de crisis asmáticas mejorando su calidad de vida.

2.4. Universo y muestra

El universo lo componen todos los pacientes pediátricos que ingresan al área de emergencia del Hospital Baca Ortiz 2016.

La muestra está conformada por los 50 pacientes con crisis asmáticas que acudieron al área de emergencia del Hospital Baca Ortiz 2016

2.5. Criterios de inclusión

Se incluirán todos los pacientes con diagnóstico de crisis asmáticas, que acudieron a la emergencia del Hospital Baca Ortiz 2016.

2.6. Criterios de exclusión

Se excluirán del estudio los pacientes pediátricos con otros diagnósticos

2.7. Operacionalización de variable

VARIABLE INDEPENDIENTE

Crisis Asmática

VARIABLE DEPENDIENTE

Asma Bronquial

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Características Individuales	Edad	Número de años cumplidos	0 a 5 años 6 a 15 años
	Sexo	Diferencia de sexo	Masculino Femenino
	Peso	Determinación antropométrica de la masa corporal	Eutrófico Desnutrido Obeso
	Procedencia	Sitio donde vive	Urbano Rural
	Responsable del cuidado	Control del cuidado	Padres Pacientes Familiar Otros
Asma Bronquial	Factores dependientes familiares	Factores genéticos	Antecedentes de asma Antecedentes de atopia Ninguna
	Complicaciones	Tipos de complicaciones	Neumotórax Atelectasia Falla respiratoria Neumonía

			Ninguna
Crisis Asmática	Factores Desencadenantes	Mecanismos que provocan la crisis	Infecciones respiratorias Clima Ejercicios Irritantes ambientales Aeroalergenos Emocionales Alimentos
	Tipo de crisis asmática	Severidad de crisis asmática	Leve Moderada Grave Paro cardiaco
	Enfermedades previas	Posible desencadenante de crisis asmática	Neumonía Bronquitis Infección respiratoria alta Ninguna
	Sintomatología	Signos y síntomas presentados	Tos Dificultad para respirar Sibilancias Dolor de Pecho
	Tratamiento	Medidas iniciales Tomadas	Corticoides inhalados Corticoides sistémicos Broncodilatadores

2.8. Gestión de datos

En la búsqueda de las teorías generales, sustantivas y los referentes empíricos, se lo realizo con indagación de información teórica a través de artículos científicos en revistas científicas, acudiendo navegadores como Google académico; y en las teorías sustantivas cuyo tema es el proceso de atención de Enfermería en pacientes con crisis asmaticas. Los referentes empíricos se basó en la recolección de evidencias de investigaciones realizadas con la revisión de revistas electrónicas.

En la investigación de campo, se obtuvieron los datos a través de la elaboración de un instrumento de investigación basado en la descripción de las categorías identificadas, y está compuesto de ítems con respuesta de opción múltiple; la fuente de información fue secundaria documental a partir de las historias clínicas únicas de los pacientes que han ingresado a emergencia con el diagnóstico de crisis asmática .Se realizó el siguiente procedimiento para el acceso a las historias clínicas: Solicitud al Departamento de Docencia del hospital Baca Ortiz para lograr el permiso de revisión de las historias clínica.

Se revisaron los partes diarios de emergencia de los pacientes que hayan llegado con el diagnóstico de crisis asmática .Se buscaron las historias clínicas de los pacientes seleccionados para el estudio. Se revisaron las historias clínicas en búsqueda de datos. Se consignarán los datos en el instrumento de recolección de datos El análisis de la información será manejada de forma cuantitativa mediante el cálculo de porcentajes a partir de los datos recolectados.

2.9 CRITERIOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los criterios éticos legales están en función de la solicitud de permiso para el acceso a las historias clínicas únicas con la debida confidencialidad de los nombres y apellidos, siendo divulgados únicamente los resultados estadísticos. El principio de beneficencia, se refiere a prevenir u otorgar beneficios, situación que pone de manifiesto con el aporte del presente trabajo en el beneficio de aportar con la institución en dar un plan educativo dirigido a pacientes y familiares.

CAPITULO 3

RESULTADOS

3.1. Antecedentes de la unidad de análisis o población

El instrumento de estudio fue aplicado en función de la recolección de los datos de las historias clínicas únicas de los pacientes que fueron atendidos e ingresados en el servicio de emergencia del Hospital Baca Ortiz.

El Hospital Baca Ortiz es una institución de tercer nivel de referencia nacional que da atención pediátrica y de especialidad, depende del Ministerio de Salud Pública, actualmente sus 40 especialidades pediátricas lo hacen único en su género, especialidades que han ido creciendo.

El Hospital Baca Ortiz se encuentra ubicado en la provincia de Pichincha, al noreste del Cantón Quito, en la Avenida Colón y Seis de Diciembre; su área de construcción es de 1800m² distribuidos en dos áreas: Administrativa y Hospitalización; los diferentes servicios de Hospitalización poseen una construcción de 450m² cada uno.

El universo lo componen todos los pacientes pediátricos que han llegado al servicio de emergencia del hospital Baca Ortiz.

Se incluirán las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de crisis asmática, que acudieron a la emergencia del hospital Baca Ortiz y que tengan los datos necesarios para la investigación.

Se excluyeron del estudio aquellas historias clínicas que no tuvieron la información pertinente.

Luego de haber aplicado el instrumento de estudio en función de la recolección de los datos de las historias clínicas únicas de los pacientes que fueron atendidos e ingresados en el hospital Baca Ortiz, se ha obtenido la siguiente información:

3.2. Diagnostico o estudio de campo

Los resultados obtenidos son:

Las características sociodemográficas de los pacientes en estudio con diagnóstico de crisis asmáticas son los siguientes: El rango de edad de 6 a 15 años son los más afectados con el 68%, y el grupo de edad de 0 a 5 años con el 32%; en cuanto al sexo el 58% es masculino y el 42% femenino, y en donde el 74% proviene de zona urbana y el 26% procede de la zona rural.

En relación al estado nutricional el 52% es eutrófico, mientras que el 36% presenta desnutrición y el 12% presenta obesidad.

La mayor parte de niños que acuden al hospital con crisis asmáticas van acompañados de sus padres en un 82%, otros familiares 16%, y el 2% va solo.

Las características clínicas que presentaron los pacientes fueron: con dificultad respiratoria el 56%, tos 34%, sibilancias 6%, dolor de pecho 4%.

El tipo de crisis asmática que presentan los pacientes según severidad es leve con 68%, seguido de moderada con un 28% y grave con el 4%.

Los aspectos que favorecen el apareamiento de crisis asmáticas fueron: las infecciones respiratorias con 42%, seguido de aeroalergenos con 20%, ejercicio 16%, irritantes ambientales 12%, clima 6% y factores emocionales con 4%. En cuanto a los factores dependientes el 22% tenía antecedentes de asma, el 64% antecedente de atopia y el 14% no presentan ningún antecedente.

Finalmente la mayoría de crisis asmática no producen complicaciones siendo este en un 82%, de las pocas complicaciones la atelectasia representa el 12%, neumotórax 4% y neumonía 2%. El tratamiento inicial son los corticoides inhalatorios con 36%, corticoides sistémicos 34%, broncodilatadores 30%.

Tabla 1: Rangos de edad de pacientes con crisis asmática en Hospital Baca Ortiz.

Rangos de edad	Total	Porcentaje
0 a 5 años	16	32%
6 a 15 años	34	68%
Total	50	100%

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: Paola Rodríguez

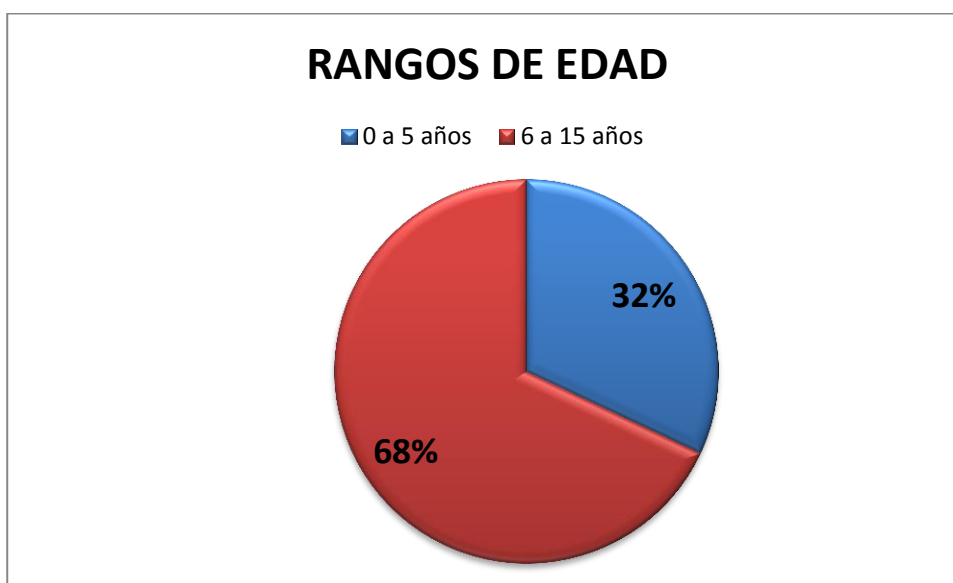


Gráfico 1: Rangos de edad de pacientes con crisis asmática en Hospital Baca Ortiz.

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: Paola Rodríguez

Análisis.- Las características sociodemográficas de los pacientes en estudio con diagnóstico de crisis asmáticas son los siguientes: El rango de edad de 6 a 15 años son los más afectados con el 68%, y el grupo de edad de 0 a 5 años con el 32%. Lo que coincide con el estudio de Rodríguez Alain quien indica que el promedio de edad de niños con crisis asmática es de 10 años.

Tabla 2: Sexo de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz

Sexo	Total	Porcentaje
Masculino	29	58%
Femenino	21	42%
Total	50	100%

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: Paola Rodríguez

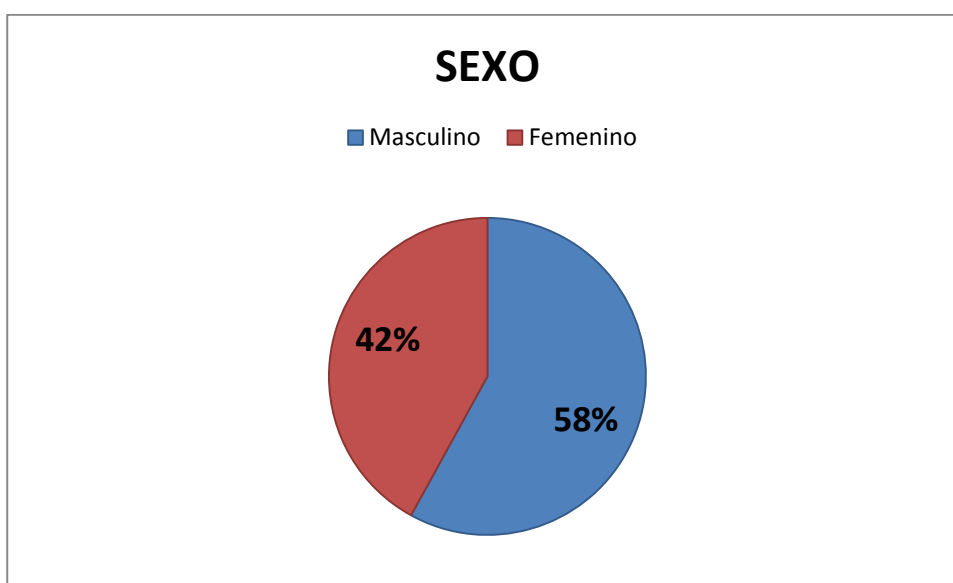


Gráfico 2: Sexo de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: Paola Rodríguez

Análisis.- Se puede visualizar que el sexo masculino es el más afectado con el 58%, mientras que el sexo femenino es el 42%.

Tabla 3: *Residencia de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz*

Residencia	Total	Porcentaje
Urbana	37	74%
Rural	13	26%
Total	50	100%

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: Paola Rodríguez

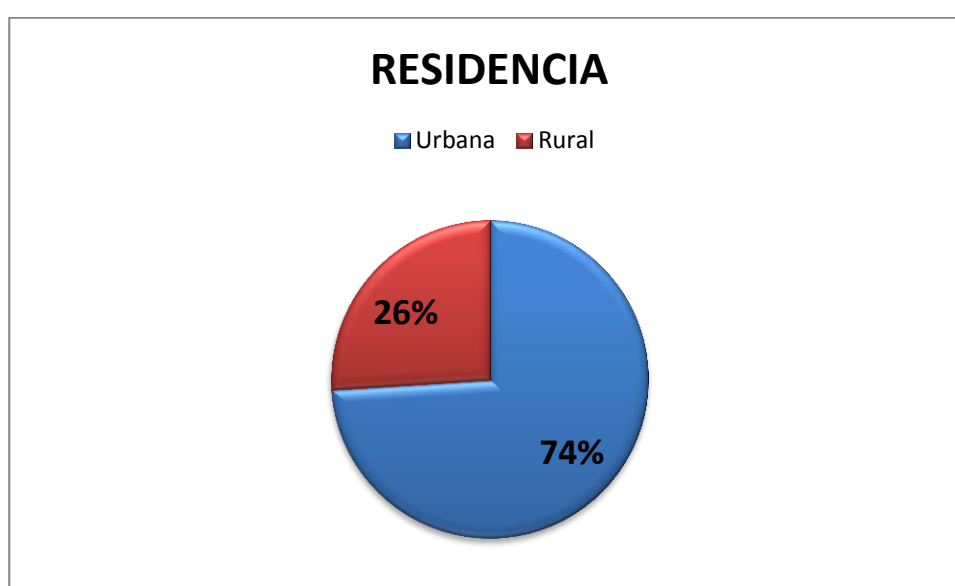


Gráfico 3: *Residencia de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz*

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: Paola Rodríguez

Análisis.- En el presente grafico se puede observar que la mayoría de pacientes con crisis asmáticas pertenecen a la zona urbana con el 74% y de la zona rural con 26%, lo que puede estar relacionado con la ubicación del hospital a pesar de ser de referencia nacional.

Tabla 4: Estado nutricional de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz

Estado nutricional	Total	Porcentaje
Desnutrido	18	36%
Eutrófico	26	52%
Obeso	6	12%
Total	50	100%

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: Paola Rodríguez

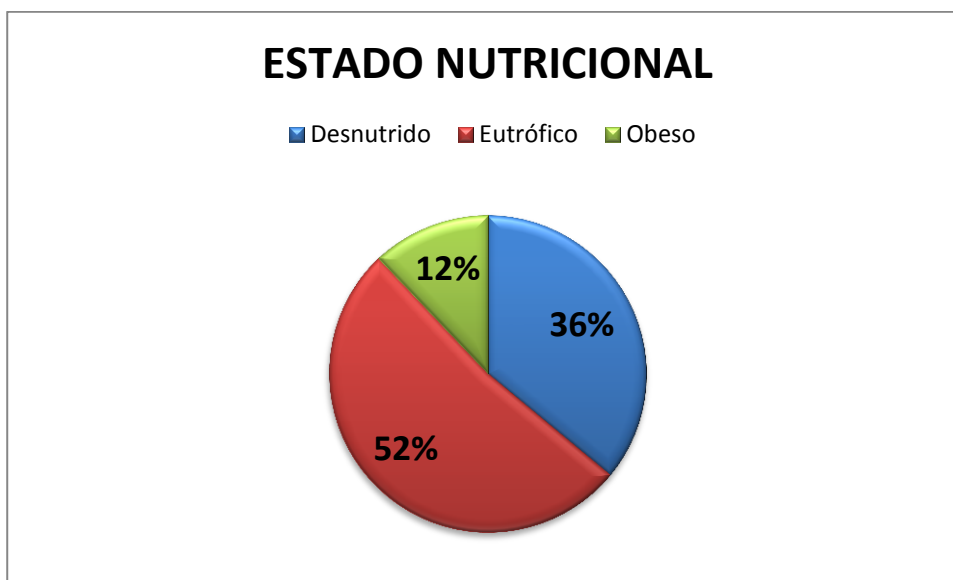


Gráfico 4: Estado nutricional de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: Paola Rodríguez

Análisis.- En relación al estado nutricional el 52% es eutrófico, mientras que el 36% presenta desnutrición y el 12% presenta obesidad.

Tabla 5: *Factores dependientes de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz*

Factores dependientes	Total	Porcentaje
Antecedentes de asma	11	22%
Antecedentes de atopia	32	64%
Ninguna	7	14%
Total	50	100%

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: Paola Rodríguez

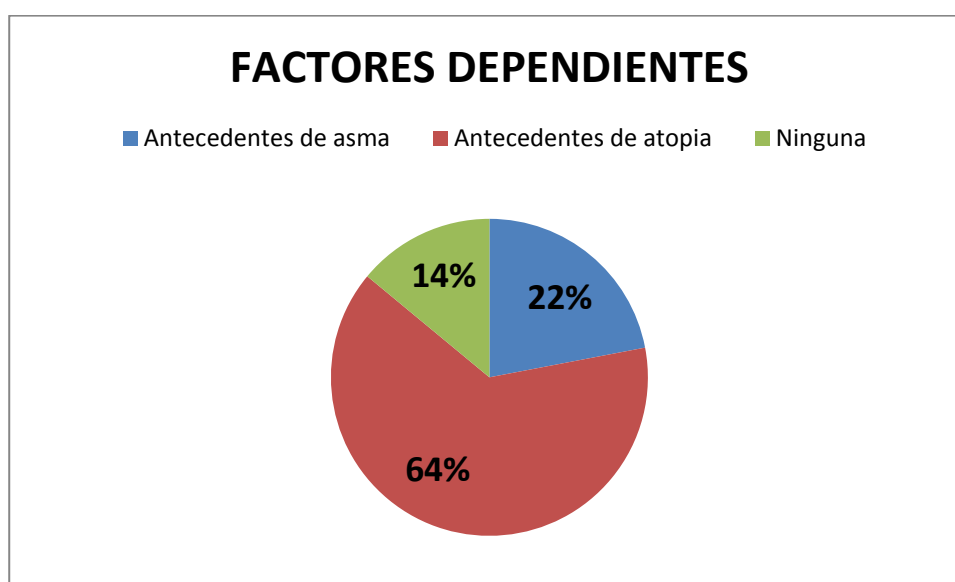


Gráfico 5: Factores dependientes en los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: Paola Rodríguez

Análisis.- En cuanto a los factores dependientes el 22% tenía antecedentes de asma, el 64% antecedente de atopia y el 14% no presenta ningún antecedente.

Tabla 6: *Responsable del cuidado de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz*

Responsable del cuidado	Total	Porcentaje
Padres	41	82%
Paciente	1	2%
Familiar	8	16%
Otros	0	0%
Total	50	100%

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: Paola Rodríguez

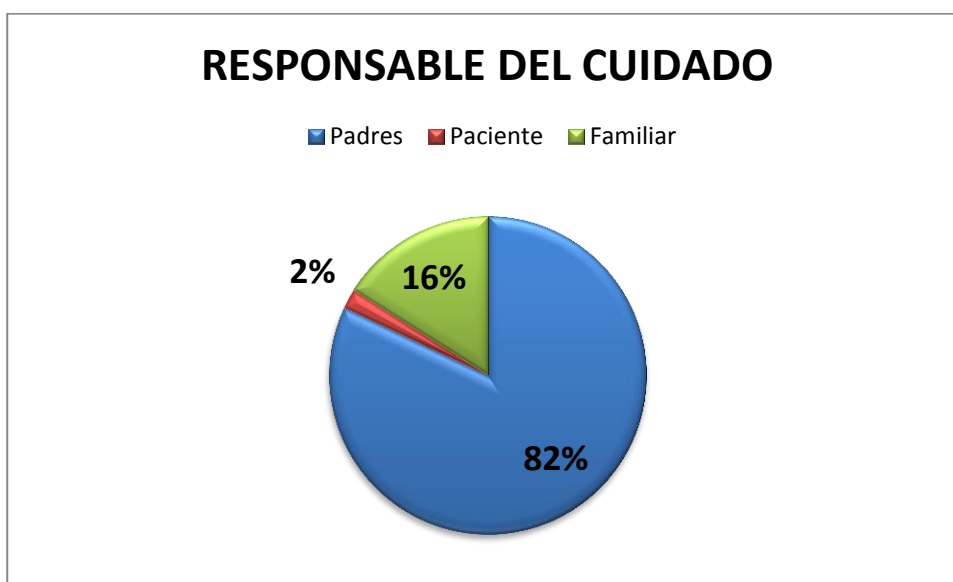


Gráfico 6: *Responsable del cuidado de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz*

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: Paola Rodríguez

Análisis.- La mayor parte de niños que acuden al hospital con crisis asmáticas van acompañados de sus padres en un 82%, otros familiares 16%, y el 2% va solo.

Tabla 7: Factores desencadenantes de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz

Factores desencadenantes	Total	Porcentaje
Aeroalergenos	10	20%
Infecciones respiratorias	21	42%
Irritantes ambientales	6	12%
Ejercicio	8	16%
Clima	3	6%
Emocionales	2	4%
Alimentos	0	0%
Total	50	100%

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: Paola Rodríguez

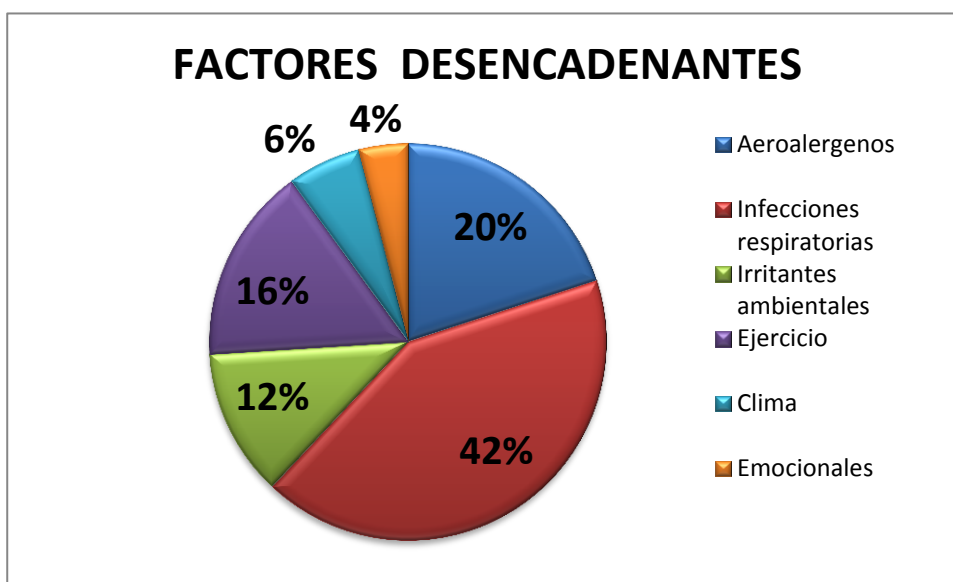


Gráfico 7: Factores desencadenantes de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: Paola Rodríguez

Análisis.- Los aspectos que favorecen el apareamiento de crisis asmáticas fueron: las infecciones respiratorias con 42%, seguido de aeroalergenos con 20%, ejercicio 16%, irritantes ambientales 12%, clima 6% y factores emocionales con 4%.

Tabla 8: Severidad de la crisis de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz

Severidad	Total	Porcentaje
Leve	34	68%
Moderado	14	28%
Grave	2	4%
Paro cardiaco	0	0%
Total	50	100%

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: Paola Rodríguez

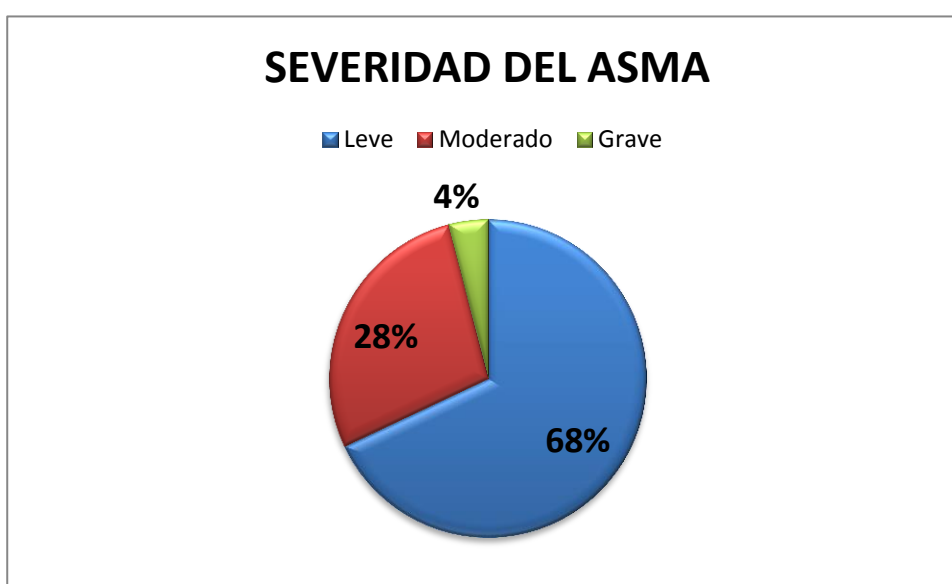


Gráfico 8: Severidad de la crisis de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: Paola Rodríguez

Análisis.- El tipo de crisis asmática que presentan los pacientes según severidad es leve con 68%, seguido de moderada con un 28% y grave con el 4%.

Tabla 9: *Sintomatología de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz*

Sintomatología	Total	Porcentaje
Tos	17	34%
Dificultad respiratoria	28	56%
Sibilancias	3	6%
Dolor en el pecho	2	4%
Total	50	100%

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: Paola Rodríguez

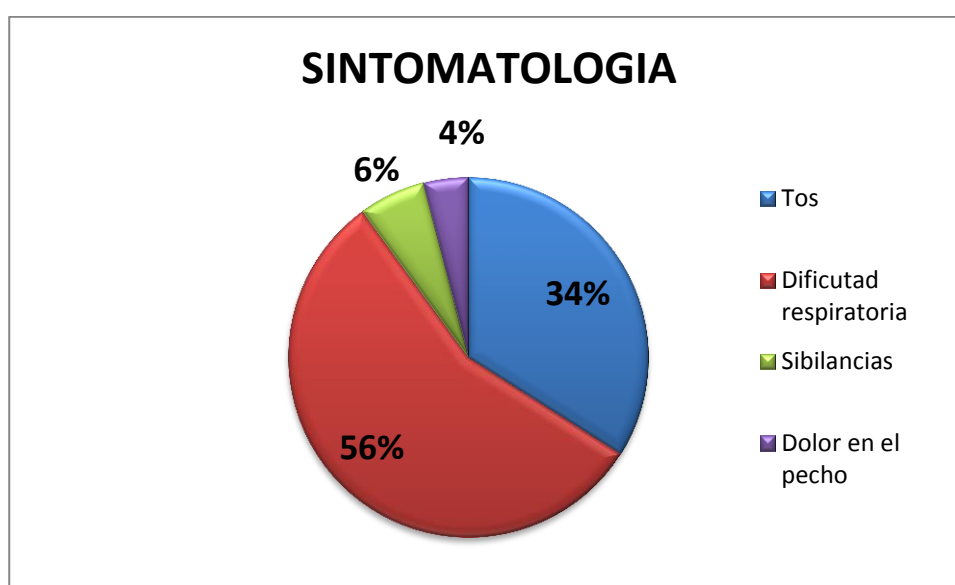


Gráfico 9: *Sintomatología de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz*

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: Paola Rodríguez

Análisis.- Las características clínicas que presentaron los pacientes fueron: con dificultad respiratoria el 56%, tos 34%, sibilancias 6%, dolor de pecho 4%.

Tabla 10: *Complicaciones de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz*

Complicaciones	Total	Porcentaje
Neumotorax	2	4%
Atelectasia	6	12%
Falla respiratoria	0	0%
Neumonía	1	2%
Ninguna	41	82%
Total	50	100%

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: Paola Rodríguez

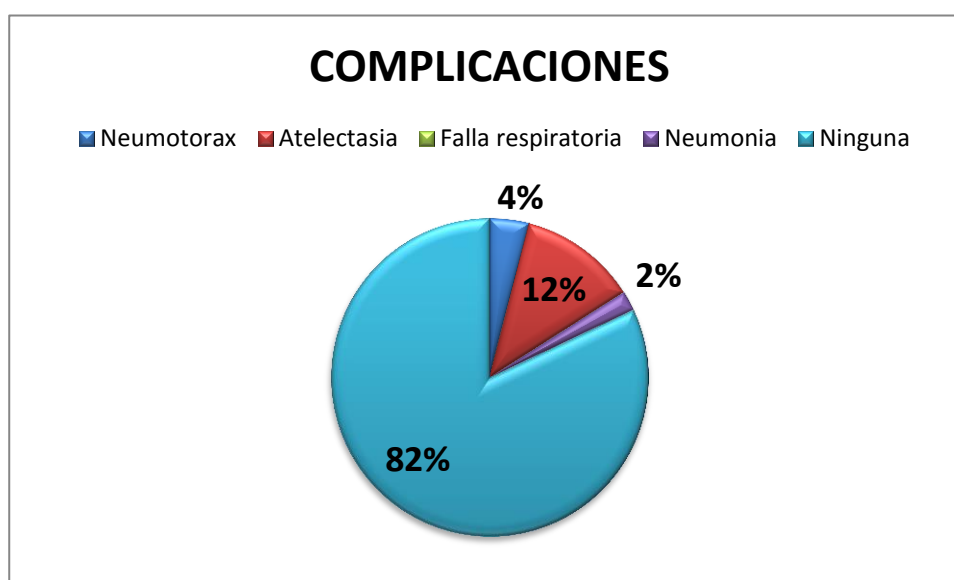


Gráfico 10: *Complicaciones de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz*

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: Paola Rodríguez

Análisis.- Finalmente la mayoría de crisis asmática no producen complicaciones siendo este en un 82%, y de las pocas complicaciones la atelectasia representa el 12%, neumotórax 4% y neumonía 2%.

Tabla 11: *Tratamiento inicial de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz*

Tratamiento inicial	Total	Porcentaje
corticoides inhalados	18	36%
broncodilatadores B	15	30%
corticoides sistemicos	17	34%
Total	50	100%

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: Paola Rodríguez

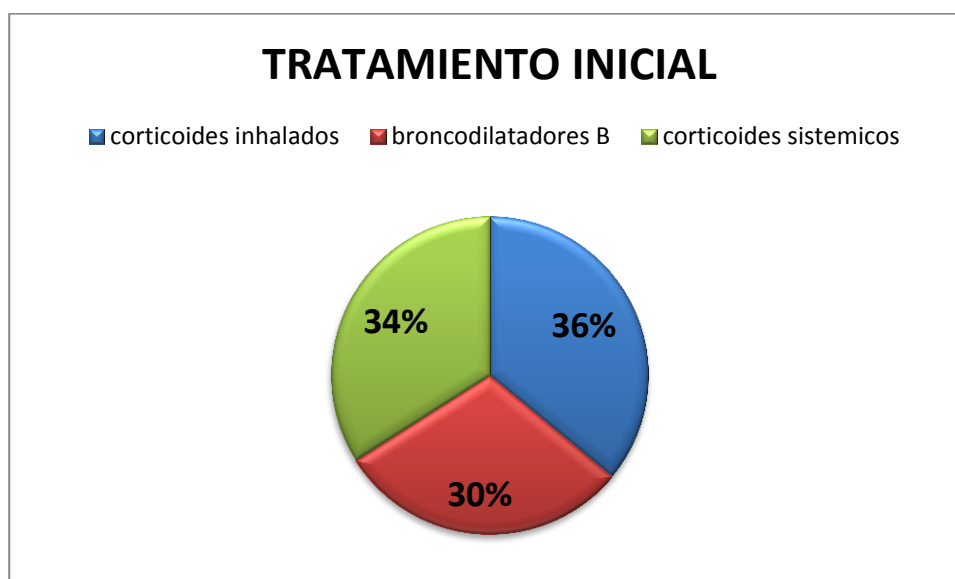


Gráfico 11: *Tratamiento inicial de los pacientes con crisis asmáticas en el Hospital Baca Ortiz*

Fuente: Historias clínicas

Elaborado por: Paola Rodríguez

Análisis.- El tratamiento inicial son los corticoides inhalatorios con 36%, corticoides sistémicos 34% y broncodilatadores el 30%.

CAPITULO 4

DISCUSIÓN

4.1. Contrastación empírica

Luego de culminada la investigación se sabe que el asma bronquial es una enfermedad crónica que evoluciona por crisis o exacerbaciones; estos son episodios agudos de obstrucción bronquial que se manifiestan, principalmente por dificultad respiratoria 56%, dolor de pecho 4%, tos 34% y sibilancias 6%; que son similares a los descritos por Rasmussen y cols; se puede evidenciar que es la enfermedad crónica más prevalente en la edad escolar con un 68%, en su mayoría de sexo masculino, eutrófico, que vienen de zona urbana; lo que coincide con el estudio realizado por Nicolás Brunner donde los resultados indicaron que la mayor parte de pacientes con asma eran de edad escolar y de sexo masculino.

Las crisis obedecen a diversas condiciones que provocan broncoconstricción o inflamación de mucosa de la vía aérea; todas estas condiciones se denominan factores desencadenantes los cuales son infecciones respiratorias con 42%, aeroalergenos 20%, ejercicio físico 16%, irritantes ambientales 12%, clima 6% y emociones 4%, lo que coincide con el estudio de Mirian Arévalo quien describe que el principal desencadenante de crisis alérgica es las infecciones respiratorias con el 32%.

Las crisis de asma se clasifican según su gravedad, en leves, moderadas y graves. Aunque en pacientes pediátricos el 68% son leves, el 28% son moderadas y el 4% son graves, los niños suelen responder bien al tratamiento estándar de la crisis, de modo que casi no existe mortalidad por asma, lo que coincide con el estudio realizado por Tatiana de

la Vega quien indica que en su mayoría las crisis asmáticas son leves. Razón por la cual los niños deben ser vigilados estrictamente en casa y unidad de salud. El paciente pediátrico suele permanecer bajo cuidado de sus padres en su mayoría el 82%, por lo que deben tener capacitación y educación sobre el manejo inicial de sus hijos en caso de crisis asmática.

4.2. Limitaciones

Lo que no se abordó de la investigación fue el tipo de alimentación del paciente asmático para que sirva de base en realizar propuesta de prevención de crisis asmáticas.

4.3. Líneas de investigación

Una de las líneas de investigación que en el futuro puede ser abordada es la de Características de los factores causales de las crisis asmáticas en los pacientes que acuden al hospital Baca Ortiz.

4.4. Aspectos relevantes

El aporte de la presente investigación es entregar una propuesta de plan educativo al Hospital Baca Ortiz dirigida a los niños con crisis asmática que acuden al servicio de emergencia.

CAPITULO 5

PROPUESTA

TÍTULO: PROPUESTA DE UN PLAN EDUCATIVO PARA LA PREVENCIÓN DE CRISIS ASMÁTICA DE NIÑOS DEL HOSPITAL BACA ORTIZ

UBICACIÓN

La ejecución de la propuesta se ubica en el Hospital Baca Ortiz en la ciudad de Quito de la provincia de Pichincha

UNIVERSO DE TRABAJO

El universo lo componen todos los pacientes pediátricos con diagnóstico de crisis asmática que ingresan al área de emergencia del Hospital Baca Ortiz 2016.

ANTECEDENTES.

Los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Baca Ortiz, el 68% son rango de edad de 6 a 15 años, de estos el 58% son de sexo masculino, proviene de zonas urbanas el 74%. Los pacientes con diagnóstico de crisis asmática el 52% son eutróficos.

Las infecciones respiratorias constan como el principal factor desencadenante con el 42%, el 64% de pacientes refirió antecedentes de atopia.

De los pacientes el 82% fueron acompañados con sus padres, presentando sintomatología de crisis asmática donde la principal fue la dificultad respiratoria con 56%, ocasionando crisis de tipo leve en el 68% de los casos. Las complicaciones son raras

siendo así que el 82% no presentó ninguna complicación, el tratamiento de inicio fue corticoides inhalados con el 36%.

OBJETIVO GENERAL

Proponer un plan educativo dirigido a pacientes y padres de familia para la prevención de crisis asmáticas en niños que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Baca Ortiz.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Brindar información sobre crisis asmáticas y su manejo preventivo.
- Socializar el plan educativo con el personal de emergencia del Hospital Baca Ortiz
- Entregar del plan educativo al Hospital Baca Ortiz

RECURSOS EMPLEADOS

RECURSOS HUMANOS

- Investigadora
- Facilitador para la capacitación

RECURSOS MATERIALES

- Documento de propuesta
- Computador
- Proyector de imágenes

- Artículos de escritorio (Lápices, borradores, saca punta, papel, goma, clips, grapas, carpetas fólder, cartulinas, acetatos, tinta de impresora, etc.)

ACTIVIDADES

- Socialización de la propuesta con las autoridades del hospital
- Socialización de la propuesta con el personal de Salud del hospital para su validación
- Entrega de la guía educativa a pacientes

Conclusiones

Al terminar la investigación podemos concluir que:

- En las características sociodemográficas más relevantes de la investigación están: el rango de edad de 6 a 15 años, el sexo masculino y los niños de procedencia urbana fueron los grupos más afectados por crisis asmáticas, datos que se justifican bibliográficamente ya que el mayor número de casos de la patología respiratoria mencionada afecta a niños de edad escolar de 10 a 11 años.
- Mencionados referentes bibliográficos de importancia manifiestan que el ser de sexo masculino es un factor de riesgo para asma en los niños. Antes de los 14 años de edad, la prevalencia de asma es el doble en niños, comparado con las niñas. A medida que se incrementa la edad, la prevalencia se equipara entre sexos, pero en la edad adulta afecta más al sexo femenino. Las diferencias entre sexos no están claras; sin embargo, se sabe que el tamaño de los pulmones es menor en el sexo masculino que en el femenino al nacimiento pero mayor en la edad adulta, en el trabajo investigativo se obtuvo como resultado el 58% de pacientes con crisis asmática eran del género masculino.
- El hecho de que los pacientes procedan de la zona urbana debe ser a consecuencia de la cercanía al hospital, un mayor grado de conciencia hacia el cuidado del infante o por el hecho de que en la ciudad cada vez existe más contaminación ambiental que es uno de los desencadenantes de una crisis asmática.
- Además se puede observar que el estado nutricional no fue un factor determinante para que se presente la crisis asmática donde la mayoría de pacientes se encontraba en percentiles normales, lo que coincide con estudios realizados donde las dos terceras partes de la muestras estudiadas son pacientes eutróficos.

- Al ser un Hospital pediátrico se considera normal que los niños sean acompañados de sus padres o familiares, lo que llamó la atención es que un paciente masculino de 14 años 6 meses acudió solo, tiempo después fue acompañado por su madre, lo que nos da el indicativo que al ser una enfermedad crónica los pacientes aprenden a convivir con ella y al menor síntoma acuden por atención médica.
- De acuerdo a las fuentes bibliográficas y concordando los datos obtenidos con la revisión de las historias clínicas se identificó que el principal signo de una crisis asmática es la dificultad respiratoria seguido de tos, sibilancias y dolor de pecho, ya que los pacientes y padres al hacer conciencia de acudir inmediatamente al hospital hacen que el tipo de crisis sea en su mayoría leve, haciendo que la recuperación de esta sea pronta.
- Entre los posibles factores asociados con la aparición de crisis asmáticas en niños son las infecciones respiratorias, exposición a alérgenos ambientales, clima y cambios de temperatura; así como los procesos relacionados con los cambios de residencia y establecimiento en lugares con mayores niveles de urbanización.
- Los resultados obtenidos sobre el grado de severidad de crisis determinaron que en la mayoría de los casos predominó las crisis asmáticas leves debido al grado de concientización de los padres de familia de acudir inmediatamente a atención médica.
- En general, el manejo inicial de la crisis de asma concuerda con los tratamientos pautados como es el uso de corticoides inhalatorios, corticoides sistémicos y broncodilatadores. Además se pudo observar que en la mayoría de los casos de crisis asmáticas no producen complicaciones debido a que son atendidos a tiempo.

Recomendaciones

- La institución de salud debe realizar un manejo y educación adecuada a los padres y/o cuidadores de los pacientes pediátricos en la identificación adecuada y manejo inicial de los casos de exacerbación de asma leve como lo recomienda las guías nacionales e internacionales.
- La institución debería llevar a cabo investigaciones sobre la prevalencia de asma y factores asociados.
- Crear grupos de ayuda para pacientes con asma bronquial para que puedan apoyarse en el cuidado y tratamiento del mismo.

Bibliografía

1. Alarcón Franco. Prevalencia de asma y su relación con la contaminación del medio externo en los niños y niñas de 2 a 5 años en los centros de desarrollo infantil municipales de la ciudad de Cuenca, 2012, Obtenida en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3987>
2. [Arévalo Herrera, Myriam Reyes, Marco A.](#) Asma y rinitis alérgica en pre-escolares en Cali, 15-ene-2014, obtenido en:
<http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/6822>
3. Baeza Manuel. Prevalencia de asma en niños escolares de Mérida, Yucatán, 2008, obtenida en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v2n5/v2n5a1>
4. BEHRMAN, M. 2006. Tratado de Pediatría. Madrid – España, 17 ed., pág. 1433-2030.
5. DMedicina, Septiembre 2015, Asma, obtenido en:
<http://www.dmedicina.com/enfermedades/respiratorias/asma.html>
6. EMERGENCY NURSES ASSOCIATION. 2007. Manual de Urgencias en Enfermería. Madrid – España; Ed, pág. 936 – 316.
7. Medina Alexis. Asma bronquial: algunos factores asociados a su grado de severidad, 2006, obtenido en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552006000500006
8. NARANJO, C. 2008. *Evidencias en Pediatría*; pág. 1056 – 111.
9. OMS (noviembre 2013), Asma, Nota descriptiva N°307, obtenida en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/es/>

10. Rev Chil Pediatr 2007; 78 (1): 29-34 Características clínicas de los niños asmáticos hospitalizados en un Servicio de Pediatría
11. Rio Navarro Blanca. Asma, 2009, obtenido en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462009000100002
12. Rodriguez Alain. Factores que determinan el mal pronóstico y la exacerbación del asma en niños que asisten a consulta de alergología pediátrica, 2010, obtenido en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312007000100003
13. Rodríguez Carmen. Actuación en la crisis asmática, 2011, obtenido en:
http://www.neumosurenfermeria.org/AAA/cadiz/paginas_secundarias/TEXTOS/actuacion_ante_una_crisis_asmati.htm
14. Vidaureta SM, Kofman CD, Teper AM, et al: Factores de Riesgo para hospitalización por asma en pediatría. Bol Neumol Pediatr 2005; 3: 179.
15. Vila Rosa. Prevalencia de asma relacionada con el trabajo y su impacto en la salud primaria, septiembre 2015, obtenido en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300289614003494>

Libros

Eduardo De Zubiría Consuegra, Eduardo De Zubiría Salgado, Alberto De Zubiría Salgado

Asma Bronquial

Autores: Eduardo De Zubiría Consuegra / Eduardo De Zubiría Salgado / Alberto De Zubiría Salgado EAN: 9789589181737 Edición: 2ª Especialidad: Neumología Páginas: 720

EL ASMA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Ángel López-Silvarrey Varela y Javier Korta

Murua

Septiembre-

2012

Fundación BBVA

Links

<http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/6822/1/Asma%20y%20rinitis.pdf>

https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/crisis_asma.pdf

Vivir con asma: la influencia del entorno

Dr. Ángel Moral de Gregorio

Médico especialista en Alergología. Servicio de Alergología del Hospital Virgen del Valle, Toledo

<http://alergiafbbva.es/alergia-respiratoria/16-vivir-con-asma-la-influencia-del-entorno/>

Bibliografía

ARTÍCULOS PDF

**RECOMENDACIONES PRÁCTICAS PARA EL MANEJO DE LA CRISIS
ASMÁTICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS - REVISTA AMERICANA DE
MEDICINA RESPIRATORIA EDICION SEPTIEMBRE 2015**

Autores: Guillermo Menga¹ , Dora Lombardi¹ , Pablo Saez Scherbovsky² , Carlos
Sebastián Wustten^{3, 4} Loli Uribe Echavarría⁵ , Guillermo A. Raimondi⁶ , Beatriz L. Gil⁷ ,
Luis J Nannini⁸ , Flavia Logrado^{1, 9}, Eduardo Schiavi¹

ARCHIVOS DE MEDICINA DE URGENCIA DE MÉXICO Vol. 5, Núm. 2 -
Mayo-Agosto 2013 pp 60-69

Artículo de revisión www.medigraphic.org.mx Guía para el tratamiento de la crisis
asmática Artemio Bermeo Limón,* Virginia Velasco Díaz

Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP

Crisis asmática Jesús Sánchez Etxaniz, Santiago Mintegi Raso Urgencias de Pediatría.
Hospital de Cruces. Bizkaia

Protocolo de manejo de la crisis asmática en niños en el servicio de urgencias del
Hospital Universitario San Ignacio Univ. Méd. Bogotá (Colombia), 49 (2): 187-205, abril-
junio de 2008

YARIS ANZULLY VARGAS

MARÍA CLAUDIA ORTEGA

ANA PATRICIA ACEVEDO

REVISTA DE PATOLOGÍA RESPIRATORIA VOL. 10 N° 4 - OCTUBRE-
DICIEMBRE 2007 Manejo de la crisis de asma en urgencias B. Steen Fundación Hospital
Alcorcón

GUIA DE BOLSILLO PARA EL MANEJO Y LA PREVENCION DEL ASMA EN
ADULTOS Y NIÑOS MAYORES A 5 AÑOS GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA

REVISION 2014 BASADA EN LA ESTRATEGIA GLOBAL PARA EL MANEJO Y LA
PREVENCION DEL ASMA

GUIA DE PRACTICA CLINICA GPC ACTUALIZACION 2013 DIAGNOSTICO Y
TRATAMIENTO DEL ASMA EN MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD EN EL
PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCION

ANEXOS

Anexo 1: Instrumento de investigación



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTA DE CIENCIAS MÉDICAS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE CRISIS ASMATICAS
DIAGNOSTICADAS EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL BACA ORTIZ

1.- Características del paciente

Edad: 0 a 5 años () 6 a 15 años ()

Sexo: Masculino () Femenino: ()

Residencia: Urbana () Rural: ()

2.- Estado nutricional según índice de masa corporal.

Desnutrido () Eutrófico () Obeso ()

3.- Factores dependientes familiares.

Antecedentes de asma () Antecedentes de atopia ()

4.- Responsable del cuidado del paciente.

Padres () Paciente () Familiar () Otros ()

5.- Factores Desencadenantes.

Humo () Ácaros () Polen () Ejercicio ()

Clima ()

Irritantes ambientales () Alimentos () Medicamentos ()

Emocionales ()

6.- Severidad de la crisis

Leve () Moderado () Grave () Paro ()

7.- Sintomatología.

Tos () Dificultad respiratoria () sibilancias () Dolor en
el pecho ()

8.- Enfermedades Previas.

Neumonía () Bronquitis () Infección respiratoria alta ()

9.- Complicaciones.

Neumotórax () Atelectasia () Falla respiratoria () Neumonía ()

10.- Tratamiento inicial.

Corticoides inhalados ()

Antihistamínicos ()

11.- Ausencia escolar.

Ninguna ()

1 a 5 días ()

Más de 5 días ()



Plagiarism Checker X Originality Report

Similarity Found: 4%

Date: viernes, noviembre 18, 2016

Statistics: 252 words Plagiarized / 6555 Total words

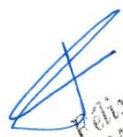
Remarks: Low Plagiarism Detected - Your Document needs Optional Improvement.

INTRODUCCIÓN El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas, caracterizada por crisis de tos, dificultad respiratoria y sibilancias, usualmente reversibles, pero a veces graves y ocasionalmente fatales. Es la enfermedad crónica con mayor prevalencia en la edad pediátrica, con elevada morbilidad. La Organización Mundial de la Salud calcula que en la actualidad hay 235 millones de pacientes con asma.

Su prevalencia ronda el 10% y sus exacerbaciones-crisis, son un motivo de consulta frecuente, tanto en la atención primaria, como en la hospitalaria. La Organización Mundial de la Salud pronostica que en 10 años las muertes por asma aumentaran en un 20% si no se toman medidas urgentes, las causas se atribuyen a circunstancias ambientales, exposición a ácaros, emociones fuertes, ejercicio físico.

En el tratamiento incluye oxigenoterapia, monitoreo, intubación traqueal, hidratación, radiografías, etc dependiendo la severidad de la crisis. El asma está presente en todos los países, independientemente de su grado de desarrollo. Más del 80% de las muertes por asma tienen lugar en países de ingresos bajos y medios-bajos.

Para lograr un control eficaz es imprescindible la educación sobre la enfermedad y que los medicamentos estén disponibles y sean asequibles, sobre todo para las familias de ingresos bajos. Iván Chérrez, médico especialista en neumología y alergias, sostiene que en Ecuador existe una prevalencia intermedia de casos de asma. "En nuestro país en 2006 se hizo un estudio respecto a esta enfermedad en


Dr. Félix Carrera Cedeño
PEDIATRA GASTROENTERÓLOGO
LIBRO VI FOLIO 760 No. 2240
REG. I.N.M. 1940

MEMORANDO HBO-DOCENCIA-0739-2016

PARA: LICENCIADA PAOLA RODRIGUEZ, Licenciada Enfermera de cuidado directo

DE: DR. CARLOS VALENCIA, Neurocirujano Coordinador del Departamento de Docencia

ASUNTO: **AUROTIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN DE DATOS**

FECHA: Quito, DM 16 de octubre de 20016

En respuesta a la solicitud realizada por la interesada para la recolección de datos para proyecto de GUIA EDUCATIVA PARA PREVENCIÓN DE CRISIS ASMATICAS EN NIÑOS DEL HOPITAL BACA ORTIZ, se autoriza hacer uso de datos estadísticos que reposan en el departamento de estadística de esta institución.

Atentamente

	
	
FECHA:	HORA:
No. DE TRÁMITE:	
RESPONSABLE:	

Dr. Carlos Valencia

Coordinador de Departamento de Docencia

CC. DIRECCION MEDICA, ENFERMERIA, ARCHICO, ESTADISTICA

INTRODUCCIÒN

El asma es un trastorno inflamatorio crónico no transmisible de las vías respiratorias muy frecuente en la infancia, debido a los cambios en nuestras condiciones de vida y al medio familiar, provocando un gran impacto al paciente, a la familia y a la sociedad, en relación al elevado costo socio- económico que desencadena.

Una buena intervención educativa puede reducir el riesgo de las visitas a urgencias y hospitalizaciones en niños asmáticos.

Esta educación debe enseñar a los afectados cómo controlar el flujo respiratorio y mostrar a los cuidadores la importancia de hacer cambios ambientales en el hogar, como eliminar factores desencadenantes del asma (polen y moho del exterior, los ácaros del polvo del hogar, la piel de gatos, perros y roedores y las plumas de pájaros).

Otro factor fundamental es dar respuesta rápida a los principales síntomas (respiración dificultosa, silbidos ocasionales en el pecho, opresión torácica o tos) antes de que se conviertan en una emergencia asmática.

OBJETIVO GENERAL

Este plan educativo tiene como objetivo proporcionar información necesaria para el cuidado del niño asmático y con ello propicie una mejor calidad de vida para el mismo.

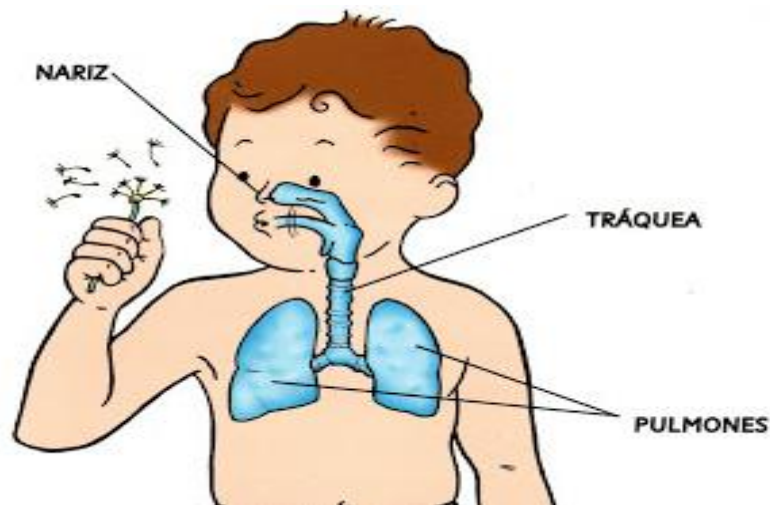
OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Dar información básica del funcionamiento del sistema respiratorio
- Explicar factores desencadenantes y sintomatología de las crisis asmáticas

- Indicar tratamiento utilizado en pacientes con crisis asmática.

CONCEPTOS GENERALES

EL APARATO RESPIRATORIO Y EL ASMA



Al respirar inhalamos oxígeno del aire y eliminamos anhídrido carbónico. Este intercambio sucede en los pulmones de la siguiente manera: una persona aspira aire a través de la nariz o la boca y este viaja a través de la garganta y la tráquea, de allí, el aire fluye por dos vías respiratorias grandes (bronquios) que se dividen en tubos más pequeños a medida que penetran en los pulmones (bronquios y bronquiolos).

Este sistema termina en unas bolsas diminutas llamadas alveolos, las mismas

distribuyen el oxígeno del aire que respiramos al torrente

sanguíneo y recogen el anhídrido carbónico para eliminarlo con

la exhalación.



© Can Stock Photo - csp23905211

¿Qué es el asma bronquial? El asma es la enfermedad

inflamatoria crónica de las vías respiratorias muy frecuente en la infancia.

¿Qué es una Crisis Asmática? La crisis asmática también llamada exacerbación es un episodio de obstrucción aguda, con aumento progresivo de dificultad respiratoria, tos, sibilancias y sensación de opresión en el tórax.

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo implicados en el desarrollo del asma se pueden clasificar en tres tipos:

1. Predisposición genética.
2. Factores ambientales.
3. Factores desencadenantes.

1. **Genéticos.-** La existencia de una predisposición familiar o genética para el desarrollo de asma tiene un mayor riesgo en familiares de primer grado.

2. Ambientales.- Entre otros factores ambientales cabe destacar:

2.1. Alérgenos.- Son el factor ambiental de mayor riesgo, sobre todo a aquellos que se encuentran en su ambiente más cercano.

¿Cuáles son los alérgenos más comunes?



Alérgenos de exterior:

- Pólenes de árboles, de gramíneas y de arbustos
- Hongos

Alérgenos de interior:

- Polvo y ácaros del polvo
- Epitelio de animales, escamas y secreciones
- Esporas de mohos

- Cucarachas

2.2. Higiene.- el hecho de convivir en la infancia con varios hermanos, el contacto con procesos infecciosos, la asistencia a guarderías, el contacto con animales se relaciona con una menor prevalencia de asma.

2.3. Nutricionales.- El aumento de la prevalencia de asma infantil ha coincidido con un cambio en los hábitos dietéticos y el modo de elaborar los productos alimenticios. Se ha pasado de consumir alimentos frescos y de preparación sencilla, a alimentos muy elaborados y precocinados, con un elevado contenido de sodio y grasas saturadas, y con déficit de magnesio y vitamina C.

2.4. Tabaco.- la exposición intrauterina al humo del tabaco constituye un factor de riesgo de padecer sibilancias y asma en los primeros años de vida. La exposición al humo de tabaco durante la infancia incrementa el riesgo de padecer asma en la etapa infantil y hasta en la edad adulta.



2.5. Contaminación ambiental.- se sabe que algunos contaminantes ambientales tienen la capacidad de potenciar la agresividad de los alérgenos, actuando como un factor desencadenante.

3. DESENCADENANTES.

Los bronquios inflamados son excesivamente irritables y muy susceptibles al contacto con distintas sustancias inhalantes y ante determinadas situaciones, estímulos que en conjunto se denomina agentes desencadenantes.

3.1. Directos.- Son aquellos que pueden provocar una crisis de asma y entre los más frecuentes son las infecciones respiratorias virales, el humo, los productos aerosolizados (lacas, perfumes, sprays etc.), determinados olores fuertes y los cambios bruscos de temperatura.

3.2. Indirectos.- El ejercicio físico, los irritantes inespecíficos, ciertos fármacos y aditivos alimentarios, los factores emocionales y la presencia de enfermedades o situaciones concomitantes, pueden ser causa de una agudización del asma.

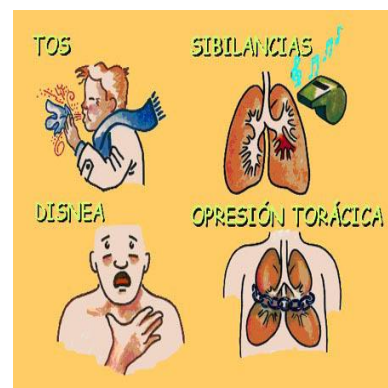


3.3.- Actividad Física.- El ejercicio es uno de los factores más comunes de los síntomas de asma. En muchas personas, el ejercicio causa la compresión de las vías respiratorias. Esto a su vez causa tos, sibilancia y/o dificultad para respirar durante o después del ejercicio. Sin embargo es necesario que el asmático haga alguna actividad física.

¿A qué edad puede manifestarse el asma? La aparición de síntomas puede ser en el primer año de la vida, o en la edad adulta.

¿Se puede curar el asma? Se puede vivir una vida normal con el asma, pero la curación todavía no es posible dada sus características genéticas.

El mito “el asma se cura en la pubertad” hay que desecharlo. Ello explica que muchos niños hayan sido privados de medicamentos eficaces y se hayan visto limitados en sus actividades físicas y deportivas afectando su calidad de vida.



Reconocimiento de las crisis asmáticas.- Los síntomas de una crisis de asma son:

- Respiración difícil: Cada vez más rápida presentándose más de 50 respiraciones por minuto.
- Sensación de opresión en el pecho. “Me cuesta respirar” “Me duele el pecho”
- Ruidos de pecho son como “silbidos” producidos por el aire al pasar por unas vías aéreas estrechas
- Tos: en general seca y persistente que puede ser la única manifestación inicial del asma.



© Can Stock Photo - csp20853599

TRATAMIENTO.- Los tratamientos dependerán de la severidad de los síntomas y comprenden: la evitación de los factores desencadenantes, medicamentos, educación y cambios en el estilo de vida.



El tratamiento del asma infantil se basa en cinco pilares fundamentales:

- Prevención: con un correcto conocimiento del paciente y de su familia sobre la enfermedad y sus desencadenantes.

- Control ambiental: para evitar factores desencadenantes
- Medicamentos: tanto de control, como para tratar los síntomas
- Vacunas: que modifican la respuesta inmune al alérgeno.
- Educación: tanto a pacientes como a su familia o cuidadores.

Señales de aviso

Las primeras señales de aviso indican que el asma está empeorando. Estas señales pueden presentarse horas o días antes de una crisis asmática. Estas señales son diferentes en cada persona. Las más frecuentes son:

- Cansancio
- Picazón de ojos, ojos llorosos o vidriosos
- Picazón o dolor de garganta
- Estornudos
- Congestión nasal
- Nariz que gotea
- Dolor de cabeza
- Fiebre
- Intranquilidad



SINTOMAS GRAVES.- Estos son indicaciones de que la crisis de asma es severa:

- Problemas al hablar, caminar o pensar
- Hombros encorvados
- Movimientos en el cuello y en las costillas cuando respira

- Coloración gris-azulada alrededor de la boca.

SI PRESENTA CUALQUIERA DE ESTOS DEBE ACUDIR A UN SERVICIO DE URGENCIAS.

MEDIDAS DE CONTROL AMBIENTAL

La higiene ambiental es siempre primordial para la salud, en pacientes con asma es imprescindible, a fin de evitar la aparición de síntomas y detener el progreso de la enfermedad.

Las medidas de control ambiental incluyen:

Evitar ambientes con irritantes inespecíficos (humos, polvo de cualquier procedencia, olores fuertes, aire frío y seco, sprays, gases y vapores) y los cambios bruscos de temperatura.

- Evitación del humo de tabaco
- Normas y medidas encaminadas a controlar y evitar la exposición a alérgenos como los ácaros del polvo doméstico, cucarachas, hongos de interior y epitelios de animales domésticos, pólenes y hongos de exterior.

BIBLIOGRAFIA

- **ASMA BRONQUIAL INFANTIL. GUÍA DIDÁCTICA** Dirección General de Salud Pública Servicio Canario de la Salud. Año 2010. España Rambla de Santa Cruz, 53 - 38006 Santa Cruz de Tenerife. ROSA GLORIA SUÁREZ LÓPEZ DE VERGARA.
- **GUIA PARA PACIENTES Y SU ENTORNO.**
Asociación Balear del Asma. Dra. Juana María Román Piñana
Depósito Legal: PM-1331-2007
- **GUÍA DE AUTOCUIDADOS PARA EL ASMA**
Consejería de Sanidad. Dirección General de Atención Primaria Décimotercera edición, Madrid abril 2011
Elena Alonso Lebrero
Sección de Alergia Infantil Hospital Universitario Gregorio Marañón

PAGINAS WEB

- <http://www.apcontinuada.com/es/educacion-el-nino-con-asma/articulo/80000662/>
- <http://www.consumer.es/web/es/salud/prevencion/2009/06/29/186281.php>
- <http://es.slideshare.net/cristobalbunuel/gua-de-prctica-clnica-sobre-asma-infantil-en-el-programa-de-gpc-en-el-sns>

UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS



Universidad de Guayaquil

PREVENCIÒN DE CRISIS ASMÀTICA



AUTOR: LIC. PAOLA RODRIGUEZ LOPEZ.

**DIRIGIDO A PADRES DE FAMILIA, CUIDADORES Y
PACIENTES.**

GUAYAQUIL – ECUADOR