



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA**

**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN TERAPIA
RESPIRATORIA.**

**TÍTULO:
PACIENTE MASCULINO DE 4 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE
ASMA BRONQUIAL.**

**AUTOR:
LEIDY MARGARITA ESCOBAR ARREAGA**

**TUTOR:
DR. FULTON MALDONADO SANTACRUZ**

**BABAHOYO - LOS RÍOS - ECUADOR
PERIODO 2021**

INDICE

Contenido

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TITULO DE CASO CLÍNICO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN	1
1. MARCO TEORICO	2
Identificación de desencadenantes del asma con pruebas de alergia	6
Evaluación de crisis de asma	6
1.1. JUSTIFICACIÓN	10
1.2. OBJETIVOS	11
1.3. DATOS GENERALES	12
2. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	13
2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD.	15
2.3. EXAMEN FÍSICO	15
2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	16
2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL	16
2.6. CONDUCTAS A SEGUIR	17
2.7.-INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	17

2.8 SEGUIMIENTO	18
2.9 OBSERVACIONES	19
3. CONCLUSIÓN	20
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21
ANEXOS	22

DEDICATORIA

Este proyecto está dedicado a mi familia y amigos por el gran apoyo que me brindaron desde el inicio de mi carrera, en especial a mis padres y mis hermanos que han sido un pilar fundamental en mi formación como profesional, por brindarme confianza, consejos, oportunidad y recursos para lograrlo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme terminar con éxitos este proyecto, a mis padres por su apoyo incondicional, a mis hermanos ya que han aportado de gran forma para no darme por vencida. Gracias a todas las personas que creyeron en mí y ayudaron a que cada etapa de mis sueños se hiciera realidad. Estar a un paso de convertirme en profesional me llena de satisfacción y orgullo y es por ello que también agradezco profundamente a cada uno de los grandes profesionales que estuvieron siendo mis maestros a lo largo de la carrera ayudándome a adquirir los mejores conocimientos y estar en esta etapa tan importante de mi vida.

TÍTULO DE CASO CLÍNICO
PACIENTE MASCULINO DE 4 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE
ASMA BRONQUIAL

RESUMEN

Durante este estudio clínico se aborda el ASMA BRONQUIAL en un paciente masculino de 4 años de edad que acudió centro hospitalario al área de emergencia llevado por su madre por presentar un cuadro clínico de, dificultad respiratoria, tos, y sibilancias.

El objetivo de este caso fue establecer un plan de cuidados adecuado donde se pudo emplear diferentes técnicas y procedimientos de la terapia respiratoria para el debido cuidado y seguimiento del paciente luego de haber obtenido el diagnóstico definitivo.

El tratamiento ejecutado al presente estudio clínico, debido a los principales signos y síntomas que se comprobó luego de una examinación tanto física como con estudios complementarios, se obtuvo un desenlace favorable en el paciente siendo la nebulización el principal tratamiento terapéutico que se indicó en el paciente, acompañado de oxigenoterapia.

Palabras claves: asma; nebulización; oxigenoterapia

ABSTRACT

During this clinical study BRONCHIAL ASTHMA is addressed in a 4-year-old male patient who came to the hospital center to the emergency area taken by his mother for presenting a clinical picture of respiratory distress, cough, and wheezing.

The objective of this case was to establish an adequate care plan where different techniques and procedures of respiratory therapy could be used for the due care and follow-up of the patient after having obtained the definitive diagnosis.

The treatment carried out in this clinical study, due to the main signs and symptoms that was verified after a physical examination as well as with complementary studies, a favorable outcome was obtained in the patient, nebulization being the main therapeutic treatment indicated in the patient. , accompanied by oxygen therapy.

Keywords: asthma; nebulization; oxygen therapy

INTRODUCCIÒN

El estudio de este caso clínico se basa en el plan de cuidados respiratorios determinado en un paciente masculino de 4 años de edad con ASMA BRONQUIAL.

Se la identifica a esta patología respiratoria como uno de los principales motivos de visitas al área de emergencia y hospitalizaciones en pacientes pediátricos, se la define como una inflamación continua de las vías respiratorias específicamente en los bronquios, estas continuas inflamaciones hacen que estos conductos respiratorios se vuelvan vulnerables a episodios de dificultad para respirar.

Esta patología, pasa de ser una simple enfermedad a un completo desorden multifactorial, por lo que es necesario centrar la atención en el individuo y en el sin número de factores de riesgo que se puedan encontrar comúnmente en la vida diaria, entre ellos los más relevantes son la exposición del niño al acaro del polvo o al contacto directo o indirectamente con el polen de una flor.

Se entiende a esta enfermedad como un síndrome que abarca en estos pacientes síntomas recurrentes entre ellos respiración ruidosa y dificultosa, opresión torácica y tos, que varían en el tiempo y en intensidad.

1. MARCO TEORICO

DEFINICIÓN

Según la (OMS) El asma es una enfermedad que afecta a la población adulta y pediátrica. Las vías encargadas de conducir el aire hacia los pulmones se estrechan por la aparición de una inflamación y de la compresión de los músculos que las rodean. Los factores desencadenantes varían de una persona a otra, pero entre ellos los más frecuentes son las infecciones víricas, los cambios atmosféricos, exposición a el polvo, humo, polen, pelaje y las plumas de animales.

Mientras que para (Hospital Infantil de México) debido a su causa multifactorial, a los cambios funcionales respiratorios y a sus diversas manifestaciones clínicas, de acuerdo a la edad de exposición, no hay una definición que defina completamente a esta patología. Sin embargo, teniendo en cuenta tanto el punto de vista funcional como el celular, se la puede definir, como una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas, en la cual los productos celulares juegan un papel significativo. La inflamación crónica origina un aumento en la reactividad de la vía aérea manifestaciones respiratorias; especialmente en la noche y en las primeras horas del día.

ETIOLOGÍA

Según la etiología el asma puede clasificarse como:

Alérgica Es más frecuente en pacientes pediátricos, frecuentemente esta se asocia con antecedentes familiares con enfermedades atópicas los resultados generalmente son positivos en pruebas cutáneas con alérgenos inhalados, con anticuerpos IgE alérgeno específicos en sangre, habitualmente con eosinofilia

en el esputo inducido, y muestra favorable respuesta a los glucocorticoides inhalados.

No alérgica habitualmente se presenta en pacientes adultos, y es caracterizada por ser de curso progresivo, resultados negativos de pruebas cutáneas, no se detectan anticuerpos IgE alérgeno específicos en sangre, frecuentemente no muestra respuesta al tratamiento inhalado de glucocorticoides.

Factores

Factores que causan ataques y exacerbaciones de asma o que influyen en su persistencia: alérgenos, infecciones respiratorias virales, polución del aire entre ellos el humo de tabaco, aerosoles de uso doméstico, gases de pinturas, ejercicio físico, emociones extremas, cambios atmosféricos, fármacos, alimentos y aditivos alimentarios.

Factores que aumentan el riesgo de exacerbaciones del asma estos son independientes de la presencia de síntomas, entre estos se encuentran síntomas no controlados, falta de administración de glucocorticoides inhalados ; <VEF1 (sobre todo si es menor a 60 % del valor de referencia), problemas psicológicos o socioeconómicos graves, exposición al humo del tabaco o a alérgenos, enfermedades coexistentes entre ellas obesidad, rinosinusitis crónica y alergia alimentaria, nivel alto de glóbulos blancos en el esputo o sangre, embarazo, referencia de intubación o de ingreso para tratamiento del asma en UCI, aumento en la concentración de FENO.

Factores de riesgo por persistencia de obstrucción bronquial: falta del uso de glucocorticoides inhalados, exposición al humo de tabaco u otras sustancias nocivas, <VEF1 inicial, producción excesiva de moco en las vías respiratorias, presencia de glóbulos blancos en el esputo o en la sangre, parto prematuro, bajo peso al nacer, mayor ganancia ponderal en la infancia.

Además, se distinguen otros 3 fenotipos del asma: de inicio tardío, asma con limitación fija al flujo aéreo espiratorio y asma coexistente con obesidad. (Empedium)

CUADRO CLÍNICO

1. Síntomas: disnea principalmente si se está acostado y durante la espiración, ocasionalmente esta se acompaña de opresión torácica, que se resuelve espontáneamente o una vez establecido un tratamiento; respiración sibilante; tos sin expectoración, que puede acompañar a la disnea. La tos aislada en pacientes adultos raramente es síntoma de esta enfermedad. En pacientes con asma de tipo alérgica coexisten síntomas de otras enfermedades con mayor frecuencia la rinitis alérgica.

2. Signos: sibilancias dispersas de tipo bilateral audibles con mayor frecuencia durante la espiración, roncus, espiración prolongada; durante las exacerbaciones se observa extensión de trabajo de los músculos respiratorios accesorios acompañado de tiraje intercostal y taquipnea. En las exacerbaciones muy graves los fenómenos auscultatorios pueden no estar presentes denominándolo, así como tórax silencioso.

3. Historia natural: esta patología puede manifestarse a cualquier edad. Cuando aparece en pacientes adultos con más frecuencia es de origen no alérgico y tiene un curso de mayor severidad. Esta enfermedad cursa con exacerbaciones que progresan de forma brusca o de manera gradual, pudiendo llegar a causar la muerte en casos no tratados. El asma no vigilada, de años de evolución, conduce a una obstrucción progresiva e irreversible. (Empedium)

Esta enfermedad inflamatoria respiratoria produce episodios de dificultad respiratoria, sibilancias también conocida como pitidos en el pecho, tos, sensación de opresión en el tórax y disnea. Estos pueden durar horas o incluso días según sea el nivel de gravedad, suelen resolverse espontáneamente, pero, casi siempre, se necesita de un tratamiento. (Varela, 2012)

DIAGNÓSTICO

Se sospecha de esta patología a partir del relato de los síntomas característicos por parte del paciente. Se confirma el diagnóstico mediante la realización de pruebas respiratorias o también conocidas como pruebas de función pulmonar; estas se deben realizar antes y después de administrar a la persona un fármaco inhalado, o beta-adrenérgico, el mismo que tiene la función de revertir la constricción de las vías respiratorias. Si se obtiene resultados favorables después de que la persona el paciente haya tomado el fármaco, se debe considerar viable el diagnóstico de asma.

Sin embargo, si las vías respiratorias no se estrechan durante la prueba, es necesario realizar el diagnóstico mediante un test de provocación este consiste en medir la función pulmonar antes y después de que la persona inhale una sustancia generalmente se usa la metacolina, pero también se utiliza histamina, adenosina o bradiquinina, que tienen la función de estrechar las vías respiratorias. Estas sustancias son recomendables administrar en dosis muy bajas, porque no afectarían a una persona con los pulmones sanos, pero que en los pacientes asmáticos producen un estrechamiento en las vías respiratorias.

La medición repetida de esta prueba a lo largo del tiempo permite determinar la gravedad de la obstrucción respiratoria y a la vez la efectividad del tratamiento.

La prueba de asma inducido por el ejercicio, se usa para medir la cantidad de aire que la persona puede exhalar en 1 segundo antes y después de la realización de ejercicios que realiza sobre una cinta de correr o una bicicleta estática. Si se comprueba una disminución en el volumen de aire a más del 15%, es posible que el diagnóstico sea asma inducido por el ejercicio.

Las pruebas de funcionalidad pulmonar son de gran utilidad cuando el diagnóstico de asma es incierto debido a que las manifestaciones clínicas como sibilancias y la dificultad respiratorias pueden deberse a otro trastorno,

como una enfermedad pulmonar intersticial , una EPOC o una obstrucción de la vía aérea superior.

Identificación de desencadenantes del asma con pruebas de alergia

Normalmente es difícil determinar cuál es el elemento que desencadena el asma por lo que es necesario realizar pruebas para detectar alergias cuando se sospecha que alguna sustancia susceptible de ser evitada entre ellas la exposición a la caspa de animales domésticos, que es la causante de las crisis.

Cuando se sospecha de un alérgeno en particular, es necesario realizar un análisis de sangre que mide la concentración de anticuerpos producidos contra la sustancia que provoca reacciones alérgicas a este se lo conoce como “test de radioalergoabsorbancia o RAST”.

Evaluación de crisis de asma

Dado que las personas que sufren una crisis de asma grave presentan con frecuencia niveles bajos de oxígeno en la sangre, se recomienda controlar dicho nivel usando la oximetría que consiste en ajustar un sensor en un dedo de la mano o en el lóbulo de una oreja. En las crisis graves, también se necesita medir los niveles de dióxido de carbono en la sangre , para lo cual es necesario realizar una muestra de sangre arterial. Sin embargo, este nivel se puede evaluar vigilando la respiración de la persona mediante un sensor que se coloca en la nariz o la boca.

Es necesario también comprobar la función pulmonar, esta se comprueba mediante un espirómetro el mismo que contiene una boquilla y un tubo conectado a un dispositivo de grabación que se utiliza para medir el flujo de aire en los pulmones. (Ortega, 2019)

EN PACIENTRE PEDIÁTRICOS

En pacientes de 2 a 5 años lo más recomendable es realizar una prueba terapéutica con esteroide inhalado a dosis media (entre 200-400 µg BUD equivalente por día) durante 6 semanas.

En niños menores de 5 años no se recomienda realizar pruebas de reto, porque se dificulta obtener mediciones objetivas de obstrucción del flujo de aire y a la vez del potencial efecto irritativo de algunos agentes.

En cuanto al FeNO se han determinado valores de referencia para niños entre 1 a 5 años; sin embargo, sus resultados suelen ser variados con especificidad muy baja para este grupo etario. Por lo tanto, no sugerimos se utilice para el diagnóstico inicial de asma infantil. (MEDIGRAPHIC)

TRATAMIENTO

Se recomienda que el tratamiento de un paciente con asma, debe iniciar con el manejo no farmacológico, este consiste en un intento de modificar los factores ambientales y realización de ejercicios. Para todos los pacientes con esta patología se recomienda evitar la exposición directa a factores que irritan las vías aéreas.

En los pacientes con asma alérgica, se agrega la indicación de evitar la exposición al o a los alérgenos que son los causantes de la exacerbación de sus síntomas. Entre otros factores existe una relación con la alimentación, este puede facilitar o dificultar el control del asma.

Manejo farmacológico

Medicación preventiva: esta es de uso u administración diaria y durante periodos largos de tiempo. En este grupo los más relevantes son glucocorticoides inhalados, antagonistas de los receptores de los leucotrienos, agonistas b2-adrenérgicos de acción prolongada, antagonistas de receptores muscarínicos de acción prolongada, y glucocorticoides orales.

Medicación de rescate: este se administra para tratar la broncoconstricción de una manera rápida y eficaz. Entre ellos los de mayor uso son los SABA inhalados estos actúan de manera rápida dentro de los primeros 5 minutos, los

anticolinérgicos inhalados el principal es el bromuro de ipratropio y los corticoides sistémicos estos pueden ser administrado por vía oral o parenteral.

- **Glucocorticoides inhalados**

Este tratamiento es la de mayor elección para la terapia de mantenimiento del asma por las siguientes características:

- ✓ Alta selectividad y afinidad por su receptor.
- ✓ Gran efecto antiinflamatorio local.
- ✓ Prolongada permanencia en el pulmón.
- ✓ Baja biodisponibilidad oral y sistémica.

Entre ellos los más usados son la budesonida, fluticasona (propionato y furoato), beclometasona, ciclesonida y mometasona.

En pacientes menores de 12 años se considera administrar dosis baja de budesonida 200 µg/día. Mientras que la fluticasona se considera dosis baja en niños por debajo de 200 µg/día.

- **Antileucotrienos**

Estos medicamentos tienen las funciones de estimular la broncoconstricción, aumento de producción de moco, y de permeabilidad vascular al igual que el aumento del tono muscular.

Se ha demostrado que los fármacos antirreceptores de leucotrienos son eficaces en el asma leve o moderada gracias a sus propiedades antiinflamatorias y broncodilatadoras, el más relevante es la montelukast, que tiene la función de bloquear la unión del LTE a su receptor. Entre sus efectos secundarios encontramos dolor abdominal y alteraciones del sueño.

- **Agonistas b2-adrenérgicos de acción prolongada**

Estos deben asociarse siempre a un Glucocorticoides inhalado porque este no se recomienda usar como medicación preventiva ni como broncodilatador de rescate en pacientes pediátricos. Los que tienen un inicio de acción rápido dentro de los primeros 5 minutos son el formoterol y vilanterol, mientras que el comienzo de efecto con salmeterol es de 30 minutos.

- **Antimuscarínicos de acción prolongada**

Entre estos se destaca el bromuro de tiotropio, que presenta eficacia en el tratamiento y mantenimiento del asma mediante un bloqueo selectivo y extenso de los receptores. Además, han demostrado mejoría en la función pulmonar y a la vez reducción del riesgo de exacerbaciones en pacientes pediátricos mayores a 6 años con asma mal controlado.

- **Anticuerpos monoclonales**

El primer tratamiento que se desarrolló para el tratamiento del asma alérgica grave fue omalizumab, anticuerpo IgG monoclonal frente a la inmunoglobulina, que se encuentra humanizado en más del 95% de su molécula. Este se puede administrar en niños >6 años con asma alérgica grave principalmente por sensibilización a alérgeno perdurable. (Javier Torres Borrego, 2019)

1.1. JUSTIFICACIÓN

Este estudio de caso clínico se basa en el cuidado de un paciente masculino pediátrico de 4 años de edad con asma bronquial, el objetivo de este caso fue establecer un plan de cuidados adecuado donde se pudo emplear diferentes técnicas y procedimientos de la terapia respiratoria para el debido cuidado y seguimiento del paciente.

Según investigaciones en el Ecuador hasta el 2016 se reportaron 2675 casos de asma y es considerada una de las enfermedades respiratoria causantes de hospitalización en pacientes pediátricos entre ellos las edades más frecuentes con esta afección fueron de 5 a 9 años según los reportes del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).

Es importante el trabajo y cuidado que puede ofrecer un terapeuta respiratorio en los casos de pacientes pediátricos diagnosticado con esta patología con el objetivo de ofrecer en estos pacientes una mejor calidad vida.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

Establecer un plan de cuidados respiratorios de los pacientes diagnosticados con asma bronquial de acuerdo a su gravedad.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar los factores de riesgos a los que está expuesto el paciente.
- Valorar la gravedad de la patología del paciente con la realización de estudios adecuados.
- Indicar la eficiencia de la terapia respiratoria en el manejo del paciente diagnosticado con asma bronquial.

1.3. DATOS GENERALES

Identificación del Paciente: N/N

Edad: 4 años

Sexo: masculino

Lugar y Fecha de nacimiento: 14/01/2017 (VINCES)

Peso: 22 kg

Grupo sanguíneo: O+

2. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Análisis y motivo de consulta

Acude al área de emergencia del centro hospitalario un paciente masculino pediátrico de 4 años de edad el mismo que es llevado por su madre, por presentar síntomas recurrentes de tos (durante el día), falta de aire, sibilancias.

Historial Clínico

Por síntomas descrito anteriormente el médico en turno notifica su ingreso hospitalario inmediato para poder llevar a cabo una anamnesis completa con el fin de saber sus antecedentes patológicos, así como familiares.

Antecedentes patológicos personales:

Presencia de 4-5 episodios de dificultad respiratoria de fácil manejo al año, de mayor predominio en tiempo húmedo.

Presencia de exacerbación nasal tras exposición a polvo.

Antecedentes patológicos Familiares:

Abuela paterna refiere hipertensión arterial.

Madre refiere rinitis alérgica desde los 16 años de edad.

Padre no refiere

Antecedentes patológicos Quirúrgicos:

No refiere

Alergias

Alergia a medicamentos: no refiere

Alergia a los alimentos: no refiere

Alergia al polvo

Condiciones Socioeconómicas

Vivienda de bloque con piso de madera. Consta de 3 habitaciones y servicio higiénico, viven 5 personas, (paciente, madre, padre, y abuelos), con servicios básicos (agua, luz, fosa séptica interna)

Padre y madre se dedica a la agricultura y tienen animales de granja extra domiciliariamente.

2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD.

Anamnesis.

Paciente pediátrico masculino de 4 años de edad ingreso al servicio de emergencia llevado por su madre, este presento antecedentes patológicos personales de episodios recurrentes de dificultad respiratoria y presencia de exacerbación nasal tras exposición al polvo, mientras que entre sus antecedentes patológicos familiares la abuela paterna refiere HA y su madre refiere rinitis alérgica.

Este mostro signos de dificultad respiratoria, febrícula, sibilancias, y taquipnea en el momento de acudir a la emergencia; además su madre refiere que este ha presentado cuadros recurrentes de tos durante el día.

2.3. EXAMEN FÍSICO

Paciente consciente, despierto, hidratado, taquipneico, orofaringe congestiva; afebril.

Entre los hallazgos clínicos se encuentra:

FR: 46 rpm

PA: 90/60

TEMPERATURA: 37°C

Corazón: rítmico, no se auscultan soplos.

Pulmones: mediante la auscultación se identifican ruidos anormales como sibilancias diseminadas en ambos campos pulmonares, murmullo vesicular disminuido.

Extremidades: presencia de pulsos y reflejos normales

2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

HEMOGRAMA

Eritrocitos	4 millones /mm ³
Hemoglobina	10.7 g/Dl
Hemograma (completo)	36.5%
Glóbulos blancos	12.75cel/mm ³
Neutrófilos (%)	54%
Linfocitos (%)	31%
Monocitos (%)	6%
Eosinófilos (%)	4%

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

PRICK TEST: POSITIVA

Prueba de provocación bronquial

RX DE TORAX: se observaron opacidades en ambos campos pulmonares

2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL

Diagnóstico presuntivo: según el cuadro clínico que presentaba el paciente en primera estancia se sospechó de rinitis alérgica.

Diagnóstico definitivo: Asma bronquial tipo alérgica.

2.6. CONDUCTAS A SEGUIR

En el estudio de caso clínico se recibió en el área de emergencia del centro de salud a un paciente pediátrico de 4 años de edad acompañado de su madre, por los principales criterios respiratorio que presentaba y diagnóstico definitivo obtenido se recomendó el ingreso y el inicio inmediato de los siguientes procedimientos terapéuticos:

Oxigenoterapia

Tras el primer aviso respiratorio que presento el paciente (taquipnea), se le administró tratamiento de oxígeno a bajo flujo con cánula nasal a 3 lpm.

Nebulizaciones

Nebulizar con salbutamol 0.6cc + 3 CC. de SSN c/12 horas

Nebulizar con Bromuro de Ipratropio 0.5 CC. + 3 CC. de SSN c/6 horas

Metilprednisolona: 10 mg/kg IV c/12 horas

Sulfato de Magnesio: 500 mg IV c/6 horas (# 4 dosis)

Ranitidina 20 mg/c12 horas

2.7.-INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

Una vez analizado el cuadro clínico del paciente, y haber obtenido un diagnóstico definitivo se muestra que el tratamiento farmacológico y terapéutico seleccionado es el mejor adaptado a su patología.

La nebulización es el procedimiento más adecuado para el paciente se recomendó administrar 3 nebulizaciones de ataque con salbutamol, alternado con bromuro de ipratropio y Metilprednisolona por vía intravenosa, además se recomendó un soporte de oxígeno a bajo flujo.

2.8 SEGUIMIENTO

Día 1

El paciente presenta el mismo cuadro sintomatológico de ingreso que era tos, sibilancias, pero existe una breve mejoría en la disnea luego de la administración del manejo terapéutico de oxigenoterapia.

Día 2

Tras el inicio de tratamiento por nebulización el paciente mostro mejoría en su principal causa respiratoria de ingreso este ya “podía respirar un poco mejor”.

Se mantuvo la oxigenoterapia a bajo flujo.

Días 3

Se mantuvo las nebulizaciones; además se recomendó iniciar terapia con vibración, aspiración de secreciones postnebulización.

El paciente mostro rechazo a la oxigenoterapia luego que existiese un inconveniente con el dispositivo aplicado para su administración

Día 4

La paciente tuvo una disminución de tos y sus respiraciones eran casi normales para su edad, las sibilancias disminuyeron considerablemente al igual que la tos, por lo cual se recomendó su alta hospitalaria.

2.9 OBSERVACIONES

Durante la estancia hospitalaria del paciente este mostro rechazo a la oxigenoterapia en el tercer día luego que existiese un inconveniente con el dispositivo aplicado para su administración por lo cual se recomendó suspender su uso.

Una vez establecido su alta hospitalaria fue necesaria por parte de profesionales de salud en este caso terapeuta respiratorios establecer un conversatorio con los familiares responsables del paciente (padres de familia) con el objetivo de recomendar que se evite de cierta manera el contacto a los principales factores de riesgo (alérgenos) que fueron causantes de la patología en el paciente, además de realizar seguimientos de rutinas indicados en esta patología.

3. CONCLUSIÓN

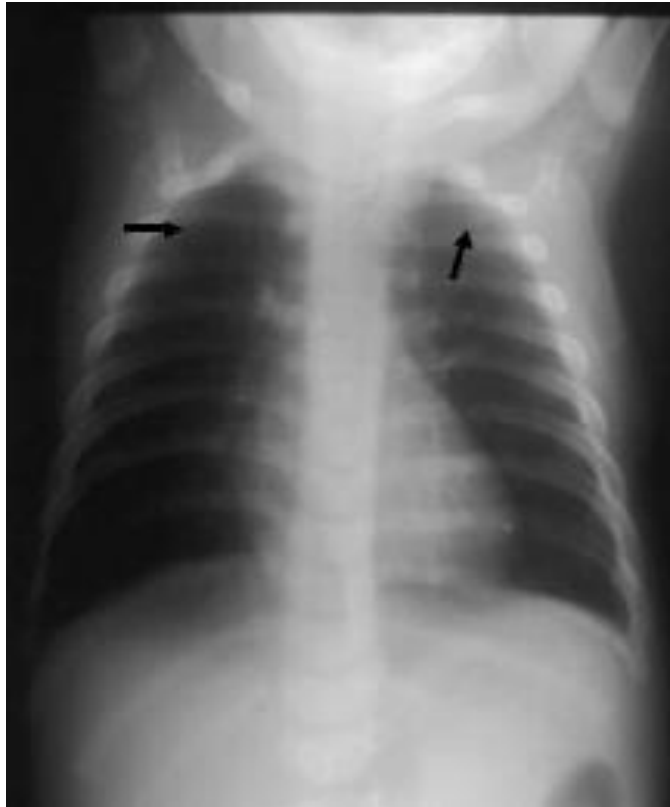
El asma bronquial es una de las patologías respiratorias más comunes en pacientes pediátricos; caracterizada por tener mayor relevancia por causa alérgica en este grupo etario.

Una vez comprobado que se trata de esta enfermedad respiratoria es importante aplicar una estrategia terapéutica adecuada y rápida, entre ellas la Oxigenoterapia y la nebulización son las principales maniobras terapéuticas respiratorias utilizadas en estos pacientes. Es necesario tener en cuenta que se presentan dificultades al momento de aplicar este tratamiento ya que los niños no suelen ser muy colaboradores

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Empedium. (s.f.). *ASMA. MANUAL MIBE*. Obtenido de
<https://empedium.com/manualmibe/chapter/B34.II.3.7>.
- Hospital Infantil de México. (s.f.). *Asma. Scielo*. Obtenido de
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462009000100002
- Javier Torres Borrego, C. O.-G. (2019). *Tratamiento del asma pediátrica.tratamiento de la crisis de asma*. Obtenido de
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/08_tratamiento_asma.pdf
- MEDIGRAPHIC. (s.f.). *GUIA MEXICANA DE ASMA . SOCIEDAD MEXICANA DE NEUMOLOGIA Y CIRUGIA DE TORAX, 76*. Obtenido de
<https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2017/nts171a.pdf>
- OMS. (2021). *ASMA . ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD*. Obtenido de
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/asthma>
- Ortega, V. E. (2019). *TRASTORNOS DEL PULMON Y LAS VIAS RESPIRATORIAS: Asma. MANUAL MSD* . Obtenido de
<https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-del-pulm%C3%B3n-y-las-v%C3%ADas-respiratorias/asma/asma>
- Varela, Á. L.-S. (2012). *El asma en la infancia y adolescencia* . FUNDACION BBVA. Obtenido de https://www.fbbva.es/microsites/ASMA_INTERACTIVO.pdf

ANEXOS



Radiografía de Tórax (RX de tórax AP) en PX de 4 años.