



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



Componente Practico del Examen Complexivo
Previo A La Obtención Del Grado Académico De Licenciada en Terapia
Respiratoria

TEMA DEL CASO CLINICO

PACIENTE FEMENINO DE 5 AÑOS CON ASMA BRONQUIAL

AUTORA

KENYA DAHIANA FAJARDO SANCHEZ

TUTOR

DR. CARLOS HIDALGO COELLO MSC

BABAHOYO, LOS RIOS, ECUADOR

2021

INDICE

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO.....	II
TEMA DE CASO CLINICO.....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT.....	V
INTRODUCCIÓN.....	VI
I.MARCO TEORICO.....	1
ASMA.....	1
Asma bronquial en niños.....	2
Epidemiología del asma bronquial.....	3
Mortalidad del asma bronquial.....	4
Etiología del asma bronquial.....	5
Tipos más comunes de asma bronquial.....	6
Clasificación del asma bronquial acorde a su severidad.....	7
Cuadro clínico del asma bronquial en niños menores de 6 años.....	8
Diagnóstico del asma bronquial.....	9
Tratamiento del asma bronquial.....	9
Tratamiento no farmacológico.....	10
Tratamiento farmacológico.....	10
Complicaciones del tratamiento.....	11
1.1 Justificación.....	12
1.2 Objetivos.....	13
1.2.1 Objetivo general.....	13
1.2.2 Objetivos específicos.....	13
1.3 Datos generales.....	14
II METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	15
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes.....	15
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual.....	15
Anamnesis.....	15
2.3 Exploración clínica.....	16
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.....	17
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.....	18
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	18
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	18
2.8 Seguimiento.....	19
2.9 Observaciones.....	20
Conclusiones.....	20
Bibliografía.....	
ANEXOS.....	

DEDICATORIA

Dedico todo esto únicamente a mis padres y hermanos porque siempre creyeron en mí y en que puedo lograr muchas cosas, ellos han sido testigos de todo mi esfuerzo desde el inicio de mi vida universitaria, sin ellos no estuviera hoy aquí.

AGRADECIMIENTO

Mi eterno agradecimiento a mis padres que se han sacrificado mucho por mí y gracias a ellos nunca me ha faltado nada, a mi hermana mayor que siempre ha creído en mí y en que puedo lograr casi cualquier cosa si me lo propongo, a mi hermano menor para quien quiero ser ejemplo algún día.

TEMA DE CASO CLINICO

PACIENTE FEMENINO DE 5 AÑOS CON ASMA BRONQUIAL

RESUMEN

El asma bronquial es una de las patologías respiratorias con mayor frecuencia en las personas, sobre todo en la infancia afectando a más del 10% de ellos, con cifras de afectación estimadas de 250 millones de personas en todo el mundo, por lo general tiene un origen multifactorial y está determinada por factores predisponentes. La forma más común de presentación del asma en los niños es de tipo alérgico que tiene un inicio temprano y es desencadenada por alérgenos y con los síntomas típicos de tos, sibilancias y disnea. En Ecuador en el año 2016 la mortalidad por asma era de 10 personas por cada 100000 habitantes, según el sexo fue para mujeres 6 por cada 100000 habitantes y de hombres fue 4 por cada 100000 habitantes.

El presente trabajo tiene como finalidad conocer como afecta el asma a los niños y cuáles son los factores que la desencadenan además también de conocer el tratamiento más adecuado para un paciente de 5 años de edad, el asma con el pasar de los años se ha convertido en un tema de total interés para los científicos ya que hasta el día de hoy hay factores desconocidos que pueden desencadenar una crisis asmática, un diagnóstico a tiempo y un tratamiento con resultados favorables es esencial para que el paciente lleve una vida normal.

Palabras claves: asma, bronquial, pediátrico, alérgenos, mortalidad

ABSTRACT

Bronchial asthma is one of the respiratory pathologies with the highest frequency in people, especially in childhood affecting more than 10% of them, with estimated figures of 250 million people worldwide, it generally has a multifactorial origin and is determined by predisposing factors. The most common form of presentation of asthma in children is an allergic type that has an early onset and is triggered by allergens and with the typical symptoms of coughing wheezing and dyspnea. In Ecuador in 2016, mortality from asthma was 10 people per 100,000 inhabitants, according to sex it was 6 per 100,000 inhabitants for women and 4 per 100,000 inhabitants for men.

The present work aims to know how asthma affects children and what are the factors that trigger it, as well as knowing the most appropriate treatment for a 5-year-old patient, asthma over the years has become. This is a subject of total interest to scientists, since until today there are unknown factors that can trigger an asthma attack, a timely diagnosis and treatment with favorable results is essential for the patient to lead a normal life.

Key words: bronchial, asthma, pediatric, allergens, mortality

INTRODUCCIÓN

El asma bronquial es una de las enfermedades más frecuentes durante la infancia, es prolongada (crónica) de las vías respiratorias de los pulmones la cual provoca inflamación e hinchazón de las vías respiratorias, es el resultado de las interacciones entre las células del epitelio respiratorio y mediadores inflamatorios frente a estímulos específicos. El asma infantil es más común en los niños que en las niñas, cuando se tiene asma las vías respiratorias se vuelven más sensibles de lo normal y determinadas sustancias o desencadenantes pueden causarle irritación.

El asma bronquial, pasa de ser una simple enfermedad a un desorden complejo y multifactorial, logrando centrar la atención en el individuo y en la variedad de factores de riesgo que se puedan encontrar comúnmente en la vida diaria y no tan comúnmente: como es la exposición del niño al acaro del polvo o al contacto directo o indirectamente con el polen de una flor

Los síntomas del asma bronquial cambian de leve a grave de un niño a otro, los episodios de asma graves o ataques de asma pueden requerir tratamiento hospitalario y en el peor de los casos llegan a ser mortales. Aproximadamente una de cada 15 personas tiene asma, no existe ninguna cura para el asma, pero la mayoría de las personas pueden controlar la enfermedad y llevar una vida normal.

Es importante realizar una buena evaluación y tratamiento oportuno del paciente al mismo tiempo estableciendo una buena estrategia preventiva de ejercicios de rehabilitación como eliminar hábitos dañinos del paciente, en cada caso constituyen los pasos necesarios para lograr el buen manejo de la enfermedad lo que puede contribuir a disminuir la morbimortalidad y al mismo tiempo obtener una mejoría en su calidad de vida

I.MARCO TEORICO

Asma bronquial

El termino asma deriva del vocablo *asthma* que significa respirar.

Hipócrates, figura máxima de la medicina de la antigua Grecia, habla en sus tratados de asma, pero no como una enfermedad si no como un síntoma. Ya en el siglo VII, Maimónides escribirá la primera obra específica sobre esta dolencia: tratado sobre el asma (fundaler, 2016)

El asma bronquial es una afección en la que se estrechan y se hinchan las vías respiratorias (las vías aéreas son las vías respiratorias que llevan el aire hacia dentro y hacia afuera de los pulmones) por lo cual se produce una mayor mucosidad...Esto podría dificultar la respiración y producir tos, silbido al respirar y falta de aire.

El asma bronquial es una de las principales enfermedades que no son transmisibles, su gravedad es variable según el paciente, los síntomas pueden manifestarse varias veces al día o a la semana y en algunos casos empeora durante la actividad física y durante la noche, durante los ataques de asma el revestimiento de los bronquios se hincha por lo cual disminuye su diámetro interno y se reduce el flujo de aire que entra y sale de los pulmones. (organizacion mundial de la salud , 2020).

Es asma bronquial es una enfermedad pulmonar crónica, las personas con asma tienen vías respiratorias hipersensibles, sus pulmones reaccionan a cosas que pueden no molestar a otras personas, en una vía respiratoria sin asma las vías respiratorias son rosadas y claras sin hinchazón interior, las bandas musculares alrededor de las vías respiratorias no están apretadas y no hay sobre producción de moco, el aire se mueve libremente por las vías respiratorias , el

asma no tratada o mal controlada puede causar cambios en las vías respiratorias que pueden ser irreversibles, cuando se tiene asma pueden ocurrir 3 cambios principales en los pulmones que son;

La inflamación: Esto hace que el tejido de las vías respiratorias se irrite, se enrojezcan y se hinchen, cuando se tiene asma la inflamación siempre está presente incluso cuando no se está experimentando síntomas, cuando el tejido se inflama la vía respiratoria se estrecha y el flujo de aire disminuye.

La broncoconstricción: la tensión de los músculos que rodean las vías respiratorias lo que reducen aún más la abertura.

Aumento en la secreción de moco: Bloquea aún más la vía respiratoria,

Cuando alguien con asma entra en contacto con un desencadenante del mismo como el polvo, humo de tabaco e incluso la risa, puede producirse uno de los tres procesos mencionados anteriormente, esto se conoce como un ataque o episodio de asma. (AMERICAN LUNG ASSOCIATION , 2020).

Desde un punto de vista clínico un paciente podrá ser considerado asmático cuando ha presentado tres episodios de dificultad respiratoria con sibilancias, disnea, sensación de opresión torácica y/o tos, una vez excluida otras posibles etiologías. Aunque los síntomas de asma son similares a cualquier edad, existen en la infancia rasgos que la distinguen de la forma del adulto. Las diferencias son más llamativas en el lactante y en el preescolar. De hecho, la definición de asma más adecuada en este grupo de edad es “sibilancias recurrentes y/o tos persistente en una situación en la que es probable y se han descartado otras enfermedades menos frecuentes.

Asma bronquial en niños

Esta enfermedad es más frecuente en mujeres, con una proporción de dos mujeres por cada hombre, aunque en la infancia es más frecuente en niños que

en niñas...La prevalencia del asma se ha incrementado en las últimas décadas y continúa aumentando en los niños más pequeños.

La gran mayoría de los niños que tienen estos episodios de asma de forma repetida presentara una mejoría progresiva de su proceso y los síntomas desaparecerán definitivamente entre los 3-6 años. En algunos de ellos, pocos, persistirán hasta los 10-11 años y, en general mejoraran completamente y no presentaran secuelas de sus proceso ni mayor tendencia a tener enfermedades respiratorias a lo largo de la vida. Pero también habrá algunos niños menores de 3-4 años con estos episodios de asma repetidos que desarrollaran asma en el futuro. (CARVALHO-OLIVEIRA, 2016)

Epidemiología del asma bronquial

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha calculado que existen unos 300 millones de pacientes con asma en todo el mundo y que es una enfermedad crónica más común en niños. (COELLO, 2018)”

El asma en Ecuador al igual que en Latinoamérica es un problema de salud pública, según el Instituto de Estadísticas y Censos (INEC), en el Ecuador se han registrado 3.275 casos de asma hasta en el 2017 y es considerada una de las enfermedades con mayor morbilidad en la niñez...El estudio AIRLA (Asthma Insights and reality in Latinoamérica) determino que en Ecuador se reporta una prevalencia general de asma de 10,9%.

Además, que el 55% de los entrevistados en edad infantil reportaron tener ausentismo escolar, mientras que el 37% de los pacientes asmáticos adultos reportaron ausentismo laboral.

El inicio del asma en la niñez ocurre antes de los 5 años en el 80% de los casos ya que es alérgica, la mayoría el 75% de los niños afectados tienen solo síntomas leves. Por el desarrollo industrial, se ha producido un aumento en la población infantil.

En Panamá la prevalencia de la enfermedad se encuentra entre el 8% y 10% esto se traduce en 392,00 habitantes de acuerdo al registró de la población de 3.929.141 del país Centro Americano en 2015.

En Estados Unidos hay más de 25 millones de personas con asma comprobada de las cuales 7 millones son niños.

En China la prevalencia es muy baja pero la mortalidad es muy elevada. (elidemir, 2019)

Mortalidad del asma bronquial

En la mayoría de los países, la mortalidad por asma fue aumentando desde mediados de los años 70 hasta alcanzar en la década de los 90 una meseta y comenzar un progresivo descenso. La tasa bruta de mortalidad por asma en el mundo estimada por la OMS en el año 2015 fue de 3,73 por 100.000 habitantes. México, tiene una tendencia descendente; sin embargo, en Sao Paulo (Brasil), aunque la mortalidad se mantiene en rangos similares en las dos últimas décadas en la población general, ha aumentado en la población pediátrica. En Uruguay, la mortalidad global y muy especialmente la pediátrica, se está reduciendo.

En el 2016 la mortalidad por asma en Ecuador era de 10 personas por cada 100000 habitantes., según el sexo fue para mujeres 6 por cada 100000 habitantes y de hombres fue 4 por cada 100000 habitantes. (La Hora , 2019)

Aunque la tasa de asma infantil es de alrededor de 8% en los Estados Unidos, más de la mitad de los países de América Latina informa una prevalencia de asma infantil superior al 15%. Además de esto, el mayor número de muertes por asma ocurre en países de bajos y medianos ingresos.

Etiología del asma bronquial

Según (Giraldo, 2018) existen muchas investigaciones que han revelado mucho acerca del asma en las últimas décadas, los investigadores creen que ciertos factores genéticos y ambientales interactúan para causar el asma, generalmente en los primeros años de la vida, estos factores son:

Genética: Una tendencia hereditaria que se llama atopia, la cual es una predisposición para ser alérgico a cosas (se cree que la atopia está presente en alrededor del 20 al 40% de los humanos). Ha habido progreso en años recientes al identificar en qué parte de los cromosomas se encuentran algunos de los genes responsables de la atopia.

¿Hay genes específicos para el asma?

La respuesta aun es incierta, la evidencia nos está convenciendo de que el asma no es una enfermedad en un solo gen, sin embargo, el involucramiento de varios genes diferentes en algunos componentes del asma como la hiperreactividad de las vías respiratorias y la inflamación no relacionada con la atopia parece probable pero no ha sido comprobado.

Factores ambientales: alérgenos en el aire (ácaros del polvo) y las infecciones respiratorias virales (virus sincitial respiratorio y rinovirus) humo de tabaco, la contaminación del aire, la dieta (obesidad o la baja ingesta de antioxidantes).

El caso en contra del humo del cigarrillo es aún más fuerte que el caso de en contra de la contaminación del aire, se cree que la exposición al humo de cigarrillos en la niñez contribuye tanto directa como indirectamente al desarrollo del asma. En varios estudios, los niños expuestos al humo del cigarrillo en el hogar han demostrado que tienen tasas más altas de hospitalización debido a enfermedades respiratorias.

Infecciones: Un alto porcentaje probablemente alrededor del 1/3 de los bebés y niños pequeños experimentarán jadeos en algún momento, usualmente durante una infección respiratoria viral. Algunos, pero no todos de estos niños sufrirán de asma crónica, aún no está claro cuál es el papel de la infección viral, pero es posible que sea parte de la causa del asma, los virus más comunes que causan

jadeos infantiles son el vsr (virus sincicial respiratorio, virus de la para influenza y en niños un poco más grandes, el rinovirus (el virus responsable de los resfriados comunes).

Países desarrollados /Países en vías de desarrollo: Se ha observado que el asma bronquial es más común en naciones industrializadas (como los Estados Unidos ,Australia y los países de Europa Occidental)que en países en vías de desarrollo, aun no se sabe el porqué , es poco probable que esto esté relacionado con la composición genética de las poblaciones, ya que los descendientes de inmigrantes de naciones en vías de desarrollo a naciones industrializadas tienen tasas similares de asma a las de aquellos en su país adoptivo.

Tipos más comunes de asma bronquial

Asma alérgica: la respiración puede empeorar cuando te expones a alergenos como el polen de las plantas, ácaros del polvo, pelo de animales como perros y gatos.

Asma estacional: su aparición está relacionada con el polen de las plantas; empeora en primavera o finales de verano.

Asma no alérgica: puede ser desencadenada por sustancias irritantes, infecciones respiratorias, aire frio, los cambios repentinos de temperatura, etc.

Asma ocupacional: este tipo de asma tiene la particularidad de que ocurre en el trabajo, pero esto no quiere decir que seas alérgico al trabajo, Pero seguramente el ataque de asma es desencadenado porque estas expuesto a sustancias químicas en el lugar de trabajo como polvo de madera, metales, compuestos orgánicos, resinas plásticas, etc.

Asma inducida por el ejercicio: esto quiere decir que cuando haces ejercicios o incrementas la actividad física tu respiración puede ser dificultosa, es posible que tosas más de lo normal (la tos debería desaparecer después de 30 -40 minutos). Los síntomas pueden presentarse mientras haces ejercicios o después de los mismos. (mayo clinic, 2018).

Clasificación del asma bronquial acorde a su severidad

Clasificación del asma bronquial acorde a su severidad se establece de la siguiente manera. (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS , 2015)

Asma intermitente

- Síntomas menos de una vez por semana
- Exacerbaciones de corta duración
- Síntomas nocturnos menos de dos veces por mes
- Vef1 o flujo pico mayor o igual a 80%
- Variabilidad del vef1 o flujo pico menor al 20%

Asma leve persistente

- Síntomas más de una vez /semana, pero menos de una vez por día
- Síntomas nocturnos más de dos veces /mes, pero menos de una vez /semana
- Vef1 o flujo pico mayor o igual al 80%
- Variabilidad del vef1 o flujo pico del 20-30%

Asma moderada persistente

- Síntomas diarios
- Las exacerbaciones pueden afectar el sueño y las actividades diarias
- Síntomas nocturnos al menos una vez por semana
- Uso diario del b-agonista
- Vef1 o flujo pico 60-80% del predictor
- Variabilidad del vef1 o flujo pico mayor o igual al 30%

Asma severa persistente

- Síntomas diarios continuos
- Exacerbaciones frecuentes
- Síntomas nocturnos frecuentes

- Actividad física limitada
- Vef1 o flujo pico menor o igual al 60% del predictor
- Variabilidad de vef1 o flujo pico mayor o igual al 30%

Cuadro clínico del asma bronquial en niños menores de 6 años

Los signos y síntomas del asma bronquial en niños incluyen:

- Tos
- Sibilancia; un sonido agudo parecido a un silbido al exhalar
- Dificultad para respirar o falta de aliento
- Una sensación de opresión e incomodidad en el pecho

La gravedad y los patrones de los síntomas pueden variar:

- Empeoramiento de los síntomas por la noche
- Periodos cortos de tos y sibilancias entre periodos de tiempo sin síntomas
- Síntomas crónicos con episodios de sibilancias y tos más extremos
- Cambios estacionales basados en desencadenantes de alergias

Los síntomas pueden desencadenarse o empeorarse con ciertos eventos:

- Resfriados
- Algún tipo de infección respiratoria
- Alergenos como el polvo, polen o caspa de las mascotas
- Algún tipo de actividad física
- Exposición a irritantes transportados en el aire
- Reacciones emocionales un poco fuertes como llorar o reírse
- Reflujo gastrointestinal
- Cambios en el clima (MAYO CLINIC , 2019)

Diagnóstico del asma bronquial

El diagnóstico del asma bronquial se basa fundamentalmente en la historia clínica del paciente, dirigiendo el interrogatorio hacia la búsqueda de factores de riesgo para desarrollarlo y los factores desencadenantes de sus síntomas.

Se realiza:

- a) Historia clínica: Teniendo en cuenta los síntomas, los antecedentes familiares y personales.
- b) Exploración física completa: El objetivo es tener una visión global del paciente, es especialmente importante comprobar el aspecto general y la somatometría del paciente, el estado de su piel, sus rasgos faciales, la vía aérea superior y la inspección y auscultación cardiorrespiratoria.
- c) Pruebas de función pulmonar: La espirometría forzada con prueba broncodilatadora, es la que permite confirmar el diagnóstico.
- d) Radiografía de tórax: Se utiliza para descartar complicaciones u otras enfermedades con síntomas similares como aspiración de un cuerpo extraño, infecciones respiratorias etc.
- e) Pruebas cutáneas de alergia (Prick test): Se utiliza para detectar las alergias respiratorias...Se realiza en la cara anterior del brazo, se pone en contacto una gota de los neuroalérgenos más comunes con la piel, mediante la técnica pick test, y se mide la reacción cutánea que se produce. (HEALTHY CHILDREN, 2016)

Tratamiento del asma bronquial

Al igual que en las diferentes edades el objetivo del tratamiento, ya sea farmacológico o no farmacológico es alcanzar un buen control de los síntomas, mantener los niveles de actividad normales y lograr una calidad de vida óptima, reducir también al mínimo el riesgo a futuro de exacerbaciones y alcanzar la mejor

función pulmonar posible todo esto con los mínimos efectos adversos que conlleva el tratamiento. (MI SCIELO, 2017)

Tratamiento no farmacológico

Todo paciente asmático fumador debería abandonar el hábito tabáquico, ya que se asocia con el agravamiento de la sintomatología, de las medidas generales aplicables para pacientes asmáticos tenemos;

- Realizar ejercicio físico regular, deben proporcionarse previamente los consejos necesarios para prevenir y manejar la broncoconstricción inducida por el ejercicio.
- Llevar una dieta sana rica en frutas y verduras
- Reducción de peso en pacientes asmáticos obesos
- Practicar ejercicios respiratorios

Control ambiental: En función del fenotipo asmático, evitar la exposición a aquellos factores desencadenantes de síntomas es esencial para el paciente.

Vacunación antigripal y antineumocócica: La vacunación antigripal anual debería ser considerada en pacientes de asma moderada a grave, la vacunación antineumocócica está recomendada en pacientes con asma grave en diferentes consensos.

Educación al paciente: El paciente diagnosticado con asma debe aprender a conocer y reconocer su enfermedad, como el uso de los inhaladores. (avances en respiratorio , 2021)

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico va según su forma de actuación;

- Agonistas beta2 adrenérgicos de acción corta: actúan como broncodilatadores de acción rápida, su efecto inicia a los 3-5 minutos de su administración, con un pico a los 30-90 minutos, finalizando en 4-6 horas;

son de elección para el alivio sintomático puntual independientemente de la gravedad, en las reagudizaciones.

- Glucocorticoides inhalados: administrados solos o en combinación con otros fármacos son la base del tratamiento del asma, por su mecanismo antiinflamatorio reduciendo los síntomas (mediagraphic, 2018).

Complicaciones del tratamiento

El tratamiento por vía inhalada, por lo general, es seguro ya que el medicamento actúa de forma local en las vías aéreas, los efectos adversos más comunes son:

-Efectos locales: Irritación en la garganta, disfonía (alteración en la voz) y muguet (aparición de hongos en la boca), todo esto se debe a que usualmente quedan restos del medicamento en la cavidad oral y laringe, por lo cual se aconseja realizar enjuague bucal luego de cada inhalación.

1.1 Justificación

El asma es una de las patologías con mayor importancia ya que alcanza una prevalencia de 6.1 a 24% dependiendo la población y el método de estudio empleado, el asma ha sido considerada la más común entre niños y adultos en el mundo desarrollado, constituyendo así un problema epidemiológico creciente que sobrecarga los servicios hospitalarios ocupando así un lugar importante con una mortalidad en aumento en los últimos años.

El asma constituye la tercera causa de muerte en los países desarrollados, su incidencia se incrementa en los países en vías de desarrollo y la prevalencia ha aumentado en casi todos los países, en los reportes de los años 1998 y 1999 la Organización Mundial de la Salud (OMS) informo un total de 330000 fallecidos por asma a nivel mundial.

En el Ecuador se han registrado 3.275 casos de asma hasta en el 2016 y es considerada una de las enfermedades con mayor morbilidad en la niñez. El asma bronquial infantil ha sido muy común desde algunos años, un diagnóstico realizado a tiempo es de vital importancia para seleccionar un adecuado tratamiento y así el paciente pueda tener una mejor calidad vida.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Caracterizar los síntomas del asma bronquial para mantener la función pulmonar normal y evitar la aparición de posibles exacerbaciones.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar los aspectos más importantes relacionados con el asma bronquial en niños.
- Demostrar la eficiencia de la terapia respiratoria en el manejo del asma bronquial.
- Prevenir posibles complicaciones del tratamiento en pacientes con asma bronquial.

1.3 Datos generales

Nombre: NN

Apellido: NN

Sexo: Femenino

Edad: 5 años

Estado civil: NN

Nivel sociocultural/económico: Medio

Nivel de estudios: Preescolar

Etnia: Mestiza

Estado civil: Soltera

II METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes.

Paciente femenino de 5 años, llega al centro de salud con disnea, tos y sibilancias todo esto con dos días de evolución.

Historial clínico del paciente

Antecedentes inmunológicos: no porta carne de vacunación

Antecedentes patológicos alérgicos: probable atopia al humo de cigarro y peluches.

Antecedentes patológicos familiares: madre con diabetes mellitus II, padre fumador desde hace 30 años y asmático diagnosticado hace 10 años.

Habitos:no defiere

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual.

Anamnesis

Paciente de 5 años de edad llega a centro de salud acompañada por sus padres con disnea, tos y sibilancias la madre de la paciente indica que presentó rinorrea hialina de dos días de evolución, acompañada por disnea y sibilancias progresivas de 24 horas de evolución y tos con expectoración, de predominio nocturno, no emetizante cuadro desencadenado después de la exposición al

humo del cigarrillo, sin exacerbantes y atenuantes conocidas, sin fiebre y opresión torácica.

2.3 Exploración clínica

Paciente femenino quien cursa la primera década de su vida, lucida, consciente, ubicada en espacio y persona, hidratada, luce agudamente enferma, irritable y no colabora con el interrogatorio.

Signos vitales:

- Frecuencia cardiaca:125
- Frecuencia respiratoria:46 rpm
- Pulso:125
- Temperatura:37.6

Antropometría:

- Peso:19kg
- Talla:98cm
- Perímetro cefálico:49cm
- Estado nutricional: obesidad

Revisión por órganos, aparatos y sistemas

- Cabeza y cráneo: cráneo normocéfalo, fontanelas cerradas, cabello negro sin áreas de alopecia.
- Ojos: simétricos, esclera clara sin signos de irritación
- Boca: labios levemente deshidratados sin presencia de queilosis, mucosa oral deshidratada, sin ulceraciones.

- Cuello: tráquea central, sin presencia de bocio, ni hallazgo de adenopatías.
- Tórax: simétrico, entrada de aire asimétrica, respiración toracoabdominal, con tiraje intercostal y subcostal, expansión pulmonar disminuida, resonancia pulmonar a la percusión, murmullo vesicular disminuido, con presencia de sibilancias espiratorias e inspiratorias en ambas bases pulmonares.
- Abdomen: simétrico, sin presencia de manchas, cicatrices o masas visibles.
- Genitales: sin alteraciones o mal formaciones
- Endocrino: sin alteraciones
- Musculo esquelético: movimientos normales de miembros superiores e inferiores sin presencia de dolor, paresias.
- Piel y faneras: palidez de mucosas, sin úlceras, tinte ictérico.

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

HEMOGRAMA	VALORES
Glóbulos rojos	4.67 millones/mm ³
Hemoglobina	10.9g/Dl
Hemograma completo	36.3%
Volumen corpuscular	77,8fL
Glóbulos blancos	12,75 células por mm ³
%NEUTRO	55%-7012 cel./mm ³
%LYMPH	30%-3825 cel./mm ³
%MONO	5%-638 cel./mm ³
%EOS	5%-638 cel./mm ³

Se le realizaron otras pruebas como:

- Prick test: positivo

- **Radiografía estándar de tórax**
- **Test de ejercicio:** normal

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial

Diagnóstico presuntivo: Asma alérgica

Diagnóstico definitivo: Asma severa de etiología alérgica

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar

Tomando en cuenta el cuadro clínico y exámenes realizados; Prick test; son unas pruebas que se hacen sobre la piel con el objetivo de identificar la sustancia que puede desencadenar una reacción alérgica en el paciente, donde determino que el origen del problema fue la exposición al humo del cigarrillo y alergia a los ácaros del polvo, se realizó un manejo con los siguientes medicamentos:

- Metilprednisolona: 10 mg/kg IV c/12 horas
- Sulfato de Magnesio: 500 mg IV c/6 horas (# 4 dosis)
- Aminofilina: 10 CC. en 14 CC de SSN. Pasar 1 CC. cada hora
- Ranitidina 20 mg/c12 horas
- 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

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales

Hemograma	Resultados	Valores normales
Glóbulos rojos	4.67 millones/mm ³	3.92-5.13 billones de células/L
Hemoglobina	10.9g/dl	1.6-15 gramos/dL

Hemograma completo	36.3%	35.5-44.9 %
Volumen corpuscular	77,8fL	88-100 fL
Glóbulos blancos	12,75 células por mm ³	3.4-9.6 billones de células/L
%NEUTRO	55%-7012 cel./mm ³	
%LYMPH	30%-3825 cel./mm ³	
%MONO	5%-638 cel./mm ³	
%EOS	5%-638 cel./mm ³	

- Test cutáneo (Prick test): positivo (felpa, polvo, humo de cigarrillo)
- Radiografía estándar de torax: se observaron opacidades en ambos campos pulmonares

La nebulización es el procedimiento más adecuado para la paciente ya que el mismo funciona con una técnica fácil de utilizar por los padres de la paciente, la nebulización en pacientes pediátricos tiene la ventaja administrar una dosis mayor de medicamentos en los pulmones en comparación con algunos inhaladores ya que con frecuencia a los niños se les complica un poco usar otros dispositivos de inhalación.

2.8 Seguimiento

Día 1

La paciente presenta el mismo cuadro sintomatológico de ingreso que era tos, sibilancias y disnea además del uso de músculos accesorios y una entrada de aire asimétrica, la paciente no colabora con la terapia establecida.

Día 2

La paciente luego de la primera nebulización tuvo menos complicaciones al dormir y “podía respirar un poco mejor”, la tercera terapia comenta la madre la

niña no quiso realizársela ya que la mama le había sujeto un poco fuerte la mascarilla.

Día 5

La paciente tuvo una disminución de tos y sus respiraciones eran casi normales para su edad, en días anteriores fue llevada al centro de salud para que se le realice la terapia establecida, las sibilancias disminuyeron considerablemente al igual que la tos, los padres realizan limpieza exhaustiva cada do días en casa para evitar futuras complicaciones.

2.9 Observaciones

La madre de la paciente ajusto un poco fuerte la mascarilla en la primera terapia por lo cual la paciente empezó a sentirse un poco incomoda y no colaborativa en la segunda terapia, decidieron que le realicen las terapias en el centro de salud y así la paciente permita continuar con el tratamiento establecido.

Conclusiones

El asma bronquial es una de las patologías más comunes en niños y por ende muchas veces también existen dificultades en ejercer el tratamiento ya que los niños no suelen ser muy colaboradores

La paciente no ha presentado exacerbaciones y su cuadro clínico tuvo una evolución favorable, las terapias se realizaron de manera puntual acorde a lo establecido, además se cumplió nuestro principal objetivo acerca de controlar los síntomas de la paciente y así evitar posibles efectos adversos que conlleva el tratamiento y logrando que la paciente tenga una mejor calidad de vida.

Como sabemos, no es fácil para un paciente con asma llevar una vida del todo normal, sobre todo los niños que siempre están en constante movimiento.

Bibliografía

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS . (21 de NOVIEMBRE de 2015). *HEALTHY CHILDREN.ORG*.
Obtenido de <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/allergies-asthma/Paginas/Mild-Moderate-Severe-Asthma-What-Do-Grades-Mean.aspx>
- AMERICAN LUNG ASSOCIATION . (21 de MAYO de 2020). Obtenido de <https://www.lung.org/espanol/salud-pulmonar-y-enfermedades/asma>
- avances en respiratorio* . (8 de marzo de 2021). Obtenido de https://www.avancesenrespiratorio.com/patologia_asma_manejo_y_tratamiento_na?tipo=pro
- CARVALHO-OLIVEIRA, M. (NOVIEMBRE de 2016). *PUBLMED.GOV*. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28117472/>
- COELLO, C. (MIÉRCOLES de MAYO de 2018). *EDICION MEDICA*. Obtenido de <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/la-adherencia-al-tratamiento-en-el-asma-preocupa-a-los-neumologos-92242#:~:text=El%20estudio%20AIRLA%20determin%C3%B3%20que,asm%C3%A1ticos%20adultos%20reportaron%20ausentismo%20laboral.>
- Cuidateplus* . (24 de septiembre de 2015). Obtenido de <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/respiratorias/asma.html>
- elidemir, o. (febrero de 2019). *kids health* . Obtenido de <https://kidshealth.org/es/parents/asthma-basics-esp.html>
- fundaler. (27 de octubre de 2016). *fundaler*. Obtenido de <https://www.fundaler.org.ar/2016/10/asma-bronquial/>
- Glir, A. L. (s.f.).
- giraldo, a. l. (20 de febrero de 2018). *clinic barcelona* . Obtenido de portal clinic : <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/asma/causas-y-factores-de-riesgo#>
- HEALTHY CHILDREN. (20 de ABRIL de 2016). Obtenido de <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/allergies-asthma/Paginas/Diagnosing-Asthma.aspx>
- La Hora . (3 de julio de 2019). *Asma, lo que necesitas saber* , págs. <https://lahora.com.ec/loja/noticia/1102255068/asma-una-enfermedad-respiratoria-frecuente>.
- MAYO CLINIC . (12 de OCTUBRE de 2019). Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/childhood-asthma/in-depth/asthma-in-children/art-20044376>
- mayo clinic. (13 de septiembre de 2018). Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/asthma/symptoms-causes/syc-20369653>

mediagraphic. (enero-abril de 2018). *alergia, asma e inmunologias pediatricas*. Obtenido de actualizacion en el tratamiento del asma en pediatria :
<https://www.medigraphic.com/pdfs/alergia/al-2018/al181c.pdf>

MI SCIELO. (26 de JUNIO de 2017). Obtenido de
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000300001

murua, j. k. (2012). *el asma en la infancia y adolescencia* . españa: ibersaf industrial .

organizacion mundial de la salud . (20 de mayo de 2020). Obtenido de
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/asthma#>

rio-navarro, b. e. (21 de abril de 2008). *scielo*. Obtenido de
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462009000100002

Yolman Llanos Guevara, D. J. (enero-abril de 2018). *actualizacion en el tratamiento del asma en pediatria* .

ANEXOS

PRCK TEST,
PRUEBA PARA
DETERMINAR
ALERGIA



Radiografía
estándar de
tórax

