

Universidad Americana



*Monografía para optar al grado de:
Doctor en Medicina y Cirugía*

Victor José Romero Alfaro

***‘ABORDAJE CLÍNICO DE PACIENTES CON
CRISIS AGUDA DE ASMA BRONQUIAL .
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
REGIONAL SANTIAGO DE JINOTEPE.
FEBRERO 2010 A FEBRERO 2011’***


MANAGUA, MAYO 2011

Planteamiento del problema.

- ¿Cuál es el abordaje que se les da a los pacientes que acuden con Crisis aguda de Asma Bronquial, en la Emergencia del Hospital Regional Santiago de Jinotepe en el periodo de Febrero 2010 a Febrero del año 2011?




OBJETIVO GENERAL.

- Evaluar el abordaje de los pacientes con Crisis aguda de Asma Bronquial en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional Santiago de Jinotepe durante el periodo de febrero 2010 a febrero 2011.
- 



OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir las características socio-demográficas de los pacientes con Crisis de asma Bronquial que acuden a la Emergencia del Hospital Regional Santiago de Jinotepe.
 2. Establecer la forma clínica de presentación de los eventos de Crisis de asma en dichos pacientes.
 3. Identificar el tipo manejo de la Crisis aguda de Asma Bronquial en dicho servicio.
 4. Establecer la evolución de dichos pacientes después del tratamiento administrado.
- 

MATERIAL Y MÉTODO

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es Descriptivo, de corte transversal, el cual se realizó en el Hospital Regional Santiago de Jinotepe durante el mes de Febrero 2010 a Febrero 2011.


Muestra

Está constituida por el total de los 151 casos de pacientes con diagnóstico de Crisis aguda de Asma Bronquial en el periodo comprendido que cumplieron los criterios clínicos de la enfermedad.




Procesamiento de la Información

La información fue procesada en Microsoft Office Excel 2007, Previa transcripción a una matriz de información en forma de respuesta estructurada y cuyos componentes fueron las variables, obteniendo posteriormente tablas de distribución de frecuencia y porcentaje.






CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

1. Todos los pacientes con hojas de atención en Emergencia
 2. Con diagnóstico de Crisis aguda de Asma Bronquial.
 3. Que se cuente con registro del tratamiento administrado y la evolución del paciente.
- 



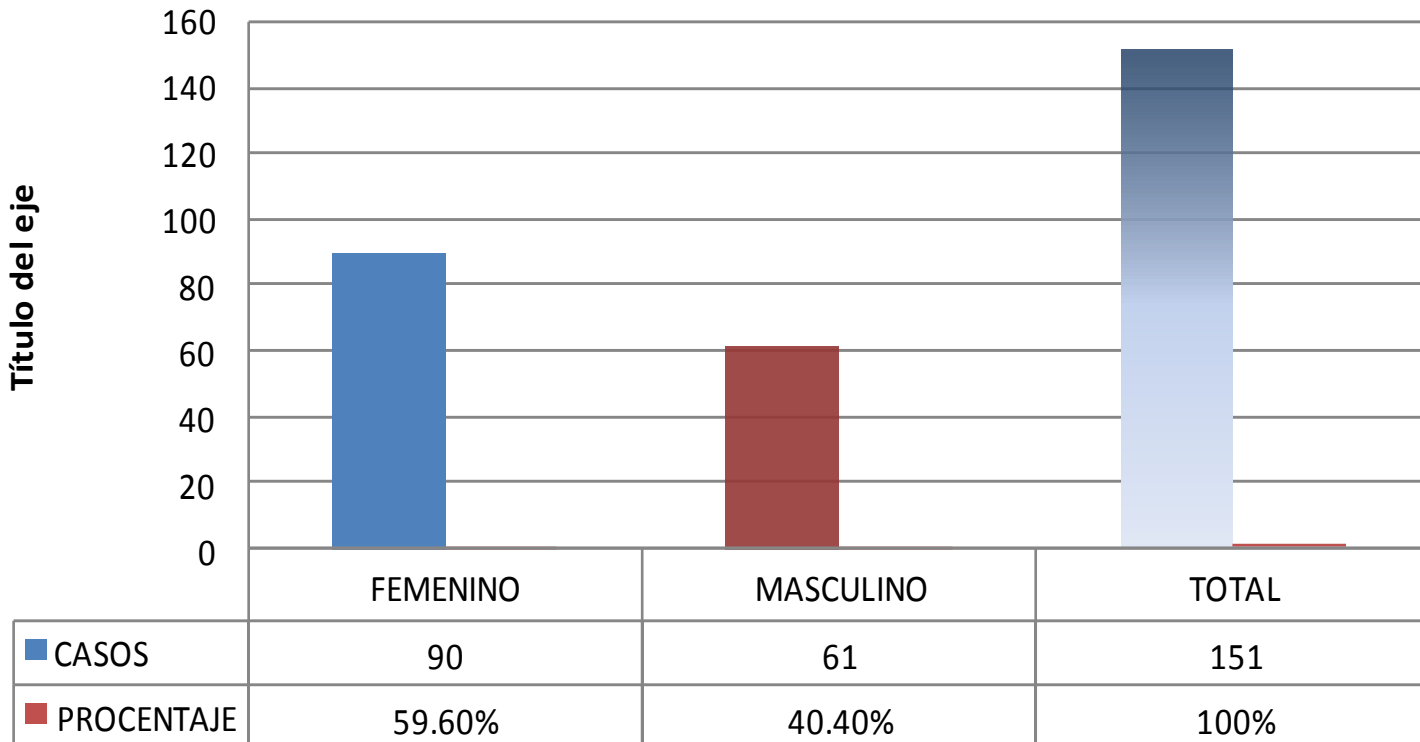
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes con indicaciones de medicamentos que no estaban disponibles al momento de su indicación.
 2. Hojas de emergencia no legibles.
 3. Pacientes con características clínicas correspondientes a diagnósticos diferenciales de Crisis aguda Asma Bronquial
- 

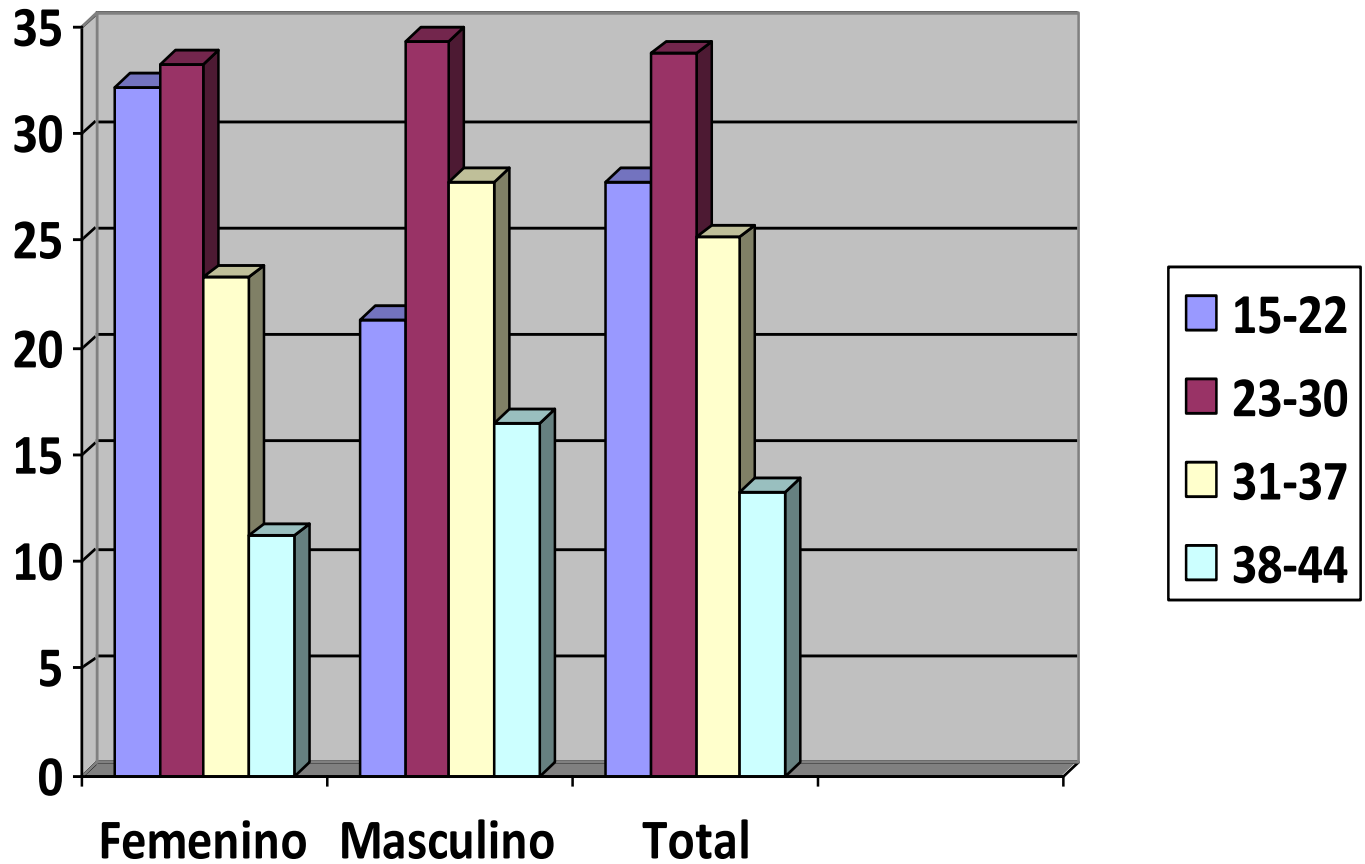
Resultados

- Distribución por sexo de los pacientes atendidos en Servicio Emergencia. Hospital Regional Santiago Jinotepe. Febrero 2010 a Febrero 2011.

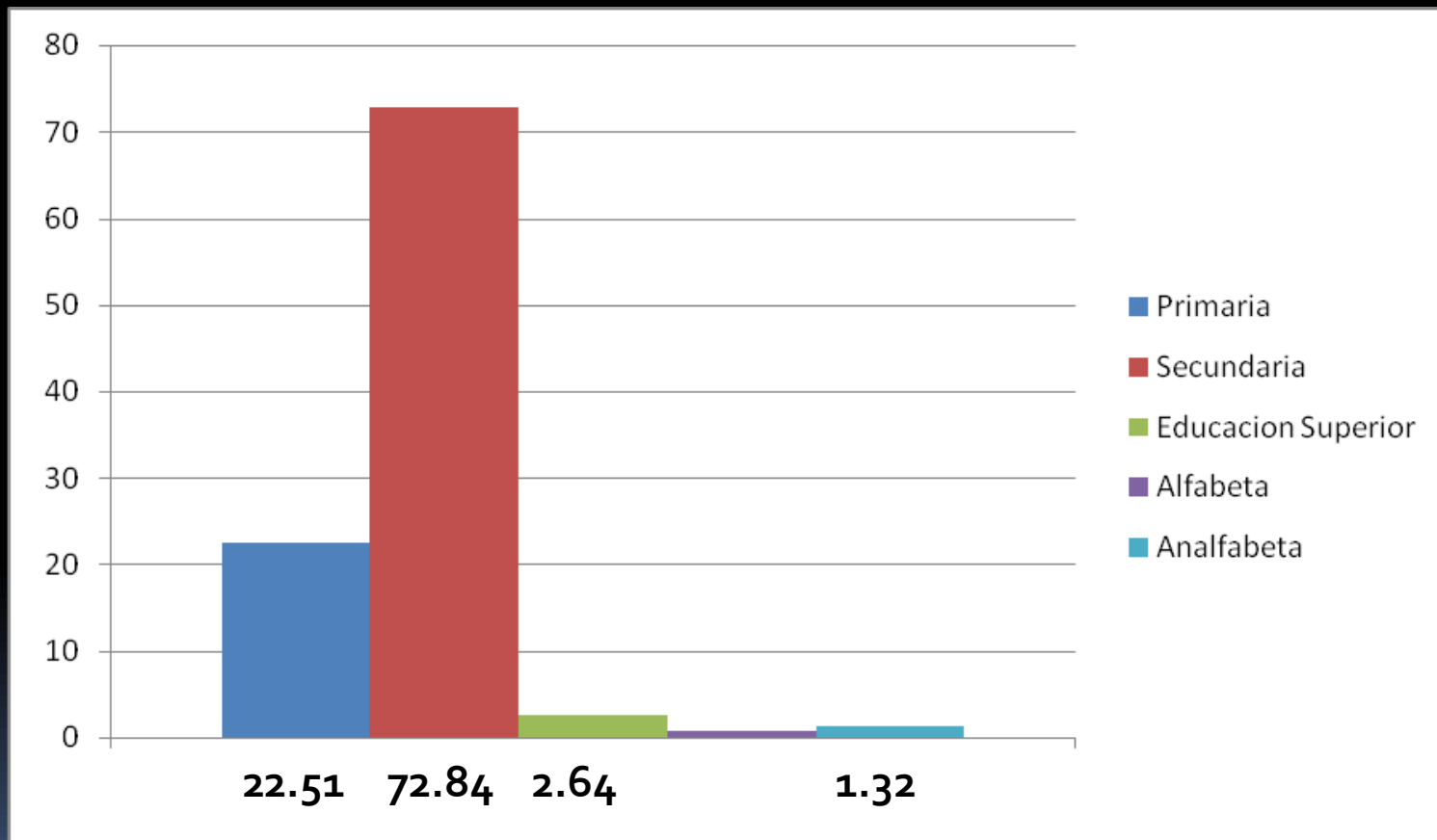
DISTRIBUCION POR SEXO



Grupos etarios según sexo de los pacientes atendidos en el Servicio Emergencia. Hospital Regional Santiago Jinotepe. Febrero 2010 a Febrero 2011

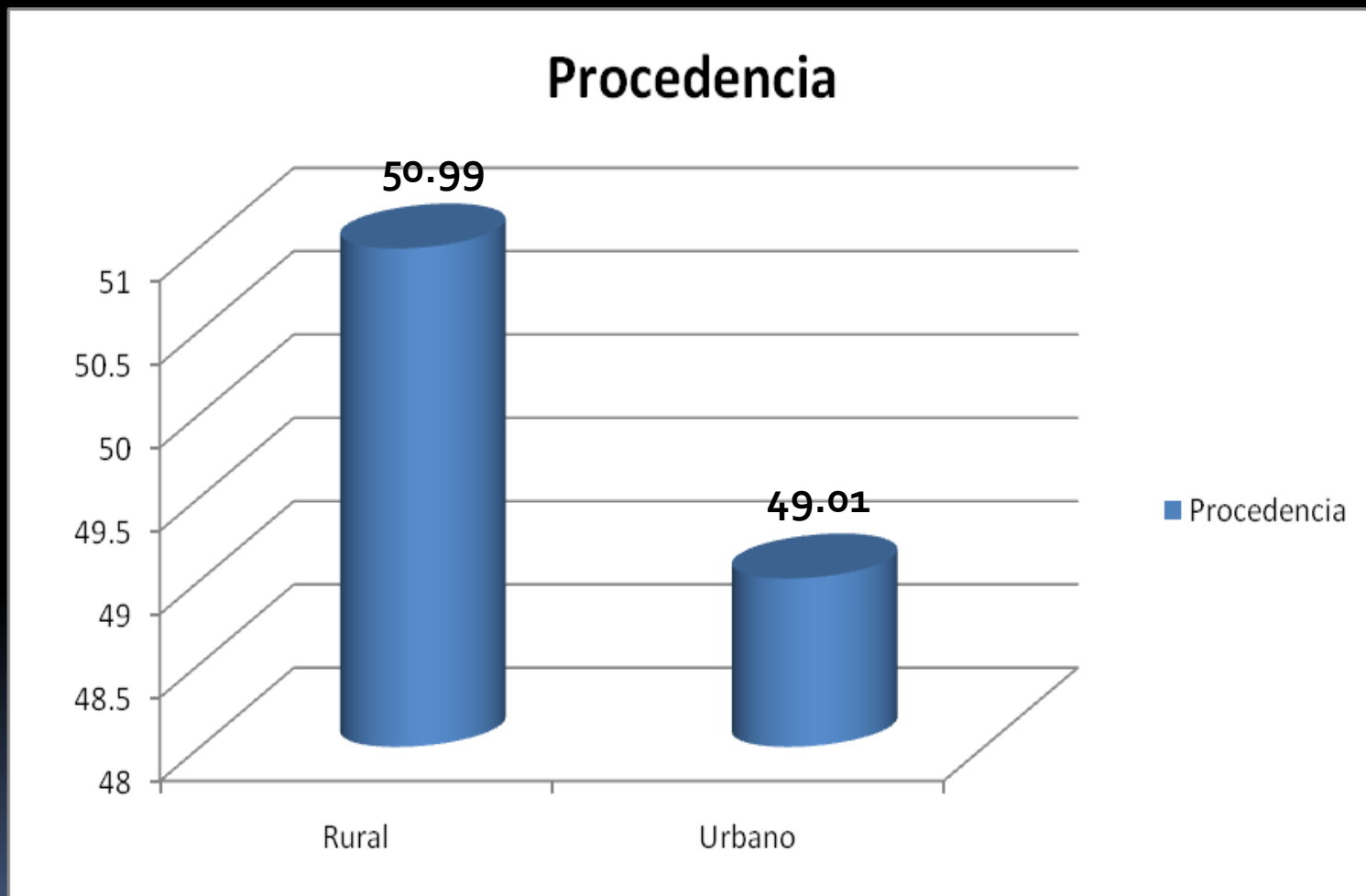


Nivel de escolaridad de los pacientes atendidos en el Servicio Emergencia. Hospital Regional Santiago Jinotepe. Febrero 2010 a Febrero 2011



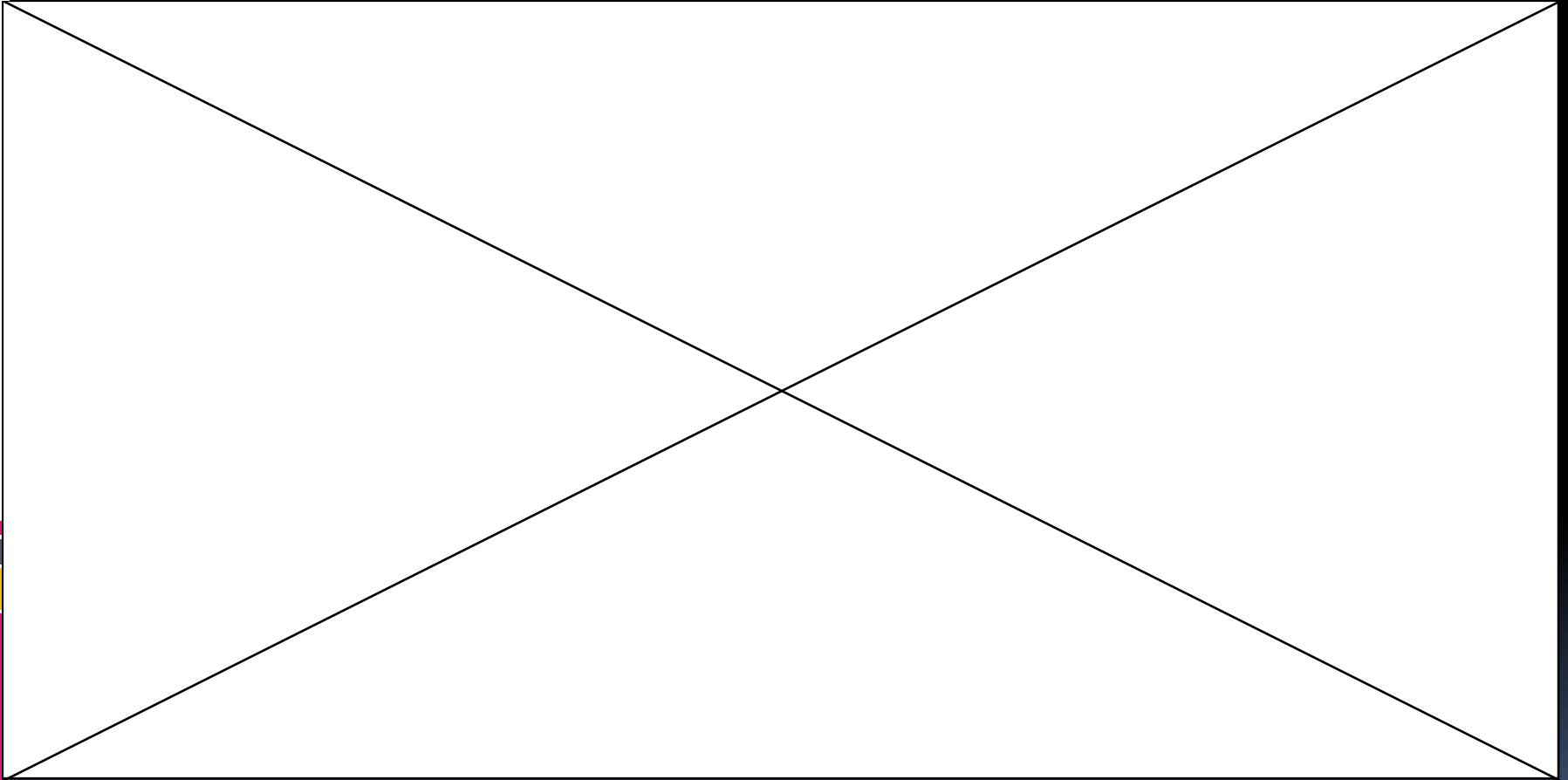
Fuente: tabla No. 4

Procedencia de los pacientes atendidos en el Servicio Emergencia. Hospital Regional Santiago Jinotepe. Febrero 2010 a Febrero 2011

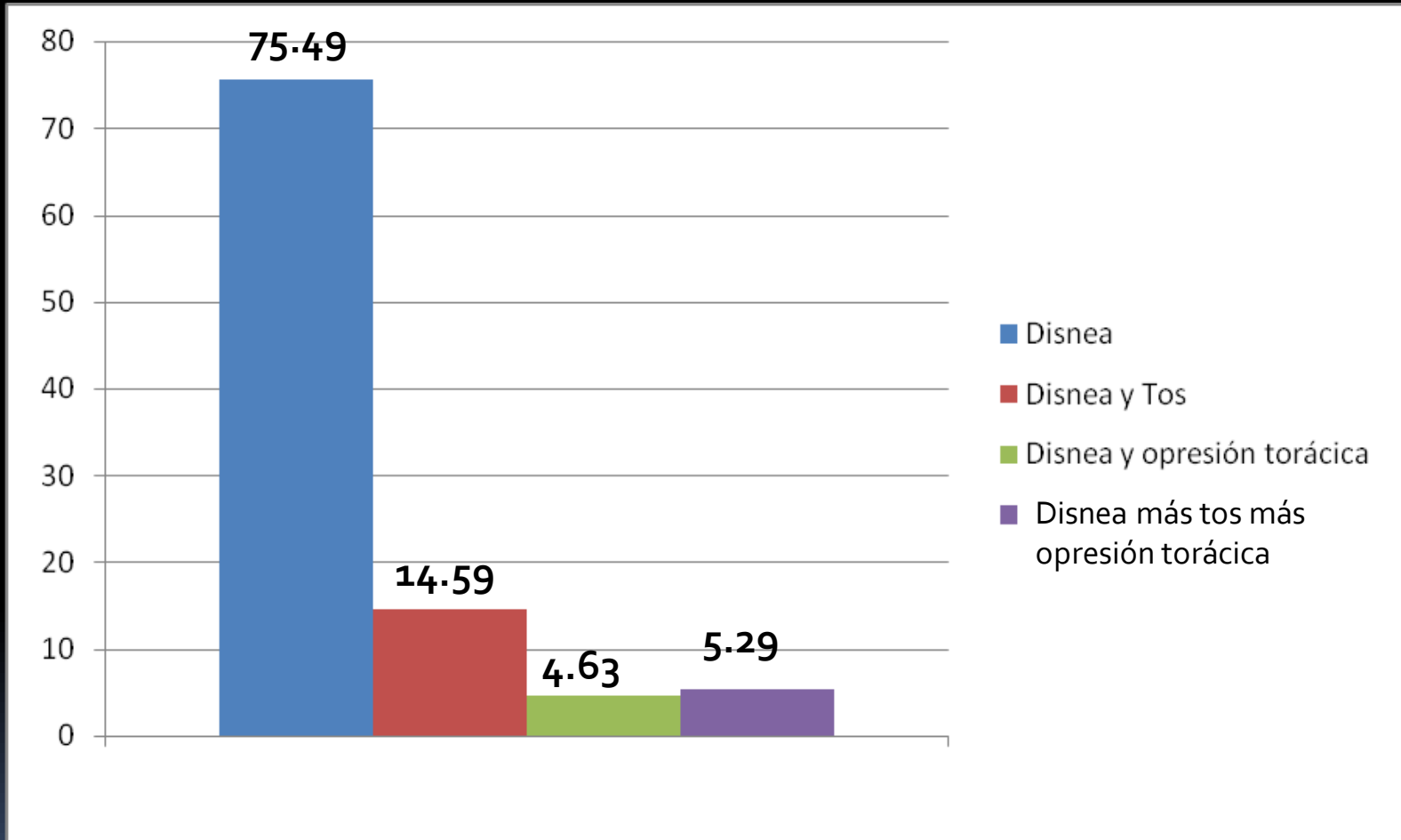


Fuente: tabla No.3

Cantidad de casos por mes según número de pacientes que
acudieron al Servicio Emergencia.
Hospital Regional Santiago Jinotepe.
Febrero 2010 a Febrero 2011



Cuadro clínico por el cual acude los pacientes atendidos en el Servicio Emergencia. Hospital Regional Santiago Jinotepe. Febrero 2010 a Febrero 2011

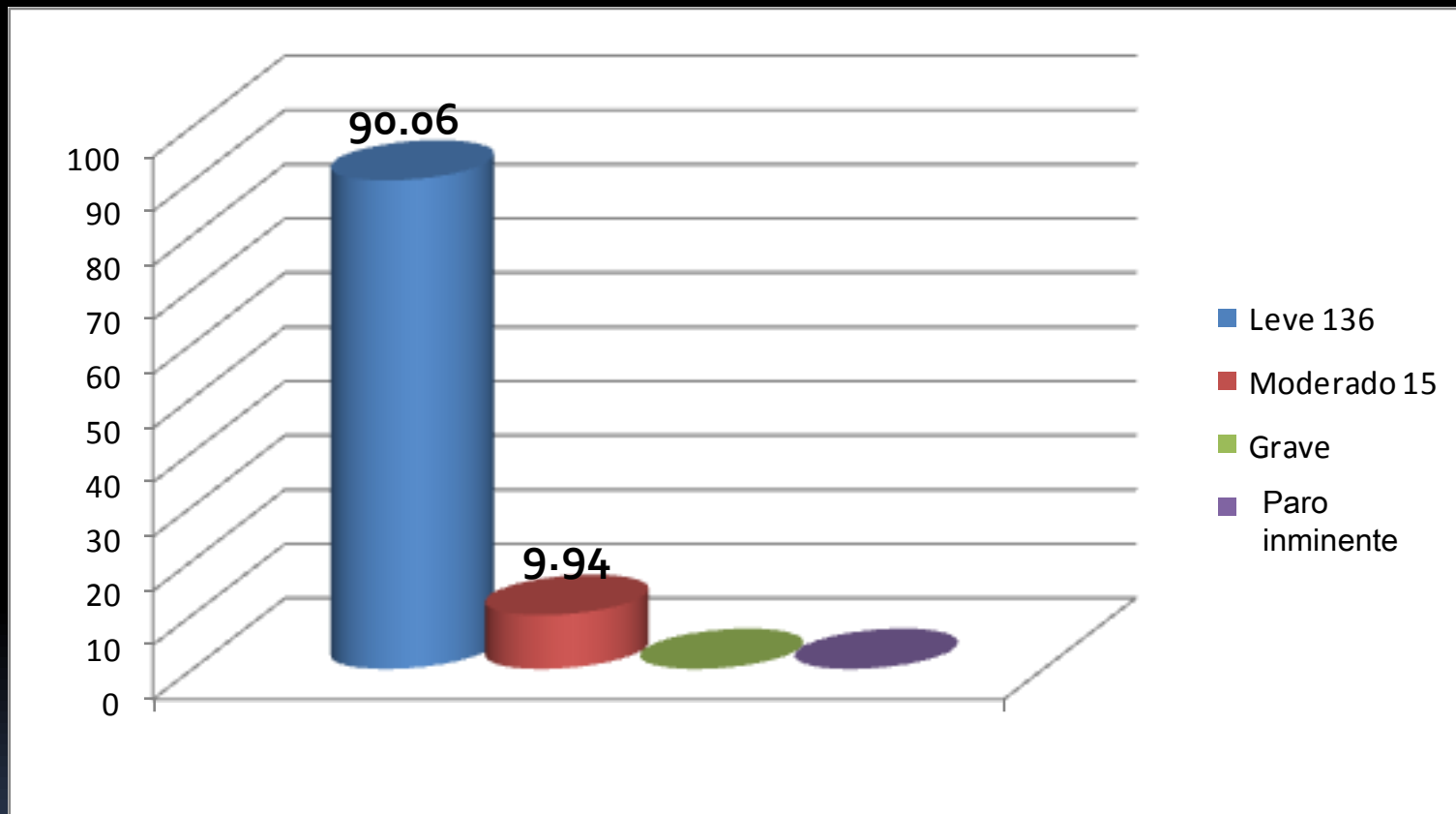


Fuente: tabla No. 6

Clasificación gravedad crisis aguda asma bronquial de los paciente que acudieron al Servicio Emergencia.

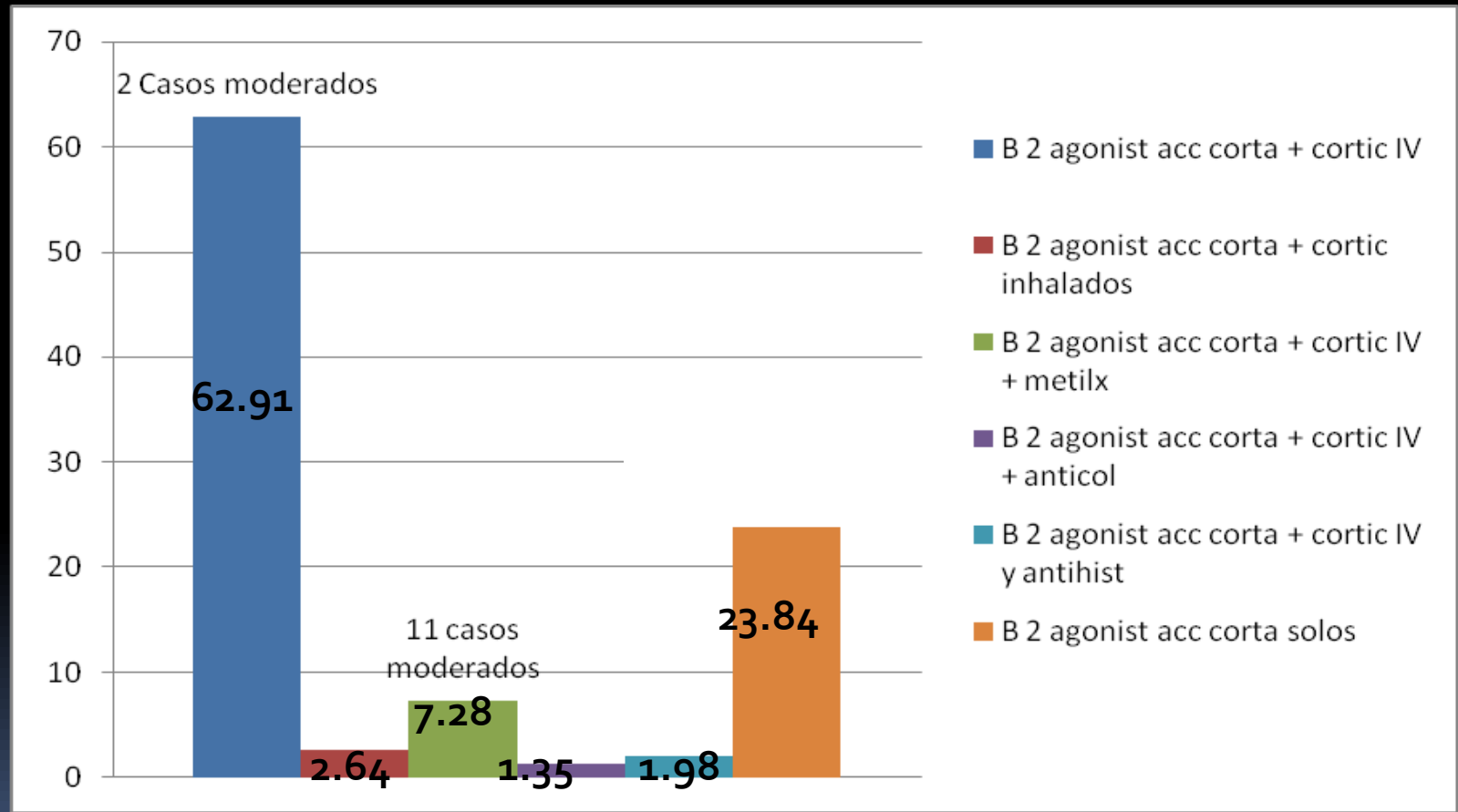
Hospital Regional Santiago Jinotepe.

Febrero 2010 a Febrero 2011



Fuente: tabla No. 7

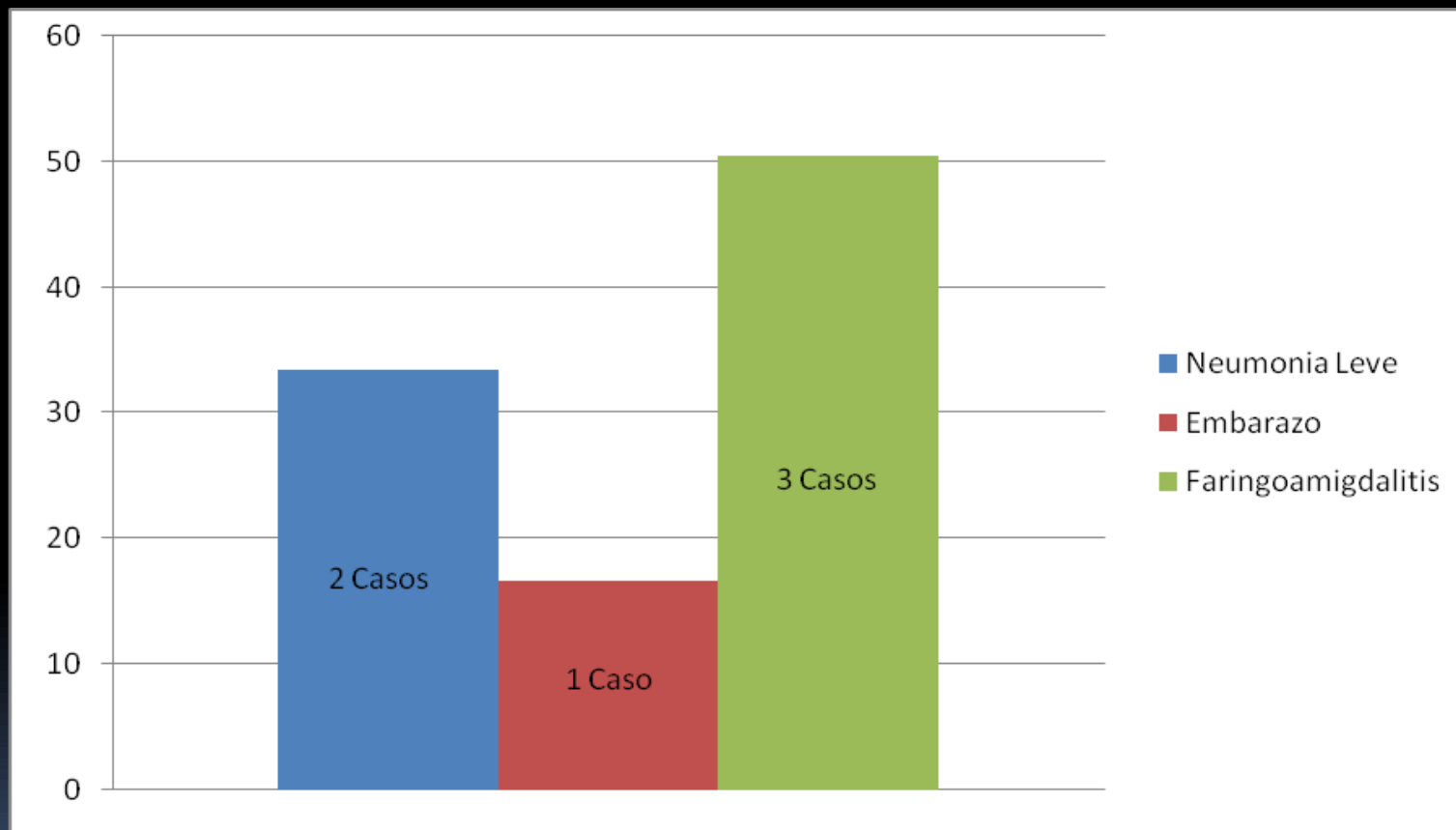
Manejo farmacológico de los pacientes atendidos por crisis aguda de asma y esquema mas usado en crisis de severidad moderada en el Servicio Emergencia. Hospital Regional Santiago Jinotepe. Febrero 2010 a Febrero 2011



2 casos moderados

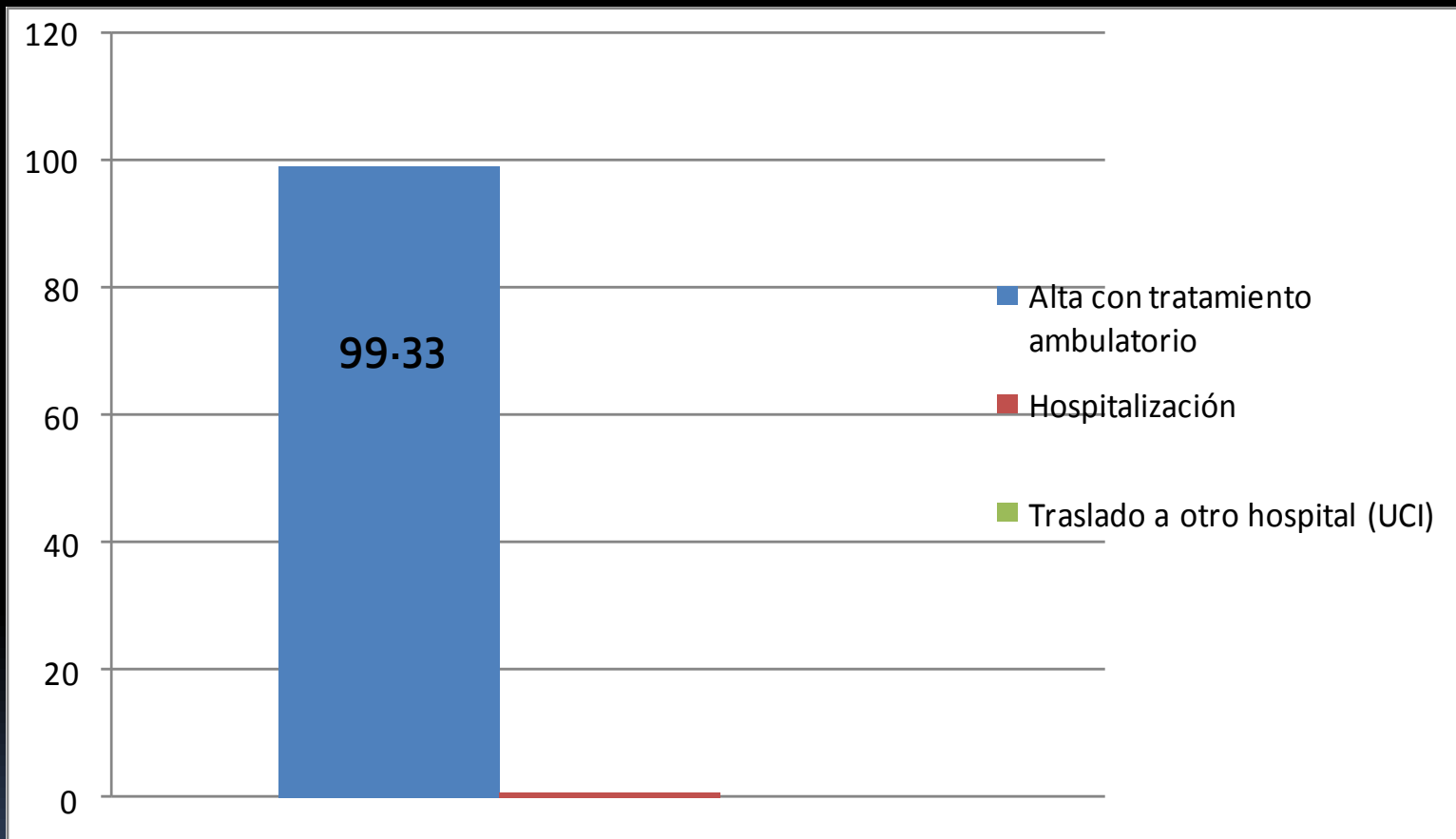
Fuente: tabla No. 8

**Condiciones o enfermedades asociadas de los pacientes atendidos por crisis aguda de asma en el Servicio Emergencia.
Hospital Regional Santiago Jinotepe.
Febrero 2010 a Febrero 2011**



Fuente: tabla No. 9

Evolución posterior al tratamiento administrado de los pacientes atendidos por crisis aguda de asma en el Servicio Emergencia. Hospital Regional Santiago Jinotepe. Febrero 2010 a Febrero 2011



Fuente: tabla No. 10


Tiempo de Estancia de los pacientes atendidos por crisis aguda de asma en el Servicio Emergencia. Hospital Regional Santiago Jinotepe.

Febrero 2010 a Febrero 2011






CONCLUSIONES

1. Población joven, predominio femenino en su mayoría con educación secundaria y procedencia similar en cuanto a urbano-ruralidad constituyen las principales características socio demográficas más relevantes de los pacientes con crisis aguda de Asma bronquial
 2. La mayoría de los pacientes atendidos en emergencia no se les registró clasificación del asma según severidad, aunque por las características clínicas descritas la gran mayoría pertenecía a crisis de severidad leve, el resto moderadas, ninguna grave o de paro inminente.
 3. Salbutamol en nebulizaciones más Hidrocortisona endovenosa constituyó el esquema más utilizado en el Servicio de Emergencia.
- 



CONCLUSIONES

4. En la evolución de los pacientes postratamiento predominó la mejoría clínica, con alta, tratamiento ambulatorio y seguimiento, la gran mayoría permaneció de cuatro a seis horas en el Servicio de Observación previo a su alta, únicamente un paciente fue Hospitalizado.
 5. El principal diagnóstico diferencial observado lo constituye la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, con un sobre diagnóstico de Crisis aguda de Asma Bronquial.
- 

RECOMENDACIONES :

1. Evaluar frecuentemente el cumplimiento del Protocolo en Emergencia para el manejo de las Crisis agudas de Asma Bronquial tanto para Médicos generales como Especialistas, mediante la evaluación de las hojas.
2. Realizar sesiones conjuntas en la que se aborde actualización sobre el manejo de la Crisis aguda de Asma Bronquial.
3. Implementar el registro de la severidad de la crisis en la hoja de emergencia según la clasificación de Global Initiative for Asthma (GINA).
4. Promover el uso adecuado de los medicamentos y diferentes esquemas utilizados para manejar las Crisis agudas de Asma Bronquial de acuerdo a dosis, la clasificación según la severidad, y respuesta clínica del paciente.
5. Promover el registro en la hoja de emergencia de un correspondiente evaluó que justifique el juicio clínico y la toma de decisiones en cada uno de los pacientes.

RECOMENDACIONES :

6. Considerar la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica como el principal diagnóstico diferencial en casos de pacientes cuyo principal motivo de ingreso sea la disnea.
7. Promover la utilización del Peak Flow en el Servicio de Emergencia tanto previo y posterior al tratamiento, para una valoración más objetiva del paciente.
8. Realizar un taller con el personal del Servicio de Emergencia en el que se presente los resultados del presente estudio como estrategia de actualización y búsqueda de consensos para el manejo adecuado de pacientes con Asma Bronquial.





Muchas gracias



Valoración clínica inicial

Deterioro del estado de conciencia, cianosis, tórax silente, incapacidad para hablar

Ausente

Presente crisis de riesgo Vital

Criterios Crisis leve

FEP >70% teórico

B 2 agonistas acción corta inhalados MDI 2-4 puff C/20 Minutos 2 tandas o NBZ Salbutamol 0.5cc en 3cc SSN C/20 minutos 3 dosis. Considerar dosis, según riesgo cardiovascular

Criterios Crisis moderada

FEP 50-70% teórico

-O2 Suplementario para SaO2 > 90%
-B 2 agonistas acción corta inhalados MDI 2-4 puff C/20 Minutos 2 a 3 tandas o NBZ Salbutamol 0.5cc en 3cc SSN C/20 minutos 3 dosis
-Corticoides vía oral, Prednisona 40-60mg o parenterales, Succinato Metilprednisolona 1-2mg/kg o Hidrocortisona 4mg/kg C/6hrs

Criterios Crisis grave

FEP <50% teórico

-O2 Suplementario para SaO2 > 90%
-B 2 agonistas acción corta inhalados MDI 4-10 puff C/20 Minutos 3 tandas o NBZ Salbutamol 1cc en 3cc SSN C/20 minutos 3 dosis. Preferible más Bromuro Ipratropio(1cc Salbutamol + 500 mcg ipratropio)
-Corticoides parenterales, Succinato Metilprednisolona o Hidrocortisona
-Rx P-A tórax (opcional), EKG (>40 años)

60

Minutos

Mejoría Clínica

Ausencia de mejoría clínica
FEP <70%

60

Minutos

Buena Respuesta

Mala Respuesta

Buena respuesta
FEP > 50%

Mala Respuesta

60

Minutos

Considerar Intubación

Alta

B 2 agonistas acción corta inhalados (a demanda)
+ Corticoides inhalados MDI continuarlos o considerar su inicio. Seguimiento por C/externa.

Alta

B 2 agonistas acción corta inhalados (a demanda) +
Corticoides orales ciclos cortos 5 a 7 días + corticoides inhalados + B 2 agonistas acción retardada considerar su inicio.

Hospitalización

B 2 agonistas acción corta inhalados C/4hrs (Pautado) + B. Ipratropio + Corticoides parenterales C/6hrs + de no haber respuesta en dosis máximas terapia convencional. Considerar uso Sulfato de Magnesio o Adrenalina subcutánea 0.5mg C/15 minutos o considerar uso Aminofilina según peso ideal, edad, dosis previas por vía oral en las últimas 24 horas y/o presencia de comorbilidades.

Valorar Traslado a otro Hospital (UCI)