



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

**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCION DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO EN TERAPIA
RESPIRATORIA**

TEMA DEL CASO CLINICO

**“INTERVENCIÓN DEL TERAPISTA RESPIRATORIO EN PACIENTE
MASCULINO DE 6 AÑOS DE EDAD CON ASMA BRONQUIAL”**

AUTOR:

YANEZ LAMILLA LEHYBIS VICENTE

TUTOR:

Dr. Lázaro Ramos Fuentes.

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2022

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO	II
TEMA DEL CASO CLINICO.....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN.....	VI
I. MARCO TEÓRICO	1
ASMA BRONQUIAL	1
EPIDEMIOLOGIA.....	1
FISIOPATOLOGÍA.....	1
TIPOS DE ASMA.....	2
FACTORES DE RIESGO	3
CUADRO CLINICO	4
DIAGNÓSTICO.....	4
EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	5
TRATAMIENTO.....	6
PREVENCIÓN	7
1.1. JUSTIFICACIÓN.....	8
1.2. OBJETIVOS	9
1.2.1. OBJETIVO GENERAL	9
1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
1.3. DATOS GENERALES	10
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	11
2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.	11
2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).	12
2.3. EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA).	12
2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	13
2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	13
2.5.1. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	13

2.5.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	14
2.5.3. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO.....	14
2.6. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.	14
2.7. INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICA DE LAS ACCIONES DE LA SALUD CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	14
2.8. SEGUIMIENTO.....	15
2.9. OBSERVACIONES.....	17
CONCLUSIONES.....	18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19
ANEXOS.....	21

DEDICATORIA

Para empezar, quiero darle gracias a Dios por haberme dado salud y fuerza para poder lograr el sueño de mi madre y el mío el cual era convertirme en un gran profesional, aquel sueño que empezó hace cinco años en esta institución como lo es la universidad técnica de Babahoyo y que hoy este sueño se está logrando gracias a mi esfuerzo y perseverancia.

Este trabajo de investigación se lo dedico a mi madre **Margoth Jesús Lamilla Coello** a mi padrastro **Pedro Ángel Santillán Pacheco** y a mis hermanos que siempre me brindaron su apoyo de una u otra manera para lograr este gran sueño y anhelo el cual era de convertirme en un profesional en terapia respiratoria.

A mi hija **Joselyn** y a mi pareja sentimental **Estefanía Santillán** que desde que llegaron a mi vida han sido y serán lo más importante para mí y mi mayor motivación.

Este logro se lo dedico a cada uno de ustedes que son y serán mi mayor motivación e inspiración para lograr cumplir todo lo que me proponga.

Lehybis Yanez L.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi Dios por tenerme con salud y poder hoy lograr este objetivo, también agradezco de todo corazón a mi madre Margoth Jesús Lamilla Coello que siempre me brindo ese apoyo incondicional desde el inicio y aun después que me convertí en padre de mi hija Joselyn siempre estuvo hay apoyándome en lo que más podía, dándome consejo y siempre me dijo que su mayor sueño era verme convertido en un profesional y que gracias a ese apoyo y motivación hoy estoy cumpliendo el sueño de mi madre y mío.

Quiero agradecerle a mi padrastro pedro Ángel Santillán Pacheco el cual de una u otra manera me brindo su ayuda, a mis hermanos que siempre me brindaron su apoyo y estuvieron hay cuando más lo necesite este logro también es de ustedes.

A mi pareja sentimental Estefanía Santillán que desde el momento que llego a mi vida siempre me decía que debía continuar con mis estudios y en algunas ocasiones me brindo su ayuda gracias por siempre estar en las buena y en las malas conmigo.

Agradezco a cada uno del docente de la universidad técnica de Babahoyo que desde el primer momento que ingrese a la universidad me brindaron sus conocimientos y mas que eso guiarme para ser una buena persona y un gran profesional.

En esta ocasión también quiero agradecer a mi docente tutor Dr. Lázaro Ramos Fuentes, por su ayuda y guía durante la realización de este caso clínico.

Lehybis Yanez L.

TEMA DEL CASO CLINICO
“INTERVENCIÓN DEL TERAPISTA RESPIRATORIO EN PACIENTE
MASCULINO DE 6 AÑOS DE EDAD CON ASMA BRONQUIAL”

RESUMEN

El asma bronquial es una enfermedad pulmonar que causa la inflamación y estrechamiento de las vías respiratoria y esto a su vez dificultad la respiración. Los principales signos y síntomas que presenta esta enfermedad son la sibilancia, tos, y opresión a nivel del tórax.

Los principales factores desencadenante del asma bronquial en el paciente se debió a los alérgenos ambientales a lo que está expuesto como el polvo, ácaros, moho entre otros, además de ser fumador pasivo debido a que el padre del paciente es fumador activo y fuma dentro de la casa y el paciente inhala ese humo el cual es perjudicial para la salud y el causante de un sin números enfermedades respiratorias entre esa el asma bronquial.

La presente investigación se establecido en la intervención del terapeuta respiratorio en paciente masculino de 6 años de edad con diagnóstico de asma bronquial. el cual presento los siguientes signos y síntomas disnea, tos, cefalea, opresión a nivel del tórax, y sibilancias.

El tratamiento farmacológico en el paciente masculino de 6 años de edad con diagnóstico de asma bronquial se basó en la administración de broncodilatadores y corticoides antiinflamatorio, las tecinas de terapias respiratorias empleadas en el paciente fueron la oxigenoterapia mediante mascarilla simple y las nebulizaciones.

PALABRA CLAVE: Asma bronquial, vías respiratorias, disnea, sibilancias, broncodilatadores.

ABSTRACT

Bronchial asthma is a lung disease that causes inflammation and narrowing of the airways, which in turn makes it difficult to breathe. The main signs and symptoms of this disease are wheezing, cough, and chest tightness.

The main triggers of bronchial asthma in the patient were due to environmental allergens to which he is exposed such as dust, mites, mold, among others, in addition to being a passive smoker because the patient's father is an active smoker and smokes indoors. the house and the patient inhales that smoke which is harmful to health and the cause of countless respiratory diseases, including bronchial asthma.

The present investigation was established in the intervention of the respiratory therapist in a 6-year-old male patient diagnosed with bronchial asthma. which presented the following signs and symptoms dyspnea, cough, headache, chest tightness, and wheezing.

The pharmacological treatment in the 6-year-old male patient diagnosed with bronchial asthma was based on the administration of bronchodilators and anti-inflammatory corticosteroids, the respiratory therapy techniques used in the patient were oxygen therapy through a simple mask and nebulizations.

KEYWORDS: Bronchial asthma, respiratory tract, dyspnea, wheezing, bronchodilators.

INTRODUCCIÓN

El asma bronquial es una afección inflamatoria crónica de las vías respiratorias en la que determinadas células y determinados mediadores desempeñan un papel destacado. Este proceso se asocia a una hiperreactividad bronquial, produciendo episodios de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos, especialmente por la noche o a primera hora de la mañana. Estos episodios suelen estar asociados a una mayor o menor obstrucción de las vías respiratorias, que suele ser reversible de forma espontánea o con tratamiento.

En la actualidad el asma bronquial es una de las patologías que predomina más en los niños según datos epidemiológicos esta enfermedad afecta al 12 y 15% de la población a nivel mundial y posee un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes que padecen de asma bronquial.

En nuestro país el 17 y 28% de la población padece de asma bronquial mostrando una tasa alta en la incidencia de esta enfermedad.

El presente caso clínico establecido en la intervención del terapeuta respiratorio en paciente masculino de 6 años de edad con diagnóstico de asma bronquial. al momento de la consulta la madre del paciente pediátrico refirió que su hijo presenta signos y síntomas como la disnea, tos, opresión torácica, sibilancias. Por lo que se le procederá administrar el tratamiento adecuado según el cuadro clínico que presento.

El asma bronquial hasta la actualidad no tiene curar, pero si se lleva un adecuado control de la enfermedad se evitará complicaciones, y se mejorara la calidad de vida de los pacientes que padecen esta enfermedad autolimitante.

I. MARCO TEÓRICO

ASMA BRONQUIAL

Por sus características clínicas, fisiológicas y patológicas, el asma se define como una enfermedad heterogénea caracterizada por una inflamación crónica de las vías respiratorias, con manifestaciones clínicas como sibilancias, disnea, dolor a nivel del tórax y tos, así como limitación variable del aire exhalado. La inflamación de las vías respiratorias se asocia con un aumento de su respuesta a la exposición a diversos estímulos y, por tanto, producen una disminución del flujo de aire, constricción de los bronquios, aumento de mucosidad y aumento de la inflamación. (Franken Morales, 2021)

EPIDEMIOLOGIA

El asma es una de las principales enfermedades no transmisibles que afecta a niños y adultos. La inflamación y el estrechamiento de las vías respiratorias en los pulmones provocan síntomas como tos, sibilancias, dificultad para respirar y opresión en el pecho. En 2019, el asma afectó a unos 262 millones de personas y provocó 61.000 muertes. Se estima que en 2016 había más de 339 millones de personas con asma en todo el mundo. El asma es una enfermedad que se presenta más en los niños. (Organización Mundial de la Salud, 2021)

FISIOPATOLOGÍA

El asma es una inflamación del revestimiento de los bronquios dirigida por células que producen inflamación: linfocitos T activados, inmunoglobulina E, mastocitos y eosinófilos. Las vías respiratorias inflamadas se dañan y se estrechan, lo que aumenta el trabajo respiratorio. Junto con el broncoespasmo, se produce edema, inflamación de la mucosa respiratoria y secreción de moco en las vías respiratorias. Esta condición provoca la obstrucción de las vías respiratorias principalmente durante la espiración y la hiperinflación de los alvéolos. Las infecciones de moco pueden causar un pulmón colapsado o hacer que los alvéolos se rompan y causen un neumotórax. (Alonso, 2021)

La respiración rápida durante la espiración puede agotar al paciente y provocar insuficiencia respiratoria debido a la hipercapnia. La caja torácica permanece

agrandada y aumenta el esfuerzo para exhalar, llegando incluso a desarrollar enfisema. Cuando disminuye el intercambio de gases, el corazón trata de aumentar el gasto cardíaco para mantener la presión en la circulación pulmonar. Esta condición puede convertirse en insuficiencia cardíaca del lado derecho. (Alonso, 2021)

TIPOS DE ASMA

El asma puede ser muy leve y requerir poco o ningún tratamiento médico. Sin embargo, también puede ser grave y mortal. Los profesionales de la salud clasifican el asma en cuatro categorías, de moderada a grave. Estas categorías están determinadas por la frecuencia y la gravedad de los síntomas del asma que son, asma leve intermitente, asma leve persistente, asma moderada persistente, asma severa persistente. (Wells, 2019)

- ✓ **ASMA LEVE INTERMITENTE:** Esta clasificación significa que tendrá síntomas hasta 2 días a la semana o 2 noches al mes. Este tipo de asma generalmente no afecta ninguna de sus actividades y puede incluir asma inducida por el ejercicio. Solo necesita un inhalador de rescate para tratar esta forma leve de asma, no necesita medicación diaria porque sus síntomas ocurren solo ocasionalmente. (Wells, 2019)
- ✓ **ASMA LEVE PERSISTENTE:** En el asma persistente leve, sus síntomas aún son leves, pero ocurren más de 2 veces por semana. Para esta clasificación, no tienes síntomas más de una vez al día. Los síntomas que se presentan en el asma persistente leve son, sibilancias al respirar, Tos, inflamación de las vías respiratorias, formación de mucosidad en las vías respiratorias, dolor u opresión torácica. En este nivel de asma, su médico puede recetarle una dosis baja de corticosteroides inhalados. Los corticosteroides inhalados son de acción rápida, se suele utilizar todos los días. (Wells, 2019)
- ✓ **ASMA MODERADA PERSISTENTE:** El asma moderada persistente, tendrá síntomas una vez al día o la mayoría de los días. También tendrá síntomas al menos una noche a la semana. Para el asma moderada persistente, el médico tratante generalmente le recetará una dosis

ligeramente más alta de corticosteroides inhalados y también le recetarán un inhalador de rescate tan pronto como aparezca cualquier síntoma. (Wells, 2019)

- ✓ **ASMA SEVERA PERSISTENTE:** El asma persistente severa, tendrá síntomas muchas veces al día, estos síntomas ocurrirán casi todos los días e incluso estos aparecerán en la noche seguidamente durante varios días en la semana. El asma persistente grave no responde bien a la medicación, incluso con el uso regular por lo que el tratamiento es más agresivo y puede incluir experimentar con diferentes combinaciones y dosis de medicamentos. El médico trabajará para determinar la combinación que lo ayudará a controlar mejor sus síntomas y le recetará corticosteroides inhalados, corticosteroides orales e inhaladores de emergencia. (Wells, 2019)

FACTORES DE RIESGO

- ✓ Algunos componentes contaminantes actúan como adyuvantes, aumentando la respuesta alérgica asociada al alérgeno mediante la producción de especies reactivas de oxígeno y la producción de inmunoglobulinas específicas como IgE o IgG, mantienen o desencadenan respuestas de tipo Th-2 en las vías respiratorias. (Morales, 2021)
- ✓ Existen factores de riesgo ambientales que, en estos individuos susceptibles, se vuelven causales o inician la enfermedad. Es así como cierto tipo de infecciones respiratorias provocadas por virus a edades tempranas provocan síntomas agudos como bronquiolitis, neumonía, o infecciones de las vías respiratorias bajas como el virus, que terminan cuando pasa la infección aguda, producen síntomas típicos del asma como una secuela. (Durán, 2015)
- ✓ Por otro lado, se ha observado una mayor incidencia de condiciones alérgicas en niños que viven generalmente en ciudades, con un ambiente higiénico muy "atípico", libre de bacterias o residuos orgánicos que les impiden tener su contacto y al crear una exposición posterior a estos ambientes (granja, ganado, animales, etc.), se convierten en agentes causales del componente alérgico de estas enfermedades, incluidas las

formas alérgicas de asma. La exposición a otros ambientes, por ejemplo, áreas con altos niveles de contaminación del aire debido a la contaminación, o ambientes de trabajo que están expuestos a químicos o gases nocivos, o tabaco, aumenta localmente el estrés oxidativo, promueve y estimula la inflamación y lesión bronquial. (Durán, 2015)

- ✓ Hay situaciones clínicas que favorecen o empeoran los síntomas del asma, por ejemplo, la rinitis alérgica, la enfermedad por reflujo gastroesofágico, la sinusitis crónica, los pólipos nasales y la obesidad. (Durán, 2015)

CUADRO CLINICO

En cuadro clínico del asma bronquial comprende de obstrucción bronquial recurrente, principalmente debido a estridor, sibilancias, tos con gravedad variable. Hay signos de auscultación en la espiración prolongada, sibilancias agudas y/o graves, crepitantes al principio o final de la inspiración; puede acompañarse de síntomas de rinitis en periodos alternos de estornudos, prurito nasal y grados variables de obstrucción nasal; así como datos de dermatitis atópica. (Duque, 2015)

La clínica del asma bronquial puede ser variable por que puede incluir una amplia gama de síntomas, como tos intratable, disnea de esfuerzo o manifestarse como un cuadro de crup repetitivo. El asma en los niños requiere atención especial, donde los síntomas a menudo no son obvios, por lo que cuando un niño tiene síntomas o signos de obstrucción de las vías respiratorias, como estridor o sibilancias o episodios consistentes, se debe diagnosticar asma y considerar los aspectos mencionados anteriormente para orientar el diagnóstico de esta u otras patologías respiratorias que pueden cursar con un componente de obstrucción bronquial. (Duque, 2015)

DIAGNÓSTICO

Para diagnosticar el asma, además de la historia clínica y el examen físico, se debe determinar la limitación del flujo de la vía aérea mediante pruebas de función pulmonar (PFT) y la capacidad demostrada para revertir los síntomas. (González, 2016)

En niños de 6 años cooperantes, la sospecha clínica puede confirmarse realizando una espirometría forzada con valores basales adecuados a la edad y acortando, si es necesario, el tiempo de espiración forzada a la mitad para obtener FEV-0.5. Otras pruebas que pueden ser útiles, si se dispone de laboratorio y personal adecuado, son la oscilometría de impulso forzado, la resistencia de oclusión (Rint), el análisis de la curva flujo-volumen a volumen corriente o la medición de la resistencia por pletismografía. (Rodríguez Rodríguez, 2017)

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- ✓ **PRUEBAS DE FUNCIÓN PULMONAR:** Las pruebas de función pulmonar (PFT) deben confirmar un patrón de obstrucción y deben ser realizadas por personal capacitado. (González, 2016)
 - **ESPIROMETRÍA CON PRUEBA BRONCODILATADORA:** En la evaluación inicial del asma, la espirometría es la prueba de elección para detectar cambios en la función pulmonar. Por lo general, proporciona información sobre el volumen espiratorio máximo en el primer segundo (FEV1), la capacidad vital forzada (FVC) y el flujo espiratorio máximo (PEF). En el asma sintomática, el volumen espiratorio forzado en el primer segundo suele caer por debajo del 80%, mientras que la capacidad vital forzada se mantiene normal. Esta forma de espirometría reduce el cociente FEV1/FVC, considerándose obstructivo un número por debajo de 0,7, aunque ambos valores pueden ser normales si la medición se realiza entre contracciones y broncoespasmo. Estas medidas deben tomarse antes y después de administrar el broncodilatador de acción rápida, salbutamol, con un inhalador de dosis medida equipado con un espaciador. Un aumento del 12% del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1), o capacidad vital forzada (FVC), expresada en al menos 200 ml volumen, constituye una respuesta broncodilatadora significativa que confirma el diagnóstico clínico de asma. (Rodríguez Rodríguez, 2017)
- ✓ **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

- **OXIMETRÍA DE PULSO:** Una saturación de oxígeno inferior al 91% predice la necesidad de hospitalización y la gravedad de la crisis de asma. (Verscheure, 2016)
- **RADIOGRAFÍA DE TÓRAX:** Su uso principal es para descartar complicaciones como atelectasias, neumonía y fugas de aire (enfisema subcutáneo, neumotórax) y para el diagnóstico diferencial de entidades que simulan la condición asmática. (Verscheure, 2016)
- **ESTUDIO ETIOLÓGICO:** Debe estar orientado a la edad del paciente. En lactantes y preescolares se debe realizar un estudio viral de vía aérea por inmunofluorescencia indirecta o reacción en cadena de la polimerasa. En niños mayores se debe combinar con lo anterior el estudio de bacterias atípicas como *Mycoplasma pneumoniae*. Un hemograma completo, reactivos de fase aguda como la proteína C reactiva y hemocultivos pueden considerarse en casos clínicos de sospecha de sobreinfección bacteriana. (Verscheure, 2016)

TRATAMIENTO

La recomendación actual, según la guía española para el manejo del asma (GEMA), es usar un agonista beta-2 inhalado de acción corta (SABA) según sea necesario, sin necesidad de un controlador continuo. Por razones de seguridad a partir de 2019, según la Global Initiative for Asthma (GINA) recomienda que cualquier persona mayor de seis años con asma reciba un tratamiento controlado que contenga un glucocorticoide inhalado (ICG). El uso regular de SABA aumenta las reacciones alérgicas y la inflamación de las vías respiratorias. El uso excesivo de un agonista beta-2 inhalado de acción corta (SABA) >12 paquetes por año, se asocia con un mayor riesgo de muerte por asma. Esta recomendación evita establecer un modelo de paciente de creencia temprana en un agonista beta-2 inhalado de acción corta (SABA), ya que es muy eficaz en el manejo de los síntomas agudos y proporciona mensajes más consistentes sobre los objetivos del tratamiento, incluida la prevención de exacerbaciones. Para evitar problemas de adherencia al tratamiento, en vez de administrar glucocorticoides inhalados (GCI) de forma continua, una opción es la administración de dosis bajas de

glucocorticoides inhalados (GCI) cada vez que el paciente toma un agonista beta-2 inhalado de acción corta (SABA). (Reig Rincón de Arellano I, 2021)

OXIGENOTERAPIA: Debe administrarse en todos los episodios moderados o graves, comenzando lo antes posible para mantener una saturación del 94-98%. Niños con asma o SpO₂ < 94% debe tratarse con oxígeno de alto flujo con mascarilla o cánula nasal. (M., 2017)

PREVENCIÓN

- ✓ **PLAN DE ACCIÓN PARA EL ASMA:** Con la ayuda de su médico y equipo de atención médica, escriba un plan detallado para tomar sus medicamentos y controlar su ataque de asma. Entonces asegúrese de seguir ese plan. (Mayo Clinic , 2021)
- ✓ **IDENTIFICAR Y EVITAR LOS DESENCADENANTES DEL ASMA:** Muchos alérgenos e irritantes del exterior, desde el polen y el moho hasta el aire frío y la contaminación del aire, pueden desencadenar ataques de asma. Aprenda qué causa y empeora el asma y tome medidas para evitar estos desencadenantes. (Mayo Clinic , 2021)
- ✓ **TOME LA MEDICACIÓN SEGÚN LAS INDICACIONES:** No cambie su medicamento sin hablar primero con su médico, incluso si su asma parece estar mejorando. Es mejor llevar su medicamento con usted a cada visita al médico. Su médico puede asegurarse de que está usando el medicamento correctamente y en la dosis correcta. (Mayo Clinic , 2021)
- ✓ **PRESTE ATENCIÓN AL MAYOR USO DE INHALADORES DE ALIVIO RÁPIDO:** Si confía en un inhalador de alivio rápido, como el salbutamol, significa que su asma no está bajo control. Consulte a su médico para ajustar su tratamiento. (Mayo Clinic , 2021)

1.1. JUSTIFICACIÓN

El asma bronquial es una enfermedad pulmonar que causa la inflamación y estrechamiento de las vías respiratoria y esto a su vez dificultad la respiración. Los principales signos y síntomas que presenta esta enfermedad son la sibilancia, tos, y opresión a nivel del tórax.

En nuestro país existe un alto índice de pacientes que padece esta enfermedad solo en el año 2020 se reportaron 3250 nuevos casos de pacientes con asma bronquial en niños de entre 5 a 8 años de edad y esto se debe a los diferentes factores de riesgo que están expuesto como el tabaquismo, los alergenios ambientales como el polvo, ácaros, moho y contaminación ambiental son considerados los principales factores desencadenante de esta enfermedad autolimitante.

Motivo por el cual justificamos la realización de esta investigación puesto que considero que como próximo profesional en terapia respiratoria se debe conocer todo lo referente a esta enfermedad su etiología, fisiopatología, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento. Ya que es una de las enfermedades con las que más nos vamos a encontrar en nuestra labor como terapeuta respiratorio.

El presente estudio establecido en la intervención del terapeuta respiratorio en paciente masculino de 6 años de edad con diagnóstico de asma bronquial, y es que el profesional en terapia respiratoria desempeña una labor importante en el manejo de estos pacientes puesto que, mediante ciertos procedimientos como las nebulizaciones, la administración de oxígeno que realiza el terapeuta respiratorio se ayudara a mejorar el estado de salud en pacientes con diagnóstico de asma bronquial.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

- Establecer la intervención del terapeuta respiratorio en paciente masculino de 6 años de edad con diagnóstico de asma bronquial.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores desencadenantes del asma bronquial en el paciente masculino de 6 años de edad.
- Detallar los principales signos y síntomas que presenta el paciente masculino de 6 años de edad con diagnóstico de asma bronquial
- Determinar el adecuado tratamiento farmacológico y técnicas de terapia respiratoria para mejorar el cuadro clínico que presenta en el paciente masculino de 6 años de edad.

1.3. DATOS GENERALES

NOMBRES: N.M

SEXO: Masculino.

FECHA DE NACIMIENTO: 01/01/2016

EDAD: 6 años.

LUGAR DE NACIMIENTO: Baba

DIRECCIÓN DE DOMICILIO: Rcto. San José -Parroquia Isla De Bejuca – Cantón
Baba

NIVEL DE ESTUDIOS: Cursando la educación primaria.

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.

Paciente masculino de 6 años de edad el cual acude al área de emergencia del hospital, la madre del paciente al momento de la consulta refiere que su hijo presenta los siguientes signos y síntomas, dificultada para respirar, tos con expectoración de 4 días de evolución y la cual se agudiza por las noches, cefalea, opresión torácica, sibilancias, al caminar por un tiempo prolongado siente cansancio.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

A los 4 años de edad presento una neumonía adquirida en la comunidad.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre con asma bronquial y alérgica al polen.

Padre con diabetes mellitus tipo 2.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

No refiere.

ALERGIA

No refiere.

HÁBITOS

Fumador pasivo.

2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).

Paciente masculino de 6 años orientado en tiempo y espacio, al momento de la consulta la mamá refiere que el paciente presenta dificultad para respirar, tos con expectoración de 4 días de evolución y la cual se agudiza por las noches, cefalea, opresión torácica, sibilancias, cansancio al caminar por un tiempo prolongado, dificultada para conciliar el sueño y taquipnea.

2.3. EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA).

CRÁNEO: Normocéfalo.

CARA: Normal sin alteración alguna.

PIEL: Sin alteración alguna.

CUELLO: Normal sin presencia de adenopatía.

TÓRAX: A la auscultación pulmonar disminución de la entrada de aire bilateral, sibilancias en ambos campos pulmonares. Tiraje subcostal y supraclavicular.

ABDOMEN: Blando depresible no doloroso.

PESO: 21 kg.

TALLA: 109 cm.

ÍNDICE DE MASA CORPORAL: 17.7

ESTADO NUTRICIONAL: Normolíneo.

SIGNOS VITALES:

FRECUENCIA CARDIACA	90 LPM
FRECUENCIA RESPIRATORIA	31 RPM
PRESIÓN ARTERIAL	117/81 mmHg
TEMPERATURA CORPORAL	36.7°C
SATURACIÓN DE O2	94%

GLASGOW: 15/15.

2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

BIOMETRÍA HEMÁTICA

EXAMEN	RESULTADOS
Glóbulos blancos	17.80 ul
Glóbulos rojos	8.23 ul
Hemoglobina	15.1 g/dl
Hematocrito	41%
Vol. Corp. Medio	48 FL
HCM	38,8 K/ul
CHCM	34.5 K/ul
Plaquetas	204 K/ul
Vol. Plaquetario Medio	11.1 FL

Elaborado por: Lehybis Yanez L.

Fuente: paciente.

QUÍMICA SANGUÍNEA

EXAMEN	RESULTADOS
Glucosa	88 mg/dl
Urea	22 mg/dl
Creatinina	0.36 mg/dl

Elaborado por: Lehybis Yanez L.

Fuente: paciente.

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX: Patrón radiológico de atrapamiento de aire bilateral con ligero aumento del diámetro torácico anterior.

2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

2.5.1. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

Asma bronquial.

2.5.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

bronquiolitis

2.5.3. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Asma bronquial

2.6. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

El asma bronquial que presenta el paciente masculino de 6 años de edad se debe a un sin número de factores a lo que está expuesto al humo de cigarrillo puesto que el padre del paciente pediátrico es fumador activo de 3 cajetillas de cigarrillo al día y este fuma dentro de la casa que vive en paciente, otro factor se debe a los diferentes alérgenos ambientales que está expuesto como el polvo, moho, vapores irritantes ya que reside en una zona rural, y a que dentro de su casa tiene como mascota a un perro. Y todos estos factores mencionados son los principales factores de riesgo para el desarrollo del asma bronquial.

Al paciente masculino de 6 años de edad con diagnóstico de asma bronquial se le procederá a administrar un tratamiento farmacológico de acuerdo al cuadro clínico que presenta además de técnicas de terapia respiratoria como la administración de oxígeno, las nebulizaciones las cuales se van a complementar con el tratamiento farmacológico y que tienen como objetivo controlar el asma bronquial descompensada en el paciente pediátrico.

2.7. INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICA DE LAS ACCIONES DE LA SALUD CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

BIOMETRÍA HEMÁTICA

EXAMEN	RESULTADOS	VALOR DE REFERENCIA
Glóbulos blancos	17.80 ul	6.00 – 12.00
Glóbulos rojos	8.23 ul	4.00 – 6.00

Hemoglobina	15.1 g/dl	12.00 – 17.00
Hematocrito	48 FL	45 – 51
Vol. Corp. Medio	38,8 K/ul	81 – 47
HCM	34.5 K/ul	36 – 65
CHCM	34.5 K/ul	32 – 36
Plaquetas	204 K/ul	130 – 140
Vol. Plaquetario Medio	11.1 FL	7.4 – 10.4

Elaborado por: Lehybis Yanez L.

Fuente: paciente.

QUÍMICA SANGUÍNEA

EXAMEN	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
Glucosa	88 mg/dl	60.00 - 100
Urea	22 mg/dl	19.26 – 49.22
Creatinina	0.36 mg/dl	0.30 – 0.70

Elaborado por: Lehybis Yanez L.

Fuente: paciente.

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX: Patrón radiológico de atrapamiento de aire bilateral con ligero aumento del diámetro torácico anterior.

Luego de obtener los exámenes complementarios, más el cuadro clínico que presenta el paciente masculino de 6 años de edad y con los signos vitales en valores anormales se llega al diagnóstico definitivo el cual fue de un asma bronquial descompensada por lo que de manera inmediata el médico le empezara administrar el tratamiento adecuado para la enfermedad diagnosticada.

2.8. SEGUIMIENTO

DÍA 1

Paciente masculino de 6 años de edad con diagnóstico de asma bronquial se le administro oxígeno mediante mascarilla simple a 8 litros por minuto para mejorar saturación de oxígeno, cortiprex de 20mg/5ml vía oral cada 12 horas.

DÍA 2

El terapeuta respiratorio realiza su intervención realizándole nebulizaciones con 5cc de fisiol ub más combivent 10 gotas cada 4 horas durante dos días.

DÍA 3

Paciente masculino de 6 años de edad respondiendo de manera favorable al tratamiento administrado, se le adiciona a su tratamiento aeronid de 250 inhalador inhalar dos veces cada 6 horas esto con la finalidad de reducir los signos que el paciente presenta como las sibilancias el dolor a nivel del tórax y la tos provocada por el asma bronquial.

DÍA 4

El médico de guardia le realiza una valoración médica al paciente masculino de 6 años de edad con diagnóstico de asma bronquial donde se ve una mejoría por lo que se procede a dar el alta hospitalaria y se le prescribe salbutamol inhalador de 200mg 4 pulsaciones cada 6 horas cuando presente dificultada respiratoria debido al asma bronquial que presenta el paciente, además se le agendo consulta 1 vez al mes para llevar un seguimiento y control de su enfermedad.

2.9. OBSERVACIONES

Se informo a los padres del paciente masculino de 6 años de edad el diagnóstico definitivo y de los procedimientos que se iban a realizar en el paciente para controlar la crisis asmática, además se le informo de los factores desencadenantes del asma bronquial en el paciente.

Se observo que la oportuna intervención del terapeuta respiratorio en el paciente masculino de 6 años de edad con diagnóstico de asma bronquial es gran importancia puesto que mediante las técnicas de terapia respiratoria como la administración de oxígeno y las nebulizaciones ayudan a mejorar la salud de pacientes con diagnóstico de asma bronquial.

Aunque el paciente masculino de 6 años de edad mejoro en su estado de salud el deberá seguir con un tratamiento a largo plazo ya que el asma bronquial no tiene cura, pero si se lleva un adecuado control de la enfermedad se evitan complicaciones y permiten que los pacientes mejoran su calidad de vida ya que esta patología es autolimitante.

CONCLUSIONES

Se llega a la conclusión de que los principales factores desencadenantes del asma bronquial en el paciente masculino de 6 años de edad es el humo del cigarrillo, alérgenos ambientales como el polvo, moho, vapores irritantes y esto se debe a que vive en una zona rural y está expuesto a los principales alérgenos desencadenante del asma bronquial.

Los principales signos y síntomas que presentó el paciente masculino de 6 años de edad fueron disnea, tos, cefalea, opresión a nivel del tórax, y sibilancias.

El tratamiento farmacológico en el paciente masculino de 6 años de edad con diagnóstico de asma bronquial se basó en la administración de broncodilatadores y corticoides antiinflamatorio, las técnicas de terapias respiratorias empleadas en el paciente fueron la oxigenoterapia mediante mascarilla simple y las nebulizaciones. Cabe destacar que el tratamiento farmacológico como no farmacológico administrado en el paciente lograron controlar la crisis asmática que tenía el paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso, S. L. (2021). Fisiopatología del asma. Revista Sanitaria de Investigación, 2(5), 51. Obtenido de <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/fisiopatologia-del-asma/>

Duque, G. A. (2015). Asma bronquial en el niño. Asociación Colombiana de Alergia e Inmunología, 53-68. Obtenido de <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2015/06/CAPASMA.pdf>

Durán, R. (2015). Fisiopatología del asma: una mirada actual. Revista Colombiana de neumología, 27(3), 226-230. Obtenido de <https://revistas.asoneumocito.org/index.php/rcneumologia/article/view/79/76>

Franken Morales, S. S. (2021). Actualización del asma. Revista Médica Sinergia, 6(10), e717. doi:10.31434/rms.v6i10.717

González, L. M. (2016). Diagnóstico y control del asma bronquial. Revista medica de Costa Rica y Centroamérica, 73(618), 185-188. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc161zk.pdf>

M., A. M. (2017). Crisis de asma. Rev Pediatr Aten Primaria, 19(26), 17-25. Obtenido de <https://pap.es/articulo/12496/>

Mayo Clinic . (29 de Julio de 2021). Asma - Síntomas y causas. Obtenido de Mayo Clinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/asthma/symptoms-causes/syc-20369653>

Morales, S. S. (2021). Actualización del asma. *Revista Médica Sinergia*, 6(10), e717. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2021/rms2110a.pdf>

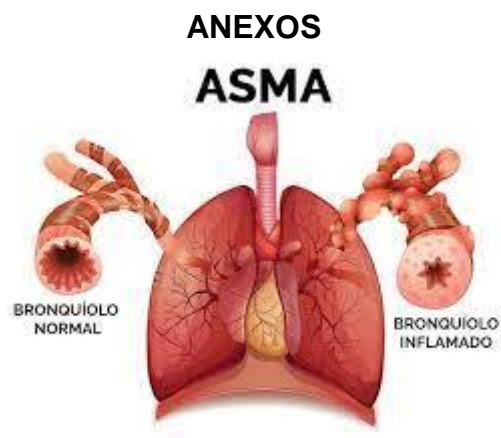
Organización Mundial de la Salud. (03 de mayo de 2021). Asma. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/asthma>

Reig Rincón de Arellano I, O. R. (2021). Tratamiento de fondo del asma. Actualización de las guías. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 23(30), 32-38. Obtenido de <https://pap.es/articulo/13188/tratamiento-de-fondo-del-asma-actualizacion-de-las-guias>

Rodríguez Rodríguez, M. A. (2017). Actualización en asma. *Medicine. Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(30), 1745–1756. doi: 10.1016/j.med.2017.03.010

Verscheure, F. (2016). Estado asmático en pediatría. *Neumología Pediátrica*, 11(4), 155-161. Obtenido de <https://www.neumologia-pediatria.cl/index.php/NP/article/view/289/263>

Wells, D. (10 de enero de 2019). Clasificación del asma. Obtenido de Healthline: <https://www.healthline.com/health/es/clasificacion-del-asma>



Anexo 1: Imagen ilustrativa del bronquiolo normal y del bronquiolo inflamado producto del asma bronquial.



Anexo 2: Imagen del manejo del asma bronquial en un paciente masculino.