



PACIENTE ASMÁTICO

Manifestaciones y asistencia interdisciplinar



Sergio Núñez Arias
Manuel Suárez Barreiro



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. SÍNTOMAS
3. FISIOPATOLOGÍA
4. MANIFESTACIONES
5. CLASIFICACIÓN
6. DIAGNÓSTICO
7. TRATAMIENTO
8. TRATAMIENTO DE LAS CRISIS
9. ASISTENCIA ENFERMERA
10. PLAN DE CUIDADOS
11. CONCLUSIÓN
12. BIBLIOGRAFÍA

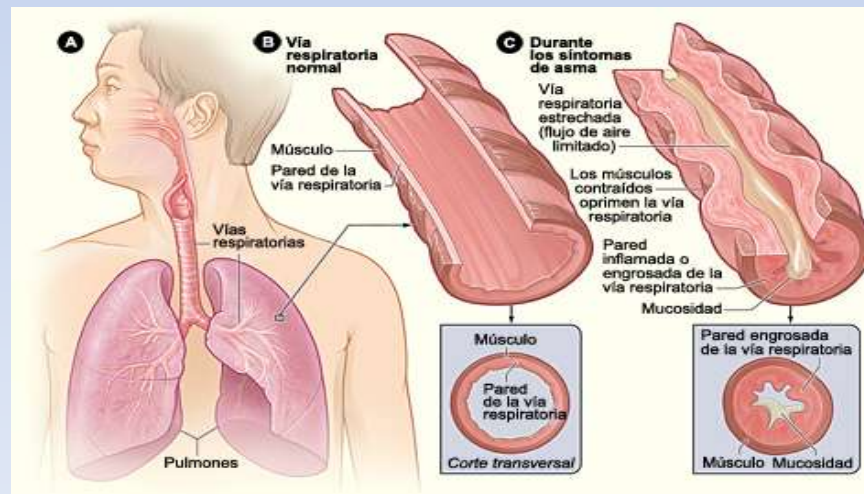


INTRODUCCIÓN

Enfermedad crónica de los pulmones que inflama y estrecha las vías respiratorias.

La característica que define al asma es la inflamación de los bronquios, lo cual conduce a que se hagan más gruesos y de luz más estrecha, produzcan más moco y sus fibras musculares se contraigan con más facilidad.

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





SÍNTOMAS DEL ASMA

-
- Tos:** generalmente en accesos y de predominio nocturno y de madrugada, o bien en relación con las emociones (al reír o llorar) o el ejercicio físico.
 - Sibilancias o pitos:** ruidos en forma de pitos o silbidos al respirar.
 - Opresión Torácica:** muchas veces manifestada como sensación de peso o tirantez en el pecho.
 - Disnea o fatiga:** dificultad para respirar que el niño/a puede manifestar como respiración entrecortada o jadeo. En casos graves, la fatiga obliga a permanecer al niño/a sentado y puede afectar a su capacidad para hablar o incluso para alimentarse (en especial en los niños/as pequeños).



SÍNTOMAS DEL ASMA

A veces los síntomas son leves y desaparecen espontáneamente o después de un tratamiento mínimo con medicinas para el asma. Otras veces siguen empeorando. Cuando los síntomas se vuelven más intensos o se presentan más síntomas, se dice que hay un ataque de asma. Los ataques de asma también se llaman crisis o exacerbaciones. pueden requerir atención de urgencias y pueden ser mortales.





FISIOPATOLOGÍA

a. Factores desencadenantes del asma

La inflamación de la vía aérea juega un papel fundamental en el desarrollo de la enfermedad. Hoy día sabemos que el asma no es simplemente un problema de broncoconstricción, sino que se trata de una enfermedad fundamentalmente inflamatoria, y que es precisamente el proceso inflamatorio el que inicia la obstrucción de la vía aérea.

La broncoconstricción representa un mecanismo de defensa frente a diferentes agresiones, como la inhalación de sustancias tóxicas, alérgenos, o aire frío... Sin embargo, una respuesta broncoconstrictora exagerada, es característica del asma. La severidad de la hiperreactividad, se relaciona habitualmente con la severidad de la enfermedad.



FISIOPATOLOGÍA

b. Factores desencadenantes de una crisis

Los alérgenos con mucho, son la causa más frecuente de crisis asmáticas agudas, además de ser causas persistentes de asma moderada ó severa.

Alergenos intra y extramuros:

- Pólen
- Hongos
- Caspas de animales
- Polvo casero y ácaros del polvo
- Cucarachas
- Algunos alimentos

Las infecciones virales de las vías respiratorias actúan frecuentemente como un desencadenante importante. Especialmente frecuente en niños pequeños con asma en los períodos fríos del año, ó en niños que acuden a guarderías o centros maternos.



FISIOPATOLOGÍA

El asma puede precipitarse o agravarse en los pacientes con sinusitis por la descarga de moco hacia atrás, hacia garganta, de la nariz, activando al parecer reflejos de espasmo e hiper-respuesta de los bronquios.

Existe una gran variedad de factores irritativos naturales (y no naturales), que provocan reacciones no inflamatorias:

- Olores fuertes y aerosoles tales como: perfumes, limpiadores para la casa, humos de la cocina (especialmente frituras), pinturas y barnices

- Otros químicos como carbón, polvo de gis o talco

- Contaminantes ambientales (ozono, SO₂, radón, CO₂)

- Humo de tabaco

- Cambios de clima (incluyendo cambios de temperatura, presión barométrica, humedad y vientos fuertes) todos probablemente afectan e irritan las vías respiratorias.



FISIOPATOLOGÍA

El humo de tabaco merece mención aparte, ya que produce irritación intensa de las vías respiratorias, ya sea por inhalación directa o indirecta (pasiva), tiene efectos dañinos adicionales en las vías respiratorias y es especialmente irritante para pacientes asmáticos. Nadie debería fumar en casa de un paciente asmático.

Del 5 al 20% de pacientes asmáticos adultos pueden presentar un ataque de asma como resultado de sensibilidad o alergias a medicamentos:

- Aspirina

- Otros antiinflamatorios no esteroideos (AINE): como ibuprofeno, indometacina, naproxeno, etc. (similares a Aspirina)

- Los sulfitos. (conservadores de alimentos y bebidas)

- Medicamentos beta-bloqueadores (tratamientos de enfermedades cardíacas, hipertensión y migraña).



FISIOPATOLOGÍA

La ansiedad y el estrés nervioso causan fatiga y pueden aumentar los síntomas de asma y agravar un ataque por sí solos no provocan asma. En pacientes con Asma severa crónica, los trastornos emocionales son muy frecuentes, más como efecto que como causa de la misma, y puede requerir de atención especializada.





MANIFESTACIONES DEL ASMA

Los síntomas más relevantes del asma son la dificultad respiratoria, en forma de disnea franca o referida como opresión torácica, y la respiración sibilante. La tos, seguida de escasa expectoración, y la presencia de síntomas nasales son acompañantes habituales.

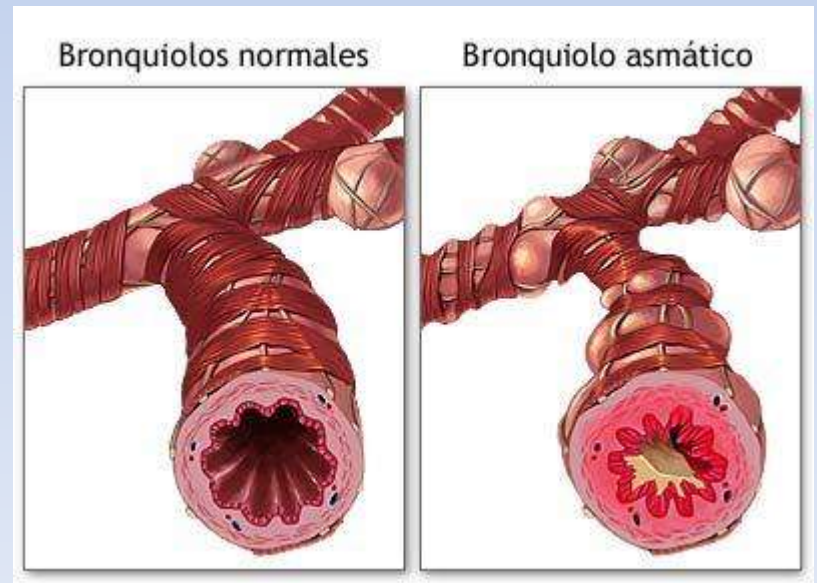
Los síntomas referidos derivan de la inflamación y la obstrucción bronquial, con periodos libres de síntomas o de evidente alivio de los mismos.

Dos fenómenos acompañantes completan el cuadro clínico: el agravamiento de la enfermedad por una serie de situaciones bien toleradas por la población sana, fenómeno conocido como hiperrespuesta bronquial, y el agravamiento nocturno que, con frecuencia, interrumpe el sueño.



CLASIFICACION DEL ASMA

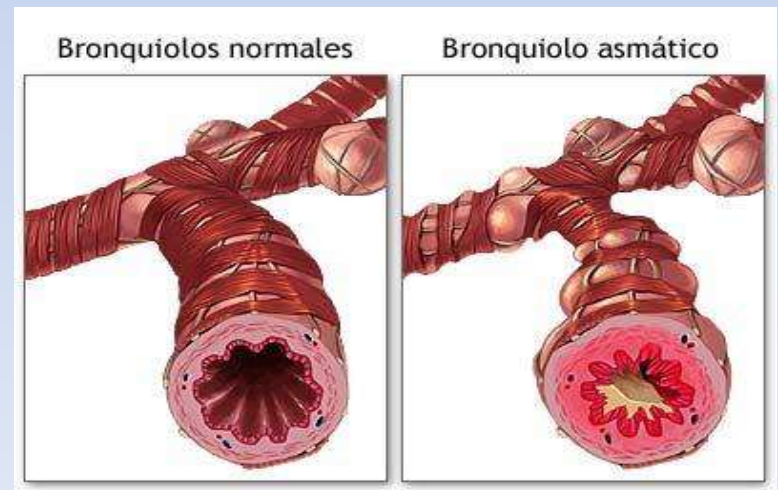
- Asma leve intermitente: menos de dos episodios de síntomas leves por semana, asintomático entre los episodios de crisis, exacerbaciones leves y de corta duración, menos de dos episodios de síntomas nocturnos por mes,
- Asma leve persistente: hasta dos episodios de síntomas por semana, exacerbaciones que pueden o no interferir con la actividad física, menos de dos episodios de síntomas nocturnos por mes,





CLASIFICACION DEL ASMA

- Asma moderada: síntomas diarios, uso diario de agonistas beta dos adrenérgicos de acción corta, limitación de la actividad cotidiana durante las exacerbaciones, más de dos exacerbaciones por semana, más de un episodio de síntomas nocturnos por semana
- Asma severa: síntomas continuos, actividad física y cotidiana limitada, exacerbaciones muy frecuentes, síntomas nocturnos muy frecuentes, puede haber alteración del crecimiento en los niños.

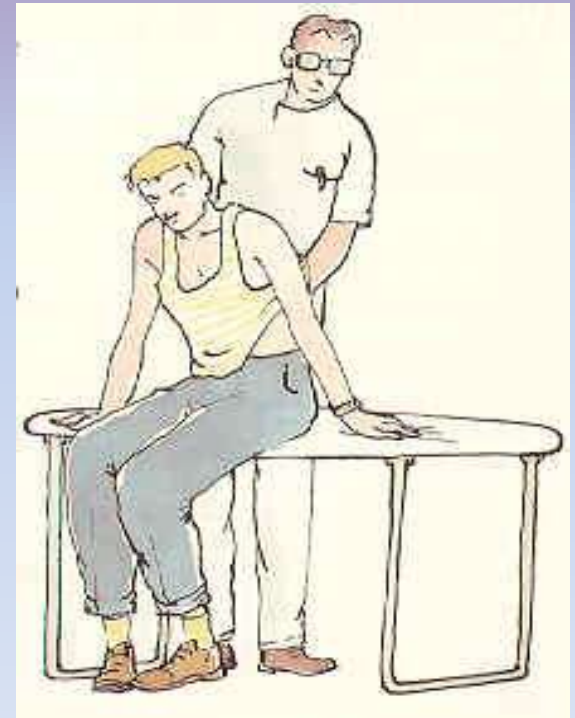




DIAGNOSTICO DEL ASMA

Diagnosticar el asma puede ser difícil. Los síntomas pueden variar desde menores a severos y frecuentemente son similares a los de otras condiciones.

- Examen físico
- Medición de la función pulmonar
 - Determinación de hiperrespuesta de vías aéreas: frecuente en el Asma, pero también en EPOC, bronquiectasias y fibrosis quística y en el 50% de la rinitis alérgica, lo que le otorga una baja especificidad para el diagnóstico de Asma.
 - Radiografía de tórax AP-L: Indispensable para descartar otras patologías pulmonares que pudieran causar obstrucción de las vías aéreas





DIAGNOSTICO DEL ASMA

- Test cutáneos epicutáneos: Su positividad demuestra la existencia de un componente atópico en el Asma (presente en el 70% de los asmáticos), permite tomar medidas adecuadas de control ambiental.
- Medición de marcadores no invasivos de la inflamación de las vías aéreas: Se utiliza la expectoración espontánea o el esputo inducido por soluciones salinas hipertónicas en los cuales se miden eosinófilos y mastocitos (hasta el momento no han sido evaluados prospectivamente como una ayuda en el diagnóstico)
- Test de provocación: entrañan ciertos riesgos por lo que sólo se recomienda su uso en centros calificados y especialmente en Asma ocupacional



TRATAMIENTO

En el dominio control actual

- Prevenir los síntomas diurnos, nocturnos y tras el ejercicio físico.
- Uso de agonista β_2 adrenérgico de acción corta no más de dos días a la semana.
- Mantener una función pulmonar normal o casi normal.
- Sin restricciones en la vida cotidiana y para realizar ejercicio físico.
- Cumplir las expectativas de los pacientes y sus familias.

En el dominio riesgo futuro

- Prevenir las exacerbaciones y la mortalidad.
- Minimizar la pérdida progresiva de función pulmonar.
- Evitar los efectos adversos del tratamiento.



TRATAMIENTO

- Glucocorticoides inhalados o sistémicos.
- Antagonistas de los leucotrienos.
- Agonistas b2 adrenérgicos de acción larga,.
- Teofilina de liberación retardada.
- Anticuerpos monoclonales anti-IgE.



TRATAMIENTO DE LAS CRISIS

- .Administración de broncodilatadores:
 - . Agonistas b2 adrenérgicos de acción rápida.
 - . Agonistas b2 adrenérgicos de acción corta.
- .Glucocorticoides orales.
- .Oxígeno (si es necesario).





TRATAMIENTO DE LAS CRISIS





OTROS TRATAMIENTOS

.Control ambiental.



.Inmunoterapia con alérgenos.





ASISTENCIA ENFERMERA

Conocimientos básicos: instruyendo a los pacientes sobre la importancia de la inflamación de los bronquial y se les anima a tomar los medicamentos de forma continua.





ASISTENCIA ENFERMERA

Habilidades: necesarias para poder seguir todas las recomendaciones del tratamiento:

- Usar correctamente los inhaladores, evitar sustancias que empeoren el asma,
- Reconocer cuándo se está bien y cuándo se inicia una crisis y saber qué hacer en estos casos
- Es muy importante que el paciente exponga todas sus dudas, creencias, preocupaciones y miedos.



ASISTENCIA ENFERMERA





PLAN DE CUIDADOS

NOC 0403 ESTADO RESPIRATORIO: VENTILACIÓN

- 040313 Disnea de reposo.
- 040314 Disnea de esfuerzo.
- 040316 Dificultad respiratoria.

NIC 3350 MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA

Actividades:

- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- Anotar la aparición, características y duración de la tos.
- Observar si aumenta la intranquilidad ansiedad o falta de aire.



PLAN DE CUIDADOS

NOC 0402 ESTADO RESPIRATORIO: INTERCAMBIO GASEOSO

- . 040211 Saturación de oxígeno.
- . 040206 Cianosis.

NIC 3320 OXIGENOTERAPIA

Actividades:

- Administrar oxígeno suplementario según órdenes.
- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioximetría, gasometría arterial si procede).



PLAN DE CUIDADOS

NOC 0704 AUTOCONTROL DEL ASMA.

- 070401 Inicia acciones para evitar desencadenantes personales.
- 070418 Describe factores causales.
- 070412 Selecciona la medicación adecuada.
- 070414 Demuestra uso apropiado de inhaladores, difusores y nebulizadores.

NIC 3210 MANEJO DEL ASMA.

Actividades:

- Enseñar técnicas adecuadas para el uso de medicación y del equipo (por ejemplo:
Inhalador, nebulizador, medidor de flujo máximo).



PLAN DE CUIDADOS

Aunque el proceso de Enfermería es un continuo, la última etapa debe ser la evaluación de los resultados, con respecto al estado inicial del paciente, con el fin de modificar el plan de cuidados si procede y de informar a Enfermería de atención primaria de los objetivos pendientes de conseguir.



CONCLUSION

- . Con la educación del personal sanitario y pacientes se puede reducir la morbimortalidad de esta enfermedad que continúa en aumento a nivel mundial.
- . Se deben considerar a los episodios agudos como una falla terapéutica, por ello se debe insistir en mejorar la prevención y el tratamiento temprano, como dice el Dr. Thomas Petty: ".... el mejor tratamiento del *status asthmaticus* es tratarlo tres días antes de que éste ocurra".



BIBLIOGRAFÍA

1. Phipps W, Kay Lehm M. El paciente con problemas pulmonares. Asma. En: Long BC, Phipps W, editores. La Enfermería médico-quirúrgica. Un planteamiento de los métodos de enfermería. Ed: McGraw-Hill, Interamericana de España. Madrid 1994. p. 779-782.
2. Aguarón Pérez, J. Alonso Lebrero, E. Cabrera Navarro, P. Guía española para el manejo del asma. ed: Luzán 5, S. A. . Madrid.
3. Ferrer Carrión M, Girón Rosales J, Nápoles Smith N. Asma bronquial: enfermedad crónica no transmisible. Atención de Enfermería. Rev Cubana Enfer 2000;16(1): 14-18.
4. NANDA internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación (2005-2006). ELSEVIER; 2005.
5. Ignacio García JM, Palacios Gómez L. La educación en paciente con asma y epoc. En: Soto Campos JG, editor. Manual de diagnóstico y terapéutica en Neumología. Madrid: Ergon; 2006. p. 339-348.