

	MANUAL TERAPIA FISICA Y RESPIRATORIA			
	GUIA:		ASMA	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-AT-T-08	Página: - 1 - de 5	Versión: 01

ASMA
1. ALCANCE
Aplica para las atenciones ambulatorias (consulta externa y prioritaria) de la ESE Centro de Salud Jenesano y su área de influencia.
2. SERVICIO Y POBLACION
Servicio Consulta externa y prioritaria de la ESE Centro de Salud Jenesano y su área de influencia. Tiene cobertura para todos los grupos etáreos.
3. PERIODICIDAD
La guía se revisara cada cinco años y/o según necesidad.
4. EPIDEMIOLOGIA
<p>Aunque la recopilación de datos es bastante difícil debido a los diferentes criterios para definir las se evidencia un aumento en la prevalencia desde 3 a 5% hasta un 7 y 10% de la población general. Igualmente la morbimortalidad, se ha incrementado lo cual se explica por demora del diagnóstico, falta de tratamiento adecuado, insuficiente manejo durante de las exacerbaciones, exceso de confianza en las drogas broncodilatadoras y falta de uso de drogas y medidas profilácticas.</p> <p>Se calcula que hasta un 50% de los casos se presenta antes de los 10 años de edad, siendo en esta edad de mayor frecuencia en el hombre que en la mujer con una relación 2:1; después de esta edad, la distribución se considera igual en ambos sexos. Su frecuencia es mayor en climas fríos y donde existen estaciones, durante el invierno y la primavera .</p>
5. DEFINICION DE LA PATOLOGIA
Es una enfermedad pulmonar con las siguientes características: Obstrucción de la vía aérea total o parcialmente reversible con respiración sibilante, bien espontáneamente o con tratamiento. Inflamación bronquial e hiperreactividad que se traduce a bronco espasmo y remodelado (fibrosis) de la arquitectura del bronquio, con infiltración de la mucosa por eosinófilos y otras células, y un mayor o menor grado de fibrosis subepitelial permanente o una Hiperreactividad bronquial, o respuesta aumentada de la vía aérea frente a distintos estímulos.
6. MANIFESTACIONES CLINICAS
<p>Los signos clínicos evidencia la presencia de sibilancias, la intensidad de la dificultad respiratoria y signos de atrapamiento aéreo; en grados progresivamente más severos de crisis, donde se agregan otros signos como el uso de los músculos accesorios de la respiración sudoración profusa, pulso paradójico y trastornos neurológicos, todos estos signos indican un momento crítico para el paciente y que de no corregirse requerirá ventilación mecánica. Durante los intervalos entre las crisis, los pacientes no presentan síntomas ni signos asmáticos, donde persisten con tos con o sin expectoración y en algunos casos disnea sibilantes.</p> <p>SINTOMAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tos persistente. • Silbidos en el pecho. • Secreciones (flemas).

	MANUAL TERAPIA FISICA Y RESPIRATORIA			
	GUIA:		ASMA	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-AT-T-08	Página: - 2 - de 5	Versión: 01

- Disnea o fatiga
- Opresión torácica sin otros síntomas acompañantes.

7. FASE DIAGNOSTICA

Los pacientes asmáticos constituyen un grupo muy complejo, encontrándonos grupos de edad diversos, desde la infancia hasta ancianos, que manifiestan diferentes signos y síntomas, con un grado de intensidad variable.

Es por ello, que el diagnóstico de esta enfermedad resulta complejo. En él, se considerará principalmente:

HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE:

Se analiza:

- Síntomas: tos, sibilancias, enfermedades asociadas, como rinitis o dermatitis atópica
- Frecuencia de los síntomas; si es permanente, la duración y frecuencia de los síntomas, influencia de los ciclos circadianos.
- Factores desencadenantes de la enfermedad: exposición a determinados alérgenos, expresiones emocionales, fármacos y aditivos alimentarios, ejercicio.
- Influencia de la enfermedad en la vida del paciente: visitas a urgencia, interrupción de horas de sueño por crisis.

EXAMEN FÍSICO:

En caminado al tracto respiratorio superior, tórax y piel.

ESPIROMETRÍA.

Es una prueba que aporta información sobre el grado de obstrucción al flujo aéreo, y respuesta ante broncodilatadores (si es necesario se refiere a otra institución para la su realización).

GASIMETRIA ARTERIAL:

La obstrucción de las vías aérea en el asma no disminuyen uniformemente el pulmón y la ventilación se dirige hacia las áreas no comprometidas. (si es necesario se refiere a otra institución para la su realización).

OTROS EXAMENES:

A. ESPUTO:

Se puede encontrar aumento de eosinófilos especialmente en el asma extrínseca. Es conveniente anotar que los pacientes presentan esputo de características purulentas, debido a la presencia de detritus y restos celulares, si que realmente el paciente tenga infección asociada. Los eosinófilos en el asma extrínseca pueden encontrarse aumentados en sangre total, esputo y moco nasal.

B. RADIOGRAFIA DE TORAX:

Debe ser normal. Suele encontrarse hiperdistensión y atrapamiento aéreo durante la crisis y en ocasiones atelectasias segmentarias o lobares debida a tapones mucosos.

8. FASE TERAPEUTICA

INTERVENCION INICIAL DE TERAPIA RESPIRATORIA

TERAPIA RESPIRATORIA:

En esta fase en Terapia Respiratoria utilizamos:

- Micronebulizaciones con 4cc. Cloruro de Sodio al 0.9% utilizando medicamentos como:
- Bromuro de Ipratropio-1 gota por cada kg/peso y 20-40 gotas según el síndrome bronco/obstrutivo
- Terbutalina al 1%: se utilizan 1 gota por 6 kg/peso
- Fluimucil 1cm diluido en 4 cm cloruro de sodio
- Berodual 1 gota kg/ peso pero en crisis asmática 20-40 gotas excepto que halla glaucoma, hipertrofia prostática.
- Epinefrina de -1cm
- Dexametazona de 1cm
- Pulmicort de 0.5mg directo.

1. Incluye el drenaje de secreciones y las técnicas de reeducación respiratoria desatrapamiento de aire.

Drenaje de secreciones: Existen dos tipos de maniobras para su realización: activas como el drenaje postural combinado con técnicas de espiración forzada y tos dirigida, o el drenaje autógeno; y maniobras pasivas como las técnicas de percusión torácica o aplicación de vibradores. Lo habitual es utilizar técnicas activas de drenaje con aceleración de flujos. Se emplean en enfermedades con hipersecreción como la fibrosis quística y las bronquiectasias, mejorando la eliminación de secreciones, aunque no modifican las alteraciones funcionales a medio plazo.

2. Reeducación respiratoria: Son técnicas de ventilación dirigida, con respiración diafragmática y frenado labial, siendo práctica habitual en los programas de rehabilitación. Sus objetivos son disminuir el trabajo de respiración, aumentar la ventilación minuto y mejorar la función diafragmática. Estas técnicas se acompañan de una disminución de la sensación disneica y una mejor tolerancia al ejercicio.

Entrenamiento muscular: Es parte esencial en la rehabilitación de los pacientes ASMA Se utilizan técnicas de entrenamiento específico de los músculos inspiratorios y de los músculos esqueléticos mediante ejercicio físico.

Entrenamiento de músculos inspiratorios: En el asma existe una alteración de la función muscular secundaria al incremento del trabajo respiratorio, a la alteración en la mecánica de los músculos y a la existencia de cambios musculares intrínsecos asociados. El objetivo del programa específico es mejorar la ventilación y la tolerancia al ejercicio. Estos programas deben suponer un estímulo de suficiente intensidad, duración y frecuencia para producir una respuesta apropiada.

Existen dos tipos de entrenamiento muscular: fuerza y resistencia. El entrenamiento de fuerza puede lograrse realizando maniobras repetidas de presiones máximas o respirando contra una resistencia inspiratoria. Esta carga inspiratoria se genera con la utilización de incentivos para la



MANUAL TERAPIA FISICA Y RESPIRATORIA

GUIA: ASMA

Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-AT-T-08	Página: - 4 - de 5	Versión: 01
----------------------------------	--------------------------------	----------------------	-----------------------	----------------

boca de pequeño calibre o los dispositivos "umbral", con una carga prefijada, en los que el flujo de aire solo se genera si se aplica una fuerza suficiente para vencer dicha carga. El entrenamiento de resistencia se realiza mediante maniobras de hiperventilación o procedimientos de respiración contraresistencia. La modalidad más sencilla de desencadenar hiperventilación de forma espontánea sería mediante la realización de ejercicio corporal global.

Las indicaciones establecidas para la realización de estas técnicas serían:

1. Enfermedad moderada-severa.
2. Afectación muscular.
3. Disnea de ejercicio.
4. Hipercapnia de ejercicio.

Las contraindicaciones para el entrenamiento muscular son:

- 1.- Falla respiratorio agudo.
- 2.- Fatiga muscular.
- 3.- Falla cardiaco.
- 4.- Hipertensión pulmonar severa.
- 5.- Arritmias graves
- 6.- Enfermedad coronaria.

9. CRITERIOS DE EVALUACION

Si el paciente no logra ser controlado en Servicio de Urgencia, los criterios para hospitalizarlo son los siguientes:

- o Falta de respuesta al tratamiento anterior.
- o Crisis severa con pobre respuesta al tratamiento en las dos primeras horas en el Servicio de Urgencia.
- o Pacientes que concurren en condiciones de riesgo vital.
- o Consultas recurrentes en días previos sin resolución del cuadro y que mantienen crisis nocturnas.
- o Presencia de complicaciones pulmonares (barotrauma, neumonía) ó extrapulmonares (I. cardiaca, diabetes, etc.).
- o Requerimientos de b 2 agonista no mayor de cada 4 horas
- o Paciente definido como en crisis grave o riesgo vital.
- o Pacientes que no mejoran su PEF a más del 70% del valor teórico con el tratamiento inicial descrito.
- o Pacientes de alto riesgo: a) antecedentes de hospitalización por asma en el último año, con varias consultas anteriores
- o antecedentes de intubación o ventilación mecánica por asma severa.
- o sospecha de complicaciones: neumonía, neumotórax, barotrauma.

10.ALGORITMO

