# ABORDAJE Y SEGUIMIENTO DE PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE ASMA

## HISTORIA CLÍNICA

Se debe realizar a todo paciente una historia clinica completa en forma manual o sistematizada, (siempre deberá tener clasificación de la crisis y/o clasificación de la severidad de ASMA ) según el cuadro clinico atendido.

## EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO LA CRISIS AGUDA

**EVALUACIÓN INICIAL POR CONSULTA NO PROGRAMADA :** SIEMPRE : entre 24-48 horas .

**EVALUACIÓN POR CONSULTA EXTERNA DE LA CRISIS AGUDA :** SIEMPRE entre 7-10 dias por el Médico de Familia..

**EVALUACIÓN POR CONSULTA EXTERNA DE LA CRISIS MANEJADA EN CASA:** SIEMPRE entre 3-7 dias de la crisis por Médico de Familia.

## SEGUIMIENTO CRÓNICO SEGÚN CLASIFICACIÓN DE LA SEVERIDAD DEL ASMA

**ASMA LEVE INTERMITENTE:** Evaluación por médico de familia cada 6 meses .(Si no hay crisis)
**ASMA LEVE PERSISTENTE:** Valoración por médico de familia cada 3 meses. (Si no hay crisis)
**ASMA MODERADA PERSISTENTE :** Valoración por médico de familia cada 2 meses y/o (Internista o Pediatra según caso individual) (Si no hay crisis)
**ASMA SEVERA PERSISTENTE:** Valoración mensual Pediatra, Medicina Interna y/o Médico de Familia.

## EXAMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO

### Espirometría o Curva de Flujo Volumen

**Utilidad:** Determina la presencia de obstrucción pulmonar, mide severidad y reversabilidad.

- No se debe realiza en niños menores de 7 años.
- Se debe realizar a criterio clinico , (cuando el diagnóstico no sea claro)
- La obstrucción de vías aéreas se detecta cuando el VEF1 y su relación con CVF (VEF1/CVF) están reducidos en comparación con los otros valores de referencia.
- Se considera que hay reversabilidad (mejoria de la obstrucción bronquial) cuando se observa un incremento de 12% y 200 ml del valor de VEF1 después de inhalar un broncodilatador de acción corta.
- La severidad de la obstrucción se evalúa comparando los resultados del paciente con los valores de referencia basados en la edad, estatura y sexo del paciente.

### Monitoreo de Flujo espiratorio PICO (FEP)

- Se realiza con equipos caseros y personales conocidos como FLUJÓMETROS
- Se utiliza para medir el mayor flujo de aire que el paciente puede producir durante una espiración forzada.
- El FEP es generalmente menor al levantarse y máximo entre el medio dia y las 2 pm.
- Se considera diagnóstico de ASMA una diferencia mayor del 20% en el FEP entre las lecturas realizadas en la mañana y en la tarde.

## ESTUDIOS ADICIONALES

- **Estudios de Alergia:** Niveles de IgE-Recuento de eosinófilos, pruebas cutáneas (estos estudios no se utilizan de rutina)

### Cuadro hemático

- Orienta cuando se observa aumento de eosinófilos, pero no es diagnóstico (no se utiliza de rutina).

### Inmunoglobulina E(IgE)

- Orienta cuando se encuentra elevada, el estar normal no excluye el diagnóstico. No se justifica su utilización en todos los casos de asma

### Pruebas de función pulmonar (Volumenes pulmonares )

- **Utilidad:** Si se sospecha: EPOC, enfermedad restrictiva u obstrucción del tracto respiratorio alto

### Radiografia de tórax

- **En Pediatria:** Todo niño debe tener al menos una placa de tórax para descartar otras patologias que producen sibilancias, lo ideal es tomarla cuando no hay crisis(evalúe diagnósticos diferenciales).
- **Adultos:** Cuando se sospeche patologias asociadas como TBC, EPOC, etc.

## ACTIVIDADES EDUCATIVAS

- En todas las IPS básicas deberá existir un curso-taller (avalado por SUSALUD) , el cual deberá realizar en forma completa por los usuarios que se les realice el diagnóstico de ASMA.

## CLAVES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE ASMÁTICO

- NO se debe tomar placa de tórax al paciente el crisis , ya que se pueden presentar muchos falsos positivos
- SIEMPRE: Para administrar los inhaladores de dosis medida (IDM) se deberá utilizar inhalo-camara o "botella espaciadora" de 500-750 cc, para la administracion de los Puff.
- Para el manejo de la crisis se debera utilizar IDM (Inhaladores de dosis medida)
- SÓLAMENTE: Utilizar Nebulizadores cuando no se disponga de IDM.
- TODO: paciente ASMÁTICO deberá asistir a los talleres educativos realizados en las IPS Básicas.
- Para la crisis leve y moderada utilice esteroides via oral y para las crisis severa utilice esteroides intravenosos
- La duración de una crisis ASMÁTICA es de aproximadamente 5-7 dias (tiempo en que produce la desinflamación del tejido pulmonar) es por eso que el seguimiento y manejo de la crisis debe durar aproximadamente una semana antes de ser clasificada el ASMA para el manejo crónico.
- SIEMPRE : Revisar el paciente entre 24-48 horas por atención de consulta no programada, cuando haya tenido crisis asmática
- SIEMPRE: Revisar y clasificar la severidad del ASMA por consulta externa entre 5 y 7 dias de estar manejando la crisis.

# ABORDAJE DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE ASMÁTICO

## SOSPECHE ASMA SI:

-Se ha tenido uno o varios ataques de sibilancias
-Opresión en el pecho
-Presenta tos persistente en la noche y el amanecer
-La tos y la disnea lo despierta.
-Presenta tos o sibilancias después del ejercicio
-Los resfriados comunes lo afectan más de 10 días.
-Requiere medicamentos para mejorar o controlar síntomas

## FACTORES DESENCADENANTES MÁS COMUNES

-Infecciones Respiratorias Virales.
-Ejercicio
-Contacto con alergenos ambientales
-Cambios de temperatura y clima.
-Irritantes Ambientales (humo, polvo, químicos.)
-Factores emocionales
-Contacto con pelos o plumas de animales.

## TENGA EN CUENTA LOS SÍNTOMAS PREMONITORIOS QUE CONOCE CADA PACIENTE ASMÁTICO

CONDICIONES CLÍNICAS OBLIGATORIAS PARA EL MANEJO DE PACIENTE ASMÁTICO EN LA IPS BÁSICA O EN CENTROS DE URGENCIAS.
**NO HACER MANEJO EN CASA**

-Paciente fatigado en reposo.
-Dice palabras entrecortadas en vez de frases
-No se alimenta.
-Esta cianótico o morado.
-Pulso o frecuencia cardiaca mayor de 120 por minuto.
-Frecuencia respiratoria mayor de 30 por minuto o según la edad.
-Sibilancias audibles en el pecho.
-Respuesta inadecuada a el manejo con inhaladores en la casa.
-Cambios de comportamiento.
-Posición sentado hacia adelante.

**Eduque a su paciente en cada consulta sobre los signos de alarma que desencadenan la crisis**

## PASOS CLAVES EN ABORDAJE DE LA CRISIS

-Se debe realizar una atención oportuna y ágildel paciente. (DARLE PRIORIDAD PARA LA ATENCIÓN)
-Valorar y clasificar la gravedad de la crisis.
-Indagar factores desencadenantes (infección vira l- suspensión de medicamentos - alergenos - stress - otras)
-Conocer los tratamientos que viene recibiendo el paciente (dosis y tiempo antes de la crisis )
-INICIAR: Tratamiento de la crisis según clasificación de severidad la crisis: O2,Broncodilatadores,Esteroides,etc

## CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LA CRISIS ASMÁTICA

| PUNTAJE | MÚSCULOS ACCESORIOS | SIBILANCIAS | DISNEA |
|---|---|---|---|
| 0 | NO RETRACCIONES | NO SIBILANCIAS | NO DISNEA |
| 1 | RETRACCIONES INTERCOSTALES | SIBILANCIAS AL FINAL DE LA ESPIRACIÓN | DISNEA MÍNIMA ACTIVIDAD NORMAL |
| 2 | RETRACCIONES INTERCOSTALES Y SUPRAESTERNALES | SIBILANCIAS ESPIRATORIAS E INAPIRATORIAS | DISNEA MODERADA Y DISMINUCIÓN DE LA ACTIVIDAD |
| 3 | ALETEO NASAL | SIBILANCIAS AUDIBLES SIN ESTETOSCOPIO | DISNEA SEVERA Y SE CONCENTRA EN RESPIRAR |

-Sume cada casilla de acuerdo al puntaje asignado para la fila.
-Totalice y clasifique de acuerdo al resultado.

| PUNTAJE | LEVE | PUNTAJE: 4 - 6 | MODERADA | PUNTAJE: 7 - 9 | SEVERA |
|---|---|---|---|---|---|

## CLASIFICACIÓN DE LA CRISIS ASMÁTICA SI SE POSEEN GASES ARTERIALES O ESPIROMETRÍA DIGITAL

| PARÁMETROS | LEVE | MODERADA | SEVERA |
|---|---|---|---|
| PaCO2 | DISMINUIDA | DISMINUIDA | NORMAL O AUMENTADA |
| PEF | MÁS DE 50% | 30 - 50% | MENOS DE 30% |
| PH | ALCALOSIS RESPIRATORIA | ALCALOSIS RESPIRATORIA | ACIDOSIS RESPIRATORIA O MIXTA |
| VEF 1 | MÁS DE 50% | 30 - 50% | MENOS DE 30% |

**FACTORES QUE AUMENTAN EL RIESGO DE LA CRISIS**

-Asma de alto riesgo con periodos intercríticos sintomáticos (Perenne)
-Severidad grande desde el punto de vista funcional.
-Antecedente de crisis anteriores que requirieron **manejo** de en UCI
-No mejoria o empeoramiento **a pesar** del tratamiento inicial adecuado.
-Asma desencadenada por infección severa.
-**Complicaciones** en crisis previas (Neumotórax , Neumomediastino. etc.)
-Uso actual de esteroides sistémicos.
-Hospitalizaciones o consulta por ASMA en el último mes.
-Dos o más hospitalizaciones por ASMA en el último año.

**TENGA EN CUENTA ESTOS FACTORES PARA EL MANEJO DE LA CRISIS**