

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"ASMA BRONQUIAL DIAGNOSTICO Y
TRATAMIENTO HOSPITAL NACIONAL
DE ESCUINTLA"

DAVID ALFONSO TORUÑO CHAVARRIA

INDICE

- I.- INTRODUCCION
- II.- OBJETIVOS
- III.- MATERIAL Y METODO
- IV.- ANTECEDENTES
- V.- CONSIDERACIONES GENERALES
- VI.- PRESENTACION DE DATOS Y RESULTADOS
- VII.- PRESENTACION DE GRAFICAS
- VIII.- ANALISIS DE RESULTADOS
- IX.- CONCLUSIONES
- X.- RECOMENDACIONES
- XI.- BIBLIOGRAFIA

I.- INTRODUCCION

La palabra asma es de origen griego y significa: jadeante, sin aliento".

Su definición a pesar de ser una enfermedad conocida desde siglos atras, es aún ahora difícil de darla adecuada y exacta. La etiología es multiple, encontrándose factores alérgicos, infecciosos, de clima, poluciones del aire, ocupacionales, genéticos psicológicos y nerviosos como contribuyentes.

El diagnóstico etiológico dado la multicausalidad es con mucha frecuencia difícil de determinar, por lo que el médico generalmente se limita a tratar los síntomas.

Como se ve es una entidad que requiere para su tratamiento adecuado, conocer la causa que la ocasiona y esto en casos como los genéticos, alérgicos, psicológicos y nerviosos, se necesitan recursos profesionales y de laboratorios específicos que no siempre se dispone en los hospitales de nuestro país.

Es el propósito de este trabajo de tesis titulado "ASMA BRONQUIAL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO, HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA", encontrar los métodos diagnósticos y terapéutica empleado en un hospital departamental, respecto al paciente asmático.

Previamente se efectuó amplia revisión bibliográfica y de tesis, encontrando que hasta la fecha no se había hecho ningún estudio en dicho centro, relacionado con el tema expuesto, por lo que me he sentido motivado para realizar el presente trabajo.

II. OBJETIVOS

- 2.1.- Incrementar la investigación científica en el hospital Nacional de Escuintla.
- 2.2.- Efectuar un análisis crítico de las características del diagnóstico y tratamiento hospitalario de pacientes asmáticos.
- 2.3.- Actualizar conocimientos bibliográficos respecto a Asma Bronquial.
- 2.4.- Analizar la evolución clínica de los pacientes asmáticos con tratamiento médico.
- 2.5.- Determinar diferencias e igualdades entre datos obtenidos en otros hospitales respecto a pacientes asmáticos y los obtenidos en el Hospital Nacional de Escuintla.

IV. MATERIAL Y METODO

4.1 MATERIAL:

- 4.1.1 Se tomó como muestra 62 fichas clínicas de pacientes adultos (13 años en adelante) durante el período de enero de 1, 976 a diciembre de 1, 979.
- 4.1.1 Estas fichas fueron obtenidas del archivo de registro del Hospital Nacional de Escuintla.

4.2. RECURSOS:

4.2.1 HUMANOS

- a) Asesor del trabajo de investigación
- b) Revisor del trabajo de investigación
- c) Autor del trabajo de investigación
- d) Consultas a jefes de sala de medicina, Hospital Nacional de Escuintla.

4.2.2 FISICOS

- a) Archivo del Hospital Nacional de Escuintla
- b) Fichas clínicas de pacientes investigados.

3.3. METODO

El método es deductivo basado en un estudio Retrospectivo del análisis de 62 fichas clínicas. Estas muestras se obtuvieron del universo de papéletas que existen en el archivo del Hospital, desde enero de 1976 a diciembre de 1979.

Tomándose como indicador para ser incluída, t

da historia con diagnóstico de egreso de Asma - Bronquial en pacientes de 13 años en adelante. Posteriormente se recopilaron datos y se ordenaron de acuerdo a hoja modelo la cual contiene los siguientes parametros: Edad más frecuente de los pacientes adultos (13 años en adelante) sexo en que predomina el asma bronquial, ocupación de los pacientes asmáticos, motivo de consulta, antecedentes personales alérgicos, antecedentes familiares asmáticos, tipo de consulta, si es primera o reconsulta, exámenes de laboratorio realizados a los pacientes hospitalizados, tratamiento hospitalario, complicaciones y enfermedades asociadas, estos datos se tabularon, analizaron y se sacaron posteriormente conclusiones y recomendaciones.

III ANTECEDENTES

- 3.1.- La tesis "Observaciones Generales sobre los casos de Asma Bronquial en el Hospital General San Juan de Dios", nos da a conocer en su análisis de resultados que del grupo en estudio no se encontró diferencia significativa en cuanto a la distribución por sexo; el motivo de consulta correspondió en su mayoría a disnea de evolución variable y tos; el tratamiento intra-hospitalario-utilizado con mayor frecuencia fue aminofilina y soluciones, se utilizaron esteroides con un 24% del total de pacientes lo que indica que un buen número fue refractorio al tratamiento con drogas de primera línea; el 31% utilizaron antibióticos - y de 90 pacientes estudiados el 100% egresaron mejorados, el tiempo de hospitalización en un 64% fue de 0 - 4 días.
- 3.2.- En el "estudio del tratamiento del paciente con Asma Bronquial en el Hospital Nacional de Jalapa" durante el año de 1979, en sus conclusiones afirma: que el Asma Bronquial predomina en el sexo femenino, la terapéutica en un 75% fue aminofilina más infusiones iv: en un 53% se usó antibióticos, el uso de esteroides fue bajo y el diagnóstico de "Asma Bronquial en el Hospital Nacional de Jalapa es un 100% clínico.
- 3.3.- "Estudio Epidemiológico del Asma Bronquial en el Hospital Roosevelt (1969-1973). En sus conclusiones nos dice que no existe una mayor prevalencia sobre algún sexo a nivel de toda la república, pero en el Hospital Roosevelt la balanza se inclina hacia el sexo femenino con un 57.76%, contra un 42.23%; entre los pacientes que tenían ocupación la más frecuente fue oficios domésticos con un 16.68%.

Los antibióticos más utilizados, en su orden fueron: Penicilina, tetraciclina, Eritromicina; entre las causas de fallecimiento la mayor incidencia correspondió al Cor pulmonar en segundo lugar Bronconeumonía.

III ANTECEDENTES

- 3.1.- La tesis "Observaciones Generales sobre los casos de Asma Bronquial en el Hospital General San Juan de Dios", nos da a conocer en su análisis de resultados que del grupo en estudio no se encontró diferencia significativa en cuanto a la distribución por sexo; el motivo de consulta correspondió en su mayoría a disnea de evolución variable y tos; el tratamiento intra-hospitalario-utilizado con mayor frecuencia fue aminofilina y soluciones, se utilizaron esteroides con un 24% del total de pacientes lo que indica que un buen número fue refractorio al tratamiento con drogas de primera línea; el 31% utilizaron antibióticos - y de 90 pacientes estudiados el 100% egresaron mejorados, el tiempo de hospitalización en un 64% fue de 0 - 4 días.
- 3.2.- En el "estudio del tratamiento del paciente con Asma Bronquial en el Hospital Nacional de Jalapa" durante el año de 1979, en sus conclusiones afirma: que el Asma Bronquial predomina en el sexo femenino, la terapéutica en un 75% fue aminofilina más infusiones iv: en un 53% se usó antibióticos, el uso de esteroides fue bajo y el diagnóstico de "Asma Bronquial en el Hospital Nacional de Jalapa es un 100% clínico.
- 3.3.- "Estudio Epidemiológico del Asma Bronquial en el Hospital Roosevelt (1969-1973). En sus conclusiones nos dice que no existe una mayor prevalencia sobre algún sexo a nivel de toda la república, pero en el Hospital Roosevelt la balanza se inclina hacia el sexo femenino con un 57.76%, contra un 42.23%; entre los pacientes que tenían ocupación la más frecuente fué oficios domésticos con un 16.68%.

Los antibióticos más utilizados, en su orden fueron: Penicilina, tetraciclina, Eritromicina; entre las causas de fallecimiento la mayor incidencia correspondió al Cor pulmonar en segundo lugar Bronconeumonía.

5.3.- CLASIFICACION CLINICA DEL ASMA.

- 5.3.1 Pacientes cuyo estrechamiento de vías aéreas es ocasionado por reacciones de antígeno - antígeno, siendo el antígeno usualmente inhalado (asma extrínseca). Esta categoría puede subdividirse en asma extrínseca atópica y no atópica, de acuerdo a que la reacción sea mediada por IgE o no.
- 5.3.2 Pacientes en quienes no se encuentran los factores causales externos ni pueden detectarse reacciones inmunológicas (Asma intrínseca).
- 5.3.3 Si la broncostricción luego del ejercicio es una característica importante de cualquier caso de asma, puede usarse el término asma inducida por el ejercicio" sin embargo, este grupo incluye a algunos (probablemente la mayoría) - que pueden pertenecer al grupo de asma extrínseca atópica y algunos que tienen las características del grupo intrínseco.
- 5.3.4 Dos grupos de pacientes que pueden ser muy difíciles de clasificar: pacientes con bronquitis crónica de larga evolución, con o sin enfisema, en quienes se admite que las infecciones causan exacerbaciones mucopurulentas, - obstrucción de vías aéreas, observándose una respuesta variable a otros factores ambientales o drogas broncodilatadoras. El otro grupo está constituido por pacientes con hipersecreción bronquial y obstrucción de vías aéreas - quienes muestran escasa respuesta a broncodilatadores, a pesar de que muestran algunas de las características de los pacientes asmáticos.

5.4. CUADRO CLINICO

La crisis de asma es de poca intensidad y de corta duración (menos de una hora). Si dura más de una hora y menos de un día se habla de ataques de asma, y estado asmático, cuando el acceso dura más de 24 horas y se muestra rebelde a los tratamientos habituales.

La crisis de asma ocurre las mas de las veces por la noche después de síntomas de apresión torácica, tos seca o crisis estornudatorias (asma nasal), rápidamente se instala la dificultad respiratoria que obliga al enfermo a sentarse en el lecho o a abandonar la cama, la inspiración es vigorosa y rápida, la espiración se vuelve ruidosa y prolongada, forzada, jadeante, ortopneica con cianosis y ansiedad. Este cuadro dura minutos u horas y durante la crisis la tos es difícil, seca, sin expectoración.

Durante la crisis, la exploración descubre una bradipnea espiratoria, insuflación pulmonar (torax rígido, en insuflación permanente, con sonoridad percutoria y sustitución del murmullo vesicular por sibilancia.

Hay pacientes cuyas crisis asmáticas alternan con períodos de coriza espasmódica (rinorrea - mas estornudos) y fases de bronquitis seca con tos espasmódica. En algunas ocasiones fuera del ataque, la normalidad física exploratoria del torax es total.

5.5. DATOS DE LABORATORIO

No se cuenta con prueba específica de laboratorio capaces de definir la etiología alérgica, pero la elevación de las eosinofilas en el esputo y en

la sangre, sin embargo algunas veces, sugiera que la causa del asma es alérgica.

Las mediciones de la función pulmonar demostrarán aumento en la resistencia de las vías respiratorias e hiperinflación que son casi totalmente reversibles entre ataques. Las mediciones frecuentes de las PO_2 y PCO_2 arteriales pueden ser de importancia crucial en la valoración del estado asmático y de la respuesta del tratamiento. En el esputo critales de Chacot-Leyden y espirales de Curshmann.

La identificación de los alérgenos implicados - en el asma puede ser complementado con test cutaneos.

5.6. RADIOLOGICA DEL ACCESO:

Los campos pulmonares denotan una claridad aumentada por la insuflación alveolar o enfisema, con horizontalización de las costillas.

Las cúpulas diafragmáticas están aplanadas y descendidas y su excursión respiratoria disminuido. En la proyección lateral mayor claridad retroesternal precárdica y retrocardiaca, que se mantiene en su espiración profunda, e indican insuflación pulmonar, en el corazón puede observarse signos del síndrome radiológico de la hipertensión arterial pulmonar: prominencia y dilatación del arco pulmonar, hilos ingurgitados, y aurícula derecha abombada.

5.7. BRONCOSCOPIA

Edema de la mucosa traqueal y bronquial, con engrosamiento y disminución de la luz. Pueden hallarse tápones mucosos y fibrinosos so-

bre todo en estado asmático.

Durante la espiración un prolapso de la mucosa bronquial parietal posterior, da el aspecto de una semiluna con la concavidad dirigida hacia atrás.

5.8. TRATAMIENTO

CUATRO ASPECTOS PRINCIPALES:

FARMACOTERAPIA.

5.8.1. AEROSOL BETA ADRENERGICOS

El empleo cauto de los aerosoles beta-adrenérgicos es útil en el asmático que sufre pocos ataques de su mal. El abuso de estos productos puede originar graves efectos en aparatos cardiovascular y respiratorios. Los nuevos compuestos de más larga acción como el sulfato de metraproterenol, por lo regular imponen menos toxicidad al corazón. Los antiguos preparados que aún son muy eficaces y que se consiguen sin problemas para aliviar síntomas, incluyen el clorhidrato y el sulfato de isoproterenol por separado. Igual que con todos los productos ingeribles con los nuevos aerosoles beta adrenérgicos se buscan efectos mas selectivos en los receptores Beta_2 (relación bronquial) que en los Beta_1 (cardiacos).

Cuando el individuo ha llegado al punto que necesitan aplicarse el aerosol más de cuatro a seis veces al día, se comenzará la administración de fármacos individuales o de combinación fija.

5.8.2. COMBINACIONES FIJAS

Es posible identificar ventajas y desventajas de la eficacia de este tipo de medicamentos a dilucidar si se logra un efecto sinérgico con la combinación de Teofilina y efedrina, por lo regular en proporción de 5: 1, junto con un barbitúrico u otro sedante. La desventaja de estas combinaciones que ambos broncodilatadores imponen sus efectos cuando el paciente necesita una dosis mayor y el resultado final puede ser la aparición de efectos secundarios molestos.

La dosis relativa de teofilina anhidra varia en todos estos compuestos, pues muchas de estas sales contienen menos de la mitad o un tercio de teofilina activa. La aparición de efectos secundarios y la necesidad de mayor broncodilatación y flexibilidad puede obligar al uso de productos únicos los cuales puede ajustarse la dosis para lograr la máxima eficacia terapéutica con un mínimo de síntomas secundarios.

5.8.3. BRONCODILATADORES SOLOS.

XANTINAS.

Para el individuo que necesita tratamiento continuo, las metilixantinas son la base de la acción broncodilatadora. La teofilina y su análogo, etilidiaminico, la aminofilina, son los broncodilatadores más usados. Son eficaces en el sistema de nucleótido ciclico, al inhibir la enzima fosfodiesterasa que degrada el monofosfato ciclico de adenosina (AMP) a un compuesto más ineficaz. La eficacia de cualquiera de estos preparados depende de su capacidad de lograr una concentración útil en la co-

riente sanguínea (10-20 microgramo). Es necesario que los niveles hemáticos permanezcan en estos límites para obtener una respuesta terapéutica satisfactoria. Por lo general la dosis de 4-6 mg. por Kg. de peso corporal cada 6.h, produce los niveles señalados, así como broncodilatación eficaz. Sin embargo la rapidez de absorción y captación y excreción metabólica, varía de un individuo a otro incluso en el mismo paciente y por esta razón hay que individualizar las dosis y medir los niveles de teofilina en suero. El individuo con hepatopatía y nefropatía crónica debe ser tratado con mayor cuidado, porque la teofilina se metaboliza en el hígado y se excreta por el riñón. La depuración lenta por la falla de cualquiera de estos mecanismos de excreción hará que se acumule el fármaco y aparezcan efectos secundarios tóxicos.

5.8.4. AGENTES BETA ADRENERGICOS.

Los broncodilatadores beta-adrenérgicos selectivos incluyen el metaproterenol y la terbutalina, agentes que aumentan los niveles de AMP. cíclico por la estimulación de la enzima adenilciclase. El isoproterenol y la efedrina son el prototipo de estos productos y los mas antiguos, pero por lo regular tienen acción B₂ (relajación bronquial) que los compuestos nuevos. La aparición de insomnio, pañpitación, temblor, ansiedad y otros efectos secundarios limitan su utilidad y la posibilidad de aumentar la dosis de un paciente dado. La efedrina, el metaproterenol y la terbutalina suelen mezclarse en una sola tableta y también están en forma inyectables o en jarabes, para permitir, flexibilidad de uso en el sujeto asmático.

A menudo una combinación de medicamentos a-

drenérgicos y productos de xantinas alivian al paciente, lo cual no se logra con el uso de cada uno de ellos. Otra forma de administrar estos dos tipos de broncodilatadores, el método alterno, esto es, dar las xantinas en el comienzo de la mañana, a media tarde y a la hora de cenar, con lo cual se logra que la medicación sea constante y se evita la inquietud que suele acompañar al empleo de fármacos adrenérgicos por la noche.

5.8.5 CROMOLIN SODICO.

Esta sustancia disponible en Europa desde 1968, no tiene propiedades broncodilatadoras, antibistamínicas, ni antiinflamatoria y su mecanismo de acción en la fisiopatogenia del asma es singular. Puede emplearse en forma separada o junto con corticosteroides o broncodilatadores; con los cuales tiene acción sinérgica. Conviene probar este producto en individuos con asma refractoria, en quienes reciben dosis altas de esteroides o en los que tienen síntomas estacionales. El fármaco ha resultado ser de gran utilidad en individuos jóvenes y en los que tienen asma extrínica o inducida por el ejercicio; es menos eficaz en personas con asma intrínica o bronquitis asmática. Actúa al inhibir la degranulación de las células cebadas y la liberación ulterior de mediadores químicos que originan el broncoespasmo. Para que sea eficaz es necesario administrarlo antes de la reestimulación antigénica o antes que comiencen las sibilancias y no en el ataque asmático agudo.

El cromolin es un polvo con poca absorción y por esta razón, hay que administrar 20 mg. - cuatro veces al día por un inhalador especial.

Los pulmones deben estar limpios de ruidos patológicos y con antelación hay que administrar algún broncodilatador del tipo adrenérgico en aerosol. La meta por lo regular incluyen mejorar los síntomas o disminuir progresivamente o interrumpir la administración de esteroides en el asmático que depende estos productos. Los efectos secundarios incluyen tos y a veces broncospasmo, erupción cutánea y neumonía eosinofila.

5.8.6 ESTEROIDES.

Antes de emplear estos compuestos conviene intentar por todos los medios dominar el asma, a base de Broncodilatadores día y noche. Los riesgos que conlleva el uso de los corticosteroides guardan relación parcial con sus dosis, y en parte con la duración del tratamiento. Los efectos secundarios son muchísimos y por lo regular no aparecen cuando se necesitan administrarlos en un lapso breve, en el que se disminuya progresivamente la dosis. Es mucho mejor a la larga administrar el corticosteroides en programas semanales en asmáticos con un padecimiento difícil de controlar y para evitar el estado asmático (Status asthmaticus). Los corticosteroides al parecer potencia la activación de la adenilciclasa y aminoran la inflamación que acompaña a la hipersensibilidad. Son los complementos más seguros por considerar en el tratamiento del asma intensa no controlados por otros medicamentos. Se prefieren los preparados de acción corta en una vida media biológica de 12-36 horas; para así lograr un plan de tratamiento no se produzca supresión corticosuprarrenal. Los corticosteroides de acción corta que pueden emplearse en programas "terciados" son prednisona, metilprednisolona y triancinolona.

Si un individuo necesita más de siete a 14 días de tratamiento se prefiere el programa "terciado". Los efectos secundarios, incluidos la inyección y la supresión corticosuprarrenal, serán mínimos o no aparecerán, pero pueden necesitarse una dosis total mucho mayor de corticosteroides para controlar el padecimiento.

Una vez que han cedido los síntomas con altas dosis, hay que probar un programa Terapéutico adecuado en días alternos, y dar el doble de la dosis cada tercer día. En caso de que surja supresión corticosuprarrenal, medida por los niveles matinales de cortisol o la estimulación con corticotropina, es difícil cambiar a un individuo a un plan "terciado", para lograrlo puede ser necesario que transcurra un año. Los efectos secundarios más comunes de los corticosteroides son acné, fragilidad capilar, edema, flatulencia, hipertensión, pérdida de potasio, retención de sodio y aumento de peso.

Otros efectos nocivos suelen depender de la administración a largo plazo, e incluyen cataratas subcapsulares, osteoporosis y consumación muscular. El único corticosteroide tópico en aerosol que se dispone actualmente, es el dipropimato de beclonutasona; introducido en el mercado en el año de 1976, ha revolucionado el tratamiento del asma y permitido a un sinnúmero de asmáticos "esteroide dependientes", quedan libre de síntomas siguiendo planes "terciados", esto es, recibir el producto cada tercer día o no recibir en absoluto esteroides ingeribles. A semejanza del Cromolin Sódico, es eficaz cuando el individuo está relativamente libre del asma y es más eficaz si antes de usarlo se utiliza un producto adrenérgico.

gico en aerosol. Pueden aparecer los signos y síntomas que habían sido controlados, como los de accema, fiebre del heno, y polipos nasales, al disminuir poco a poco las dosis adrenosupresoras de corticosteroides. Hay que tener cuidado en estos individuos, porque la interrupción de masiada rápida de los corticosteroides ingeribles puede resultar en crisis addisoniana y tal vez la muerte. Por lo regular el paciente que comienza a recibir depropinato de beclometasona recibe cuatro "aplicaciones" o pulverizaciones nasales" (100 mg.) cuatro veces al día, y continúan con todos sus medicamentos previos.

Si en término de dos o cuatro semanas, se advierte mejoría clínica, puede comenzar el médico a disminuir lentamente la dosis de corticosteroides de (1 a 2.5 mg.) junto con la disminución de otros medicamentos. Si los síntomas no se alivian, puede aumentar la dosis a cuatro "aplicaciones" (cuatro veces al día) y después reducirla unas dos semanas después de la mejoría clínica. Si los individuos necesitan 1600 mg. al día aparecen supresión suprarrenal, y en lo que respecta al estado suprarrenal posiblemente no estén mejor sin tal dosis, que cuando reciben dosis adrenosupresoras del producto ingerible.

En algunas personas aparece candidiasis en la cavidad bucal, en especial los que ingieren corticosteroides, puede llevarse al mínimo esta complicación si se enjuaga la boca después de cada tratamiento, con algún tipo de líquido. Si lo anterior no basta y surge moniliasis, enjuagar la boca con una pequeña cantidad de nistatina dos o tres veces al día, hará que desaparezca la infección sobreañadida. Los intentos previos de usar esteroides en aerosol habían originado supresión suprarrenal y signos de hiperadrenalismo, -

pero las observaciones con el dipropinato de beclonutasona en las dosis comentadas, hasta la fecha no han podido confirmar esta complicación.

EDAD
CUADRO No. 1

GRUPO ETAREO	No. de Casos	%
13 - 16	5	8.064
17 - 20	6	9.666
21 - 24	5	8.064
25 - 28	9	14.516
29 - 32	5	8.064
33 - 36	5	8.064
37 - 40	6	9.666
40 y más	21	33.870
TOTAL:	62	100.00

SEXO
CUADRO No. 2

Sexo	No. de Casos	%
Masculino	40	64.516
Femenino	22	35.490
TOTAL:	62	100.00

OCUPACION

CUADRO No. 3

Ocupación	No. de Casos	%
Oficios domésticos	30	48.387
Sin ocupación	12	19.032
Agricultor	6	9.677
Albañil	4	6.456
Estudiante	3	4.838
Pescador	2	3.225
Jornalero	2	3.225
Comerciante	1	1.580
Mecánico	1	1.580
Molinero	1	1.580
TOTAL:	62	100.00

MOTIVO DE CONSULTA

CUADRO No. 4

Motivo de Consulta	No. de Casos	%
Dificultad respiratoria	49	79.032
Tos	6	9.677
Fatiga	4	6.451
Dolor toraxico	3	4.838
TOTAL:	62	100.00

DATOS DE LABORATORIO

CUADRO No. 5

EXAMEN	No. de Casos	%
Hematología	43	69
Orina	32	51
Heces	24	38
R.X. de Torax	5	8
Baciloscopía de Esputo	2	3

MEDICAMENTOS USADOS EN SALA

CUADRO No. 6

Medicamento	No. de Casos	%
Aminofilina	58	93
Antibióticos	40	64
Benzodiacepina	21	33
Yoduro de potasio	53	86
Meprobomato	19	30
Esteroides	11	17
Adrenalina	11	17
Bicarbonato de Sodio	4	6
Oxígeno	2	3

COMPLICACIONES Y ENFERMEDADES ASOCIADAS

CUADRO No. 7

Entidad Nosológica	No. de Casos	%
Status asmaticus	12	19
Bronconeumonía	12	19
TB. pulmonar	2	3.2
Insuficiencia Cardíaca	2	3.2
Enfermedad peptica	2	3.2
Amigdalitis	2	3.2

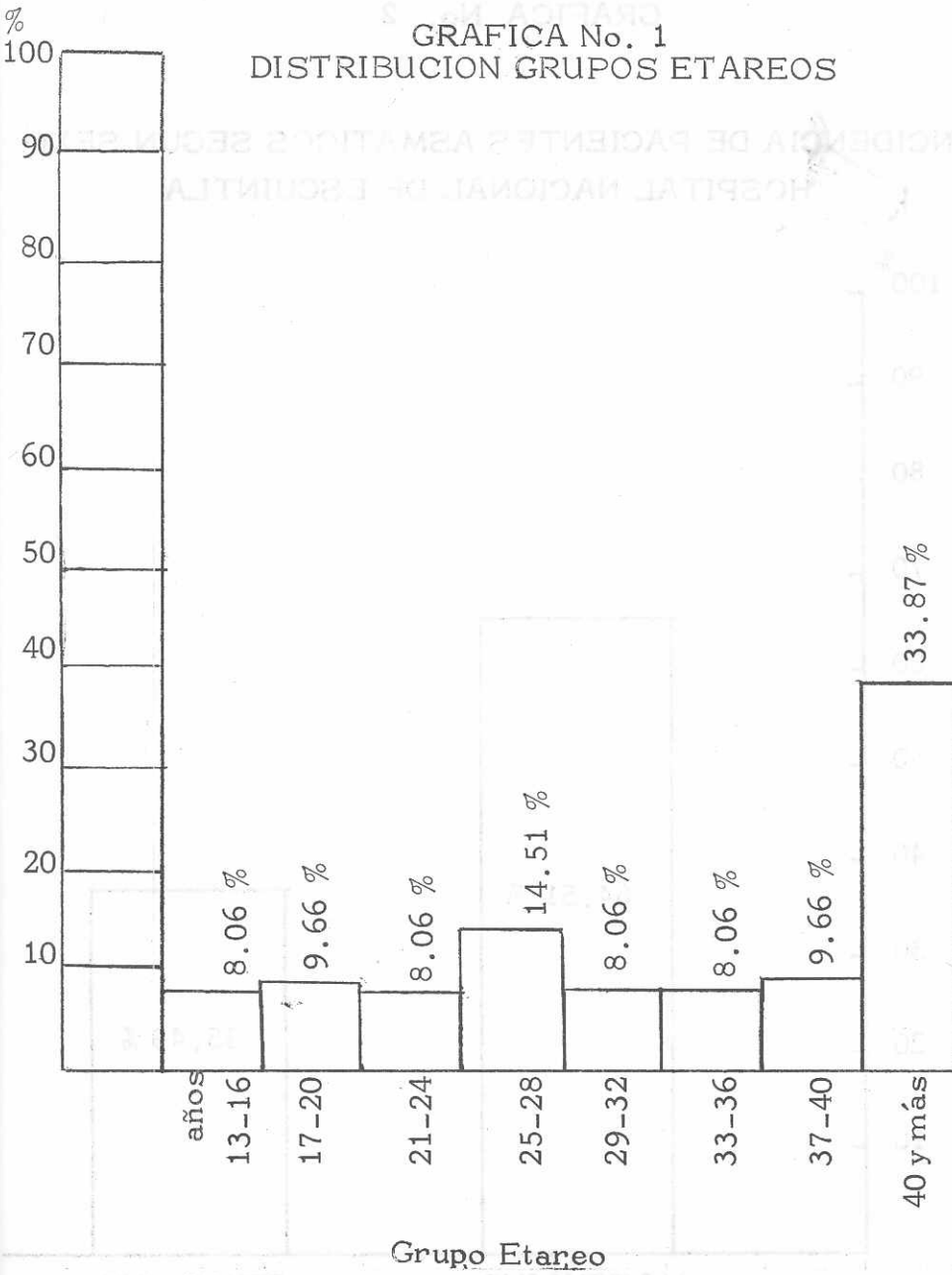
VII.- PRESENTACION DE GRAFICAS

TIEMPO DE HOSPITALIZACION

CUADRO No. 8

Tiempo en días	No. de Casos	%
0 - 4	25	40
5 - 9	26	41
10 - 14	8	11
14 y más	3	4.8

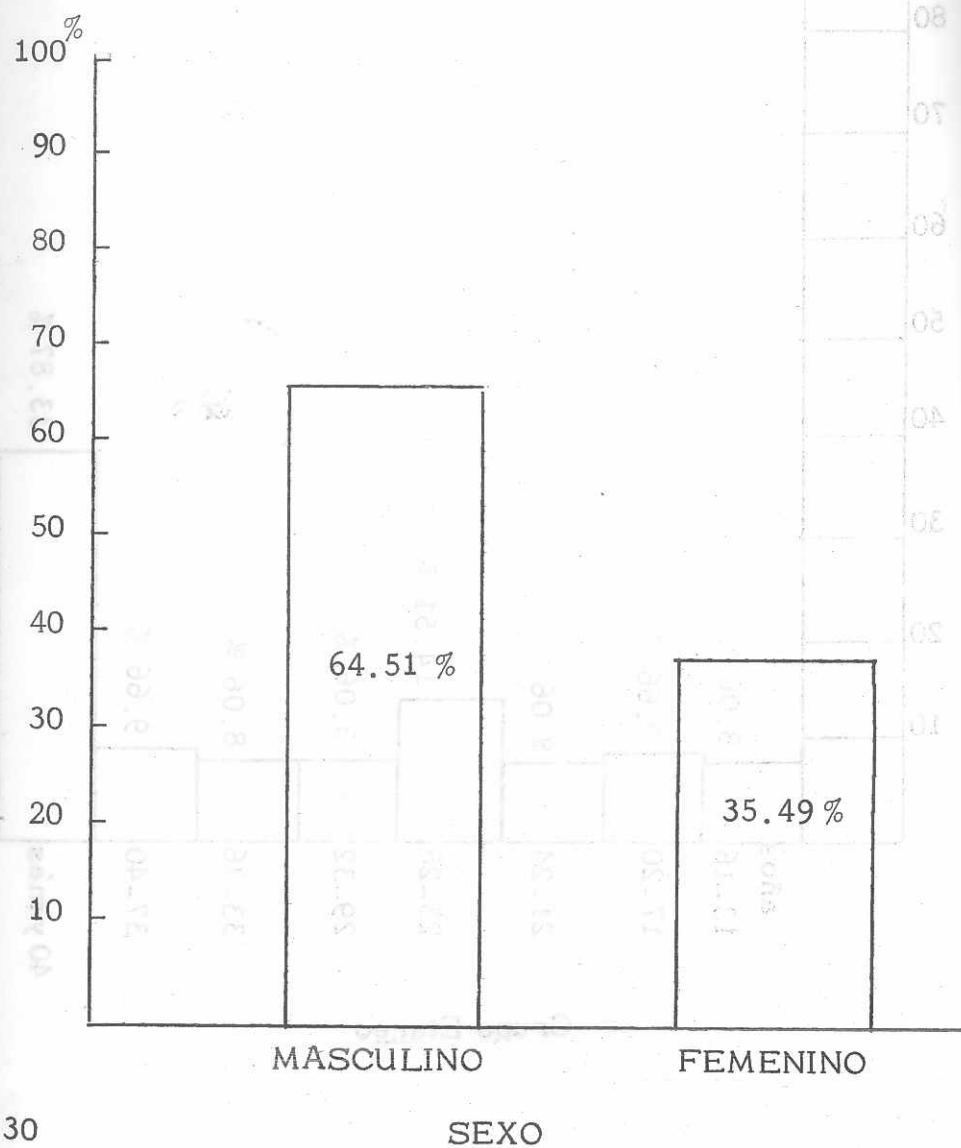
GRAFICA No. 1
DISTRIBUCION GRUPOS ETAREOS



Grupo Etareo

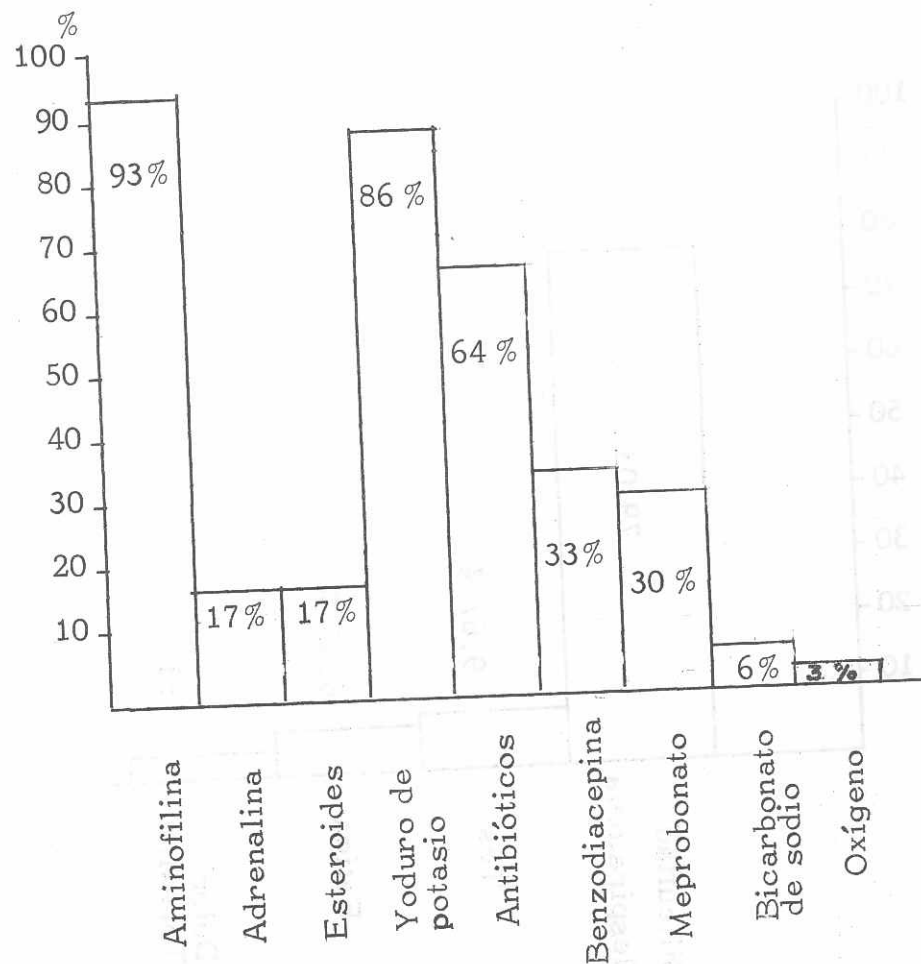
GRAFICA No. 2

INCIDENCIA DE PACIENTES ASMATICOS SEGUN SEXO
HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA



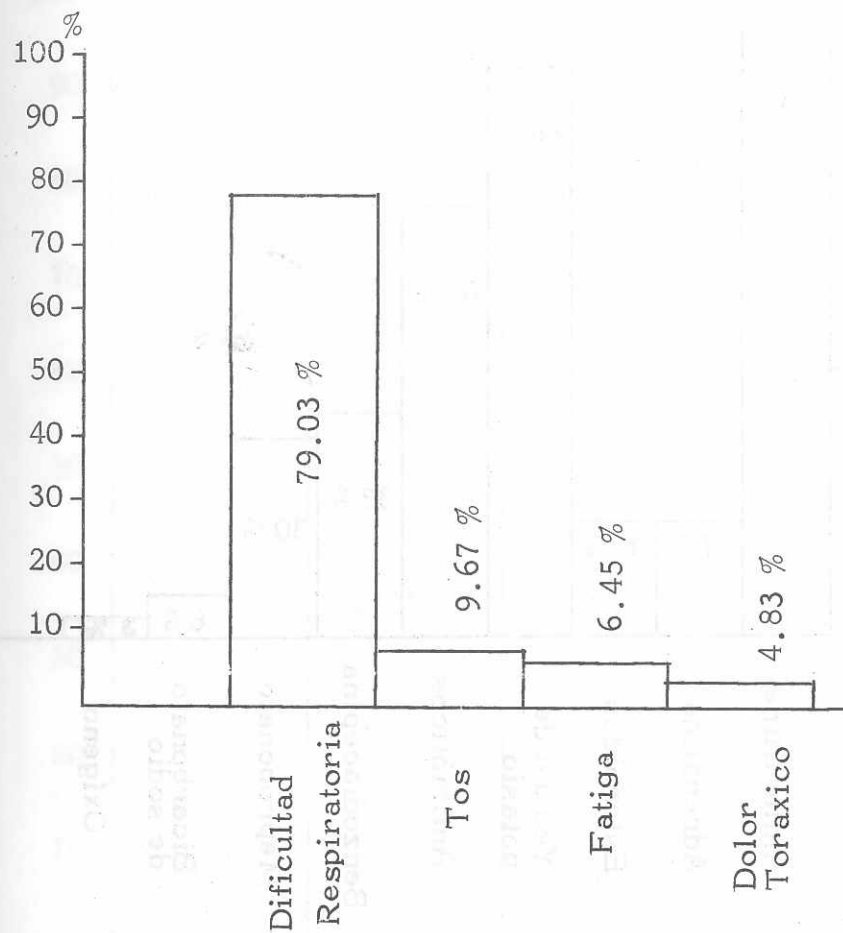
GRAFICA No. 3

PRINCIPALES MEDICAMENTOS USADOS EN SALA



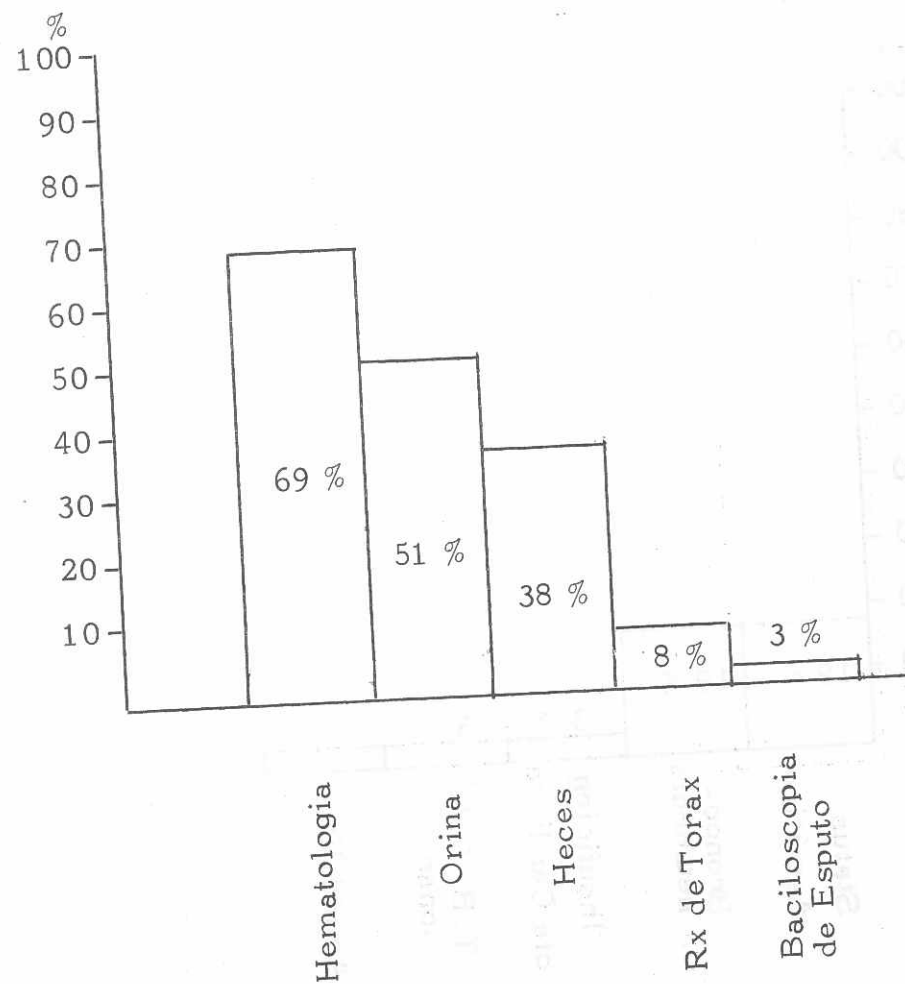
GRAFICA No. 4

MOTIVO DE CONSULTA



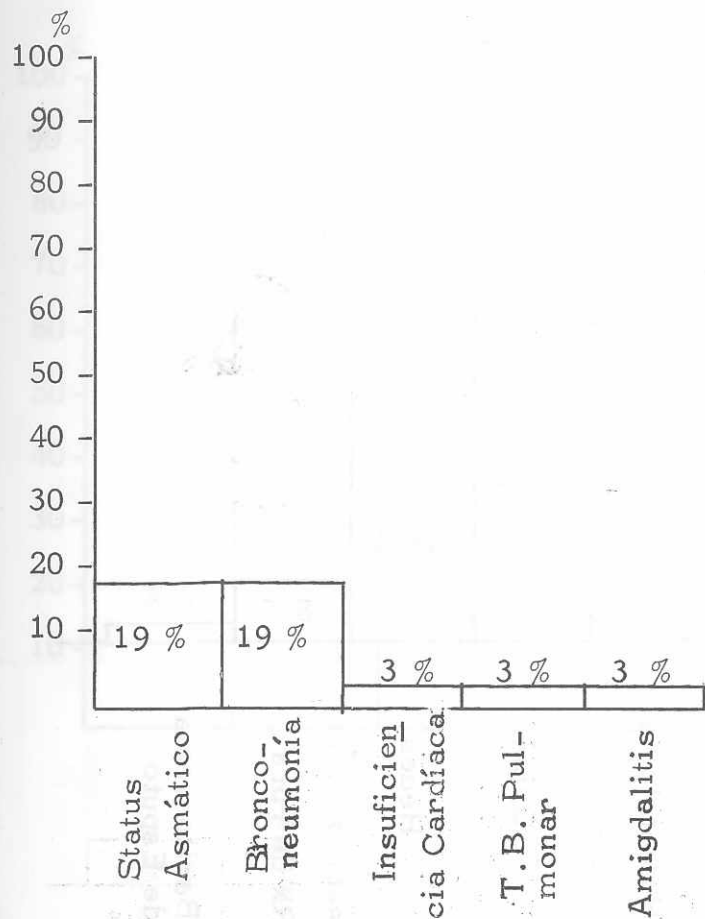
GRAFICA No. 5

DATOS DE LABORATORIO



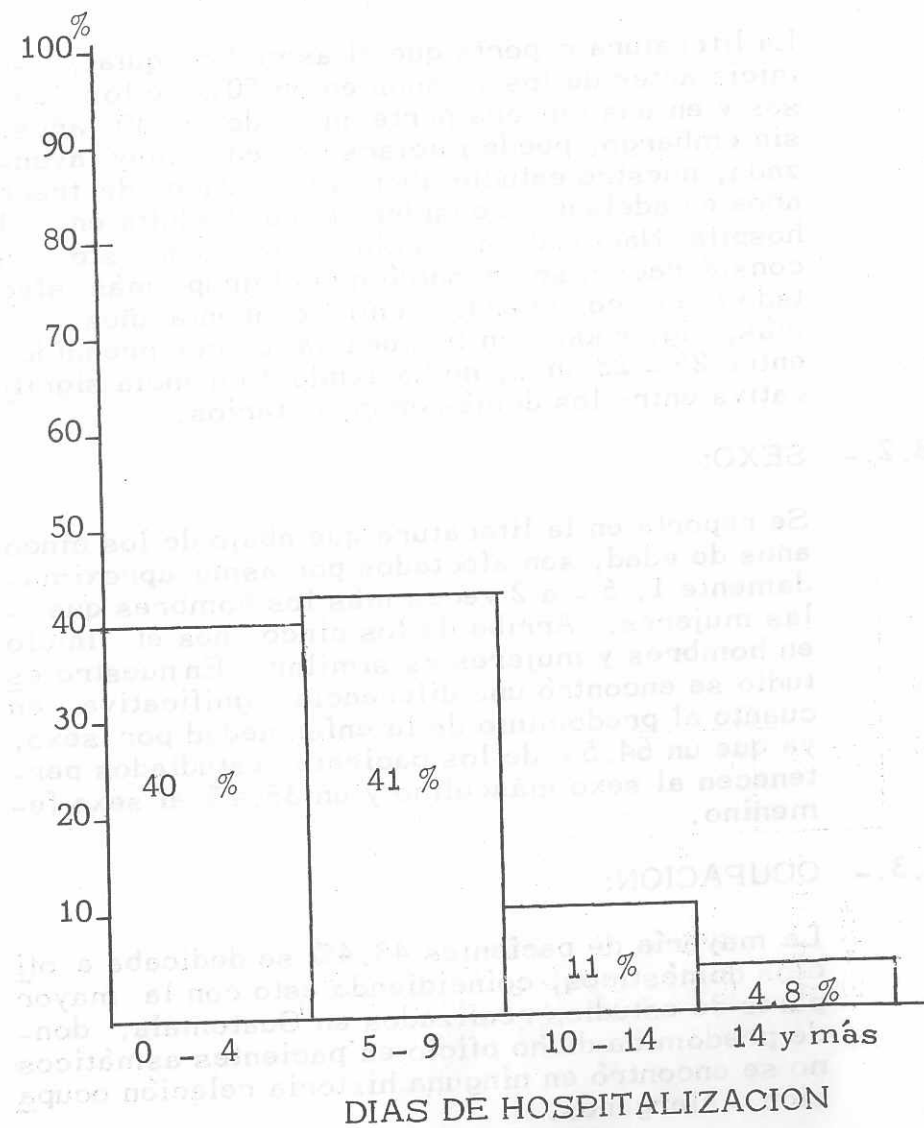
GRAFICA No. 6

COMPLICACIONES Y ENFERMEDADES ASOCIADAS



GRAFICA No. 7

TIEMPO DE HOSPITALIZACION



VIII.- ANALISIS DE RESULTADOS

8.1.- EDAD:

La literatura reporta que el asma bronquial, se inicia antes de los 10 años en un 50% de los casos y en una tercera parte antes de los 30 años, sin embargo, puede iniciarse en edad muy avanzada, nuestro estudio abarca las edades de trece años en adelante, considerada edad adulta en el hospital Nacional de Escuintla, tomando esto en consideración se encontró que el grupo más afectado fue el comprendido entre cuarenta años y más, siguiéndole en frecuencia los comprendidos entre 25 - 28 años, no habiendo diferencia significativa entre los demás grupos etarios.

8.2.- SEXO:

Se reporta en la literatura que abajo de los cinco años de edad, son afectados por asma aproximadamente 1, 5 - a 2 veces más los hombres que las mujeres. Arriba de los cinco años el inicio en hombres y mujeres es similar. En nuestro estudio se encontró una diferencia significativa en cuanto al predominio de la enfermedad por sexo, ya que un 64.5% de los pacientes estudiados pertenecen al sexo masculino y un 35.4% al sexo femenino.

8.3.- OCUPACION:

La mayoría de pacientes 48.4% se dedicaba a oficios domésticos, coincidiendo esto con la mayor parte de estudios realizados en Guatemala, donde predomina dicho oficio en pacientes asmáticos no se encontró en ninguna historia relación ocupación - alérgenos.

8.4.- MOTIVO DE CONSULTA:

El motivo de consulta más frecuente, fué dificultad respiratoria con 79% lo cual coincide con lo reportado en la Literatura; siguiendo tos con 9.6% fatiga con 4% y dolor torácico con 4%.

8.5.- DATOS DE LABORATORIO:

Los exámenes realizados a los pacientes que ingresan con asma bronquial al Hospital Nacional de Escuintla son los de rutina: hematología con un 69%, fué el que más se efectuó, siguiéndole orina con un 51%, heces con 38% y Rx de tórax con sólo 8% con lo cual se deduce que el paciente asmático no se estudia en su debida forma, siendo el diagnóstico 100% clínico. Hay que hacer incapié que esto se debe a que se carece de los recursos necesarios para llevar a cabo procedimientos sofisticados.

8.6.- MEDICAMENTOS USADOS EN SALA:

La aminofilina iv con soluciones, fue el fármaco más utilizado lo que está de acuerdo con lo recomendado por la mayoría de autores.

Llama la atención que se usaron antibióticos en un 64% lo cual nos indicaría un porcentaje alto de pacientes que presentaron cuadros infecciosos sobre agregados.

El uso de benzodiacepina también es alto 33%. - Un buen número de pacientes, fue refractario a las drogas de primera línea, ya que se usaron esteroides en un 22%. Se usó yoduro de potasio como mucolítico espectorante en un 53%.

El uso de oxígeno es bajo, ya que sólo 2 de los

62 pacientes estudiados se les administró, contrastando con hospitales de la capital en los cuales su uso fue de 33%.

8.7.- COMPLICACIONES Y ENFERMEDADES ASOCIADAS:

Los procesos patológicos más frecuentemente encontrados fueron Status asmáticos y Bronconeumonía con un 12% respectivamente. Es de hacer notar que en el caso de Status asmáticos no se establecieron criterios o parámetros definidos para etiquetarlo como tal.

Las demás enfermedades asociadas fueron TB pulmonar en 3.2% de los casos, Amigdalitis y enfermedad peptica en 3.2% respectivamente.

Hubieron un 3.2% de casos de insuficiencia cardíaca, no pudiendo establecerse por falta de datos en la historia si se debía a una complicación o enfermedad asociada.

8.8.- TIEMPO DE HOSPITALIZACION:

Un 40% del total de pacientes permaneció hospitalizado en 0 - 4 días un 41% de 5 - 9 días, lo cual es un tiempo promedio en los demás hospitales de la república.

Solo un 11% del total permaneció 10 y más días.

8.9.- ANTECEDENTES PERSONALES ALERGICOS:

Solo 3 de los 62 señalaron tener antecedentes personales alérgicos, señalando a las penicilinas como causante, esto no fue comprobado con ninguna prueba para establecer la veracidad del mismo.

8.10.- ANTECEDENTES FAMILIARES ASMATICOS:

El 3.2% señalaron tener familiares asmáticos, en ambos casos los padres, proporción más baja que la señalada por la Literatura, donde se indica que una tercera parte de los pacientes refiere antecedentes asmáticos en parientes cercanos. Hay que hacer notar que en la mayoría de las historias clínicas no se interrogo al paciente sobre este renglón.

8.11.- CONDICIONES DE EGRESO:

En nuestro estudio se encontró que un 100% de los pacientes se les dio egreso mejorado, sin haber ninguna defunción, con lo que se puede ver que el tratamiento hospitalario de pacientes asmáticos en el hospital Nacional de Escuintla es eficiente, considerando que el diagnóstico es 100% clínico.

IX.- CONCLUSIONES

- 9.1.- El 33.8% de los pacientes fueron mayores de 40 años, no observándose diferencia significativa en los demás grupos etarios.
- 9.2.- En el Hospital Nacional de Escuintla, predomina el paciente asmático del sexo femenino, con un 64.5% sobre el masculino con un 35.4%.
- 9.3.- La ocupación más frecuente asociada a "Asma Bronquial" fue oficios domésticos.
- 9.4.- El motivo de consulta predominante fue dificultad respiratoria con un 79%.
- 9.5.- Se observó predominio de pacientes de primera-consulta, 42 de los 62 estudiados, sobre 20 de reconsulta.
- 9.6.- El diagnóstico de Asma Bronquial en el Hospital Nacional de Escuintla es 100% clínico. Por no contar con los requisitos básicos necesarios de laboratorio, para efectuar un diagnóstico preciso.
- 9.7.- Las xantinas y aminas simpaticomiméticas, fueron los medicamentos más usados en pacientes asmáticos.
- 9.8.- Los antibióticos se usaron en un 40% para el tratamiento de las enfermedades infecciosas asociadas.
- 9.9.- Un buen número de pacientes fue refractario a las drogas de primera línea xantinas y aminas - simpaticomiméticas, 11 de los 62 casos.

- 9.10.- El uso de oxígeno fue bajo en relación a otros hospitales ya que sólo 3.2% de los pacientes en estudios se le administro.
- 9.11.- Las complicaciones más frecuentemente encontradas fueron Status asmático y Bronconeumonía con un 12% respectivamente.
- 9.12.- En el caso de Status asmáticos no se establecieron criterios definidos para "etiquetarlos" como tal.
- 9.13.- Dos pacientes refirieron tener antecedentes de familiares asmáticos, en ambos casos los padres.
- 9.14.- Sólo 3 de los 62 pacientes estudiados refirieron haber tenido antecedentes personales alérgicos los tres señalaron como alérgeno la penicilina.
- 9.15.- El tiempo de hospitalización fue corto un 40% del total estuvo menos de 4 días.
- 9.16.- Las condiciones de egreso de los pacientes fueron en un 100% mejorados en cuanto a su problema de Asma Bronquial.
- 9.17.- No se registró ningún fallecimiento en el grupo estudiado.

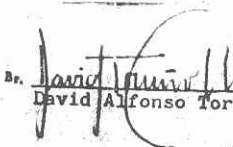
X.- RECOMENDACIONES

- 10.1.- Insistir en la elaboración de una historia clínica completa haciendo énfasis también en los antecedentes alérgicos del paciente.
- 10.2.- Fomentar la organización de Centros de educación para pacientes asmáticos lo cual redundaría en beneficio de estos.
- 10.3.- Establecer Banco de drogas antiasmáticas donde se expendan medicamentos a precios cómodos.
- 10.4.- Procurar la obtención de un laboratorio con suficientes recursos humanos y físicos, que funcione las 24 horas, para llegar un diagnóstico etiológico del problema asmático y descubrir procesos infecciosos concomitantes.
- 10.5.- Disponer de un archivo ordenado y espacioso para futuras investigaciones.
- 10.6.- Llevar control periódico por consulta externa, de todo paciente que se le halla dado egreso con diagnóstico de Asma Bronquial.

BIBLIOGRAFIA

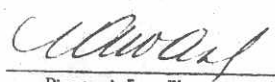
- 1.- Status Asthmaticus. A nine years Esperencie. Saoggin C. H. et al Jama. 238 1158-62 Sept. 77.
- 2.- Harrison, Tratado de Medicina interna 5a. Edición 406-410.
- 3.- Beeson Paul, Medermott Ulalsh. Tratado de Medicina Interna de Cecil-Loeb. Editorial Interamericana, Decimo tercera edición en Español, pags. 925-31, México. 1972.
- 4.- Weiss, Earle B. Segal Maurice Bron Chial As thma. Mechanismo and Therapeutics. Litte - Brown and company, Frist Edition Boston, U.S.A. 1976.
- 5.- Theophylline por Treatament of Asthma: Weinberger M. J. Pediat 92 (1) 110-14. Jan 78.
- 6.- Kup-Chatton. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. 13 edición 1978. 127.
- 7.- Prevention of Status asthmaticus (letter) Fa lliers (C.J. Jaula 239:1393 3 Apr. 78 (14).
- 8.- Keller Zabala, César. Pruebas Pulmonares en Asma Bronquial. Tesis de Graduación, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala. 1976.
- 9.- Rauda Salgado, Salvador Francisco. Estudio Epidemiológico del Asma Bronquial en el Hospital Roosevelt. Tesis de Graduación, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala. 1979.

- 10.- Pantaleón Gudiel Herrera, Edgar Arturo. Obser-
vaciones Generales sobre los casos de Asma -
Bronquial tratados en el Hospital General San
Juan de Dios. Tesis de graduación, Facultad
de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos
de Guatemala, 1979.
- 11.- Manual of Clinicae. Problemas in Pulmonary -
Medicine 1980. pags. 200-205-206.
- 12.- Asthma: Pathophysiiology. and Clinical Correla-
tes Mc. Fodden E.R. et, al, Med. Clin. North.
A., . Nov. 77 61 (6) 1229-38.
- 13.- Allergy and infections. Robnson Lo. Jr. Pe-
diats. Clin North Am 24 (2) 409-12-12 May. 77.
- 14.- Profski, K.M. Ogilvie, R.I. Dosage of Theo-
phyline in Brondrial Astma. Neell England -
Journal of medicine 292, 1218-1222, 1975.
- 15.- Scogging, Ch. et al Status Astmaticus. A Nine
Year Experience. Jama 238 (11), 1158-62, 12
Sep. 77.
- 16.- Connel, J.T. Asthmatic Deths: Poll of the mast
Cell. Jama 215: 769, 1971.
- 17.- Brown, H.M. Predmisoline. Significance of Eu-
sinophils in the Sputum Lancet 2: 1245, 1958.

Dr. 
David Alfonso Toruño Chavarria

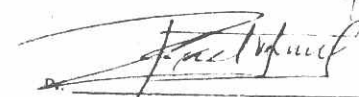
Dr. 
Julio Augusto Mena García

Dr. 
Revisor.
Marco Aurelio Guerrero Rojas

Dr. 
Director de Fase III
Carlos A. Waldheim C.

Dr. 
Secretario
Raúl A. Castillo R.

Vo. Bo.

Dr. 
Decano.
Rolando Castillo Montalvo