

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO DEL
ASMA BRONQUIAL

ESTUDIO DE 30 PACIENTES DEL HOSPITAL GENERAL
SAN JUAN DE DIOS DE LA CONSULTA EXTERNA
DE ADULTOS REALIZADO DURANTE LOS MESES
DE ABRIL Y MAYO DE 1984.

ROBERTO NICOLAS MONZON CERVANTES

I N D I C E

Página

INTRODUCCION.....	1
DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA.....	3
JUSTIFICACION.....	5
OBJETIVOS.....	7
REVISION BIBLIOGRAFICA.....	9
MATERIAL Y METODOS.....	17
RESULTADOS.....	21
ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS.....	25
CONCLUSIONES.....	29
RECOMENDACIONES.....	31
RESUMEN.....	33
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	35
APENDICE.....	39

INTRODUCCION

El asma bronquial es una enfermedad frecuente, compleja, ocasionada por varios factores, por lo tanto su tratamiento debe ser Multidisciplinario, por ese motivo en el Hospital General San Juan de Dios en su Consulta Externa de Adultos, se formó un Programa de Tratamiento Multidisciplinario donde participan: Médicos Neumólogos, Fisioterapia, Psicología y Servicio Social en la siguiente forma:

Unidad de Neumología: Examen clínico, examen Espirométrico, tratamiento farmacológico, educación y evolución del paciente.

Fisioterapia: Rehabilitación respiratoria.

Unidad de Psicología: Terapia de Grupo y Terapia Individual si es necesario.

Servicio Social: coordinación, control de asistencia, - evaluación y orientación socio-económica.

El tratamiento se realiza cada 2 meses con 30 pacientes, ocupando 2 días a la semana (Martes y Jueves) - con 15 pacientes para cada día. Para evaluar este sistema de tratamiento, se tomaron los meses de Abril y Mayo de 1984, tomando los siguientes parámetros:

- 1) Clínico: auscultación pulmonar: si hay o no broncospasmos y clasificándolo en: Leve, Moderado y Severo.

2) Función pulmonar: por medio del examen Espirométrico y tomando: Capacidad Vital (C.V.), Volumen Espiratorio Máximo en un Minuto Segundo (V.E.M.S.) é Índice de Tiffeneau $\left(\frac{V.E.M.S.}{C.V.} \times 100 \right)$.

3) Cuestionario y revisión de fichas clínicas de cada profesional: para evidenciar si los pacientes disminuyen sus recaídas y visitas a la Emergencia.

Se realizaron 3 evaluaciones de estos parámetros: antes, durante y al final del tratamiento.

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Asma bronquial es un problema complejo ocasionado por varios factores como: "La herencia, alérgicos, irritantes físicos o químicos, estado Psicológico, ejercicio físico, infecciones" (9,11,13,14,15), produciendo también problemas económicos como costos de hospitalizaciones y medicinas; por eso "el cuidado respiratorio debe comprender la atención de toda la persona, desde cualquier punto de vista y no limitarse tan solo a los pulmones. Por lo tanto, el tratamiento debe efectuarse según las necesidades fisiológicas, estabilidad médica, resistencia física, modus vivendi y personalidad de cada paciente" (3). Como se puede ver el asma bronquial es un problema multifactorial, por lo cual se necesita de un tratamiento Multidisciplinario; por esta razón se creó en la Consulta Externa del Hospital General San Juan de Dios un programa de tratamiento Multidisciplinario, donde participan: Médicos Neumólogos, fisioterapistas, Psicólogos y Trabajadoras Sociales en la presente forma:

1) Médico Neumólogo: evaluación por medio de un examen clínico y espirométrico, tratamiento Farmacológico y educación con respecto a la enfermedad.

2) Fisioterapia: Rehabilitación respiratoria.

3) Psicología: Terapia de grupo y si es necesario Terapia Individual.

4) Trabajadora Social: coordinación, control de asisten

cia, evaluación y orientación socio-económica.

Como se puede ver, es un sistema de tratamiento nuevo en nuestro medio y no hay estudios realizados en una forma completa para ver si es aplicable y efectivo, además sería un sistema de tratamiento que ayudaría a:

1) Salud Pública:

Económicamente disminuyendo los costos de hospitalizaciones y medicinas.

2) Al paciente:

En 3 formas: Físico, Psíquico y Socio-económicamente.

JUSTIFICACION

1) Es una enfermedad frecuente, se dice que hay del "1 al 2% de la población" (11), "en España, la fundación Jiménez Díaz en 1965 alcanzó un total de casi 22,000 pacientes y de estos nada menos que el 7% fué atendido en el Departamento de Asma y Enfermedades Alérgicas". (1).

2) "En Guatemala en 1970 se reportaron aproximadamente 77,000 muertos, de estos 20,167 fueron causadas por algún tipo de enfermedad respiratoria, ocupando el cuarto lugar las enfermedades obstructivas crónicas, donde se incluía el asma bronquial, con un total de 1,959 muertos" (8), sin especificar cuantos habian de asma bronquial. Como se puede ver el asma "sigue siendo responsable de mucho sufrimiento e incapacidad" (6).

3) Este sistema de tratamiento se ha aplicado en otras partes del mundo como es en el Hospital Centro Nacional del Asma en Denver Colorado U.S.A. (*), en España Madrid en la fundación Jiménez Díaz (1), donde se han obtenido buenos resultados.

4) Es una forma de tratamiento nuevo que no se ha aplicado en nuestro medio.

5) No se han realizado estudios completos para comprobar si este sistema de tratamiento es aplicable y efectivo en nuestro medio.

6) Si fuera aplicable y efectivo en nuestro medio habría una disminución de pacientes hospitalizados y a la vez

(*) 1. Aragón Díaz, Carlos A. (Dr. en Neumología y jefe de la Unidad de Neumología Dpto. de Medicina Interna del Hospital General San Juan de Dios). Comunicación personal. Guatemala, Marzo 22 de 1982.

también en medicamentos, ayudando en la economía tanto para Salud Pública como para los mismos pacientes beneficiados con este sistema de tratamiento.

OBJETIVOS

GENERALES:

- 1) Evaluar el tratamiento Multidisciplinario aplicado a los pacientes asmáticos de la Consulta Externa del Hospital General San Juan de Dios.

ESPECIFICOS:

- 1) Evaluar la evolución clínica y la función pulmonar de los pacientes que se les proporcionan el tratamiento Multidisciplinario.
- 2) Evidenciar que los pacientes asmáticos disminuyen sus recaídas y visitas a la Emergencia post-tratamiento Multidisciplinario.

REVISION BIBLIOGRAFICA

El primer estudio que se realizó sobre el tratamiento Multidisciplinario fué en el trabajo de Electivo en Los meses de Febrero y Marzo de 1982 en el Hospital - General San Juan de Dios en su Consulta Externa, teniendo como muestra un total de 17 pacientes, teniendo como objetivo principal demostrar la efectividad de dicho método; el material que se utilizó fueron: las fichas de cada paciente, los archivos Psico-Social y de Fisioterapia, se obtuvo una entrevista con cada paciente, y se realizó un examen clínico, comprobándose que antes de pertenecer al grupo el 70.59% visitaba frecuentemente la Emergencia y el 29.41 no la frecuentaba, después del tratamiento se invierte obteniéndose el 29.41% que si visitaron la emergencia y el 70.59% que no consultaron. Se concluyó en que si es un buen método de tratamiento para el paciente asmático. (*)

Con el objeto de evaluar el tratamiento con el aerosol de Dipropionato de Beclometasona, se estudio 30 pacientes de la Unidad de Neumología del Hospital Roosevelt durante un período de 6 semanas; el cual la respuesta fué excelente en 76.7%. El porcentaje del volumen espiratorio forzado mejoró de un 62% al inicio y de un 84% al final. Demostrándose así que el tratamiento es eficaz en el control de los síntomas del paciente asmático y que mejora la función respiratoria. (12)

(*) Monzón C., Nicolás R. El seguimiento por Consulta Externa del paciente asmático, Hospital General San Juan de Dios. Trabajo de Electivo-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, Feb. Marzo 1982.

En el estudio de tesis que se realizó en el Hospital de Escuintla en 62 pacientes el cual el diagnóstico fué 100% clínico, llegándose a comprobar que el 33.8% fué mayor de 40 años, el sexo que predominó fué el femenino con 64.5%, la Ocupación fué Oficios Domésticos con 79%, el mayor Motivo de Consulta fué dificultad respiratoria, medicamentos más usados: Xantinas y Aminas Simpaticomiméticas, se usaron antibióticos en un 40%, oxígeno en un 3.2%, las complicaciones: Status asmáticos y Bronconeumonía en 12%; el 100% tuvo mejoría y no hubo mortalidad. (4)

En otro estudio de tesis, realizado en el Hospital General San Juan de Dios en 90 pacientes, se demostró que el motivo de consulta en la mayoría fué disnea y tos, el medicamento más utilizado fué Aminofilina, en un 31% se uso antibióticos y en 24% esteroides; en conclusión el 100% egresaron mejorados, y un 64% tuvieron una hospitalización de 0-4 días. (16)

El estudio de fenoterol (broncodilatador, beta₂ específico) que fué aplicado a 19 pacientes de la Consulta Externa del Hospital Dr. Calderón Guardia de San José de Costa Rica, usando una dosis de 0.4 mg., se obtuvo un rápido y prolongado efecto broncodilatador, alcanzando el VEMS un 52% y en FEF 75-85%; en conclusión se dijo que es un buen medicamento para prevenir nuevas crisis. (10)

En el trabajo de Tesis que se realizó en el Hospital Roosevelt en el Dpto. de Medicina Interna en el período de 1959 a 1968 efectuado en 135 pacientes, se demostró: que no se realizó ninguna clasificación del ti-

po de asma, ningún esquema de tratamiento médico de acuerdo a la edad del paciente, etiología, tiempo de padecerla, gravedad del acceso; el sexo predominante fué el masculino, la raza: la ladina, procedencia: Urbana, estación: la lluviosa y fría donde más consultaron, ocupación: variable, 50% de los casos iniciaron la enfermedad en la infancia, 14.8% se demostró tendencia hereditaria; en ninguno de los casos tuvo terapéutica Psiquiátrica, el acceso asmático se controló en 10 días aprox., mortalidad: 3.7% (19)

En la tesis experiencias del cromoglicato disódico en el asma bronquial, estudio de 60 casos, se demostró que es un buen medicamento para prevenir el asma Extrínseca, en la Intrínseca los resultados no son buenos, los pacientes que no han usado esteroides tienen mejores resultados que los que han usado. La eficacia de este medicamento se demostró en la disminución de dosis de esteroides, broncodilatadores é incluso la suspensión de estos; la única complicación fué de una tos ligera. (2)

En el trabajo Electivo, donde se revisaron 100 casos tratados en la Clínica de Asma del Hospital General San Juan de Dios en el Area de Pediatría, donde hay un grupo de profesionales de las Areas de Neumología, Psicología, Trabajo Social y Fisioterapia. Se demostró que hay un alto índice de procesos alérgicos en 70 niños vistos, pero que era mínimo en cuanto antecedentes familiares ya que solo 21 niños tienen familiares con procesos alérgicos que no son asma; las recaídas mayor de 3 veces fué en un 67% antes de ser tratados en la clínica, 13% 1 recaída, 12% 2 recaídas, 7% 3, 8% 5-9, 11% 10 o más y

8% no tenían antecedentes de recaídas; una vez ingresa dos, se observó que un 60% no presentó recaídas, 23% 1 recaída, 12% 2, y un 5% 3 a 5 recaídas, concluyendo así que sí es un buen sistema de Tratamiento. (x)

El sistema de tratamiento Multidisciplinario nació en el Hospital General San Juan de Dios, con la mejora de un paciente Guatemalteco que viajó al Centro del Asma en Denver Colorado U.S.A., en dicho centro trabajan Neumólogos, Psiquiatras, Alergólogos, contando con varios bungalos con un promedio de 6 a 7 niños en cada uno de ellos. El paciente estuvo por un período de 18 meses, y al regresar cuenta el beneficio que le dieron en dicho Centro. (**) Así en 1977 los médicos especialistas de Neumología y Reumatología: Dr. Carlos Aragón Díaz y Dr. Eduardo Samayoa respectivamente, la Unidad de Psicología a través de la Licda. Barbara Reckholder, la Srta. Blanca Quilo del Depto. de Fisioterapia y el Depto. de Servicio Social iniciaron con dos grupos, uno de pacientes asmáticos y otro de reumáticos. Después se trabajó con tres grupos el cual sus resultados son satisfactorios al comprobarse en cada paciente: casi ninguna hospitalización, menor número de consultas por Emergencia, menor número de automedicamentación, menor número de faltas a sus citas médicas y mayor seguridad del manejo de su enfermedad. (5)

(**) Aragón Díaz, Carlos A. (Dr. en Neumología y Jefe de la Unidad de Neumología Dpto. de Medicina Interna del Hospital General San Juan de Dios). Comunicación personal. Guatemala, Marzo 22 1982.

(x) Rodríguez M., Cindy M. Asma bronquial; revisión de 100 casos de la Clínica del Asma de Pediatría, Hospital General San Juan de Dios 1979-1981. Trabajo de Electivo-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, Oct. Nov. 1981.

Se ha visto que la ansiedad afecta muchas funciones fisiológicas, alterando las respuestas del músculo liso, produciendo diversos síntomas, pero solamente mientras dura. El grado en que estas perturbaciones funcionales contribuye a la patogenia de enfermedades tales como la artritis, el asma bronquial, la cardiopatía, la hipertensión esencial, la colitis ulcerativa, la úlcera péptica, la migraña, la psoriasis, el eczema y la obesidad, sigue siendo discutido, lo que no se discute es que factores emocionales tienen que ser tomados en cuenta en dichas enfermedades. Muchas personas están propensas a la vez al asma bronquial y a la ansiedad, incluso algunos pacientes son perturbados por el pánico cuando desarrollan broncospasmo, si hay hiperventilación, la resistencia al flujo de aire puede aumentar y empeorar la disnea, produciendo más alarma. Una visión clara de su problema a un nivel mecánico, sin especular sobre el papel de la emoción en la producción del broncospasmo, ayuda al tratamiento de estos pacientes difíciles. (7)

Del Centro Nacional del Asma de Denver Colorado el Dr. Hyman explica que la emoción en los niños como el llorar, gritar, reírse, por el nervio vago (parasimpático) produce broncospasmo el cual ocasiona el asma, al igual que el frío o irritantes como perfumes, aerosoles, comida con partículas de proteínas osmoles; también nos habla del ejercicio que en estos niños asmáticos el aire no tiene el 100% de humedad lo que ocasiona el broncospasmo. (x)

(x) "Centro Nacional del Asma" de Denver Colorado U.S.A. Conferencia Video-Caset por Aragón Díaz, Carlos A. (Dr. en Neumología y jefe de la Unidad de Neumología Dpto. de Medicina Interna del Hospital General San Juan de Dios). Realizado en el Hospital General San Juan de Dios, Guatemala, Abril 1982.

Por otro lado la Psicoterapia de grupo demuestra mejoría en pacientes con severa asma crónica, marcada en dificultades sexuales, y en dificultades en psicoterapia individual. (17)

Asimismo se ve el éxito de ejercicios fisioterapéuticos en pacientes que sufren obstrucción crónica de las vías aéreas, cuyo tratamiento debe efectuarse según las necesidades fisiológicas, estabilidad médica, resistencia física, modus vivendi y personalidad de cada paciente. Entre los ejercicios se pueden mencionar: drenaje postural, drenaje de los bronquios por gravedad; enseñarlos a toser; técnicas de relajación de los músculos abdominales, control de la respiración abdominal - diafragmática, inflar vejigas, uso de bicicletas estacionarias, ejercicios para preservar los músculos, para mantener flexibles las extremidades, para mantener el tono de las extremidades superiores, control de peso, ejercicios para prevenir la desadaptación de los miembros inferiores, control de la respiración al subir escaleras, al afeitarse; en resumen también los ejercicios fisioterapéuticos constituyen un factor importante en el cuidado general del enfermo, antes de tratar de aumentar la capacidad del ejercicio, el paciente debe aprender a controlar su respiración, ya que el consumo de energía produce más disnea y fatiga en los enfermos no tratados. (3)

Con respecto al asma inducida por el ejercicio, diversos estudios, han permitido poner de manifiesto la frecuencia de esta entidad en asmáticos, estimada en un 25%. Además se ha referido la aparición de este fenómeno en sujetos no necesariamente asmáticos. Este fenómeno ha sido atribuido a diversos mecanismos: estímulo de receptores vagales por la hiperventilación o el movi-

miento de las paredes bronquiales, liberación de algún intermediario químico durante el ejercicio, o cambios en la concentración de hidrogeniones debido a la acidosis láctica del ejercicio, la que a la vez estimula la ventilación en el período de recuperación con la consiguiente hipocapnia y broncospasmo secundaria a la misma. En una serie recientemente publicada, sobre 30 pacientes sometidos a un ejercicio máximo, observamos asma inducida en el 56.6% de ellos, siendo bloqueada efectivamente en todos los casos con cromoglicato disódico. (18)

MATERIAL Y METODOS

Los pacientes asmáticos de la Consulta Externa de Adultos del Hospital General San Juan de Dios es la población que se tomó para este estudio obteniéndose una muestra de 30 pacientes en la siguiente forma:

1) En La Unidad Neumológica:

Los médicos escogen a pacientes que consulten con diagnóstico de asma o a quienes en la misma se cataloguen con ese diagnóstico, donde se lleva su control por medio de una ficha clínica especial de seguimiento, dándose su tratamiento tipo farmacológico y además conferencias con respecto a: conocimiento de su enfermedad, relación del medio ambiente, conocimiento de los principales medicamentos que utilizan y los que no deben utilizar.

2) Servicio Social:

Se encarga de realizar las entrevistas iniciales con cada paciente que se tomo en el tratamiento, hace una evaluación y orientación socio-económica, si hay problema psicológico por este motivo pasa información a la Unidad de Psicología; además distribuye a los pacientes en una forma tal que queden 30 cada 8 semanas, también controla la asistencia de los pacientes y si alguno falta a su tratamiento le realiza una visita domiciliaria para ver el motivo de ausencia.

3) Unidad de Psicología:

Por medio de la terapia de grupo se encarga de enseñarles a manejar y controlar las tensiones en una forma tal que dejen de ser los precipitantes de las crisis asmáticas, y en esta forma se les da ayuda a los que tiene problemas psicológico por motivos socio-económicos, además si hay problemas de personalidad, físicas o dificultades familiares se les da tratamiento con terapia individual.

4) Fisioterapia:

Realiza actividades para mejorar su función respiratoria por medio de ejercicios respiratorios, rehabilitación en diafragma, costal inferior de la musculatura abdominal, movilidad costal, de la cintura escapular y del cuello, de los déficit de la respiración nasal, adaptación de posturas correctas, técnicas de relajación, disminución de la movilidad costal alta y clavicolar, drenaje postural, juegos recreativos, haciéndoles una evaluación sobre lo aprendido al final de cada mes.

El tratamiento tuvo una duración de 8 semanas, se formaron 2 grupos: uno de jóvenes que estuvieran comprendidos entre las edades de 13 a 25 años para el día martes y otro de adultos que estuvieran comprendidos de 26 años en adelante para el día jueves, teniéndose 2 horas para cada grupo, es decir media hora para cada profesional integrante del tratamiento Multidisciplinario.

DETERMINACION DE LAS VARIABLES:

- 1) Capacidad Vital (C.V.).
- 2) Volumen espiratorio máximo por minuto segundo (V.E.M.S.).
- 3) Índice de Tiffeneau (V.E.M.S./C.V. X 100).
- 4) Broncospasmo: Leve, Moderado, Severo.
- 5) Recaidas.
- 6) Visitas a Emergencia.

DEFINICION DE LAS VARIABLES:

- 1) Capacidad Vital (C.V.): Cantidad máxima de aire que puede espirarse después de una inspiración forzada.
- 2) Volumen espiratorio máximo por minuto segundo (V.E.M.S.): Cantidad máxima de aire que se consigue expeler en un minuto segundo, con una espiración forzada.
- 3) Índice de Tiffeneau (V.E.M.S./C.V. X 100): Índice de elasticidad pulmonar.
- 4) Broncospasmo Leve: Asintomático y broncospasmo ocasional, broncospasmo Moderado: Leve molestia para respirar y broncospasmo Severo: disnea y broncospasmo.
- 5) Recaidas: es cuando en el paciente asmático reaparecen los signos y síntomas de su enfermedad.
- 6) Visitas a Emergencia: cuando el paciente asmático con sulta la Emergencia de los Hospitales debido a sus recaídas.

INSTRUMENTOS DE MEDICION DE LAS VARIABLES:

- 1) Clínico:

El cual se midió el broncospasmo por medio de auscultación pulmonar y se clasificó de la siguiente manera: Leve, Moderado, Severo.

2) Función Pulmonar:

El cual se midió por medio de un examen espirométrico tomando: Capacidad Vital (C.V.), Volumen espiratorio máximo por minuto segundo (V.E.M.S.) y el Índice de Tiffeneau (V.E.M.S./C.V. X 100).

3) Las recaídas y visitas a Emergencia se midieron de la siguiente manera:

a) Por medio de la ficha clínica especial de seguimiento de los pacientes asmáticos que contiene además de: historia clínica, examen físico, tratamientos, evolución, un cuestionario con preguntas si tenían o no recaídas y visitas a Emergencia.

b) y también por medio de revisión de las fichas de seguimiento y evaluación de Psicología, Servicio Social y Fisioterapia de cada paciente.

Se realizaron 3 evaluaciones de estos parámetros: una antes del tratamiento, otra al primer mes y por último al final del tratamiento o sea a los 2 meses.

RESULTADOS

1) Clínico:

CUADRO No. 1:

Broncospasmo clasificado en leve, moderado y severo de los 30 pacientes asmáticos en sus 3 evaluaciones.

EVALUACION	LEVE	%	MODERADO	%	SEVERO	%	TOTAL	%
ANTES DEL TRATAMIENTO	13	43.33	12	40	5	16.7	30	100
PRIMERA (1o. mes)	0	0	0	0	0	0	0	0
SEGUNDA (2o. mes)	0	0	0	0	0	0	0	0

2) Función Pulmonar:

CUADRO No. 2:

Comparación de los valores promedio Real y Teórico de la Capacidad Vital (C.V.), expresados en litros de 30 pacientes asmáticos en 3 evaluaciones efectuadas.

EVALUACION	* PROMEDIO VALOR TEORICO ESPERADO	PROMEDIO VALOR REAL ENCONTRADO	%
ANTES DEL TRATAMIENTO	3.49	1.38	39.54
PRIMERA (1o. mes)	3.49	2.33	66.76
SEGUNDA (2o. mes)	3.49	2.86	81.95

CUADRO No. 3:

Comparación de Los valores promedio Real y Teórico del Volumen espiratorio máximo por minuto segundo (V.E.M.S), expresado en litro de 30 pacientes asmáticos en 3 evaluaciones efectuadas:

EVALUACION	* PROMEDIO VALOR TEORICO ESPERADO	PROMEDIO VALOR REAL ENCONTRADO	%
ANTES DEL TRATAMIENTO	2.82	0.84	29.79
PRIMERA (1o. mes)	2.82	1.74	61.70
SEGUNDA (2o. mes)	2.82	2.25	79.79

CUADRO No. 4:

Comparación de los valores promedio Real y Teórico del Índice de Tiffeneau (V.E.M.S./C.V. X 100), expresado en porcentaje de 30 pacientes asmáticos en 3 evaluaciones efectuadas.

EVALUACION	PROMEDIO VALOR * TEORICO ESPERADO	PROMEDIO VALOR REAL ENCONTRADO	%
ANTES DEL TRATAMIENTO	79.93	60.10	75.19
PRIMERA (1o. mes)	79.93	74.27	92.92
SEGUNDA (2o. mes)	79.93	77.57	97.05

* FUENTE: Cálculo personal en base a tabla de valores normales según su talla y edad de cada paciente que es el valor Teórico (ver apéndice)

3) Por medio del cuestionario y revisión de fichas de seguimiento y evaluación de Psicología, servicio Social y Fisioterapia, para evidenciar las recaídas y visitas a Emergencia de cada paciente asmático.

CUADRO No. 5:

Recaídas y visitas a Emergencia de Los 30 pacientes asmáticos en sus 3 evaluaciones efectuadas.

EVALUACION	RECAIDAS				VISITAS A EMERGENCIA			
	SEMANA	%	MES	%	SEMANA	%	MES	%
ANTES DEL TRATAMIENTO	18	60	12	40	18	60	12	40
PRIMERA (1o. mes)	0	0	0	0	0	0	0	0
SEGUNDA (2o. mes)	0	0	0	0	0	0	0	0

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Como se puede observar se realizaron 3 parámetros para evaluar el tratamiento Mutidisciplinario del asma bronquial, que se aplicó a 30 pacientes tomados de la consulta Externa de Adultos del Hospital General San Juan de Dios, realizándose 3 evaluaciones: antes del tratamiento, la primera evaluación que fué al 1o. mes y la última a los 2 meses o sea al final del tratamiento, de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

1) Clínico:

Que se realizó por medio de auscultación pulmonar: el broncospasmo y clasificándolo en Leve, Moderado y Severo, obteniéndose los resultados antes del tratamiento como se puede ver en el cuadro No. 1: - Leve 13 pacientes, con el 43.3% Moderado 12 con el 40.0% y Severo con 5 pacientes que hacen el 16.7%, después en las 2 siguientes evaluaciones ya no se presentó en ninguno de los pacientes estudiados. En otros estudios, donde se han tratado pacientes asmáticos solo con fármacos, la respuesta clínica sigue siendo mala en un 6.7% y regular en un 10% (12); en otros han retirado del estudio a pacientes que tenían asma severa (10), en cambio como se puede observar en nuestro estudio todos los casos presentaron una respuesta clínica satisfactoria, ya que antes del manejo Multidisciplinario todos presentaron broncospasmo, en 5 de los cuales el mismo era severo necesitando tratamiento inicial en la Unidad de Urgencias del Hospital General San Juan de Dios, siendo posteriormente incluidos en la investigación, dichos pacientes mejoraron y no presen-

taron al igual que los otros broncospasmos en las 2 evaluaciones efectuadas durante (1o. mes) y después del tratamiento. (2o. mes).

2) Función Pulmonar:

Que se realizó por medio de un examen espirométrico y haciendo una comparación de los valores promedio Real y Teórico expresado en litros y porcentaje de las siguientes pruebas espirométricas:

A) Capacidad Vital (C.V.): Como se puede apreciar en el cuadro No. 2, el valor promedio Real antes era de 1.38 litros promedio o sea el 39.54%, al mes tuvieron una mejora del 66.76% con 2.33 litros promedio y después del tratamiento aumentaron el 81.95% con 2.86 litros promedio, los datos se obtuvieron al hacer la comparación con el valor Teórico que fué de 3.49 litros promedio.

B) Volumen espiratorio máximo por minuto segundo (V.E.M.S.): Como se puede observar en el cuadro No. 3, al principio antes de comenzar el tratamiento fué de 0.84 litros promedio haciendo un 29.79%, teniendo un aumento de 1.74 litros promedio con 61.70% en la primera evaluación y al final aumentaron en un 79.79% con 2.25 litros promedio, los datos se obtuvieron también al hacer la comparación con el valor Teórico promedio que fué de 2.82 litros.

C) Índice de Tiffeneau (V.E.M.S./C.V. X 100): como se puede ver en el cuadro No. 4, al inicio tenían el 60.10% con el 75.19%, luego aumentaron el 92.92% con 74.27%

promedio, en la segunda evaluación al terminar el tratamiento o sea a los 2 meses alcanzó el 97.05% con 77.57% promedio, también se tomaron los datos sacándolos del valor Teórico que fué 79.93% promedio y haciendo una comparación.

Los valores Teóricos promedio se obtuvieron de la talla y edad de cada paciente, con la tabla de valores normales Teóricos (ver apéndice).

En otros estudios que se han realizado con tratamiento farmacológico en pruebas espirométricas solo el 83.3% de los pacientes han mejorado (12), mientras y como podemos darnos cuenta en nuestra investigación, según los datos obtenidos el 100% de los casos estudiados mejoraron.

3) Por medio del cuestionario y revisión de fichas de seguimiento y evaluación de Psicología, Servicio Social y Fisioterapia, para evidenciar las recaídas y visitas a Emergencia, como se puede apreciar en el cuadro No. 5 se obtuvieron los siguientes resultados: antes del tratamiento habían 18 pacientes que tenían recaídas cada semana y por lo cual también visitaban la Emergencia con el 60%, 12 pacientes o sea el 40% tenían recaídas cada mes, visitando también la Emergencia, luego en las 2 evaluaciones siguientes no presentaron ni recaídas ni visitas a Emergencia. Según estos datos nos demuestra que en nuestro estudio todos los casos tuvieron mejora con respecto a sus signos y síntomas y no como en otros estudios con tratamiento farmacológico que las crisis disminuyen en la mitad de los casos tratados. (10)

Como podemos ver el paciente asmático necesita ade más del tratamiento farmacológico, tener conocimiento - de su enfermedad, educación tanto de su función respi- ratoria como también de su comportamiento Psicológico - ante la sociedad.

CONCLUSIONES

- 1) El tratamiento Multidisciplinario es efectivo en el 100% de los pacientes asmáticos que recibieron el mismo por 2 meses.
- 2) El tratamiento Multidisciplinario ayuda más a los pacientes asmáticos que solamente tenían tratamien- to farmacológico, ya que lo pone en Conocimiento - de su enfermedad, educación tanto de su función - respiratoria como también de su comportamiento Psi- cológico ante la sociedad, por consiguiente los pa- cientes asmáticos que recibieron el tratatamiento no solo tuvieron mejora clínica y espirométrica, - si no también mejorarán Psico-Socialmente.
- 3) El tratamiento Multidisciplinario del asma bron- quial hizo que los pacientes que lo recibieron dis- minuyeran categoricamente en el 100% sus recaídas y visitas a Emergencia durante los 2 meses.
- 4) El Tratamiento Multidisciplinario del asma por con siguiente disminuye los costos de hospitalizacio- nes y uso de medicinas que la mayoría de los pa- cientes tienen innecesariamente.
- 5) El tratamiento Multidisciplinario del asma bronquial, también se les puede proporcionar a pacientes con asma severa que hayan sido controlados previamen- te.

RECOMENDACIONES

- 1) Fomentar el tratamiento Multidisciplinario para los Hospitales Nacionales del país como para instituciones privadas para el beneficio de los pacientes con problemas asmáticos, como para las propias instituciones.
- 2) Procurar realizar para el tratamiento Multidisciplinario un banco de medicinas a precios económicos para los pacientes asmáticos de escasos recursos.
- 3) Procurar obtener un laboratorio para integrarlo - en el tratamiento Multidisciplinario, con diferentes recursos tanto humanos como físicos y así poder dar diagnósticos etiológicos más exactos en el problema tan complejo como es el asma bronquial.

RESUMEN

Se estudiaron 30 pacientes con diagnóstico de asma bronquial, tomados de la Consulta Externa de Adultos del Hospital General San Juan de Dios el cual se les dio tratamiento Multidisciplinario por 2 meses tomándose 2 días a la semana: Martes y Jueves, uno para pacientes - de 13 a 25 años y otro de 26 años en adelante, teniendo una duración de 2 horas para cada grupo los cuales se tomaron varios parametros para su evaluación realizándose antes al mes y al final del tratamiento entre los cuales encontramos:

- 1- Broncospasmo: por medio de auscultación pulmonar, - clasificándolos en leve, moderado y severo, el cual todos tenían broncospasmo antes del tratamiento y en las 2 siguientes evaluaciones ya no presentaron.
- 2- Función respiratoria: por medio de examen espirométrico tomando Capacidad Vital (C.V.), Volumen espiratorio máximo por min. segundo (V.E.M.S.) é Índice de Tiffenau ($V.E.M.S./C.V. \times 100$), los cuales demostraron mejora al compararlos con sus valores promedio real y teórico promedio en 3 evaluaciones efectuadas.
- 3- Recaidas y Visitas a Emergencia: que se realizó por medio de un cuestionario incluido en la ficha especial de seguimiento del paciente asmático y en la revisión de las fichas Psico-Social y Fisioterapia, comprobándose - que disminuyeron sus recaídas y visitas a Emergencia en los 2 meses de tratamiento, realizando también 3 evaluaciones.

Como podemos ver el estudio nos demuestra que el paciente asmático necesita de un tratamiento Multidisciplinario además del farmacológico y esto quizás contribuya a unificar criterios y así a conseguir mejores resultados que los que se han obtenido hasta ahora en este problema tan complejo como es el asma bronquial.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Asma bronquial. Ilustración y complemento del film "asma bronquial" rodado en la Fundación Jiménez Díaz... Madrid, Centro de Cinematografía Carlo Erba, 1967. 35p.
- 2) Ayau, O. Experiencias del cromoglicato disódico en el asma bronquial; estudio de 60 casos. Tesis - (Médico y Cirujano) - Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1976. 40p.
- 3) Ayres, S. M. et al. Obstrucción crónica de las vías respiratorias; cuidados esenciales. *Tribuna Médica*. 1975 Sept 2; 18(6):1-7.
- 4) Chavarría, D. Asma bronquial; diagnóstico y tratamiento, Hospital Nacional de Escuintla. Tesis (Médico y Cirujano) - Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1981. 44p.
- 5) Guatemala. Hospital General San Juan de Dios. Servicio Social. Programa de atención integrada de equipos multiprofesionales para pacientes crónicos a través de grupos terapéuticos en la Consulta Externa de Adultos del Hospital General San Juan de Dios. 1981. s.p. (mimeografiado)
- 6) Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Fase II. Enfermedades del sistema respiratorio. 1980. 27p. (Mimeografiado)

- 7) Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Fase II. Psiquiatría. 1980. - 106p. (mimeografiado)
- 8) Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Fase II. Unidad enfermedades respiratorias. 1980. s.p. (mimeografiado)
- 9) Guyton, A.C. Inmunidad y alergia. En su: Tratado de fisiología médica. 4a. ed. México, Interamericana, 1971. 1084p. (pp.134)
- 10) Hass, D. H. Evaluación clínica con un nuevo bronco dilatador beta₂ específico: fenoterol. Tribuna Médica 1979 Agosto 2; 26(4):43-46
- 11) Howell, J.B.L. Asma bronquial. En: Beeson, P.B. y W. McDermott. Tratado de medicina interna de Cecil-Loeb. 13a ed. México, Interamericana, 1973. t.2 (pp.926-929)
- 12) Leon, P. et al. Efectividad y seguridad del dipropionato de beclometasona en el asma bronquial.- Revista del Colegio Médico (Guatemala) 1980 Dic; 31(2):58-64
- 13) Maselli, R. Agresión y defensa del aparato respiratorio. Guatemala, Universidad de San Carlos, - Facultad de Ciencias Médicas, Fase II. 1976. - 3p. (mimeografiado)
- 14) McFadden Jr., E.R. y F. Austen. Asma bronquial. En: Medicina interna de Harrison. 5a. ed. México,- Prensa Médica, 1979. t.2 (pp.1600-1601)

- 15) Montis, Guy de. El problema del niño asmático. Tribuna Médica 1980 Jul II; 28(2):12-16
- 16) Pantaleón, E. Observaciones generales sobre los casos de asma bronquial tratados en el Hospital General San Juan de Dios. Tesis (Médico y Cirujano) -Universidad de San Carlos, Facultad de - Ciencias Médicas. Guatemala, 1979. 51p.
- 17) Psychotherapy with groups in special categories, - patient with bronchial asthma. 1982. 3p. (Reproducción mimeografiada por la Unidad de Psicología del Hospital General San Juan de Dios)
- 18) Raimondi, A. Asma bronquial. s.l., Pfizer, s.a. - 16p.
- 19) Solares, A. Consideraciones generales sobre el manejo y tratamiento del asma bronquial en el - - Dpto. de Medicina Interna del Hospital Roosevelt, período comprendido de 1959 a 1968. Tesis (Médico y Cirujano) -Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1971. - 40p.

Vo Bo
Esquivel

Universidad de San Carlos de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
OPCA - UNIDAD DE DOCUMENTACION

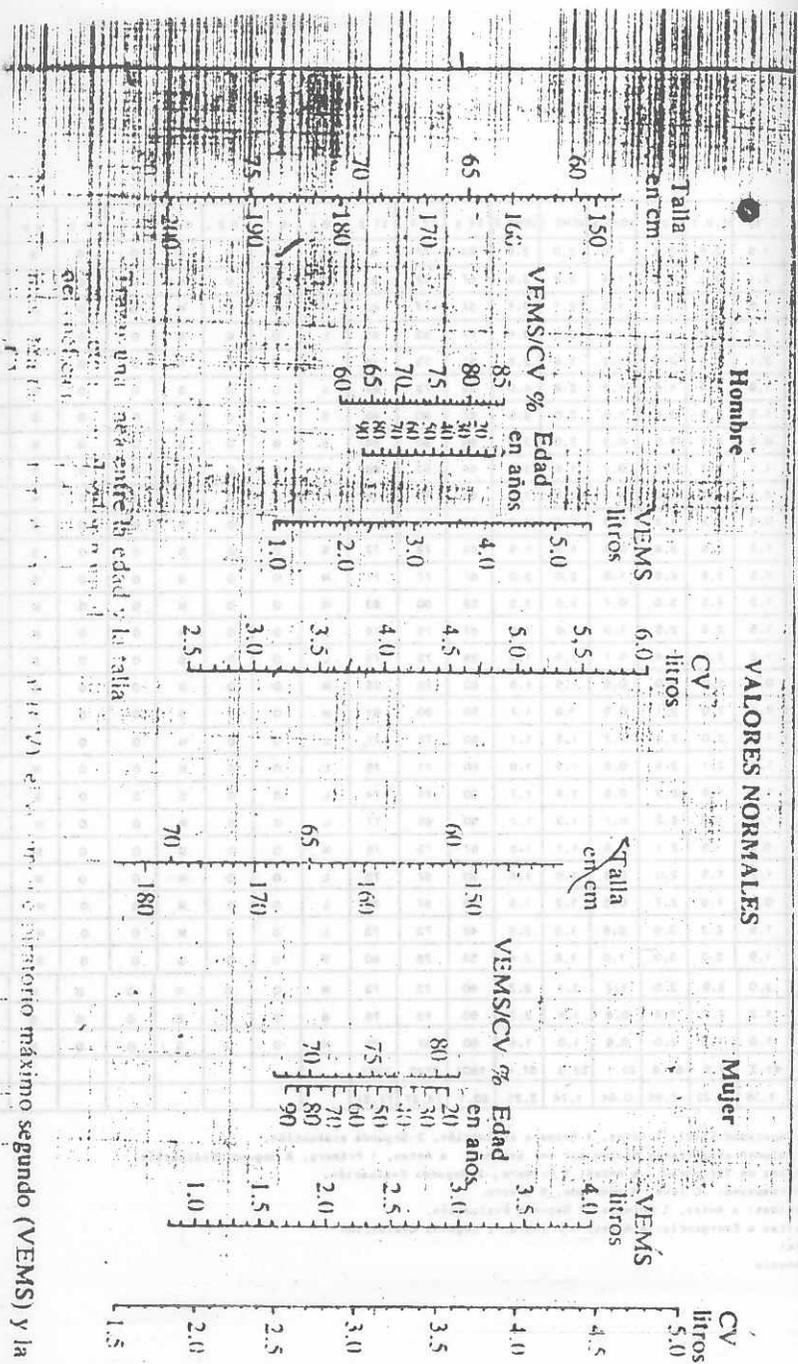
APENDICES

	C.Va	C.V.1	C.V.2	VEMS a	VEMS 1	VEMS 2	IT a	IT 1	IT 2	B a	B 1	B 2	R a	R 1	R 2	V a	V 1	V 2
1	1.6	2.6	3.4	1.0	2.0	2.8	63	77	82	M	O	O	S	O	O	S	O	O
2	2.1	3.1	3.6	1.4	2.4	2.9	67	77	81	L	O	O	M	O	O	M	O	O
3	1.5	2.7	3.8	1.0	2.1	3.1	67	77	82	M	O	O	M	O	O	M	O	O
4	2.6	3.0	4.0	2.0	2.5	3.4	77	83	85	L	O	O	S	O	O	S	O	O
5	2.1	2.6	3.6	1.2	1.9	2.8	57	73	78	L	O	O	S	O	O	S	O	O
6	1.9	3.9	4.6	1.2	2.8	4.0	63	72	87	S	O	O	S	O	O	S	O	O
7	1.5	2.5	3.6	1.0	2.0	3.0	67	80	83	S	O	O	S	O	O	S	O	O
8	0.5	2.5	3.5	0.3	2.0	3.0	60	80	86	S	O	O	S	O	O	S	O	O
9	1.1	2.3	3.5	0.7	1.9	3.0	64	83	86	M	O	O	S	O	O	S	O	O
10	2.2	3.5	3.9	1.5	2.5	2.9	68	71	74	L	O	O	M	O	O	M	O	O
11	0.5	1.1	1.2	0.3	0.7	0.8	60	64	67	M	O	O	S	O	O	S	O	O
12	1.3	2.6	2.6	0.9	1.9	1.9	69	73	73	S	O	O	S	O	O	S	O	O
13	1.5	2.6	2.6	1.0	2.0	2.0	67	77	77	M	O	O	S	O	O	S	O	O
14	1.2	2.5	3.0	0.7	2.0	2.5	58	60	83	M	O	O	M	O	O	M	O	O
15	1.5	2.5	2.5	1.0	1.9	1.9	67	76	76	L	O	O	M	O	O	M	O	O
16	1.2	2.0	2.4	0.7	1.5	1.9	58	75	79	L	O	O	S	O	O	S	O	O
17	0.8	2.0	2.0	0.5	1.5	1.5	63	75	75	M	O	O	S	O	O	S	O	O
18	0.4	2.0	2.1	0.2	1.6	1.7	50	80	81	M	O	O	S	O	O	S	O	O
19	1.4	2.0	2.2	0.7	1.5	1.7	50	75	77	L	O	O	M	O	O	M	O	O
20	1.0	2.1	2.5	0.6	1.5	1.9	60	71	76	L	O	O	M	O	O	M	O	O
21	1.0	1.9	2.3	0.6	1.4	1.7	60	74	74	L	O	O	S	O	O	S	O	O
22	1.4	2.0	2.2	0.7	1.3	1.7	50	65	77	L	O	O	M	O	O	M	O	O
23	0.9	1.5	2.1	0.6	1.1	1.6	67	73	76	M	O	O	S	O	O	S	O	O
24	1.2	1.5	2.0	0.6	1.0	1.4	50	67	70	L	O	O	M	O	O	M	O	O
25	0.9	1.8	2.7	0.5	1.2	1.9	56	67	70	L	O	O	M	O	O	M	O	O
26	1.9	2.2	3.0	0.8	1.6	2.2	42	73	73	L	O	O	M	O	O	M	O	O
27	1.9	2.3	3.0	1.0	1.8	2.4	53	78	80	M	O	O	S	O	O	S	O	O
28	2.0	2.9	3.0	1.2	2.1	2.2	60	72	73	M	O	O	M	O	O	M	O	O
29	1.2	2.2	2.9	0.6	1.6	2.2	50	73	76	S	O	O	S	O	O	S	O	O
30	1.0	1.5	2.0	0.6	1.0	1.4	60	67	70	M	O	O	S	O	O	S	O	O
T	41.3	69.9	85.8	25.1	52.3	67.4	1803	2228	2327									
P	1.38	2.33	2.86	0.84	1.74	2.25	60.1	74.27	77.57									

C.V. Capacidad Vital: a Antes, 1 Primera evaluación, 2 Segunda evaluación.
 VEMS Volumen espiratorio máximo por mn. segundo: a Antes, 1 Primera, 2 Segunda Evaluación.
 IT Índice de Tiffeneau: a Antes, 1 Primera, 2 Segunda Evaluación.
 B broncospasmo: L leve, M moderado, S severo.
 R recaídas: a Antes, 1 Primera, 2 Segunda Evaluación.
 V visitas a Emergencia: a Antes, 1 Primera, 2 Segunda Evaluación
 T Total
 P Promedio

Valores Teóricos de Cada uno de los 30 pacientes asmáticos estudiados según su talla y edad.

	C.V.	VEMS	INDICE TIFFENAU
1	3.7	3.1	84
2	3.9	3.2	82
3	5.2	4.3	83
4	4.7	4.1	87
5	4.6	3.7	80
6	4.8	4.2	88
7	4.7	4.0	85
8	4.8	4.2	88
9	4.6	4.0	87
10	4.2	3.1	74
11	1.6	1.1	69
12	2.9	2.2	76
13	3.0	2.4	80
14	3.6	3.0	83
15	3.0	2.4	80
16	3.0	2.4	80
17	2.4	1.8	75
18	2.7	2.3	85
19	2.8	2.3	82
20	3.0	2.3	77
21	2.9	2.2	76
22	2.6	2.0	77
23	2.8	2.2	79
24	2.2	1.6	73
25	3.7	2.7	73
26	3.9	3.1	79
27	4.1	3.5	85
28	3.7	2.9	78
29	3.5	2.7	77
30	2.1	1.6	76
T	104.7	84.6	2398
P	3.49	2.82	79.93



C.V. Capacidad Vital

VEMS Volumen espiraotrio máximo por min. segundo

T Total

P Promedio

82	1.5	0.5	0.5	8
83	1.5	0.5	0.5	8
84	1.5	0.5	0.5	8
85	1.5	0.5	0.5	8
86	1.5	0.5	0.5	8
87	1.5	0.5	0.5	8
88	1.5	0.5	0.5	8
89	1.5	0.5	0.5	8
90	1.5	0.5	0.5	8
91	1.5	0.5	0.5	8
92	1.5	0.5	0.5	8
93	1.5	0.5	0.5	8
94	1.5	0.5	0.5	8
95	1.5	0.5	0.5	8
96	1.5	0.5	0.5	8
97	1.5	0.5	0.5	8
98	1.5	0.5	0.5	8
99	1.5	0.5	0.5	8
100	1.5	0.5	0.5	8
101	1.5	0.5	0.5	8
102	1.5	0.5	0.5	8
103	1.5	0.5	0.5	8
104	1.5	0.5	0.5	8
105	1.5	0.5	0.5	8
106	1.5	0.5	0.5	8
107	1.5	0.5	0.5	8
108	1.5	0.5	0.5	8
109	1.5	0.5	0.5	8
110	1.5	0.5	0.5	8
111	1.5	0.5	0.5	8
112	1.5	0.5	0.5	8
113	1.5	0.5	0.5	8
114	1.5	0.5	0.5	8
115	1.5	0.5	0.5	8
116	1.5	0.5	0.5	8
117	1.5	0.5	0.5	8
118	1.5	0.5	0.5	8
119	1.5	0.5	0.5	8
120	1.5	0.5	0.5	8
121	1.5	0.5	0.5	8
122	1.5	0.5	0.5	8
123	1.5	0.5	0.5	8
124	1.5	0.5	0.5	8
125	1.5	0.5	0.5	8
126	1.5	0.5	0.5	8
127	1.5	0.5	0.5	8
128	1.5	0.5	0.5	8
129	1.5	0.5	0.5	8
130	1.5	0.5	0.5	8
131	1.5	0.5	0.5	8
132	1.5	0.5	0.5	8
133	1.5	0.5	0.5	8
134	1.5	0.5	0.5	8
135	1.5	0.5	0.5	8
136	1.5	0.5	0.5	8
137	1.5	0.5	0.5	8
138	1.5	0.5	0.5	8
139	1.5	0.5	0.5	8
140	1.5	0.5	0.5	8
141	1.5	0.5	0.5	8
142	1.5	0.5	0.5	8
143	1.5	0.5	0.5	8
144	1.5	0.5	0.5	8
145	1.5	0.5	0.5	8
146	1.5	0.5	0.5	8
147	1.5	0.5	0.5	8
148	1.5	0.5	0.5	8
149	1.5	0.5	0.5	8
150	1.5	0.5	0.5	8
151	1.5	0.5	0.5	8
152	1.5	0.5	0.5	8
153	1.5	0.5	0.5	8
154	1.5	0.5	0.5	8
155	1.5	0.5	0.5	8
156	1.5	0.5	0.5	8
157	1.5	0.5	0.5	8
158	1.5	0.5	0.5	8
159	1.5	0.5	0.5	8
160	1.5	0.5	0.5	8
161	1.5	0.5	0.5	8
162	1.5	0.5	0.5	8
163	1.5	0.5	0.5	8
164	1.5	0.5	0.5	8
165	1.5	0.5	0.5	8
166	1.5	0.5	0.5	8
167	1.5	0.5	0.5	8
168	1.5	0.5	0.5	8
169	1.5	0.5	0.5	8
170	1.5	0.5	0.5	8
171	1.5	0.5	0.5	8
172	1.5	0.5	0.5	8
173	1.5	0.5	0.5	8
174	1.5	0.5	0.5	8
175	1.5	0.5	0.5	8
176	1.5	0.5	0.5	8
177	1.5	0.5	0.5	8
178	1.5	0.5	0.5	8
179	1.5	0.5	0.5	8
180	1.5	0.5	0.5	8
181	1.5	0.5	0.5	8
182	1.5	0.5	0.5	8
183	1.5	0.5	0.5	8
184	1.5	0.5	0.5	8
185	1.5	0.5	0.5	8
186	1.5	0.5	0.5	8
187	1.5	0.5	0.5	8
188	1.5	0.5	0.5	8
189	1.5	0.5	0.5	8
190	1.5	0.5	0.5	8
191	1.5	0.5	0.5	8
192	1.5	0.5	0.5	8
193	1.5	0.5	0.5	8
194	1.5	0.5	0.5	8
195	1.5	0.5	0.5	8
196	1.5	0.5	0.5	8
197	1.5	0.5	0.5	8
198	1.5	0.5	0.5	8
199	1.5	0.5	0.5	8
200	1.5	0.5	0.5	8

HOJA ESPECIAL DE SEGUIMIENTO: GRUPO ASMATICOS

1. NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

2. HISTORIA:

ATAQUE ASMATICO: _____

A) EDAD INICIO: _____ B) DURACION DE ATAQUES: HORAS: _____ DIAS: _____

C) No. ATAQUES: _____ SEMANA: _____

MES: _____

AÑO: _____

D) RECUPERACION ENTRE LOS ATAQUES: COMPLETA _____

REGULAR _____

NINGUNA _____

E) QUE DESENCADENA EL ATAQUE:

IRS _____ POLVO _____ EJERCICIO _____ NINGUNO _____

FRIJO _____ RISA _____ STRES _____ OTROS _____

TOS _____ SUEÑO _____ ASA _____

F) CARACTERISTICAS DEL ATAQUE: LEVE _____

MODERADO _____

SEVERO _____

G) OCUPACION PRINCIPAL: ANTES DE INICIAR ATAQUES _____

ACTUALMENTE _____

3. ANTECEDENTES:

A) FAMILIARES: ASMA _____ C) OTROS: _____

ATOPIA _____

TB _____

EPOC _____

OTRAS _____

B) PERSONALES: ECZEMA _____

RINITIS _____

IRS AREPETICION _____

TOS NOCTURNA _____

ALERGENOS _____

4. EXAMEN FISICO:

S/V = P/A _____ P _____ R _____ TO: _____

PESO _____ TALLA _____

PIEL: ECZEMA _____ NARIZ _____

ACROCIANOSIS _____ MUCOSA HIPEREMIA _____

MUCOSA PALIDA _____

HIPERTROFIA CORNETES _____

AMIGDALAS: HIPERTROFIA _____ POLIPOS NASALES _____

MUCO: CLARO _____

ESPESO _____

CORAZON: _____

TORAX: INFECCION: _____

PALPACION: _____

PERCUSION: _____

AUSCULTACION: _____

EXTREMIDADES: _____

EXTREMIDADES: HIPOCRATISMO: _____

OTROS HALLAZGOS IMPORTANTES: _____

5. LABORATORIOS

EOSINOFILOS EN SANGRE: _____

IGE SERICA: _____

EOSINOFILOS EN MOCO NASAL: _____

PRUEBAS CUTANEAS _____

6. ESPIROMETRIA: _____

7. RX. TORAX: _____

8. CLASIFICACION DEL SINDROME ASMATICO: _____

9. TRATAMIENTO Y DOSIS:

CHOLEDIL (Oxifenilina) _____

QUIVRAN (Teofilina más Guayacolato glicerilo) _____

MAREX (Teofilina + Fenilefrina + Fenobarbital) _____

VENTOLIN (Salbutamol) _____

BRYCANIL (Terbutalina) _____

PREDNISONA: _____

10. EVOLUCION:

A) PRIMERA RECONSULTA:

S/V = P/A: _____ R _____ P _____ TO: _____

IRS _____

BRONCOSPASMO: _____ NO _____ SI _____ LEVE _____

MODERADO _____

SEVERO _____

RECAIDAS EN ULTIMO 3 MESES _____

INGRESOS EN LOS ULTIMOS 3 MESES: _____

NUEVOS CONTROLES O DATOS DE LABORATORIO: _____

CUMPLE TRATAMIENTO: SI _____ NO _____

SI RESPUESTA NO: _____ PORQUE _____

SUGERENCIAS: _____

B) SEGUNDA RECONSULTA:

S/V = P/A: _____ R _____ P _____ TO: _____

IRS _____

BRONCOSPASMO: _____ No _____ SI _____ LEVE _____

MODERADO _____

SEVERO _____

RECAIDAS EN ULTIMOS 3 MESES _____

NUEVOS CONTROLES O DATOS DE LABORATORIO _____

CUMPLE TRATAMIENTO: _____ SI _____ NO _____

SI RESPUESTA NO: _____ PORQUE: _____

ENTREVISTA INICIAL
(PARA GRUPOS ADULTOS)

NOMBRE: _____ PERTENENCIA GRUPAL: _____
DIRECCION: _____ FECHA ENTREV. INICIAL: _____
R.M.: _____ FECHA VISITA DOMICILIARIA: _____
R.S.: _____ T.S.: _____

DATOS GENERALES:

NOMBRE PACIENTE: _____; SEXO: M _____; F _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____; EDAD: _____

ESCOLARIDAD: PRIM. _____; SEC.: _____; SUP. _____; ANALF.: _____ CED. VEC. _____

PROFESION U OFICIO: _____

ESTADO CIVIL: SOLT. _____; CASADO _____; UNIDO _____; DIVORCIADO _____ VIUDO _____

2. GRUPO FAMILIAR:

NOMBRE	REL.	EDAD	ESCOLARIDAD	PROFESION U OFICIO	SALARIO
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

2.1 OTRO GRUPO FAMILIAR QUE VIVE FUERA DEL HOGAR:

NOMBRE	RELACION	DIRECCION
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

2.2 PERSONA RESPONSABLE DE PACIENTE:

NOMBRE: _____ RELACION: _____ DIRECCION: _____

3. RELACIONES INTERFAMILIARES, RESPONSABILIDADES; ACTITUDES:

4. ANTECEDENTES DE SALUD Y DX. M. ACTUAL:

5. VIVIENDA: CONDICIONES Y TENENCIA _____

6. TRABAJO: LUGAR Y SALARIO: _____

7. OTRAS FUENTES DE INGRESOS ECONOMICOS: _____

8. RESUMEN INICIAL DE LA SITUACION SOCIO-ECONOMICA : _____

T.S. _____
SERVICIO SOCIAL DE GRUPOS

OBSERVACIONES:

ENCUESTA A ASMATICOS

C: _____
A: _____
GE: _____

CLAVE: _____

- a.) ¿Que edad tiene? _____
b.) Fecha de Nacimiento: _____
c.) Sexo: M F
d.) Estado Civil: _____
e.) Ocupación: _____
f.) Lugar donde Labora: _____
g.) Ingreso Familiar: _____
h.) Número de hermanos: _____ (.) Lugar que ocupa entre Los hermanos:
1 2 3 4 5
j.) ¿Cuántos miembros tiene su familia? _____
k.) Religión: _____
II ESCOLARIDAD: a.) Primaria 1 2 3 4 5 6
b.) Básica 1 2 3
c.) Diversificado, ¿Qué carrera escogió? _____
d.) Otros (Especifique): _____

III.

- a.) ¿Cuántos años tiene de padecer de asma? _____
b.) ¿A qué edad le apareció? _____
c.) ¿Quiénes en su familia han padecido de asma? _____
d.) Si es casada y tiene familia, ¿Sufre alguno de sus hijos de asma? SI NO
e.) Especifique quién: _____
f.) ¿Con qué frecuencia sufre usted de ataques de asma? _____
g.) ¿Qué medicamentos usa? _____
h.) ¿En qué lugares es donde más frecuentemente le dan los ataques de asma? _____
i.) ¿A padecido alguna vez de eczema y otros problemas de la piel: SI NO
j.) En caso afirmativo ¿Cuáles?: _____

IV.

- a.) ¿Con cuál de sus padres se llevó usted mejor? _____
b.) ¿Por qué? _____
c.) ¿Con cuál de sus padres tuvo usted más problemas? _____
d.) Especifique de que tipo: _____
e.) ¿Cuáles eran los problemas que le afectaban más en su hogar? _____
f.) ¿Actualmente cuáles son los problemas que más le afectan o le preocupan? _____
g.) ¿Qué situaciones son las que le causan más nerviosismo o ansiedad? _____

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS

DE LA SALUD

(C I C S)

INFORME:

[Signature]
 Dr. CARLOS ARAGON DIAZ
 ASESOR.

Dr. CARLOS A. ARAGON DIAZ
 MEDICO Y CIRUJANO
 COLEGIADO No. 1069

SATISFECHO.

[Signature]
 Dr. AXEL OLIVA
 REVISOR.

ROBADO:

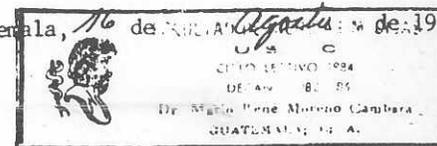


[Signature]
 DIRECTOR DEL CICS

IMPRIMASE:

[Signature]
 Dr. Mario René Moreno Cámara
 DECANO
 FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.
 U S A C .

Guatemala, 16 de *[Month]* de 1984.



Los conceptos expresados en este trabajo son de responsabilidad únicamente del Autor. (Decreto de Tesis, Artículo 44).

GRUPO DE ASMAICOS	PRIMERA EVALUACION	SEGUNDA EVALUACION
NOMBRE		
EDAD		
SEXO		
POSTURA		
Capacidad Respiratoria		
Amplitud de M. Superior		
Resistencia al Ejercicio		
Tolerancia al Ejercicio		
Adaptación al Grupo		
OBSERVACIONES		
VISITAS A EMERGENCIA		
RECAIDAS		