

# TERAPIA INHALATORIA EN CRISIS ASMÁTICAS ¿CONOCEMOS SU METÓDICA?

## RESULTADOS DE ENCUESTA A PERSONAL MULTIPROFESIONAL

Ruiz Pacheco, María Ángeles; ; Jaen Moreno, María; Martínez Álvarez, Ana;  
Esteban Blanes, Alberto; Beteta Fernández, Dolores; Pérez Canovas, Carlos.

**URGENCIAS DE PEDIATRIA. HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA**

# Introducción

- La terapia inhalatoria con B-agonistas es el tratamiento de elección de la crisis asmática
- Efectividad similar en su administración mediante MDI o nebulización

*Salbutamol via metered-dose inhaler with spacer versus nebulization for acute treatment of Pediatric asthma in the Emergency Department. Pediatric Emergency Care. October 2004*

*Acute asthma exacerbation in children. Emergency Department management. UpToDate. Review Jun 2017*

- Mayor eficiencia en estudios coste-efectividad en el manejo mediante MDI

*Implementation of a Policy Change: Replacement nebulizers by spacers for the treatment of asthma in children. IMAJ 2015*

# Objetivos

- Valorar el **conocimiento previo** de uso de terapia inhalatoria y la **formación específica** de los profesionales sanitarios en la administración de terapia inhalada previa realización de cambio en las indicaciones del tipo de tratamiento (inhalado MID vs nebulizado) según protocolo interno.

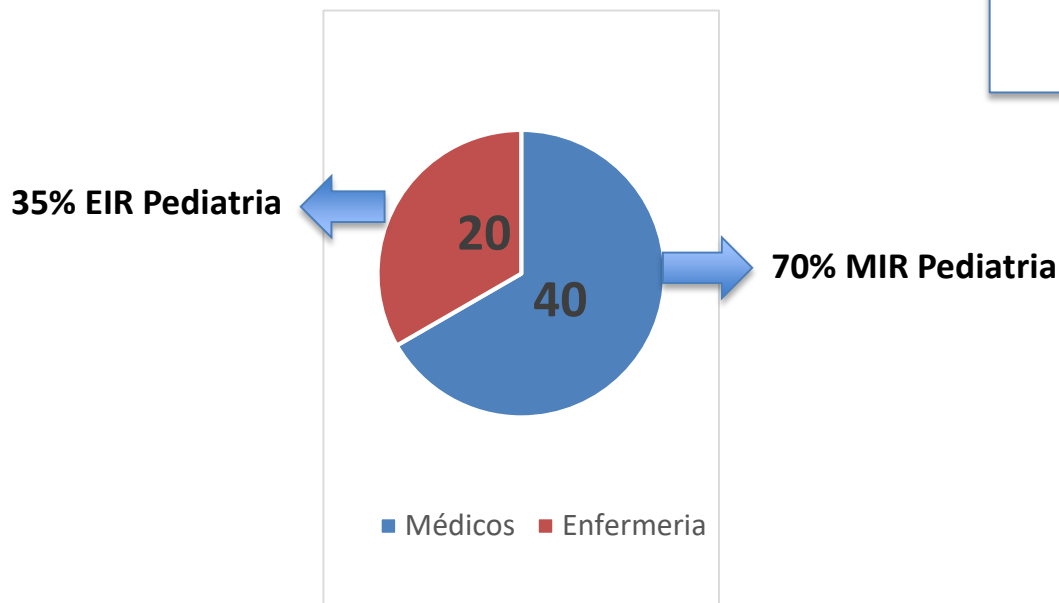
# Metodología

- **Estudio descriptivo** del conocimiento de terapia inhalatoria entre los profesionales sanitarios de urgencias pediátricas (enfermería y médicos) mediante **una encuesta on line.**
- Cuestionario de 13 preguntas con 3 opciones de respuesta (si, no , no sabe/no contesta)
- Se analizaron factores referentes al uso de **escalas y protocolos, conocimiento de técnica de administración, formación previa** en el uso de dispositivos de administración de BA y **percepción de necesidades formativas.**

# Resultados

- Numero de encuestas enviadas: 75
- Tasa de respuesta del 80% (n=60)

- La totalidad de los encuestados refieren que el uso de escalas en la medición de gravedad es beneficioso



Uso en la práctica clínica:  
.100 % médicos  
.14.3 % enfermería

-\***Crisis leves y crisis moderadas que NO precisen oxigenoterapia** (SatO2 > 92%)



Tratamiento broncodilatador inhalado mediante **MDI** con cámara

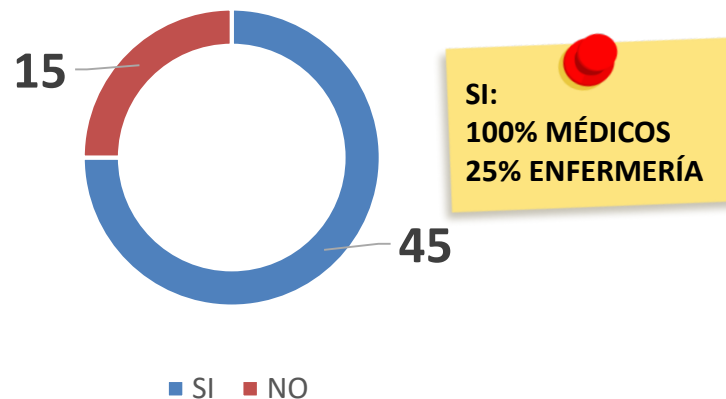
-\***Crisis moderadas que precisen oxigenoterapia** (SatO2 < 93%) y en crisis **graves**



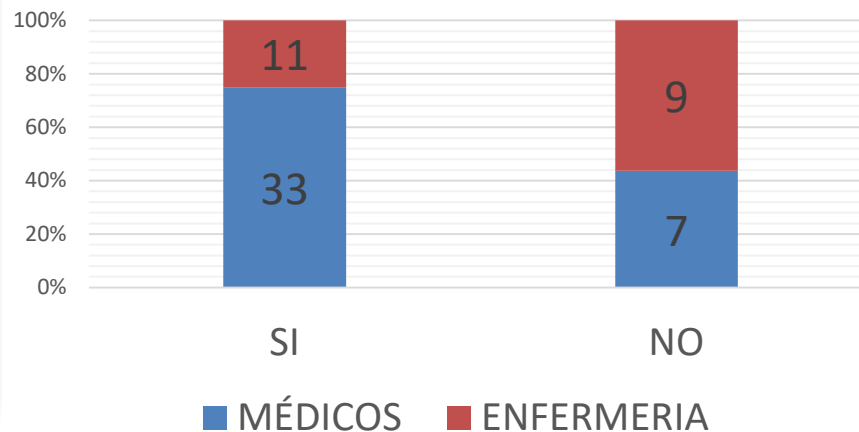
Tratamiento nebulizado

\*Tratamiento de las crisis de broncoespasmo  
Protocolo interno. Urgencias de pediatría. HUVA

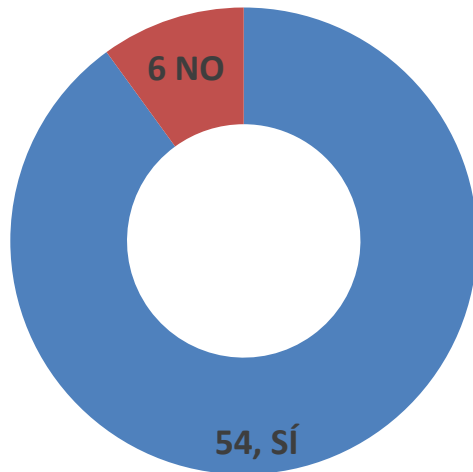
¿CONOCE LA INDICACIÓN CLÍNICA, SEGÚN PROTOCOLO INTERNO, DE LA ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO MDI FRENTE AL NEBULIZADO?



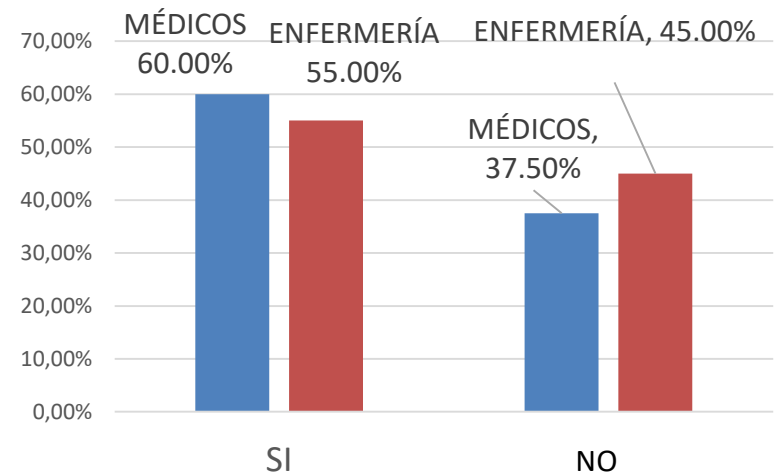
¿EL TRATAMIENTO INHALADO MDI ES AL MENOS IGUAL DE EFICAZ QUE EL NEBULIZADO?



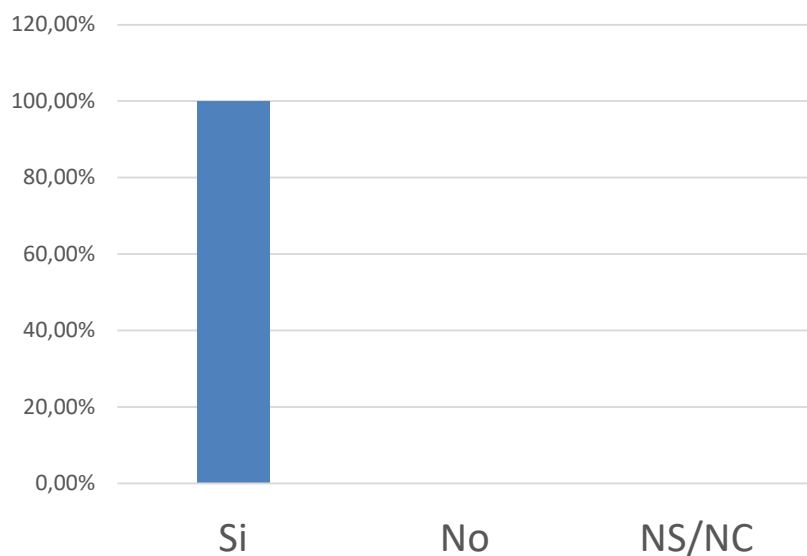
¿Cree que el **tratamiento nebulizado** precisa de **mayor tiempo de estancia** en urgencias que el MDI?



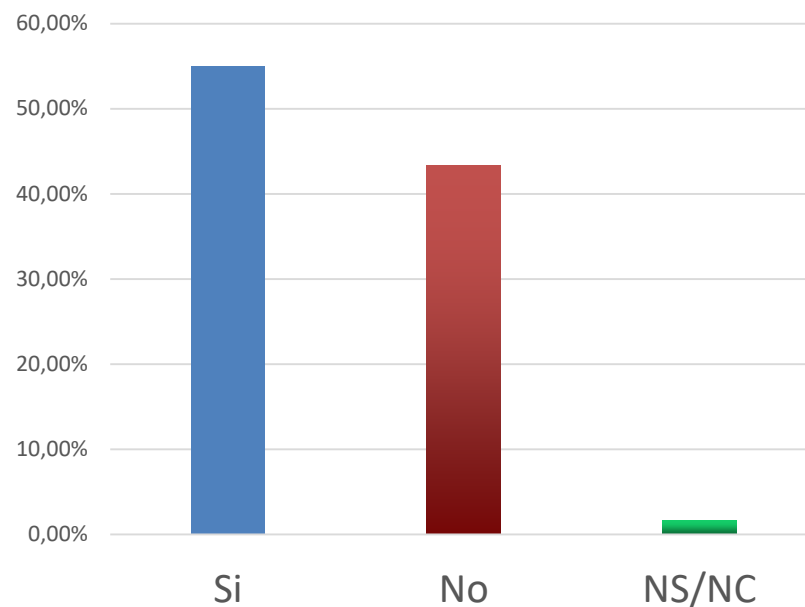
¿Piensa que el **tratamiento nebulizado** precisa un mayor **tiempo de atención** por parte de **enfermería**?



¿Cree que son necesarios **cursos sobre técnicas respiratorias** para su práctica clínica y su desarrollo en el ámbito de urgencias?



¿Ha asistido a **taller específico** en los últimos 5 años?





# Conclusiones

1. El personal de enfermería tiene un menor conocimiento en el uso de escalas clínicas e indicaciones de tratamiento según grado de severidad en las crisis de broncoespasmo.
2. Los pediatras perciben gran conocimiento de los protocolos internos de la terapia inhalatoria con B-agonistas, no así por parte de enfermería.
3. Alta creencia que el uso del MDI es igual de eficaz al tratamiento nebulizado
4. La percepción de formación en terapia respiratoria es alta, sin embargo la formación efectiva es escasa

**Moltes gràcies**  
**Muchas gracias**

