

MANEJO DE LAS CRISIS ASMÁTICAS EN NIÑOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

Ruiz Jurado S; Morante Jiménez V.

Palabras clave: asma, urgencias, pediatría, familia, educación, crisis asmática.

RESUMEN

Las crisis asmáticas constituyen una situación de gran urgencia ya que, si no se resuelve puede derivar en poco tiempo a una situación que compromete la vida del paciente. Es muy importante el correcto manejo de las crisis en edad pediátrica, tanto por parte de los profesionales de los servicios de urgencia como por parte de los familiares. **Objetivo:** Determinar los conocimientos que tienen los pacientes y familia, si estos conocimientos influyen en la calidad de vida del paciente y en la necesidad de las visitas hospitalarias al servicio de urgencias. Determinar si existe un método de actuación protocolizado basado en la evidencia científica. **Metodología:** Se realizó una revisión bibliográfica a partir de Guía Salud y NGC, para Guías de Práctica Clínica, Cochrane, para revisiones sistemáticas y PUBMED, CINAHL y MEDES como bases de datos para la búsqueda de artículos científicos. Se ha limitado a trabajos posteriores al año 2008. **Resultados:** Un correcto control de la enfermedad asmática puede determinar una buena calidad de vida, y una correcta actuación por parte de los pacientes y familia, puede evitar la visita a los servicios de urgencia. Por parte de los profesionales, una actuación rápida y estandarizada asegura una asistencia de calidad y basada en la evidencia.

INTRODUCCIÓN

El asma es una enfermedad respiratoria crónica en la que los factores genéticos y ambientales interaccionan y generan las manifestaciones clínicas. Los síntomas son similares en cualquier edad, sin embargo, determinados rasgos en la infancia la distinguen de la forma del adulto. La prevalencia de esta enfermedad es elevada, 5% de los adultos y alrededor del 10% de los niños en nuestro medio la presentan¹.

Si bien los tratamientos actuales posibilitan el control del asma en hasta un 90% de los casos, en realidad, según datos de una Guía de Práctica Clínica sobre Asma Infantil de 2014, menos del 50%

de los pacientes tiene controlada su enfermedad. De hecho, el 70% del coste anual que el Sistema Nacional de Salud (SNS) destina cada año al tratamiento del asma se emplea en el manejo del asma mal controlada. En total, el 83,9% del gasto se deriva de los costes sanitarios siendo los medicamentos (27,9%), las exploraciones (24%) y los ingresos hospitalarios (17%), los recursos que generan un mayor coste económico. Así, el 16,1% restante corresponde a recursos no sanitarios: absentismo laboral y escolar, incapacidades, jubilaciones anticipadas, y muertes prematuras –en nuestro país, el asma es responsable cada año de la muerte de dos personas por cada 100.000 habitantes¹.

Las crisis asmáticas constituyen una situación de gran urgencia ya que, al estar comprometida la entrada de aire por la vía aérea, si no se resuelve puede derivar en poco tiempo a una situación que compromete la vida del paciente. Por eso es muy importante el correcto manejo de las crisis, más aún si hablamos de pacientes en edad pediátrica, tanto por parte de los profesionales de los servicios de urgencia como por parte de los familiares, así como su detección precoz de los síntomas.

En un ataque de asma, las vías respiratorias (conductos que llevan aire a los pulmones) se estrechan por los espasmos musculares y la inflamación. Los broncodilatadores (inhaladores que permiten la apertura de los pulmones y las vías respiratorias) pueden usarse para tratar los espasmos, y los corticoesteroides para la inflamación. Los corticoesteroides pueden inhalarse, o tomarse por boca (vía oral), o ser inyectados en las venas (vía intravenosa)².

Según un artículo publicado en 2013, las crisis asmáticas constituyen una de las principales causas de atención sanitaria urgente, hospitalizaciones y absentismo escolar, lo que contribuye a un notable deterioro de la calidad de vida del paciente y provoca importantes costes sociosanitarios³.

Es ampliamente conocido que disponer de la información no es suficiente para cambiar la práctica habitual. Por ello, actualmente se proponen otras estrategias para potenciar la práctica de una medicina basada en la evidencia, como son las publicaciones en revistas o páginas web, actos de presentación, utilización de programas informáticos de ayuda y la realización de sesiones didácticas, seminarios o talleres formativos³.

En cuanto al manejo de la enfermedad por parte del propio niño, el aprendizaje de estrategias de automanejo para la prevención del asma o para el control de ataques puede ayudar a mejorar la función pulmonar del niño y su actitud hacia el autocontrol y además puede reducir las ausencias escolares y los días de actividad restringida y disminuir la utilización de los servicios de

emergencias. Según una revisión sistemática publicada en 2008, no hallaron diferencias en el riesgo o la frecuencia de hospitalizaciones entre la atención habitual y una atención complementaria y la educación para el automanejo. Estos tipos de eventos más graves y poco comunes no dependen exclusivamente de la influencia de la educación⁴. De lo que se deduce que la educación dada a los pacientes quizás no haga que se produzcan menos crisis, ya que estos son eventos innatos de la enfermedad y producidos por otros factores. Pero sí puede hacer diferente la manera en la que el paciente y familia aborda esa situación de emergencia y riesgo, con el consiguiente estrés que produce, y sus actuaciones frente a esa situación que provienen de la educación, sí podrían cambiar el resultado de la crisis. Evitando la visita a urgencias, que sea necesaria pero que la situación sea de menor gravedad gracias a las medidas tomadas o simplemente que produzca menos estrés por la sensación de control de la situación.

OBJETIVO

Determinar los conocimientos que tienen los pacientes y familia de su enfermedad, si conocen su enfermedad, signos y síntomas de alerta, factores de riesgo, identificación de una crisis y métodos de actuación.

Conocer a partir de qué edad se puede considerar la autonomía del niño para el uso de inhaladores y que participe activamente en el manejo de su enfermedad, así como el uso correcto de inhaladores y la influencia de este hecho.

Determinar si la adquisición de estos conocimientos por parte del paciente y familia influye en la calidad de vida del paciente, en las resoluciones de las crisis y en la necesidad de las visitas hospitalarias al servicio de urgencias, así como en la necesidad de futuros ingresos por la misma causa.

Determinar si existe un método de actuación protocolizado y estandarizado en los servicios de urgencia y basado en la evidencia científica.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica a partir de la Escuela Andaluza de Salud Pública (easp) explorando evidencia de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, para Guías de Práctica Clínica a través de Guía Salud y NGC, para revisiones sistemáticas a través de Cochrane y en diferentes

bases de datos del ámbito sanitario buscando artículos científicos como PUBMED, CINAHL, SCIELO y MEDES. Se ha limitado a trabajos posteriores al año 2008.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Según un artículo publicado en 2012, la gravedad de la crisis y la necesidad de ingreso no está relacionada significativamente con los conocimientos que tienen los padres, pero menos del 40% de ellos sabían identificar correctamente los síntomas de las exacerbaciones, casi la mitad opinaba que el asma era un problema nervioso y la mayoría de los padres no supo detectar los factores desencadenantes de una crisis. Más del 30% desconocía la existencia de tratamiento preventivo⁵. Los resultados encontrados evidenciaron que los conocimientos sobre las crisis asmáticas en la familia son insuficientes y que existen falsas creencias acerca de la patogenia de esta enfermedad.

La adecuada realización de la técnica inhalatoria es un elemento a veces no tenido en cuenta a la hora de evaluar las causas que propician una evolución no satisfactoria del asma bronquial. En un estudio realizado en 2013 en el que se tomó como grupo de estudio a escolares con asma bronquial severa persistente y como grupo control a escolares asmáticos no severo persistentes, casi el 80% de los escolares del grupo de estudio realizaron mal la técnica de inhalación de los medicamentos y en el grupo control más del 60% lo hacía de forma adecuada, evidenciando relación de dependencia entre el modo en que se realiza la técnica inhalatoria y la severidad del asma ($p= 0.0115$). Pero a pesar de que existió asociación entre la realización correcta de la técnica inhalatoria y la severidad del asma esta fue considerada no intensa ($OR= 0.19$)⁶.

Según una revisión sistemática publicada en 2008 y basada en 32 ensayos, los programas educativos fueron asociados con reducciones moderadas de los días de ausentismo escolar, días de actividad restringida y visitas a la sala de emergencias. Los efectos de la educación tuvieron un mayor impacto en la mayoría de los resultados en casos moderados-graves, en comparación con casos de asma leve-moderada y en los estudios que emplearon estrategias de flujo pico versus estrategias basadas en síntomas. Los efectos fueron evidentes dentro de los primeros seis meses, pero en las mediciones de morbilidad y utilización de atención sanitaria fueron más evidentes después de los 12 meses. De lo que se deduce que los programas educativos de automanejo del asma en niños mejoran una amplia gama de mediciones de resultados. La educación para el automanejo dirigida a la prevención y al control de ataques debería ser incorporada a la atención rutinaria del asma. Las conclusiones acerca de la eficacia relativa de los diversos componentes están

limitadas por la falta de comparaciones directas⁴.

Una recomendación fuerte de la GPC sobre Asma Infantil de 2014 fue: “Se recomienda realizar intervenciones educativas en aquellos niños con asma y alto riesgo (que han sido ingresados o con visitas a urgencias). Esta intervención educativa se podría realizar antes del alta médica en el hospital, así como en la visita a urgencias o en la consulta de atención primaria o especializada”¹.

Muchos aspectos fueron también demostrados según una revisión publicada en 2009 basada en 38 estudios, que también asegura que después de la intervención educacional proporcionada a los niños, sus padres o ambos, hubo una reducción significativa del riesgo de visitas posteriores al servicio de urgencias y los ingresos hospitalarios comparados con el control. También hubo menos visitas médicas no programadas. De estos estudios dedujeron que la educación sobre el asma dirigida a los niños y sus cuidadores que se presentan al servicio de urgencias por exacerbaciones agudas puede dar lugar a un menor riesgo de visitas futuras al servicio de urgencias y de ingresos hospitalarios. Aún no está claro el efecto a largo plazo de la educación sobre otros marcadores de morbilidad por asma como calidad de vida, síntomas y función pulmonar. Permanece incierto qué tipo, duración e intensidad de los paquetes educacionales son más efectivos para reducir la utilización de los servicios de urgencia⁷.

A otro de nuestros objetivos responde el artículo mencionado anteriormente⁶, que obtuvo como resultados que en el grupo de estudio de escolares con asma bronquial severa persistente más del 90% de las familias tenían conocimientos insuficientes o parcialmente suficientes sobre la enfermedad, a diferencia de lo encontrado en el grupo control de escolares asmáticos no severo persistentes donde más de la mitad de las familias tenían conocimientos suficientes ($p=0.00019 < \alpha$). Además, más del 80% de las familias del grupo de estudio no cumplía con el control de los elementos del medio ambiente capaces de desencadenar sintomatología respiratoria alérgica, comúnmente denominado control ambiental, lo cual contrastó con lo encontrado en el grupo control, en el que se constató que casi el 60% de las familias cumplían satisfactoriamente dichas medidas. El tratamiento ínter crisis o también llamado de sostén, o controlador, debe ser mantenido por meses e incluso años en la mayor parte de los niños asmáticos, en particular en aquellos clasificados como ABSP. En el grupo de estudio casi el 90% fueron considerados como incumplidores y parcialmente cumplidores. En el grupo de control la categoría más representada fue la que agrupó a aquellos asmáticos que cumplían adecuadamente el tratamiento indicado, 65.3 %, ($p=0,0002 < \alpha$)⁶.

Para nuestro último objetivo hemos encontrado respuesta tanto en un artículo de 2013³, como en una revisión sistemática publicada en 2008². En el primero existe una alta coincidencia en la

valoración de la gravedad de los casos. Más del 90% utiliza 2 agonistas inhalados en la crisis asmática leve, el 75% utiliza corticoides orales en crisis moderadas y el casi el 80% utiliza bromuro de ipratropio en las crisis graves. El 98% considera importante hacer educación terapéutica en los SU (servicios de urgencias). Solo 8 (2,7%) utilizan la medición del pico de flujo espiratorio máximo. Los encuestados que trabajan en un hospital de tercer nivel utilizan con más frecuencia escalas de gravedad (90,5% vs. 80%, $p = 0,009$) y administran corticoides parenterales con menos frecuencia (53,2% vs. 66,4%, $p = 0,017$). De todo esto se deduce que aunque un porcentaje elevado de pediatras que trabajan en los SU siguen las guías de práctica clínica, se han detectado aspectos en los que el abordaje del asma es discordante entre los diferentes profesionales³.

Según la revisión basada en 12 estudios que comparaban al grupo de estudio, pacientes con corticoesteroides, y al grupo control, con placebo, el uso precoz de corticosteroides para el asma aguda en el SU reduce significativamente la tasa de ingresos. Esto correspondería a un número necesario a tratar de 8 (IC del 95%: 5 a 21). Este beneficio fue más pronunciado para los que no habían recibido anteriormente corticosteroides sistémicos en el momento de la presentación en el SU y para aquellos con asma más grave. El tratamiento con corticosteroides orales en los niños, fue especialmente eficaz ($N = 3$; OR: 0,24; IC del 95%: 0,11 a 0,53). Los efectos secundarios no fueron significativamente diferentes entre los tratamientos con corticosteroides y placebo. De esto dedujeron que el uso de corticosteroides dentro de una hora, desde la llegada a un SU, reduce significativamente la necesidad de ingreso en el hospital de pacientes con asma aguda. Los beneficios parecen mayores en los pacientes con asma más grave, y en los que no están recibiendo esteroides. Los niños parecen responder bien a los esteroides orales².

CONCLUSIONES

Los conocimientos sobre la crisis asmática en la familia son insuficientes y algunas pueden tener creencias erróneas sobre la enfermedad.

No se han encontrado datos sobre qué edad es la idónea para que el niño comience a ser autónomo para el uso de inhaladores y el manejo de su enfermedad, pero sí existe asociación entre el modo en que se realiza la técnica inhalatoria y la severidad del asma, aunque fue considerada no intensa.

Los programas educativos enfocados a incrementar el automanejo de la enfermedad asmática en niños mejoran muchos resultados de las mediciones, por lo que la educación para el automanejo dirigida a la prevención y control de crisis asmáticas debería ser incorporada en la atención del asma. Estas intervenciones educativas se podrían realizar antes del alta médica hospitalaria, en el

servicio de urgencias o en las consultas de atención primaria y especializada. Con esto se conseguirá un menor riesgo de visitas al servicio de urgencias y de ingresos hospitalarios. Aunque se desconoce de qué tipo, duración e intensidad deben de ser los paquetes educativos para ser más efectivos.

El control ambiental es también un factor importante que influye en la gravedad y persistencia del asma bronquial, así como el cumplimiento del tratamiento. Ambos factores son responsabilidad en mayor parte de la familia, ya que se trata de pacientes asmáticos infantiles, y pueden ser consecuencia de los conocimientos sobre la enfermedad, lo que apoyaría también la necesidad de educación sanitaria.

Aunque un porcentaje elevado de servicios de urgencias siguen las guías de práctica clínica, existen algunos aspectos sobre el abordaje de la crisis asmática en los que se encuentran diferencias entre los profesionales.

Un correcto control de la enfermedad puede determinar una buena calidad de vida, y la detección precoz de los síntomas y una correcta actuación por parte de los pacientes y familia, puede evitar la visita a los servicios de urgencia. Por parte de los profesionales, una actuación rápida y estandarizada asegura una asistencia de calidad y basada en la evidencia. El personal de enfermería debe conocer los protocolos actualizados de actuación ante crisis asmática para aunar las técnicas e intervenciones que se realizan a estos pacientes en los distintos centros, y que estas actuaciones estén basadas en la evidencia más reciente posible. Habría que insistir en la educación sanitaria y en la enseñanza del uso correcto de los inhaladores a los niños.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Asma Infantil. Guía de Práctica Clínica sobre Asma Infantil. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco - OSTEBA; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
2. Rowe BH, Spooner C, Ducharme FM, Bretzlaff JA, Bota GW. Tratamiento precoz del asma aguda con corticosteroides sistémicos en el servicio de urgencias (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

3. Claret Teruel G, Bilbao Meseguer N, Valverde-Molina J, KortaMurua J, Sotoca Fernandez JV, Sánchez Echaniz J, Crisis asmática en los servicios de urgencias en España, ¿cuál es nuestra práctica habitual? *Anales de Pediatría* 2013;78(4): 216-226.
4. Wolf FM, Guevara JP, Grum CM, Clark NM, Cates CJ. Intervenciones educativas para el asma infantil (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
5. García-LuzardoMR, Aguilar-Fernández AJ, Rodríguez-Calcines N, Pavlovic-Nesic S, Conocimientos acerca del asma de los padres de niños asmáticos que acuden a un servicio de urgencias. *Acta Pediátrica Española* 2012;70(5): 196-203.
6. Coro Carrasco Zoraya. Conocimientos y modos de actuación de la familia en escolares con asma bronquial. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2013 Ago [citado 2016 Nov 06] ; 17(4): 11-23. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000400003&lng=es.
7. Michelle Boyd, Toby J Lasserson, Michael C McKean, Peter G Gibson, Francine M Ducharme, Michelle Haby. Intervenciones educativas para niños en posible visita al servicio de urgencias a causa del asma (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 2 Art no. CD001290. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).