

Ana López Lorente, María Pilar López Esteban

PALABRAS CLAVES

Crisis asmática, niño, enfermería pediátrica, urgencias

RESUMEN

Los pacientes asmáticos a veces presentan episodios de crisis asmática. En ella hay que actuar con rapidez, valorar el riesgo, según el cual se administra el tratamiento y cuidados adecuados en el mínimo tiempo posible para evitar complicaciones.

INTRODUCCIÓN

Asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas, que conlleva obstrucción crónica del flujo aéreo, donde aparece tos, dificultad respiratoria, dolor torácico, sibilancias y disminución del flujo espiratorio. Se da más en la edad infantil.

La crisis asmática es un episodio agudo que se caracteriza por un aumento de uno o más de los síntomas descritos anteriormente. Ante una crisis asmática es importante una pronta valoración para determinar la gravedad y poner en marcha el protocolo de actuación indicado lo antes posible.

OBJETIVOS

Desobstrucción de la vía aérea y aumentar la oxigenación.

METODOLOGÍA

Se realiza búsqueda bibliográfica en Cuiden, Dialnet y Scopus, Los descriptores utilizados han sido “Crisis asmática”, “niño”, “enfermería pediátrica” y “urgencias”. Los criterios de inclusión fueron artículos del 2005 en adelante en castellano. Los criterios de exclusión son títulos que no se ajusten a lo buscado. Con estos criterios y en las diferentes bases de datos, se han encontrado un total de 206 artículos con estas características, de los cuales, se han seleccionado para el estudio 7 artículos.

RESULTADOS Y DISCUSION

Ante la llegada a urgencias de un niño/a con crisis asmática, enfermería tiene que realizar una rápida valoración de su gravedad y descartar el riesgo de posible parada cardiaca (bradipnea, escaso esfuerzo respiratorio, cianosis, nivel de consciencia, hipotonía o agitación). Monitorizar frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno.

Informarse si ha sufrido previamente crisis asmáticas graves, que haya necesitado intubación o ingreso en UCI; si usa actualmente corticoides inhalados, broncodilatadores, o tiene alguna alergia.

Posteriormente, se hace historia clínica completa, donde se determina los posibles desencadenantes (alérgenos, infecciones respiratorias, fármacos, tabaco, etc), exploración física completa con toma de constantes vitales, tiempo de evolución de la crisis, sibilancias, uso de esternocleidomastoideo, si se ha administrado previamente alguna medicación y cómo ha respondido, y si utiliza medicación diaria.

Para valorar la gravedad de la crisis se usa la tabla “Pulmonary Score” y la saturación de oxígeno. Si hay discordancia entre las dos tablas siempre se elige la que indique una mayor gravedad.

Puntuación	Frecuencia Respiratoria		Sibilancias	Uso de esternocleidomastoideo
	< 6 años	> 6 años		
0	< 30	< 20	No	No
1	31-45	21-35	Final espiración	Incremento leve
2	46-50	36-50	Toda le espiración (estetoscopio)	Aumentado
3	> 60	> 50	Inspiración y espiración sin estetoscopio	Actividad máxima

	Pulmonary Score	SatO2
Leve	0 – 3	> 94%
Moderada	4 – 6	91 – 94%
Grave	7 – 9	< 91%

Solo en caso de una mala respuesta al tratamiento, se hará radiografía de tórax y gasometría venosa.

En crisis asmática grave se pone O₂ para mantener una saturación mayor del 93%, broncodilatadores de acción corta y corticoides inhalados.

Cuando en una crisis moderada o grave no tiene buena respuesta al tratamiento, tiene otra enfermedad asociada, saturación de oxígeno <93%, bajo nivel de consciencia, constantes vitales inestables u otra causa que lo justifique, se plantea el ingreso hospitalario, incluso en UCI.

En las crisis asmáticas se produce un aumento de secreciones, pero no se da fisioterapia ni se aspira, porque se puede provocar otra crisis.

CONCLUSIONES

Ante una crisis asmática es importante una rápida valoración, para adaptar la actuación y aplicación del protocolo, iniciando el tratamiento lo antes posibles, para evitar complicaciones graves e incluso la muerte. Manteniendo una observación constante de frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, saturación de O₂, permeabilidad de las vías aéreas y mantener en posición semiincorporado.

BIBLIOGRAFIA

Ramos-Barbón D. De la biología a la clínica. Asma. Arch Bronconeumol. 2007;43. Extraordinario 2:3-14.

Rodrigo C. Asma aguda severa: su manejo en la emergencia y cuidado intensivo. Med Intensiva. 2006; 30: 460-70.

Cano AG, González MJ, Herrero LA, Martín MJ. Asma y crisis asmática. Principios de urgencias, Emergencias y cuidados críticos 2009.

Guía Española para el Manejo del Asma. Gema, 2009.

Sánchez Etxainz J, Mintegui Raso S. Crisis asmática. En: Protocolos diagnósticos terapéuticos de urgencias pediátricas SEUP-AEP. Asociación Española de Pediatría. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 2 ed. Madrid .2010.

Echevarria Olavarria F, Pérez Lescue Pizarro FJ. Tratamiento de la crisis asmática. Rev. Pediatría de Atención Primaria.2005. Vol VII; N° 2; 107-125

Sánchez Bahillo M, García Marcos L, Pérez Fernández V, Martínez Torres ME, Sánchez Solís M. Evolución de la mortalidad por asma en España, 1960-2005. Arch Bronconeumol. 2009; 45: 123-8.