

Guía Rápida correspondiente a

**Documentos Técnicos del GVR
(DT-GVR-1)**

Normas de Calidad para el tratamiento de la Crisis de Asma en el niño y adolescente

Normas de Calidad de prescripción para el Asma en Pediatría de Atención Primaria. Criterios de Calidad a alcanzar por todos los niños y adolescentes españoles con asma.

Autor:

Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap)

Redactores:

Antonio Jiménez Cortés
Manuel Praena Crespo
Alfonsa Lora Espinosa

Revisión por pares:

Grupo de Vías Respiratorias: Jose Luis Montón Alvarez (Madrid), Ignacio Carvajal Uruña (Asturias), Juan José Morell Bernabé (Extremadura), Carlos A. Díaz Vázquez (Asturias), Carmen Fernandez Carazo (Andalucía), Luis Bamonde Rodriguez (Galicia), Alfredo Cano Garcinuño (Castilla-León), Pablo Mola Caballero de Rodas (Asturias), Isabel Mora Gandarillas (León), Agueda García Merino (Asturias), Manuel Praena Crespo (Andalucía), Alfonsa Lora Espinosa (Andalucía), Pepa Torregrosa Bertet (Cataluña), Luciano Garnelo Suárez (Galicia), Javier E. Blanco González (Madrid), Begoña Domínguez Aurrecochea (Asturias), Antonio Jimenez Cortés (Andalucía), Jose Antonio Castillo Laita (Aragón), Carlos Pardos Martínez (Aragón), Maite Callen Blecua (País Vasco), Antonio Pons Tubío (Andalucía), Jesus M. Pascual Pérez (Madrid), Isabel Ubeda Sansano (Valencia), Jose Murcia Garcia (Andalucía), Javier Perez Porcuna (Cataluña)

Fecha de publicación:

19 de Octubre de 2006

Cómo citar este documento:

Jiménez Cortés A , Praena Crespo M, Lora Espinosa A y Grupo de Vías Respiratorias. *Guía Rápida Manejo de la Crisis. Normas de Calidad para el tratamiento de la Crisis de Asma en el Niño y Adolescente*. Documentos técnicos del GVR (publicación DT-GVR-1) [consultado día/mes/año]. Disponible en: www.aepap.org/gvr/protocolos.htm

Guía Rápida de Manejo de la Crisis de Asma

CRISIS LEVE*

Conciencia normal o agitado
Habla con frases normales
Disnea leve al andar.
Frecuencia respiratoria normal o algo aumentada.
Frec. cardíaca: < 100 lpm
Tiraje: habitualmente no.
Sibilancias moderadas
PEF post β_2 > 80%
Sat O₂ igual o > 95%

CRISIS MODERADA*

Estado de conciencia agitado
Habla con frases cortas.
Disnea al hablar.
Lactante: llanto corto y dificultad para alimentarse.
Frecuencia respiratoria: igual o < 30 rpm
(De 2-5 años igual o < 50 rpm)
Frecuencia cardíaca 100-120 pm
(De 2-5 años hasta 130 lpm)
Tiraje: sí.
Sibilancias intensas.
PEF post β_2 entre 60-80%.
Sat O₂ entre 92-95%

CRISIS GRAVE*

E. de conciencia agitado
Habla entrecortada.
Disnea en reposo
Lactante: no puede comer
Frec.respiratoria >30 rpm
(De 2-5 años > 50 rpm)
Frec. cardíaca > 120 lpm
(de 2-5 años > 130 lpm)
Tiraje: intenso.
Sibilancias intensas o escasas.
PEF post β_2 < 60%
Sat O₂ < 92 %

RIESGO VITAL

Adormilado o Confuso

Cianosis

Bradicardia

Movimiento toracoabdominal paradójico

Tórax silente

β_2 agonista de acción rápida (MDI 0.1 mg/puls)
Usar la cámara adecuada
De 2 a 4 puls. cada 20 minutos (3 tandas en una hora, si fuera preciso).

β_2 agonista (polvo seco)
De 1 a 2 inhalaciones cada 20 minutos (3 tandas en una hora, si fuera preciso)

Valorar el uso de Prednisona, o dosis equipotente de otro corticoide por vía oral a 0.5 - 1 mg/Kg/día, si lo usó recientemente.

β_2 agonista de acción rápida (MDI 0.1 mg/puls)
Usar la cámara adecuada
De 4 a 8 puls. cada 20 minutos (3 tandas en una hora, si fuera preciso).

β_2 agonista (polvo seco)
Sólo si el niño puede realizar la técnica eficazmente.
De 2 a 4 inhalaciones cada 20 minutos (3 tandas en una hora, si fuera preciso)

Dentro de la 1ª hora de tratamiento, Prednisona o dosis equipotente de otro corticoide por vía oral a 1 mg/Kg/día.

O₂ continuo para alcanzar una Sat de O₂ del 95% o >

Salbutamol (solución para nebulización 5 mg/ml) 0.15 mg/kg/dosis (0.03 ml /Kg/dosis) hasta un máximo de 5 mg/ dosis.
Una nebulización / 20 minutos hasta un total de 3 en una hora.

Bromuro de ipratropio (solución para nebulización 0.25 mg por dosis, (en niños de 5 años o más, 0.5 mg/dosis) nebulizado junto al salbutamol, una nebulización / 20 minutos hasta un total de 3 en una hora.

Diluir ambos fármacos en 2-3 cc de suero fisiológico y nebulizar con O₂ a 6-8 litros p.m.

Utilizar la nebulización continua de salbutamol si la situación clínica del paciente lo requiriera.

Prednisona o dosis equipotente de otro corticoide por vía oral o parenteral a 2 mg/Kg/día (máx 60 mg).

O₂ continuo al flujo necesario para alcanzar una Sat de O₂ del 95% o >

Salbutamol nebulizado a 0.15 mg/ kg, más 250 µg (o 500 µg en niños de 5 años o >) de bromuro de ipratropio con O₂ a 6-8 litros/ min.
Repetir las nebulizaciones de salbutamol y bromuro de ipratropio sin solución de continuidad u optar por la nebulización continua de salbutamol (10 ml de éste añadidos a 140 ml de suero fisiológico en bomba de perfusión a ritmo de 12 a 15 ml/h sobre el depósito de la mascarilla de nebulización).
Canalizar vía IV Corticoide a 2 mg/K parenteral
O₂ continuo al flujo necesario para alcanzar una Sat de O₂ del 95% o >
Valorar si intubación ET y adrenalina subcut.

Buena respuesta mantenida al menos 2 horas.

Escasa duración de la respuesta, no cede o empeora. (considerar moderada)

ALTA

Dar la pauta de actuación por escrito (especificando la administración de β_2 agonista de acción rápida a demanda) Controlar en dos o tres días las crisis leves. Recomendar un ciclo corto (de 3 a 7 días) de prednisona oral a 0.5-1 mg./kg/día (o dosis equipotente de otro corticoide, Tabla III del protocolo del GVR) administrado en una o dos dosis, si se utilizó como tratamiento en Urgencias. Comprobar la técnica de inhalación. Repasar el plan de acción para las crisis. Modificar, si fuera preciso, el tratamiento de fondo.

R. buena

Respuesta mantenida durante al menos 2 horas. Ausencia o mínimos síntomas o signos. FEM o FEV1 > 70% Sat de O₂ de 95% o mayor

R. incompleta

Signos y síntomas leves o moderados. FEM o FEV1 entre 50% y 70%. Respuesta de duración < 2 horas. Saturación de O₂ entre 92-95%

R. mala

Signos y síntomas graves. FEM o FEV1 < 50%. Respuesta de duración < 1 hora. Sat. O₂ entre 92-95% o < Considerar como grave

DERIVACIÓN AL HOSPITAL

(traslado en ambulancia medicalizada)

Permanecer junto al paciente y vigilar la aparición de signos de parada cardio-respiratoria inminente. Monitorización.

β_2 Agonista nebulizado de forma continua. O₂ continuo al flujo necesario para alcanzar una Sat de O₂ del 95% o mayor Valorar si intubación ET y Adrenalina sc.

ALTA

Dar la pauta de actuación por escrito (especificando la administración de β_2 agonista de acción rápida a demanda) Controlar en 24 horas las crisis moderadas. Recomendar un ciclo corto (de 5 a 7-10 días) de prednisona oral a 1 mg./kg/día (o dosis equipotente de otro corticoide) administrado en una o dos dosis. Comprobar la técnica de inhalación. Repasar el plan de acción para las crisis. Modificar, si fuera preciso, el tratamiento de fondo.

Valoración individual. Decidir si se continua con el tratamiento. Si el paciente es de alto riesgo (tabla II del protocolo del GVR) derivar al hospital.

Fuentes: Proceso asma en la edad pediátrica SSPA 2003; British Guideline on the management of asthma 2005; Global Strategy for asthma management and prevention 2005.

¿Cuándo derivar al hospital a un niño con crisis de asma?

Todas las crisis graves con riesgo de parada cardio-respiratoria.

Todas las crisis moderadas y graves asociadas a factores de riesgo de sufrir un episodio fatal (tabla II del protocolo del GVR <http://www.aepap.org/gvr/protocolos.htm>)

Todas las crisis graves con respuesta incompleta o mala al tratamiento.

Todas las crisis moderadas con mala respuesta al tratamiento.

Valorar individual y cuidadosamente las crisis graves con buena respuesta al tratamiento y las moderadas con respuesta incompleta al mismo.