

## • asma en la edad pediátrica

### Definición funcional:

Proceso mediante el cual se identifica a la población de 0 a 14 años, con los síntomas sugerentes de asma detallados en los criterios orientativos de la Tabla I\*, se establecen los mecanismos para la detección precoz, confirmación diagnóstica, diagnóstico etiopatogénico, clasificación de la gravedad, tratamiento integral, actividades de seguimiento y educación, encaminadas a asegurar una calidad de vida óptima, la continuidad asistencial, la coordinación entre los diferentes profesionales y ámbitos de actuación y la corresponsabilidad de los profesionales y niños-adolescentes y cuidadores implicados en el proceso.

\* Tabla I. Criterios de entrada al proceso

Criterio orientativo	Criterios para el diagnóstico
<b>0 a 24 meses</b>	
- Tres episodios de disnea y sibilancias	- Descartar otros diagnósticos. - Presencia de factores de riesgo: - Antecedentes personales de atopía. - Antecedentes familiares de asma y/o rinitis alérgica en primer grado.
<b>2 a 6 años y &gt; de 6 años en los que no se puedan realizar pruebas de función pulmonar por falta de colaboración</b>	
- Tres episodios de disnea y sibilancias sin límite temporal, dos en el último año o uno si ha sido grave. - Diagnóstico de neumonía/atelectasia recurrente	- Descartar otros diagnósticos. - Respuesta al tratamiento.
<b>&gt; de 6 años</b>	
- Presencia de síntomas y signos: tos, dificultad respiratoria, opresión torácica, sibilancias, de forma continua o episódica y variable, de aparición espontánea o tras exposición a un factor desencadenante. - Diagnóstico de neumonía/atelectasia recurrente - Síntomas con el ejercicio	- Test de broncodilatación con reversibilidad positiva en periodo sintomático.  - Test de ejercicio positivo

### Normas de calidad

#### Identificación

- Deben registrarse en la historia clínica los síntomas sugerentes de asma que motivan la consulta.

#### Valoración clínica

Se hará teniendo en cuenta los siguientes aspectos claves que se registrarán en la historia clínica:

- Síntomas (en crisis y en intercrisis), edad de inicio, frecuencia, estacionalidad, si se han presentado asociados a cuadros catarrales o en ausencia de catarros, su gravedad y el impacto hasta el momento (visitas a urgencias, ingreso hospitalario si ha existido, limitación de la vida social y escolar).
- Presencia de enfermedades asociadas como rinoconjuntivitis alérgica, dermatitis atópica o alergia alimentaria.



## [asma en la edad pediátrica]

- Tratamientos recibidos previamente para los síntomas y respuesta a ellos.
- Antecedentes familiares en primer grado de asma y rinitis.
- Factores desencadenantes relacionados con los síntomas mediante anamnesis medioambiental con especial referencia a la vivienda y el dormitorio del paciente.
- Antecedentes personales.
- Exploración clínica que incluya peso y percentil, talla y percentil, inspección y auscultación especificando la presencia o no de sibilancias, y exploración de las vías aéreas superiores.

### Realización de exploraciones complementarias

- A todos los niños se les solicitará una Rx de tórax (proyección PA), siempre que no se le haya realizado en el último año.
- A todos los niños mayores de 6 años se les realizará una espirometría como medida objetiva de la función pulmonar (Anexo 4), dentro del periodo sintomático en caso de asma leve o estacional.
- A los niños cuya única manifestación clínica de asma sea la intolerancia al ejercicio, se les realizará un test de ejercicio.
- La petición y los resultados de las pruebas complementarias se registrarán en la historia clínica.
- La cita para pruebas complementarias deberá ser conocida por el paciente el mismo día de la solicitud y su fecha no deberá superar los 30 días. El documento de la citación contendrá información escrita sobre el día, la hora y el lugar de la prueba.

### Confirmación del diagnóstico de asma

- La confirmación del diagnóstico se basará en la clínica, diagnóstico diferencial y respuesta clínica al tratamiento, en los menores de 6 años. En los niños mayores de 6 años, además, en la espirometría realizada en periodo sintomático.
- Si el paciente tiene clínica sugestiva con espirometría normal se le realizará la medición de la variabilidad diurna de FEM durante 2 semanas.
- En todos los casos de asma se procederá a la identificación de los factores etiológicos y desencadenantes.
- La familia tendrá la confirmación del diagnóstico en un plazo no superior a tres meses.
- Si persiste la duda diagnóstica, procede la derivación a AE.

### Clasificación y tratamiento

- En todos los casos de asma, se procederá a clasificar la gravedad según la GINA o el Consenso Internacional Pediátrico, y se registrará y actualizará, como mínimo una vez al año, en la historia clínica de cada paciente.
- Se proporcionará al paciente un plan individual de tratamiento, por escrito, que ha de contener los siguientes aspectos (Anexo 7):
  - Medidas para reducir la exposición a los factores desencadenantes del asma.
  - Tratamiento farmacológico según la clasificación de la gravedad del asma (Anexo 6), registrándose en su historia clínica la medicación prescrita (fármaco, dosis, sistema de inhalación, fecha de prescripción) y el grado de adherencia al mismo.
  - Actividades educativas (Anexo 7), ofreciéndole a cada paciente participar en un programa educativo estructurado, basado en el automanejo.



## [asma en la edad pediátrica]

**Seguimiento**

- La periodicidad de las consultas de seguimiento dependerá de las características clínicas, funcionales, sociales y de autocuidado del paciente y cuidador. No obstante, en el asma leve se realizará una vez al año como mínimo, y en el asma moderada o grave tres veces al año.
- Los objetivos de las visitas de seguimiento en Atención Primaria son:
  - Conseguir una calidad de vida en la familia y en el medio escolar similar a la de cualquier niño de su edad.
  - Proporcionar una educación continuada al paciente y sus cuidadores.
  - Objetivar la mejoría o desaparición de los síntomas con el tratamiento indicado, así como su eventual ajuste para conseguir los criterios de buen control.
- A los niños mayores 6 años, se le realizará para el seguimiento una espirometría.
- Existirá un registro estructurado informatizado.

**Derivación**

- El paciente será informado de los motivos y beneficios esperables de la derivación.
- Se aportará la historia clínica (Intranet) o un informe donde se identifique un CMBD que justifiquen la derivación desde AP, o la resolución del motivo de derivación desde AE.
- La atención en AE tendrá una demora inferior a 30 días. Si se considera preferente tendrá una demora inferior a 7 días.

**Atención comunitaria**

- El Pediatra, Médico de Familia y/o la Enfermera de AP informarán a los centros escolares acerca de los requisitos que deben cumplir para ser considerados centros saludables para los niños con asma.

**Atención a la crisis o reagudización de asma**

- Se realizará valoración, clasificación y tratamiento con:
  - Agonista  $\beta_2$  de acción corta con cartucho presurizado con cámara o nebulizado.
  - Oxígeno controlado mediante pulsioximetría, en crisis moderadas o graves.
  - Corticoide oral precozmente (antes de una hora) a dosis de 0.5-1 mg/Kg en pauta corta en crisis moderadas o graves.
  - Bromuro de ipratropio 250  $\leq$  g/dosis nebulizado, asociado al agonista  $\beta_2$  en crisis graves (Anexo 8).
- En la crisis de asma no se recomiendan los corticoides inhalados o nebulizados como tratamiento.
- Tras un primer episodio de obstrucción bronquial aguda, no se instaurará tratamiento con corticoide inhalado, salvo si la evolución de los síntomas cumple criterios para considerar el diagnóstico de asma persistente (Anexos 6 y 8).
- No se instaurará tratamiento inhalado sin demostrar de forma práctica previamente la técnica y comprobar que el paciente y/o sus cuidadores la realizan correctamente. Antes de realizar la prescripción del fármaco inhalado y el dispositivo, se tendrá en cuenta la



## [asma en la edad pediátrica]

- compatibilidad de éstos (Anexo 7) y las características del niño.
- Se remitirá al paciente al domicilio si ha existido buena respuesta clínica y funcional (FEV1 >70% del mejor valor personal, saturación de oxígeno > 95%) al tratamiento, mantenida durante un periodo de observación mínimo de 60 minutos después de la última dosis de agonista  $\beta_2$ .
  - La indicación de derivar al paciente al SCCU-H se establecerá valorando la intensidad, la duración de los síntomas y la función pulmonar (si FEV1 o FEM < 50% de su mejor valor, o la saturación de oxígeno es < 92% después del tratamiento broncodilatador) (Anexo 8).
  - Se realizará ingreso hospitalario:
    - En planta de hospitalización, cuando exista:
      - Crisis de asma grave: síntomas o signos clínicos que persistan o empeoren después de iniciar el tratamiento; FEM < 34% del mejor valor personal una vez iniciada la nebulización, saturación de oxígeno mediante pulsioximetría < 92%.
      - Crisis de asma moderada o grave con antecedentes de asma de riesgo vital (Anexo 9).
      - Crisis con respuesta incompleta al tratamiento correcto en domicilio, Centro de Salud o DCCU-AP, sobre todo en pacientes con una crona superior a 20 minutos del DCCU-AP o SCCU-H más cercano.
      - Crisis moderada o grave en pacientes que no comprendan las indicaciones sobre el tratamiento o tengan riesgo psicosocial que dificulte su cuidado.
    - En Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) cuando cumpla los siguientes criterios:
      - Asma grave con falta de respuesta al tratamiento administrado en el SCCU-H.
      - Presencia o riesgo inminente de parada cardio - respiratoria.
      - Hipoxemia:  $PO_2 < 60$  mmHg y/o  $PCO_2 > 45$  mmHg,  $SaO_2 < 90\%$ .
  - En todos los casos de reagudización de asma, se revisará la evitación de los factores desencadenantes, la técnica inhalatoria, el plan de acción escrito, y la adherencia al tratamiento, y se educará en los aspectos deficitarios.
  - Se registrará en la historia clínica, o en un informe que se entregará al paciente o sus cuidadores, las características clínicas que motivaron la consulta al DCCU-AP o al SCCU-H, la clasificación, las actuaciones seguidas, la valoración clínica y funcional post-tratamiento y el tratamiento prescrito.

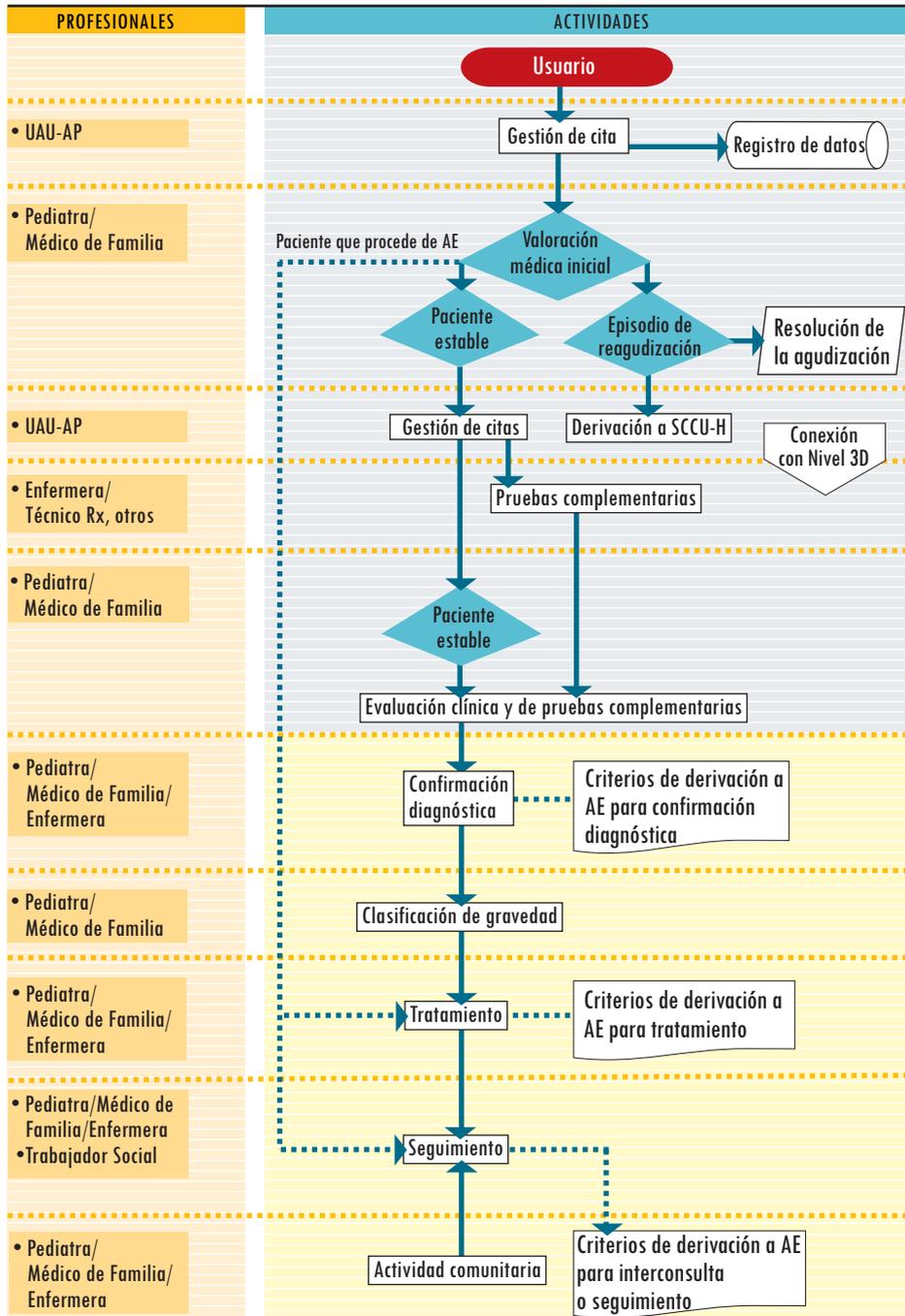
### Normas de calidad incluidas en el Contrato Programa Consejería/SAS 2003

- Antes de los tres meses tras la primera visita, todos los niños con síntomas sugerentes de asma deben haber sido diagnosticados y, en su caso, tener establecido un plan individual de tratamiento.
- En la historia clínica de todos los niños diagnosticados de asma debe constar que tanto ellos como sus cuidadores han recibido educación e información escrita sobre los sistemas de inhalación, evitación de desencadenantes y pautas de actuación relativas a la enfermedad.

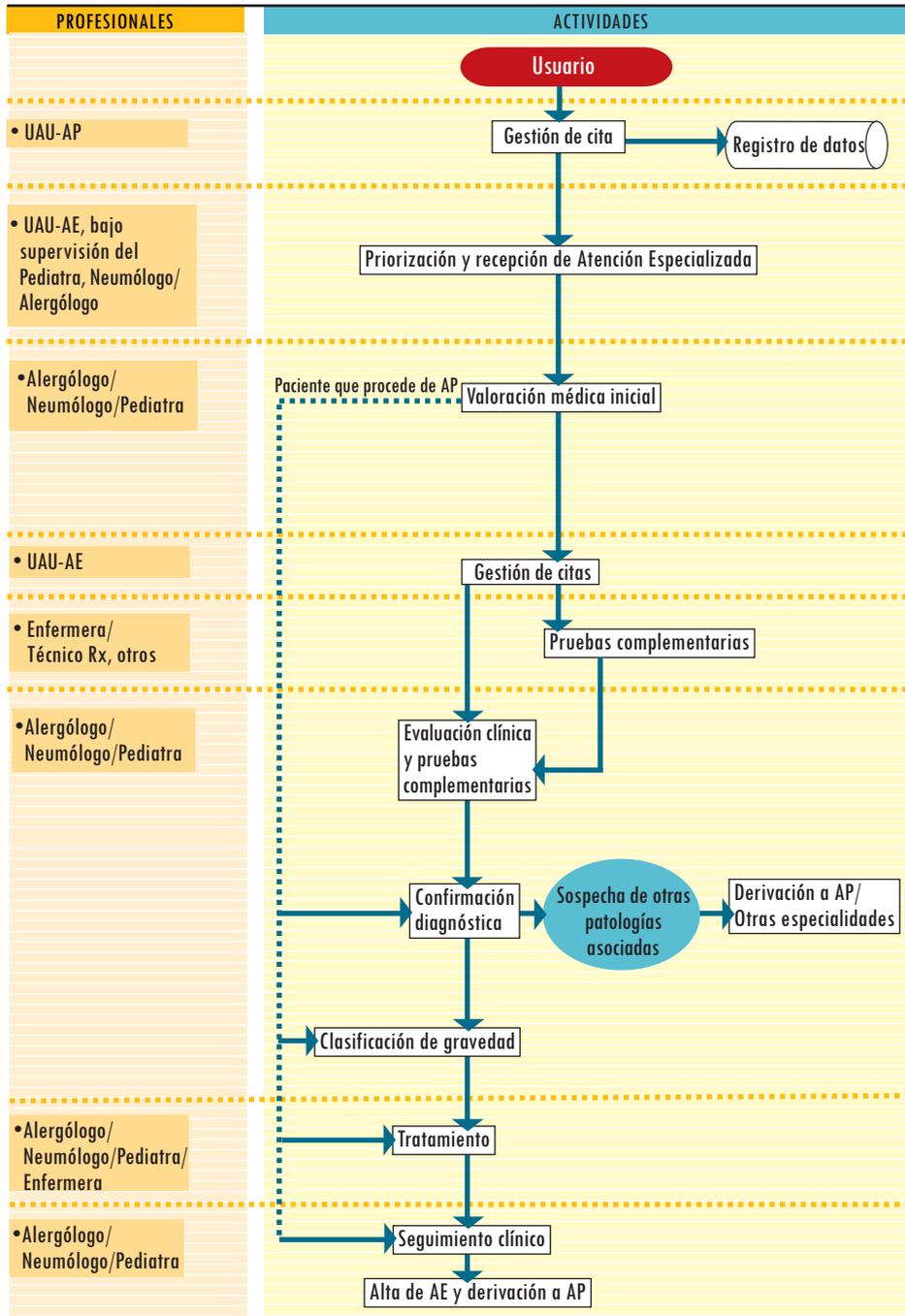


[asma en la edad pediátrica]

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3A:AP

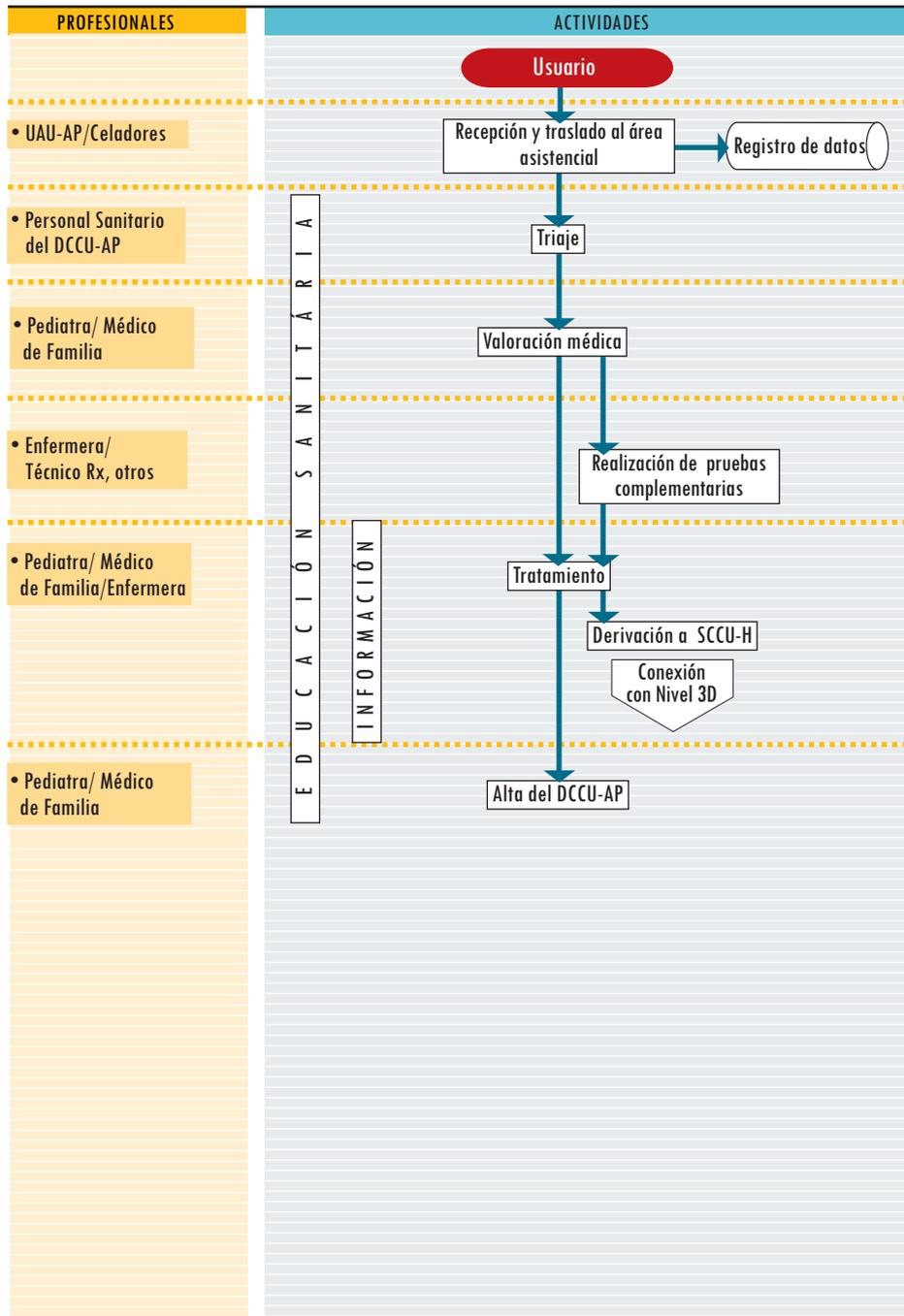


ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3B:AE

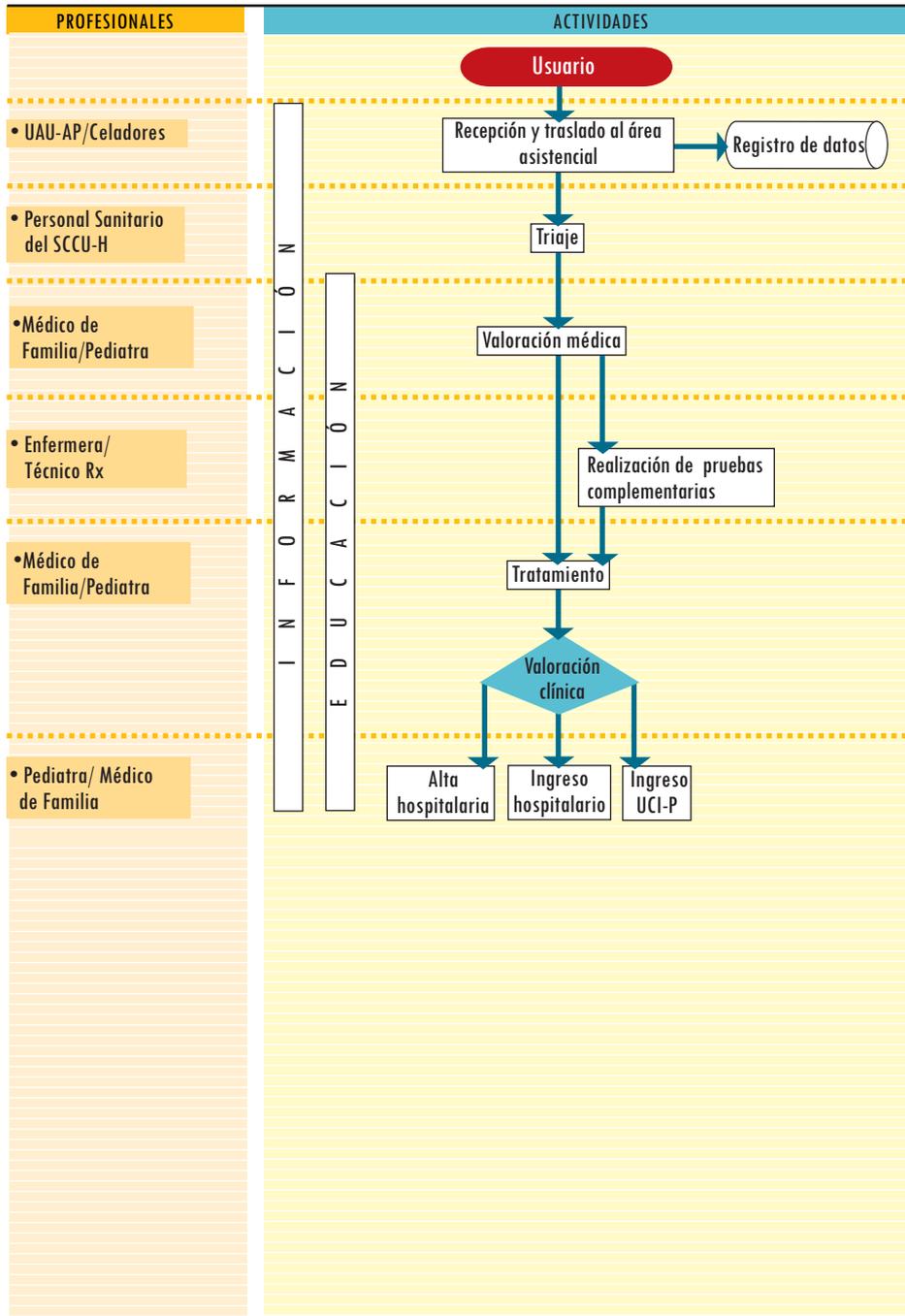


[asma en la edad pediátrica]

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3C:DCCU-AP



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3D:SCCU-H



[asma en la edad pediátrica]

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3E:061

