

Puntos clave en la Atención al Asma

A. ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA Y RECURSOS

1. Corresponde al equipo de Pediatría y Enfermería de Atención Primaria el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de todos los niños con asma
2. Si existen dudas diagnósticas, asma grave o mala evolución con el tratamiento correctamente realizado, se compartirá con el nivel hospitalario.
3. Seguir las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica, mejora la calidad de la atención y aumenta la seguridad del paciente con asma
4. La formación continuada conjunta de todos los profesionales que atienden al asma, puede mejorar la coordinación asistencial
5. En cada centro, los profesionales deben comprobar que se dispone de los recursos necesarios para realizar el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento
6. Recursos necesarios para el tratamiento de la crisis, el diagnóstico y el seguimiento:
 - Cámaras de inhalación adaptadas a las diferentes edades
 - Salbutamol, bromuro de ipratropio y corticoide oral y parenteral
 - Pulsioxímetro
 - Oxígeno
 - Espirómetro
 - Sistemas de inhalación y placebos para enseñanza de la técnica
 - Prick-test
 - Medidores de FEM

B. DIAGNOSTICO

7. El diagnóstico del asma es fundamentalmente clínico, pero siempre se debe tratar de confirmar a nivel funcional

C. TRATAMIENTO DE LA AGUDIZACIÓN

8. La vía de administración de fármacos broncodilatadores en el asma es la inhalatoria, los broncodilatadores orales no tienen ningún papel en el tratamiento del asma
9. Los beta 2 agonistas adrenérgicos de acción corta tienen un tiempo máximo de acción de 6 horas
10. En las crisis leves y moderadas, el sistema de elección para administrar broncodilatadores es el aerosol presurizado con cámara espaciadora adecuada a la edad y la vía oral para administrar corticoides
11. En las crisis graves el sistema de elección para administrar broncodilatadores es la nebulización y la vía parenteral para administrar corticoides
12. Los corticoides inhalados no sustituyen a los corticoides orales cuando estos están indicados en la crisis
13. Los corticoides inhalados prescritos como tratamiento de mantenimiento no deben suspenderse en las crisis
14. No es necesario hacer disminución progresiva hasta la suspensión de los corticoides orales utilizados en la crisis asmática, si el tiempo es inferior a 10 días
15. Los niños con crisis de asma e hipoxemia deben recibir oxigenoterapia en el traslado al hospital
16. En crisis de asma valoradas en urgencias, se aconsejara revisión por su pediatra en 24-48 horas según la gravedad de las mismas

D. TRATAMIENTO PREVENTIVO

17. Si está indicado iniciar tratamiento controlador, los corticoides inhalados son los fármacos de elección a cualquier edad
18. Se debe comprobar la adherencia al tratamiento, la técnica inhalatoria y la evitación de desencadenantes antes de aumentar un escalón de tratamiento
19. Si no se alcanza el control con dosis medias de corticoides inhalados, se recomienda asociar beta agonistas de acción larga en mayores de 5 años y antileucotrienos en menores de esa edad.
20. No debe iniciarse la disminución de los corticoides inhalados hasta que el paciente lleve un tiempo mínimo de 3 meses con buen control
21. Se puede plantear la suspensión del tratamiento preventivo cuando el paciente lleva un año bien controlado con dosis bajas de corticoides una vez al día
22. Los corticoides orales no son inocuos y su utilización en número mayor a 3 ciclos/año, requiere vigilancia de los efectos sistémicos, al igual que en los niños que reciben corticoides inhalados a dosis altas

E. EDUCACIÓN

23. La educación en el asma mejora el control y la calidad de vida de los niños y sus familias
24. Las familias deben conocer y entender el diagnóstico de asma de sus hijos y sus implicaciones para la salud
25. Las familias deben recibir la formación y disponer de un plan escrito de autocontrol que incluya:
 - Plan de tratamiento precoz de la crisis en el domicilio
 - Tratamiento de mantenimiento si se precisa
 - Informe para el centro escolar y deportivo
26. Todos los profesionales implicados deben realizar educación en el autocontrol del asma en cada contacto con el niño y la familia y comprobar el correcto manejo de la medicación inhalada

Grupo de coordinación en asma

Agustina Alonso Alvarez
Francisco J Fernández López
Lidia González Guerra
José R Gutiérrez Martínez
Angeles de Miguel Mallén (coordinadora)
Isabel Mora Gandarillas
Lucía Sánchez Cuervo
M^a Antonia Vázquez Piñera