

Crisis asmática moderada



Beatriz Félix Espinar (Rotatorio Pediatría)
Tutora: Olga Gómez Pérez (Escolares)

Anamnesis, antecedentes personales y familiares

- **Enfermedad actual:** preescolar ♀ de 2 años que ingresa por tos y dificultad respiratoria de dos días de evolución que no mejoran tras administración de salbutamol inhalado con cámara
- **Antecedentes personales:**
 - ✓ Bronquiolitis al año de vida
 - ✓ Broncoespasmos de repetición asociados a procesos catarrales desde los dos años de edad
 - ✓ No dermatitis atópica, alergias ni intolerancias alimentarias
- **Antecedentes familiares**
 - ✓ Madre, abuela materna y tío materno asmáticos

Exploración física

- ✓ Afebril, FR 41rpm, FC 166lpm, Saturación O₂: 92% con aire ambiente
- ✓ Aparato respiratorio: buena entrada de aire bilateral, tiraje subcostal moderado y leve supraesternal, sibilancias bilaterales de predominio espiratorio
- ✓ Resto exploración física normal

Diagnóstico diferencial

- **Crisis asmática:** antecedentes de sibilancias recurrentes y tos persistente tras descartar otras causas
- **Infección respiratoria:** No fiebre, tos no productiva, a la auscultación sibilancias. Mantoux: ausencia de induración a las 48-72 horas
- **Aspiración de cuerpo extraño:** no antecedentes de atragantamiento ni clínica o alteraciones radiográficas previas sugestivas
- **Fibrosis quística:** test del sudor 39mmol/L Cl-(<60)

Tratamiento y evolución

•Tratamiento

Broncodilatador (salbutamol) inhalado con cámara

+

Corticoides VO (prednisona) 1mg/kg c/12h → 3 días

+

O₂ suplementario en gafas nasales máx. 2L/min → 48h

•Evolución

Satisfactoria. Mejoría clínica progresiva. Al alta tratamiento broncodilatador a demanda y cita en Neumología

Revisión de la literatura

Consenso sobre tratamiento del asma en pediatría

Grupo de trabajo para el Consenso sobre Tratamiento del Asma Infantil:

J.A. Castillo Laita^a, J. De Benito Fernández^b, A. Escribano Montaner^c, M. Fernández Benítez^d, S. García de la Rubia^e, J. Garde Garde^d, L. García-Marcos^{c,d,e} (Coordinador), C. González Díaz^b, M. Ibero Iborra^d, M. Navarro Merino^c, C. Pardos Martínez^a, J. Pellegrini Belinchon^e, J. Sánchez Jiménez^c, J. Sanz Ortega y J.R. Villa Asensi^c

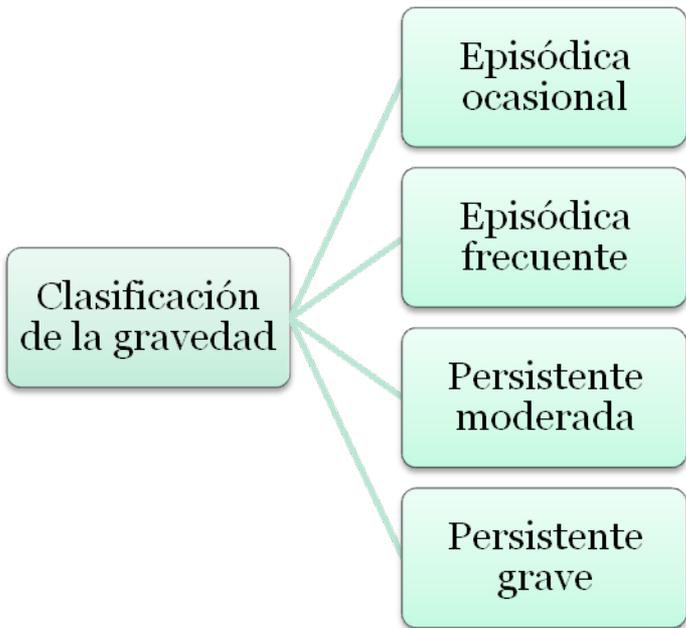
^aAsociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). ^bSociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP). ^cSociedad Española de Neumología Pediátrica (SENP). ^dSociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica (SEICAP). ^eSociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria (SEPEAP). España.

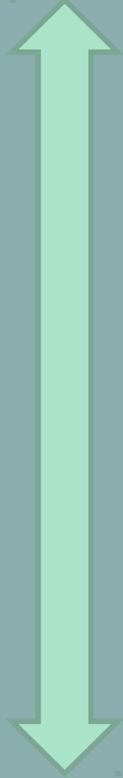


- **Definición asma infantil:** sibilancias recurrentes y/o tos persistente habiendo descartado otras causas
- **Prevalencia:** 10% asma (6-7 años), 35-50% sibilantes (3 años)
- **IPA:** bajo VPP Y VPN
- **Diagnóstico**
 - ✓ Clínico
 - ✓ Pruebas función respiratoria (no en < 5-6 años)
 - ✓ Prick e IgE específica (asma alérgica)



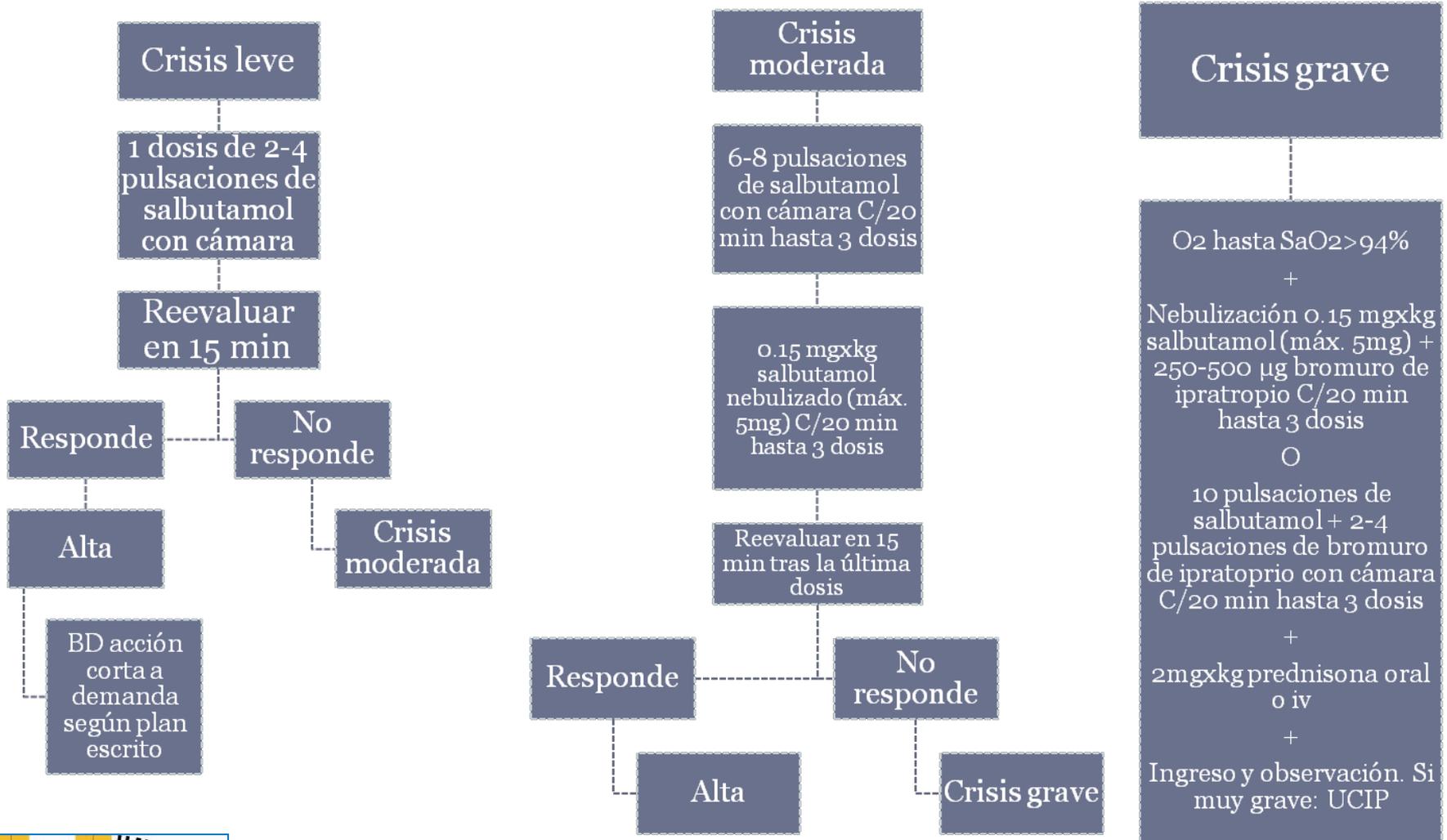
Tratamiento de mantenimiento en <3 años



		Tratamiento escalonado	Medicación de control
	Evaluación del cumplimiento y técnica inhalatoria	1	Sin
		2	GCI dosis baja o ARLT
		3	GCI dosis medias o GCI dosis baja + ARLT
	Control ambiental	4	GCI dosis medias + ARLT
		5	GCI dosis altas + ARLT Si no control añadir LABA
		6	GC vo

Modificado de tabla en: guía española para el manejo del asma (GEMA 2015)

Manejo de las crisis en <3 años



Modificado de tabla en: guía española para el manejo del asma: (GEMA 2015)

**Muchas gracias a todos por vuestra atención,
especialmente a mi tutora y a los miembros de la
sección escolares-lactantes (Melisa, gracias por el
consenso)**

*La palabra progreso no tiene ningún sentido
mientras haya niños infelices. Albert Einstein*

