

# 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 O<sub>2</sub>: 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

+

O<sub>2</sub> 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<sup>a</sup>, J. De Benito Fernández<sup>b</sup>, A. Escribano Montaner<sup>c</sup>, M. Fernández Benítez<sup>d</sup>, S. García de la Rubia<sup>e</sup>, J. Garde Garde<sup>d</sup>, L. García-Marcos<sup>c,d,e</sup> (Coordinador), C. González Díaz<sup>b</sup>, M. Ibero Iborra<sup>d</sup>, M. Navarro Merino<sup>c</sup>, C. Pardos Martínez<sup>a</sup>, J. Pellegrini Belinchon<sup>e</sup>, J. Sánchez Jiménez<sup>c</sup>, J. Sanz Ortega y J.R. Villa Asensi<sup>c</sup>

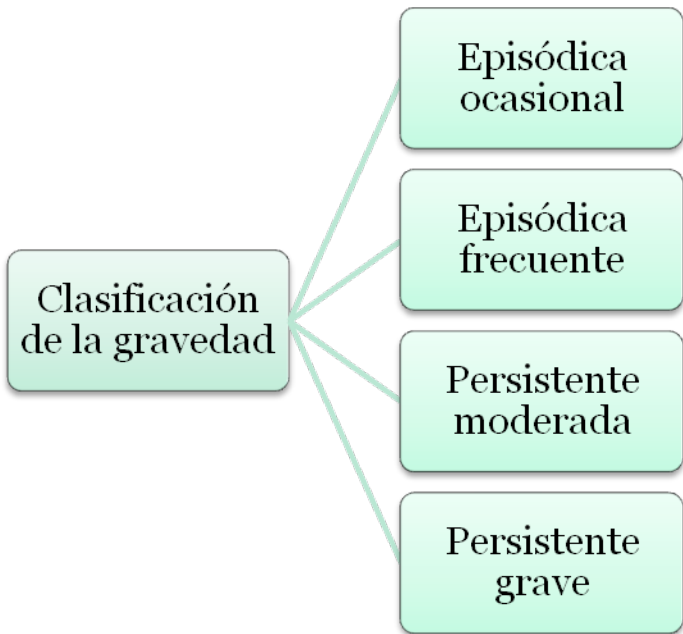
<sup>a</sup>Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). <sup>b</sup>Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP). <sup>c</sup>Sociedad Española de Neumología Pediátrica (SENP). <sup>d</sup>Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica (SEICAP). <sup>e</sup>Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria (SEPEAP). España.

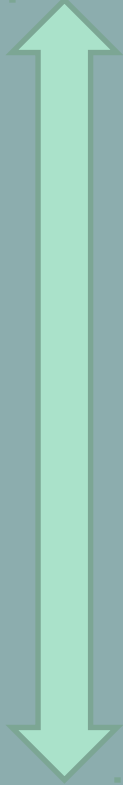


- **Definición asma infantil:** sibilancias recurrentes y/o tos persistente habiendo descartado otras causas
- **Prevalencia:** 10% asma (6-7 años), 35-50% sibilantes (3 años)
- **IPA:** bajo VPP Y VPN
- **Diagnóstico**
  - ✓ Clínico
  - ✓ Pruebas función respiratoria (no en < 5-6 años)
  - ✓ Prick e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



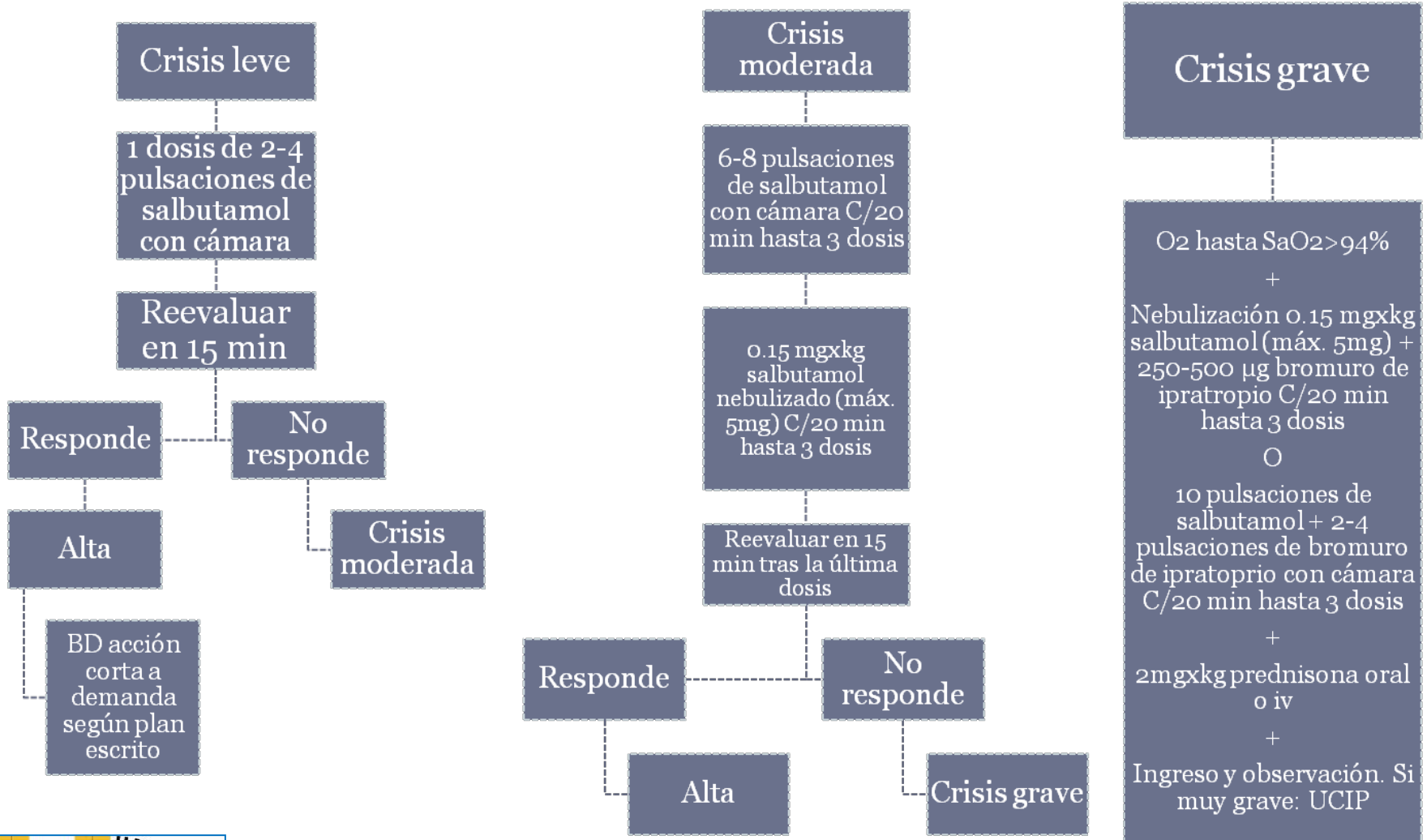
# Tratamiento de mantenimiento en <3 años



		Tratamiento escalonado	Medicación de control
	Evaluación del cumplimiento y técnica inhalatoria	1	Sin
		2	<b>GCI</b> dosis baja o <b>ARLT</b>
		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*

