



CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL NIÑO ASMÁTICO Y A SU FAMILIA

AUTORAS: Dolores Merino Navarro, Cinta Palomar Gallardo y Angustias Rodríguez González. Profesoras de la Escuela de Enfermería de Huelva

CENTRO Y SERVICIO: Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Huelva.

Resumen:

En los últimos años se viene observando la creciente incidencia de casos de asma que aparecen desde las edades más tempranas de la infancia. Se trata de la enfermedad crónica más frecuente en la infancia y la que más consultas de urgencias produce. Dado que existen muchos factores externos que provocan la aparición de dichos casos y de la importancia del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, hemos elaborado una guía que recoge todos los aspectos necesarios que las familias deben conocer para intentar controlar la enfermedad y que los niños puedan llevar una vida normal.

Hemos realizado una revisión bibliográfica de la enfermedad del asma y la hemos centrado en la educación a la comunidad con toda la información para niños y familias que tienen este problema.

Palabras clave: Asma, educación sanitaria, Infancia.

Summary:

In the last years one comes observing the growing incidence of cases of asthma that you/they appear from the earliest ages in the childhood. It is the most frequent chronic illness in the childhood and the one that more consultations of urgencies take place. Since many external factors that cause the appearance of this cases exist and of the importance of the diagnosis and treatment of the illness, we have elaborated a guide that picks up all the necessary aspects that the families should know to try to control the illness and that the children can take a normal life.

We have carried out a revision bibliográfica of the illness of the asthma and we have centered it in the education to the community with all the information for children and families that have this problem.

Words key: Asthma, sanitary education, Childhood.

El asma bronquial es la enfermedad crónica más frecuente en la edad pediátrica.(1) Por ser de larga evolución y aparecer en edades muy tempranas de la vida, pueden tener repercusiones importantes para el niño y sus familias, entre las que se

pueden citar: retrasos escolares debido a la ausencia a la escuela, dificultades para realizar ejercicio físico, retraso del crecimiento, incluso algunos casos de crisis asmáticas pueden desencadenar la muerte del niño.(2)

El personal de enfermería que atiende con frecuencia a estos niños tanto en los centros de salud como en los hospitales, reconocen que este tema, cada día más frecuente, necesita de una atención más profunda, sobre todo enfocada en la educación sanitaria dirigida a los niños y las familias con este problema.

Como enfermera del área de Pediatría, el propósito es elaborar una guía educativa para enfermería que ayude a los niños y las familias afectadas a conocer su patología, la importancia del cumplimiento de los tratamientos así como algunos consejos acerca de medidas preventivas a tener en cuenta.

Esta guía pretende a largo plazo que el niño y la familia:

- Conozcan los factores que desencadenan las crisis.
- Reconozcan los signos y síntomas de una crisis asmática.
- Conozcan la importancia de la medicación y cómo utilizarla en cada caso.
- Adquieran mayor independencia.

QUÉ ES EL ASMA.

Esta es la primera pregunta que nos planteamos responder. El asma es una enfermedad inflamatoria crónica que se acompaña de episodios de dificultad respiratoria debido al estrechamiento de las vías respiratorias. Las características del asma son: inflamación, hiperreactividad bronquial y obstrucción bronquial reversible espontáneamente o con medicación.(3) (4) (5)

QUÉ DESENCADENA LA CRISIS ASMÁTICA.

Los factores que influyen en la

presencia del asma son varios y es posible que algunos aún no se conozcan, entre los estudiados podemos diferenciar dos grupos: Factores congénitos y adquiridos.

Factores congénitos o genéticos: Son propios de cada individuo y se presentan en forma de: atopias, que es la predisposición hereditaria a desarrollar reacciones de hipersensibilidad ante antígenos comunes del medio ambiente manifestado mediante eccemas, urticarias, alergias a fármacos o alimentos, conjuntivitis y rinitis. Las alergias provocan una hiperreactividad bronquial que cursa con broncoconstricción. Los últimos estudios realizados en este campo aseguran que se ha descubierto el gen que ocasiona la presencia de asma, esto puede significar un gran avance en los progresos de controlar esta enfermedad. (6)

Los alérgenos como los ácaros del polvo, piel y saliva de animales domésticos, hongos, polen esporas, alimentos (como la leche, huevos, pescado, fruta, más común en edades tempranas de la infancia), infecciones respiratorias, rinitis crónica, agentes irritantes (humo del tabaco, gases de la combustión de gasoil, contaminación), factores climáticos (humedad), ejercicio, fármacos y factores emocionales. (7), (8), (9), (10).

Hay que tener presente que un niño con predisposición genética desarrolla más intensamente la sensibilidad a los agentes externos que los que no la tienen. Por todo lo anterior hay que resaltar la importancia de una valoración exhaustiva e individualizada para profundizar en el estudio de cada caso en particular.

INCIDENCIA

Los últimos estudios epidemiológicos indican que el porcenta-

je de niños y adolescentes afectados se sitúa entre el 8% y el 10% con mayor incidencia en las ciudades y más común entre los varones hasta llegar a la adolescencia donde se igualan las cifras (11), (12), (13), (14). Esta patología se ha duplicado en los últimos 15- 20 años y es la primera causa de consulta en los servicios de urgencia. Se estima que en el año 2050 la población afectada por esta enfermedad haya ascendido al 50%.

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Para confirmar la presencia de esta enfermedad se recurre a la entrevista con los padres y/o el niño a fin de recoger la mayor cantidad de datos relacionados.

Exploración física: Los síntomas comienzan con una secreción nasal y rinorrea que pronto pasa a vías bajas produciéndose dificultad respiratoria con tiraje intercostal, sibilancias durante la espiración, audible en los casos más acusados, posición en trípode que facilita la respiración al niño, palidez, cianosis, sudoración, taquicardia, ansiedad que empeora aún más el cuadro y alteración del estado de conciencia. Suele estar asociado a la presencia de asma la rinitis crónica como

Pruebas complementarias que consisten en hemograma, radiografía, prueba de la tuberculina, test de sudor, pruebas de alergia cutánea, test funcionales (espirometría y medición con Peak flow) y pruebas broncodinámicas (test de provocación bronquial y prueba de broncodilatación). En la población se halla un gran porcentaje de niños sin diagnosticar lo que hace más complicado el tratamiento de la enfermedad. (15).

SECUELAS

A corto plazo, con el proceso de

reacción antígeno-anticuerpo se producen lesiones en las estructuras del aparato respiratorio como:

- Lesión y descamación de la mucosa bronquial que no vuelve a recuperarse totalmente tras la crisis.
- Aumento de los linfocitos y mastocitos (anticuerpos).
- Aumento del grosor de la membrana bronquial.
- Hipertrofia del músculo liso y
- Aumento de las glándulas mucosas.

A largo plazo las secuelas que dejan las crisis son: deformidades en el tórax (Tórax en tonel), retrasos en el crecimiento, limitaciones físicas y psíquicas y trastornos de la conducta como pueden ser el estrés emocional, aunque en este punto algunos investigadores hacen afirmaciones en el sentido contrario, el estrés es el que provoca mayor número de episodios y es más frecuente entre las niñas. (16)

TRATAMIENTO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Utilización de Fármacos. Hay que distinguir entre una crisis aguda y el tratamiento de los casos crónicos.

En las crisis agudas el tratamiento está condicionado por la gravedad de la crisis manifestada por los signos de dificultad respiratoria. Cuando se trata de la primera crisis, el niño se remite al centro hospitalario más cercano. Si se trata de crisis de repetición se sigue la pauta descrita por el médico para estas ocasiones y en caso de no remisión se acude al centro médico más cercano. Al principio se utiliza salbutamol en forma de aerosol (2 puf), si no controla la crisis puede



repetirse cada 20 min. pero es conveniente acudir a un centro hospitalario para la vigilancia de los signos vitales del niño y la administración de corticosteroides orales (1-2 mg/kg/día) y oxígeno.

Los fármacos que se utilizan en el niño asmático deben ser a dosis mínimas efectivas pues las dosis más altas pueden aumentar mucho los efectos secundarios de la medicación.

En los tratamientos a largo plazo, podemos encontrar mucha variedad en el uso y la combinación de los mismos dependiendo de la gravedad o el estadio en el que se encuentre el niño enfermo. En los casos más leves se utilizan broncodilatadores a demanda del niño, si la frecuencia de uso es alta, se requiere la utilización de dosis baja de corticoides inhalados. En el asma moderada se aumenta la dosis del corticoide y se añade otro broncodilatador de acción prolongada (teofilina) y en los casos graves se recurre a los corticoides inhalados en combinación con el broncodilatador y medicación oral de estos elementos que mantengan los niveles en sangre (17).

Entre los efectos secundarios de la medicación podemos destacar, taquicardia, palpitaciones, temblores y nerviosismo que ceden tras dos semanas de interrumpir el tratamiento.

EDUCACIÓN SANITARIA

Métodos de administración de medicación inhalatoria.

Es importante la utilización adecuada de los fármacos, esto requiere de un aprendizaje por parte del niño, no solo por parte de los padres siendo muy indicadas las colonias de verano donde se enseña a los niños asmáticos el manejo de su enfermedad. (18)

Existen en el mercado farmacéutico varios tipos de medicamentos indicados para el tratamiento del

asma (Broncodilatadores). La forma de administrarlo varía en función del medicamento y podemos encontrar:

- Presurizadores. Son dispositivos en aerosol que se colocan en posición vertical y administran la dosis justa de medicamento cada vez que se presiona el pulsador. Pueden utilizarse directamente o a través de cámara de aire y mascarilla.
- Polvo seco. Se utiliza en niños mayores y en adultos pues requieren de mayor fuerza inspiratoria y mejor control de la respiración.
- Nebulizadores. Son aparatos capaces de producir unas microgotas que son aspiradas por el niño durante un tiempo máximo de 10 minutos. Pueden adaptarse mediante mascarillas a los niños más pequeños o con boquilla en los mayores. Se utilizan en el hospital conectado a una fuente de oxígeno o aire según las necesidades.

Todos los medicamentos inhalados pasan a las vías respiratorias en muy pequeño porcentaje quedando la mayor parte del mismo en la cavidad bucal por lo que es necesario lavar la boca tras la administración del medicamento en cualquiera de sus presentaciones.

ENSEÑAR LAS MEDIDAS DE CONTROL DE LOS FACTORES QUE EMPEORAN EL ASMA.

En la literatura científica existen numerosos estudios que tratan sobre los factores ambientales que pueden provocar las crisis del niño con asma, por esto, lo más indicado es recomendar una serie de actividades que ayuden a controlarlas.

Evitar la exposición del niño al humo del tabaco. (19) Fumar en lugares bien ventilados donde no esté el niño.

Condiciones que debe reunir el dormitorio del niño:

- Usar materiales sintéticos en sábanas, mantas, colcha, almohadas y colchón y cubrir con fundas de plástico cerradas con cremallera.
- No usar alfombras ni moquetas, ni peluches, libros, juguetes o cualquier utensilio que pueda acumular polvo.

Higiene del dormitorio y de la casa:

- Ventilar la habitación cada día.
- No barrer, retirar el polvo diariamente utilizando un paño húmedo y aspirador para colchón y suelo.
- Lavar las sábanas una vez por semana con agua caliente.
- Limpieza a menudo de los filtros del aire.
- Es aconsejable la calefacción eléctrica o por radiadores por ser menos contaminantes.
- Evitar la humedad en techos y paredes.
- No limpiar en presencia del niño.
- En las épocas de polinización, mantener las ventanas cerradas y ventilar por la noche.
- Evitar sustancias con olores fuertes, pinturas, lejía, ambientadores...
- Mantener limpios los juguetes del niño. (20)

Alimentación: Se recomienda evitar la obesidad y el consumo de productos ricos en grasas poliinsaturadas. Por otro lado, el consumo de alimentos con un alto contenido en magnesio como los cereales, nueces, verduras, y productos lácteos, pueden contribuir a desarrollar una mejor función pulmonar (21) (22) (23).

Animales de compañía: Los niños asmáticos son más sensibles ante la presencia de animales con pelo o plumas por lo que se debe de

evitar el contacto directo con estos animales.

Entorno: Otras medidas a tener en cuenta son la temperatura ambiental, no debiéndose exponer a cambios bruscos y evitar los ambientes húmedos o atmósferas cargadas de sustancias contaminadas o con alto índice de polinización.

Ejercicio: Los niños que lleven un adecuado control de la enfermedad, pueden practicar cualquier deporte aunque se aconseja que no sean de alto rendimiento siendo la natación el más indicado por el tipo de respiración que se requiere. Durante las crisis no se aconseja el ejercicio hasta que el niño no esté totalmente restablecido.

Ejercicios respiratorios. Son específicos y están orientados a enseñarle a respirar utilizando todos los músculos que intervienen en la respiración. A los niños pequeños se les puede incentivar sopando globos, haciendo pompas de jabón, soplando velas y enseñarles a bucear. En los niños mayores potenciar la natación y el uso de instrumentos de viento como la flauta.

En general son muy aconsejados los ejercicios de yoga y los de relajación que además pueden ayudarle a controlar los momentos de crisis.

CONCLUSIONES

Dado el aumento de esta enfermedad, se requiere que el personal sanitario de enfermería tomemos conciencia de la importancia de nuestro papel en la educación de la población para controlar los síntomas de la enfermedad.

La educación sanitaria es la mejor estrategia para conseguir mejorar la calidad de vida de los niños asmáticos.

Debido a la atención continuada del personal de enfermería con estos procesos (Atención primaria y Hospital), es vital que las enfermeras estemos adecuadamente formadas en los tratamientos y educación sanitaria así como de las habilidades de comunicación con la población infantil a la que va dirigida.

La implicación de los niños es imprescindible para obtener mejoras en el control de la enfermedad. La información hace que reaccionen mejor ante los momentos de crisis, de ahí la necesidad de utilizar una guía escrita además de la información oral ofrecida por las enfermeras.

BIBLIOGRAFÍA:

1. SEPAR "Aumenta el número de ingresos de los niños con asma en los hospitales. Jano on line 2000; 13-12
2. NEUMOMADRID. "El asma es ya la enfermedad crónica más común entre los niños españoles". Jano on line 2000; 8-9
3. PATIÑO MASÓ J. "El niño con asma". En Enfermería Pediátrica. Ed Masson SA 2001. 407-429.
4. RUIZ GONZÁLEZ MD. "Enfermedad crónica y/o incapacitante" en Enfermería del niño y el adolescente. Ed. DAE Grupo Paradigma. Madrid 2000. 546-547.
5. CARTAGENA MR Y SANTA MARÍA R. "Niños con asma: cuidados en el hospital". Rol 2000; 23 (5) 346-351.
6. VAN P, LITTLE R, DUPUIS J. "Association of The ADAM33 gene end bronchial hyperresponsiveness". Nature 2002; 10: 1038.
7. FUENTES J., MERIR, J., ISANTA, C. Y COL. "Factores de riesgo de asma, alergia e hiperreactividad bronquial en niños de 6 a 8 años". An. Esp. Pediatr. 2001; 55; 205-212.
8. GABINETE DE ESTUDIOS SOCIO-LÓGICOS, BERNARD KRIEF " Libro blanco: El futuro de la Alergología Inmunología clínica en España en el horizonte del año 2005". Ed. CBF SA. 1998.
9. "El humo de los cigarrillos y los gases de los coches, principales causantes de asma infantil" Jano Diario, Salzburgo 28-11-99.
10. GARCÍA-MARCOS I Y GÖTZ M. "Asma y enfermedades crónicas de la vía respiratoria superior". An Esp Pediatr 2001; 54: 567-572.
11. "El asma afecta más a los niños que viven en barrios pobres" Jano on line Barcelona 28-7-99
12. "El asma y la alergia aumentan su prevalencia en todo el mundo" European Respiratory Journal 2001; 18: 598-611.
13. RIEDLER J, BRAUM-FAHRLANDER CH, EDER W Y COL. "Exposure to farming in early life and developmet of asthma and allergy: a crosssectional survery" The lancet 2001;358:1129-1133
14. FUERTES J, MERIZ J, PARDOS C, Y COL. "Prevalencia actual de asma, alergia e hiperreactividad bronquial en niños de 6-8 años". An Esp Pediatr 2001; 54: 1: 18-25.
15. BENITO J, MINTEGUI S, SÁNCHEZ J Y COL. "Eficacia de la administración precoz de bromuro de ipratropio nebulizado en niños con crisis asmática". An Esp Pediatr 2000;53: 217-222.
16. NABERAN TONA K. "A propósito del día mundial del asma" Aten. Primaria 2002; 29: 395-396.
17. SANDBER S, PATON J, AHOLA S Y COL. "The rol of acute and chronic stess in asma attacks in children" The Lancet 2000; 356: 982-987.
18. ESPINOSA DE LOS MONTEROS " El Asma mal tratada puede producir retrasos en el crecimiento infantil". Jano on line. 2001; 13/08
19. MARTÍ N Y LUCAS C. "El niño asmático. Educación sanitaria mediante colonias de verano". Rol 1995; 203-204: 65-72.
20. CHEST 2001. "El asma infantil está estrechamente relacionado con la exposición al tabaco". Jano on line. 7/ 11/2001.
21. Thorax 2001; 56: 589-595.
22. Journal of Asthma 2000; 37: 575-583.
23. FERNÁNDEZ R, RAMOS R Y FERNÁNDEZ B. "Procesos respiratorios por neumoalergenosis: intervención enfermera". Metas 1999; 20.

