

PAUTAS DE ABORDAJE DEL PACIENTE ASMÁTICO MAYOR DE SEIS AÑOS Y ADOLESCENTES EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA

Dentro de los múltiples abordajes en el primer nivel de atención ante una crisis asmática en niños mayores de 6 años y adolescentes, debemos considerar ciertas características y posibilidades tanto de la patología en sí, como de las propias de estos pacientes y su entorno familiar.

En primer lugar las características de la crisis, su fisiopatología y, fundamentalmente, las alteraciones bio mecánicas que se producen.

También – y con el mismo nivel de importancia – *las raíces psicosomáticas del Asma así como las afectaciones psíquicas y psicológicas que manifiestan estos pacientes.*

Por último, el tipo de abordaje terapéutico que ensayaremos de acuerdo a estas evaluaciones.

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica, caracterizada por hiper reactividad de la vía aérea que produce inflamación, broncostricción, edema e hipersecreción con limitación al flujo aéreo.

La crisis de asma es la exacerbación aguda, caracterizada por obstrucción de la vía aérea y dificultad respiratoria con atrapamiento aéreo a nivel alveolar.

Desde el punto de vista clínico se caracteriza por episodios recurrentes de obstrucción, *reversibles espontáneamente* o con fármacos broncodilatadores.

Considerando desde lo fisiopatológico y bio mecánico, deberíamos centrar la atención en ese atrapamiento aéreo a nivel alveolar en las crisis agudas.

A pesar del mismo, el paciente está disneico, siente una sensación importante de “falta de aire”, lo que normalmente desencadena episodios de angustia.

Si logramos revertir este atrapamiento aéreo, habremos logrado un importante avance en el tratamiento.

El asma y sus exacerbaciones, se asocian a menudo con factores emocionales, lo que explicaría entre otras cosas, la reversibilidad espontánea observada con frecuencia. Estos elementos de base psicosomática que actúan como desencadenantes o como agravantes de la crisis, es lo que podremos explotar para lograr las pautas propuestas en este trabajo.

Es de suma importancia revertir esa crisis en lo inmediato. Más adelante conseguir una correcta función respiratoria, lo que lograremos a través de diversos procedimientos. Por último establecer planes reeducativos y de ejercitación para las intercrisis.

Es indispensable como primera intervención, calmar al paciente en crisis brindándole seguridad y apoyo.

Lo antes posible informar a ese niño o adolescente de lo que está sucediendo en su organismo y darle las herramientas necesarias para su manejo.

Es dable observar que en la mayoría de los casos, calmando al paciente con maniobras kinésicas suaves como la compresión y descompresión torácicas, agregando información de lo que le está sucediendo y orientación acerca de lo que puede suceder a partir de ese momento, disminuye la ansiedad y las crisis revierten aún antes de administrar la medicación correspondiente.

La fisiología respiratoria por supuesto debe ser considerada y, con un lenguaje sencillo, de fácil comprensión para el paciente y su familia, debe ser transmitida en sus concepciones básicas:

Los bronquios y bronquiolos son tubos de calibre regulable, siendo este calibre modificable por las diferentes presiones que generan los flujos aéreos.

Básicamente consideremos que los flujos inspiratorios distienden la vía aérea y que los flujos espiratorios, por el contrario, van cerrando la vía detrás de sí.

Cuando en espiración la presión intra vía es igual que la presión intrapulmonar, se generan los puntos de igual presión (PIP), la vía aérea colapsa totalmente, habilitando de esta forma el inicio de un nuevo ciclo respiratorio.

Cuando este PIP se produce muy cerca de los alvéolos, los ciclos se reinician precozmente no dando tiempo a la completa evacuación alveolar generando así un paulatino atrapamiento de aire a este nivel; el oxígeno se combina con la hemoglobina y el alvéolo se carga de CO₂. Ante el déficit de O₂, el sistema nervioso da la orden de captarlo y, dado que la forma que tiene nuestro organismo de captar O₂ es a través del aire, aparece la disnea, la disfunción, la angustia y todos los trastornos propios de la crisis asmática.

Podemos entonces, induciendo razonamientos lógicos, con lenguaje adecuado, inculcar en nuestros pacientes y su familia la idea de lo que sucede en la crisis y qué se debe hacer para revertirla.

A partir de esto, estaremos en condiciones de continuar con la educación para esta patología, siempre fortaleciendo el concepto básico de que es más importante sacar aire que juntarlo.

Por otra parte, dentro de los procedimientos pedagógicos debemos agregar lo concerniente a la aerosolterapia, información y enseñanza de las diferentes técnicas inhalatorias. Éstas serán necesarias dado que la aerosolterapia es un recurso muy utilizado en esta patología y su uso inadecuado es causa exclusiva o recurrente de fracaso en los tratamientos.

CONCLUSIONES

El abordaje propuesto entonces, consiste en:

- Cuando se recibe al paciente en crisis, apoyarlo con maniobras torácicas suaves de compresión y descompresión mientras se comienza la etapa de información de lo que sucede en su organismo.
- Educación y práctica de los diversos procedimientos terapéuticos: patrones respiratorios especiales, ventilación dirigida y continuando, de ser necesario, con los procedimientos kinésicos de apoyo.
- Brindar información y pautas de manejo sobre los procedimientos de aerosolterapia, sus beneficios y correcta aplicación de las diferentes técnicas inhalatorias.
- Enseñanza y práctica de procedimientos de auto higiene bronquial cuando la evolución lo permita.
- Estimular el control regular de los pacientes con su médico tratante. Incorporando en esos controles, dentro de lo posible, un espacio para la educación comunitaria (paciente y familia) del total o parte de estos conceptos.

COMENTARIOS

Se subraya el concepto de que estos procedimientos, no deben suplir los abordajes médicos y farmacológicos de exclusivo resorte del Pediatra o Emergencista, sino que deben ser coordinados o intercalados con los mismos.

Debemos incluir en todo nuestro accionar el concepto de la educación permanente pautando los procedimientos, así como el continuado estímulo y apoyo que den confianza y contención a estos pacientes.

No debemos perder de vista la importancia de la Educación en el contexto de la Atención Primaria en Salud que estamos realizando.

* * *

BIBLIOGRAFÍA

- **Aparato Respiratorio – Fisiología y Clínica**
Cruz Mena F. – Moreno Bolton R. - Editorial Universitaria S.A., Chile, 1994.
- **Atención Pediátrica – Pautas de Diagnóstico, Tratamiento y Prevención**
UDELAR – Facultad de Medicina - 6ª Edición – 2007.
- **Pediatría – Urgencias y Emergencias**
Bello, Sehabiague, Prego, De Leonardis
BIBLOMÉDICA Ediciones – 2002
- **Urgencias en Pediatría – Guía para el Tratamiento Ambulatorio**
Roger M. Barkin – Peter Rosen - 4ª Edición 1996.
- **Consenso SEPAR - ALAT sobre Terapia Inhalada.**
Acuña A, Casan P. Fernández M, Giner J, López A, López E, Neffen H, Plaza V, Rodrigo G, Tálamo C. - Arch. Bronconeumol.2013;49 - (Supl.1) 2-14.
- **Influence of inspiratory flow rate, particle size, and airway calibre on aerosolized drug delivery to the lung.**
Dolovich MA. Respire Care 2000; 45(6): 597-608
- **Depósito pulmonar de partículas inhaladas.**
Fernández A, Casan P. Arch. Bronconeumol. 2012; 48:240-6
- **Modificación de la obstrucción respiratoria mediante B2 agonistas y/o fisioterapia en niños menores de 2 años sibilantes.**
Sarachaga MJ, Capano A, Brea S, Akiki A, Moreira I, Estol P, Selios A, Musto T.
Neumología Pediátrica 2010; 5 (Supl1): 89
- **Fisioterapia Respiratoria en Neumología**
Romero M. Edit. J Roa, M Bermúdez, R Acero. McGra-Hill Interamericana. Bogotá, 2000.
- **Physiotherapy Health Education Literature**
Chapman, J. Langridge, J. - Physiotherapy 1997.
- **What does it mean when a patient says, "My asthma medication is not working?"**
Rubin BK. Chest 2004; 126:972-981.
- **La Enseñanza Lógica de la Prevención.**
Llacuna, J. - Salud y Trabajo, 1996.
- **Educación Para la Salud. Una Estrategia Para Cambiar los Estilos de Vida.**
Costa, M. López, E. - Ed. Pirámide; Madrid, 1998.
- **La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas**
Malink o J, Montenegro H, Nebot C, Etiene C, y Gpo. de trabajo de APS de la OPS
Rev. Panam. Salud Pública 2007; 21(2/3); 73-84
- **Atención Primaria de Salud en Uruguay, experiencias y lecciones aprendidas**
Levcovitz E, Antoniol G, Sánchez D, Fernández M,
Montevideo OPS 2011 – ISBN 978927533264-1

Licenciado Alexis Selios Ribolla
Coordinador de Fisioterapia - Equipo Técnico Asesor de la RAP – ASSE
Montevideo, Uruguay - Junio de 2016.