

La atención de enfermería de urgencias en la crisis asmática

Merino Navarro D, González Rodríguez A, Palomar Gallardo C

Escuela de Enfermería de la Universidad de Huelva

Resumen :

El asma infantil es la patología más frecuente y la que más consulta de urgencias demanda. En las crisis se puede dar alteración de la conciencia pudiendo llegar a la muerte. La incidencia de casos es de más del 60% antes de los 5 años. Dada su importancia se pretende elaborar un protocolo estandarizado que sirva de guía a los enfermeros que trabajan en el servicio de urgencias. Se ha realizado un trabajo documental sobre el asma infantil y se ha utilizado el proceso enfermero como instrumento para la realización del protocolo.

Inicialmente los niños remitidos al hospital general "Juan Ramón Jiménez", son valorados por el personal de enfermería (triaje). Los diagnósticos utilizados responden a la nomenclatura según la (NANDA) North American Nursing Diagnosis Association. Las intervenciones de enfermería están reflejadas según la clasificación (NIC) y la evaluación de resultados según la clasificación (NOC), que trata de controlar los resultados tras las distintas intervenciones de manera inmediata y a largo plazo.

Conclusiones : Es de vital importancia la utilización de instrumentos metodológicos como es el proceso enfermero y la inclusión en los mismos de los diagnósticos, intervenciones y resultados para la elaboración y puesta en marcha de protocolos de cuidados y asegurar la calidad y continuidad de los mismos.

Introducción :

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica que se acompaña de episodios de dificultad respiratoria debido al estrechamiento de los conductos bronquiales provocado por la inflamación y la hiperactividad bronquial reversible espontáneamente o con medicación.

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 :

- Factores congénitos o genéticos : propios del sujeto que se presentan en forma de atopias, alergias e hiperactividad bronquial. 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 hacia el control de esta enfermedad.
- Los factores adquiridos que influyen en el aumento de las posibilidades de padecer la enfermedad, son : los alérgenos alimentos, infecciones respiratorias, agentes irritantes, factores climáticos, ejercicio, fármacos y factores emocionales.

Según la bibliografía, 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 que posee una valoración exhaustiva e individualizada para profundizar en el estudio de cada caso en particular.

Actualmente el asma bronquial es la enfermedad crónica más frecuente en la edad pediátrica, el 60% de los casos se presentan en edades comprendidas entre los 3 y 5 años y la que más consultas de urgencias produce. Los últimos estudios epidemiológicos indican que el porcentaje 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. 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%.

La enfermedad puede provocar secuelas 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. Las familias viven con angustia los momentos de crisis y el tratamiento es largo, lo que hace más difícil el cumplimiento del mismo.

El personal de enfermería atiende con frecuencia a estos niños en los servicios de urgencias tanto en centros de salud como en los hospitales, por esto nos proponemos elaborar un protocolo de actuación estándar que sirva de guía a los profesionales que trabajan en el servicio de urgencias, donde se recojan todos los aspectos necesarios que las enfermeras debemos tener en cuenta para ofrecer unos cuidados de calidad.

Material y método :

Se ha realizado un trabajo documental sobre el asma infantil centrado en la actuación de enfermería en el servicio de urgencias, basándonos en el proceso de enfermería y teniendo en cuenta la experiencia como enfermeras de urgencias. Se han incluido los diagnósticos enfermeros según la NANDA, la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) y la clasificación de resultados (NOC) teniendo en cuenta las dos áreas de competencia de la enfermera como profesional de la salud : parcela interdependiente donde las intervenciones derivan del diagnóstico médico y la parcela independiente donde la enfermera es responsable absoluta de la resolución de los problemas que detecta.

Valoración :

En el servicio de urgencias, lo mejor es que los niños recibidos sean valorados por el personal de enfermería (triaje) que, clasifica el caso según la agudeza del mismo, gravedad, realiza el control de los signos vitales, identifica los medicamentos que toma en la actualidad y dosis última, asigna los pacientes a médicos o equipos, trata de obtener el historial médico pertinente tranquiliza al niño y la familia y proporciona información a la familia.

No todas las unidades de urgencias poseen servicio de triaje aunque resulta muy eficaz en aquellos que lo poseen. En los hospitales, los niños son remitidos al personal especializado del servicio de urgencias pediátricas o directamente al servicio de pediatría. Para valorar la enfermedad se recurre a la entrevista con los padres y la exploración física del niño a fin de recoger la mayor cantidad de datos relacionados para el diagnóstico.

Para la entrevista se puede utilizar la guía según los patrones funcionales de Gordon para los niños, aunque la máxima aportación de datos viene dada por la observación que responde a lo siguiente :

- Apariencia general del niño. Suelen presentar ansiedad, nerviosismo, agitación o letargo y coma.
- Apariencia general de los padres. Nerviosos y angustiados la mayoría de los casos.
- Peso/estatura del niño. Determina la dosis de medicamentos a administrar.
- Color de piel, hidratación, erupciones. Presentan palidez, cianosis, sudoración.
- Patrón respiratorio, FR, auscultación, signos de dificultad respiratoria, test de Silverman. Se aprecia, tiraje intercostal, aleteo nasal, sibilancias durante la espiración audible en los casos más acusados.
- Ruidos cardiacos, FC y ritmo. Taquicardia.
- Postura. Adoptan una posición en trípode que facilita la respiración del niño.

Las pruebas complementarias no son determinantes del asma pero pueden evitar pasar por alto otras patologías asociadas, para esto se realiza a corto plazo : hemograma, radiografía, prueba de la tuberculina.

En la población se halla un gran porcentaje de niños sin diagnosticar lo que hace más complicado el tratamiento de la enfermedad, es por este motivo por el que después de la crisis de urgencia se realizan otras pruebas que ayuden a establecer un diagnóstico certero : 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). Insistimos que no son necesarias en el momento de la crisis.

Diagnósticos :

Los diagnósticos son la definición de los problemas detectados, pueden ser desde el punto de vista de la patología : problemas interdisciplinarios, o bien orientados en las respuestas humanas : problemas independientes.

1.- Problemas interdisciplinarios.

1.1.- Hipoxia r/c asma.

Las manifestaciones son cianosis, disminución de la presión inspiratoria, uso de los músculos accesorios, aleteo nasal, disnea, posición en trípode, prolongación de la espiración y FR < 25 ó > 60.

RESULTADOS ESPERADOS.

Son los objetivos que la enfermera pretende alcanzar. Vienen relacionados con el problema detectado y en cada caso se eligen los más adecuados según el criterio de la enfermera. El número expresa la etiqueta del resultado.

Control del asma 0704. Nivel de manifestación de nunca a constante.

Duerme toda la noche sin tos ni sibilancias (070406)

Refiere un estado sin síntomas con la pauta de tratamiento mínima (070409)

No experimenta efectos secundarios medicamentosos (070408)

Estado respiratorio : ventilación 0403. Nivel de compromiso de extremo a constante.

Frecuencia respiratoria ERE (040301)

Ausencia de utilización de músculos accesorios ... (040309)

Ausencia de dificultad respiratoria (040316)

Estado de los signos vitales 0802. Nivel de manifestación de nunca a constante.

Frecuencia del pulso apical (080202)

Frecuencia respiratoria (080204)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Aunque el problema sea derivado de la patología médica, este requiere una serie de intervenciones por parte de enfermería que vienen descritas en la clasificación NIC y precisan de la valoración continua de las mismas.

Oxigenoterapia (3320)

Administración de medicación (2300)

Administración de medicación inhalada (2311)

Monitorización respiratoria (3350)

Si el niño presenta cianosis, lo más indicado es iniciar el tratamiento inmediatamente con oxígeno y medicación. Durante este tiempo, la enfermera debe valorar la presencia familiar a fin de tranquilizar al niño de modo que los padres pueden permanecer con el niño siempre que sea posible.

El manejo de la oxigenoterapia incluye tener en cuenta la edad y el tamaño del niño para el uso de mascarilla facial, así como la humidificación y calentamiento previo mediante dispositivos diseñados para ello. La medicación va en función del peso del niño y depende de :

- Si se trata de la primera vez que el niño sufre una crisis se comienza con dosis pequeñas y se va aumentando según la respuesta del niño y si ha tomado previamente medicación es

necesario conocer la cantidad y dosis que se le han administrado a fin de no provocar sobredosificaciones y efectos secundarios graves.

- Los medicamentos de uso habitual son los broncodilatadores y los corticoides que la enfermera debe manejar con rapidez para aliviar los síntomas lo antes posible.
- La medicación inhalada se administra a través de un dispositivo nebulizador conectado a una fuente de aire o de oxígeno, dependiendo de las necesidades del niño. Tiene que alcanzar los 6 litros y permanecer horizontal para que el medicamento sea inhalado eficazmente.
- Durante la administración del medicamento el niño debe adoptar una posición sentado, incluso en el regazo de su madre/padre y respirar de manera normal.
- La monitorización respiratoria incluye : el control de las respiraciones, saturación de oxígeno y observar los signos de dificultad respiratoria...

Evidentemente el asma trae consigo una hipersecreción mucosa que debido al estrechamiento de las paredes no es posible que el niño las expulse hasta que no ha cesado la broncoconstricción de lo que se deriva este otro diagnóstico del proceso asmático y que precisa de medicación para resolverse

1.2.- Limpieza ineficaz de las vías aéreas.

Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucción del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables. R/c obstrucción de las vías aéreas por secreciones m/p disnea, sonidos respiratorios adventicios (sibilancias, estretores, crepitantes y roncus).

RESULTADOS ESPERADOS.

Estado respiratorio : permeabilidad de las vías respiratorias (0410). Nivel de compromiso extremo a ninguno.

Ausencia de ruidos respiratorios (041007)

Movilización de esputo hacia fuera de las vías respiratorias (041006)

Ausencia de asfixia (041003)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Manejo de las vías aéreas (3140)

Cambio de posición (0840)

Mejorando la tos (3250)

El manejo de las vías aéreas en el caso del asma no incluye la aspiración de secreciones ni la fisioterapia respiratoria debido a que dichos estímulos pueden desencadenar una nueva crisis. La forma más adecuada consiste en estimular a que el niño tosa después de la administración de la medicación y cuando cese la contracción bronquial.

El niño adopta una posición inclinada hacia delante de una forma natural de manera que no debemos forzar otra posición como tumbada ya que esto dificulta la respiración. Lo más indicado es sentado (semi-fowler) si el niño lo tolera bien.

1.3.- Riesgo potencial de infección secundaria a acumulación de secreciones en el árbol bronquial.

RESULTADOS ESPERADOS

Estado infeccioso (0703). Nivel de intensidad de intenso a ninguno.

Resfriado (070312)

Malestar general (070311)

Fiebre (070307)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Mejorando la tos
Monitorización de las constantes

2.-Problemas independientes.

2.1.- DdE : Intolerancia a la actividad.

Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas r/c desequilibrio entre los aportes y las demandas de oxígeno m/p malestar o disnea de esfuerzo, FC y TA anormales.

RESULTADOS ESPERADOS

2.2.- Conservación de la energía.

Grado de energía necesaria para iniciar y mantener la actividad (0002). Nivel desde absoluto hasta de magnitud muy grande.

Equilibrio entre actividad y descanso (000201)
Adapta el estilo de vida al nivel de energía (000205)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA EL DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Manejo de energía (0180)
Terapia de actividad (4310)
Terapia de juegos (4430)

Las características propias del niño de corta edad requiere un adecuado tratamiento de la actividad debido a que el exceso de ejercicio, por otra parte natural en el niño, que va a provocar manifestaciones de cansancio y fatiga. Las actividades de la enfermera requieren de habilidades de comunicación necesarias para hacer que el niño comprenda que lo mejor ahora es otro tipo de juegos que no requieran de esfuerzos físicos, facilitando en la medida de lo posible los medios para llevarlos a cabo.

2.3.- Temor.

Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce como un peligro. R/C hospitalización y procedimientos m/p excitación y sentimiento de alarma.

RESULTADOS ESPERADOS

Control de la ansiedad 1402. Nivel de manifestación.

Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad (140215)
Conserva las relaciones sociales (142011)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA EL DIAGNÓSTICO

Apoyo emocional (5270)
Disminución de la ansiedad (5820)
Manejo ambiental : proceso de acercamiento (6481)
Presencia (5340)
Contacto (5460)
Potenciación de la seguridad (5380)

Los niños sienten amenaza por todo aquello que les resulta extraño por muy natural e inofensivo que nos pueda parecer, teniendo esto en cuenta, la enfermera puede favorecer un ambiente tranquilo

en compañía de sus padres y mostrar una actitud de escucha y tranquilidad que el niño interprete como de confianza para ayudarlo a superar los momentos de temor derivados de la hospitalización.

2.4.- Alto riesgo de alteración del mantenimiento de la salud.

R/C conocimiento insuficiente del problema, riesgos, prevención de la infección, ejercicio. Este puede ser uno de los temas a incluir como preparación al alta, ya que la falta de conocimiento de la enfermedad y su tratamiento son las causas mayores de los reingresos en el servicio de urgencias.

RESULTADOS ESPERADOS

Control del síntoma. Nivel de manifestación.

Reconoce el comienzo del síntoma (01)
Utiliza medidas preventivas (06)
Utiliza medidas de alivio (07)
Utiliza signos de alarma para buscar atención sanitaria (08)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA EL DIAGNÓSTICO

Educación sanitaria. La educación sanitaria tiene que estar centrada en la familia, ya que el niño debido a la inmadurez intelectual no puede identificar bien los síntomas y los riesgos. La intervención comienza desde el momento que se le recibe y se comienza con la información primero inmediata y luego a largo plazo. Pueden ser muy útiles las guías de cuidados y recomendaciones por escrito para que puedan ser revisadas con tranquilidad y permitir que se puedan aclarar dudas acerca de la misma. "Guía de cuidados al niño asmático".

Cuando la crisis asmática cede y el niño puede ser remitido a su domicilio o a una planta de hospitalización, la enfermera del servicio de urgencias, prepara al niño para el traslado (0960), en el que se contempla :

- El niño tiene que estar clínicamente estable antes del traslado.
- La familia acompaña al niño para que no se sienta solo ante lo desconocido.
- La enfermera responsable que conoce el proceso del niño desde su llegada al servicio de urgencias.
- Informe de alta para la atención ambulatoria o el servicio de pediatría. El celador con dominio de los medios y los recursos para el traslado como es el suero, el oxígeno.
- El medio de transporte puede ser una silla de ruedas.

Conclusiones :

- Las crisis asmáticas requieren una actuación de emergencia para evitar daños importantes, incluso la muerte.
- Las enfermeras debemos participar en la elaboración de protocolos de actuación junto con el personal médico para iniciar el tratamiento lo antes posible.
- La educación sanitaria es una intervención de vital importancia para evitar los reingresos. Para esto se pueden elaborar guías de prevención y cuidados que ayuden a la población afectada.
- El diagnóstico de la enfermedad no se realiza en urgencias sino que requiere el estudio de otras pruebas complementarias a más largo plazo.

Bibliografía :

- El asma y la alergia aumentan su prevalencia en todo el mundo. European Respiratory Journal 2001; 18 : 598-611.
- 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.
- Carpenito LJ. Manual de diagnóstico de enfermería. 4º Ed. Interamericana McGraw-Hill. 1993.
- Cartagena MR y Santa María R. Niños con asma : cuidados en el hospital. Rol 2000; 23 (5) : 346-351.

- Espinosa de los Monteros. El asma mal tratada puede producir retrasos en el crecimiento infantil. Jano on line. 2001; 13/08.
- Fernández R, Ramos R y Fernández B. Procesos respiratorios por neuroalergenos : intervención enfermera. Metas 1999; 14 : 12-20.
- Fuentes J, Meriz J, Isanta C y col. Factores de riesgo de asma, alergia e hiperactividad bronquial en niños de 6 a 8 años. An. Esp. Pediatr. 2001; 55: 205-212.
- Fuertes J, Meriz J, Pardos C y col. Prevalencia actual del asma, alergia e hiperreactividad bronquial en niños de 6-8 años. An. Esp. Pediatr. 2001; 54 (1) : 18-25.
- Gabinete de estudios sociológicos, Bernard Krief. Libro blanco : el futuro de la Alergología Inmunología clínica en España en el horizonte del año 2005. Ed. CBF SA. 1998.
- García-Marcos I y Götz M. Asma y enfermedades crónicas de la vía respiratoria superior. An. Esp. Pediatr. 2001; 54 : 567-572.
- Jonson M, Maas M y Moorhead S. Clasificación de resultados de Enfermería 2ª Ed. Ediciones Harcourt,SA.
- McCloskey JC y Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería 3ª Ed. Ediciones Harcourt, SA. 2001.
- Naberan Yona K. A propósito del día mundial del asma. Aten. Primaria 2002; 29 : 395-396.
- Neumomadrid. El asma es ya la enfermedad crónica más común entre los niños españoles. Jano on line 2000; 8-9.
- North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos enfermeros : definiciones y clasificación 2001-2002. Ediciones Harcourt, SA. 2001.
- Patiño Masó J. El niño con asma. En enfermería pediátrica. Ed. Masson SA. 2001. 407-429.
- Riedler J, Braun-Fahrlander CH, Eder W y col. Exposure to farming in early life and development of asthma and allergy : a cross-sectional survey. The lancet 2001; 358 : 1129-1133.
- Ruiz González MD. Enfermedad crónica y/o incapacitante en enfermería del niño y el adolescente. Ed. DAE Grupo Paradigma. Madrid 2000. 5446-547.
- Sandber S, Paton J, Ahola S y col. The role of acute and chronic stress in asthma attacks in children. The lancet 2000; 356 : 982-987.
- Separ. Aumenta el número de ingresos de los niños con asma en los hospitales. Jano on line 2000; 13-12.
- Van P, Little R, Dupuis J. Association of the ADAM33 gene and bronchial hyperresponsiveness. Nature 2002; 10 : 1038.