

## Decálogo de una escuela saludable

Equipo Respirar. Colegios Saludables para Niños con Asma.  
[consultado el 30 de Mayo de 2012].

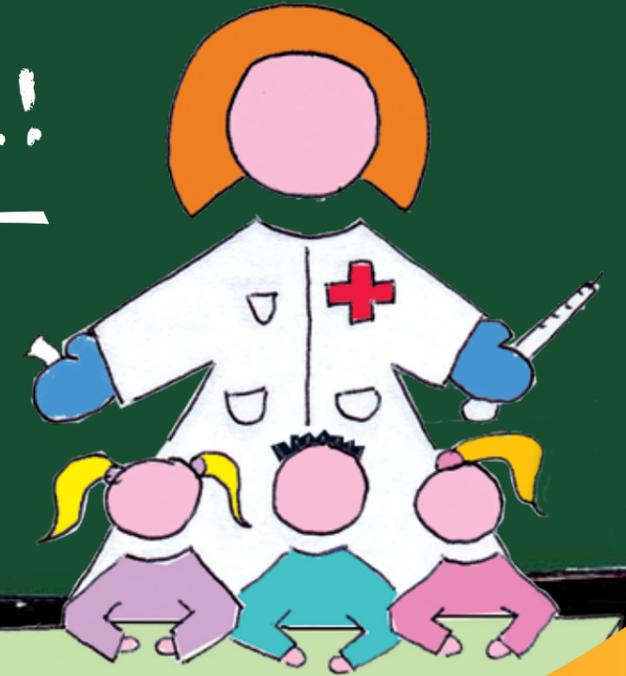
Disponible en:

[www.respirar.org/portalspadres/colegios\\_saludables.htm](http://www.respirar.org/portalspadres/colegios_saludables.htm)

1. Estar libre de tabaco.
2. Existe personal encargado para atender niños asmáticos, preferentemente enfermería escolar
3. Hay botiquín con medicación de urgencia
4. Los niños pueden llevar y tomar la medicación, previamente se ha educado a la familia, profesores y alumnos sobre administración adecuada.
5. Están identificados los niños asmáticos
6. Existe plan de atención ante una crisis aguda de asma.
7. Se mantiene nivel de higiene y calidad de aire correcto.
8. Los profesores de educación física conocen a los niños asmáticos.
9. Dispone de aulas que minimizan los alérgenos y factores predisponentes
10. En épocas de polinización se controla la carga polínica del colegio, manteniendo cerradas las ventanas en los momentos de máximo sol y más si hay viento.

¿Tu hijo tiene  
**ASMA?**  
Tranquilo en el colegio...

¡¡Yo actúo!!



Para ver el anexo y bibliografía de este protocolo consultar en:

[www.amece.es](http://www.amece.es).

Avalado por SEPAR



# Protocolo de ENFERMERÍA ante una Crisis Asmática en Centros Educativos

Asma es una **enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias**, en cuya patogenia intervienen diversas células y mediadores de la inflamación, condicionada en parte por factores genéticos y que cursa con hiperrespuesta bronquial y una obstrucción variable al flujo aéreo, total o parcialmente reversible, ya sea por la acción medicamentosa o espontáneamente.

Es una de las **enfermedades crónicas más frecuentes en la infancia**, con una prevalencia difícil de estimar, pero que oscila entre el 5-20%, según diferentes estudios.

Provoca faltas de asistencia en la escuela y limita la actividad física de los alumnos que la padecen.

Las exacerbaciones (ataques o crisis) de asma son episodios agudos o subagudos caracterizados por un aumento progresivo de uno o más de los síntomas típicos (disnea, tos, sibilancias y opresión torácica) acompañados de una disminución variable del flujo espiratorio.

La gravedad de la exacerbación determina la actuación y por lo tanto es esencial una rápida valoración inicial:

Se basa fundamentalmente en criterios clínicos (frecuencia respiratoria, presencia de sibilancias y existencia de retracciones del esternocleidomastoideo), variables que recoge el *Pulmonary Score* en la valoración clínica de la crisis de asma en niños (tabla 1). Esta escala es sencilla y aplicable a todas las edades.

Los síntomas, junto con la saturación de oxígeno determinada mediante pulsioximetría (**SaO<sub>2</sub>**), permiten completar la estimación de la gravedad del episodio (tabla 2).

Una **SaO<sub>2</sub>** inferior al 92% después del tratamiento inicial con broncodilatadores inhalados selecciona a los pacientes más graves y estos deben ser hospitalizados para iniciar un tratamiento intensivo.

Tabla 1: Pulmonary Score para la valoración clínica de la crisis de asma en niños.

Puntuación	Frecuencia respiratoria		Sibilancias	Uso de esternocleidomastoideo
	≤ 6 años	≥ 6 años		
0	< 30	< 20	No	No
1	31-45	21-35	Final espiración	Incremento leve
2	46-60	36-50	Toda la espiración (estetoscopio)	Aumentado
3	> 60	> 50	Inspiración y espiración sin estetoscopio**	Actividad máxima

\* Se puntúa de 0 a 3 en cada uno de los apartados (mínimo 0, máximo 9).

\*\* Si no hay sibilancias y la actividad del esternocleidomastoideo está aumentada, puntuar el apartado "sibilancias" con un 3.

Tabla 2: Valoración global de la gravedad de la exacerbación de asma en niños integrando el Pulmonary Score y la saturación de oxígeno.

	Pulmonary Score	SaO <sub>2</sub>
Leve	0-3	> 94%
Moderada	4-6	91-94%
Grave	7-9	< 91%

SaO<sub>2</sub>: saturación de oxihemoglobina.

En caso de discordancia entre la puntuación clínica y la saturación de oxígeno, se utilizará el de mayor gravedad.

## OBJETIVO PRINCIPAL

Disminuir la obstrucción de la vía aérea y mejorar la oxigenación.

## INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

1. Tranquilizar al alumno. La relajación ayuda a no empeorar la situación.
2. Evitar si es posible el factor desencadenante y otros irritantes (humo de tabaco, olores fuertes...).
3. Permanecer con el alumno y estar calmado.
4. Mantener posición de confort y ambiente tranquilo.
5. Aflojar la ropa apretada.
6. Extraer todos los datos relevantes de la historia de enfermería del alumno (Anexo 1).

## EN EL EPISODIO LEVE

- Administrar la medicación prescrita por el médico lo antes posible, siempre tratar los síntomas leves para evitar episodios severos. La pauta de tratamiento en estos casos suele ser: broncodilatadores agonistas β<sub>2</sub> adrenérgicos de acción corta (salbutamol o terbutalina) con cámara de inhalación.
- Controlar la ansiedad si hubiera y ayudar a respirar de forma tranquila con el diafragma.

Si hay mejoría se recomienda acudir al médico o especialista para revisar tratamiento. Se contacta con la familia para informar de lo sucedido.

Si no hay mejoría aplicar la medicación según pauta médica, llamar al 112 y contactar con la familia para su traslado al servicio de urgencias.

- Continuar con educación para el asma: al alumno, la familia y la comunidad educativa. La educación del alumno asmático reduce el riesgo de padecer una exacerbación, aumenta la calidad de vida y reduce los costes sanitarios.

## EN EL EPISODIO MODERADO O GRAVE

Si tiene los parámetros que se reflejan en la tabla 2 *Pulmonary Score* para la valoración clínica de la crisis de asma en niños (4-6 / 7-9 y **SaO<sub>2</sub>** < 94%) debemos:

- Llamar al 112 y avisar a los padres del alumno, para traslado urgente al servicio de urgencias.
- Administrar oxígeno, que debiera haber en el Centro Educativo.
- Continuar con control de las constantes vitales (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno).

- Continuar con la medicación pautada en caso de exacerbación crisis asmáticas: La pauta de tratamiento en estos casos puede ser: broncodilatadores agonistas β<sub>2</sub> adrenérgicos de acción corta (salbutamol o terbutalina) con cámara de inhalación y glucocorticoides orales.

## CONCLUSIONES

La mayoría de las crisis leves pueden ser manejadas en el ámbito educativo por una enfermera escolar.

Es necesario que los centros educativos dispongan de un pulsioxímetro, y cámaras espaciadoras. Y también sería muy conveniente que en todos los Centros Educativos hubiera oxígeno.

En el caso de que no haya personal sanitario en el colegio, desde AMECE, consideramos fundamental:

1. La adecuada formación del personal docente, sabiendo reconocer el inicio de una crisis asmática y el manejo inicial de la atención urgente.
2. La Dirección del Centro Educativo y los profesores, deben estar informados por la familia y con el aporte de instrucciones médicas por escrito, de los primeros auxilios a realizar ante la crisis asmática.
3. El Centro Educativo debe disponer de un plan de actuación y evacuación del alumno al centro sanitario más cercano, avisando al 112 y a la familia.
4. Mientras llegan los servicios de urgencia al colegio, mantener la tranquilidad y en caso de que así lo tengan autorizado por la familia, aplicar la medicación de urgencia.

