

Protocolo

Protocolo de tratamiento de las crisis de asma infantil

J.M.^a Román

El tratamiento de las crisis está basado en el uso de broncodilatadores utilizándose la hormonoterapia en ocasiones en curas breves como recurso suplementario eficaz.

Broncodilatadores son las xantinas y los beta-2 estimulantes selectivos que pueden asociarse. Su acción es rápida durante algunas horas.

Las bases xánticas están representadas por la teofilina y derivados. Las formas retard no tienen interés en el tratamiento de la crisis. Las teofilinas se dosifican sin sobrepasar 10-12 mg/kg. La vía preferible es la oral. La vía rectal conlleva una absorción incierta.

Beta-estimulantes. Se utilizan por vía oral el salbutamol y la terbutalina. Las dosis son de 200 a 300 microgramos/kg/día en 2-3 tomas.

Por vía inyectable la terbutalina es rápidamente eficaz a la dosis de 6 microgramos/kg.

Los aerosoles continuos marcan un progreso en el tratamiento de las crisis que resisten a las medidas anteriores. Se utiliza solución de salbutamol al 0,5 % a la dosis de 0,01 a 0,03 ml/kg. La nebulización es pulsada por aire o por oxígeno.

Hormonoterapia. La cortisona es el tratamiento más eficaz. Administración de derivados de cortisona por vía oral o inyectable, o elevación de la cortisolemia endógena por inyección de ACTH de síntesis.

Servicio de Pediatría. Hospital Infantil de la S.S. Palma de Mallorca

No dar corticoides sin beta-2. La asociación potencia la acción.

I. Crisis ligera o media

En un niño no tratado *broncodilatadores* por vía oral

- Salbutamol (Ventolin) 1-2 cucharaditas o 1-2 compr. según edad, o
- Terbutalina (Terbasmin) 1-2 comp. según edad, y/o
- Teofilina (jarabe o compr.) a dosis de 6 mg/kg en una sola toma.

En un niño que está bajo tratamiento con teofilina retard, añadir Beta-2 adrenérgicos vía oral.

Si la crisis cede en el transcurso de una hora continuar tratamiento durante algunos días con Beta-2 a dosis de 0,1 a 0,3 mg/kg y 24 horas en 2 tomas y Teofilina 10-12 mg/kg/24 h en 3-4 tomas.

II. Crisis persistente

- *Nebulización de Salbutamol* (Ventolin) o eventualmente una inyección subcutánea lenta de *Terbasmin* inyect. (7 mg/kg ó 1/4 de ampolla por cada 15 kgs. de peso)

- Según la intensidad y la duración de la crisis se asocia o no a los broncodilatadores un *tratamiento hormonal*:

- por vía intramuscular Dexametasona 4 a 8 mg (1 a 2 amp. de Fortecortin o Decadran)
- o bien por vía oral, una cura de corticoides (Celestone, a una dosis suficientemente elevada para que pueda ser corta (1 a 2 mg/kg según edad)
- si la evolución es rápidamente favorable (< 1/2 hora) continuar con el tratamiento oral anterior.

III. Crisis grave o resistente al tratamiento anterior

- *Hospitalización* con RX y gases en sangre

- *Hospitalización* también si la mejoría sólo es transitoria o el niño vuelve dos días seguidos a Urgencias.

- Las *nebulizaciones de Salbutamol* a 0,5 % pueden ser repetidas sin peli-

gro. Inicialmente 3 nebulizaciones a 0,01 ml/kg con 20 minutos de intervalo. Después 0,02 a 0,03 ml/kg cada 4 horas.

– *Corticoides* por vía intravenosa: Hemisuccinato de hidrocortisona (Actocortina) 5 mg/kg/4 horas.

– *Aminofilina* por vía venosa: 6 mg/kg/20 minutos, en dosis de carga después 0,6 a 1 mg/kg/hora adaptándola a la teofilina plasmática.

En un niño que recibe tratamiento con Teofilina retardada cuyas teofilinas plasmáticas son conocidas y están en la zona terapéutica y que no vomita, no es aconsejable pasar a la vía venosa.

Bibliografía

1. J. de Blic, P. Sheinmann, Nebulisations de broncho-dilatateurs beta-adrenergiques. 12 Jour-

né Parisienne d'Immuno-Allergologie infantile. Nov. 1984.

2. O.M. Bennisler. The effectiveness of nebulized salbutamol in the management of acute asthma in children. *Physiotherapy* 1980, 66, 144.

3. K.I. Landau. Devices for administering asthma drugs to children. *Current Therap.* 1978, 19, 11

4. Asthma in childhood. *J. Allergy Clin. Immunol.* 1983, 72, 539

5. Lenny W. Milner. D. At what age do bronchodilators drugs work. *Arch. Dis. Child.* 1978: 53.532-535.

6. A. D. Milner. Childhood asthma: treatment and severity. *Br. Med. J.* 1982, 285, 155

7. A. D. Milner. Salbutamol in childhood asthma. *Prog.Resp. Res.* 1981, 17.301.

8. P.D. Phelan. Long term effect of nebulized salbutamol. *Thorax* 1981, 36, 640.

9. J. Paupe et Seheinmann. Traitement de l'asthme de l'enfant. *Medecine et Hygiene* 41, 2312-2317, 1983.

10. J. Paupe. Strategie général du traitement de l'asthme de l'enfant. *Sem. Hôp. Paris* 1985, 61. n.º 5, 270-272.