

MANEJO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON ASMA EN ATENCIÓN PRIMARIA



Definición Enfermedad crónica de las vías aéreas, caracterizada por inflamación acompañada de hiperreactividad de las vías respiratorias. Con sintomatología más o menos típica, asociada a una obstrucción reversible del flujo de aire a través de las vías respiratorias intratorácicas.

Prevalencia Enfermedad crónica más frecuente en la infancia y adolescencia.
Estudio ISAAC España (1998):
Prevalencia de Asma Activa en población de 13-14 años: 9,9 %
Prevalencia de Asma Acumulada: 10,2 - 19,5 %
En el año 2000, mortalidad global por asma en España: 2,04 por 100.000 habitantes; en edad pediátrica (0-19 años): 0,07 por 100.000 habitantes.
(Fuente: INE, www.ine.es)

Firmas *Grupo Madrileño de Vías Respiratorias - Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria*
- Javier E. Blanco González
- José Luis Montón Álvarez
- Jesús M^a Pascual Pérez
- Olga Cortés Rico
www.aepap.org/gvr/

DIAGNÓSTICO (NIÑOS)

Según edad:

- ◆ Niños mayores o colaboradores en pruebas funcionales: como en adultos.
- ◆ Niños preescolares o lactantes (no colaboradores).

Signos y Síntomas

Preguntas Básicas:

¿Han aparecido en al menos tres ocasiones o al menos dos veces en el último año o al menos dos veces con necesidad de hospitalización en uno de los casos...

1. Respiración sibilante?
2. Sensación de opresión torácica?
3. Disnea, dificultad respiratoria?
4. Tos (más frecuente por la noche o al levantarse)?

Cualquiera de esos síntomas inducidos por el ejercicio, risa o emociones, o por exposición a irritantes o alérgenos conocidos, aumentan la probabilidad de asma.

Anamnesis

1. ¿Aparición espontánea o exposición a algún desencadenante?
2. ¿Predominio estacional?
3. ¿Respuesta a broncodilatadores?

En lactantes: antecedentes de tres o más episodios de enfermedad de vías respiratorias bajas con sibilancias, y que satisfagan al menos un criterio mayor o al menos dos criterios menores de los siguientes:

- ◆ **Criterios mayores**
 - Asma diagnosticado por un médico en alguno de los padres.
 - Dermatitis atópica.
- ◆ **Criterios menores**
 - Presencia de rinitis alérgica.
 - Sibilancias fuera de episodios catarrales.
 - Eosinofilia mayor del 4% al final del primer año.

Diagnóstico etiopatogénico

Niño adolescente con diagnóstico de asma
Realizar estudio alergológico

1. Historia clínica para identificar participación de alérgenos en la enfermedad asmática del niño adolescente

2. Prick test como método de elección en el diagnóstico de sensibilización a neumoalérgenos

Prick test
POSITIVO

paciente alérgico

Valorar solicitar de forma complementaria IgE total, específicas y eosinofilia

Prick test
NEGATIVO

Prick test NO POSIBLE
(no disponible,
contraindicaciones, etc.)

3. Protocolo IgE + PHADIATOP
(Phadiatop infant en < 6 años)

Indicaciones: Niño-adolescente que

- por razones clínicas no es posible la realización del prick test o
- existe discordancia entre la clínica (la historia es sugerente de alergia) y el resultado del prick (negativo)

IgE total alta y
Phadiatop positivo

paciente alérgico

Ampliar estudio a las IgE
específicas a neumoalérgenos

IgE total normal y
Phadiatop positivo

IgE total alta y
Phadiatop negativo

otras orientaciones
diagnósticas / o edad
temprana

IgE total normal y
Phadiatop negativo

Alergia improbable
Indagar otras
orientaciones
diagnósticas

Vademécum Farmacológico

MEDICAMENTOS DE CONTROL A LARGO PLAZO

NOMBRE	GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL	DOSES	EFFECTOS SECUNDARIOS
Corticosteroides (Adrenocorticoides, Glucocorticoides)	Inhalados:			
	Beclometasona	Asmabec / Becló Asma Becloforte / Novahaler	La dosis de inicio depende de la gravedad del asma.	Inhalados: >1 mg al día puede asociarse con piel delgada, hematoma fácil, supresión adrenal y cataratas.
Agentes antiinflamatorios	Budesónida	Budesónida Aldo Unión Oflax / Pulmicort / Ribujet	Mantener durante 2-3 meses antes de iniciar un descenso en la dosis que mantenga el control	Retraso en el crecimiento puede ocurrir en niños
	Fluticasona	Flixotide / Flusonal / Inalacor / Trialona		
	Orales:			
	Metilprednisolona	Urbasón	Utilizar la menor dosis efectiva posible	Usados a largo plazo, puede conducir a osteoporosis, hipertensión, diabetes, cataratas, supresión adrenal, obesidad, adelgazamiento de la piel o pérdida de masa muscular.
	Prednisolona	Estilsona (gotas orales)	En crisis: 1-2 mg/kg diario, (40-60 mg total en adolescentes)	Considerar circunstancias que pueden empeorar por el uso de esteroides orales, p.e. infecciones víricas, herpes, varicela, tuberculosis, hipertensión.
	Prednisona	Dacortín / Prednisona Alonga	divididos en 1-2 dosis	
Cromonas	Inhalado			
Agentes antiinflamatorios	Cromoglicato disódico	Alergocrom / Frenal Nebulasma / Intal	MDI: 10-20 mg (1-2 puls) / 6-8 horas DPI: 20-40 mg (1-2 inhal) / 6-8 horas Nebulizador: 20 mg (2 ml) / 6-8 horas	Mínimos efectos secundarios. Puede desencadenar tos tras la inhalación
	Inhalado	Brionil / Cetimil / Tilad	MDI: 4 mg (2 puls) / 6-12 horas	No conocidos
Antileucotrienos	Comprimidos:			
Agentes antiinflamatorios	Montelukast	Singulair	Singulair Comprimidos: > 14 años: 10 mg / día 6-14 años: 5 mg / día 2-5 años: 4 mg / día	No se describen efectos adversos a las dosis recomendadas.
	Zafirlukast	Accolate / Aeronix / Olmorán	Zafirlukast: > 12 años 20mg / 12 horas	Zafirlukast solo > 12 años, fuera de las comidas
	Granulado:			
	Montelukast	Singulair Granulado 4mg	6 meses - 2 años: 4 mg/día	
Beta-2 agonistas de vida media larga	Inhalados:			
Broncodilatador	Formoterol	Broncoral / Foradil / Oxis	MDI (F): 12-24 mcg (1-2 puls) / 12 horas (= 6 años) DPI (F): 12-24 mcg (1-2 inhal) / 12 horas (= 6 años)	Poco frecuentes: temblores, agitación, ...
	Salmeterol	Beglan / Inaspir / Serevent	MDI (S): 50 mcg (2 puls) / 12 horas (= 4 años) DPI (S): 50 mcg (1 inhal) / 12 horas (= 4 años)	Siempre asociar a una terapia antiinflamatoria
Teofilinas	Tabletas o solución			
deliberación sostenida		Vent Retard / Theolair / Theo-Dur	Dosis variables según circunstancias clínicas y edad. Vía oral (mantenimiento):	Náuseas y vómitos son más comunes. Efectos serios ocurren con altas concentraciones séricas: arritmias, taquicardia.
Broncodilatador	Elixifilín		1-12 meses: Dosis total (mg/día) = [(0,2 x edad en semanas) + 5] x x kg peso, cada 8 h si < 6 meses, cada 6 h en > 6 meses 1-9 años: 20-24 mg/kg/día, repartidos cada 8-12 horas 9-12 años y adolescentes fumadores: 16 mg/kg/día, cada 8-12 h 12-16 años no fumadores: 13 mg/kg/día, cada 8-12 horas Pacientes pediátricos con descompensación cardíaca, cor pulmonale o afectación hepática: 5 mg/kg/día	
Ketotifeno	Solución oral	Zastén / Ketasma	6m- 3a: 0,5 mg/12 h ; >3a: 1 mg/ 12h	Puede causar sedación y ganancia de peso
Agente antialérgico				
Asociación de Corticoides y Agonistas Beta2 de larga duración	Inhalados			
Antiinflamatorio y Broncodilatador	Fluticasona + Salmeterol	Anasma / Inaladúo / Plusvent	≥ 4 años	Los mismos que los Corticosteroides y los Beta-2 agonistas de larga duración juntos
	Budesónida + Formoterol	Seretide Symbicort / Rilast	≥ 6 años	

MEDICAMENTOS DE ACCIÓN RÁPIDA O RESCATE

NOMBRE	GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS	EFFECTOS SECUNDARIOS
Beta-2 agonistas de vida media corta	Salbutamol	Buto Asma / Ventolin Salbutamol Aldo Unión / Ventolin spr	MDI: 200-400 mcg (2-4 puls) a demanda, duración efecto 4 h; vigilar si >20 puls / día o intervalos < 4h. Neb: 0,1-0,15 mg (0,02-0,03 ml) / Kg máx 5 mg (1ml) / dosis diluido en 3 ml SSF	Temblor, cefaleas, irritabilidad, ... inhalados tienen menos que en tabletas o solución.
Broncodilatador	Terbutalina	Terbasmin	MDI: 500-1000 mcg (2-4 puls) a demanda DPI: 500-1000 mcg (1-2 inhal) a demanda Neb.: 0,3 mg (1 gota) / Kg (máx 10 mg) diluido en 3 ml SSF	Un uso creciente denota un empeoramiento del control del Asma
Anticolinérgicos Broncodilatador	Bromuro de Ipratropio	Atrovent	MDI: 40-80 mcg (2-4 puls) / 6-8 horas DPI: 40 mcg (1 inhal) / 6-8 horas Neb.: 250-500 mcg / 6-8 horas	Sequedad y mal sabor de boca, cefalea, retención urinaria
Teofilinas de acción corta Broncodilatador	Aminofilina	Eufilina	Vía intravenosa (dosis orientativas): Carga: 6 mg/kg. Manten. según edad y peso: 1-6 meses: 0,5 mg/kg/hora, 7-12 meses: 1 mg/kg/hora, 1-9 años: 1,5mg/kg/hora, 10-15 años: 1,2mg/kg/h	Náusea, vómito. A altas concentraciones séricas: taquicardia y arritmias.
Adrenalina / epinefrina Broncodilatador		Adreject / Adrenalina Level	0,01 mg/kg im o sc (max 0,5 mg/dosis)	Similar pero más significativos que los beta-2 agon. Además: convulsiones, fiebre y alucinaciones.

NOTA IMPORTANTE: Se han revisado las dosis, sin embargo recomendamos encarecidamente consultar un manual especializado. No podemos responsabilizarnos de errores inadvertidos en el texto

CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE FONDO

Clasificación de la gravedad del asma 3^{er} Consenso Internacional Pediátrico (CIP):

Pacientes menores de 5 años

	Episódico infrecuente	Episódico frecuente	Persistente
Frecuencia Crisis	< 1 cada 4-6 semanas	> 1 cada 4-6 semanas y < 1 al mes	Episodios frecuentes \geq 1 al mes
Gravedad	Habitualmente no graves	Frecuentemente problemáticas	Precisan hospitalización
Síntomas intercrisis	Asintomático	Síntomas presentes < 1 vez por semana	Requiere agonistas- β_2 > 3 veces por semana por despertar nocturno u opresión de pecho por la mañana
Ejercicio	Normal o sibilancias mínimas después de ejercicio intenso	Sibilancias con ejercicio moderado prevenibles con agonistas- β_2 o cromonas	Sibilancias al mínimo esfuerzo
Función pulmonar	Normal entre episodios	Normal o cerca de la normalidad entre episodios	Habitualmente se objetiva la limitación al flujo aéreo entre episodios
Prevención	Generalmente no precisa	Generalmente necesaria	Obligatoria

Tratamiento farmacológico

Beta 2 agonista inhalado	A demanda	A demanda	A demanda
Antiinflamatorio	Si requiere beta2 más de 3 veces por semana; iniciar una opción de las siguientes: - corticoide inhalado a dosis baja 100-200/día* - montelukast oral 4 mg/día (Comprimidos o Granulados) Si no responde en 4 semanas iniciar protocolo de asma episódico frecuente	- corticoide inhalado a dosis media 400 /día* ó - montelukast oral 4 mg/día (Comprimidos o Granulados) Si no responde en 4 semanas iniciar protocolo de asma persistente	Dos opciones iniciales - corticoide inhalado dosis alta (800/día)* - corticoides a dosis media.(400/día)* asociado a uno de los siguientes: · montelukast oral 4 mg/día (Comprimidos o Granulados) ó · beta2-agonista de acción prolongada Si mala respuesta aumentar dosis de corticoide inhalado. Si mala respuesta valorar corticoide oral
Reducción de dosis	Cuando se estabilice la situación clínica y funcional se planteará la posibilidad de ir bajando en el escalonamiento terapéutico planteado		

* Budesónida en MDI

Propuesta GINA/NAEPP - 2002:

Pacientes mayores de 5 años

Datos previos al tratamiento	Escalón 1	Escalón 2	Escalón 3	Escalón 4
	Leve intermitente	Leve persistente	Moderada	Grave
Síntomas	<p>≤ 2 veces a la semana</p> <p>Asintomático con FEM intercrisis normal</p> <p>Exacerbaciones breves (horas a pocos días), la intensidad puede variar</p>	<p>> 2 veces a la semana y < 1 vez al día</p> <p>Las exacerbaciones pueden afectar a la actividad</p>	<p>Diarios</p> <p>Uso diario de agonistas-β₂</p> <p>Las exacerbaciones afectan a la actividad</p> <p>Crisis ≥ 2 veces por semana, pueden durar días</p>	<p>Continuos</p> <p>Actividad física limitada</p> <p>Agudizaciones frecuentes</p>
Síntomas nocturnos	≤ 2 veces al mes	> 2 veces al mes	> 1 vez a la semana	Frecuentes
Función pulmonar	<p>VEMS o FEM ≥ 80% del valor teórico</p> <p>Variabilidad del FEM < 20%</p>	<p>VEMS o FEM ≥ 80% del valor teórico</p> <p>Variabilidad del FEM 20-30%</p>	<p>VEMS o FEM 60-80% del valor teórico</p> <p>Variabilidad del FEM > 30%</p>	<p>VEMS o FEM ≤ 60% del valor teórico</p> <p>Variabilidad del FEM > 30%</p>
Tto. Mantenimiento	No necesario	<ul style="list-style-type: none"> · Corticoide inhalado (200-400 µg budesónida polvo seco o equivalente) o bien, · Antileucotrieno o · Cromona o · Teofilina de liberación retardada (MENOS RECOMENDABLE: manejo poco práctico en niños) 	<p>Corticoide inhalado (400-800 µg budesónida en polvo seco o equivalente) o bien, combinaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Corticoide inhalado (<800 µg budesónida o equivalente) más antileucotrienos, o · Corticoide inhalado (<800 µg budesónida o equivalente) más beta-2 larga acción o · Corticoide inhalado (<800 µg budesónida o equivalente) más teofilina liberación retardada (MENOS RECOMENDABLE: manejo poco práctico en niños) 	<p>Corticoide inhalado (>800 µg budesónida en polvo seco o equivalente) más uno o más de los siguientes, si necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Antileucotrieno o · Beta-2 larga acción · Corticoide oral · Teofilina de liberación sostenida (MENOS RECOMENDABLE: manejo poco práctico en niños)

Todos los pasos: además del tto de mantenimiento, beta-2 agonistas de vida media corta* según necesidad, para aliviar los síntomas, pero no debieran ser necesarias más de 3 o 4 veces al día

1. La presencia de una sola característica clínica basta para incluir al paciente en el escalón correspondiente
2. Cada paciente debe asignarse a la categoría a la que posea una característica clínica
3. En cualquier escalón, los pacientes pueden tener agudizaciones leves, moderadas o graves
4. Niños con asma intermitente pero crisis graves deben ser tratados como si tuviesen asma persistente moderada

Estrategia Terapéutica

En la elaboración del plan de tratamiento debemos tener presente en todo momento los siguientes aspectos:

- ♦ La clasificación de gravedad del paciente
- ♦ Los beneficios, riesgos y disponibilidad del tratamiento
- ♦ Las preferencias culturales/sociales/familiares del paciente
- ♦ La disponibilidad asistencial en torno al paciente

La duración del tratamiento no deber ser inferior a 3 meses, con una revisión inicial a las 4-6 semanas. Deben establecerse los tratamientos más sencillos y de dosis más bajas que mantengan al niño controlado. En caso de estar más de 6 meses sin síntomas valorar la posibilidad de interrumpir el tratamiento.

En el caso de asma estacional, valorar tener cubierto preventivamente al niño en aquellas épocas del año en las que sean frecuentes los desencadenantes de su enfermedad (gramíneas, infecciones víricas, ...).

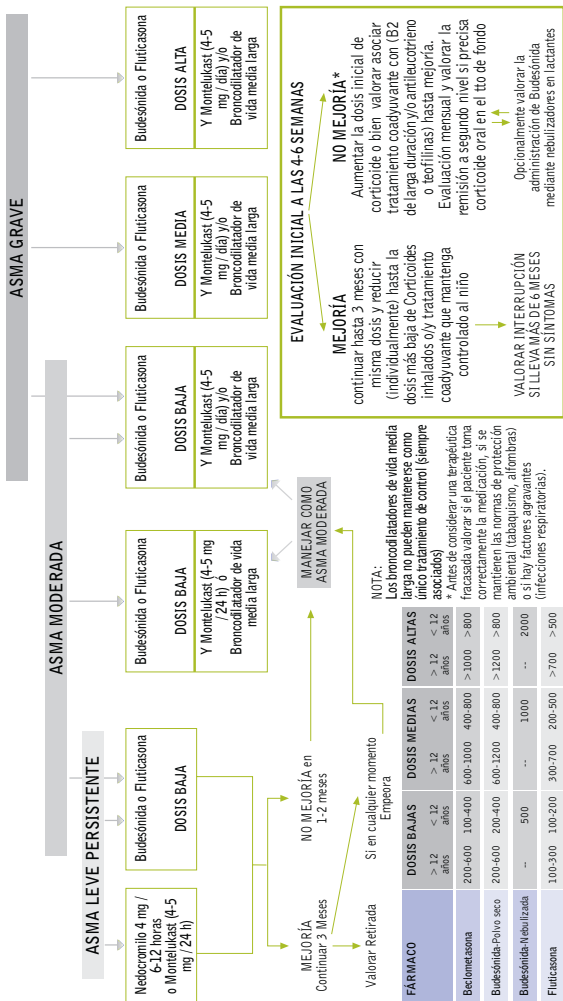
El objetivo de la estrategia terapéutica con el paciente y su familia está determinado por la *CONCORDANCIA* en la misma, integrando las preferencias del paciente con las asistenciales y la mejor evidencia clínica disponible, sin olvidar la calidad de vida del paciente y de su familia o cuidadores.

Preguntas verificación Tratamiento

Sospechar *infrautilización de medicación* cuando el tratamiento fracasa en producir el efecto esperado. Cuando los efectos secundarios son mayores de lo esperado, el paciente puede estar sobreutilizando la medicación o usándolo de forma errática.

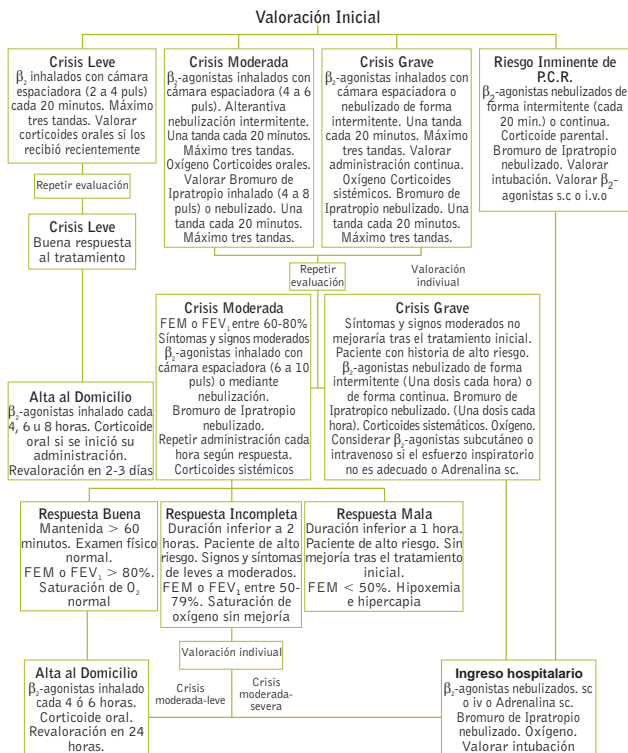
Siempre es mejor preguntar al paciente en un estilo *no crítico* sobre el cumplimiento, puesto que pacientes que admiten no cumplir la medicación son habitualmente más dóciles a las medidas diseñadas para mejorar el cumplimiento.

ALGORITMO TRATAMIENTO PACIENTE PEDIÁTRICO NUEVO



FÁRMACO	DOSIS BAJAS	DOSIS MEDIAS	DOSIS ALTAS
Bclometasona	> 12 años: 200-600 < 12 años: 100-400	> 12 años: 600-1000 < 12 años: 400-800	> 12 años: >1000 < 12 años: >800
Budesónida-Polvo seco	> 12 años: 200-600 < 12 años: 200-400	> 12 años: 600-1200 < 12 años: 400-800	> 12 años: >1200 < 12 años: >800
Budesónida-Nebulizada	--	500	2000
Fluticasona	100-300	300-700	>700

Tratamiento de Crisis (Niños)



Resumen del Plan de Tratamiento de las crisis asmáticas

			Otras Medidas: - Adrenalina S.C. - Intubación
			Bromuro de ipratropio nebulizado
			Oxígeno
¿Corticoides sistémicos?			Corticoides sistémicos
β₂-Agonista inhalado (con cámara): 2 ⇒ 4 ⇒ 6 ⇒ 8 ⇒ 10			Valorar β₂-agonista Nebulizado
β₂-Agonista polvo seco: 1 ⇒ 2 ⇒ 3 ⇒ 4 ⇒ 5			
LEVES	MODERADAS	GRAVES	RIESGO PARADA

Paciente Pediátrico No Controlado

El tratamiento debe modificarse de forma escalonada en función de los síntomas para conseguir el control óptimo con la menor medicación posible. La Siguiete Tabla nos sugiere posibles decisiones a tomar en pacientes que no tienen controlada la enfermedad a pesar de un tratamiento previo, teniendo en cuenta que si persisten los síntomas, persiste la Inflamación, que siempre hay que comprobar el cumplimiento del tratamiento, la técnica de inhalación y las normas básicas o específicas de evitación.

Situación basal	Decisión			
	Añadir Antileucotrienos	Añadir CC	Aumentar Dosis de CC	Añadir Beta 2 de larga
Cromonas inhaladas (dosis suficiente: cada 6-8 h)	Opción a considerar: cambiar por antileucotrienos.		Opción inicial, retirando las cromonas	
Dosis Bajas de CC	Cubrimos todas las vías de la Inflamación		Alternativa, aunque antes confirmar buen cumplimiento del paciente	
Dosis Altas de CC	Cubrimos todas las vías de la Inflamación y puede permitir reducir dosis de CC			Alternativa válida de cara a sintomatología
Antileucotrienos		Cubrimos todas las vías de la Inflamación		2ª Opción si persisten los síntomas
CC + Antileucotrienos			Alternativa si las dosis de CC son bajas	Alternativa si ya tiene dosis moderadas o altas de CC
CC + Beta 2 de larga	Cubrimos todas las vías de la Inflamación		Alternativa si persisten los síntomas	
Teofilinas + CC	Cubrimos todas las vías de la Inflamación, aunque no es una opción práctica en Atención Primaria: requiere <i>control de nivele de Teofilinemia</i>			2ª Opción si persisten los síntomas

*Siempre debe tener un Beta 2 de corta para prevención / tratamiento de crisis

Tratamiento no farmacológico

1) Prevención Primaria

- ♦ Medidas encaminadas a reducir la exposición ambiental a los ácaros de polvo doméstico y epitelio de gato, especialmente en niños con riesgo de enfermedades atópicas.
- ♦ Evitar exposición al humo del tabaco.
- ♦ Medidas encaminadas a reducir la contaminación ambiental especialmente por los vehículos.

- ♦ Control del embarazo encaminado a disminuir incidencia de prematuridad y bajo peso al nacimiento.
- ♦ Evitar infecciones virales en primera infancia puesto que, aunque no hay evidencias de que causen asma, sí pueden contribuir a su desarrollo (daño del epitelio bronquial o promoviendo mecanismos de hipersensibilidad mediada por IgE).

2) Control de desencadenantes

- ♦ Medidas de control ambiental, encaminadas a la reducción de alérgenos animales, ácaros, cucarachas, hongos ambientales, contacto con pólenes, alérgenos ocupacionales e irritantes ambientales (aerosoles, humo de tabaco, polución atmosférica).
- ♦ Otras medidas: recomendación de actividad deportiva regular, evitar contacto con personas con infecciones respiratorias, protección del frío y de evitación del hábito tabáquico.

3) Inmunoterapia

- ♦ Nunca debe reemplazar al tratamiento farmacológico ni otras medidas de control.
- ♦ Debe indicarla y responsabilizarse de ella siempre el especialista o alergólogo, tanto del momento de inicio, como de su composición, pauta de administración y sus variaciones, así como de su duración.

EDUCACIÓN Y RECOMENDACIONES AL PACIENTE PEDIÁTRICO Y SU FAMILIA

Objetivos Generales

1. Que el niño pueda realizar la vida que él y su familia deseen con las menores limitaciones posibles.
2. El niño y su familia serán los principales responsables del control de su asma, nosotros sólo seremos su ayuda.

Objetivos Específicos

1. Aumento de conocimientos, actitudes y habilidades.
2. Aumento de autoconfianza y autoeficacia en el manejo del asma.
3. Disminución de morbilidad: visitas a urgencias, hospitalizaciones, absentismo escolar.
4. Aumento de adherencia al tratamiento: evitación de alérgenos, monitorización, tratamiento farmacológico.
5. Disminuir los costes.

Programa educativo

- ♦ Metodología:
 - Se iniciará en el momento del diagnóstico y se integrará en cada paso del tratamiento.
 - Progresiva, secuenciada y recordatoria
 - Lenguaje comprensible por el niño y su familia

- Apoyada en materiales gráficos
- A través de acuerdos: Educación y Concordancia
- Se dirigirá a las familias durante la primera infancia y posteriormente a los niños, adaptándose a las diferentes etapas del desarrollo.
- Se utilizarán siempre refuerzos positivos.
- Imprescindible proporcionar por escrito un plan de acción.
- Acuerdo en las metas/ Ensayar/ Repetir/ Reforzar
- BASICA-RELEVANTE / INDIVIDUALIZADA / REALISTA / PARTICIPATIVA.
- METAS:
 - Estar libre de Síntomas
 - Tener la mejor función pulmonar posible
 - Participar en las actividades que desee
 - No faltar al colegio
 - No necesitar acudir a Urgencias ni hospitalizaciones
 - Tener los menores efectos secundarios de la medicación
 - Estar satisfecho con el control y autocuidado
- ◆ Contenidos:
 - Conocimiento del asma:
 - Identificación/Evitación de factores predisponentes o desencadenantes.
 - Tratamiento Farmacológico y manejo de inhaladores.
 - Autocontrol: Toma de decisiones, Manejo del medidor de FEM.
 - Calidad de vida
- ◆ Educador:
Pediatra de Atención Primaria y si es posible, Pediatra y Enfermera según programa preestablecido.
- ◆ Cuándo, dónde y durante cuánto tiempo:
Consulta Programada y situaciones especiales (crisis, ingreso hospitalario...)
- ◆ Evaluación:
 - Documentación para el niño y la familia: Cuaderno con hojas de instrucciones y registro de síntomas.
 - Documentación para el Pediatra: Hojas de registro de visitas y actividades educativas. Escalas de calidad de vida.

5) Otras consideraciones:

Páginas Web de interés

<http://www.aepap.org/gvr/>

<http://www.respirar.org>

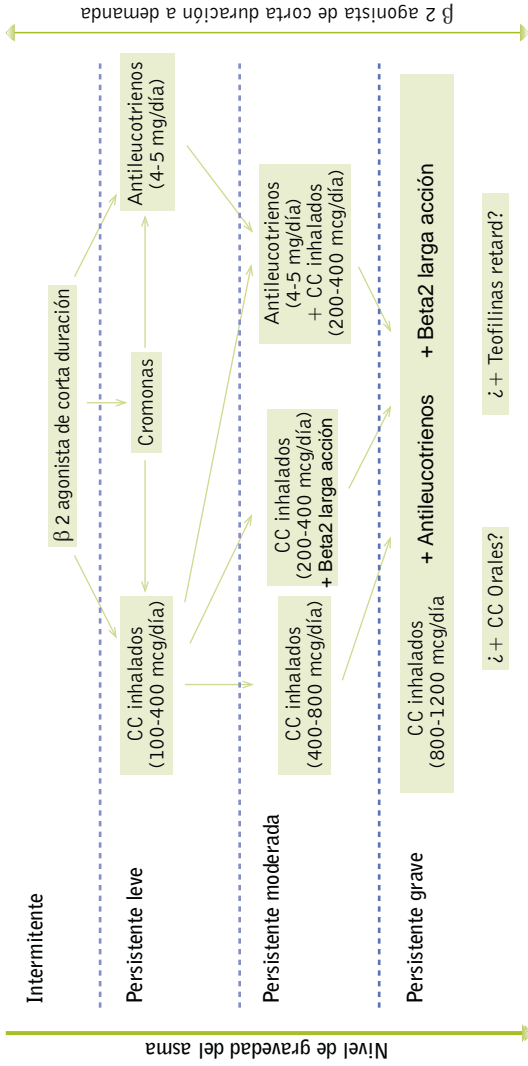
<http://www.aeped.es/enlaces/index.htm>

http://www.fisterra.com/guias2/asma_infantil.asp

<http://www.cdg.gov/hrqol/resources.htm>

<http://www.madrid.org/polen>

Paciente Pediátrico



Es importante explicarle al paciente las distintas opciones para implicarle en la decisión de elección de Tratamiento y conseguir así un mayor compromiso por su parte en el cumplimiento.