



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**MEDICINA HUMANA**

**MATERIA: URGENCIAS MÉDICAS**

**ACTIVIDAD: MAPA CONCEPTUAL MANEJO DE CRISIS ASMÁTICA EN  
URGENCIAS**

**DOCENTE: DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ**

**ALUMNO: MARCO ANTONIO DOMÍNGUEZ MORALES**

**8 SEMESTRE**



## PACIENTE CON CRISIS ASMÁTICA

### VALORACIÓN INICIAL

Historia clínica, exploración física (Fc, Fr, SaO<sub>2</sub>, estado de conciencia, uso de músculos accesorios, PEF)

### MANEJO

Agregue oxígeno complementario: con saturación en adulto >90 %; niño >95 % Broncodilatadores de acción corta (nebulizado o IDM) c/20 min la primera hora Esteroide sistémico si no hay respuesta inmediata o si utilizaba previamente, o en exacerbación moderada-grave

### REVALORE EN UNA HORA

Examen físico, SaO<sub>2</sub>, otros estudios

#### EPISODIO MODERADO

Síntomas moderados, uso de músculos accesorios PEF 60%-80% del predicho  
Oxígeno, agregue bromuro de ipratropio al broncodilatador, puede usarse cada hora; esteroide sistémico

#### EPISODIO GRAVE

Historia de eventos previos, antecedente de intubación, asma grave persistente.  
Síntomas graves en reposo, retracción xifoidea, sin respuesta al manejo inicial  
Oxígeno, broncodilatador de acción corta + bromuro de ipratropio, esteroide sistémico, sulfato de magnesio IV



**REVALORE EN 2 HORAS**  
o antes, de acuerdo con evolución

**RESPUESTA INCOMPLETA**

Factores de riesgo de asma fatal, examen clínico con afección leve a moderada  
PEF >60%, sin mejoría en SaO<sub>2</sub>

**Ingreso a Urgencias**

Oxígeno, broncodilatador de acción corta + bromuro de ipratropio, esteroide sistémico, sulfato de magnesio IV Monitoreo de PEF y SaO<sub>2</sub> constante

**MALA RESPUESTA**

Factores de riesgo de asma fatal, examen clínico con afección grave, somnolencia, confusión

PEF <30%, PCO<sub>2</sub> >45 mm Hg, PO<sub>2</sub> <60 mm Hg

**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Oxígeno, broncodilatador de acción corta + bromuro de ipratropio, esteroide sistémico, sulfato de magnesio IV, considerar salbutamol IV, aminofilina IV e intubación orotraqueal, en caso necesario

**REVALORE** en

repetidas ocasiones, de acuerdo con evolución

**RESPUESTA INCOMPLETA EN LAS PRIMERAS 6 A 12 HORAS**

Si no presenta mejoría en las primeras 12 horas considere el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos

**MALA RESPUESTA**

Continúe manejo en Unidad de Cuidados Intensivos hasta estabilización y mejoría del paciente y envío a sala de hospitalización

**BUENA RESPUESTA**

Sostenida por más de 1 hora después del manejo, sin dificultad respiratoria, PEF >70%, SaO<sub>2</sub> >90 en adolescentes-adultos, >95 en niños

**EGRESE**

**Criterios para alta domiciliaria**

PEF > 60% y continuar tratamiento oral /nebulizado en casa

**Manejo Ambulatorio**

Continuar con broncodilatador de acción corta, considerar en la mayoría de los casos esteroide sistémico, puede utilizar esteroide inhalado o broncodilatador de acción prolongada para el control a largo plazo

Continúe manejo y vigilancia en Consulta Externa

## **BIBLIOGRAFÍA**

Guía de práctica clínica, GPC (2013). Diagnóstico y tratamiento del asma.

