



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

“CRISIS ASMATICAS”

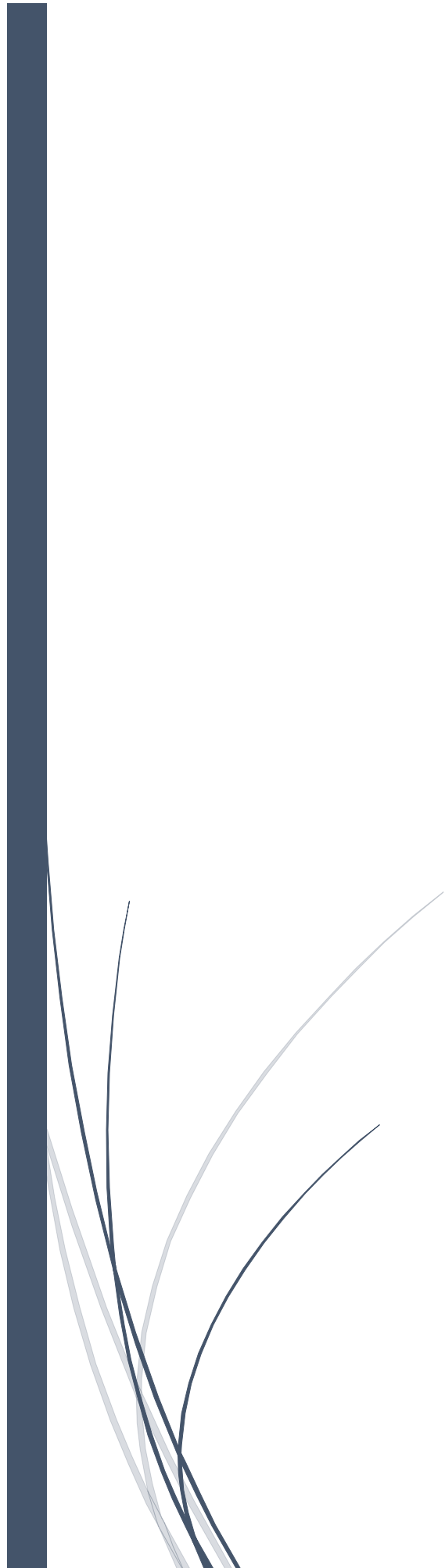
ALUMNA: ALEJANDRA VELASQUEZ CELAYA

SEMESTRE: 8º

DOCENTE: DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

ASIGNATURA: URGENCIAS MEDICAS

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS, SEPTIEMBRE 2021



MANEJO DE LAS CRISIS ASMATICAS

Realizar una historia clínica y examen físico detallados para el asma.

SÍ

¿El paciente presenta falta de aire, tos, opresión torácica, disnea con/sin sibilantes e intolerancia al esfuerzo?

NO

Más antecedentes y pruebas para descartar diagnósticos alternativos

Signos de alarma: apariencia anormal (irritabilidad o somnolencia, dificultad para hablar), preferencia por postura en sedestación, taquipnea y retracciones intensas, respiración lenta y dificultosa con hipoventilación grave en auscultación. Se recomienda recoger las constantes, especialmente la frecuencia respiratoria (FR) y saturación de oxígeno (SatO2) en estos pacientes.

¿Respaldan los resultados el diagnóstico de asma?

NO

Repita en otra ocasión o gestione otras pruebas

PARO RESPIRATORIO INMINENTE

SÍ

Evalúe la severidad de la exacerbación mientras inicia el tratamiento con SABA y oxígeno. Revise si hay anafilaxia.

CLASIFICAR ASMA

ASMA GRAVE

- Confuso
- Letárgico
- Silencio al auscultar
- FC ≥ 140 lpm o bradicardia
- Arritmias

- SpO2 $< 90\%$
- FEP o VEF1 25% a 50%
- Habla entrecortada en palabras, se sienta encorvado hacia adelante, agitado
- Prefiere sentarse, no acostarse, usa músculos accesorios
- FC 120 a 140 lpm

TRASLADAR A UNIDAD MEDICA

Refiéralos a un centro especializado, si lo hay, para una evaluación detallada y para considerar medicamentos biológicos complementarios y/o tratamiento guiado por el esputo.

Mientras espera: administre SABA y bromuro de ipratropio inhalados, O₂, corticosteroides sistémicos

ASMA LEVE

ASMA MODERADA

- Saturación de oxígeno (SpO2) 90% a 95% o FEP o VEF1 50% a 60%
- Habla en frases, prefiere estar sentado que acostado, no está agitado
- No usa músculos accesorios
- Taquipnea
- Frecuencia cardíaca (FC) < 120 lpm

INICIAR TRATAMIENTO

- SABA 4–10 inhalaciones mediante pMDI + espaciador, repita cada 20 minutos durante una hora
- Prednisona: adultos 1 mg/kg, máx. 50 mg, niños 1–2 mg/kg, máx. 40 mg
- Oxígeno con flujo controlado (si está disponible): objetivo de saturación 93-95% (niños: 94-98%)

CONTINÚE EL TRATAMIENTO con SABA según sea necesario EVALÚE LA RESPUESTA AL CABO DE UNA HORA (o antes)

TRASLADAR A UNIDAD MEDICA

NO

¿El paciente mejora?

SÍ

EVALUAR PARA DAR DE ALTA

Los síntomas mejoraron y no necesita SABA
El PEF está mejorando y está en >60-80% del mejor valor personal o del valor teórico
La saturación de oxígeno está a >94% a aire ambiente
Recursos en la casa adecuados

¿El paciente cumple con los puntos mencionados?

SÍ

GESTIONE EL ALTA

Medicación de rescate: continúe según sea necesario
Medicación controladora: inicie o aumente.
Revise la técnica de uso del inhalador y la adherencia al tratamiento.
Prednisona: continúe, usualmente durante 5-7 días (3-5 días para niños)
Seguimiento: dentro de 2-7 días (1-2 días para niños)

BIBLIOGRAFÍA

1. *Tratamiento del asma en edad pediátrica*. Guía de Práctica Clínica: Guía de Referencia Rápida: México, CENETEC; 2020 [fecha de consulta]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-009-20/RR.pdf>
2. GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA. (2019). *GUÍA DE BOLSILLO GUÍA DE BOLSILLO PARA EL MANEJO Y LA PREVENCIÓN DEL ASMA PREVENCIÓN DEL ASMA (para adultos y niños mayores de 5 años)*. Estados Unidos de América: EUROPEAN RESPIRATORY JOURNAL EDITORIAL.

