Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

CRISIS ASMATICA

PRESENTA

Angel José Ventura Trejo

Inmunoalergias

Dr. Diego Rolando Martínez Guillén

Comitán De Domínguez, Chiapas, 04 de marzo del 2022

CRISIS ASMATICA

DIAGNÓSTICO

La historia clínica

Sintomatología tos, sibilancias, tiraje y disnea no patognomónica

exploración física

apariencia anormal (irritabilidad o somnolencia, dificultad para hablar)

preferencia por postura en sedestación

taquipnea

retracciones intensas

respiración lenta

dificultosa con hipoventilación grave en auscultación

Valores iniciales de SatO2 <92% se asocian con mayor riesgo de hospitalización y mayor estancia en urgencias

TRATAMIENTO

Oxígeno

humidificado, con el dispositivo más cómodo para el paciente

mantener SatO2 ≥92%

Buscando utilizar la menor concentración para la SatO2 objetivo

Agonistas ß2-adrenérgicos inhalados de acción corta (salbutamol)

inhalador presurizado y cámara espaciadora mínimo 5 pulsaciones, máximo 10 pulsaciones
o
Nebulizado: con oxígeno en flujos altos (6-8 L), calcular a 0,15 mg/kg, mínimo 2,5 mg y máximo 5 mg
O dosis estándar 2,5 mg para niños <20 kg y 5 mg para niños >20 kg

Corticoides sistémicos

Bromuro de ipratropio
Dispositivos presurizados en cámara espaciadora (MDI): dosis estandarizada: 4 pulsaciones (80 µg).
O
Nebulizado: si <20 kg 250 µg, si > 20 kg 500 µg15.

Se basa en broncodilatadores y la reducción de la inflamación con corticoides sistémicos