



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina



MAPA CONCEPTUAL CRISIS ASMATICAS

MATERIA: INMUNOALERGIAS

ALUMNA: DANIA ESCOBEDO CASTILLO

CARRERA: MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: OCTAVO GRUPO A

CRISIS ASMATICA

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN URGENCIAS

↓ ES

Son episodios caracterizados por inflamación, hiperreactividad y obstrucción reversible de la vía aérea, que condicionan dificultad para respirar, sibilancias, tos y sensación de opresión o dolor torácico, asociado a disminución de la función pulmonar

ETIOLOGÍA

↓ SON

Infecciones virales, exposición a alérgenos, escasa adherencia a tratamientos, fármacos, ERGE, factores climáticos, factores emocionales, ejercicio, colorantes y conservadores alimentarios

CLINICA

↓ PRESENTA

preferencia por postura en sedestación, taquipnea y retracciones intensas, respiración lenta y dificultosa con hipoventilación grave en auscultación, dificultad para hablar

DIAGNOSTICO

↓ SE BASA

Historia clínica

DX DIFERENCIAL
Bronquiolitis, laringitis, neumonía, cuerpo extraño bronquial, episodios de hiperventilación

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

↓ PEDIR

Radiografía de tórax
Gasometría

Valores de presión parcial de oxígeno inferiores a 60 mmHg o presión parcial de CO₂ superiores a 45 mmHg indican insuficiencia respiratoria

COMPLICACIONES

↓ SON

Atelectasia, neumonía, neumotórax o arritmias

TRATAMIENTO

Oxígeno humidificado
(mantener SaTO₂ >92%)

Agonistas β₂-adrenérgicos inhalados de acción corta (salbutamol)
adm con inhalador presurizado y MDI

CORTICOIDES
DEXAMETASONA
0.6 mg/kg cada 24 hrs
PREDNISONA
1-2 mg/kg 3-5 días
IV
METILPREDNISOLONA
1-2 mg/kg

BROMURO DE IPRATROPIO

SULFATO DE MAGNESIO

OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO

ADRENALINA IM

CRITERIOS GRAVEDAD

Nivel I: resucitación. Fallo cardiorrespiratorio: atención médica (AM) inmediata.

Nivel II: emergencia. Fallo respiratorio: demora máxima de AM 15 minutos.

Nivel III: dificultad respiratoria. Demora máxima de AM 30 minutos.

Nivel IV: estable. Síntomas respiratorios (tos, sibilancias, etc.) en ausencia de dificultad respiratoria. Demora máxima de AM 1-2 horas

ANEXOS

8.1. Criterios de ingreso hospitalario

- Persistencia de dificultad respiratoria tras el tratamiento inicial.
- Necesidad mantenida de broncodilatador con frecuencia inferior a 2 horas.
- Necesidad de oxigenoterapia suplementaria.
- Considerar en enfermedad de base grave (cardiopatía, displasia broncopulmonar, fibrosis quística, enfermedad neuromuscular).
- Antecedente de crisis de gravedad o rápida progresión.
- Mala adherencia al tratamiento o dificultad para el acceso a la atención sanitaria.

8.2. Criterios de ingreso en UCIP

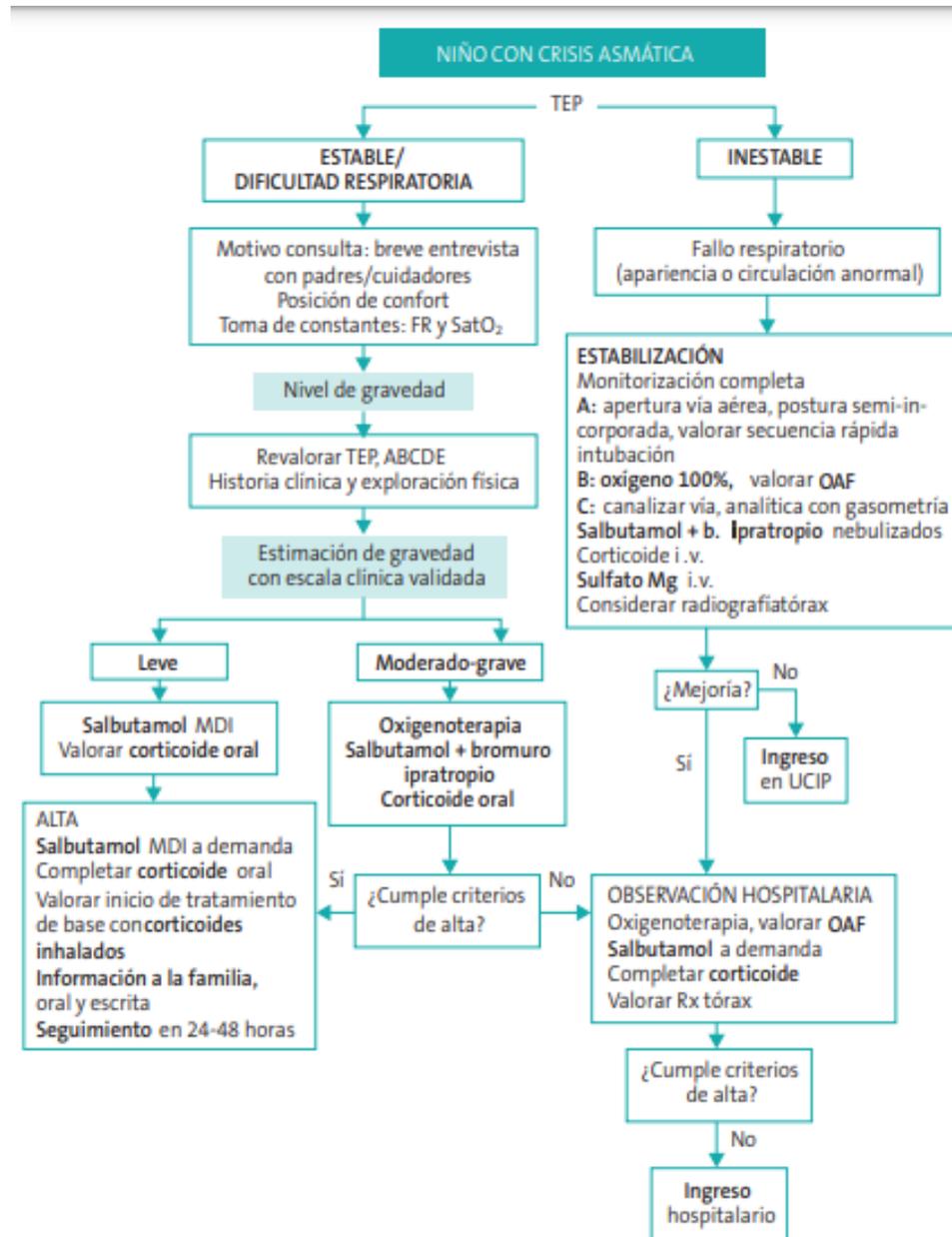
- Persistencia de PS de gravedad tras el tratamiento inicial.
- $\text{SatO}_2 < 90\%$ con $\text{FiO}_2 > 0,4$ o $\text{pCO}_2 > 45$ mmHg a pesar de tratamiento de rescate. Valorar iniciar OAF y si esta fracasa o no disponible considerar ventilación no invasiva en UCIP.
- Arritmias.

Tabla 2. Factores de riesgo de crisis asmática grave

Antecedente de crisis graves o con rápido empeoramiento, ingreso en UCIP
Dos o más hospitalizaciones o tres o más visitas a Urgencias en el año previo
Múltiples visitas a Urgencias en el mes previo
Uso reciente o concomitante de corticoides sistémicos
No tratamiento actual con corticoides inhalados
Inadecuado seguimiento, incumplimiento del tratamiento
Sobreutilización de salbutamol en el último mes
Alergia alimentaria
Dificultad para el acceso a Urgencias, problemas psicosociales

Tabla 3. Técnica de administración de medicación inhalada y mantenimiento de cámara espaciadora

1. El niño debe estar incorporado, de pie o sentado
2. Agite el cartucho del inhalador unos segundos. Compruebe que no esté vacío
3. Quite la tapa e introdúzcalo en la parte posterior de la cámara
4. Si la cámara es de plástico y es la primera vez que la utiliza en las últimas dos semanas, aplique una pulsación (<i>puff</i>) para impregnarla del medicamento. Si se ha utilizado recientemente o la cámara es metálica no es preciso hacerlo
5. Coloque la mascarilla sobre la cara del niño, abarcando la boca y la nariz hasta lograr un buen sellado. Si la cámara es de boquilla aplíquela en la boca del niño
6. Presione el aerosol para aplicar una pulsación y espere 10 segundos, mientras el niño respira tranquilamente a través de la cámara. Observe que la válvula de la cámara se mueve con la respiración del niño. Repita este punto tantas veces como <i>puffs</i> tenga que dar (habitualmente 4 o 5)
7. Una vez finalizado el proceso, tape el inhalador y guárdelo en un lugar seco y fuera del alcance de los niños
8. Limpie la cámara de forma regular mientras se esté utilizando, según las indicaciones de cada una (habitualmente una o dos veces por semana). Para ello, desmonte la cámara e introdúzcala en un recipiente con agua y jabón. Aclare con abundante agua. Finalmente, deje que se seque al aire. No seque la cámara con papel ni trapos, en caso de necesidad puede hacerse con aire (por ejemplo, secador de pelo). Una vez limpia, vuelva a montarla y guárdela bien seca



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diagnóstico y tratamiento de la crisis asmática en Urgencias Natalia Paniagua Calzón, Javier Benito Fernández Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Cruces.Vizcaya