

CRISIS ASMA PEDIATRÍA



Valoración: TEP, ABCD, Ctes: Sat O₂, FR y grado de afectación: **PULMONAR SCORE**

	0	1	2	3
SIBILANCIAS	NO	FINAL ESPIRACIÓN (FONENDO)	TODA ESPIRACIÓN (FONENDO)	INS + ESPIRACIÓN (SIN FONENDO)
RETRACCIONES	NO	+	++	+++
FR rpm				
<6 AÑOS	≤ 30	31-45	46-60	> 60
>6 AÑOS	≤ 20	21-35	36-50	>50
PUNTUACIÓN	LEVE: 0-3		MODERADA: 4-6	GRAVE: ≥7
SAT O₂	>94%		91-94%	<91%

CRISIS LEVE

SALBUTAMOL

- **Salbutamol inhalado** con **cámara** (y además **maskarilla buconasal** si ≤4 años) 2-4 puff
Reevaluamos en 15-20 min:
- Responde: **ALTA** con **β2 a demanda** y control 24-48 horas (plan por escrito)
- No responde o tiene factores de riesgo *: actuar como **Crisis moderada**

*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

CRISIS MODERADA

OXÍGENO

Sólo en pacientes inestables, en crisis graves y en moderadas con gran distrés o hipoxemia.
Objetivo: SatO₂ ≥92%. Humidificado, dispositivo más cómodo (cánulas nasales, mascarilla facial) y a la menor concentración para una SatO₂ adecuada.

SALBUTAMOL

- **Salbutamol MDI inhalado con cámara** (y además **mascarilla buconasal** si ≤4 años) 6-8 puff
 - Si no buena respuesta asociar **Bromuro de Ipatropio MDI** 2-4 puff a cada tanda de salbutamol
- y repetir cada 20 minutos x 3 veces

CORTICOIDE

➢ Vía oral:

Preferiblemente oral, precozmente, >5 años, crisis moderadas o leves con antecedentes de crisis graves y a elegir en este orden:

1º: **Prednisolona oral** "Estilsona" 1-2 mg/kg/día (máximo 50 mg) 3-5 días (10 kg: 1,5 ml ó 60 gotas ó 14 mg; máximo 7 ml) (1 dosis diaria)

2º: **dexametasona oral**: 0,3- 0,6 mg/kg del preparado para uso parenteral (viales de 4mg/ml) (máximo 3 viales/ 3ml/ 12mg)
(si 10 kg: 1,5 ml ó 1 vial y medio; si >20 kg: 3 ml ó 3 viales).

Repetir la dosis diariamente x 3 días

➢ Vía intravenosa:

Reservada si mayor gravedad o intolerancia oral. Dos opciones:

1º: **Metilprednisolona**: "Urbason 20 y 40 mg" 1-2 mg/kg/día

(máximo 50 mg)(10kg: 10 mg ó 1/2 vial de 20 mg; >30 kg: 1 vial 40 mg)

2º: **Hidrocortisona**: "Actocortina 100 mg/1 ml" 4 mg/Kg c/6 horas (máximo 100 mg/1 ml/dosis)
(si 10 kg: 0,4 ml ó ½ vial; >20 kg: 0,8 ó 1 ml)

PREDNISOLONA/PREDNISOLONA v.o METILPREDNISOLONA/HIDROCORTISONA e.v 1-2 mg/Kg 0-2 años: max 20 mg 3-5 años: max 30 mg 6-11 años: max 40 mg Adolescentes: max 50 mg

Reevaluamos en 60-90 min

- Responde: **ALTA** con **β2 4-6 puff c/4-6 horas** + Corticoide oral 1-5 días y control clínico en 24-48 horas:
- No responde: actuar como **Crisis Grave**

CRISIS GRAVE

OXÍGENO a 8-10 l/min para Sat O₂ ≥93% y **VIA ENDOVENOSA** si se logra.

IMPORTANTE: lograr que esté relajado, con postura semiincorporada y con sus padres.

SALBUTAMOL NEBULIZADO "Buto-air" (2,5mg/2,5ml) a 6-8 l/min cada 20 minutos x 3 dosis
0,15 ml/kg a 8-10 l/min diluido en 2-4 ml SFF

(Dosis mínima 2,5 ml, máxima 5 ml): (<20 kg: 1 vial -2,5 ml-; >20kg: 2 viales -5 ml-)

- **Asociar: Bromuro Ipatropio** en cada nebulización (viales 500 µgr/2 ml)
(<6 años: 1 ml ó 250 µgr; >6 años: 2 ml ó 500 µgr)

- Alternativa: **Salbutamol MDI inhalado con cámara** (y además **mascarilla buconasal** si ≤4 años) 10 puff + 2-4 puff de **Bromuro de Ipatropio MDI**

CORTICOIDE

-1º: **Metilprednisolona ev**: “Urbason 20 y 40 mg” 2 mg/kg/día (máximo 50 mg)

(si 10 kg: 1 vial de 20 mg; si >20 kg: 1 vial de 40 mg) (o **bien**):

-2º: **Hidrocortisona**: “Actocortina 100 mg/1 ml” 4 mg/Kg c/6 horas (mayor rapidez acción)
(máximo 100 mg ó 1 ml/dosis) (si 10 kg: 0,4 ml ó ½ vial; >20 kg: 0,8 ó 1 ml)

- Si no se logra vía, administración oral de prednisona a 2 mgr /kg o equivalente (ver tabla de dosis máxima por edad en apartado previo)
- En caso de crisis con compromiso vital: valorar si precisa ser intubado y/o la administración de adrenalina IM (1 mg/1 ml, viales 1 ml) 0,01 ml/kg adrenalina al 1/10.000 (máximo 0,5 ml o medio vial por dosis y 3 dosis cada 20 minutos si se precisa)

Remitir hospital en ambulancia medicalizada con nebulización continua

Bibliografía:

- Paniagua Calzón N, Benito Fernández J. Diagnóstico y tratamiento de la crisis asmática en Urgencias. Protoc diagn ter pediatr. 2020; 1:49-61:

https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/04_crisis_asmatica.pdf

- GEMA 5.1. Guía Española para el manejo del Asma:

[GEMA_51_100521.pdf \(respirar.org\)](https://www.respirar.org/GEMA_51_100521.pdf)

-Global strategy for asthma management and prevention. Update 2020:

[GINA Full Report 2020 Front Cover ONLY \(ginasthma.org\)](https://ginasthma.org/GINA_Full_Report_2020_Front_Cover_ONLY)

=

Junio 2021

Elena Sánchez Almeida. Pediatra Centro Salud la Guancha- San Juan de la Rambla.

Revisado por **Judith Mesa Fumero.** Pediatra Servicio Urgencias del HUC

Revisado por **Carmen Rosa Rodríguez Fernández Oliva.** Coordinadora del Grupo de Vías Respiratorias de la AEPap