

CRISIS ASMÁTICA GRAVE

A) VÍA AÉREA. MONITORIZACIÓN.

- Apertura de vía aérea. Posición semi incorporada.
- Preparar material intubación (SRI).
- Monitorización: ECG, TA, FR, SatO₂, EtCO₂, T^a.

B) **OXÍGENO 100% mascarilla reservorio 15 lpm**, posteriormente titular para SatO₂ 94-98%. Valorar oxigenoterapia alto flujo.

C) **CANALIZAR ACCESO VENOSO**: Analítica completa + gasometría venosa.

ESTIMACIÓN DE GRAVEDAD:

Puntuación	Frecuencia respiratoria		Sibilancias	Uso musculatura accesoria
	<6años	≥ 6años		
0	< 30	<20	No	No
1	31-45	21-35	Final espiración	Leve
2	46-60	36-50	Toda espiración	Moderado
3	>60	>50	Ins+ Esp ó audibles sin fonendo	Grave

Pulmonary Score + SatO₂

PS 0-3 + SatO ₂ >94%	Leve
PS 4-6 ó SatO ₂ 91-94%	Moderada
PS 7-9 ó SatO ₂ <91%	Grave

MIN 0 - 30

FÁRMACOS:

SALBUTAMOL

Inh: 10 puff pMDI

Neb: <20 kg: 2.5mg/ >20 kg: 5 mg

+

BROMURO DE IPRATROPIO

Inh: 2-4 puff pMDI

Neb: <30 kg: 250 µg / >30 kg: 500 µg

x 3 tandas
cada 20min

METILPREDNISOLONA 2 mg/kg oral/IV (máx.60 mg/dosis)

NO MEJORÍA

MIN 30-60

SULFATO DE MAGNESIO

40 mg /kg (máx 2g) IV en 20 min **OJO en insuf.renal**

Si imposibilidad vía, valorar, *off-label*: 150mg/dosis nebulizado (hasta 3 dosis)

**VALORAR
OXIGENOTERAPIA
ALTO FLUJO.**

**OJO si hipercapnia
(VNI UCIP)**

Radiografía tórax portátil (si sospecha complicación)

NO MEJORÍA

MIN 60-90

- Persistencia Score grave
- SatO₂ <91% con FiO₂ >40%
- pCO₂ ó etCO₂ > 45 mmHg
- Arritmias

UCI-Ped