

# Emergencias en atención primaria

Montse Nieto Moro

Alberto García Salido

María Isabel Iglesias Bouzas

Esther Pérez Suarez

18<sup>o</sup> congreso  
actualización  
pediatría 2022

fPS  
Fundación Pediatría y Salud



AEPap  
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

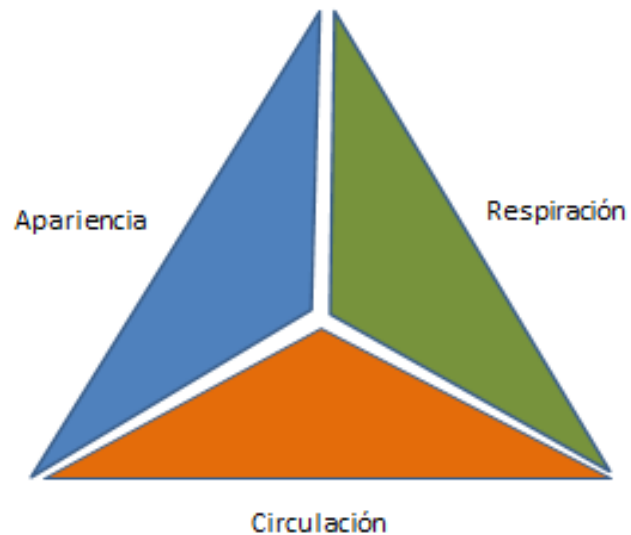




# Ausencia de conflictos de interés



# Valoración general inicial: TEP



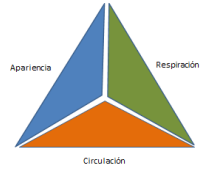
	Normal	Anormal
<b>Apariencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alerta</li> <li>• Habla o llora normal</li> <li>• Tono y movimiento normal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llanto anormal o ausente.</li> <li>• No responde de forma normal a estímulos</li> <li>• Flacidez o rigidez muscular y ausencia de movimientos</li> </ul>
<b>Respiración</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiración regular sin distrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad respiratoria</li> <li>• Esfuerzo respiratorio ↓ o ausente</li> <li>• Postura anómala</li> <li>• Sonidos anómalos (estridor)</li> </ul>
<b>Circulación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Color normal.</li> <li>• No sangrado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cianosis, cutis reticular, palidez</li> <li>• Sangrado</li> </ul>



<b>Apariencia</b>	<b>Respiración</b>	<b>Circulación</b>	<b>Impresión general</b>
<b>Anormal</b>	<b>N</b>	<b>N</b>	Disfunción neurológica Problema sistémico
<b>N</b>	<b>Anormal</b>	<b>N</b>	Distrés respiratorio
<b>Anormal</b>	<b>Anormal</b>	<b>N</b>	Fracaso respiratorio, respiratoria grave
<b>N</b>	<b>N</b>	<b>Anormal</b>	Shock compensado
<b>Anormal</b>	<b>N</b>	<b>Anormal</b>	Shock descompensado
<b>Anormal</b>	<b>Anormal</b>	<b>Anormal</b>	Fracaso cardiopulmonar



**Evaluación inicial**



**Evaluación primaria**



**Evaluación secundaria**

## **SAMPLE**

- **S**íntomas
- **A**lergias
- **M**edicación actual
- **P**ersonales antecedentes
- **L** (lunch) última ingesta
- **E**xploración física

# ANAFILAXIA



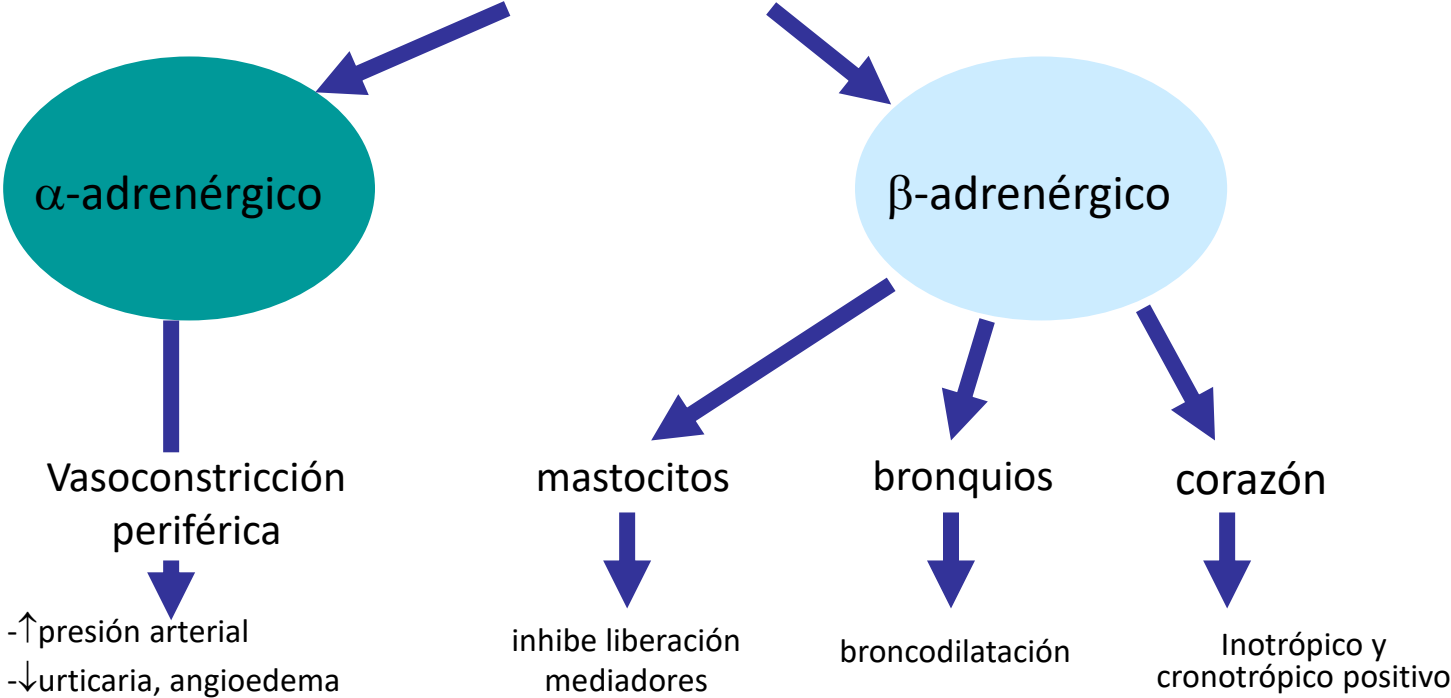
# ADRENALINA

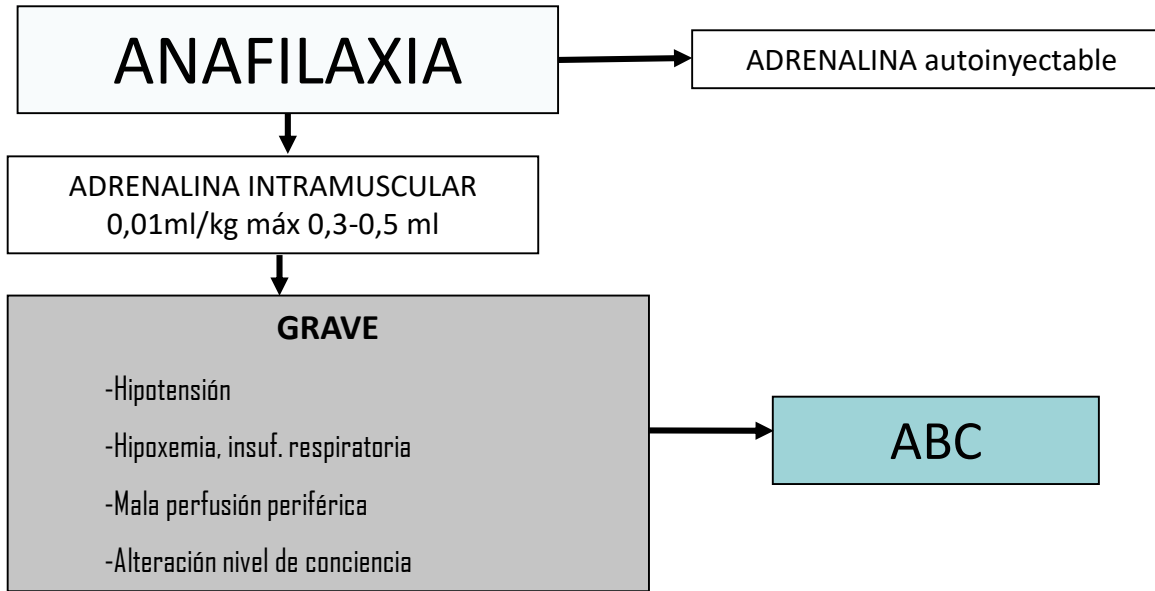
## ADMINISTRACIÓN PRECOZ

- **DISMINUYE MORTALIDAD**
- **PREVIENE APARICIÓN DE REACCIONES BIFÁSICAS Y PROLONGADAS**

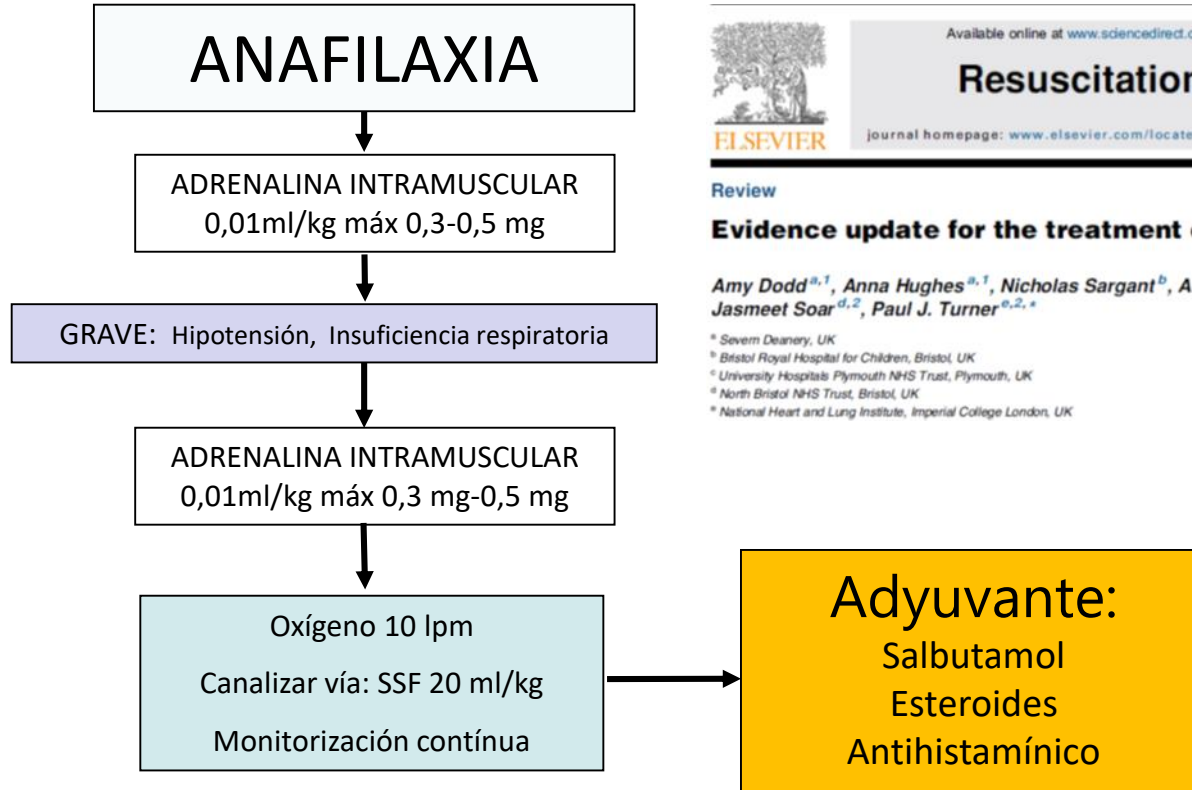


# ADRENALINA





- **I.M:** adrenalina 1:1.000, 0,01 ml/kg (máx. 0,3 ml, niños >12 años: 0,5 ml)  
En tercio medio de cara lateral del muslo  
Se puede repetir cada 5-15 minutos



Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

**Resuscitation**

Journal homepage: [www.elsevier.com/locate/resuscitation](http://www.elsevier.com/locate/resuscitation)



Review

**Evidence update for the treatment of anaphylaxis**



*Amy Dodd<sup>a,1</sup>, Anna Hughes<sup>a,1</sup>, Nicholas Sargant<sup>b</sup>, Andrew F. Whyte<sup>c</sup>, Jasmeet Soar<sup>d,2</sup>, Paul J. Turner<sup>e,2,\*</sup>*

<sup>a</sup> Severn Deanery, UK

<sup>b</sup> Bristol Royal Hospital for Children, Bristol, UK

<sup>c</sup> University Hospitals Plymouth NHS Trust, Plymouth, UK

<sup>d</sup> North Bristol NHS Trust, Bristol, UK

<sup>e</sup> National Heart and Lung Institute, Imperial College London, UK

## 1. Antagonistas receptores H1:

- DEXCLORFENIRAMINA 0,1 mg/kg/dosis c/8 horas (máx 5 mg) v.o/i.v/i.m
- HIDROXICINA: 1-2 mg/kg/día c/6-8 horas v.o.
- LORATADINA (< 30 kg, 5 mg c/ 24 h; >30 kg 10 mg/24 h) v.o
- EBASTINA (2-5 años: 2,5 mg c/24h; 6-11: 5 mg/24; >12 a: 10 mg c/24h) vo.

## 2. Inhibición síntesis de mediadores vasoactivos (reacción prolongada/bifásica)

- METILPREDNISOLONA: 2 mg/kg (máx 60- 100 mg)
- HIDROCORTISONA 10 mg/kg (máximo 200 mg)

## 3. Glucagon

- Pacientes tratados con beta-bloqueantes que no responden a adrenalina
- 20-30 µg/kg (máximo 1 mg) iv/im

Guía de  
actuación en  
ANAFILAXIA:

GALAXIA 2016

# ¿ADRENALINA IV?

## ¿ADRENALINA IV?

No existen estudios de alta calidad sobre el uso generalizado de la adrenalina IV en la anafilaxia<sup>73</sup>. Sólo debe ser aplicada por personal médico experimentado, en el medio hospitalario y con estrecha monitorización cardíaca. Presenta un mayor riesgo de efectos adversos graves (taquiarritmias, isquemia miocárdica) que la administración IM debido a la dosificación inadecuada

o la posible potenciación por otros fármacos que el paciente esté recibiendo (B)<sup>61</sup>. Únicamente estará indicada la vía IV en caso de paro cardíaco o en pacientes hipotensos que no responden a la reposición de volumen intravenoso y múltiples dosis IM de adrenalina (B)<sup>64,74-76</sup>.

Para su administración IV hay que conseguir una dilución de 1/100.000 (diluir una ampolla de adrenalina de 1 mg/ml, también etiquetada como 1/1.000, en 100 ml de solución salina fisiológica) (Tabla 8).

En lactantes y niños, la dosis para infusión IV de adrenalina es de 0,1-1 µg/kg/min en función de la gravedad del cuadro. La vía intraósea puede ser una alternativa en ausencia de acceso IV en los niños (B)<sup>77,78</sup>.

### 3. Infusión IV de adrenalina

Diluir 1 mg de adrenalina en 100 ml  
SSF = 0,01 mg/ml (1/100.000)

DOSIS DE INICIO: 0,5-1 ml/kg/h  
(30-100 ml/h), dosis máxima  
recomendada de 6 ml/kg/h

SUSPENSIÓN DE LA INFUSIÓN: de forma  
progresiva. Vigilar recurrencias

Diluir 1 mg de adrenalina en 100 ml  
SSF = 0,01 mg/ml (1/100.000)

DOSIS: 0,1-1  $\mu$ g/kg/min

SUSPENSIÓN DE LA INFUSIÓN: de forma  
progresiva. Vigilar recurrencias

**1 ml/h de la dilución: 0,17 mcg/min**

# EVOLUCIÓN

- **DERIVACIÓN AL SERVICIO DE ALERGIA**
- **AUTOINYECTOR DE ADRENALINA**
  - 0,15 mg (menores de 6 años)
  - 0,3 mg (> 6 años o de 25 kg)





# SEPSIS

## ENFERMEDAD TIEMPO DEPENDIENTE!!!

El retraso en el diagnóstico o el tratamiento influye negativamente en la evolución del proceso

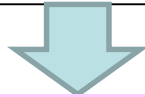
1. Identificación rápida
2. Tratamiento inmediato
  - 2.1 Soporte hemodinámico
  - 2.2 Antibiótico precoz



**SUPERVIVENCIA**



- ABCD
- Monitorización
- Glucemia capilar



## Adecuada oxigenación tisular

- Oxígeno (SatO<sub>2</sub> > 95%)
- Soporte hemodinámico: Optimizar gasto cardiaco
  - Dos vías periféricas y valorar expansión de volumen con monitorización estrecha

## EXECUTIVE SUMMARY

# Executive summary: surviving sepsis campaign international guidelines for the management of septic shock and sepsis-associated organ dysfunction in children



BJA

British Journal of Anaesthesia, 116 (3): 339-49 (2016)

doi: 10.1093/bja/aev349  
Advance Access Publication Date: 27 October 2015  
Review Article

## A rational approach to fluid therapy in sepsis

P. Marik<sup>1,\*</sup> and R. Bellomo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Division of Pulmonary and Critical Care Medicine, Eastern Virginia Medical School, 825 Fairfax Av, Suite 410, Norfolk, VA 23507, USA, and <sup>2</sup>Intensive Care Unit, Austin Health, Heidelberg, Victoria, Australia

\*Corresponding author: E-mail: marikpe@evms.edu

### Abstract

Aggressive fluid resuscitation to achieve a central venous pressure (CVP) greater than 8 mm Hg has been promoted as the standard of care, in the management of patients with severe sepsis and septic shock. However recent clinical trials have demonstrated that this approach does not improve the outcome of patients with severe sepsis and septic shock. Pathophysiologically, sepsis is characterized by vasoplegia with loss of arterial tone, venodilation with sequestration of blood in the unstressed blood compartment and changes in ventricular function with reduced compliance and reduced preload responsiveness. These data suggest that sepsis is primarily not a volume-depleted state and recent evidence demonstrates that most septic patients are poorly responsive to fluids. Furthermore, almost all of the administered fluid is sequestered in the

0950-0606 No. of Pages 12

ARTICLE IN PRESS

RESUSCITATION XXX (2021) XXX-XXX



Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Resuscitation

Journal homepage: [www.elsevier.com/locate/resuscitation](http://www.elsevier.com/locate/resuscitation)



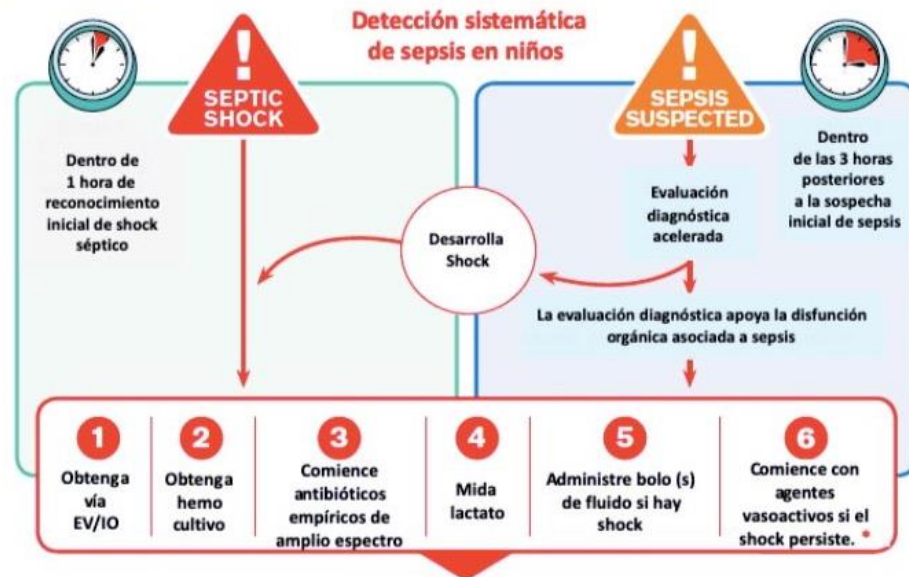
## European Resuscitation Council Guidelines 2021: Paediatric Life Support

Patrick Van de Voorde<sup>a,b,\*</sup>, Nigel M. Turner<sup>c</sup>, Jana Djakow<sup>d,e</sup>, Nieves de Lucas<sup>f</sup>,  
Abel Martinez-Mejias<sup>g</sup>, Dominique Biarent<sup>h</sup>, Robert Bingham<sup>i</sup>, Olivier Brissaud<sup>j</sup>,

18<sup>o</sup> congreso  
actualización  
pediatría 2022



# Algoritmo de Reanimación Inicial para Niños



# SHOCK SÉPTICO

## ❖ VOLUMEN

-Cristaloides isotónicos (SSF, sol balanceadas: ringer lactato, Plasmalyte)

-VOLUMEN INDIVIDUALIZADO

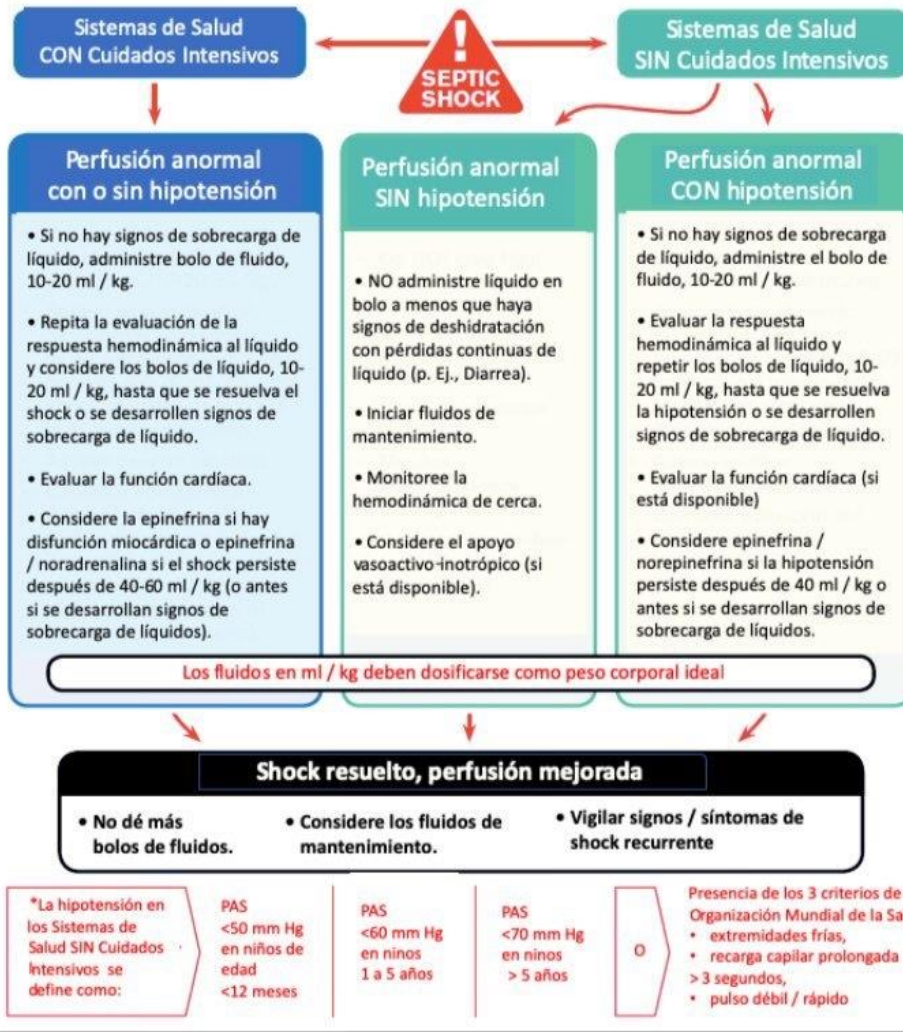
## ❖ ANTIBIÓTICO

-Ceftriaxona (50-100 mg/kg/dosis)

-Cefotaxima (200 mg/kg/día cada 6 h)

-Penicilina

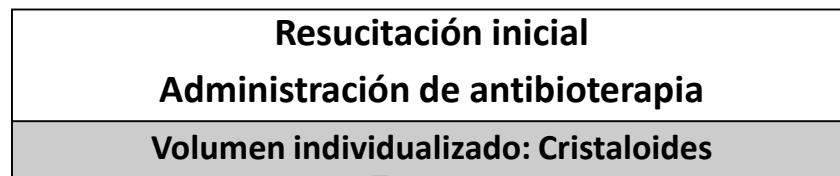
Traslado URGENTE AL HOSPITAL



# Reevaluación de objetivos terapéuticos

- ✓ Estado mental normal
- ✓ Diuresis  $> 1 \text{ ml/kg/h}$
- ✓ Relleno capilar  $< 2$  segundos
- ✓ Tensión arterial normal
- ✓ Pulsos centrales y periféricos iguales





No responde

¿Hidroclortisona 2 mg/kg?

**RE-EVALUATE**

**SOPORTE INOTRÓPICO: acceso periférico**

SHOCK FRIO

SHOCK CALIENTE

ADRENALINA

NORADRENALINA



# taquiarritmia

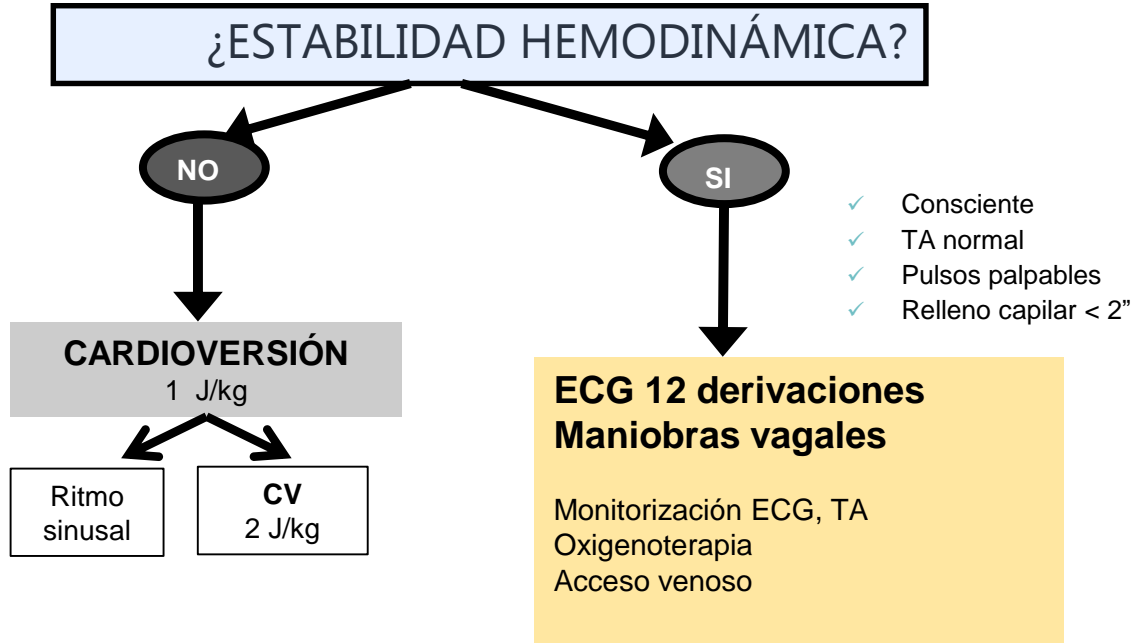


# TAQUIARRITMIA. Clínica

- **Niños mayores:** dolor precordial, palpitaciones, mareo, presíncope y raramente desarrollan insuficiencia cardiaca
- **Lactantes:** rechazo del alimento, taquipnea, mala coloración de piel y mucosas, irritabilidad o sudoración, y a veces se diagnostican en una revisión de rutina
  - La **consulta suele ser tardía** y presentan con más frecuencia **insuficiencia cardíaca**



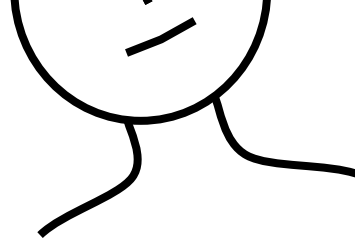
# Evaluar compromiso vital



# Maniobras vagales



- ✓ Eficaces (30%)
- ✓ Inocuas



-Maniobra de Valsalva

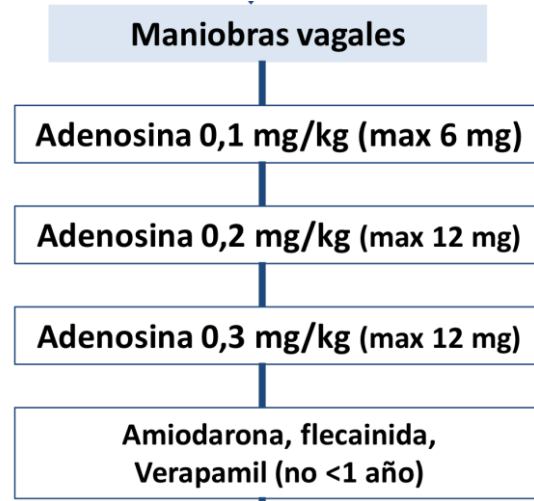
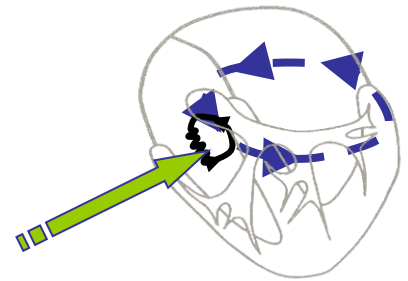
¿Masaje globo ocular?

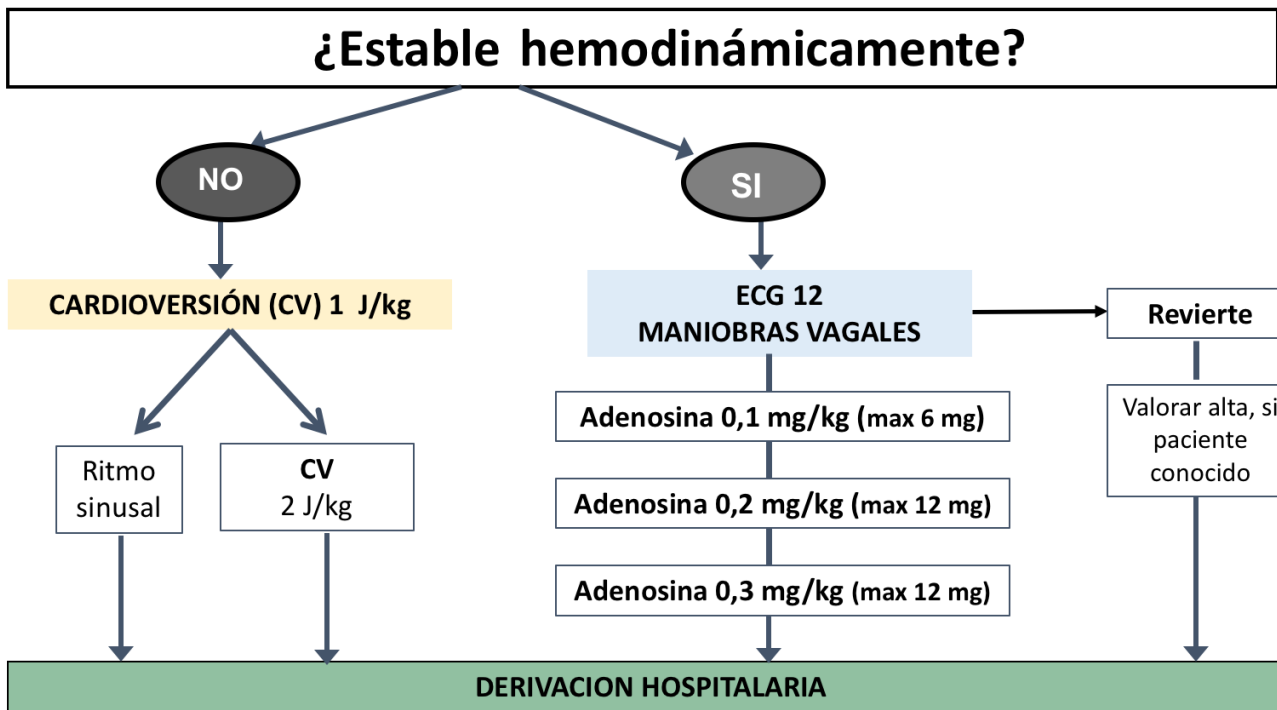
-Reflejo nauseoso

¿Masaje seno carotídeo?

# Adenosina

- Bloquea o retarda la conducción nodo AV
- Eficaz en 90% casos
- Vida media muy corta
- Dosis inicial: 0,1-0,2 mg/kg (max 6 mg)
- Efectos 2ª frecuentes (30%) y





# ASPIRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO



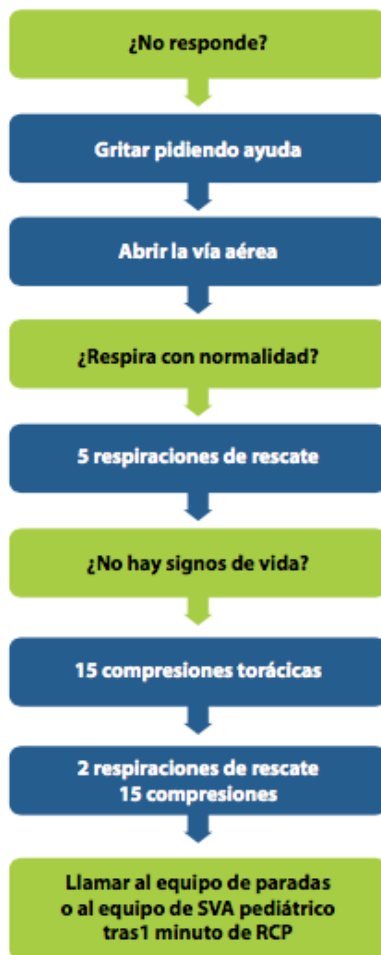


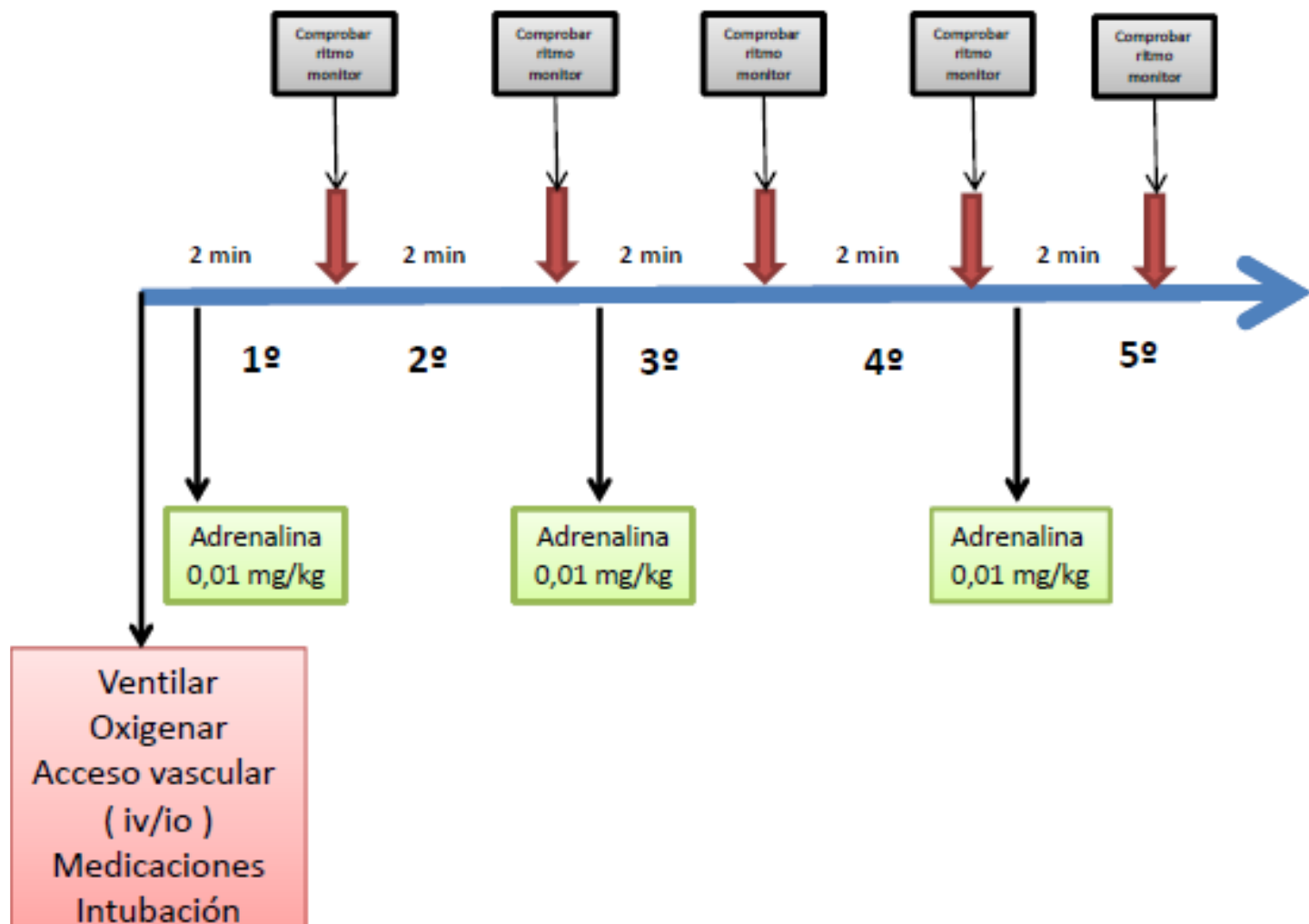
# Diagnóstico

- **Clínica**
  - El antecedente de atragantamiento y la tos tienen alta sensibilidad pero baja especificidad.
- La *asimetría en la auscultación* es el signo aislado más específico (70%).
- **La fibrobroncoscopia es el método diagnóstico y terapéutico definitivo. Lo antes posible**

# Tratamiento de la Obstrucción de la Vía Aérea por Cuerpo Extraño en Pediatría







# PACIENTE CON DISMINUCIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA



- **ABC**
- **Glucemia capilar**
- **Adecuada oxigenación y hemodinamia**
- **Reevaluación constante**



- **Sueroterapia:**
  - SSF (no solución hiposmolares)
  - Expansión (cristaloides) si hipotensión y/o taquicardia
  - **Hipoglucemia: 2,5 ml/kg de glucosado 10%**
- **Colocación SNG**
- **ETIOLOGÍA: intoxicación, crisis convulsiva?**

# CRISIS CONVULSIVA



# Crisis convulsiva:

0'

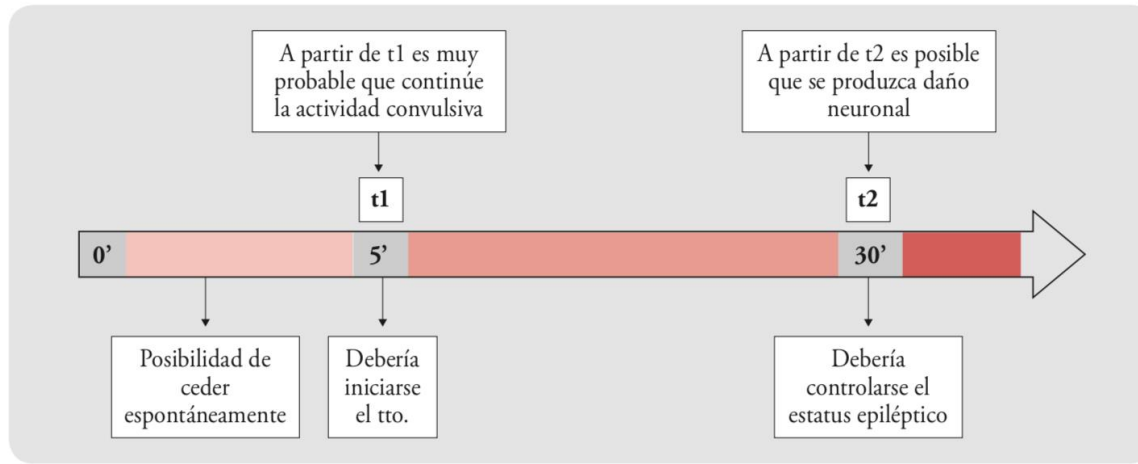
## Estabilización (ABC):

- Vía aérea
- Ventilación
- Circulación

- Hipoglucemia: 2,5 ml/kg glucosado 10%
- Historia y examen clínico breves

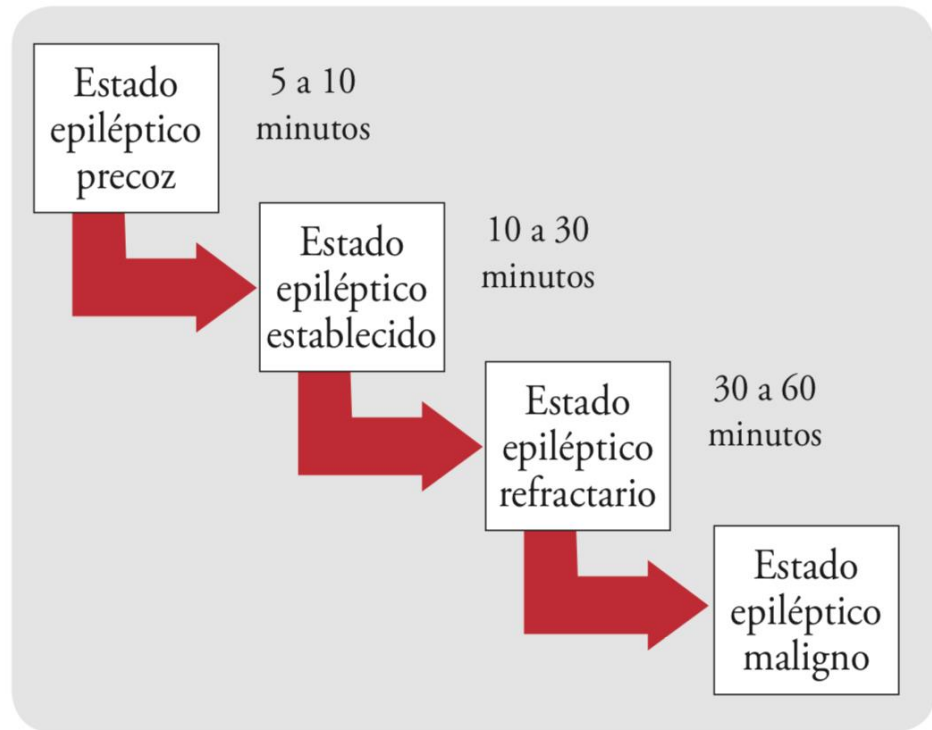


En la práctica: Considerar **ESTATUS** a las crisis de > 5 minutos  
-↓ morbimortalidad y estatus refractario



International League Against Epilepsy (2015): El tratamiento debe iniciarse en “**t1**” y las consecuencias son esperables a partir de “**t2**”

	<b>T1 (minutos)</b>	<b>T2 (minutos)</b>
EE tónico-clónico generalizado	5	30
EE focal	10	60
EE no convulsivo	10-15	desconocido



# Empleo secuencial de fármacos

0'

**Estabilización (ABC)**

-Hipoglucemia (<60) : 2,5 ml/kg glucosado 10%  
-Historia y examen clínico breves



5'

**Diazepam 0,3 mg/kg i.v.**

**Midazolam bucal : 0,3- 0,5 mg/kg (max 10 mg)**

**Midazolam nasal: 0,3- 0,5 mg/kg (max 10 mg)**

**Diazepam rectal 0,5 mg/kg, Midazolam i.v/i.m.: 0,2 mg/kg.**



10'

**Repetir benzodiazepina**

# Midazolam Bucal vs Diazepam rectal

Autor	Año de publicación	No. de pacientes	Diseño del estudio	Comparador
Scott et al.	1999	42	Aleatorizado	Diazepam rectal
McIntyre et al.	2005	177	Aleatorizado	Diazepam rectal
Baysun et al.	2005	43	No-aleatorizado	Diazepam rectal
Mpimbaza et al.	2008	330	Aleatorizado, simple-ciego	Diazepam rectal

**Midazolam bucal**



**Duración crisis**



**Riesgo de recurrencia**




**Riesgo de depresión respiratoria**

## EPILEPSY CURRENTS

American Epilepsy Society Guideline

---



### Evidence-Based Guideline: Treatment of Convulsive Status Epilepticus in Children and Adults: Report of the Guideline Committee of the American Epilepsy Society

---

Tracy Glauser, MD,<sup>1</sup> Shlomo Shinnar, MD, PhD,<sup>2</sup> David Gloss, MD,<sup>3</sup> Brian Alldredge, PharmD,<sup>4</sup> Ravindra Arya, MD, DM,<sup>5</sup> Jacquelyn Bainbridge, PharmD,<sup>5</sup> Mary Bare, MSPH, RN,<sup>1</sup> Thomas Bleck, MD,<sup>6</sup> W. Edwin Dodson, MD,<sup>7</sup> Lisa Garrity, PharmD,<sup>8</sup> Andy Jagoda, MD,<sup>9</sup> Daniel Lowenstein, MD,<sup>10</sup> John Pellock, MD,<sup>11</sup> James Rivielo, MD,<sup>12</sup> Edward Sloan, MD, MPH,<sup>13</sup> David M. Treiman, MD<sup>14</sup>

Epilepsy Currents, Vol. 16, No. 1 (January/February) 2016 pp. 48-61  
© American Epilepsy Society

OPEN ACCESS Freely available online

La depresión respiratoria es el evento adverso más común asociado con el tratamiento con benzodicepinas (nivel A) y sin diferencias en la depresión respiratoria entre midazolam, lorazepam y diazepam por cualquier vía de administración (nivel B)

The epilepsies: the diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care

NICE clinical  
guideline 137

## Treating convulsive status epilepticus

<b>Time</b> 0 mins (1 <sup>st</sup> step)	Seizure starts Check ABC, high flow O <sub>2</sub> if available Check blood glucose	Confirm clinically that it is an epileptic seizure
5 mins (2 <sup>nd</sup> step)	Midazolam 0.5 mg/kg buccally or Lorazepam 0.1 mg/kg if intravenous access established	Midazolam may be given by parents, carers or ambulance crew in non-hospital setting
15 mins (3 <sup>rd</sup> step)	Lorazepam 0.1 mg/kg intravenously	This step should be in hospital Call for senior help Start to prepare phenytoin for 4 <sup>th</sup> step Re-confirm it is an epileptic seizure

# BUCCOLAM™

MIDAZOLAM OROMUCOSAL SOLUTION



Intervalo de edad	Dosis	Color de la etiqueta
3 a 6 meses hospital	2,5 mg	Amarilla
>6 meses a <1 año	2,5 mg	Amarilla
1 año a <5 años	5 mg	Azul
5 años a <10 años	7,5 mg	Morada
10 años a <18 años	10 mg	Naranja





**Estabilización (ABC):**

- Vía aérea
- Ventilación
- Circulación

- Hipoglucemia: 2,5 ml/kg glucosado 10%
- Historia y examen clínico breves

0'

**Diazepam 0,3 mg/kg i.v.**

**Midazolam bucal : 0,2- 0,5 mg/kg (max 10 mg)**

**Midazolam nasal: 0,2- 0,5 mg/kg (max 10 mg)**

**Diazepam rectal 0,5 mg/kg, Midazolam i.v/i.m.: 0,2 mg/kg.**

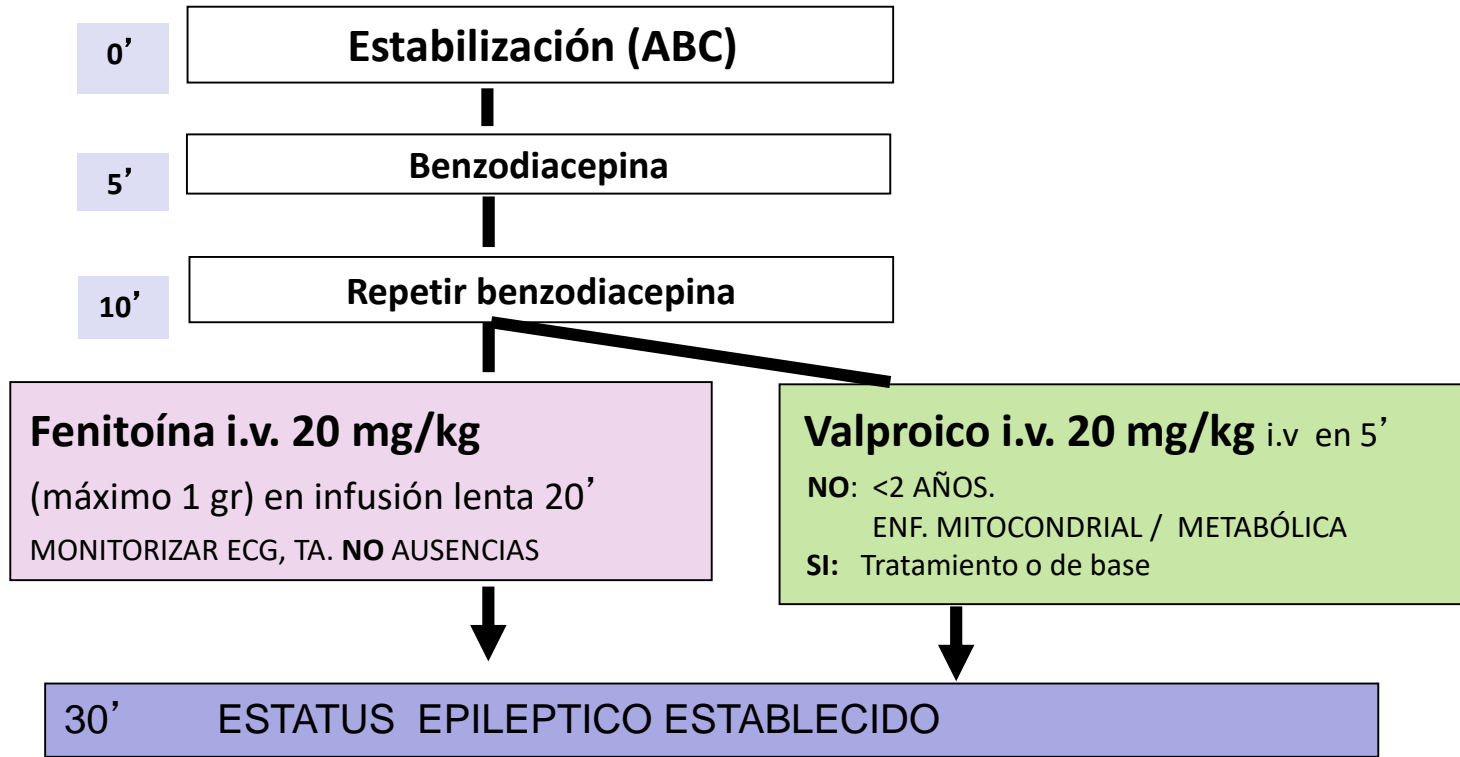
5'

10  
,

**Repetir benzodiazepina**

**2ª LINEA FARMACOS :**

**FENITOINA, VALPROICO, LEVETIRACETAM**



# INTOXICACIÓN

# LAVADO GÁSTRICO

**Controvertido (evacua 30-40%):** ↓eficacia si >1 h

- ✓ Riesgo de aspiración: sólo en consciente o intubado
- ✓ **INGESTIÓN RECIENTE (<1 h) DE UNA SUSTANCIA MUY TÓXICA CON RIESGO VITAL**
- ✓ **Se valorará:** - tóxico no susceptible con carbón activado ( $\text{Fe}^{+2}$ )
  - tóxico de evacuación gástrica retardada

# CARBÓN ACTIVADO

## Efectividad máxima: <1 h de ingestión

- ✓ **1 g/kg** (máx 100 g)
- ✓ **Contraindicado:**
  - alteración nivel de conciencia sin vía aérea protegida
  - hidrocarburos
  - riesgo hemorragia o perforación gástrica
- ✓ **Eficacia nula** o mínima: Hierro, litio

# Intoxicación dextrometorfano

- **Dosis tóxica:** 10 mg/kg
- **Clínica** comienza a los 30' y persistir 6 h
- **Neurológica:** ataxia, distonía, alucinaciones, crisis convulsivas, ↓ nivel conciencia, depresión respiratoria  
Miosis o midriasis paradójica (parál. cuerpo ciliar del iris)
- **Tratamiento:**
  - Tratamiento soporte + Descontaminación intestinal
  - **NALOXONA 0,1 mg/kg/dosis, máx 2 mg, cada 2-3 min**

# CRISIS ASMÁTICA



# Estabilización: ABCD

-Identificar signos y síntomas asociados a riesgo de parada: bradipnea, “gasping”, apnea o esfuerzo respiratorio pobre, tórax silente, cianosis, hipotonía o alteración del nivel de conciencia o agitación

-Posición semiincorporada

-Monitorización: SatO<sub>2</sub>, FR, FC

-Oxígeno con la FiO<sub>2</sub> necesaria para SatO<sub>2</sub>> 93%



## Anamnesis rápida:

<b>Asma grave</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Ventilación mecánica o haber ingresado en cuidados intensivos</li><li>– Más de dos ingresos en el último año</li><li>– Administración reciente de un ciclo de corticoides orales</li><li>– Recibir tres o más medicamentos para el control del asma</li><li>– Uso frecuente de agonistas <math>\beta_2</math> de rescate</li></ul>
<b>Criterios riesgo psicosocial</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– No acudir a consultas programadas</li><li>– Seguimiento inadecuado en atención primaria</li><li>– Alta voluntaria previas del hospital</li><li>– Padecer depresión, psicosis.</li><li>– Uso de tranquilizantes mayores, alcohol o drogas</li><li>– Obesidad</li><li>– Problemas de aprendizaje</li><li>– Historia de abusos o problemas sociales</li></ul>
<b>Riesgo de asma fatal:</b> $\geq 1$ de asma grave + $\geq 1$ criterios psicosociales de riesgo	

## Valoración de la dificultad respiratoria (Pulmonary Score)

	FR < 6 años (rpm)	FR > 6 años (rpm)	Sibilancias	Retracción del esternocleidomastoideo
<b>0</b>	<b>&lt; 30</b>	<b>&lt; 20</b>	<b>No</b>	<b>No</b>
<b>1</b>	<b>31-45</b>	<b>21-35</b>	<b>Final de la espiración</b>	<b>Dudosa, escasa</b>
<b>2</b>	<b>46-60</b>	<b>36-50</b>	<b>Toda la espiración</b>	<b>Si</b>
<b>3</b>	<b>&gt; 60</b>	<b>&gt; 50</b>	<b>Audibles sin estetoscopio</b>	<b>Máxima</b>

**FR:** frecuencia respiratoria; **rpm:** respiraciones por minuto. **Si no existen sibilancias, pero sí retracciones evidentes, se puntuará 3.**

<b>Clasificación</b>	<b>Saturación</b>	<b>PS</b>
Leve	>94%	0-3
Moderada	91%-94%	4-6
Grave	<91%	7-9
En caso de discordancia, utilizar el criterio de mayor gravedad		

# OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

- Mantener una **adecuada SatO<sub>2</sub>** (>93%).
- **↓ obstrucción del flujo aéreo:**
  - salbutamol ( $\beta_2$ -adrenérgico)
  - anticolinérgicos: bromuro de ipratropio
- **↓ inflamación y prevenir recaída** → corticoides sistémicos



## Salbutamol

	IDM (1 pulsación= 100 mcg)	Nebulizado (7 lpm)
< 30 kg	5	2,5 mg
>30 kg	10	5 mg

## Bromuro ipratropio

- En crisis moderadas-graves. Disminuye el ingreso y mejora la función pulmonar.

	IDM (1 pulsación= 20 mcg)	Nebulizado (7 lpm)
< 30 kg	4	250 mcg
>30 kg	8	500 mcg

## Corticoides

- Uso precoz (1ª hora).
- Crisis graves y considerar en moderada

## CRISIS LEVE

**Salbutamol**  
MDI con cámara

1 a 3 dosis  
cada  
20 min

## CRISIS MODERADA

**Salbutamol**  
**Bromuro de ipratropio** }  
MDI con cámara  
**Corticoides orales** 1 mg/kg

1 dosis  
cada  
20 min

## CRISIS GRAVE

**Salbutamol**  
**Bromuro de ipratropio** }  
MDI cámara/nebulizada  
**Corticoides orales** 2 mg/kg

1 dosis  
cada  
20 min

**REEVALUACIÓN 1 HORA DESPUÉS DE ÚLTIMA DOSIS: SatO<sub>2</sub>, FR y PS**

## CRISIS LEVE

**Domicilio**

- Salbutamol MDI cámara 2-4 pufs/3-6 h a demanda.
- *Moderada y Grave*: metilprednisolona vo 1-2 mg/kg 3-5 días
- Si nueva exacerbación: salbutamol 4 pufs/20'. 3 dosis en 1 hora y buscar asistencia sanitaria
- Valorar tratamiento de base

## CRISIS MODERADA

**Salbutamol+ B. ipratropio** 1 dosis  
Completar **metilprednisolona vo** 2 mg/kg (máx 60 mg)

## CRISIS GRAVE



**Derivación hospitalaria**

# ASMA CRÍTICA

Jadeo, obnubilación, Riesgo de parada, Tórax silente, Tiraje extremo, SatO<sub>2</sub> <88%

Monitorización continua  
TA, FC, SatO<sub>2</sub>, FR,

Aviso servicios emergencias

- A Mantener semiincorporado
- B O<sub>2</sub> 100%, monitorizar la ventilación: respiración superficial y jadeo
- C Valorar perfusión, canalizar una vía
- D Detectar obnubilación, agotamiento

**Salbutamol+bromuro de ipratropio nebulizados** (3 dosis en 60 min)

**Prednisona** vo 2 mg/kg ó **Hidrocortisona** (10 mg/kg) o **Metilprednisolona** iv (2 mg/kg)

# ¡Gracias!

