



160/192 - Actitud ante un cuadro de broncoespasmo GRAVE

A. Gómez Moraga^a, M.E. Gómez Rodríguez^b, E. Rodríguez Fernández^c y A. Tenza Lucas^d

^aMédico de Atención Primaria. Centro de Salud Archena. Murcia. ^bEnfermera. Centro de Salud Archena. Murcia.

^cMédico de Familia. Centro de Salud Archena. Murcia. ^dEnfermero. Centro de Salud (SUE). Archena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Recibimos aviso desde el Centro Coordinador de Urgencias para asistir a domicilio a un niño de tres años porque "casi no respira y presenta dificultad respiratoria intensa". Nos encontramos con un niño que está en brazos de su madre que de entrada impresiona por la dificultad respiratoria. Son audibles las sibilancias, presenta tiraje en cuello, aleteo nasal, tiraje supraesternal, subcostal e intercostal y destaca amoratamiento de zona peribucal, mucosa y lengua. Auscultación cardiopulmonar: disminución del murmullo vesicular, sustituido por sibilancias generalizadas. La madre nos indica que no estaba acatarrado, el día fue bien, se acostó sin ningún síntoma. Se despertaron al oír a su hijo con problemas.

Exploración y pruebas complementarias: Entre sus antecedentes personales destacan: nacido prematuramente, precisó dos ingresos en UCI por sepsis, epilepsia en el nacimiento que luego no ha vuelto a presentar, comunicación interauricular que no le afecta a su vida diaria y en revisiones constantes. Presentaba una saturación SPO2 de 78-80% (difícil de valoración, debido a la frialdad de miembros) Ante el cuadro de gravedad iniciamos actuación sanitaria: se decide nebulización previa con adrenalina (2 mg en 5 cc de SSF), seguida de nebulización con ventolin, pulmicort y atrovent y 20 mg im de prednisona. Se instaura vía (difícil, tras tres intentos) con SSF. El niño, va estabilizándose y en un periodo de 30-45 minutos se consigue una saturación entre 96-98%. Se realiza el traslado a Unidad Infantil del Hospital de referencia, acompañado de la madre, que en todo momento se encuentra colaboradora y da estabilidad emocional al niño.

Juicio clínico: Crup laríngeo.

Diagnóstico diferencial: Debe establecerse diagnóstico diferencial, sobre todo, con la laringitis espasmódica, la epiglotitis y la traqueítis bacteriana y, en general, con todas las causas de obstrucción aguda de la vía aérea superior.

Comentario final: La laringitis aguda subglótica o crup es la causa de obstrucción aguda de la vía aérea superior más frecuente en la infancia. Describe un síndrome clínico producido por inflamación y obstrucción aguda de la laringe. Asocia la típica tríada: disfonía, tos perruna y estridor inspiratorio, con o sin disnea, generalmente tras un cuadro prodrómico catarral. Es de causa mayoritariamente viral y los virus parainfluenza, sobre todo el tipo 1, son los agentes predominantes, suponiendo un 75% del total de casos, y, aunque con frecuencia es una urgencia respiratoria, suele ser benigna. Los corticoides son el tratamiento más útil en la laringitis aguda, y

se aconseja tratar a todos los casos que acuden a urgencias con una dosis única de dexametasona oral, que disminuye las complicaciones y mejora su curso evolutivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marín Ferrer M. et al. Manual de Urgencias de Pediatría. Hospital 12 de octubre. Ergon, 2011.
2. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias, 4ª Edición. Elsevier, 2010.