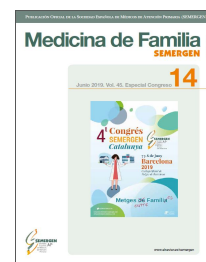




Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



421/65 - TEMPS ÉS VIDA

M. Beà Bernaus, N. Txertudi Uriona, C. Díaz San José, E. Salgado Baldovino, S. Benedetti, R. Aparicio de Castro

Metge de Família. Centre de Salut Florida Sud. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Resumen

Descripció del cas/Descripción del caso: Home de 41 anys, asma bronquial en infància sense tractament mèdic i asimptomàtic, treballa com administratiu. Acudeix al mes de gener 2019 al servei d'urgències d'Atenció Primària (CUAP) per presentar dispnea aguda de 12 hores d'evolució, Davant la impossibilitat de realitzar anamnesis amb pacient pel grau de dispnea en articular paraules i somnolència associada, es fa l'anamnesi amb la seva dona que refereix quadre de 48 hores d'evolució amb sensació distèrmica (temperatura màxima registrada 37,5 °C) en context epidèmic en feina amb escassa tos seca, a l'inici del procès. Va ser visitat per la seva metgessa de família que l'orienta com a virasi i prescriu tractament simptomàtic.

Exploració i proves complementàries/Exploración y pruebas complementarias: Home prim i alt assegut a una cadira d'un box, cianosis acral, respiració abdominal paradoxal, tiratge costal intens i freqüència respiratòria de 36 respiracions per minut. Regular estat general, només pot articular paraules. Constants vitals: Pressió arterial (PA) 90/60 mmHg, freqüència cardíaca 110 batecs per minut (bpm), Temperatura 35,2 °C, Saturació d'oxigen basal (Sat O₂) 78%. Auscultació cardíaca: taquiarrítmic sense bufes. Auscultació respiratòria: hipofonesi bibasal, no espiració allargada, no crepitants, no sibilants, no roncus. Cianosi acral marcada (dits de mans, peus i llavis). No flapping. Electrocardiograma: ritme sinusal a 120 bpm (taquicàrdia sinusal), no alteracions de repolarització, ni signes d'isquèmia aguda. Després d'iniciar oxigenoteràpia amb VMK40% a 9-10 litres s'obté SatO₂ 90%. S'administra 200 mg hidrocortisona. S'inicia sueroteràpia (500 ml) obtenint PA 85/45 mmHg. Es sol·licita ambulància medicalitzada amb sospita de shock sèptic, activant codi sèpsia.

Judici clínic/Juicio clínico: Shock sèptic de possible origen respiratori (infecció respiratòria de vies baixes). Insuficiència respiratòria aguda.

Diagnòstic diferencial/Diagnóstico diferencial: Shock anafilàctic, shock hipovolèmic, shock cardiogènica. Tromboembolisme pulmonar. Edema agut de pulmó. Broncoespasme agut. Broncoaspiració. Infart agut de miocardi de possible localització inferior.

Comentari final/Comentario final: Importància en actuació precoç, per tant, en el CUAP és fonamental l'existència d'un correcte triatge que permeti filtrar en plena epidèmia de grip la patologia d'atenció immediata. No demorar el trasllat per no tenir el pacient ben enfocat (evitar exploracions complementàries que faran enlentir el procès sense canviar l'actitud a seguir). Davant

un pacient amb patologia aguda i greu, intentar buscar l'estabilització (mitjançant ABCDE) amb les eines que es disposa en un CUAP sense demorar un trasllat a un medi hospitalari si precisa.

Bibliografia/Bibliografía

Moreno Escribà S, De Pablo Márquez B, Salrat Ribas MA. Implementació del codi sepsia en l'Atenció Primària de Catalunya: punt de partida. Butlletí. Gener 2016.

Codi sèpsia greu (CSG): ordenació i configuració del model organitzatiu i dispositius per a l'atenció inicial a pacients amb sèpsia greu. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2015. (CatSalut: instrucció; 11/2015).