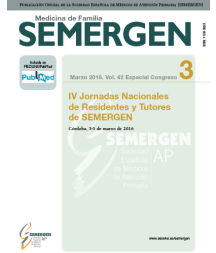




Medicina de Familia. SEMERGEN



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

O-086 - LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA COORDINACIÓN EN URGENCIAS

M.S. Pineda Pérez, L. Manchón López, M. Chacón González, M.T. López Rico, M. Muñoz Sanz y A. Moreno Moreno

CS San Roque.

Resumen

Niño de 8 años sin alergias medicamentosas conocidas, correctamente vacunado para su edad, con antecedentes de bronquitis asmáticas de repetición en tratamiento inhalador. Acude con intenso estridor inspiratorio a raíz de golpe de tos mientras dormía. A su llegada al Punto de Urgencias de Atención Continuada de su localidad, está consciente sin parar de toser, con algún vómito alimenticio. REG, palidez mucocutánea con mucosas labiales cianóticas, disneico con intenso tiraje supraclavicular e intercostal. SatO₂: 87%, T^a: 38,1 °C. Crup laríngeo a la inspiración y tos muy ronca. Orofaringe hiperémica con mucosidad clara en cavum sin edema de úvula ni pilares palatinos. Auscultación pulmonar: hipofonesis bilateral con sibilancias en ambos vértex. Inicialmente se administran 20 mg Urbason intramuscular y budesonida 2 mg nebulizado con O₂. Tras una segunda administración de 2 mg budesonida nebulizada, mejora levemente la tos, persiste el tiraje supraclavicular y la disnea, con SatO₂ 90% basal y 94% con mascarilla de alto flujo. Se avisa a Unidad Medicalizada de Emergencias para su traslado a Hospital Infantil. Laringitis aguda. CRUP laríngeo. Laringitis aguda. Crisis asmática aguda. El paciente es trasladado por el equipo del 112 a Hospital Infantil donde fue dado de alta con tratamiento corticoideo oral. El CRUP laríngeo es una obstrucción aguda de las vías aéreas superiores en la infancia. Habitualmente los pacientes presentan tos perruna o metálica característica, disfonía, estridor y dificultad respiratoria. El diagnóstico se establece con la anamnesis y la exploración física detallada, siendo eminentemente clínico. Su presentación es brusca, con claro predominio nocturno y tendencia a repetirse. El tratamiento se basa en la administración de corticoides (dexametasona oral 0,15-0,6 mg/kg, o 2 mg budesonida nebulizada disuelta en 2 ml SF) y adrenalina nebulizada (dosis de 0,5 ml/kg disuelta en 2 ml suero fisiológico) en tandas separadas entre sí unos 20-30 min. Si no hay mejoría, puede repetirse la administración nebulizada bajo monitorización ECG, con intubación en casos extremos de parada respiratoria. Como medidas coadyuvantes: permanecer sentado y exposición al aire frío. Es importante en estos casos agilizar la respuesta sanitaria de emergencia, garantizando una atención rápida y de calidad, mejorando la asignación de recursos en función de la patología y antecedentes de cada paciente. Es esencial establecer una buena coordinación entre los distintos niveles asistenciales de urgencias y emergencias, con el fin de mejorar la calidad y seguridad de la atención sanitaria, facilitando todos los datos necesarios a la Unidad Medicalizada que se desplaza hacia donde se encuentra el paciente. Asimismo, los profesionales que trabajan en estas Unidades (UME, 112, Puntos de Atención Continuada...) deben mantener una formación y actualización de conocimientos en Urgencias y Emergencias sanitarias, para ofrecer una atención eficiente. Es interesante permitir ver el seguimiento clínico posterior a las Unidades de Emergencia extrahospitalarias.