

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021



Minimizar
mejorar
Avanzar

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021

Minimizar
mejorar
Avanzar

PÓSTER SIN DEFENSA

**Dificultad respiratoria en servicio de Urgencias.
Más allá de bronquiolitis aguda**

Juárez Marruecos P, Baños López L, Balaguer Martín de la Oliva, M; López Jesús M, Alés Palmer ML, González Álvarez CM. *Hospital Rafael Méndez, Lorca. Murcia.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

- La dificultad respiratoria es un motivo frecuente de consulta en Servicio de Urgencias. Aproximadamente un 10% de los niños que acuden en Urgencias es por dificultad respiratoria y supone un 20% de hospitalizaciones.
- La dificultad respiratoria es un signo que incluye multitud de patologías de las cuales cabe destacar la bronquiolitis aguda.
- La Bronquiolitis es la infección respiratoria aguda de vías respiratorias inferiores más frecuente en niños menores de un año. El diagnóstico de la Bronquiolitis es fundamentalmente clínico y las pruebas complementarias se realizan en situaciones muy concretas.

RESUMEN DEL CASO

- **EA:** Lactante de 2 meses acude a Urgencias por tos y mucosidad de 1 semana de evolución. Asocia febrícula y 4-5 vómitos diarios.
- **AP:** Cribado neonatal alterado por fibrosis quística (FQ) y primer test del sudor no posible realizar por no sudar.
- **EF:** Peso: 5.2 Kg. T 37.1°C. FC 138 lpm. TA 74/52 (62) mmHg, SaO2 86% FiO2 ambiental. TEP alterado por las 3 caras. Coloración cianótica. Frialdad acra. Aspecto deshidratado. Tiraje subcostal e intercostal moderado con hipoventilación generalizada. SN: hipoactivo pero reactivo a estímulos.
- **PC: Analítica sanguínea:** Bioquímica: glucosa 120 mg/dl; urea 130 mg/dl, creatinina 0.58 mg/dl, calcio 12 mg/dl; PCT< 0,5 ng/ml; PCR 0.27 mg/dl. Na 128 mEq/L; K 3.4 mEq/L, Cl 62 mEq/L. Hemograma: normal. Gasometría venosa: ph 7.52; PCO2 67; HCO3 54.7; láctico 6.1 mmol/L.

- **Evolución:**

Ante fallo cardio-respiratorio se pasa a sala de atención inmediata. Se administra oxigenoterapia en mascarilla reservorio, se monitoriza y se canaliza vía periférica para pruebas complementarias y reexpansión con suero salino fisiológico. Se administra nebulización de adrenalina, pero ante empeoramiento respiratorio se decide intubación.

Se inicia corrección de sodio con suero salino hipertónico 3% y fluidoterapia por deshidratación grave con alcalosis metabólica hiponatémica hipoclorémica hipotasémica y fallo prerrenal.

Se administra cefotaxima y ampicilina intravenosa y se traslada a Hospital de referencia. En éste presenta buena evolución dándose de alta con diagnóstico de **FQ (mutaciones delta F508/desconocida)**.

COMENTARIOS

- La **FQ** es una enfermedad genética de herencia autosómica recesiva producida por mutaciones en el gen que codifica la proteína reguladora de la conductancia transmembrana que funciona como un canal de cloro que se expresa en la membrana apical de células epiteliales con una afectación multisistémica.
- Nuestro caso clínico se trata de paciente con FQ que debutó la enfermedad con bronquiolitis aguda grave y deshidratación hiponatrémica hipoclorémica; por tanto, es importante plantear un **diagnóstico diferencial** de bronquiolitis aguda con otras entidades clínicas: aspiración de cuerpo extraño, FQ, cardiopatía congénita etc.