

# **CASO CLÍNICO**

**ROSMINIA ARELLANO PAJARO**

**RESIDENTE DE 1° AÑO DE PEDIATRÍA - USS**

# IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

|                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| <b>SEXO:</b>        | Masculino       |
| <b>EDAD:</b>        | 4 Años, 9 meses |
| <b>CIUDAD:</b>      | Puerto Montt    |
| <b>ACOMPañANTE:</b> | Madre           |



# ANTECEDENTES PERSONALES

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>ANTECEDENTES PRENATALES:</b>    | Embarazo controlado, antecedente de Diabetes gestacional y obs. de trombofilia, no presento otro tipo de enfermedad durante el embarazo, a las 38 semanas de gestación parto vaginal eutócico. |
| <b>ANTECEDENTES NATALES:</b>       | Peso: 2.640 gr<br>Talla: 47 cm<br>Circunferencia craneal: dato no especificado<br>No presento complicaciones: Al nacer<br>Apgar: al minuto de 7 y a los 5 minutos de 10                        |
| <b>ALIMENTACIÓN:</b>               | Actualmente régimen preescolar común   |
| <b>CRECIMIENTO PONDOESTATURAL:</b> | Peso: 17.4 Kg<br>Talla: 113 cm<br>P/E: - 1 DE<br>P/T: - 1 DE<br>T/E: - 1 DE  |
| <b>INMUNIZACIONES:</b>             | Completas de acuerdo a calendario (PNI), Madre niega aplicación de vacunas extras, antecedente de vacuna influenza (mayo/2021)   |
| <b>CONTROLES DE SALUD:</b>         | CESFAM Padre hurtado   |
| <b>ENFERMEDADES PREVIAS:</b>       | Nistagmos Congénito  |
| <b>HOSPITALIZACIONES:</b>          | A los 8 meses hospitalización por Neumonía   |
| <b>CIRUGÍAS:</b>                   | No registra  |
| <b>ALERGIAS A MEDICAMENTOS:</b>    | No ha presentado   |

# ANTECEDENTES FAMILIARES

|  |  |
|--|--|
| <b>ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES:</b>   | No hay antecedentes de enfermedades crónicas de importancia.   |
| <b>DATOS DEL PADRE:</b>                | 36 años de edad, trabaja, técnico superior   |
| <b>DATOS DE LA MADRE:</b>              | 35 años de edad, trabaja, técnico superior   |
| <b>HERMANOS:</b>                       | Si, hermano de 14 años   |
| <b>CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA:</b> | Casa de concreto, cuenta con 2 habitaciones y un baño, servicios básicos, vive con el padre, madre, hermano mayor no hay mascotas. |



# MOTIVO DE CONSULTA

“EL NIÑO SIGUE CON  
DIARREA”

# ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente quien es traído por la madre quien refiere cuadro clínico de 2 días de evolución, caracterizado por presentar inicialmente deposiciones líquidas con sangre, hasta 5 episodios en el día, asociado a vómitos y dolor abdominal, con una consulta inicial a las 24 horas de iniciado el cuadro donde indican manejo en la urgencia con hidratación endovenosa, dosis de omeprazol EV y ondasetron EV, por adecuada evolución egresan con indicación de sales de rehidratación oral, probióticos, omeprazol y zinc oral, a las 24 horas consultan nuevamente por que la madre refiere que aumento el numero de deposiciones diarreicas con sangre, vómitos y lo ve mas deshidratado

# EXAMEN FÍSICO:

## REVISIÓN POR SISTEMAS:

Niegan sintomatología urinaria, diuresis normal, madre niega otra sintomatología asociada

## SIGNOS VITALES:

**T:** 36.9 °C, **PRESIÓN ARTERIAL:** 110/70, **PULSO:** 110, **FR:** 26, **SatO2:** 96%

Paciente en regulares condiciones generales, decaído, afebril, conjuntivas pálidas, mucosa oral seca, llenado capilar > 3 seg, tórax simétrico no tirajes ruidos cardiacos rítmicos no soplos, abdomen blando depresible, dolor difuso a la palpación no signos de irritación peritoneal, paciente vigil, reactivo, por momentos quejumbroso.



# PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>PCR</b>               | 2.19 mg/dl   |
| <b>HEMOGRAMA</b>         | Hemoglobina: 14.0 g/dl, hematocrito: 42.6%, VCM: 76.2, CHCM: 34.9 g/dl, HCM: 26.6 pg, recuento leucocitario: 19.5, recuento de plaquetas: 378, segmentados: 81.6%      |
| <b>UROANALISIS</b>       | Normal   |
| <b>ELP</b>               | Sodio: 133 mmol/l, potasio: 4.44 mmol/l, cloro: 97.1 mmol/l  |
| <b>GSV</b>               | pH: 7.25, PCO2: 30.4 mm/Hg, PO2: 27.4 mm/Hg, bicarbonato: 13.1 mmol/l exceso de base – 12.6  |
| <b>PERFIL BIOQUÍMICO</b> | Glucosa: 75 mg/dl, Creatinina: 0.40 mg/dl, Nitrógeno ureico: 10.7 mg/dl, BT: 0.179 mg/dl, BD: 0.06 mg/dl, Fosfatasa alcalina: 263 U/l, transaminasas y amilasa normal. |

# IMPRESIÓN DIAGNOSTICA



# **IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

1. Síndrome diarreico agudo
2. Deshidratación moderada
3. Prescolar con riesgo de desnutrición

# INDICACIONES

## **ALIMENTACIÓN:**

- Régimen liviano a tolerancia
- S. fisiológico 0.9% 450 cc pasar en 1 hora
- S. glucosado 5% 500 cc + NaCl 10% 20 ml + KCl 10% 10 ml pasar a 75 ml/hr

## **ENFERMERÍA HABITUAL:**

- CSV cada 6 horas
- Observación de deposiciones, vómitos, compromiso de conciencia

## **FÁRMACOS:**

- Ketorolaco 10 mg EV Ahora
- Paracetamol 260 mg máximo cada 6 horas VO en caso de fiebre y/o dolor
- Ondasetron 3 mg EV SOS (Máximo cada 8 horas)

## **EXÁMENES:**

- ELP (control 21:00)
- Adenovirus/Rotavirus en deposiciones
- Coprocultivo

## **INTERCONSULTAS: (-)**

# EVOLUCIÓN CLÍNICA

- Al ingreso en salas posterior administración de bolo de S. fisiológico, se observa en mejores condiciones generales, bien perfundido, con diuresis conservada, persiste con deposiciones diarreica, con adecuada tolerancia de la vía oral, se indica reponer perdidas con SRO a 10cc/kg, resto de indicaciones igual.
- **EXAMEN FÍSICO Y EVOLUCIÓN POR PLANES:**

**FEN:** con mala tolerancia oral para alimentación y SRO, se encuentra con flebocclisis con requerimientos basales más pérdidas estimadas calculado a 2.500 cc/m<sup>2</sup>/día, con ELP con mezcla de NaCl isotónico, mantiene una hiponatremia de 130mEq/L, K 4,56

**NEFROLOGICO:** diuresis difícil de cuantificar, mezclada con deposiciones, impresiona disminuida, a las 24 horas de hospitalización con un BH (-) 164 cc, DU 0.47 cc/kg/hr, se pasa un bolo de S. fisiológico con escasa respuesta se instala sonda de Foley para medición de diuresis estricta, control de PA con registro peri P95, a las 48 horas paciente quien evoluciona con aumento de palidez, taquicardico, se realiza otro bolo de 15cc/kg, al control aun con diuresis escasa y BH (+) 700 cc, se administra 2 mg de furosemida (0.11/kg/dosis)



# EVOLUCIÓN CLÍNICA

**GASTROENTEROLÓGICO:** se solicita estudio en deposiciones de Adenovirus y Rotavirus que resulta negativo, desde el ingreso se toma coprocultivo, paciente quien persiste con deposiciones sanguinolentas, con una cuantía entre 130 a 200 cc por cada episodio.

Paciente quien a las 48 horas esta en regulares condiciones generales, se destaca palidez generalizada, levemente edematoso, con persistencia de cuadro diarreico y diuresis disminuida:



# EVOLUCIÓN CLÍNICA

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>HEMOGRAMA</b>         | Hemoglobina: 11.7 g/dl, hematocrito: 32.5%, VCM: 73.2, CHCM: 36 g/dl, HCM: 26.4 pg, recuento leucocitario: 21.2, recuento de plaquetas: 44, segmentados: 61.5% |
| <b>ELP</b>               | Sodio: 131 mmol/l, potasio: 4.56 mmol/l, cloro: 104.5 mmol/l   |
| <b>GSV</b>               | pH: 7.30, PCO <sub>2</sub> : 36.4 mm/Hg, PO <sub>2</sub> : 24.4 mm/Hg, bicarbonato: 17.1 mmol/l exceso de base – 7.8   |
| <b>PERFIL BIOQUÍMICO</b> | Creatinina: 0.77 mg/dl, Nitrógeno ureico: 16.8 mg/dl   |



# IMPRESIÓN DIAGNOSTICA



# **IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

1. Síndrome diarreico agudo
2. Sospecha Síndrome Hemolítico Urémico en evolución
3. Deshidratación Moderada con Hiponatremia  
Hipovolémica
4. Acidosis metabólica con anión GAP normal
5. Nistagmus congénito



GRACIAS