

Presentación de caso clínico

Tema: Fiebre en estudio.

Fecha: 30-03-15.

Lugar: Auditorio HIAP.

Anamnesis

- Nombre: C.F.I.
- Fecha de nacimiento: 24/01/2015.
- Procedencia: Cercado.
- Fecha de Ingreso: 25/03/2015 .

Antecedentes familiares

Padre: vivo, 22 años de edad, aparentemente sano.

Abuelo paterno: vivo de 63 años de edad, aparentemente sano.

Abuela paterna: viva de 58 años de edad, padece de artritis desde hace 20 años.

Madre: viva de 24 años de edad, aparentemente sana.

Abuelo materno: vivo, de 63 años de edad, aparentemente sano.

Abuela materna: viva de 63 años de edad, aparentemente sana.

Antecedentes personales

Antecedentes obstétricos maternos: G1 P0 C1 A0

Antecedentes perinatales: realizó 8 controles prenatales desde el 1er mes de embarazo, sin complicación aparente.

Antecedentes natales: producto único, vivo de 39 semanas de gestación, obtenido por cesárea debido a DCP, sin complicación alguna.

Peso al nacer: 3.200 gr. Talla: 50 cm. Apgar: desconoce.

Antecedentes de alergia: desconoce.

Antecedentes patológicos

- Madre refiere que paciente estuvo internado en clínica donde nació, debido a presentar alzas térmicas no cuantificadas luego de nacer, permaneciendo solo unas horas.

Desarrollo psicomotor

Primera sonrisa: no corresponde.

Sostuvo la cabeza: no
corresponde.

Sentado solo: no corresponde.

Gateo: no corresponde.

Primeras palabras: no
corresponde.

Gateo: no corresponde.

Control de esfínteres: no
corresponde.

Escolaridad: no corresponde.

Alimentación

Leche materna a libre demanda
desde nacimiento.

Vacunas

VACUNA	DOSIS			
BCG				
POLIO				
PENTAVALENTE				
DPT				
SRP				
ACT Hib				
HEPATITIS A				
FIEBRE AMARILLA				
NEUMOCOCO				
ROTAVIRUS				

Madre refiere vacunas incompletas para la edad.

Motivo de consulta

- Fiebre.
- Irritabilidad.



Enfermedad actual

- Cuadro clínico desde el nacimiento (24/03/2015), caracterizado por presentar irritabilidad, disminución de la succión y alzas térmicas no cuantificadas, razón por la cual personal de salud del Hospital “San Miguel” le administra dimetilpolisiloxano, propinox (desconoce la dosis) además de 5 ml de anís, sin mejoría ya que persistía con alzas térmicas, además de llanto prolongado, por lo que en fecha 25-03-15 solicitan su alta y acuden a nuestro Centro donde se evidencian signos de deshidratación, ictericia hasta zona I de Kramer y porcentaje de pérdida de peso del 8% por lo que se decide su internación.

Examen físico

Indicador	Desviación estándar	Diagnóstico nutricional
Capurro	39.7	RNT
Lubchenco	Entre 10 y 90	AEG
Edemas	No	

Mediciones

Edad: 1 día. Talla : 48 cm	Peso: 2.820 gr FC: 134l pm.
FR: 38 rpm.	Temp.: 38.9°C.
PA: 90/60mmhg	Saturación O2: 92% ambiente

Estado general

- Paciente activa, reactiva a estímulos táctiles, irritable, febril.

Piel y anexos

- Elasticidad y turgencias disminuidas, con descamación gruesa, sin lanugo.
- Llenado capilar de 4 segundos.
- Panículo adiposo conservado.

Examen físico regional

Cabeza: normocéfalo, cabellos de implantación pilosa normal, fontanela de 2x2 cm, normotensa.

Oídos con pabellones auriculares simétricos y completos, curvados que vuelven rápidamente a la plicatura, conductos auditivos externos permeables.

Ojos con parpados simétricos, conjuntivas húmedas, pupilas isocóricas, fotorreactivas.

Nariz: pirámide nasal simétrica, fosas nasales permeables.

Boca labios simétricos, mucosa yugal seca, saliva filante.

Tórax

Inspección	Simétrico, areola mamaria de 6 mm.
Palpación	Expansibilidad y elasticidad conservadas, se palpa glándula mamaria de menos 6 mm.
Percusión	Sonoridad conservada.
Auscultación cardiaca	Rítmicos, regulares, normofonéticos, sin ruidos sobreagregados.
Auscultación pulmonar	Murmullo conservado en ambos campos pulmonares.

Abdomen

Inspección	Simétrico, ombligo campleado, en proceso de cicatrización y sin signos de infección.
Auscultación	Ruidos hidroaéreos positivos, normoactivos.
Palpación	Blando depresible, no doloroso, reborde hepático 1 cm por debajo del borde costal. Signo del pliegue esbozado.
Percusión	Sonoridad conservada.

Extremidades

Superiores	Tono y trefismo conservados, pulsos periféricos conservados en intensidad y amplitud e incrementado en frecuencia, uñas no sobrepasan pulpejo de dedos.
Inferiores	Tono y trefismo conservados, pulsos periféricos palpables, llenado capilar de 4 segundos, se observan surcos plantares hasta el tercio inferior.

Genitales

De características femeninas, no se observan secreciones.

Sistema nervioso

Conciencia	Paciente activa y reactiva a estímulos táctiles.
Pares craneales:	III, IV, V, VI, VII, X, XII aparentemente conservados, resto no valorables por la edad del paciente.
Signos meníngeos	Brudzinsky y Kerning negativos.
Locomotor	Conservado.
Movimientos anormales	No presenta.
Reflejos	Reflejo de succión, deglución, Moore, de prensión conservados.

Diagnósticos de ingreso

- RNT-AEG
- FIEBRE SIN FOCO.
- DESHIDRATACIÓN MODERADA.

Ingreso (25/03/2015)

TRATAMIENTO

Flebo # 1: Solución fisiológica 0,9%.

Pasar: 10ml/kp/hr. En 5 oportunidades.

Ingreso (25/03/2015)

HEMOGRAMA

Leucocitos	11.000 mm ³
Linfocitos	31.4% (3.410 mm ³)
Neutrófilos	61% (7.260 mm ³)
Eritrocitos 4.530.000mm ³	VCM: 109 fl
Hb: 15.2gr/dl	HCM: 36 pg
Htc: 45%	Plt: 217.000 mm ³

QUÍMICA SANGUÍNEA

Sodio	141.9 mEq/L
Potasio	4.82 mEq/l
Calcio	1.54 mmol/L
Cloro	118.3 mEq/L
PCR	1.2 mg/dl

Día 1 (26/03/2015)

UROANÁLISIS

Aspecto	Ligeramente turbio.
---------	---------------------

C

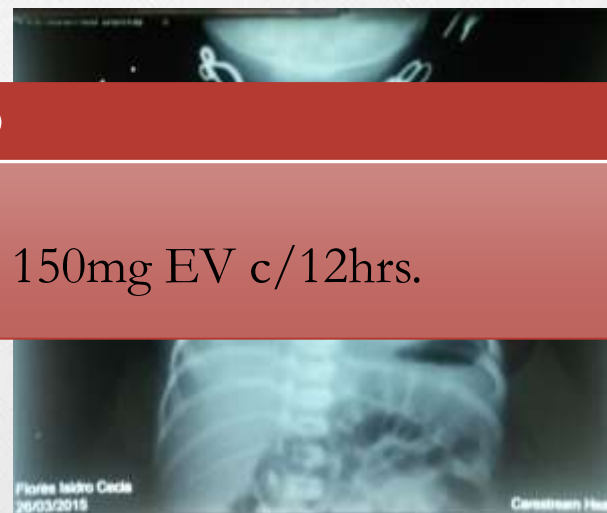
TRATAMIENTO

D

1) Ampicilina 150mg EV c/12hrs. + Cefotaxima 150mg EV c/12hrs.

Sedimento

5-7 leucocitos por campo,
escasos cristales de urato
amorfo.



TSH

1.56 u/ml

Día 2 (27/03/2015)

BILIRRUBINA SÉRICA

BT: 12.4mg/dl.

UROCULTIVO

Cultivo: Negativo.

Recuento de colonias: 0 UFC/mL

HEMOCULTIVO

NEGATIVO

TRATAMIENTO

Ampicilina 50mg/kg/d EV c/12hrs
+
Cefotaxima 50mg/kg/d EV c/12hrs.

Gentamicina oftálmica.

Diagnósticos de egreso

RNT-AEG.

SEPSIS NEONATAL PRECOZ PROBABLE EN TRATAMIENTO.

ICTERICIA NEONATAL .

DESHIDRATACIÓN MODERADA CORREGIDA.

CONJUNTIVITIS EN TRATAMIENTO.

Gracias...

