CASO CLÍNICO 1

Niña recién nacida que comienza en paritorio con distrés respiratorio, por lo que ingresa en la Unidad de Neonatología.

Antecedentes personales:

- Embarazo controlado y normal. SGB negativo.
- Parto a las 39 semanas de EG. Bolsa rota 4 horas. PRN 3200 g. Apgar 9/9.

Exploración:

- Tª: 36,5°C. FC: 140 lpm. FR: 60 rpm Sat. O2: 87% TA: 60/35 mmHg.
- Regular estado general, bien perfundida. Fenotipo normal.
- Taquipnea, tiraje subcostal e intercostal, aleteo nasal y quejido.
- ACP: aceptable ventilación bilateral con crepitantes diseminados, no soplos.
- Abdomen: blando y depresible, no impresiona de doloroso.

Evolución:

A su llegada a la unidad de neonatología se mete en incubadora y se toman constantes y se inicia oxigenoterapia, precisando FiO2 30% para mantener una SatO2 93%.
Gasometría incial: pH 7,15, pCO2 60, Bic 20, EB -4

Preguntas:

1) **A nivel de manejo respiratorio. ¿Qué es lo primero que haría a continuación?**

2) **¿Qué pruebas complementarias realizaría?**

3) **A nivel de manejo metabólico-nutricional-infeccioso ¿Qué tratamiento iniciaría a continuación?**

4) **Con las medidas que ha realizado, a las 4 horas la gasometría se ha normalizado y ha disminuido mucho el distrés respiratorio. ¿Qué se plantearía hacer?**

CASO CLÍNICO 2

- **Motivo de consulta:**

  Dificultad respiratoria

- **Antecedentes personales:**
  Correctamente inmunizado. No alergias medicamentosas conocidas. Alergia polínica. Asma grave persistente. No antecedentes familiares de interés.

- **Triángulo de evaluación pediátrica**
  - Apariencia: Nervioso y agitado.
  - Respiratorio: taquipnea y tiraje a tres niveles
  - Circulatorio: buena coloración, taquicárdico.

- **Enfermedad actual:**
  Paciente de 10 años presenta cuadro de tos y dificultad respiratoria que no mejora en domicilio a pesar de varias dosis de salbutamol inhalado. Acude a urgencias por disnea intensa, sólo pronuncia palabras.

- **Exploración física**

  FC 130 lat/min, Saturación O2: 88%, Frecuencia respiratoria: 37 rpm, TA: 110/58, temperatura 36,2ºC
  Afectación del estado general, bien hidratado, buena coloración de piel y mucosas, Corazón rítmico, sin soplos. Tiraje subcostal, intercostal y supraesternal, hipoventilación generalizada con sibilancias audibles sin fonendoscopio. Abdomen blando y depresible sin megalias. ORL sin hallazgos patológicos. Neurológico normal.

Preguntas:

1) **¿Cuál es el estado fisiológico en función del triángulo de evaluación pediátrica?**

2) **¿Qué primeras medidas realizaría en este paciente?**

3) **¿Qué escala utilizaría para la valoración de este paciente? ¿Cómo clasificaría la crisis asmática en función de ella?**

4) **¿Cuál sería el primer escalón terapéutico?**

5) **En caso de no ser efectivo, ¿cuál sería el siguiente escalón terapéutico farmacológico?**

CASO CLÍNICO 3

- **Motivo de consulta:**
  Irritabilidad

- **Antecedentes personales y familiares:**
  Antecedentes familiares sin interés. Antecedentes personales: correctamente inmunizado, acude a guardería y la alimentación complementaria la han introducido sin complicaciones según las indicaciones de su pediatra (lactancia materna exclusiva hasta los 3 meses, mixta hasta los 8, e introducción del gluten, pescado y huevo a los 9, 10 y 12 meses, respectivamente).

- **Triángulo de evaluación pediátrica:**

  Niña de 16 meses de edad, que consulta en urgencias por presentar irritabilidad desde hace unos días, rechazo de la alimentación y desde hace 72 horas no ha realizado deposiciones. Desde hace 4 semanas realiza unas 3-4 deposiciones diarias, líquidas, sin productos patológicos. En el centro de salud le han realizado un coprocultivo, unos parásitos en heces y la detección de antígenos siendo todas estas pruebas negativas. No ha presentado fiebre ni vómitos, aunque sí una pérdida de peso de aproximadamente 700 gramos en el último mes.

- **Exploración física**

  En la exploración física, destaca una afectación del estado general con palidez cutánea, cercos periorbitarios y signos de deshidratación leve. Presenta un escaso panículo adiposo, con resaltes óseos marcados y pliegues cutáneos redundantes a nivel inguinal. Peso 7,790 Kg (SDS -2,3). El abdomen globuloso, timpánico y doloroso a la palpación. Los ruidos hidroaéreos están muy disminuidos y no se aprecian masas ni visceromegalias. Tacto rectal sin alteraciones. La auscultación cardiopulmonar es normal, así como la exploración neurológica, no hallando signos de focalidad.

- **Pruebas complementarias**
  - Analítica
    - Hemograma: normal
    - Bioquímica sanguínea con determinación de iones normales (Na+: 138 mEq/L; K+: 4,2 mEq/L; Ca++: 10,05 mg/dl; y Mg++: 1,6 mEq/L), reactantes de fase aguda (PCR: 0,2 mg/L) y elemental de orina negativo. Transaminasas ligeramente elevadas (AST: 60 UI/L; ALT: 48 UI/L).
    - Estudio de coagulación alargado (TPTA: 105 s; TP: 1.89).

  - Rx simple de abdomen en bipedestación, en la que llama la atención la existencia de niveles hidroaéreos

  - Ecografía abdominal: se explora hígado, vesícula biliar, páncreas, riñones y vejiga sin objetivarse anomalías. Se aprecian unas asas dilatadas, hipoperistálticas, como único hallazgo patológico.

Preguntas:

1) **¿Qué actitud terapéutica mantendría en urgencias con este paciente?**
2) **¿Cuál sería su actitud si no mejorara tras las medidas iniciales?**
3) **En base al caso clínico ¿Cuál sería su diagnóstico diferencial en esta edad?**
4) **¿Cuál le parecería el diagnóstico más probable del cuadro clínico que presenta?**
5) **¿Qué pruebas de primer nivel pediría al paciente?**