



**Mi Universidad**

**CASO CLINICO**

*LUIS ANTONIO DEL SOLAR RUIZ*

*CASO CLINICO*

*TERCER PARCIAL*

*CLINICA DE PEDIATRIA*

*DR. MIGUEL MAZA LOPEZ*

*LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA*

*SEPTIMO SEMESTRE*

*SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS A 8 DE NOVIEMBRE DEL 2024*

## Caso Clínico

### Motivo de Consulta:

- Lactante masculino de 10 meses que acude con fiebre alta de 39.5°C persistente desde hace 3 días.

### Padecimiento actual

- Hace tres días, los padres notaron fiebre alta sin otros síntomas asociados. La fiebre ha sido persistente, alcanzando picos de hasta 39.5°C y responde de forma parcial a paracetamol (le dieron 16 gotas de la solución 100 mg/ml)
- Evolución: La fiebre se mantiene elevada a pesar del tratamiento y no hay signos evidentes de infección respiratoria, digestiva o urinaria.
- Otros síntomas: No presenta vómitos, diarrea, tos ni dificultad respiratoria. Se observa irritable, pero con buen apetito y estado general estable entre los episodios de fiebre.
- Contacto con otros niños en guardería: Los padres refieren que recientemente varios niños en la guardería han estado enfermos con fiebre.

### Historia Clínica Pediátrica Completa

- AHF: Padre y madre sanos, sin enfermedades hereditarias conocidas.
- Ant. Perinatales Producto de G1, normoevolutivo, P1 vaginal 39 SDG eutócico sin complicaciones. Peso al nacer: 3.2 kg, talla: 49 cm, APGAR 9/10. Tamiz metabólico básico realizado, no recabado; sin otros tamices. Onfalorexis al 10° dveu.
- Alimentación: Lactancia exclusiva, inicio de AC a los 6 meses sin restricciones
- Desarrollo psicomotor: Cumple con los hitos del desarrollo para su edad (sostén cefálico, balbuceo, gateo).
- APNP: Familia nuclear, no mascotas, colecho ambos padres, acude a guardería desde agosto de 20245 hrs al día de 9 a:00 a 14:00 hrs.
- Antecedentes personales patológicos:Sin antecedentes previos de hospitalizaciones, alergias conocidas, ni enfermedades crónicas. Traumáticos negados.

- Vacunación: Al día con el esquema de vacunación según calendario nacional.

### **Exploración Física Detallada**

- Somatometría: Peso 8 kg, Talla 73 cm, Perímetro Cefálico: 48 cm
- Signos vitales: Temperatura: 39.5°C, FC: 130 lpm, FR: 32 rpm, Tensión arterial: 85/55 mmHg, Saturación de oxígeno: 98% al aire ambiente.
  
- Examen general: Buen estado nutricional, aspecto estable y bien hidratado.
  
- Piel sin lesiones visibles, no presenta erupciones ni signos de deshidratación.
  
- Cabeza y cuello: Normocefálico, fontanelas normotensas, sin adenopatías cervicales.
  
- Respiratorio: Murmullo vesicular presente y simétrico sin ruidos anormales.
  
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos.
  
- Abdomen: Blando, depresible, sin visceromegalias ni dolor a la palpación.
  
- Neurológico: Activo y reactivo al examen, sin déficit neurológico evidente.

### **Interrogatorio por aparatos y sistemas**

- General: Fiebre alta de 39.5°C de inicio súbito, que ha durado 3 días. No presenta pérdida de peso ni alteraciones del sueño.
  
- Piel: No hay erupciones ni lesiones cutáneas visibles al momento de la consulta.

- Respiratorio: Sin tos, rinorrea ni dificultad respiratoria.
- Digestivo: Buen apetito, sin vómitos, diarrea ni estreñimiento.
- Genitourinario: Orina de aspecto normal, sin signos de disuria ni cambios en la frecuencia.
- Sistema neurológico: Irritabilidad leve, pero sin alteración de la conciencia ni convulsiones.
- Linfático: No se palpan adenopatías.

### Desarrollo de la actividad

Con la información proporcionada indique:

1. ¿Amerita realizar estudios complementarios de laboratorio o imagen? En caso de considerar que si, indique cuales y cual es su justificación; por ejemplo: si le voy a pedir electrolitos urinarios, o resonancia magnética de cráneo; ¿Qué espero hallar o descartar con ese estudio)? Si decides no solicitar ningún estudio complementario cual es la justificación o argumento para no hacerlo?

R: si, pediría realizar estudios de laboratorio debido a que durante la exploración física y anamnesis se puede sospechar de un síndrome febril sin foco, por ello los estudios ya que la fiebre puede dar inicio a una variedad de infecciones virales o bacterianas, debido a que es un signo común de varias enfermedades pediátricas y es preocupante debido al riesgo de infecciones graves en niños, especialmente lactantes y niños pequeños. Los estudios serian:

Hemograma completo: el conteo de leucocitos y poder detectar signos de infección o inflamación.

PCR (Proteína C reactiva): con el fin de diferenciar infección viral y bacteriana al ser una prueba de marcador inflamatorio.

2. Independientemente de si se solicitan o no estudios; cual es tu propuesta para el manejo del paciente en casa. ¿Indicas medicamentos antipiréticos si o no? ¿Cual o cuales? En caso de usarlos, como lo(s) indicarías en la receta médica. ¿Cuál es la dosis ponderal de dicho medicamento?

R: En cuanto al tratamiento farmacológico; subir la dosis de paracetamol a 30 gotas cada 6 horas tomando en cuenta desde la primera toma que se le dio hasta completar 5 días. Esto equivale a 1.2ml como dosis máxima por su peso.

2. ¿Indicas antibiótico u otro tipo de medicamentos? ¿Cuáles? ¿Por qué? ¿A qué dosis?

R: no se le daría tratamiento farmacológico con antibiótico porque no hay sospecha aun de una infección bacteriana y se deben esperar los resultados de los estudios de laboratorio para confirmar si la hay o no. De lo contrario en lugar de beneficiar al paciente pediátrico, lo estaría perjudicando.

3. Además de los medicamentos, ¿Cuáles son las medidas no farmacológicas que indicas en la receta?

R: De primera mano estar en una vigilancia constante del infante cada 4 a 6 horas monitoreando la fiebre y esta se debe tomar en un tiempo de 4 a 6 horas, previamente el niño y el termómetro deben estar en la misma habitación y ambiente con un lapso de 10min antes de medirla.

Vigilar los signos de alarma: vomito, diarrea, disminución en la cantidad de orina, irritabilidad, llanto, deshidratación, tos, dificultad para respirar, cambios en el comportamiento, abdomen duro.

Mantener al niño en un ambiente tranquilo y fresco, evitando la actividad física intensa hasta que la fiebre disminuya.

Mantenerlo hidratado.

Evitar las compresas o los baños para disminuir la fiebre.

4. ¿Cuáles son los datos de alarma que darás por escrito y que además explicarás verbalmente a la familia de tu paciente? ¿Cómo indicas que debe actuar el familiar si se presentan esos datos de alarma?

R: Vigilar los signos de alarma: vomito, diarrea, disminución en la cantidad de orina, irritabilidad, llanto descontrolado, tos, dificultad para respirar, cambios en el comportamiento, abdomen duro y deshidratación.

En caso de presentar los primeros datos en más de una ocasión en perdidos cortos de lapsos de tiempo recurrir nuevamente a consulta.

De igual manera regresar en 48h para la reconsulta ya que cuenten con los resultados de estudio y valorar el estado de salud nuevamente del paciente.