

EVENTOS INESPERADOS EN INTERNACIÓN

Noviembre de 2016

1° Congreso Argentino de Medicina Interna
Pediátrica

CASO CLINICO



- Lactante de **6 meses** de vida
- RNT/PAEG
- Eutrófico
- Vacunación :

BCG / Hepatitis B

Sabin / Quíntuple / Neumococo: 2 dosis

Rotavirus: 2 dosis

- Antecedentes patológicos: internación por gastroenteritis a los 4 meses.

MOTIVO DE CONSULTA



- Consulta por guardia con cuadro de 5 días de evolución de tos y fiebre.
- Examen físico: 37.9°C, pálido, tiraje subcostal e intercostal, sibilancias espiratorias, FR: 56 por minuto , FC: 148 por minuto.
(Score de TAL de 6)
- Resto del examen físico: sin particularidades.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS



Radiografía de tórax: partes blandas y óseas conservadas, infiltrado hiliar derecho, senos costofrénicos libres.

Laboratorio:

- Hemograma: GB. $14000/\text{mm}^3$ fórmula S54/L35
- Hb 11,0 g/dl Hto: 33% Plaquetas: $562.000/\text{mm}^3$
- Glucemia: 108 mg/dl
- Urea : 26mg/dl
- Ionograma: Na: 138 mEq/l; K: 4,28 mEq/l

Screening viral por IFI: negativo

DIAGNÓSTICO AL INGRESO



Ingresa por guardia con diagnóstico de:

**Dificultad respiratoria leve-moderada
secundaria a Bronquiolitis**

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN



- Salbutamol en aerosol.
- Oxígeno por bigotera
- Kinesioterapia respiratoria
- Alimentación por SNG

Evoluciona favorablemente. Permanece afebril durante los 5 días de internación. Ante mejoría de la dificultad respiratoria se suspende administración de oxígeno. Se alimenta por vía oral.

AL SEXTO DÍA



Se plantea egreso hospitalario. Previo al alta presenta registro febril de 38,5°C y vómitos alimentarios.

Examen físico: T. 38, 5°C; FC 150 por minuto, FR 48 por minuto. BEAB, rales subcrepitantes bilaterales. Otoscopía normal. Vigil, reactivo, resto sin datos positivos.

¿Qué conducta considera más adecuada?

1. Egresar, con control a las 48 hs y pautas de alarma.
2. Solicitar HMG, PCR, urocultivo, HMC, Rx Tx e iniciar tratamiento atb.
3. Solicitar HMG, PCR, urocultivo, HMC, Rx Tx y evaluar iniciar tratamiento antibióticos de acuerdo a resultados.
4. Solicitar HMG, PCR, urocultivo, HMC, Rx Tx, punción lumbar y evaluar de acuerdo a resultados tratamiento antibiótico.

¿Qué conducta considera más adecuada?

1. Egresar, con control a las 48 hs y pautas de alarma.
2. Solicitar HMG, PCR, urocultivo, HMC, Rx Tx e iniciar tratamiento atb.
3. **Solicitar HMG, PCR, urocultivo, HMC, Rx Tx y evaluar iniciar tratamiento antibióticos de acuerdo a resultados.**
4. Solicitar HMG, PCR, urocultivo, HMC, Rx Tx, punción lumbar y evaluar de acuerdo a resultados tratamiento antibiótico.

Laboratorio



HMG: 6300/mm³: Fórmula S73%/L23%

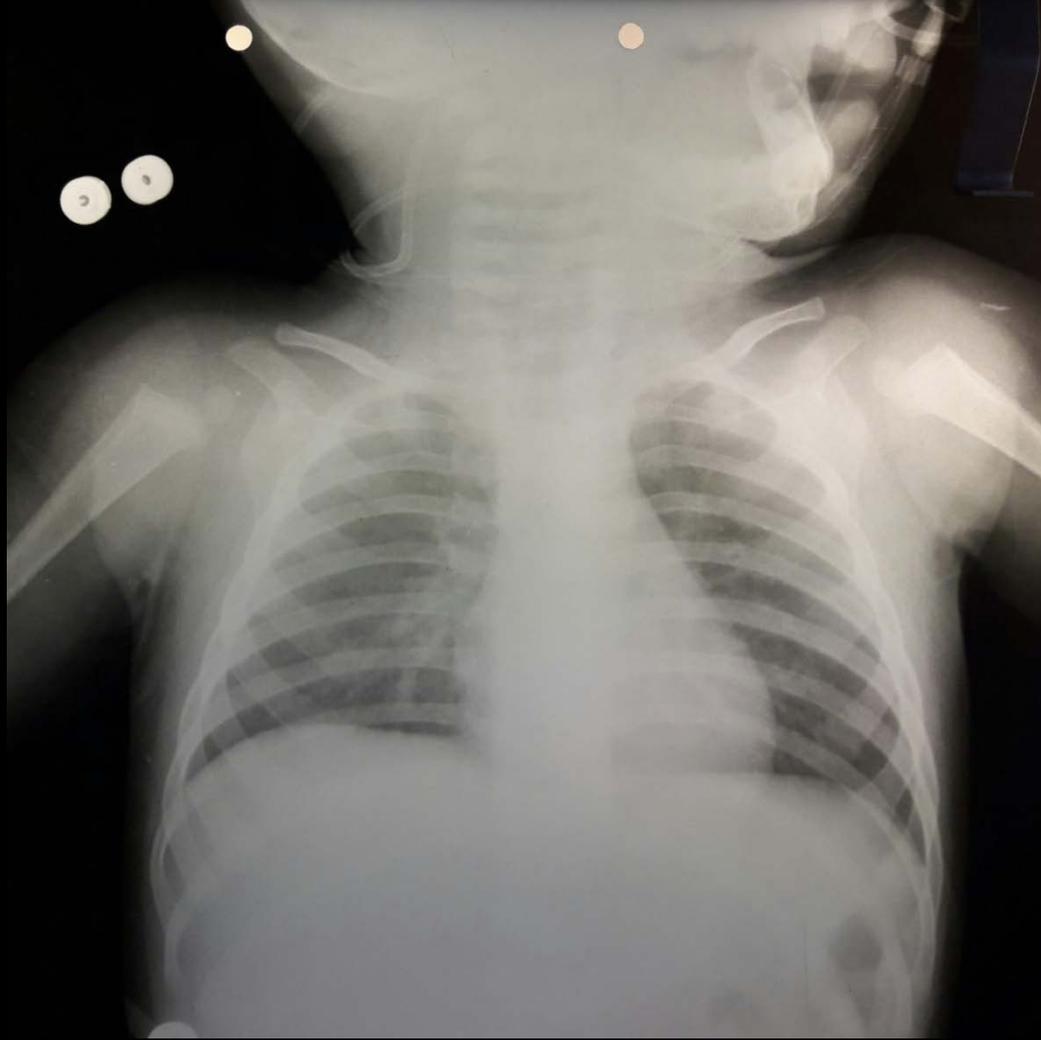
Hb:11,9 g/dl Hto: 38%

PCR: 2,01 mg/dl

Glucemia: 154 mg/dl

Urea: 19 mg/dl

Ionograma: Na: 139 mEq/L K. 4,6 mEq/L



RX DE TÓRAX FRENTE

¿Qué tratamiento indica?

1. Egresar con control y pautas de alarma
2. Repetir laboratorio
3. Control clínico en internación y conducta expectante
4. Interconsulta con Otorrinolaringología
5. Instaurar tratamiento antibiótico

¿Qué tratamiento indica?

1. Egresar con control y pautas de alarma
2. Repetir laboratorio
3. **Control clínico en internación y conducta expectante**
4. Interconsulta con Otorrinolaringología
5. Instaurar tratamiento antibiótico

8 HORAS MÁS TARDE



- Se valora lactante desmejorado, febril (39°), taquicárdico, taquipneico, palidez generalizada, somnoliento, sensorio alternante, rigidez de nuca, fontanela tensa.
- Se realiza expansión con solución fisiológica, se toman hemocultivos, urocultivo y punción lumbar.
- Se medica con ceftriaxone-amikacina interpretando como infección nosocomial.

LABORATORIO



GB: 16.400/mm³ fórmula 82/11/6

PCR: 13,1 mg/dl

Plaquetas: 256.000/mm³

Hto: 30% Hb 9,4 g/dl

Urea: 15 mg/dl

Creatinina: 0,50 mg/dl

Hepatograma: normal

LCR



- Citoquímico: blanquecino, opalescente, leucocitos $1.900/\text{mm}^3$.
Proteínas 244 gr/dl Glucosa < 10 mg/dl.
- Directo: abundantes cocobacilos gram negativos.

LABORATORIO CONTROL (12hs. después)

GB: 26.600/mm³ fórmula 90/9/1

Hto: 30% Hb 9,4 g/dl

Plaquetas: 211.000/mm³

PCR: 24,6 mg/dl

Glucemia: 123 mg/dl

Urea: 10 mg/dl

Creatinina: 0,41 mg/dl

CULTIVOS



- Resultados:
 - Hemocultivos por dos: negativos
 - Urocultivo: negativo
 - **LCR: positivo para *Haemophilus Influenzae***

Se envía a tipificar al Instituto Dr. Carlos G. Malbrán

EVOLUCIÓN



Permaneció internado durante 16 días completando tratamiento antibiótico.

Se realizaron:

- Ecografía cerebral: Normal
- TAC cerebral: Hidrocefalia externa.

En los controles posteriores se constata retraso neuromadurativo e hipoacusia.



"2016 - Año del Bicenario de la Declaración de la Independencia Nacional"

Ministerio de Salud
Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos
ADMINISTRACION NACIONAL
DE LABORATORIOS E INSTITUTOS DE SALUD
"DR. CARLOS G. MALBRAN"

Dirección de la Institución

Recibido el: 04/04/16

N° de Protocolo: 1554

Dr/Dra: María Ofelia Moulins Laboratorio de Bacteriología Htal. D.C. Masvernat Concordia- Prov. Entre Ríos Tel: 0345-4220233	Edad: 6 meses
	Diagnóstico Clínico: meningitis/bacteriemia
	Material Enviado: Aislamiento de <i>Haemophilus influenzae</i>
	Examen Solicitado: Determinación del tipo capsular

RESULTADO:

***Haemophilus influenzae* tipo capsular "a"**

OBSERVACIONES: el resultado se obtuvo por la técnica de PCR.



EVENTO INESPERADO

¿INFECCIÓN NOSOCOMIAL?

CONCLUSIONES



Haemophilus influenzae coloniza normalmente la nasofaringe humana y puede causar enfermedades sistémicas, entre ellas neumonía, meningitis, bacteriemia, celulitis, osteoartritis y sepsis, casi siempre graves debida a cepas productoras de cápsula polisacárida del tipo **b** y otros tipos capsulares como **a**, **e** y **f**; y enfermedades localizadas, como otitis, sinusitis o conjuntivitis en general producidas por cepas carentes de cápsula polisacárida.

CONCLUSIONES



En la época postvacinal de las vacunas conjugadas Hib, la vigilancia cuidadosa de los serotipos de *H. Influenzae* causante de Enfermedad Invasiva resulta esencial para:

- a) Evaluar la eficacia de la vacuna en la población general y detectar posibles casos de fallo vacunal;
- b) Detectar posibles cambios de la epidemiología de las infecciones invasivas causadas por otros tipos capsulares distintos de b o bien cepas no capsuladas.

¡GRACIAS!

Dra. Judit Kupervaser

juditkupervaser@hotmail.com

Noviembre de 2016

1° Congreso Argentino de Medicina Interna
Pediátrica