



Enfermería Nefrológica

ISSN: 2254-2884

ISSN: 2255-3517

Sociedad Española de Enfermería Nefrológica

Orviz González, Juan; Álvarez Izquierdo, María Luisa; Santos Rodríguez,
Fernando; Ordoñez Álvarez, Flor Ángel; Blázquez Gómez, Cristina Julia
Fallo renal neonatal por shock hipovolémico
Enfermería Nefrológica, vol. 20, núm. 1, suppl, 2017, Enero-Diciembre, p. 64
Sociedad Española de Enfermería Nefrológica

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359855854056>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Fallo renal neonatal por shock hipovolémico

Juan Orviz González, María Luisa Álvarez Izquierdo, Fernando Santos Rodríguez, Flor Ángel Ordoñez Álvarez, Cristina Julia Blázquez Gómez

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España

Caso Clínico:

Fallo renal neonatal por shock hipovolemico.

Introducción:

Un fracaso renal terminal en un recién nacido es excepcional. El manejo adecuado de estos pacientes es complicado y supone uno de los mayores retos en nefrología pediátrica.

Objetivo:

Resaltar la importancia de cooperación-coordinación entre familia y equipo de enfermería, para lograr optimizar eficazmente los diferentes tipos de terapias sustitutivas renales en un recién nacido.

Material y Método:

Revisión de procedimientos de terapia sustitutiva renal a través de un caso clínico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Recién nacido de 36 + 4 semanas de gestación, bajo peso (2,230 gr), padres sanos origen marroquí. Tras 21 horas de bolsa rota, se realiza cesárea urgente. Ecografía tercer trimestre: síndrome polimalformativo: macrocefalia, sospecha de atresia de esófago por polihidramnios, no visualización estómago.

Al nacimiento, patrón respiratorio ineficaz, bradicardia y fenotipo peculiar (craneosinostosis), maniobras RCP e intubación orotraqueal con dificultad. Diagnóstico de atresia de coanas confirmado. Inicia diuresis, analíticas normales, ecografía renal normal. SOG: alimentación enteral.

Con 12 días, intervención atresia de coanas. En postoperatorio, shock hipovolémico con posterior desarrollo de insuficiencia renal aguda por necrosis cortical, elevándose la cifra de creatinina hasta 6 mg/dl.

Con 1 mes, colocación catéter peritoneal tipo Tenckhoff neonatal. Comienza diálisis peritoneal manual con 14 pases de 40 mililitros, evolucionando hasta 8 pases diarios

de 120 mililitros. Diálisis bien tolerada, diuresis conservada, control iónico adecuado. Dedicación exclusiva de una enfermera por turno y correcto aprendizaje de la madre. Con 2,5 meses, se realiza traqueotomía para conexión a ventilación mecánica por las características anatómicas del paciente: paladar blando e hipotónico, úvula grande y laringe con tendencia al colapso. Semanas después se coloniza por microorganismos multiresistentes.

Con 4 meses, se comienza DPA con cicladora, realizándose 12 pases diarios de 180 ml, nueva técnica que de nuevo fue aprendida correctamente por la madre, que a pesar de no saber leer se guía por iconos del monitor.

Con 6 meses, intervenido de 2 hernias inguinales, hernia umbilical, eventración pericateter, antirreflujo técnica Nissen y gastrostomía para garantizar una ganancia ponderal adecuada, aumentando más aun la complejidad del paciente.

Con 6,5 meses, intervenido de urgencia por eventración de asas intestinales, retirado catéter peritoneal y colocación catéter hemodiálisis 8 Fr. en yugular derecha. No había presentado ningún episodio de peritonitis. Se comienza tercera técnica de terapia sustitutiva renal. Presenta hipocalcemia, corregida utilizando solución de diálisis con concentración 1,75 mmol/l de Ca.

Con 10 meses, alta a domicilio. Acude a sesiones de hemodiálisis 5 días/semana. Con 19 meses, coincidiendo con ingreso en UCIP por broncoespasmo con episodios de cianosis, se constata malfunción de catéter y posterior sepsis por *Staf. Aureus*, retirada y colocación de nuevo catéter peritoneal Tenckhoff.

Comienza de nuevo con DPA mediante cicladora con 10 pases de 250 ml.

Conclusión:

Este caso ilustra la necesidad de una estrecha colaboración-cooperación entre el personal de enfermería y los padres de un lactante con enfermedad renal crónica terminal grado V e importante y compleja morbilidad asociada. Una buena praxis de enfermería y la continuada sinergia con el cuidador principal (madre) son imprescindibles para el éxito en la evolución.