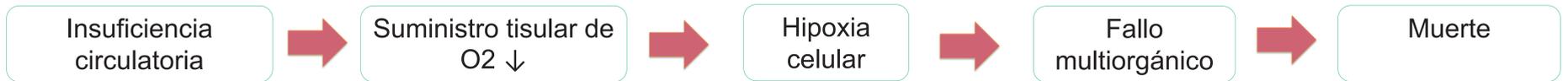


SHOCK HIPOVOLÉMICO Y DESHIDRATACIÓN HIPERNATRÉMICA POR GASTROENTERITIS AGUDA. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Maialen Etxebarria Aurrekoetxea, Cristina Hoyos Leyva, Jorge García Moreno, Ainhoa Díez Pérez, Andrea Gainzarain Serna, María Victoria Meier Pinat.
 Servicio de Pediatra, Hospital Universitario Araba - Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz

Introducción

✓ Shock:



✓ El **Shock Hipovolémico** se desarrolla cuando el volumen intravascular es insuficiente para mantener la perfusión tisular. Las principales causas son:

- | | | | |
|-----------|---------------------|------------------------|----------------------------------|
| • Diarrea | • Hemorragia | • Fuga capilar | • Ingesta inadecuada de líquidos |
| • Vómitos | • Diuresis osmótica | • Pérdidas insensibles | |

✓ La **diarrea** es la principal causa de muerte en el mundo en niños <5 años. En una gastroenteritis viral se pierden líquidos muy diluidos, pudiendo inducir una hipernatremia si no hay una ingesta suficiente de agua.

✓ En la **hipernatremia** (>150 mEq/L):

- ✓ *Al instaurarse*, el agua sale de las células produciendo deshidratación celular, por eso destaca la **clínica neurológica** (irritabilidad, letargia, convulsiones e incluso coma). Existe correlación entre niveles de sodio y la gravedad de la clínica.
- ✓ *Al corregirlo*, el agua entra en las células produciendo edema, pudiendo empeorar el estado neurológico, por ello se recomienda **corregirlo despacio**, en 48-72h sin exceder 12mEq/L/día.



Objetivo

El objetivo es exponer un caso clínico de shock hipovolémico descompensado por deshidratación hipernatremica en contexto de gastroenteritis aguda y recordar el manejo en urgencias.

Lactante de **12 meses**, sin AP de interés.

Acude por: **DIARREA** de 3 días de evolución, asociando **FIEBRE** y decaimiento en las últimas 24h.

Exploración física:

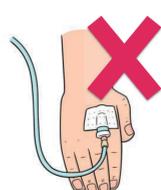
- TEP alterado por Circulación y Apariencia → **Shock descompensado**
- Constantes: **FC 220lpm, TA 47/15mmHg y 40°C**
- Relleno capilar alargado, pulso radial débil y disminución del nivel de conciencia con respuesta al dolor, sequedad de mucosas y pliegue cutáneo positivo.

Pruebas complementarias:

- AS: Cr 2,11mg/dl, **hipernatremia 164mEq/L**, leucocitosis con neutrofilia, PCR 1,8mg/L y PCT 4,36ng/ml.

Evolución:

- **Hemodinámica:** mejoría inmediata TA 86/53mmHg, FC 123lpm.
- **Neurológica:** estado de alerta en 2h.
- **Hipernatremia:** corrección progresiva en 72 horas.
- **Infecioso:** afebril, serologías y cultivos negativos.
- **GEA y Deshidratación:** mejoría progresiva. Alta a los 7 días.



Canalización de vía intravenosa



Canalización de vía intraósea



SSF (20ml/kg x3 bolos)



ATB empírica Ceftriaxona im



Glucosado 5% + ClNa 0,33% (NNBB + DH grave)



Conclusiones

- ✓ La diarrea es la principal causa de shock hipovolémico. El tratamiento es la infusión rápida de líquidos, por lo tanto, hay que conseguir una adecuada vía vascular cuanto antes.
- ✓ Se puede asociar a hipernatremia. Aunque ésta sea rara en pediatría, hay que conocer su manejo porque tanto su rápida instauración como un tratamiento acelerado pueden llevar a daños neurológicos graves.