

## 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.