



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
SESIÓN ANATOMOCLÍNICA
JUEVES 26 DE JUNIO DE 2008

PRESIDE: **DR. GUILLERMO SÓLOMON SANTIBÁÑEZ**
COORDINA: **DR. JOSÉ DE JESÚS MEJÍA NAVARRO**
PATÓLOGO: **DR. PETER GRUBER PAGOLA**
TRABAJO SOCIAL: **LIC. PATRICIA FLORES VICTORIA**
RESUMIÓ: **DR. LEÓN FELIPE MENDOZA VEGA**

NOMBRE: FGZ
F. NACIMIENTO: 30-05-06
GENERO: FEMENINO
LUGAR DE ORIGEN: TLACOLULA, OAXACA
LUGAR DE RESIDENCIA: ALVARO OBREGON, D. F.
FECHA DE INGRESO: 05 DIC 07
FECHA DE DEFUNCION: 15 ENE 08
EDAD AL INGRESO: 1 AÑO 6 MESES

Antecedentes Heredo Familiares:

Madre de 25 años, dedicada al hogar, sana; padre 23 años, florista, tabaquismo y alcoholismos positivos; ambos originarios de comunidad de menos de 200 habitantes, comparten un apellido, niegan consanguinidad. Fallecieron 5 tíos y 5 tías maternas entre los 2-3 años de causa desconocida, 3 primos paternos finados a los 3 años de edad con malformaciones óseas no especificadas.

Antecedentes Perinatales:

G- I, control prenatal en centro de salud, obtenido por cesárea debido a eclampsia en el 8º mes de gestación; al nacimiento hipotónico requiriendo ventilación con presión positiva (bolsa y mascara), Apgar 7/8 (sic), hospitalizado en UCIN por 3 semanas. Con peso de 3 000 grs. se desconocen talla y manejo al nacimiento.

Alimentación:

Alimentado con formula de inicio y Lactancia materna desde el nacimiento, ablactado a los 6 meses con frutas, integrado a la dieta familiar a los 7 meses.

Desarrollo Psicomotor:

Fija la mirada a los 8 meses, sostén cefálico a los 11 meses, sedestación asistida a los 12 meses, bisílabos a los 15 meses, pérdida de dichas capacidades a 18 meses.

Inmunizaciones

BCG al nacimiento, Poliomieltis y Pentavalente (DPT, HiB, HB) 2, 4, 6, meses, Triple viral (MMR) al año edad, Antineumococo 2 dosis.

Antecedentes Personales Patológicos

Desde los 6 meses, cianosis peribucal, fatiga a la alimentación, hiporexia e Infección de vías aéreas superiores de repetición dos veces por mes.

INGRESO A INP- URGENCIAS- (05 Dic 07)

PADECIMIENTO ACTUAL:

Se refiere que el 5 de octubre presenta síntomas respiratorios no especificados que requieren hospitalización durante 20 días en Hosp. Pediátrico de Coyoacán con diagnóstico de neumonía, se da de alta el 25 Octubre 07. Cinco días después inicia con tos productiva en accesos, cianozante, disneizante, con aleteo nasal, tiraje intercostal, retracción supraesternal y disociación toraco-abdominal, sin fiebre, tratado en medio privado con Claritromicina, salbutamol y paracetamol por 14 días, cediendo la dificultad respiratoria. Se mencionan estudios externos del 16 Nov. 07 con HCO₃ urinario- 9.8, TSH- 0.78, T4- 6.7, T4 L- 1.11, Fenilalanina- 0.8. El 26 Nov. 07 inicia Tratamiento con Bicarbonato de Sodio ½ Cucharada c/12 hrs. por 4 días suspendida por vómitos. Una semana después se muestra irritable, hiporexia, sediento y quejumbroso, tos cianozante, disneizante con aleteo nasal, retracción supraesternal, tiraje intercostal, disociación toracoabdominal, y fiebre no cuantificada, tratada con paracetamol sin mejoría refiriéndose a INP

EXPLORACION FISICA:

Peso 5,800gr, (< pc 5%) Talla 67 cm (< pc 5%) PC: 45cm (<pc5%) FC 160x', FR 70x', T/A 104/64 T: 37.2°C. Se encuentra ansioso, con cianosis peri-bucal, Dificultad respiratoria con Silverman Anderson-6, Tiraje intercostal, aleteo nasal, disociación toracoabdominal, retracción xifoidea, y quejido espiratorio por lo que ingresa a sala de Choque realizándose intubación orotraqueal. Encontrándose además, fontanela anterior de 4.5 x 5 cm, Torax con hipoventilación y estertores crepitantes basales bilaterales, ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad sin fenómenos agregados, abdomen plano blando, hígado a 3 cm DBCD y 5 cm por percusión total, genitales con prepucio redundante; hay deformidad esquelética importante en extremidades, predomina en muñecas, brazos piernas, y parrilla costal con "rosario raquíptico"; pulsos presentes y llenado capilar inmediato. Se inicia manejo con ayuno y soluciones 100x100-20%/50/20 y furosemide 1mg/kgd y se ingresa a sala de urgencias.

CARDIOLOGIA (05 Dic 07)

Paciente intubado con saturación de 95%, sin soplos, segundo ruido con componente pulmonar intenso, pulsos normales, torax restrictivo en "quilla". ECG ritmo sinusal, AQRS desviado a la derecha, hipertrofia de VD, onda P picuda. Rx de torax con consolidación y focos múltiples (sic). Datos clínicos y paraclínicos compatibles con HAP probablemente secundario a torax restrictivo, actualmente descompensado por cuadro infeccioso. Se indica captopril 0.5mg/k/dosis y furosemide 1mg/k/dosis.

INFECTOLOGÍA (06 Dic 07)

Se encuentra paciente con factores de riesgo para neumonía complicada, desnutrición, infecciones de repetición y falta de vacunación (sic), por lo que se deja cobertura con Cefuroxime y dicloxacilina.

ORTOPEDIA (06 Dic 07)

Se refieren deformidades en clavícula derecha e izquierda y brazo derecho, compatibles con fracturas. Se encuentra torax en "rosario", estabilización de ambas clavículas, y antebrazo, miembros pélvicos con arcos de movimientos pasivos completos, todos los huesos largos estables. Radiografías de pelvis y extremidades con osteopenia e imagen de "copa de champagne y deshilachamiento" de metáfisis distales y proximales, aumento de la distancia diafisaria-epifisaria de fémur proximal, imágenes de fracturas antiguas consolidadas. Datos clínicos y radiológicos compatibles con raquitismo hipofosfatémico.

EVOLUCION URGENCIAS (07 DIC 07- 09 DIC 07) FC 112X'-96x', FR 36X'-30X'. T: 36°-35.8°C, T/A 100/61-94/61

Buena evolución ventilatoria y hemodinámica, afebril, con resultados de función renal en recolección de orina de 24 hrs: Dep. Creat.- 95.14, FENA- 0.70, FeK- 19.8, FeCa- 0.7, Dep Fosfato- 26.27, PTH- 695. Se agrega al manejo fosfato de potasio y gluc de calcio 50mg/kgd. Se realiza extubación exitosa, control gasométrico pH 7.43, pO₂ 124, PCO₂ 31, HCO₃ 21, Sat 99%, lact. 15 mg/dL. Se reporta hipotermia persistente. Se traslada a Infectología con diagnósticos de neumonía de focos múltiples, raquitismo hipofosfatémico, desnutrición de 3er grado.

EVOLUCION INFECTOLOGIA (10-12 DIC 07) FC 140X', FR 40X', T/A 90/60 mmHg, T 36.

Afebril, tolerando la vía oral, sin dificultad respiratoria, campos pulmonares con estertores crepitantes bilaterales y radiografía con datos sugestivos de derrame pleural sin manifestaciones clínicas. Continúa aporte de fosfatos por vía parenteral, gluconato de calcio 50mg/kgd, furosemide 1mg/kgd, captopril 1mg/kgd, cefuroxime 150mg/kgd, se suspende dicloxacilina. Se reportan algunos periodos de hiperreactividad bronquial que ceden a la administración de nebulizaciones con salbutamol.

ENDOCRINOLOGIA (11 DIC 07)

P: 5.67kg, TD: 57cm, SS/SI: 1.19, Long Pene 4.4 cm, IVP 6.17, Circ. Pene 4.2cm

Se encuentran 8 piezas dentales, no deformidades óseas (sic), tórax "rosariado", estertores gruesos bilaterales en campos pulmonares, hipotonía generalizada, ROT(++), Chvostek (-). Agregan Calcitriol 0.25mg c/3er día.

GENÉTICA (13 DIC 08)

Fontanela anterior 5x4 cm, fisuras palpebrales rectas, con epicanto inverso bilateral, narinas antevertidas, boca en carpa, torax con base ancha, rosario costal, extremidades con ensanchamiento de muñeca izquierda y pliegue transversal izquierdo. Se encuentra retraso psicomotor y del lenguaje se solicita TAC cráneo y tamiz metabólico, así como excreción de fosfato en la madre para valorar expresión de la enfermedad.

EVOLUCION INFECTOLOGIA (17 DIC 07) FC 104, FR 28, T/100/65, T: 36.5°C

Buena evolución, afebril signos vitales dentro de parámetros normales, sin datos de dificultad respiratoria, en su día de 10 de cefuroxime por lo que se suspende tratamiento y continuar resto de abordaje diagnóstico.

NEFROLOGIA (18 DIC 07) P: 5,480g

Paciente con osteopenia por radiografías, hipocalcemia a pesar de tratamiento, hipofosfatemia e hiperfosfaturia, glucosuria y proteinuria, DU 1006 y 1030, Presenta raquitismo probablemente multifactorial, dado que la disfunción tubular puede estar en relación a una tubulopatía del desnutrido, por lo que habrá que evaluar mala absorción que esté condicionando hipocalcemia. Se deberá descartar disgenesia cerebral, así como glucogenosis tipo 1, mitocondriopatías, ERGE, además de inmunodeficiencia secundaria a desnutrición, Se solicita USG renal, Cistouretrografía. SEGD con AMD. Se agrega solución de fosfatos 10 ml cada 6 hrs., carbonato de calcio 500mg cada 8 hrs., calcitriol 0.25mg cada 24 hrs.

ENDOCRINOLOGIA (19 DIC 07)

Se revalora paciente con nuevos exámenes de laboratorio encontrando elevación de PTH de 695 a 1112, fosfatasa alcalina de 804, Ca 7.8, Mg 2.7 Ca U 3.8, Cr 0.2, P 2.3.

Se solicita USG renal previo al aumento de calcitriol para descartar nefrocalcinosis, así como PFR con recolección de orina de 24 hrs.

NEUROLOGIA (20 DIC 07)

Se encuentra Fontanela anterior muy abierta pares craneales sin compromiso, con hipotonía generalizada, mas evidente en extremidades inferiores, responde a la estimulación táctil, TAC cerebral con atrofia cortico-subcortical sin evidencia de disgenesia cerebral. El retraso en la adquisición de los parámetros del desarrollo se explica ya que hubo sufrimiento fetal y aspiración de líquido amniótico al nacimiento(sic).

Se diagnostica secuelas de encefalopatía hipoxico isquemica perinatal, síndrome de regresión neurológico de origen posiblemente multifactorial, y síndrome hipotónico en estudio. Se solicitan, CPK, EMG, Rx de Columna Ap y Lateral, Velocidad de conducción nerviosa, y PESS.

REPORTE RADIOLOGICO DE SEGD Y MECANICA DE DEGLUCION. (20 DIC 07)

1.-Incompetencia velopalatina. 2.- Alteraciones en la peristalsis esofágica por presencia de ondas terciarias. 3.- Probabilidad de malrotación intestinal deberá considerarse.

REHABILITACION (21 DIC 07)

Fijación de la mirada, miembros torácicos con arcos de movilidad completo con tono muscular disminuido, no logra vencer la gravedad de miembros torácicos y pélvicos, no logra bipedestación, realiza presión de manera débil y no sostenida. Se encuentra con datos de retraso psicomotor en áreas motoras gruesas, finas y lenguaje.

NEFROLOGIA (21 DIC 07)

Exámenes de laboratorio con mejoría de Ca y P séricos así como de RTP de 76 a 81%, solo con la administración de calcitriol; es necesario administrar además, solución de fosfatos. Se agrega Fosfato sódico dibásico + fosfato sódico monobásico.

Dep. Creat 200ml/min/1.73m2sc, FENA 0.51, FeK 0.001, FeP 20.6, FeCa 0.85, DPD 264, Osteocalcina 46.

EVOLUCION INFECTOLOGIA (18- 24 DIC 07) FC 130X', FR 40X', T/A 90/60, T 36.2

Afebril, con buena evolución, tolera el retiro de oxígeno, con eventos aislados de broncoespasmo que ceden al nebulizarse con salbutamol; en pre-alta. CPK 70, Bicarbonato en orina- 94, Vol. 820 ml, Tiempo 1440 min

ALTA DE INFECTOLOGIA (26 DIC 07)

Se terminan estudios de abordaje, paciente continuo asintomático, buena evolución por lo que se egresa a domicilio con tratamiento a base de furosemide 1mgkgd, calcitriol 0.15mgkgd, carbonato de calcio 500mg c/8 hrs., espironolactona 3mgkgd, captopril 0.25mgkgd.

REINGRESO- SALA DE CHOQUE (28 DIC 07) FC 145X'. FR 60X', T 37°C, T/A 110/69 mmHg. P- 5,8 KG.

Inicia padecimiento 1 día antes de su ingreso con disminución de la ingesta, irritable, con polipnea, con datos de dificultad respiratoria (retracción xifoidea, tiraje intercostal) cianosis peribucal, evolución con periodos de irritabilidad alternados con somnolencia, quejido espiratorio. Por lo que llega a sala de choque encontrándose con Silverman Anderson de 8, TIC (2), Retracción xifoidea (2), Aleteo nasal (1), quejido (2),

disociación toracoabdominal (1). Campos pulmonares con estertores crepitantes e hipoventilación basal bilateral. Saturando 34% al aire ambiente que mejora a 85% con aporte de oxígeno, por lo que se decide intubación orotraqueal con secuencia de intubación rápida. Gasometría con pH 7.31, PO₂ 74, pCO₂ 45, HCO₃ 23, sat O₂, 96.7, cA 3.89, lactato 46 mg PCR <0.302.

Se inicia manejo sol 100x100-20%/ 50/60, gluc calcio, ceftazidime 150mg/kgd, dicloxacilina 100mg/kgd. Se ingresa a sala de urgencias para su manejo

INFECTOLOGIA (28 DIC 07)

Egreso hospitalario hace 48 hrs. con nuevo proceso neumónico estertores crepitantes basal bilaterales, y disminución el murmullo vesicular basal, BH (281207) con Hb 10.7, hto 32, leucos 19800, N 69%, L 32%, plaq 320 mil. Por lo que se deja cobertura contra Gram negativos incluyendo pseudomonas y S áureus con Ceftazidime, Amikacina y Dicloxacilina.

EVOLUCION URGENCIAS (29 DIC 07) FC: 102, FR: 23X', T 38.6° T/A 90/65

Paciente en ventilación mecánica por presión moda IMV, PI 20, Fio₂ 35%, PEEP 4, Gasometría con pH 7.42, Po₂ 63, PCO₂ 40.5, Sat 96%, buena evolución con disminución de parámetros de ventilador, campos pulmonares con estertores crepitantes pero sin broncoespasmo. Hemodinámicamente sin problemas, con alimentación por vía enteral con Sonda transpilórica.

EVOLUCION URGENCIAS (31 DIC 07) FC: 122X', FR: 22X'. T: 36.5° T/A 86/54

Paciente con apoyo ventilatorio con parámetros bajos fr. 20, PI 20, PEEP 4, FiO₂ 40%, control gasométrico con retención de CO₂, Presenta desaturación súbita de 95 a 50% y bradicardia de 40 latidos por minuto, cianosis generalizada, que cede con ventilación con presión positiva con bolsa y oxígeno al 100% relacionándose evento a tapón de moco. Gastrohepático se deja en ayuno por evento de hipoxia y se reinicia estimulación enteral en 24 hrs.

EVOLUCION URGENCIAS (01 ENE 08) FC 124X' FR 28X', T 36°C, T/A 84/61

Afebril, con ventilación mecánica moda IMV, campos pulmonares con estertores gruesos bilaterales, abdomen con distensión abdominal, peristalsis presente, gasometría con pH 7.36, PO₂ 87, PCO₂ 42.5, Sat O₂ 97.3, HCO₃ 24.5, Plan. Disminución de parámetros ventilatorios y extubación en breve.

EVOLUCION URGENCIAS (03 ENE 08) FC 110X' FR 39X'. T 35.5, T/A 110/63

Presenta hipotermias (35.3°C), Ventilatorio con disminución de parámetros ventilatorios PI 18, PEEP 3 FR 13, FiO₂ 40%, Gasometría pH 7.35, PO₂ 147, PCO₂ 38, sat 98%, se inicia estimulación enteral con ABD y posteriormente Alfaré.

GASTRONUTRICION (03 ENE 08)

Se le encuentra abdomen distendido, peristalsis presente y dolor a la palpación, radiografía de abdomen con distensión de asa y mala distribución de aire. Por lo que se considera seguir en ayuno e iniciar NPT. No iniciar estimulación enteral por riesgo de desarrollar isquemia intestinal.

EVOLUCION URGENCIAS (04 ENE 08) FC 116X' FR 32X'. T: 35.5 T/A 97/73

Continúan hipotermias sin comprobar foco infeccioso ventilatoria y hemodinámicamente estables, Parámetros de ventilador FR 9, PIP 18 PEEP 3, FiO₂ 40% sin alteraciones gasométricas, por lo que se dejara estos parámetros por 10 horas y posteriormente se iniciara CPAP, Abdomen continua estimulación enteral, evacuaciones con sangre alto por lo que se solicita Valoración por Nutrición y Cirugía.

GASTRONUTRICION (04 ENE 08)

Se encuentra con distensión abdominal, mala distribución de gas y edema inter-asa por lo que no es adecuado inicio de vía enteral. Y se sugiere inicio de nutrición parenteral.

CIRUGIA (04 ENE 08)

Abdomen blando, peristalsis presente, sin datos de irritación peritoneal. Radiografía de abdomen con distensión de asa sin patrón patológico, probablemente a ingesta de aire por fuga de ventilación. Por Cirugía no hay contraindicación para inicio de la vía oral.

EVOLUCION URGENCIAS (05 ENE 08) FC 122X'. FR 20X', T/A 112/37 T 36.3

Paciente en plan de extubación alternando CPAP con ciclados, presenta acidosis respiratoria con pH 7.28, PCO₂ 46 PO₂ 76, Sat 98% HCO₃ 2.6, por lo que se continua solo con ventilación moda IMV alternado con CPAP según tolerancia del paciente, encontrando abundantes secreciones, esfuerzos de tos frecuentes, con desaturación que mejora con la aspiración de secreciones amarillentas, campo pulmonares con estertores gruesos y crepitantes bilaterales, se mantiene afebril, hemodinámicamente estable, abdomen

con distensión y dibujo de asas en pared evacuaciones líquidas verdes con sangre y bilis alto agregándose colestiramina al manejo y con dieta a base de fórmula deslactosada.

NUTRICION PARENTERAL (07 ENE 08)

Se encuentra paciente con tolerancia de la vía enteral por lo que se difiere junto al servicio tratante el inicio de la NPT.

EVOLUCION URGENCIAS (07 ENE 08) FC 109X', FR: 38X', T: 36, T/A 97/56

Afebril, evacuaciones verdes, formadas con trazas de sangre, Se mantiene con CPAP con adecuada tolerancia gasometría con pH 7.38 PO2 149, PCO2 35, HCO3 20.9, sat 99%, hemodinámicamente estable, tolerando la vía enteral por lo que incrementa la vía enteral con fórmula deslactosada.

EVOLUCION URGENCIAS (08 ENE 08) FC 120X', FR: 36X'. T 36, T/A 90/57

Se extuba en forma exitosa control gasométrico posterior pH 7.39, PO2 53, PCO2 38, Sat 94%, HCO3 23. Se agrega RPPI cada 4 hrs. como apoyo pulmonar postextubación cumple, esquema antibiótico por 10 días por lo que se suspende el mismo. Se aumenta vía enteral con fórmula deslactosada.

NEFROLOGIA (09 ENE 08)

Se interconsulta para reajuste de dosis de soluciones con fosfatos ya que persiste con hipofosfatemia, se aumenta dosis de soluciones de fosfatos de 10ml cada 6 hrs. a 15 ml c/6 hrs., pudiendo a pesar de esto no lograr niveles normales de fosfatos en sangre por las pérdidas urinarias de fósforo.

EVOLUCION URGENCIAS (09 ENE 08) FC 144X', FR: 58X'. T: 36.7 T/A 92/56

Afebril, polipneico estertores gruesos bilaterales, datos de dificultad respiratoria, tiraje intercostal, aleteo nasal, gasometría con pH 7.25, PO2 75.9, PCO2 60 HCO3 27, sat 95%, lo cual mejora con nebulizaciones y aspiración de secreciones. Gasometría de control pH 7.38, PO2 71.5 PCO2 40, sat 98.3. Hemodinámico estable, con buena tolerancia de vía enteral. Se transfiere a medicina interna.

MEDICINA INTERNA (10 ENE 08) FC 130 X', FR 31X', T: 37°C, T/A 90/60

Ingresa a medicina interna afebril, alerta, reactivo, tórax en campana, estertores gruesos transmitidos, rosario raquíptico, sin datos de dificultad respiratoria, solo polipnea, abdomen con peristalsis presente, llenado capilar sin alteraciones, con hipotonía generalizada. Con tratamiento a base de gluconato de calcio, 50mgkgd, calcitriol, 0.25mgdia, sulfato magnesio 40mgkgd, ranitidina, captopril 0.25mgkgd, espironolactona, 3mgkgd, aderogyl, vit E, y oxígeno suplementario.

MEDICINA INTERNA (11 ENE 08) FC 140X', FR 56X', T: 36°C, T/A 90/P

Afebril, con tolerancia a la vía oral, polipneico con datos de dificultad respiratoria, aleteo nasal, y retracción xifoidea, campos pulmonares con estertores crepitantes de lado derecho, sin sibilancias. Se realiza transferencia a servicio de nefrología por ya existir un manejo establecido de dicho servicio (sic).

NEFROLOGIA (11 ENE 08) FC 128X', FR 54X', T/A 90/P T 36,5 INGRESOS 510 ML, URESIS 470 ML

Alerta activo, adecuado estado de hidratación, tórax deforme raquíptico, campos pulmonares con rudeza respiratoria, algunos estertores gruesos, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, extremidades cortas hipotróficas, con deformidad y ensanchamiento de ambas muñecas. Continúa con polipnea, sin embargo está recuperándose de la neumonía, se encuentra catéter disfuncional en miembro pélvico izquierdo, se sugiere radiografía con medio de contraste por probable lumen roto, se canalizara vena y se retirara catéter.

EVOLUCION NEFROLOGIA (12 ENE 08) FC 132X', FR 36X', T: 36.4, T/A 86/57

Se encuentra franca dificultad respiratoria durante la mañana, con SA 8, TIC, AN, DTA, RX con desaturaciones de hasta 64%, con bradicardia de 60x', así como pausas respiratorias de mas de 20 segundos, por lo que se decide intubación orotraqueal sin problemas, pero en radiografía de control, engrosamiento pleural izquierdo, áreas de lesiones alodonomas bilaterales, pésima distribución de aire abdominal, imágenes poliédricas, y gasometría compatible con hipoxia po2 de 60, abdomen globoso por distensión abdominal, Sonda oro gástrica con material sanguinolento. Se conecta a ventilación mecánica FR 35, PIP 14, PEEP 3, PO2 90 PCO2 45, HCO3 29.8, PVC de 7, pulsos distales presentes, se le encuentra hipokalemia (K- 3), Na- 136, Cl- 102, Ca- 5.6, P- 3.6,

EVOLUCION NEFROLOGIA (13 ENE 08) FC 80X', FR 31, T: 36.1, T/a 108/59,

Se agregan a los Diagnósticos probable Displasia Broncopulmonar, continúa intubado, buen estado de hidratación, estertores crepitantes aislados, en ambos hemitorax y áreas de hipoventilación en lóbulos medios, abdomen no hay datos de distensión abdominal. Gasometría pH 7.39, PO2 194, pCO2 46.9, se disminuye FIO2 de 80 a 60% y PIP de 14 a 12. persiste con hipotermias.

EVOLUCION NEFROLOGIA (14 ENE 08) FC 124X', FR 32, T 36.5, T/A 116/71

Se encuentra en buen estado de hidratación, campos pulmonares bien ventilados, con discreta palidez, presenta desaturación, por lo que se recoloca cánula orotraqueal, así como ajuste de soluciones de 90 a 150 mlkgd, ya que presento disminución de la urosis mejorando con una carga de solución fisiológica a 20mlkgdo, continua con fase III de ventilación y se valorar extubación.

NEUMOLOGIA (14 ENE 08)

Se interconsulta por paquipleuritis, así como por insuficiencia respiratoria persistente, se evalúa el caso con medico adscrito del servicio considerando que el cuadro neumónico no esta totalmente resuelto, lo que condiciona la persistencia a de la insuficiencia respiratoria, los pacientes con raquitismo desarrollan tórax restrictivo, con mucha labilidad a infecciones respiratorias recurrentes, sin complicaciones pleuropulmonares en radiografías de tórax ni de paquipleuritis.

EVOLUCION NEFROLOGIA (14 ENE08) FC 118X', FR 26X', T 36.6, T/A 88/56

Se recoloca Cánula orotraqueal a las 10:00 hrs., con modificación de parámetros de ventilador por el servicio de terapia intensiva, evolución sin estertores ni sibilancias, hemodinámicamente estable, normo tenso, afebril. Se interconsulta a infectología quien no considera ningún cambio o agregar antibiótico. Plan hemotransfudir y valorar extubación mañana.

NOTA DE DEFUNCION (15 ENE 08)

El paciente presenta el dia de hoy broncoespasmo severo, por lo que se decide nebulizaciones en conjunto con el servicio de neumología, presentando hipoxia, desaturación y cianosis y posteriormente bradicardia y paro a pesar de nebulizaciones, presión positiva y resto de tratamiento. Se inician maniobras de reanimación avanzadas por presentar PCR, sin tener éxito durante 30 minutos pasando 4 dosis de adrenalina 3 dosis de bicarbonato de sodio y gluconato de calcio. Se da hora de defunción 13:00 hrs., se informa a madre.

DX Defunción

- Choque séptico
- Neumonía nosocomial
- Broncodisplasia Pulmonar
- Tórax restrictivo
- Raquitismo Hipofosfatemico
- Desnutrición de 3er grado

GENETICA NOTA POSTDEFUNCION (15 ENE 08)

Enterados de evolución y fallecimiento del paciente, se solicito a la madre fosfatos en sangre y orina se refiere verbalmente P- 1.7 (sic), por lo que se deberá consignar si la madre cursa con raquitismo; actualmente cursa con embarazo de 5 meses sin control prenatal. Pendiente brindar asesoramiento genético.