



**INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA  
SESIÓN ANATOMOCLÍNICA  
JUEVES 29 DE ENERO DE 2009**

**PRESIDE: DR GUILLERMO SÓLOMON SANTÍBAÑEZ**  
**COORDINA: DR. DAVID MELGOZA MONTAÑEZ**  
**PATÓLOGO: DRA. GABRIELA BRAUN ROTH**  
**T.M.S: TSP. SOLEDAD ROMERO PÉREZ**  
**RESUMIÓ: DRA. NUBIA GISELA SOTO MUÑOZ**

**NOMBRE:** AAN

**GENERO:** Masculino

**LUGAR DE NACIMIENTO:** Hospital Gea González

**PROCEDENCIA:** Xochimilco, México, D.F.

**FECHA DE NACIMIENTO:** 25/03/ 2007

**EDAD:** 9 meses

**FECHA DE INGRESO:** 08/01/2008

**FECHA DE DEFUNCIÓN:** 07/12/ 2008

**ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES**

Madre de 21 años de edad, ama de casa, escolaridad primaria completa, toxicomanías negadas, católica, unión libre. Padre de 22 años de edad, ayudante de albañil, escolaridad primaria completa, católico, sano, toxicomanías negadas. Hermana de 3 años de edad, sana. Resto interrogatorio negado.

**ANTECEDENTES PERINATALES**

Producto de la Gesta 2, madre de 20 años de edad, control prenatal a partir del 2do mes de gestación, consultas mensuales, ingesta de multivitamínicos, hierro y ácido fólico, 2 ultrasonidos reportados normales, 2 dosis de Td, embarazo normoevolutivo, niega infecciones.

Inicia con trabajo de parto a las 40sdg, atendida en H. Gea González, eutócico, respiró y lloró al nacer, se desconoce Apgar, P3200gr, T no recuerda,. Onfalorrexis y tamiz se desconoce.

**ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:**

DPM: Fijación de la mirada 4m, seguimiento visual 7m, aun no fija mirada, balbuceo 7m.

ALIMENTACION: Ayuno prolongado desde el nacimiento, nutrición parenteral durante 8 meses, actualmente alimentado con hidrolizado de proteínas, 3oz cada 3hrs

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS**

Pocas hrs posterior al nacimiento inicia con distensión abdominal y vómitos biliares siendo atendido en el Hospital Gea Gonzalez realizando los diagnósticos de malrotación intestinal, OP de LAPE, piloromiotomía y apendicectomía a los 15 días de VEU, al mes y medio OP de LAPE por oclusión intestinal secundaria a bridas y estenosis duodenal con realización gastroyeunoanastomosis, ileostomía, GTM y Nissen, se detecta PCA OP de cierre a los 3 meses de edad, posteriormente continúa con intolerancia a la vía oral, y con STDA por lo que se realiza endoscopia, tratado con inhibidores de bomba de protones sin adecuada respuesta, se realiza nueva endoscopia dx de gastropatía hipertensiva. DX de Síndrome colestásico de etiología multifactorial tx con UDKA. Antecedente de sepsis grave sin germen aislado, recibiendo múltiples esquemas de antibióticos de amplio espectro. Múltiples intentos fallidos de reiniciar la vía oral, por lo que requirió alimentación parenteral por 72 días, **el día 27 de julio del 2007** se solicita IC al servicio de gastrnutrición del INP realizándose dx de DNT grado III crónica agudizada, síndrome colestásico, síndrome de intestino corto y sepsis; se inicia manejo con TMP-SMX, loperamida, colestiramina, ranitidina y omeprazol, neomicina, UDKA, y reiniciar la vía oral con hidrolizado de proteínas, con evolución lenta pero hacia la mejoría, se egresa en noviembre del 2007, Continua con valoración por la CE de cirugía del H. Gea González y en diciembre 2007 se retira sonda de GTM por adecuada tolerancia a la vía oral. Segunda revaloración por el servicio de GNT por distensión abdominal y falta de ganancia ponderal, por lo que se agrega metronidazol y se inicia NPT, acude nuevamente en Noviembre 2007 por sospecha de hipertensión portal iniciando manejo con Propanolol y sucralfato quedando expectante realización de endoscopia, acude a seguimiento el 13/12/07 reportándose adecuada evolución.

## **PADECIMIENTO ACTUAL**

Lo inicia el 24/12/07 con rinorrea hialina y tos productiva no cianozante ni emetizante y baja ingesta, por lo que acude a H. Gea González tratado con nebulizaciones y antibiótico no especificado con mejoría sin embargo persiste con baja ingesta y pérdida de 600gr de peso, el día 08/01/08 acude a la CE de GNT donde se decide ingreso para recuperación nutricional y abordaje diagnóstico y realización de endoscopia. A su ingreso con P 4.25 (-3), T 62.5 cm (-3), pc 39.5cm (-3). EF: Cráneo normocéfalo, FA 1x1cm, paladar ojival, ausencia de piezas dentales, cardiopulmonar sin compromiso, hígado no palpable, bazo 4cm por debajo del reborde costal, cicatriz qx sin alteraciones, ileostomía funcional, genitales Tanner I, sin alteraciones, extremidades hipotróficas, con hipotonía generalizada. Se deja con alfaré 90ml cada 3hrs, vitamina E 100 UI cada 24hrs, aderogyl 1ml cada 24hrs y stresstabs con zinc cada 24hrs.

## **09/01/08 GASTRONUTRICIÓN**

Se inicia DX se solicita ac. Fólico y vitamina B12 por sospecha de síndrome de proliferación bacteriana. Se reporta Vit B12 >1000 y folatos 12.4. Se programa tránsito intestinal para valorar intestino funcional y colon por enema.

## **10/01/08 GASTRONUTRICIÓN**

Inicia con hipotermias y evacuaciones líquidas, presenta distensión abdominal, se toma Rx de abdomen con distensión de asas y edema de pared, se deja en ayuno, con sol. Calculadas, reposición de las evacuaciones, se inicia tx con Ceftriaxona y metronidazol, **dx de pb enterocolitis necrotizante.**

## **11/01/08 GASTRONUTRICIÓN**

Paciente con antecedente de síndrome de intestino corto y diagnóstico actual de pb enterocolitis necrotizante, motivo por el cual se iniciará apoyo nutricio parenteral.

## **12/01/08 GASTRONUTRICIÓN**

Se coloca catéter subclavio derecho sin complicaciones.

## **14/01/08 GASTRONUTRICIÓN**

Disminución del gasto fecal, abdomen blando, peristalsis normal, se suspenden reposiciones, se reprograma colon por enema y transito intestinal.

## **18/01/08 GASTRONUTRICIÓN**

Se inicia estimulación enteral con hidrolizado de proteínas.

## **19/01/08 GASTRONUTRICIÓN**

Presenta un vómito de contenido biliar, posteriormente inicia con datos de dificultad respiratoria, polipneico, con tiros intercostales, desaturando hasta 65% sin O2, se decide intubación endotraqueal secuencia rápida de intubación sin complicaciones. Rx de tórax Hemodinámicamente con adecuados pulsos y llenado capilar, metabolitamente con hipokalemia de 2.0, con datos de íleo metabólico, se toma rx de abdomen con niveles hidroaéreos y asa en centinela. Ha presentado hiperglicemia, con aporte de NPT 15mgkgmin, alcalosis respiratoria e hiperlactatemia, se solicita traslado a UTIP. Se cambia esquema de antibiótico a Clindamicina y Ceftriaxona, se suspende metronidazol.

## **19/01/08 NOTA DE VALORACIÓN DE UTI**

Por el momento sin datos de descompensación hemodinámica ni respiratoria, valorar hemotransfusión de PG a 10mlkgd por hemoglobina en última BH de 9.0, metabólico corrección aguda de potasio y control sérico en 4hrs, toma de trazo de electrocardiograma, continuamos como interconsultantes.

## **19/01/08 NOTA DE VALORACIÓN POR CIRUGÍA PEDIÁTRICA**

Se solicita realizar contrastado hidrosoluble y se reporta buen llenado intestinal sin datos obstructivos en placas tardías se aprecia contraste en colon sigmoides y recto, por lo que se descarta obstrucción intestinal, se reporta que el paciente tiene K sérico de 2.0, por lo que podría corresponder a íleo metabólico, prosigue con plan de vigilar características abdominales, reposición de gastos, estabilidad hidroelectrolítica; pendientes de evolución. Se indica panendoscopía con toma de biopsias, se detecta imposibilidad para el paso del endoscopio a nivel de la primera porción del duodeno, se detecta gastroyeyunoanastomosis permeable, con reflujo gastrobiliar.

### **20/01/08 GASTRONUTRICIÓN**

Paciente en estos momentos cursa con datos de insuficiencia cardiaca, persistentemente taquicárdico, con CsPs estertores crepitantes bilaterales, con hígado 4cm por debajo del reborde costal, congestivo, rx de tórax con infiltrado venocapilar bilateral, con ICT de 0.67. Se reporta hipotenso y con pulsos débiles y llenado capilar retardado, hipotérmico. Se suspende la NPT y se deja aporte de líquidos restringidos, diuréticos y se inicia manejo con dobutamina. Continúa con hipokalemia de 2.6, aporte vía central a 8meqkgd. Es valorado por infectología por datos de sepsis grave de foco abdominal se decide ampliar cobertura considerando gram negativos, gram positivos anaerobios y hongos con ciprofloxacino, Clindamicina y fluconazol. Se reporta grave con pronóstico reservado, es revalorado por UTIP quienes aceptan traslado a su servicio para continuar con el manejo.

### **21/01/08 UTI**

Paciente que ha permanecido hemodinámica y ventilatoriamente estable, actualmente con FR 34x', PI 20, PEEP 6, FiO2 60%, se suspende relajación, se ha logrado disminuir parámetros ventilatorios, metabólicamente con último control de K de 4.0, resto sin alteraciones.

### **22/01/08 UTI**

El paciente presenta desaturaciones con episodios de cianosis que recupera con presión positiva, se solicita IC a cardiología para descartar HTAP. Hemodinámicamente estable, Rx de tórax ya sin datos de congestión venocapilar pulmonar, con disminución de la Hepatomegalia. Se decide iniciar estimulación enteral mediante sonda transpilórica con hidrolizado de proteínas, ya que el abdomen es blando, depresible, peristalsis normal.

### **23/01/08 UTI**

Se logra extubación, presentando estridor posterior, y datos de dificultad respiratoria, desaturando hasta 88% y broncoespasmo, por lo que se decide reintubación sin complicaciones, actualmente con parámetros mínimos de ventilador. Hemodinámica con datos de insuficiencia cardiaca compensada, continúa con apoyo de dobutamina. Eutérmico continúa con ciprofloxacino, Clindamicina y fluconazol día 4. Gastrohepático se deja en ayuno con sol. Calculadas. Metabólicamente sin alteraciones. Se programa US abdominal para valorar datos de hipertensión portal.

### **23/01/08 VALORACIÓN POR INMUNOLOGÍA**

Masculino de 9m de edad, el cual dados los antecedentes que ha presentado, creemos se pueda tratar de una inmunodeficiencia secundaria, sin embargo presenta linfopenia, por lo que deberá descartarse una inmunodeficiencia primaria, por lo que se sugiere tomar inmunoglobulinas. Se decide iniciar factor de transferencia para estimular la inmunidad celular.

### **24/01/08 UTI**

Se decide reiniciar la NPT. Resto estable.

### **29/01/08 UTI**

Paciente en lo ventilatorio continua con ventilación mecánica logrando disminuir parámetros, hemodinámico estable, continua apoyo con dobutamina, metabolitamente estable, continua con NPT. Presenta de nuevo picos febriles persistentes durante toda la mañana, por lo que solicitamos valoración por infectología.

### **29/01/08 VALORACIÓN POR INFECTOLOGÍA**

Paciente que a la EF con foco infeccioso evidente a nivel de articulación de codo izquierdo, con zona de eritema que abarca todo el antebrazo izquierdo y articulación de codo del mismo lado, con dolor importante a la movilización por lo que debe descartarse osteoartritis, la BH con leucocitosis, tomar VSG Y PCR, Hemocultivo central y periférico, realizar Gamagrama óseo, iniciar vancomicina 40mgkgd y suspender Clindamicina, dexametasona 0.2mgkgdo cada 8hrs

### **31/01/08 UTI**

Se realiza extubación programada, solo con estridor leve sin más datos de dificultad respiratoria, gasometría de control en equilibrio ácido-base. Hemodinámicamente estable se suspende dobutamina. Infeccioso solo se reporta un pico de hipotermia, pendiente realizar gamagrama óseo. Se realiza US abdominal el cual reporta hepatoesplenomegalia, vesícula ligeramente distendida con litos pequeños de aproximadamente 3mm, sin evidencia de hipertensión portal, con flujos de 17-22ml/seg, presenta ligera hidronefrosis con leve dilatación peilocaliceal derecha y con presencia de litos de 6-7mm en numero de 4. Se realiza Gamagrama óseo el cual se reporta compatible con proceso infeccioso en codo izquierdo.

**06/02/08 UTI**

Paciente ventilatoria y hemodinámicamente estable, eutérmico, reinicia la vía oral con hidrolizado de proteínas con estimulación enteral a 4ml/hr. Posteriormente presenta aumento del gasto fecal, por lo que se decide iniciar tx con loperamida.

**08/02/08** Se realiza SEGD, la cual reporta reflujo espontáneo hasta tercio superior del esófago.

**11/02/08 UTI**

Paciente hemodinámica y ventilatoriamente estable, gastrohepático con incremento progresivo de la vía oral, actualmente 60ml cada 3hrs (117/78), por lo que se suspende NPT. Se decide pasa a servicio de gastronomía para continuar manejo.

**12/02/08 CIRUGÍA**

Se logra comunicación con cirujano del H. Gea González, Refiere que posterior a los eventos de isquemia de repetición se realizó LAPE y anastomosis tipo Santulli, no hay resección intestinal y refiere integridad de la válvula ileocecal. Por lo que se decide alimentación enteral, realizar estudios de absorción y de acuerdo a tolerancia se planteará estrategia de alimentación para mejorar su estado nutricional, y posteriormente cierre de ileostomía y conexión intestinal.

**13/02/08 INMUNOLOGÍA**

Se reportan resultados de NBT normal (58% paciente y 28% control), citometría de flujo CD3 6.3%, 1355, CD4 70.4 % 954, CD 8 24.5% 332, CD 19 25.2% 515, CD 16 16/56 5.5% 112.4 (límites bajos para la edad), CD3 124, C4 37, IgG 1300 (límites altos), IgM 209, IgA 145. Consideramos que la linfopenia es secundaria a desnutrición de tercer grado, por lo que es necesario mejorar el estado nutricional para favorecer un estado inmunológico adecuado. Mientras persista con linfopenia, será necesario continuar con factor de transferencia 2 veces por semana. Se da de alta por parte de nuestro servicio.

**19/02/08 GASTRONUTRICIÓN**

Inicia con vómitos por lo que se deja en ayuno, no se logra acceso IV por lo que se coloca catéter yugular externo izquierdo, se decide iniciar NPT.

**21/02/08 GASTRONUTRICIÓN**

Paciente con adecuada evolución, ya sin presencia de vómitos, se reinicia la vía oral, con alfaré.

**23/02/08 NOTA DE VALORACION INFECTOLOGÍA**

Paciente que inicia con picos febriles, máximos hasta 38.3, se aisló en punta de catéter E. Coli por lo que se decide dejar cobertura con cefalosporina de tercera generación, continuará con vancomicina (22) para la osteomielitis.

Se sugiere tomar cultivo central y periférico, PCR y RX de tórax.

**26/02/08 GASTRONUTRICIÓN**

Se realiza endoscopia encontrando datos compatibles con gastropatía hipertensiva, dx de gastritis eritematosa reticular e hiperplasia linfoide.

**29/02/08 GASTRONUTRICIÓN**

Continua con picos febriles, se aísla S. hominis en Hemocultivo central y periférico, se decide suspender NPT, se retira catéter, no se logra canalizar por lo que suspende vancomicina y continua con Ceftriaxona IM.

**03/03/08 GASTRONUTRICIÓN**

Persiste con fiebre e inicia con datos de dificultad respiratoria con aleteo nasal, tiros intercostales, quejido y desaturaciones, con estertores crepitantes bilaterales y Rx de tórax con consolidación basal derecha, por lo que se decide intubación endotraqueal, se solicita valoración por infectología quienes deciden ampliar cobertura para Pseudomonas, se indica cefepime y se suspende Ceftriaxona. Se coloca catéter subclavio derecho sin complicaciones.

**03/03/08 UTI**

Paciente con datos de insuficiencia respiratoria, sepsis de foco pulmonar que amerita monitoreo y manejo en UTI. Paciente en fase III de ventilación, hemodinámicamente estable.

11/03/09 Se ha logrado progresar parámetros de ventilación, realizando extubación electiva exitosa con GA en equilibrio ácido-base, así como metabolitamente, se inicia estímulo enteral 7ml/hr.

12/03/08 Remisión de proceso neumónico, afebril, se realiza ECO que reporta PCA 3x7x3 con gradiente de 67 mm/Hg. Se solicita IC al servicio de cirugía para realizar gastrostomía, se solicita Gamagrama de vaciamiento gástrico y SEG.D.

23/03/08 Presenta evento súbito de bradicardia con repercusión ventilatoria y hemodinámica amerito un ciclo de PPI, por lo que se decide intubación electiva, con GA posterior al evento con equilibrio ácido-base, hemodinámicamente estable.

#### **24/03/08 UTI**

Se logra extubación exitosa, inicia con picos febriles de bajo grado se solicita valoración por Infectología quienes sugieren retiro de catéter, hasta el momento sin evidencia de foco infeccioso, hemodinámicamente estable.

25/03/08 Se egresa de UTI. Ingres a gastrnutrición.

#### **28/03/08 GASTRONUTRICIÓN**

Inicia con fiebre de alto grado, con respuesta inflamatoria sistémica, aislándose por Hemocultivo periférico coco Gram +, no se pudo cultivar central ya que no tiene retorno venoso, se inicia vancomicina se programa USG doppler en busca de accesos vasculares permeables para retiro y colocación de nuevo catéter en 72hrs. Se solicita USG abdominal para descartar fungomas. Se solicitan formas invasivas en orina, Ag para cándida y cultivo para hongos.

#### **03/04/08 GASTRONUTRICIÓN/CIRUGIA**

Se coloca catéter subclavio izquierdo, sin complicaciones.

#### **08/04/08 GASTRONUTRICIÓN**

Continúa con picos febriles, se agrega Ceftriaxona por sospecha de foco neumónico.

09/04/08

Se realiza USG renal: se observan 2 imágenes en riñón derecho que sugieren presencia de fungomas; por lo que se inicia manejo con anfotericina B, se incrementa VO con alfare 16ml/hr.

#### **11/04/08 GASTRONUTRICIÓN**

Presenta incremento del GF por lo que se decide ayuno, con sol. Calculadas.

#### **25/04/08 GASTRONUTRICIÓN/INFECTOLOGÍA**

Se aísla S. hominis en hemocultivo central y periférico, por lo que se suspende vancomicina, se inicia teicoplanina, se retira catéter.

#### **06/05/08 GASTRONUTRICIÓN**

Se realiza funduplicatura tipo Nissen, gastrostomía , bridolisis extensa y cierre de ileostomía sin complicaciones se cambia esquema antimicrobiano a ampicilina, metronidazol y amikacina. 2hrs posterior a evento quirúrgico presenta deterioro de la función respiratoria con Silverman de 6, GA con acidosis respiratoria descompensada se decide intubación y pasa a UTI, se toma Rx de tórax en la que se observa atelectasia apical derecha y parahiliar izquierda. Hemodinámicamente estable.

#### **08/05/08 UTI**

Inicia con picos febriles sin evidencia de foco infeccioso. Se interconsulta al servicio de infectología considerando continuar mismo esquema antimicrobiano se toman cultivos. Se realiza US renal el cual se reporta negativo para fungomas renales.

#### **09/05/08 UTI**

Se logra extubación, hemodinámicamente estable se decide egreso a piso de cirugía. Se reporta hipokalemia de 2mEq/L sin repercusión electrocardiográfica, se incrementa aporte.

**12/05/08 CIRUGÍA**

Se reinicia vía enteral por sonda de gastrostomía a 1/3 de requerimientos con adecuada tolerancia.

**14/05/08 CIRUGÍA**

Inicia con picos febriles por lo que se decide retiro de catéter, con 100% de requerimientos por VO, por lo que no requiere aporte de sol. Calculadas.

**16/05/08 CIRUGÍA**

Se interconsulta a neumología por SaO2 79% sin O2, sin datos de dificultad respiratoria.

**16/05/08 NOTA DE VALORACION POR NEUMOLOGIA**

Paciente con antecedente de intubaciones prolongadas quien puede estar cursando con daño pulmonar asociado a barotrauma y reflujo quienes pueden estar causando neumopatía por aspiración, por lo que si depende de O2 debe de continuar con el hasta que se logre el destete, una vez egresado continua manejo en la CE de neumología. Nebulizaciones con fluticasona cada 12hrs y con salbutamol e ipratropio cada 8hrs.

**23/05/08 CIRUGÍA/ALTA**

Buena evolución se decide su egreso hospitalario.

**25/05/08 NOTA DE PREHOSPITALIZACIÓN (SEGUNDO INGRESO)**

Paciente que desde su egreso continua con abundantes secreciones, que se acompaña de tos productiva en accesos, no cianozante, hoy por la mañana presencia de datos de dificultad respiratoria, con cianosis peribucal por lo que acude, a su ingreso presencia de cianosis central, con TIC, aleteo nasal y quejido constante, SA 5, SaO2 sin O2 65% y mejora al 75%, no ausculto crepitantes, resto de la exploración sin alteraciones. Se aspiran secreciones, mejorando la SaO2 con O2 hasta 95%, se deja ayuno, con sol. Calculadas, BH con leucocitosis con predominio de neutrófilos, la Rx de tórax con presencia de infiltrado broncoalveolar parahiliar izquierdo, con tendencia a la consolidación. Se solicita valoración por infectología para el inicio de antibióticos.

Se decide pasa a sala de urgencias por persistir con datos de dificultad respiratoria a pesar del aporte de O2.

**25/05/08 NOTA DE VALORACIÓN POR INFECTOLOGÍA**

Paciente con antecedente de estancia hospitalaria prolongada y antimicrobiana de amplio espectro, desnutrición y neumopatía crónica, actualmente con datos clínicos y paraclínicos de neumonía nosocomial por lo que se inicia manejo con Ceftriaxona y dicloxacilina.

**26/05/08 SALA DE URGENCIAS**

Paciente con adecuada evolución, ya con disminución de los datos de dificultad respiratoria, continua desaturando hasta 80% sin O2, hemodinámicamente estable, se decide reiniciar la vía oral con hidrolizado de proteínas. Infeccioso afebril, continúa con Ceftriaxona y dicloxacilina. Solicitamos colocación de catéter venoso por difícil acceso.

**27/05/08 NOTA DE CIRUGÍA**

Pasa a quirófano a colocación de catéter subclavio derecho, sin complicaciones, sin embargo posterior al evento quirúrgico gasométricamente acidosis respiratoria descompensada por lo que no se realiza extubación, pasa a sala de urgencias para continuar monitorización estrecha.

**28/05/09 SALA DE URGENCIAS**

Hoy se logra la extubación sin complicaciones. Hemodinámicamente y metabolitamente estable. Se incrementa la vía oral a requerimientos.

30/05/08 Paciente con adecuada evolución, se ha mantenido afebril, tolera adecuadamente la vía oral, aun con aporte de O2 por casco cefálico, se decide pasa a infectología a continuar manejo.

**01/06/08 INFECTOLOGÍA**

Paciente ventilatoria y hemodinámicamente estable, se reporta un pico febril de 39 °c por lo que se toma Hemocultivo central y periférico, y urocultivo se toma BH la cual muestra leucocitosis con predominio de neutrófilos, se cambia a ciprofloxacina y se suspende Ceftriaxona y dicloxacilina.

**04/06/08 COMITÉ DE INFECCIONES NOSOCOMIALES**

Se reporta crecimiento hemocultivo positivo para E. Coli. Por lo que se indica aislamiento.

#### **04/06/08 INFECTOLOGÍA**

Paciente que inicia con picos febriles, se reporta aislamiento de E. coli, se decide suspender ciprofloxacino e iniciar meropenem y amikacina. Pendiente trasladarlo a aislado. Pendiente tomar hemocultivos de control.

#### **09/06/08 INFECTOLOGÍA**

Se retira catéter de manera accidental, por lo que se decide colocación de catéter subclavio derecho sin complicaciones.

#### **16/06/08 INFECTOLOGÍA/ALTA**

Paciente con adecuada evolución, ya sin datos de dificultad respiratoria, sin datos de respuesta inflamatoria sistémica, afebril, con hemocultivos de control negativos, se decide egreso y continuar manejo en la CE de neumología, cirugía, gastronomía, cardiología y rehabilitación.

#### **30/06/08 NOTA DE PREHOSPITALIZACIÓN (TERCER INGRESO)**

Inicia con su padecimiento actual por la madrugada con evacuaciones líquidas, sin moco ni sangre, número de 7, además de fiebre de 39.7°C por lo que acude. A las EF con datos de deshidratación del 10%, se decide iniciar plan B de hidratación, sin embargo presenta distensión abdominal de 4cm, con disminución de la peristalsis y continua con evacuaciones líquidas, y oligúrico. Se reporta bilis alto en labstix en evacuaciones, se toma gasometría venosa la cual reporta acidosis metabólica descompensada. Se toma BH la cual reporta leucocitosis con neutrofilia, durante su estancia presencia de hipotermia de 35.1, se solicita Hemocultivo, coprocultivo y se inicia Ceftriaxona a 100mg/kg. Se decide ingreso a sala de urgencias para continuar hidratación.

#### **02/07/08 NOTA DE SALA DE URGENCIAS**

Paciente ventilatoria y hemodinámicamente estable, continua en ayuno, con sol calculadas, se intento reiniciar la vía oral, sin embargo presenta distensión abdominal y drenaje a través de gastrostomía de liquido biliar, se deja sonda a derivación, con disminución del gasto, metabolitamente ya con equilibrio ácido base. Se decide pasa a piso de infectología para continuar manejo.

#### **04/07/08 INFECTOLOGÍA**

Paciente con adecuada evolución, se encuentra tolerando adecuadamente la vía oral, afebril, ya con evacuaciones de características normales, día 4 de Ceftriaxona, se decide egreso y continuar manejo con cefuroxime.

#### **18/07/08 PREHOSPITALIZACIÓN (CUARTO INGRESO)**

Paciente con padecimiento actual de un día de evolución caracterizado por la presencia de evacuaciones líquidas sin moco ni sangre, número de dos, muy abundantes, con posterior datos de dificultad respiratoria caracterizado por polipnea y tiros intercostales, por lo que acude a la prehospitalización a su ingreso con datos de hipoperfusión, taquicárdico, polipneico, con pulsos débiles y llenado capilar prolongado, por lo que se administra una carga de SF0.9% a 20ml/kg con adecuada respuesta, gasométricamente con acidosis metabólica descompensada. Se decide ingresa a sala de urgencias para continuar manejo y monitorización estricta.

#### **22/07/08 SALA DE URGENCIAS/ALTA**

Paciente con adecuada evolución, con disminución del gasto fecal, con evacuaciones de características normales, afebril, ventilatoria y hemodinámicamente estable, se decide egreso con datos de alarma y continuar manejo por servicios tratantes.

#### **10/09/08 NOTA DE PREHOSPITALIZACIÓN (QUINTO INGRESO)**

Inicia con su padecimiento actual el 08/09/08 con estertores roncantes y acumulo de secreciones que mejora con la aspiración, posterior con secreciones verdosas, tos productiva, no cianozante ni emetizante y datos de dificultad respiratoria, a la EF con estertores crepitantes bilaterales se toma BH con leucocitosis, Rx de tórax con infiltrado parahiliar bilateral de predominio derecho se inicia manejo con ceftriaxona a 100mg/kg. Se decide sube a piso de infectología para continuar manejo.

#### **22/09/08 INFECTOLOGÍA**

Paciente que ingresa con dx de bronconeumonía, se maneja con penicilina, ya sin datos de dificultad respiratoria, afebril, durante su internamiento se realiza ecocardiograma por antecedente de PCA, se reporta hipertensión arterial pulmonar(48mmhg) pb secundaria a proceso neumónico. Además se realiza protocolo para descartar ATR por antecedente de acidosis metabólica descompensada en ingresos previos, con pruebas de

función renal las cuales se reportan normales, descartándose ATR. Se decide egreso con datos de alarma, continuar manejo con servicios tratantes.

#### **07/11/08 PREHOSPITALIZACIÓN**

Inicia con padecimiento actual de 24hrs de evolución, caracterizado por irritabilidad, llanto constante hasta de 3hs, niega otra sintomatología. A la EF irritable, fascies de dolor, con mucosa oral seca ++, tórax con estertores gruesos transmitidos, abdomen distendido, doloroso a la palpación media y profunda, peristalsis aumentada, adecuados pulsos y llenado capilar.

Se toma DTX de 30mg/dl, se administra una carga de SG10% A 2ml/kg por VO ya que no es posible canalizarlo, con adecuada respuesta. Se toma gasometría venosa la cual reporta acidosis metabólica descompensada. Se inicia plan B de hidratación el cual tolera adecuadamente, se inicia la vía oral, la cual tolera adecuadamente. Gasometrías de control con mejoría de la acidosis metabólica.

Se decide egreso con datos de alarma y cita abierta a urgencias.

#### **13/11/08 PREHOSPITALIZACIÓN/SEXTO INGRESO**

Inicia con su PA lo inicia una semana previa caracterizado por tos productiva, no cianozante, no disneizante, niega fiebre, hoy se agregan evacuaciones diarreicas en número de 5 en 24hrs, sin sangre ni moco, una hora previa a su ingreso con somnolencia, así como cianosis peribucal y acrocianosis por lo que acude. A su ingreso somnoliento con acrocianosis, se toma BH la cual muestra leucopenia de 4200 y plaquetopenia de 114mil, se toma Rx de tórax en la cual reobserva infiltrado intersticial parahiliar bilateral predominio derecho, por lo que se decide iniciar manejo con Ceftriaxona.

14/11/08 Pasa al servicio de infectología para continuar manejo.

#### **24/11/08 INFECTOLOGÍA**

Paciente con adecuada evolución completando 10 días con manejo con Ceftriaxona se decide traslado al servicio de gastroenterología para continuar manejo nutricional.

#### **27/11/08 GASTRONUTRICIÓN**

Presenta datos de dificultad respiratoria, se decide intubación endotraqueal, sin complicaciones, hemodinámicamente con datos de choque hipovolémico, con llenado capilar retardado e hipotensión, se administran 4 cargas con solución Hartman, sin adecuada respuesta, se decide iniciar manejo con dopamina sin adecuada respuesta posterior con datos de falla cardíaca por lo que se inicia dobutamina y se suspende de manera paulatina la dopa, presenta evacuaciones líquidas con sangre ++ en labstix, GF incrementado, abdomen distendido, doloroso a la palpación, con peristalsis disminuida, , posteriormente con sangrado por la sonda de gastrostomía, Rx abdomen con datos que sugieren enfermedad isquémica intestinal. Se solicita valoración por cirugía. Se decide cambiar esquema antimicrobiano a ciprofloxacina y metronidazol.

#### **27/11/08 UTI**

Paciente con descompensación hemodinámica secundaria a gastroenteritis y STDA, el abdomen se encuentra duro con peristalsis disminuida, amerita valoración por cirugía para descartar perforación, se sugiere agregar manejo con coloide para disminuir fuga a 3er espacio, pasa al servicio de UTI para continuar manejo.

#### **27/11/08 CIRUGÍA**

Se descarta perforación intestinal clínica y radiológicamente se coloca catéter 5 fr doble lumen sin complicaciones.

#### **29/11/08 UTI**

Se logra disminuir parámetros ventilatorios, hemodinámicamente estable, se suspende dobutamina, afebril sin datos de respuesta inflamatoria sistémica.

#### **01/12/08 UTI**

Se extuba accidentalmente se mantiene con campana cefálica con buena tolerancia, hemodinámicamente edema facial y de cuello a descartar Sx de vena cava superior, se programa USG doppler.

#### **03/12/08 UTI**

Se decide iniciar anticoagulación con heparina, se reporta BH con plaquetopenia actualmente sin datos de sangrado, se decide transfundir concentrado plaquetario.

**04/12/08 UTI**

Se realiza USG de vena cava superior reportando interrupción del drenaje venoso con longitud de 2.3cm a nivel de la desembocadura de la aurícula derecha por lo que se inicia tx anticoagulante con heparina.

Presenta de manera súbita paro cardiorrespiratorio, se inician maniobras de reanimación con adecuada respuesta, se decide intubación endotraqueal con apoyo de aminas. Se sospecha tromboembolia pulmonar.

**07/12/08 UTI**

Presenta paro cardiorrespiratorio que no revierte con maniobras de reanimación. Se da hora de fallecimiento a las 08:21hrs.

**LABORATORIOS**

Fecha	Hb	Hto	Leucocitos	Neutrófilos	Linfocitos	Plaquetas	TP	TTP
10/01/08	13.6	39.4	13.8	76	16	296	71%	43.3"
19/01/08	11.1	32.5	5.8	84	16	115	60.5%	50.5"
23/01/08	9.8	28	3.1	67	22	167	70%	40.6"
28/01/08	11.9	34.9	8.8	70	16	372		
29/01/08	9.8	28.8	13.8	89	10	344		
23/02/08	10.4	36.7	2.3	64	7.1	127		
03/03/08	11	31.8	10.7	77	16	173		
25/05/08	13.4	40	25.7	61	22	539		
01/06/08	14.4	42.7	26.4	89	7	302		
30/06/08	13.5	40.1	17.2	77	14	602		
27/11/08	10.3	31.5	12.5	79	14	116	31%	83"
02/12/08	11.9	34.9	3.5	80	16	32		
03/12/08							39.8%	87.7"
04/12/08							52.9%	50.4"

Fecha	Na	K	Cl	Ca	BUN	Gluc	Urea	Cr
19/01/08	140	2.1	100	8.7	18.5	139	39.6	0.3
20/01/08	138	3.9	109	7.9	18.2	85	38.4	0.3
03/03/08	139	3.3	104		18.4	133		0.19
09/05/08	141	2.1	108	7.2				
10/05/08	139	3.0	105	7.5				
30/06/08	147	4.5	123	9.6	25	84	53.5	0.43
27/11/08	132	4.0	108	6.3	12.9	173	27.6	0.24

Fecha	BT	BI	BD	FA	DHL	AST	ALT	Alb
15/01/08				105	288	49	22	3.0
05/02/08	0.72	0.50	0.22	118	229	31	28	3.2
07/05/08	0.42	0.27	0.15	98	413	148	104	2.2
28/11/08	0.25	0.15	0.10	27	126	37	18	0.9
01/12/08	0.54	0.31	0.23	41	193	28	20	2.0

Fecha	IgG	IgM	IgA	CH50
29/01/08	1300	209	145	94

Fecha	PCR
28/01/08	6.1
25/02/08	3.01
27/11/08	3.05

**CULTIVOS**

23/03/08 Cultivo para hongos, antígeno para candida y formas invasivas en orina negativo.