

Resumen medico.

Nombre del paciente: Bernal Mauro Masculino Fecha de nacimiento: 16/08/15 Fecha de egreso: 21/09/15 Alta por defunción.

Diagnósticos de ingreso: Prematurez + SDR+ Sospecha de sepsis temprana +Foramen oval permeable + persistencia de conducto arterioso sin repercusión ecocardiográfica+ estenosis fisiológica de la rama pulmonar izquierda. + Crisis convulsivas de origen a determinar + Síndrome colestasico + sepsis tardía + Choque séptico + Edo postparto + Falla orgánica múltiple.

Se trata de masculino de 1 mes 5 días de vida hijo de madre de 17 años de edad, gesta 1, vive en unión libre, ama de casa, control prenatal desde el primer trimestre control prenatal en 2 ocasiones, aparentemente sin comorbilidades durante la gestación, acude por actividad uterina, al ingreso con dilatación completa, se obtiene por cesarea por Prematurez , mas posición pélvica, se obtiene el 16/08/15 a las 10 pm, se intuba, de manera inmediata no valorable Apgar y S/A por bradicardia, se refiere a la intubación con sangrado y eritema en cavidad oral . Ingresa UCIN en malas condiciones generales, multiples equimosis se administra surfactante porcino y se inicia antibiótico ampicilina amikacina por sospecha de sepsis (4) mas apoyo con aminas(dopamina) por datos de bajo gasto, valorado por cardiología reportando foramen oval permeable y persistencia de conducto sin repercusión ecocardiográfica. Vancomicina/ Meropenem(7/14) y se agrega fluconazol por Prematurez multiinvadido , Nutrición parenteral y plaquetopenia por 10 días, cultivos negativos. A los 18 días de vida presenta crisis convulsivas manejadas con DFH y levetiracetam, con pobre respuesta, presenta estatus epiléptico a pesar del manejo establecido el 11/08/15, requiriendo infusión de benzodiacepinas x 72 hrs. Desde el nacimiento espástico y con empuñamiento de extremidades. Sin incremento anormal de perímetrocefálico. Por mala evolución se decide iniciar piperacilina/ tazobactam (10 días), A los 16 días de vida presenta edema de cara y cuello, con anuria, con elevación de azoados, se realiza restricción hídrica, se solicita Ic a neurología pediátrica (solicita estudio de extensión en imagen logia y reajusta dosis de anticomisial, no se realizan estudios de extensión por condiciones de paciente y se solicita valoración por genética para descartar genopatía. Con mala evolución clínica requiriendo durante su estancia ininterrumpido apoyo con aminas, deterioro neurológico y falla renal, no respondiendo al manejo, presenta paro cardiaco el 18/08/15 requiriendo apoyo avanzado, presenta a pesar de apoyo paro cardiaco el 21/09/15 sin respuesta a estímulos hora de defunción 12: 15 hrs, Se informa a familiares y ante cuadro y evolución clínica, aceptan autopsia.

Idx: Falla renal aguda+Choque séptico+ Sepsis temprana+ Crisis convulsivas de origen a determinar + Prematurez + Probable genoptia.