

Nombre: ORTIZ CAMPOS KENIA NICOLE		Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Edad: 3MESES 10 DÍAS
Domicilio LERDO DE TEJADA #431		Municipio y Estado: SOLEDAD GRACIANO SANCHEZ ,SLP	
Unidad de Adscripción: HOSPITAL CENTRAL		Fecha de ingreso: 28/02/17	
Motivo de egreso: DEFUNCION		Fecha de egreso: 09/03/2017	
Registro Hospitalario: 982516			

Paciente femenino de 3 meses de edad, hija de madre de 28 años de edad, recepcionista, escolaridad secundaria, aparentemente sana. Producto de gesta II, control prenatal en 7 ocasiones en centro de salud de soledad, inmunizaciones con toxoide tetánico y ácido fólico desde el primer mes de embarazo. Se realizó USG reportados como normales. Madre con diagnóstico de condilomatosis a las 38 SDG por lo que se obtiene producto vía abdominal el día 26.11.16 en Hospital del niño y la mujer, con llanto y respiración espontánea, con peso de 2630 talla de 46cm 39 SDG, se egresa binomio. Internamiento dos semanas previas a su ingreso en Hospital de Soledad por neumonía adquirida en la comunidad, durante 8 días, se administró antibiótico (se desconoce cual), ameritó transfusión sanguínea. Inicia padecimiento actual a su egreso del hospital general de Soledad al presentar hiporexia fluctuante, se agrega fiebre de 38°C, y evacuaciones semilíquidas, sin moco ni sangre además de distensión abdominal. Acude a hospital de Marcharbel quienes envían a esta institución. Ingresó al servicio de urgencias el día 28/02/17 a las 20:22h, con FC 160lpm, FR 62rpm, Sat 81% temperatura de 37.8°C, con datos de deshidratación severa, se solicitan laboratorios y se obtiene gasometría con acidosis metabólica descompensada, se administran cargas de SS 0.9% 20ml/kg y se decide su traslado a pediatría lactantes. A su ingreso a piso se encuentra con dificultad respiratoria (quejido, aleteo nasal, tiros intercostales), persistiendo a pesar de administración de volumen con acidosis metabólica descompensada. Se diagnóstica choque refractario a líquidos y se decide su traslado a terapia pediátrica. Ingresó a UTIP el día 01/03/2017 a las 3:50 h TA 70/46 TAM 56, FC 158, FR 60, Sat 70%, distérnica, piel marmórea, sequedad de mucosas con franca dificultad respiratoria, por lo que se intuba con un tubo endotraqueal de 4 fijo en 11, con salida de abundantes secreciones serohemáticas por TET. Se da como diagnóstico de ingreso, choque hipovolémico, desnutrición crónica, probable dermatosis carencial, neumonía adquirida en la comunidad. Se inicia tratamiento antibiótico con ampicilina y cefotaxima. El día 01/03/2017 por la mañana se inicia manejo con dobutamina a 4mcg/kg/min; se interconsulta con el servicio de infectología pediátrica quien decide suspender ampicilina y continuar con cefotaxima. Durante estancia presenta elevación de azoados y oliguria, con lo que se diagnóstica falla renal aguda, con Shwartz de 17.88ml/min/1.73m2. El día 02/03/2017 se inicia oseltamivir por probable enfermedad tipo influenza (previa toma de muestra). El día 03/03/2017 se inicia estimulación enteral con alfaré, la cual se fue progresando paulatinamente. Completo 8 días de cefotaxima y 7 días de oseltamivir el cual se suspende tras obtener resultado negativo de prueba de influenza. El día 08/03/2017 se suspende sedación, y el día de hoy se realiza extubación electiva, se toma gasometría pos extubación que reporta acidosis metabólica compensada, presentó estridor y sibilancias, con mejoría, continúa con cianosis peribucal y patrón respiratorio alterado, con disociación toracoabdominal y tiraje intercostal, se solicita nueva gasometría que se encuentra en equilibrio, sin embargo el día de hoy a las 18:39 se reporta por personal de enfermería paciente con ausencia de frecuencia cardiaca, se acude inmediatamente donde se encuentra paciente con cianosis generalizada, ausencia de frecuencia cardiaca en monitor, sin pulsos, se inician maniobras avanzadas de reanimación con compresiones cardiotorácicas, se intuba con TET 3.5 dijo en 10. Se dan tres ciclos de compresiones y se administran dos dosis de adrenalina a 0.01mg/kg. Presenta recuperación de frecuencia cardiaca hasta de 140 lpm, pulsos femorales palpables, periféricos ausentes, por lo que se suspenden compresiones y se continúa con VMA A/C por presión. Se informa a familiares de situación crítica de la paciente. A los dos minutos se encuentra nuevamente paciente sin frecuencia cardiaca a la auscultación, línea isoelectrónica en el monitor, sin pulso, por lo que se renueva la reanimación avanzada, con administración de 5 dosis de adrenalina a 0.01mg/kg comienza posteriormente con sangrado abundante por ambas fosas nasales y boca. Se dan maniobras avanzadas de reanimación por 20 minutos, sin recuperación de frecuencia cardiaca. Hora de defunción 19:08 del día 09/03/2017. Se comunica a la madre la necesidad de necropsia, para identificar probable cardiopatía congénita cianógena, la madre acepta y firma consentimiento informado para realización de la misma.