



SESIÓN CLINICOPATOLÓGICA
Miércoles 23 de septiembre 2026

COORDINADOR: DRA. TANIA TAMAYO ESPINOSA
RADIÓLOGO: DRA. LEONOR LÓPEZ HERNÁNDEZ
DISCUSOR: DR. JOSÉ RODOLFO GARCÍA PÉREZ R-III PEDIATRÍA
PATÓLOGO: DR. CARLOS ALBERTO SERRANO BELLO
RESUMEN: DRA. KAREN ATZIN GONZÁLEZ PAGAZA R-II PEDIATRÍA

MASCULINO DE 07 AÑOS DE EDAD AL INGRESO, ORIGINARIO DEL ESTADO DE MÉXICO.

MOTIVO DE CONSULTA: A los 5 días de vida acudió con cianosis y desaturación, tras abordaje se integró diagnóstico de atresia pulmonar con comunicación interventricular, se hospitaliza para manejo.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: Madre de 32 años, ama de casa, secundaria, católica, sana. Negó tabaquismo, alcoholismo. Padre de 31 años, campesino, preparatoria, católico, sano, negó tabaquismo, alcoholismo y otras toxicomanías. Hijo único. Sin antecedente familiares de cardiopatías congénitas, arritmias o muerte súbita.

ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS: Alimentación con lactancia materna exclusiva. Neurodesarrollo acorde a su edad. Vacunación completa. Hemotipo O+.

ANTECEDENTES PERINATALES Y PATOLÓGICOS: Producto de la G2 C0 A1. Acudió a control prenatal desde el tercer mes desde la percepción del embarazo. Consumió ácido fólico y hierro, ocho consultas prenatales, dos ultrasonidos normales. Negó infecciones urinarias o vaginales. Recibió vacuna contra tétanos. Negó diabetes gestacional. Refirió enfermedad hipertensiva en el embarazo, se desconoce tratamiento. Se obtuvo producto a las 39 SDG por vía vaginal, respiró y lloró al nacer. APGAR no recordó. Peso 2.8 Kg, talla 49 cm. Pasaron a alojamiento conjunto donde se detectó una saturación de 70% por lo que se inició aporte de oxígeno con cámara cefálica, se agravó el cuadro hasta saturación del 50%.

22.01.18: Un día de vida y fue valorado por Cardiólogo quien integró diagnóstico de cardiopatía cianógena.

26.01.18 CARDIOLOGÍA: Conocido HIM. Acudió por sus propios medios, a su llegada con cianosis y desaturación, tras abordaje se integró diagnóstico de atresia pulmonar con comunicación interventricular (CIV), se hospitalizó para manejo.

30.01.18: A los nueve días de vida se le realizó TAC cardíaca: Atresia pulmonar con CIV de 9.2x2.6 mm, no se observó retorno de PV superior derecha, se sugirió CAPVP, aorta cabalgada sobre defecto de VI.

31.01.18: Fístula de Blalock-Taussig modificada derecha con Goretex 4 mm: hallazgos RDAP 4 mm, arteria subclavia derecha 4 mm, conexión anómala parcial de vena pulmonar superior derecha a vena cava superior.

29.11.18: A los 10 meses, peso 6.7 Kg, talla 70 cm. TAC Cardíaca: CIV perimembranosa de 8x11 mm, persistencia de conducto arterioso BoAo 5 mm, Bop 1.5 mm. Se identificaron colaterales de la aorta descendente a ambos hilos pulmonares. No se identificó fístula.

03.12.18: Sesión médico quirúrgica: Se decidió realizar FBTM izquierda.

17.12.18: Fístula de Blalock-Taussig modificada izquierda: Hallazgos rama izquierda de arteria pulmonar de 3 mm, arteria subclavia izquierda de 6 mm. PCA 2 mm.

02.06.21 C.E. CARDIOLOGÍA: 3 años, 4 meses. Peso 13.2 Kg, talla 94 cm. Clase funcional I saturación al aire ambiente de 74% refirió apego al tratamiento con ácido acetilsalicílico. ECOTT: reportó ramas pulmonares de adecuado calibre.

09.01.24: 5 años, 11 meses: Refirió clase funcional I, sin deterioro de la saturación al aire ambiente a nivel del mar.

04.07.24: Ecocardiograma: Situs abdominal solitus. Retornos venosos pulmonares: se observaron tres venas pulmonares llegando a AI, se logró observar vena pulmonar superior derecha llegando a vena cava superior, retornos venosos sistémicos normales, tipo de conexión auriculoventricular concordante modo perforado tipo de conexión ventriculoarterial única vía de salida por atresia pulmonar; foramen oval permeable de 3 mm con cortocircuito de izquierda a derecha. Comunicación interventricular por desalineación de 12 mm x12 mm con cortocircuito bidireccional, no restrictiva. Función sistólica ventricular derecha normal (TAPSE 27 mm, cambio

de área fraccional de ventrículo derecho 47%, FEVD 3D: 57% Strain VD -21%). Disfunción diastólica del VD: E/A tricuspídea 1,2 E/E' VD 8; insuficiencia tricuspídea leve con gradiente de 44 mmHg; hipertrofia moderada de ventrículo derecho con pared libre de 6.1 mm y dilatación severa del VD con relación VD/VI 1.3; válvula mitral sin estenosis ni insuficiencia, FEVI Simpson de 62%, con funcionamiento diastólica normal: E/A mitral de 1.2, E/E' septal 9.2, E/E' lateral 7.5. Atresia del plano valvular y del tronco de la arteria pulmonar, ramas pulmonares confluentes con estenosis en la confluencia: rama derecha de arteria de 7 mm en su origen (Z-score -2) distalmente 10.4 mm (Z= -0.08), rama izquierda con origen de 5.0 mm (Z=-3.6), distalmente 7.5 mm (Z-Score -1.1). Aorta dilatada cabalgando sobre septum interventricular en aproximadamente 50%, sin estenosis ni insuficiencia; arco aórtico izquierdo sin obstrucción, se observó fístula sistémico pulmonar izquierda permeable. No se observó flujo de fístula derecha. Conducto arterioso persistente pequeño de 2 mm con cortocircuito de izquierda a derecha.

PADECIMIENTO ACTUAL 26.10.25 CIRUGÍA CARDIOVASCULAR:

Masculino de 6 años de edad, con diagnóstico de atresia pulmonar, comunicación interventricular, ramas pulmonares confluentes, conexión anómala parcial variedad supracardíaca de la vena del lóbulo superior y medio derechos drenando a vena cava superior, conducto arterioso permeable, ventrículo derecho dilatado con disfunción diastólica, arco aórtico izquierdo. Ingresó de manera programada para corrección total, colocación de tubo del ventrículo derecho a arteria pulmonar, plastia de la confluencia de las arterias pulmonares, cierre de comunicación interventricular y ligadura de conducto arterioso y fístula sistémico pulmonar izquierda.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Peso	Talla	FC	FR	TA	Temperatura	Llenado Capilar	Sat O ₂
18 Kg	115 cm	105/min	20/min	NV	36.9 °C	2 segundos	70 %

Paciente activo, cooperador, Glasgow 15 puntos. Buen estado hídrico, cianosis central, cuello cilíndrico sin ingurgitaciones, ni masas. Pulmones con ambos campos bien ventilados. Tórax normodinámico, se auscultó soplo continuo grado II infraclavicular izquierdo, S2 único. Abdomen blando sin visceromegalias, extremidades íntegras, pulsos simétricos en las 4 extremidades, sin edema.

Laboratorios de ingreso

Hb	Hto	Leu	Neu	Linf	Mon	Eos	Bas	Plaquetas
19.2 g/dL	57.2%	11,700/μL	6,230 /μL	4,560/μL	470/μL	350 /μL	0/μL	357,000/μL
TP	INR	TTPa						
10.8 seg.	0.93	41.1 seg.						

28.10.25 CIRUGÍA CARDIOVASCULAR: Se realizó corrección de cardiopatía compleja con cierre de comunicación interventricular perimembranosa de 14 mm mediante parche de Dacrón, resección de tejido infundibular y ampliación de tracto de salida del ventrículo derecho, colocación de tubo del ventrículo derecho a arteria pulmonar tipo Masa-Hiro. Se ligó fístula sistémico-pulmonar izquierda y se completaron anastomosis vasculares. El destete de circulación extracorpórea se logró inicialmente sin complicaciones, requiriendo reentrada breve por control de hemostasia. En el postoperatorio inmediato presentó bloqueo auriculoventricular, por lo que se colocó marcapasos epicárdico. Ecocardiografía transoperatoria mostró CIV residual de 4 mm y gradiente en tracto de salida del VD de 33 mmHg, se decidió finalizar procedimiento para evitar riesgo de sangrado. **TERAPIA QUIRÚRGICA:** El paciente ingresó con antecedente de choque hemorrágico intraoperatorio con pérdida sanguínea aproximada de 900 ml (71.4% de su volemia), requirió transfusión de hemoderivados y administración de ácido tranexámico. Posteriormente ingresó con soporte aminérgico con adrenalina (0.2 mcg), norepinefrina (0.3 mcg) y vasopresina (0.0012 mcg). **CARDIOLOGÍA:** Ecocardiograma transtorácico postquirúrgico: estudio con ventana muy limitada. Flujo reverso sistólico en suprahepáticas, distensibilidad de vena cava del 8%. Septum interatrial con foramen oval permeable de 3.5 mm con

cortocircuito de izquierda a derecha. Septum interventricular con defecto residual perimembranoso con cortocircuito de izquierda a derecha con gradiente sistólico de 46 mmHg que permitió estimar PSVD 31 mmHg (TAS 77 mmHg). Válvula tricúspide con insuficiencia leve. Función sistólica biventricular cualitativamente conservada. Se observó tubo valvulado del VD a las ramas pulmonares permeable, con gradiente de 1 mmHg en la porción distal, sin embargo, no fue posible observar el sitio de anastomosis con las ramas pulmonares.

29.10.25 TERAPIA QUIRÚRGICA: Paciente con inestabilidad hemodinámica en manejo con norepinefrina (0.2 mcg/Kg/min), vasopresina (0.0006 UI/Kg/min), milrinona (0.5 mcg/Kg/min) y adrenalina (0.03 mcg/Kg/min en descenso). Requirió dos retos de volumen con Hartmann. Presentó episodio de taquicardia ectópica de la unión (JET) nocturna, que cedía con descenso de temperatura, lactato máximo de 3.4 mmol/L. En ventilación mecánica invasiva en modo AC con PIP 10, PEEP 5 y FiO₂ 40%. Paciente febril en tratamiento con cefalotina 100 mg/Kg/día profiláctica.

BUN	Creatinina	AU
25 mg/dL	0.75 mg/dL	11 mg/dL

Na	K	Cl	Ca	P	Mg
144 mEq/L	4.3 mEq/L	107 mEq/L	9.1 mg/dL	10 mg/dL	2.6 mg/dL

Hb	Hto	Leu	Neu	Linf	Mon	Ban	Plaquetas
13.2 g/dL	38%	21,000/μL	72%	15%	11%	2%	139,000/μL
TP	INR	TTPa	Dímero D	Fibrinógeno			
15.7 seg.	1.34	33 seg.	19,781 ng/ml	192 mg/dL			

CARDIOLOGÍA: ECOTT: Ventana acústica limitada. Flujo reverso sistólico en suprahepáticas, distensibilidad de vena cava del 7%. Venas suprahepáticas dilatadas. Septum interventricular con defecto residual perimembranoso con cortocircuito de izquierda a derecha. Válvula tricúspide con insuficiencia leve-moderada con gradiente máximo de 59 mmHg que permitió estimar la presión sistólica del ventrículo derecho de 74 mmHg (PAD 15 mmHg). Función sistólica del VD conservada (cambio de área fraccional 42%) con disfunción diastólica con presiones de llenado elevadas (relación EE' del VD 19.6). Función sistólica del VI con FEVI 53% y disfunción diastólica con presiones de llenado elevadas (relación EE' medial 10.5, relación EE' lateral 15.3). Se observó tubo del VD a las ramas pulmonares en su porción distal, hacia la rama izquierda de la arteria pulmonar con gradiente máximo de 27 mmHg y hacia la rama derecha con gradiente máximo de 11 mmHg. Sin flujo residual de conducto arterioso ni de fístula sistémico-pulmonar. Sin derrame pericárdico.

30.10.25 INFECTOLOGÍA: Paciente en postoperatorio cardiovascular temprano con fiebre e inestabilidad hemodinámica en manejo con apoyo aminérgico. Sin datos clínicos de laboratorio ni radiológicos de infección. Se interpretó la fiebre como respuesta metabólica al trauma quirúrgico, en contexto de bajo gasto y sangrado postoperatorio. Por inestabilidad hemodinámica se indicó manejo profiláctico con amikacina y cefepime.

31.10.25 CARDIOLOGÍA: Paciente en postoperatorio con extubación programada, presentó taquicardia en monitor, confirmándose taquicardia ectópica de la unión (FC hasta 156 lpm) sin repercusión hemodinámica. Inicio de amiodarona a 5 mcg/Kg/min

02.11.25 TERAPIA QUIRÚRGICA: Paciente en mejoría hemodinámica tras suspensión de milrinona, con FC 106–120 lpm, PAM 60–75 mmHg y lactato en descenso, sin necesidad de expansión de volumen. En mejoría ventilatoria en transición a alto flujo, sin datos de dificultad respiratoria. Función hepática en recuperación, función renal y electrolitos estables. Afebril, en manejo antibiótico por sepsis asociada a cuidados de la salud.

03.11.25 TERAPIA QUIRÚRGICA: Paciente con tendencia a taquicardia (FC 90–125 lpm), presentó insuficiencia respiratoria en alto flujo con progresión a VMNI tipo CPAP por derrame pleural bilateral y atelectasias. Se suspendió manejo antibiótico.

04.11.2025 CARDIOLOGÍA: Datos de insuficiencia pulmonar severa y datos que sugirieron insuficiencia aórtica severa, así como trombo a nivel de rama derecha de arteria pulmonar, se inició manejo diurético a altas dosis

e infusión de heparina. ECOTT: Vena cava inferior dilatada sin distensibilidad. Foramen oval permeable de 3 mm con cortocircuito de izquierda a derecha y gradiente medio de 6 mmHg, lo que estimó presiones de llenado altas del VI, comunicación interventricular residual de 7.2 x 5.9 mm con cortocircuito bidireccional con predominio izquierda a derecha, gradiente interventricular de 37 mmHg que estimó PSVD 52 mmHg (TA sistólica 89 mmHg), válvula tricuspídea con insuficiencia moderada sin estenosis. Se observó tubo valvulado con técnica de Masa-hiro, unión del VD con el tubo sin gradiente obstructivo (4 mmHg), válvula pulmonar con insuficiencia severa por falta de coaptación de la valva izquierda condensa contracta de 4.6 mm, tiempo de hemipresión de 90 ms, índice de insuficiencia pulmonar de 0.63, flujo reverso desde las ramas pulmonares, con gradiente protodiastólico de 16 mmHg, lo que estimó una PMAP 23 mmHg. A nivel de la confluencia de las ramas sin gradiente obstructivo, hacia la rama derecha se observó trombo en su interior de 14.8 mm en su eje longitudinal, 4.2 mm en su eje transversal, que generó gradiente máximo de 38 mmHg. Válvula aórtica sin estenosis, e insuficiencia aórtica severa. Cambio de área fraccional de ventrículo derecho 44 %; FEVI Simpson 59% con disfunción diastólica: relación E/E' septal 25.3, E/E' lateral 25.9.

05.11.25 CARDIOLOGÍA: Presento deterioro hemodinámico con manejo de adrenalina a dosis de 0.06 mcg/Kg/min, a la valoración presentó presión sistólica del ventrículo derecho PSVD de 90 mmHg, con datos indirectos de hipertensión arterial pulmonar (HAP), disfunción sistólica leve del VD, con una estenosis circunscrita de la rama derecha de la arteria pulmonar (RDAP), con sospecha de material protésico vs trombo, con una insuficiencia pulmonar (IP) severa, por lo que se programó abordaje complementario con angiotomografía para normar conducta. ECOTT: Se realizó estudio dirigido. Septum interventricular con presencia de CIV perimembranosa residual de 5.8 mm x 6.7 mm con cortocircuito bidireccional con gradiente 11 mmHg (vs sistémica 101 mmHg), se estimó PSVD en 90 mmHg con aplanamiento del septum interventricular. FEVI Simpson 56%. Se observó dilatación severa del ventrículo derecho. CAFVD 31%. Se observó tubo del VD a las ramas de la arteria pulmonar amplio sin obstrucción, estenosis circunscrita en la RDAP con gradiente máximo de 43 mmHg, zona de mayor reducción 4.8 mm (Z score -4.92). RIAP 8 mm (Z score -0.94) sin gradiente obstructivo. Insuficiencia pulmonar severa.

07.11.25 TERAPIA QUIRÚRGICA: Se realizó cateterismo cardíaco en el cual se documentó obstrucción ventricular derecha grave por estenosis de ambas ramas pulmonares, con presión intraventricular derecha a nivel suprasistémico (relación 1.08:1), se realizó angioplastia de rama izquierda y rama derecha de la arteria pulmonar con lo que se consiguió disminuir la relación VD/Ao 0.71:1, con estenosis residual del ostium de la rama izquierda. Se integró diagnóstico de estenosis grave de ambas arterias pulmonares, estado postangioplastia, durante el evento de cateterismo, sangrado de 100 ml, transfusión de 150 cc, dos dosis de atropina por presentar bloqueo y bradicardia total de 200. Inició con fiebre de 39°C de duración de 3 horas, asociado a taquicardia de 159 por minuto, que cedía con la administración de paracetamol. Se interconsultó al servicio de Infectología quienes integraron respuesta metabólica secundaria a reciente manipulación hemodinámica y cambios en soporte inotrópico, más que un cuadro infeccioso activo. Se inició profilaxis antibiótica con cefalotina.

08.11.25 TERAPIA QUIRÚRGICA: Paciente recibido extubado, inicialmente con máscara con reservorio a 5 L/min, posteriormente presentó dificultad respiratoria (tiraje leve, aleteo nasal, disociación toracoabdominal), motivo por el cual se decidió inicio de ventilación mecánica no invasiva (VMNI). Parámetros: 8/6 cmH₂O, FiO₂ 40%, con adecuada sincronía y mejoría del patrón respiratorio.

10.11.25 TERAPIA QUIRÚRGICA: Se logró suspensión de milrinona, manteniendo adecuados datos de perfusión y reserva venosa; se logró progresar la ventilación a MBR a 10 L/min, encontrándose sin datos de dificultad respiratoria. Se evidenció disminución de fósforo y potasio al inicio de la alimentación, por lo que no se descartó un síndrome de realimentación.

Na	K	Cl	BUN	Creatinina	AU
138 mEq/L	3.1 mEq/L	101 mEq/L	17.4 mg/dL	0.26 mg/dL	6 mg/dL
Ca	Mg	P	Osm		
7.3 mg/dL	1.8 mg/dL	1.9 mg/dL	287 mOsm/Kg		

11.11.25 TERAPIA QUIRÚRGICA: Inició manejo con mascarilla con reservorio a 10 L/min, manteniendo saturación de 98%. Presentó datos de dificultad respiratoria, por lo que se reinició ventilación no invasiva en

modo BPAP con lo cual mejoró la oxigenación. **CARDIOLOGÍA:** Se identificó derrame pleural izquierdo, disfunción diastólica biventricular, disfunción sistólica leve del ventrículo derecho y función sistólica conservada del ventrículo izquierdo. Se observó tubo del VD a AP sin obstrucción, con insuficiencia pulmonar severa, estenosis en rama derecha de la arteria pulmonar con gradiente máximo de 23 mmHg y Stent permeable en rama izquierda con gradiente máximo de 9 mmHg, defecto residual del septum interventricular de 4.6x5.5 mm con cortocircuito bidireccional y gradiente interventricular 11 mmHg, presión sistólica del VD 77 mmHg, presión sistólica al momento del estudio 88 mmHg, insuficiencia moderada de la válvula tricúspide, insuficiencia aórtica severa por flujo reverso en aorta abdominal además de datos de hipertensión pulmonar. Cambio de área fraccional de ventrículo derecho 46 %. FEVI Simpson 56%, relación E/E' lateral 15.8 (Z 8.4).

CIRUGÍA: Se colocó sonda pleural derecha anterior.

13.11.25 TERAPIA INTERMEDIA: Paciente hemodinámicamente estable, sin apoyo aminérgico. En manejo con diuréticos e IECA, con balance hídrico negativo y diuresis conservada, con puntas nasales a 3 L/min, sin dificultad respiratoria.

16.11.25 CARDIOLOGÍA: Presentó deterioro ventilatorio, se realizó ajuste de posición de sonda pleural izquierda, la cual se encontraba funcional, en la última radiografía de tórax, se observó aumento de congestión pulmonar y disminución de gasto urinario a 0.8 ml/Kg/h, además de evacuaciones diarreicas. Se realizaron ajustes a diuréticos para optimizar balances, espironolactona 1 mg/Kg/do cada 8 horas, furosemida 1 mg/Kg/do cada 6 horas y lisinopril 0.1 mg/Kg/día cada 12 horas, se colocó VMNI para ayudar al patrón respiratorio y oxemias, presentó hipoventilación en hemitórax izquierdo, con presencia de sonda pleural bilateral a succión con gasto serohemático. Peso 20 Kg Talla 117 cm. ECOTT: Se realizó estudio dirigido: Válvula tricúspide con insuficiencia leve, gradiente de 55 mmHg. TAPSE 11.8 mm (Z-5.13). CAFVD 38.7%. E/A Tricuspídea fusionada, relación E/E' del VD 7.7, Onda S de VD 5.66 (Z -3.29). Válvula mitral con relación E/A fusionada, relación E/E' lateral 6.2, onda S' lateral 7.94 (Z-0.66). FEVI Simpson 55.2%. Gradiente en válvula pulmonar 13 mmHg, válvula pulmonar con insuficiencia severa por falta de coaptación de la valva izquierda, con gradiente de 13 mmHg. No se observó derrame pericárdico.

23.11.25 TERAPIA QUIRÚRGICA: Ingresó con soporte respiratorio inicial en BPAP y posteriormente requirió intubación orotraqueal por deterioro ventilatorio y acidosis respiratoria. A nivel hemodinámico presentó episodio de bajo gasto con hipotensión, requirió inicio de adrenalina y norepinefrina. **INFECTOLOGÍA:** Radiografía de tórax sin nuevos infiltrados ni consolidaciones; sin embargo, por deterioro ventilatorio, taquicardia persistente y factores de riesgo (estancia prolongada y panel viral negativo), se integró diagnóstico probable de neumonía asociada a cuidados de la salud, se inició manejo con cefepime.

24.11.25 CARDIOLOGÍA: Se observó en radiografía parálisis diafragmática, ya valorada por Cirugía. Ingresó a quirófano para plicatura diafragmática. **CIRUGÍA:** Se programó para plicatura de diafragma pero se evidenció derrame pleural con neumotórax, se colocó sonda pleural izquierda.

25.11.25 TERAPIA QUIRÚRGICA: Se realizó extubación programada exitosa, se inició ventilación no invasiva, presenta hipomovilidad de ambos hemidiafragmas. Se inició dieta licuada, presentó una evacuación diarreica, se agregó manejo para desnutrición con ácido fólico y vitamina D. Se suspendió apoyo aminérgico.

26.11.25 TERAPIA INTERMEDIA: Ingresó hemodinámicamente estable, sin apoyo aminérgico, con adecuada perfusión periférica y manejo médico con diuréticos e IECA. En CPAP con FiO₂ 30%, saturación del 100% y adecuada oxigenación (Kirby 321), con drenajes pleurales funcionales. Toleró dieta blanda. Continúa con nutrición parenteral y suplementación de electrolitos, con hiponatremia e hipoalbuminemia leves.

27.11.25 TERAPIA INTERMEDIA: Presentó tensiones arteriales limítrofes, se inició apoyo aminérgico con norepinefrina.

28.11.25 TERAPIA INTERMEDIA: Presentó adecuada perfusión y tensiones arteriales dentro de rangos adecuados, se suspendió apoyo aminérgico y manejo antibiótico.

29.11.25 TERAPIA INTERMEDIA: Se mantuvo sin aminos, se recibió con apoyo ventilatorio, ventilación no invasiva CPAP, con PEEP 5, FIO₂ 30%. Se colocaron puntas nasales de alto flujo a 20 L/min (1 L/Kg), con FIO₂ 30%, dieta normal y dieta licuada.

30.11.25 TERAPIA INTERMEDIA: Sin apoyo aminérgico, puntas nasales de alto flujo (FiO₂ 30%), saturaciones >96% y sin dificultad respiratoria. Se retiró sonda pleural derecha, sin evidencia de nuevo derrame pleural; persistió drenaje mínimo por sonda izquierda. Presentó hiponatremia e hiperpotasemia en estudio y tratamiento, con medidas antihiperkalemicas.

02.12.25 CARDIOLOGÍA: Se recibió estable, sin apoyo aminérgico, con mascarilla bolsa reservorio (MBR) a 5 L/min, sin drenajes pleurales, tolerando la vía oral. Peso 17 Kg y talla 117 cm.

03.12.25 CARDIOLOGÍA: Presentó deterioro respiratorio leve con taquipnea persistente y aumento de trabajo ventilatorio, se escaló soporte de mascarilla con reservorio a ventilación mecánica no invasiva, en modalidad CPAP. **ENDOCRINOLOGÍA:** Paciente con hiponatremia (Na 128 mEq/L) y múltiples factores predisponentes, principalmente el uso concomitante de tres diuréticos.

05.12.25 CARDIOLOGÍA: Continúo con VMNI en modalidad CPAP 6/5, FIO₂ 25% 30 rpm. USG con parálisis diafragmática izquierda.

08.12.25 CIRUGÍA: Se realizó plicatura diafragmática izquierda, se encontraron múltiples adherencias musculares, diafragma elevado al 5to espacio intercostal, derrame pleural izquierdo.

09.12.25 09:30 HORAS: Se encontró con mascarilla reservorio para su alimentación, presentó de manera súbita FC 160 lpm, con disnea y desaturación 85%, se colocó en VMNI, bradicardia hasta 30 lpm y ausencia de pulsos periféricos. **09:36 HORAS:** Se inició reanimación cardiopulmonar. Gasometría venosa: pH 6.82, pCO₂ 58.7 mmHg, pO₂ 37.7 mmHg, lactato 4.38 mmol/L, HCO₃ 9.5 mEq/L, Na 139 mmol/L y K 2.51 mmol/L, se administraron un total de 7 dosis de adrenalina (primera dosis 0.01 mg/Kg, posteriores a 0.02 mg/Kg), se realizó manejo avanzado de la vía aérea donde al momento de intubación se observó abundante salida de contenido alimenticio, se brindaron 11 ciclos, sin lograr retorno a la circulación espontánea. **Hora de defunción: 09:59 horas.**