



SESIÓN CLINICOPATOLÓGICA

Miércoles 25 de febrero 2026

COORDINADOR: DR. CARLOS RAFAEL BAÑUELOS ORTIZ

RADIÓLOGO: DRA. DENISSE ARISTA ESCOBAR

DISCUSOR: DR. ELIAS BARRERAS PÉREZ R-II PEDIATRÍA

PATÓLOGO: DR. JOSÉ ANTONIO NAVARRO VENEBRA

RESUMEN: DR. ARMANDO MATA OLVERA R-I PEDIATRÍA

FEMENINO DE 4 AÑOS 2 MESES DE EDAD AL INGRESO, ORIGINARIO DEL ESTADO DE MÉXICO.

MOTIVO DE CONSULTA: Referido con diagnóstico y antecedente de nacido pretérmino tardío de 36 SDG, síndrome de dificultad respiratoria secundaria a neumonía intrauterina remitida, displasia broncopulmonar, hiperbilirrubinemia remitida, sepsis neonatal por *Klebsiella pneumoniae* remitida y síndrome colestásico.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: Madre de 26 años, católica, ama de casa, bachillerato terminado, unión libre, epilepsia desde el primer año de vida, en manejo con carbamazepina 2 mg cada 24 horas (última crisis septiembre del 21), hemotipo O+, negó perforaciones, tatuajes y toxicomanías. Padre de 34 años, católico, mesero, licenciatura en administración, unión libre, sano, hemotipo O+, negó perforaciones y toxicomanías, un tatuaje. Abuelo materno finado a los 48 años secundario a DM2.

ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS: Habitan en casa propia, construida de materiales perdurables, cuenta con todos los servicios básicos, cohabita con cuatro personas en dos recámaras, no convive con animales. Alimentación: seno materno por 8 meses, alimentación complementaria a base de papillas a partir de los 8m, complementado con fórmula de continuación. DPM: Sonrisa social 7 m, sin sostén cefálico, sedestación ni bipedestación. Balbuceo a los 12 m. Pinza gruesa a los 12 m. Retraso global del desarrollo. Inmunizaciones: BCG 2 m, Hepatitis B 2m, 5m, 7m. Hexavalente: B 2 m, 5 m, 7 m, 18 m. Influenza: 11 m, 20 m. Neumococo 2 m, 4 m, 12 m. Rotavirus: 2 m, 4 m. SRP: 12 m, 20 m.

ANTECEDENTES PERINATALES Y PATOLÓGICOS: Producto de G2 A1 C1, madre de 25 años. Percepción del embarazo a los tres meses. Cuatro consultas prenatales, 6 USG normales, consumo de multivitaminas y hematinicos desde percepción del embarazo. VDRL y VIH negativas. Inmunizaciones TDPA e influenza. Negó diabetes gestacional, hipertensión gestacional o preeclampsia. Cuadro de cervicovaginitis en último trimestre, tratamiento no especificado. Presentó ruptura de membranas de 5 horas con desprendimiento de placenta y bradicardia fetal. Se obtuvo producto vía abdominal de 36 SDG, lloró y respiró al nacer, peso 2,100 gr, talla 43 cm, PC 33 cm, PA 30 cm, pie 7 cm, APGAR 8/9, Silverman-Andersen 2, requirió maniobras de reanimación avanzada, cursó con dificultad respiratoria y apneas con intubación orotraqueal y ventilación mecánica por 18 días, posteriormente casco cefálico por 13 días y oxígeno indirecto por 8 días hasta lograr destete de oxígeno. Ecocardiograma sin alteraciones con PSAP 18 mmHg. Se transfundió en dos ocasiones con necesidad de exanguinotransfusión por hiperbilirrubinemia. NPT por 11 días. Se integró enfermedad por reflujo gastro-esofágico. Egresó a los 43 días de VEU.

01.06.21 C.E. NEUMOLOGÍA: Conocido HIMFG. Paciente de tres meses que cumplió criterios para displasia broncopulmonar moderada, desaturando 86% al aire ambiente. Presentó reflujo gastroesofágico con regurgitación 7/7 y vómito 2/7, sin repercusión en peso y ganancia ponderal. Presencia de paladar ojival, soplo de baja intensidad y hernia umbilical. Se solicitó ECOTT y Rx tórax, valoración por Cirugía General, Foniatria y Gastroenterología. Plan: fluticasona aerosol 100 mcg cada 12 horas, vitaminas ACD, vitamina E, oxígeno para SpO₂ >92%.

09.07.21 C.E. GASTROENTEROLOGÍA Y NUTRICIÓN: Alimentación con seno materno a libre demanda, complementada con fórmula de inicio tres veces al día. Se presentó con desnutrición crónica compensada, con adecuada ganancia ponderal y de talla esperada para la edad. Datos de reflujo gastroesofágico fisiológico, sin cumplir criterios Roma IV. Sin ictericia, se solicitaron laboratorios.

22.07.21 C.E. CIRUGÍA GENERAL: Sin datos clínicos de hernia umbilical, alta del servicio.

01.08.21 C.E. NEUMOLOGÍA: Llamó la atención retraso del desarrollo psicomotor, sin sostén cefálico, no sigue con la mirada, sin respuesta a estímulos auditivos, se envió a Neurología y Audiología. Asintomático, sin oxígeno saturando >92%. Madre suspendió fluticasona. Continuó con omeprazol y cisaprida.

01.09.21 C.E. NEUROLOGÍA: Se integró encefalopatía por hiperbilirrubinemia, se solicitó EEG.

02.09.21 C.E. AUDIOLOGÍA: No respondió a estímulos auditivos de alta intensidad. Se realizaron pruebas auditivas, se integró hipoacusia profunda bilateral probablemente secundaria a factores perinatales. Se envió para donación de aparato auditivo de alta potencia y se sugirió uso continuo.

10.09.21 C.E. FONIATRÍA: Sin disfagia, continuó con alimentación vía oral, consistencia líquida con adecuada postura. Se refirió que recibiría donación de aparato auditivo el 06.10.21.

21.09.21 ECOTT: Foramen oval permeable de 2 mm con cortocircuito de izquierda a derecha, insuficiencia tricuspídea leve y adecuada función sistólica biventricular. PSVD 23 mmHg.

06.10.21 C.E. NEUROLOGÍA: EEG: normal en fase 1 de sueño. Resonancia magnética de cráneo se realizará una vez que pese 10 Kg. Pendiente valoración por Rehabilitación.

29.10.21 GASTROENTEROLOGÍA Y NUTRICIÓN: Paraclínicos en rangos normales (BT 0.42 mg/dL, BD 0.11 mg/dL, BI 0.31 mg/dL, ALT 43 U/L, AST 48 U/L, GGT 28 U/L), se descartó síndrome colestásico. Adecuada ganancia de peso y talla, inició alimentación complementaria. Reflujo fisiológico, sin datos de enfermedad por reflujo gastro-esofágico. Alta del Servicio, se refirió a Pediatría General.

01.11.21 C.E. OTORRINOLARINGOLOGÍA: Referida por hipoacusia neurosensorial bilateral profunda para iniciar protocolo de implante coclear. Se solicitó TAC de oídos.

30.11.21 C.E. REHABILITACIÓN: Sin datos de displasia congénita de cadera, presentó secuelas neuromusculoesqueléticas y auditivas. Se indicó terapia física con programa en casa, aplicando técnicas de neurofacilitación para mejora de movimiento de extremidades.

13 y 14.12.21 OTORRINOLARINGOLOGÍA: TAC de oídos.

17.12.21 OFTALMOLOGÍA: A la exploración, sin alteraciones, en vigilancia.

12 al 14.01.22 INFECTOLOGÍA: Ingresó por dificultad respiratoria con neumonía adquirida en la comunidad con aislamiento de virus sincitial respiratorio tipo B. Manejo: Dieta normal y oxígeno suplementario 0.5 L/min. Sin datos de dificultad respiratoria ni de respuesta inflamatoria sistémica, egresó por mejoría.

27.01.22 C.E. AUDIOLOGÍA: Uso de aparato auditivo desde noviembre del 2021. Audiometría: hipoacusia profunda bilateral de tipo sensorial y trazo plano, en protocolo de implante coclear. Se indicó uso continuo de aparato auditivo bilateral (10 horas al día) y se solicitó cambio de moldes.

10.02.22 C.E. PEDIATRÍA GENERAL: Presencia de Telarca.

14.02.22 C.E. NEUMOLOGÍA: Madre suspendió medicación. Tos con alimentación 2/7, atragantamiento 7/7, ronquido 3/7. Saturación de oxígeno mínima necesaria de 92%. Rx tórax: presencia de infiltrado intersticial. ECOTT normal con PSVD 23 mmHg. Se indicó reiniciar fluticasona a dosis medias (100 mcg cada 12 horas), vitaminas ACD, vitamina E y serie esófago-gastro-duodenal con mecánica de la deglución por atragantamiento.

16.02.22 OTORRINOLARINGOLOGÍA: TAC de oído sin hallazgos patológicos en cóclea y canales semicirculares. PEA con hipoacusia profunda izquierda y umbral auditivo derecho de 100 DB, emisiones otoacústicas ausentes, paciente en protocolo de implante coclear.

14.03.22 C.E. ENDOCRINOLOGÍA: Referida por glándula mamaria de 1.5 cm, sin otros datos de pubertad precoz. No se detectaron uso de disruptores endócrinos como factor de riesgo, se encontraron datos de asfixia y antecedentes perinatales que pudieron conllevar a daño central. Se solicitó estudios del eje.

25.03.22 C.E. AUDIOLOGÍA: Conducta auditiva hipoacúsica profunda, uso de auxiliar auditivo bilateral y molde de silicón. Durante evaluación emitía sonidos solamente, sin intención de comunicación. Se indicó uso continuo de aparato auditivo bilateral.

12.05.22 C.E. COMITÉ IMPLANTES DE OÍDO: Candidata para colocación de implante coclear, se indicó continuar con terapia física, de rehabilitación y de lenguaje.

23.05.22 C.E. NEUMOLOGÍA: Serie esófago-gastro-duodenal sin evidencia de reflujo, sin alteración de la mecánica de la deglución ni microaspiraciones, sin alteraciones estructurales. Tos durante alimentación 7/7 con líquidos y sólidos. Atragantamiento 7/7 con sólidos, abundantes secreciones de vía aérea superior. Se solicitó gammagrama de vaciamiento gástrico con fase retardada y valoración por Foniatría por alteración de mecánica de deglución. Mismo manejo, se agregó bromuro de ipatropio.

06.06.22 C.E. ENDOCRINOLOGÍA: Femenino en seguimiento por aparición temprana de botones mamarios, sin otros datos clínicos de pubertad precoz. T3 total 109 ng/dl (105 a 269), T4 total 8.21 µg/dl (6.4 a 13.5), T4 libre 1.12 ng/dl (0.8 a 1.8), TSH 1.21 µUI/ml (0.7 a 6.6). *Eutiroides*: Estradiol <20 pg/ml (<15 pg/ml), FSH 6.14 µUI/ml (1.0 a 4.2), LH 0.17 µUI/ml (0.02 a 0.3). Edad ósea de 9 meses. *USG ovárico*: se observaron ovarios de características prepuberales, sin presencia de lesiones asociadas. Sin alteraciones bioquímicas que sugirieran lo mismo; gonadotropinas en rangos prepuberales. Sin alteración de la edad ósea, encontrándose

acorde a edad cronológica; ni tampoco se encontraron volúmenes ováricos mayor de 2 cc; es decir, con volumen prepuberal. Paciente con telarca prematura aislada sin ameritar tratamiento farmacológico ni nueva toma de estudios. Vigilancia, en espera de involución espontánea de telarca.

08.07.22 C.E. OFTALMOLOGÍA: No fijaba ni seguía con la mirada. Estrabismo. Se indicaron lentes.

03.08.22 C.E. NEUROLOGÍA: Aun sin tener el peso para realizar resonancia, llamó la atención que desde hace 6 meses no hubo incremento ponderal. Cita en ocho meses, se indicó apego estricto a terapias de rehabilitación.

25.08.22 C.E. NEUMOLOGÍA: Tos durante alimentación 7/7 con líquidos y sólidos, Atragantamiento 7/7 con sólidos, saturación óptima al aire ambiente. Gammagrama de vaciamiento gástrico: Salvograma negativo para presencia de microaspiración pulmonar, aparente alteración de la dinámica de deglución y alteración de la motilidad esofágica con tránsito esofágico de aclaramiento lento; datos indirectos de reflujo gastro-esofágico. Continuó con fluticasona y bromuro de ipratropio.

28.10.22. C.E. FONIATRÍA: Lenguaje a nivel de señas, gritos y gestos. Perdió aparato auditivo derecho. Disfagia orofaríngea leve. Candidata a implante coclear. **C.E. CUIDADOS PALIATIVOS:** Primera vez. Grupo paliativos 4. Escala funcional Lansky 50. Peso 8.7 Kg. Se envió a Nutrición.

17 al 19.11.22 OTORRINOLARINGOLOGÍA: Ingresó para colocación de implante coclear derecho.

17.01.23 C.E. NEUMOLOGÍA: Tos durante alimentación 7/7 con líquidos y sólidos, atragantamiento 7/7 con sólidos, saturación óptima al aire ambiente. Se solicitó TAC de tórax y se envía a Gastroenterología.

17.03.23 C.E. GASTROENTEROLOGÍA Y NUTRICIÓN: Paciente referida por estreñimiento y pobre ganancia ponderal, tos durante alimentación, emesis 2/día, evacuación cada tercer día en escóbalos. IDx: Alteración de mecánica de deglución: sialorrea, tos durante la alimentación, pobre sostén cefálico, cianosis peribucal y eventos de atragantamiento. Se indicó colocación de sonda nasogástrica, madre no aceptó colocación. Inició lactulosa 5 ml cada 12 horas, dosis respuesta. Se solicitó serie esófago gastroduodenal. **NUTRICIÓN:** Talla baja compensada con peso para la talla adecuado.

04.04.23 C.E. OTORRINOLARINGOLOGÍA: Paciente con uso intermitente de implante coclear por pasar la mayor parte del tiempo acostada. Adecuada ganancia auditiva con implante coclear derecho, buena tolerancia durante el uso, sin alteraciones en piel circundante.

11.04.23 C.E. FONIATRÍA: Se realizó método de evaluación volumen viscosidad protocolo modificado infantil. Saturación basal 98%. Se ofreció consistencia de pudding (yogurt griego) en cuchara de 1 a 2 ml con lo cual tuvo leve derrame anterior, retuvo unos segundos en cavidad oral y posteriormente deglutió, auscultando columna de aire con secreciones, ruidos deglutorios de fuerza disminuida. Presentó desaturación hasta 60% con recuperación posterior. Presentó accesos de tos posteriores y una arcada. Saturación de oxígeno final 94%. Vía oral con limitaciones en volumen por cucharada.

17.04.23 C.E. NEUROLOGÍA: Retraso global del desarrollo, no emitió palabras, solo monosílabas, sin sostén cefálico ni sonrisa social, si fijaba la mirada, no gateaba y no rodaba, sedestación sin apoyo, pinza gruesa presente. Peso necesario, se entregó orden para resonancia de cráneo. Continuó terapia de rehabilitación

08.05.23 C.E. FONIATRÍA: No se recomendó uso de sonda nasogástrica. Continuar con vía oral, con restricciones de cantidad de 1 ml por cucharada, consistencias pudding y néctar. Medidas higiénicas: adecuada posición, sin distractores, pausas entre cucharadas; a considerar vía alternativa. **C.E. GASTROENTEROLOGÍA Y NUTRICIÓN:** Secreciones posterior a tomas de dieta, cedieron eventos de emesis y sialorrea posterior a inicio de rehabilitación física. Serie esófago-gastro-duodenal: hernia hiatal grado I. Sin datos clínicos de alteración de la mecánica de la deglución posterior al inicio de rehabilitación física, manejo expectante respecto a colocación de sonda nasogástrica, solo en caso de presentar datos clínicos que comprometieran la seguridad de la vía aérea. Continuó con estreñimiento, familiar solo administró lactulosa dos semanas. **NUTRICIÓN:** Talla baja compensada con peso adecuado para la talla, ganancia ponderal de 280 g y 4 cm en dos meses. Plan: dieta licuada por vía oral y aumento en ingesta de alimentos sólidos.

24.07.23 C.E. NEUROLOGÍA: No se pudo realizar resonancia de cráneo debido al implante coclear que la paciente portaba, se solicitó TAC simple de cráneo. Negó movimientos anormales, con mejoría de espasticidad, solo acudió una vez por semana a rehabilitación. Inició tizanidina. **C.E. CUIDADOS PALIATIVOS:** Ocasional presencia de tos por mal manejo de líquidos y secreciones. Acudió a rehabilitación mensual, ejercicios en casa. Tendencia a constipación, inició lactulosa 5 ml cada 12 horas.

18.10.23 C.E. NEUMOLOGÍA: Tos productiva crónica y sintomatología asociada a alimentación: Tos con líquidos 3/7 y con triturados 7/7 con atragantamiento 5/7. Ruidos transmitidos de vía aérea superior. Serie esófago-gastro-duodenal: Reflujo grado III y hernia hiatal grado I. Se solicitó TAC tórax. Continuó manejo con corticosteroide inhalado como antiinflamatorio local y anticolinérgico para reducir secreciones bronquiales.

C.E. CUIDADOS PALIATIVOS: Lansky 40. Madre refirió preocupación y tristeza por retroceso a pesar de terapias de rehabilitación.

13.11.23 C.E. NUTRICIÓN: Ganancia ponderal 700 g en 6 meses y 3 cm de talla. Aporte calórico suministrado 845 de 1,050 Kcal necesarias.

15.01.24 C.E. AUDIOLOGÍA: No usaba implante por estar acostada la mayor parte del tiempo y por falta de sostén cefálico, se le caía constantemente, lo usaba 4 horas al día. Acudió con procesador guardado y sin batería, no traía cargador. No acudió a Terapia de Lenguaje en seis meses. Madre divorciada, trabajaba y no contaba con apoyo para traerla a consultas de Terapia. No cambió molde, ni usaba auxiliar auditivo. Madre indiferente, poco cooperadora y ausente durante consulta. Misma indicaciones. Se remitió a reunión con coordinadora de comité por desapego a tratamiento. **C.E. NEUROLOGÍA.** Escasa mejoría de espasticidad, se incrementó dosis de tizanidina, sin tomografía de cráneo.

26.01.24 C.E. CIRUGÍA DE TÓRAX Y ENDOSCOPIA: Valorada por hernia hiatal, se programó para panendoscopia y se dieron F15 para valoración por Servicio de Cirugía Laparoscópica.

12.02.24 PANENDOSCOPIA: Se observó cricofaríngeo sin alteraciones, esófago con mucosa eritematosa, en tercio inferior, se observaron erosiones lineales de más de 5 mm y confluentes, menos de 75% de circunferencia, se observaron pliegues gástricos intraesofágicos, unión esofagogástrica permeable, estómago con eritema de la mucosa, a la retrovisión se observó pérdida de ángulo de His, con falta de coaptación del endoscopio, se observó tumoración redondeada prepilórica compatible con páncreas ectópico, píloro central y franqueable, primera y segunda porción duodenal sin alteraciones. IDx: Esofagitis C de los ángeles, hernia hiatal tipo 1, páncreas ectópico, gastropatía. Omeprazol 2 mg/Kg/día.

25.03.24 C.E. NUTRICIÓN. Nutricionalmente eutrófica, ganancia ponderal 1,200 g y talla 3 cm en 4 meses, con buena adherencia a recomendaciones. Peso 11.6 Kg. Talla 86 cm. Plan: aumento en ingesta de alimentos sólidos con dos tomas de licuados al día. Alta por clínica de nutrición enteral. **C.E. CUIDADOS PALIATIVOS:** Madre refirió no notar avance en estado de la niña, acudió a rehabilitación cada tres meses y terapia ocupacional una vez al mes. Negó recibir apoyo emocional, no acudió a citas agendadas con Psicología. Se observó con cansancio físico y emocional. Se refirieron movimientos sugestivos secundarios a reflujo.

26.03.24 C.E. NEUMOLOGÍA: Tos con alimentos triturados 2/7, tos con líquidos 3/7. Respiración bucal nocturna 7/7. Abundantes secreciones en cavidad oral. TAC tórax: Imágenes en vidrio deslustrado, a nivel de segmento S6 apical de lóbulo posterior, sugestivo de lesiones por síndrome aspirativo leve. Se solicitó valoración por Foniatría para mejora de técnica alimentaria. Presencia de atelectasia pasiva, se solicitó valoración por rehabilitación pulmonar. Continuó con fluticasona y bromuro de ipatropio.

03.04.24 C.E. FONIATRÍA: Disfagia orofaríngea moderada con afección en la eficacia y la seguridad. Saturación basal 90%, se otorgó consistencia pudding, sin adecuado manejo del bolo, con escurrimiento anterior, se auscultó columna de aire libre y ruidos deglutorios tardíos. Biberón con inadecuado sello labial, con derrame anterior, adecuada succión.

19.06.24: Gammagrama: evidenció velocidad de vaciamiento gástrico normal a la primera y cuarta hora. Datos de reflujo gastroesofágico severo (tercio superior de esófago y cavidad oral), no asociado a arcada. Estudio negativo para microaspiraciones.

22.07.24 C.E. NEUROLOGÍA: Leve mejoría de espasticidad, continuó con tizanidina. Tomografía simple de cráneo sin informe, se evidenció adecuada diferenciación de sustancia gris y blanca, ventrículos dentro de parámetros con artefacto de implante acústico en hemisferio derecho. No se observaron lesiones estructurales tipo hemorragia leucomalacia.

23.07.24 C.E. NEUMOLOGÍA: Tos con papillas 3/7, tos con líquidos 3/7. Respiración bucal nocturna 7/7. Abundantes secreciones en cavidad oral. Paciente en seguimiento por displasia broncopulmonar moderada y probable síndrome aspirativo secundario a disfagia orofaríngea moderada; sin indicación de sonda nasogástrica, en seguimiento por Rehabilitación Pulmonar y Física.

02.09.24 C.E. AUDIOLOGÍA: No usaba implante por estar acostada la mayor parte del tiempo y por falta de sostén cefálico, se le caía constantemente, lo usaba 6 horas al día. No acudió a Terapia de Lenguaje. No cambió molde ni usaba auxiliar auditivo. Madre indiferente, poco cooperadora y ausente durante consulta. Misma indicaciones. Se remitirá a reunión con la coordinadora del comité por desapego a tratamiento y omisión de cuidados.

03.09.24 C.E. CUIDADOS PALIATIVOS: Lansky 30. Madre no notó ningún avance en el desarrollo de la paciente. Desconocía la razón de necesidad de funduplicatura.

09.10 al 11.09.24 SALA CIRUGÍA GENERAL: Ingresó para realizar funduplicatura de Nissen, con hallazgos transoperatoria de hernia hiatal grado I.

01.11.24 C.E. CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA: En seguimiento posquirúrgico, con adecuada evolución, se citó en un mes para seguimiento y vigilancia de ganancia ponderal, continuó con cisaprida y omeprazol.

27.01.25 C.E. NEUMOLOGÍA: Tos con papillas 7/7, tos con líquidos 0/7. Respiración bucal nocturna 7/7. Mejoría de síntomas. Rx tórax: Aumento de trama en hemitórax izquierdo. Bronquiectasia en segmento 5 derecho. Se suspendió bromuro de ipatropio y se disminuyó fluticasona a 50 mcg cada 12 horas.

PADECIMIENTO ACTUAL 30.04.25 URGENCIAS 23:00 HORAS:

Inició padecimiento 29.04.25 con fiebre de 38.9°C, agregándose irritabilidad e hiporexia, tratamiento con paracetamol, último pico 30.04.25 06:00 horas de 38.9°C. Inició con distensión abdominal progresiva acompañada de dolor y aumento de tensión abdominal, generalizado a la palpación. Acudió con médico facultativo quien indicó azitromicina y paracetamol. Al no encontrar mejoría decidió acudir a esta institución para valoración, presentó pérdida del estado de alerta con secreciones abundantes hialinas por vía oral, sin respuesta a estímulos. A su llegada al hospital sin signos vitales, en paro cardiorrespiratorio.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Peso	Talla	FC	FR	TA	Llenado Capilar	Sat O ₂
11.5 Kg	50 cm	0 /min	0 /min	0/0 mmHg	No Valorable	---

Gasometría al ingreso

pH	Pco ₂	Po ₂	Hco ₃	EB	Lactato
6.57	166 mmHg	32.4 mmHg	9.1 mEq/L	-31.5	10.32 mmol/L

Pasó directo a área de choque, se identificó riesgo vital, no se palparon pulsos, paciente en paro cardiorrespiratorio. Se inició reanimación cardiopulmonar. Pupilas midriáticas 5 mm, arreflécticas. Se administraron nueve ciclos de reanimación y cinco dosis de adrenalina a 0.01 mg/Kg. Trazo inicial en monitor: asistolia. Posterior a 19 minutos, con retorno a la circulación espontánea. Gasometría postparo: pH 6.57, pO₂ 166.3 mmHg, pCo₂ 32.4 mmHg, HCO₃ 9.1 mEq/L, EB -31.5, lactato 10.32 mEq/Kg, sodio 140.2 mmol/L, potasio 6.43 mmol/L, calcio 1.42 mg/dL. Se intubó al primer intento durante la reanimación, con cánula 4.5 mm con globo, por laringoscopia directa, visualizándose vía aérea sin restos hemáticos ni gástricos. Posterior a retorno de circulación espontánea se recambió cánula a 5 mm con globo debido a fuga, se fijó a 14.5 cm de diente. Se administró bolo de gluconato de calcio 1 g, infusión de adrenalina a 0.2 mcg/Kg/min, bolo de HCO₃ 2 mEq/Kg, se administró una carga con solución Hartmann 20 ml/Kg y se inició antibioticoterapia con meropenem 100 mg/Kg/día. Posterior al paro, con llenado capilar en 5 segundos, bajo intubación orotraqueal, con parámetros presión inspiratoria 18 cm/H₂O, FiO₂ 80%, PEEP 6 cm H₂O, pupilas midriáticas 5 mm sin respuesta a estímulos luminosos, coloración marmórea, cianosis peribucal y distal. Cráneo microcéfalo adecuada implantación de cabello, pabellones auriculares de adecuada implantación, membrana timpánica íntegra, conductos auditivos externos sin eritema, narinas permeables, cavidad oral deshidratada, cianótica, faringe sin hiperemia, amígdalas grado II, sin descarga posterior, cuello cilíndrico, sin adenopatías, tráquea central móvil, con crépitos bilaterales a la auscultación, abdomen con presencia de distensión abdominal severa, a la auscultación peristalsis ausente con datos de abdomen en madera, a la percusión abdomen timpánico en todos los cuadrantes, cicatrices quirúrgicas de laparoscopia, presencia de enfisema subcutáneo el cual abarcó desde abdomen hasta pelvis, con salida espontánea de materia fecal y abundante gas. Extremidades frías, pulsos débiles. **23:49 HORAS:** Gasometría: pH 6.83, pCo₂ 52 mmHg, pO₂ 168.3 mmHg, HCO₃ 6.7 mEq/Kg. Déficit de base -25.2, lactato 20.12 mmol/L, sodio 145 mmol/L, potasio 3.9 mmol/L, calcio 2.06 mg/dL, cloro 105 mmol/L, anión gap 35.5 mEq/L. **CIRUGÍA GENERAL:** Colocaron sonda orogástrica, colocación traumática, sin obtenerse gasto, canalizaron segundo acceso venoso. Radiografía con importante distensión de asas intestinales con imágenes compatibles con cambios post-quirúrgicos de funduplicatura, sin aire libre ni niveles hidroaéreos. Candidata a exploración quirúrgica posterior a estabilización.

01.05.25: Paciente inestable, se dieron informes de gravedad a familiar y estado con otro de paro cardiorrespiratorio. Presentó en monitor trazo electrocardiográfico de asistolia, no se palparon pulsos. **Hora de defunción: 00:08 horas**