



SESIÓN CLINICOPATOLÓGICA

Miércoles 05 de agosto 2026

COORDINADOR: DRA. PERLA VIRGINIA SANTIAGO VÁZQUEZ

RADIÓLOGO: DRA. LÍDICE VALDIVIESO CONTRERAS

DISCUSOR: DRA. ANA GABRIELA ALCALÁ GUTIÉRREZ R-V UTIP

PATÓLOGO: DR. JOSÉ ANTONIO NAVARRO VENEBRA

RESUMEN: DRA. DESIREÉ LEINES CASTELÁN R-II PEDIATRÍA

RECIÉN NACIDO DE 30 SDG ORIGINARIO DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

MOTIVO DE CONSULTA: Referido desde el primer día de vida con diagnóstico de recién nacido pretérmino de 30 SDG, bajo peso al nacer, con restricción del crecimiento intrauterino simétrica, síndrome de dificultad respiratoria tratado con dos dosis de surfactante pulmonar, sepsis neonatal temprana en tratamiento y persistencia del conducto arterioso.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: Madre de 18 años, preparatoria completa, desempleada, católica, soltera. Hemotipo O+. Negó tatuajes, perforaciones y toxicomanías; sana. Padre de 17 años, secundaria, albañil, sano, fuera del núcleo familiar.

ANTECEDENTES PERINATALES Y PATOLÓGICOS: Embarazo no planeado, espontáneo, gesta 1. Inició control prenatal a las 16 SDG, en segundo nivel de atención con veinte consultas y ocho ultrasonidos. Posteriormente, fue referida a tercer nivel de atención a las 29 SDG debido a embarazo gemelar, donde acudió a dos consultas adicionales y se realizó un ultrasonido. Refirió ingesta de ácido fólico y sulfato ferroso, así como aplicación de inmunizaciones contra COVID-19, influenza y Tdap. Se realizaron pruebas de VDRL, VIH y hepatitis B y C, todas negativas. Presentó infección de vías urinarias en el tercer trimestre, sin recibir tratamiento, así como amenaza de parto pretérmino a las 30 SDG. Recibió esquema de uteroinhibición con nifedipino, orciprenalina y atosibán, así como neuroprotección con sulfato de magnesio y esquema de maduración pulmonar con betametasona 12 mg en una dosis. En la valoración por medicina materno-fetal del 18/07/25 se reportó: tórax simétrico; corte de cuatro cámaras con corazón en levocardia y levoapex, con concordancia auriculoventricular y ventriculoarterial. Se identificó derrame pericárdico de 4.1 mm y comunicaciones interventriculares musculares (una de 2.26 mm y otra de 1.5 mm), con tractos de salida sin alteraciones.

19.07.25: Nació vía abdominal debido a embarazo gemelar, con trabajo de parto pretérmino a las 30 SDG, líquido amniótico claro. Presentó peso de 930gr. y talla de 35.5 cm. Al nacimiento se encontró vigoroso, con esfuerzo respiratorio. Se realizó pinzamiento tardío del cordón umbilical a los 30 segundos. Posteriormente pasó a cuna de calor donde se realizaron maniobras iniciales de reanimación con Apgar de 5/7.. A los 10 minutos presentó un puntaje de Silverman-Anderson de 4, a expensas de retracción marcada, aleteo nasal y tiraje por lo que se administraron dos ciclos de ventilación con presión positiva. Posteriormente, se decidió intubación orotraqueal, la cual se logró al cuarto intento. Se administró surfactante. Parámetros iniciales del ventilador: modo asistido/controlado por volumen (AC/V), volumen corriente 6.4 ml, frecuencia respiratoria 50, PEEP 7 cm/H₂O, FiO₂ 30%. Gasometría inicial: pH 7.38, pCO₂ 56 mmHg, pO₂ 29 mmHg, HCO₃ 20 mEq/L, déficit de base -7.4 y lactato 2.8 mmol/L.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Se recibió paciente hemodinámicamente estable, sin requerimiento de aminos ni expansión de volumen, con adecuada perfusión y pulsos palpables; a la auscultación se identificó soplo cardíaco. Se encontraba con intubación orotraqueal (ventilación asistida/controlada por presión (FiO₂ 24%, PI 13, FR 45, PEEP 6), con adecuada mecánica ventilatoria y saturaciones >97%. Se mantuvo en ayuno, con abdomen blando, perímetro abdominal de 19.5 cm, peristalsis presente y sin evacuaciones. Sin alteraciones hidroelectrolíticas; se indicaron soluciones a 80 ml/Kg/día.

Peso	Talla	FC	FR	TA	Temperatura	Llenado Capilar	Sat O ₂
926 g	35.5 cm	156/min	62/min	48/25 mmHg	36.8 °C	2 segundos	97%

pH	Pco ₂	Po ₂	Hco ₃	EB	Lactato
7.25	31 mmHg	63 mmHg	15.1 mEq/L	-12	1.1 mmol/L
Hemoglobina	Hto	Leucocitos	Plaquetas		
14.20 g/dL	39.8%	4,500/μL	164,000 cels/mm ³		
BUN	Glu	Na	K	Cl	Creatinina
19.83 mg/dL	120 mg/dL	143 mmol/L	3.6 mmol/L	117 mmol/L	0.94 mg/dL
BT	BD	BI	ALB		
6.09 mg/dL	0.72 mg/dL	5.37 mg/dL	3.2 mg/dL		

21.07.25: Presentó hipoglucemia (46 mg/dL) con soluciones parenterales (GKM 5), por lo que se incrementó a 6 mcg/Kg/min. Tras inicio de nutrición parenteral total (NPT), desarrolló hiperglucemias persistentes, por lo que se redujo aporte a 4 mcg/Kg/min e inició infusión de insulina a 0.01 UI/Kg/h durante 6 horas con mejoría posterior. Ante leucopenia e hiperbilirrubinemia se inició manejo con ampicilina y amikacina, además de fototerapia. Ultrasonido transfontanelar sin alteraciones.

22.07.25: Evolucionó con datos de mala perfusión, hipotensión diastólica con diferencial amplia, inició apoyo aminérgico con adrenalina (0.05 mcg/Kg/min) durante 4 horas, con mejoría. Por mejoría de condiciones hemodinámicas se inició alimentación 15 ml/Kg/día. Ecocardiograma: comunicación interauricular de 3.2 mm, múltiples defectos interventriculares musculares y conducto arterioso permeable de 2.4 mm con repercusión hemodinámica (QP/QS 1.96 y flujo diastólico ausente en territorios mesentérico y cerebral), FEVI 59%, dilatación de cavidades izquierdas, presión sistólica de la arteria pulmonar similar a la sistémica. Se inició ibuprofeno por 3 días para cierre de conducto arterioso. Se transfundió concentrado eritrocitario (10 ml/Kg) por anemia con Hb 11.2 g/dL. USG transfontanelar: se observó hemorragia Intraventricular Grado II.

24.07.25: Continuó con inestabilidad hemodinámica, requiriendo carga de volumen (10 ml/kg) y reinicio de adrenalina, se dejó en ayuno. Gasometría con acidosis metabólica. Presentó hiperglucemia hasta 347 mg/dL, manejada con insulina (0.03 UI/Kg/h). Ante sospecha de choque séptico, se escaló a meropenem. Ecocardiograma de control: persistencia de defectos septales y conducto arterioso (2.6 mm), con dilatación de cavidades izquierdas e hipertensión pulmonar. Se inició segundo ciclo de cierre farmacológico con paracetamol.

27.07.25: Persistió deterioro hemodinámico, requiriendo apoyo aminérgico (adrenalina y noradrenalina hasta 0.1 mcg/Kg/min). Presentó hiperkalemia (6.4 mEq/L), que remitió con furosemida. En ventilación mecánica con parámetros elevados; radiografía con consolidación pulmonar. Se administró plasma fresco congelado por alteraciones en tiempos de coagulación.

TP	INR	TTPa			
17.3 seg	1.5 mmHg	82.8 seg			
Hemoglobina	Hto	Leucocitos	Plaquetas		
11 g/dL	31.7 %	8,100/μL	190,000 cels/mm ³		
BUN	Glu	Na	K	Cl	Creatinina
13.3 mg/dL	129 mg/dL	137 mmol/L	5.2 mmol/L	112 mmol/L	1.15 mg/dL
BT	BD	BI	ALB		
10.57 mg/dL	0.72 mg/dL	9.85 mg/dL	2.6 mg/dL		

30.07.25: Ecocardiograma: cardiopatía congénita con comunicación interauricular (2.1 mm), múltiples defectos interventriculares y conducto arterioso permeable grande con repercusión hemodinámica (flujo diastólico ausente sistémico). Disfunción ventricular leve. Presentó desequilibrios hidroelectrolíticos; se ajustaron aportes. Tras fracaso de cierre farmacológico, se programó cerclaje pulmonar. Se transfundió concentrado eritrocitario por anemia.

01.08.25 CIRUGÍA CARDIOVASCULAR: Se realizó ligadura de conducto arterioso y cerclaje de arteria pulmonar. Evolucionó con inestabilidad hemodinámica y desaturación intraoperatoria. Ecocardiograma postquirúrgico: sin flujo residual del conducto, disfunción ventricular izquierda moderada (FEVI 38%), gasto cardíaco 141 ml/Kg/min, hipertensión pulmonar de 34 mmHg y FEVI Simpson 38%.

02 al 07.08.25: Curso con inestabilidad hemodinámica persistente, requiriendo soporte aminérgico dosis máxima adrenalina 0.2 mcg/Kg/min, norepinefrina 0.2 mcg/Kg/min y milrinona 0.33 mcg/Kg/min y ventilación avanzada (VAFO). Radiografía con enfisema intersticial. Desarrolló sepsis neonatal tardía de probable origen pulmonar; se ajustó tratamiento antibiótico suspendiendo meropenem y se agregó vancomicina. Ecocardiogramas seriados: mejoría de función ventricular (FEVI hasta 61–64%), persistencia de defectos septales, hipertensión pulmonar moderada y derrame pericárdico leve sin compromiso inicial.

08 al 13.08.25: Persistió compromiso respiratorio con necesidad intermitente de VAFO. Por datos de respuesta inflamatoria se reinició meropenem. Derrame pericárdico manejado con diurético. Se inició manejo con hidrocortisona. Función ventricular conservada en controles subsecuentes, con persistencia de hipertensión pulmonar y defectos septales. Mejoría hemodinámica progresiva con retiro de apoyo aminérgico tras 24 días.

17 al 19.08.25: Persistió inestabilidad hemodinámica con reinicio de adrenalina. Se documentó derrame pericárdico con repercusión, realizándose pericardiocentesis y colocación de drenaje pericárdico (35 ml serohemático), con mejoría inicial. Ecocardiograma posterior sin derrame.

20.08.25 CARDIOLOGÍA: Valoración por antecedente de derrame pericárdico. Se consideró incremento del derrame con repercusión hemodinámica y se verificó el drenaje colocado 24 horas antes, el cual no presentó retorno, por lo que se decidió preparar la colocación de un nuevo drenaje. Durante la valoración, el paciente presentó bradicardia. Se verificó la adecuada posición del tubo endotraqueal y se administró ventilación con bolsa reservorio, posteriormente, se realizó recambio del tubo endotraqueal por cánula de 3 Fr fijada a 9 cm, continuando con ventilación asistida. Evolucionó a bradicardia con ausencia de pulso, por lo que se iniciaron maniobras avanzadas de reanimación cardiopulmonar, realizándose 15 ciclos, con administración de 5 dosis de adrenalina, un bolo de bicarbonato y un bolo de gluconato de calcio. Durante la reanimación, se identificó neumotórax derecho, por lo que se colocó minisello pleural. Asimismo, se realizó drenaje del derrame pericárdico mediante colocación de nuevo drenaje, obteniéndose contenido hemático 15 ml, tras 30 minutos de maniobras avanzadas, sin lograr retorno de la circulación espontánea, se corroboró ausencia de actividad circulatoria, por lo que se declaró el fallecimiento. **Hora de defunción: 12:05 horas.**