

## Resumen Clínico

<b>Nombre del paciente:</b>	Sandra Judith Ramírez Zavala
<b>Fecha de Nacimiento:</b>	02/09/1994
<b>Edad:</b>	22 años
<b>Sexo:</b>	Femenino
<b>Expediente:</b>	42693

### Resumen

- Antecedentes de importancia:**

Niega crónico-degenerativos, alergias y transfusiones.

AGO: Menarca 13 años, G2 P0 C0 A0, FUC: 03 enero 2017, MPF implante subdérmico, ritmo irregular.

- Motivo de ingreso a urgencias CHOQUE (13/04/2017 14:00 horas):**

Es referida de su comunidad (C. S. Villa de Zaragoza) por presentar tos productiva, escalofríos, dolor en hemicárdia derecha de 4 días de evolución + Murphy positivo, se niega fiebre.

Padecimiento actual: el 10/04/2017 inicia con dolor en hemicárdia derecha, es tratada con analgésicos sospechando de cólico biliar. El día 13/04/2017 acude nuevamente a su clínica por continuar con sintomatología previa, más se agrega escalofríos, expectoración amarillenta y presenta una SatO2 del 60%, motivo por el cual es referida a esta unidad.

Se recibe a la paciente en área de choque.

- Exploración física:**

FC: 146 lpm, FR: 28 rpm, TA: no censable mmHg, T°: 34 °C, SatO2: 58%, DxTx 109 mg/dl.

Alerta, orientado, Glasgow 15, hipotérmica, taquicárdica, taquipneica, se indica mascarilla con reservorio obteniendo un máximo de SatO2 de 70%, se coloca catéter venoso central al 4° intento y se decide manejo de vía aérea avanzado con intubación orotraqueal.

Paciente bajo sedación se explora: temperatura 35°C, pupilas isocóricas de 3mm reactivas, FC 160 lpm, ruidos cardiacos rítmicos, sin fenómenos agregados, bajo ventilación mecánica

con SAtO2 del 60%, se auscultan campos pulmonares encontrando estertores bilaterales diseminados, sibilancias diseminadas en hemitórax izquierdo, resto de exploración física sin datos patológicos, llenado capilar distal 2 seg.

Rx de tórax con imagen radio-opaca en región apical y media de pulmón derecho, aparente masa de aproximadamente 10 x 10 cm.

#### **Diagnóstico:**

Choque séptico de origen pulmonar + Síndrome de dificultad respiratoria aguda + masa pulmonar en estudio + desequilibrio hidroelectrolítico.

**Plan:** Se inicia antibióticoterapia con doble esquema (cefalosporina 3<sup>a</sup> generación y macrólido), broncodilatadores, animas vasopresoras, sedoanalgesia. Se solicita TAC de tórax con contraste y simple.

Paciente con pronóstico malo a corto plazo con probabilidad de mortalidad de hasta 80%.

- **Evolución 13/04/2017 16:21 hr Urgencias CHOQUE:**

La paciente presenta paro cardiorespiratorio, se inician maniobras RCP avanzado (2 ciclos) se revierte obteniendo retorno de actividad cardiaca.

Se recaba segunda Rx de tórax en la que se aprecia neumotórax derecho, se procede a colocación de sello endopleural derecho, obteniendo gasto serohemático.

Se solicita Rx de control.

Exploración física: Paciente bajo sedación, pupilas reactivas a la luz, T/A 100/68, TAM 78 torr, (con norepinefrina 1mcg/kg/min) ruidos cardiacos taquicárdicos, llenado capilar distal 4 seg, bajo ventilación mecánica SatO2 58%, estertores en hemitórax derecho y sibilancias diseminadas, sello pleural con gasto de 200 cc serohemático, continúa con hipotermia de 33°C, se indica calor seco. Gasometría arterial con acidosis metabólica.

Rx de tórax de control: Se observan imágenes radio-opacas en hemitórax derecho, probable Neumonía multilobar VS Pb tumoración pulmonar.

**Diagnóstico:** SIRA severo + Neumonía multilobar derecha + Derrame paraneumónico derecho + Neumotórax derecho resuelto

Se considera riesgo de mortalidad mayor a 85%.

- **Evolución 13/04/2017 18:37 hrs Valoración de Medicina Interna:**

Paciente con pupilas hiporeflécticas, hemodinámicamente inestable, taquicárdica (140 lpm), PAM 74, Sat O<sub>2</sub> 80% bajo ventilación mecánica asistida, volúmenes urinarios adecuados, forzados con diuréticos. Resto de exploración física en mismas condiciones de nota previa.

Se establece el diagnóstico de Probable Enfermedad tipo influenza, más no cumple con definición operacional, se inicia tratamiento con Oseltamivir 75 mg cada 12 horas.

Se indica su ingreso a UCIA.

Diagnóstico: Probable Enfermedad tipo influenza + Estado postparo cardiaco + Neumonía grave + Sepsis de foco pulmonar + Acidosis metabólica + Desequilibrio hidroelectrolítico.

- **Evolución 13/04/2017 21:01 hrs Urgencias CHOQUE:**

Se observa gasto de sonda orogástrica en posos de café, Sat O<sub>2</sub> 70%, hipotermia de 35.5°C.

Continúa en área de choque, no pasa a UCIA ya que no hay médico en turno nocturno en dicho servicio.

Se inicia dopamina por presentar TAM menor a 65, taquicardia de 170 lpm.

- **Evolución 14/04/2017 07:18 hrs Urgencias CHOQUE:**

Paciente con evolución tórpida, se agrega el diagnóstico de Puerperio tardío.

Rx de tórax de control se observa opacidad pulmonar derecha, aumento de trama parahiliar bilateral, infiltrado micronodular en región basal de hemitórax izquierdo.

Se reporta gasto serohemático de sello pleural de 460 cc, DxTX 251 mg/dl (se indica esquema de insulina).

Continúa en espera de ingreso aUCIA.

Paciente grave con SOFA de 19 puntos, probabilidad de mortalidad mayor a 95%.

- **Evolución 14/04/2017 09:45 hrs Valoración por UCI:**

Radiografía inicial con imagen delimitada en hemitórax derecho, alta posibilidad de absceso pulmonar, más no se puede corroborar ya que no se cuenta con TAC (tomógrafo descompuesto en hospital). Actualmente con datos de falla hemodinámica, renal, respiratoria, hepática y de coagulación.

Se requiere TAC de tórax para descartar o corroborar diagnóstico de absceso pulmonar, en caso de corroborarse requiere de manejo quirúrgico urgente.

Se considera sin beneficio su pase a UCI, el manejo recibido en Urgencias es adecuado para la paciente en este momento.

Se comenta a directivo de guardia la necesidad de traslado a 3er nivel de atención para complemento diagnóstico.

Alta probabilidad de fallecer.

- **14/04/2017 11:40 horas Nota directivo de guardia:**

Debido a la condición de la paciente hay riesgo en su traslado para TAC en otra unidad, se solicita su ingreso a 3er nivel, pero no se acepta la paciente por no tener cupo. Secundario a esto y por las horas de estancia en área de choque se pasa a UCIA para continuar manejo.

- **14/04/2017 14:10 horas Ingreso a UCIA:**

Se continúa con soporte multisistémico, con falla orgánica múltiple.

T/A 115/56, FC 140 lpm, FR 30 rpm, Temp 38°C, Sat O2 56%.

Se observa coloración marmórea en ortejos, estertores gruesos en hemitórax derecho, peristalsis ausente, gasto de sonda orogástrica de 506 cc en posos de café, presenta fiebre.

**Diagnóstico:** Falla orgánica múltiple + Probable absceso pulmonar + Neumotórax derecho resuelto + Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda.

- **14/04/2017 20:45 hrs Evolución UCIA:**

T/A 129/58, 142 lpm, 30 rpm, Temperatura 37.2°C, SatO2 no censa.

Presenta datos de insuficiencia renal probablemente secundaria a sepsis. Se encuentra con falla orgánica y aun en deterioro, alta probabilidad de fallecimiento en próximas horas.

Se continua con soporte multiorgánico.

- **Nota de Defunción 15/04/2017 9:50 horas:**

Paciente sin respuesta favorable a manejo establecido, se determina hora de defunción 09:40 horas con los siguientes diagnósticos:

- Choque séptico de origen pulmonar
- Insuficiencia respiratoria severa
- Neumonía multilobar derecha
- Probable Enfermedad Tipo Influenza

Se explica a los padres la necesidad de necropsia y no aceptan procedimiento.

