

Resumen Clínico

| | |
|-----------------------------|-----------------------|
| Nombre del paciente: | Simón Sánchez Guevara |
| Fecha de Nacimiento: | 03/03/1991 |
| Edad: | 25 años |
| Sexo: | Masculino |
| Estado civil: | Soltero |
| Expediente: | 40605 |

Resumen

- Antecedentes de importancia:**

Niega enfermedades crónico-degenerativas. Niega antecedentes quirúrgicos, traumáticos y transfusionales. Alcoholismo positivo, cada quince días hasta llegar a la embriaguez, se desconocen datos de otras adicciones (interrogatorio indirecto).

- Motivo de consulta (Ingreso 26/08/2016 23:20hrs):**

Inicia tres meses previos a su ingreso con cefalea holocraneana intensa, fiebre recurrente cuantificada de hasta 38°C (no se especifica patrón), tos productiva, dolor en región dorsal y disminución de peso corporal. Tuvo tratamientos con antibióticos no especificados. Posteriormente presenta Síndrome disúrico, anuria, Crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas y es llevado al Hospital General de Río Verde SLP, en donde nuevamente presenta crisis convulsivas y paro cardiorespiratorio, es atendido en esa unidad y le inician DOTBAL fase intensiva por sospecha de Tb meníngea.

Posteriormente es referido a Hospital Central (por alguna razón no es enviado a dicho hospital) pero es atendido en el Hospital General de Soledad finalmente.

- Exploración física:**

A su ingreso FC: 92 lpm, FR: 12 rpm, TA: 99/85 mmHg, T°: 36 °C, SatO2: 99%, DxTx: 102 mg/dL. Ingrasa con ventilación mecánica x tubo orotraqueal, sedado, buen estado de hidratación, precordio rítmico y sin agregados, campos pulmonares bien ventilados. Pupilas midriáticas, no reactivas a la luz.

- **Diagnóstico:**

Déficit neurológico agudo + Pb Neuroinfección por TB meníngea + CCTGC + Descartar hidrocefalia.

- **Evolución:**

27/08/2016 01:30 hr - Ingresa a UCIA con mismos diagnósticos. Se continua con tratamiento antifímico en esta unidad (DOTBAL fase intensiva 4 tabletas diarias). Se reportan reacciones febris con Proteus OX 1:320, Paratífico B 1:320, Tílico O 1:160. VIH no reactivo. Sospecha de Pb ricketsiosis. Se indica Doxiciclina pero no se administra por falta de insumo.

27/08/2016 18:00 hr - Se solicita interconsulta a Neurocirugía por TAC con reporte de ventriculomegalia + edema cerebral.

28/08/2016 17:00 hr – Rx de tórax reportan neumotórax derecho, se coloca sello de agua y se expanden adecuadamente los pulmones nuevamente, se deja drenaje pleural el cual tiene gasto serohemático.

29/08/2016 11:30 hr - Se solicita traslado a HCIMP con Diagnósticos de egreso: Hipertensión intracraneana secundaria a hidrocefalia pb secundaria a Tb meníngea + Insuficiencia Hepática Child A + Desnutrición + Neumotórax derecho resuelto por colocación de sello pleural + Pb ricketsiosis.

29/08/2016 14:00 hr – Se reporta sin espacio físico en HCIMP para su traslado.

29/08/2016 17:00 hr – Neurocirugía reporta Tb meníngea por clínica + aracnoiditis basal + hidrocefalia secundaria, considera es candidato a colocación de válvula de derivación ventrículo – peritoneal.

30/08/2016 13:38 hr – En TAC de cráneo de control reporta se agrega isquemia en hemisferio derecho además de los hallazgos previos.

30/08/2016 21:00 hr – Nota de Neurocirugía. Acudió neurocirujano a las instalaciones de HGS para realizar colocación de válvula de derivación ventrículo peritoneal, se reporta salida de LCR a presión, se toma muestra para citoquímico y cultivo de LCR.

31/08/2016 08:50 hr – Nota de Neurocirugía. Diagnósticos de hipertensión intracraneal. Lesión cerebral irreversible, Tb meníngea por clínica e hidrocefalia derivada. Paciente sin respuesta a estímulos dolorosos, pupilas no reactivas, mantiene reflejo corneal, tusígeno y de deglución, se suspende sedación. Posibilidad de muerte cerebral. Se observan datos de sangrado de tubo digestivo alto (gasto de sonda nasogástrica en “posos de café”).

01/09/2016 10:50 hr – Nota de egreso de UCIA. Motivo de egreso: Máximo beneficio. Diagnósticos de egreso de UCIA: Encefalopatía isquémica secundaria a infartos cerebrales múltiples secundarios a hipertensión intracraneana secundaria a hidrocefalia secundaria a Pb meningitis tuberculosa. P.O. de derivación ventrículo peritoneal, desnutrición, Neumotórax derecho remitido + hemorragia de tubo digestivo inactiva. Se solicita se realice gastrostomía y traqueostomía + Pb ricketsiosis.

02/09/2016 08:30 hr – Nota de neurocirugía. Paciente con mala evolución, actualmente sin respuesta a estímulos externos, no hay reflejos de deglución, tusígeno ni corneal, pupilas sin respuesta a estímulos luminosos.

05/09/2016 12:00 hr - Nota de Neurología. Paciente hasta el momento en mismas condiciones, coma profundo, sin respuestas de tallo bajo. Saturación de oxígeno de hasta 81%. Diagnósticos: Tb meníngea + hidrocefalia + P.O DVP + Pb ricketsiosis.

07/09/2016 12:15 hrs – Paciente en mismas condiciones, desaturando hasta 71%, dependiente de VMA. Mismos diagnósticos de nota previa.

08/09/2016 04:20 hr – Nota de defunción. El paciente presenta paro cardiorespiratorio. Se solicita necropsia al no confirmarse por laboratorios Tb meníngea.

Diagnósticos de egreso: Hipertensión intracraneana secundaria a hidrocefalia secundaria a pb Tb meníngea + Insuficiencia hepática Child A + Desnutrición + Neumotórax derecha remitido + encefalopatía isquémica secundaria a infartos cerebrales secundarios a hipertensión intracraneana + P.O. de colocación de válvula de derivación ventrículo peritoneal + STDA inactivo + Pb ricketsiosis.

- **Datos de laboratorio y gabinete:**

26/08/2016 - Reacciones febiles Positivo para Tílico O 1:160, Tílico H 1:160, Paratílico A negativo, Paratílico b positivo 1:320, Proteus OX-19 1:320. VIH no reactivo. BH leucocitos 12410, neutrofilia 92%.

29/08/2016 – BH leucocitosis 20200, neutrofilia 92%.

30/08/2016 – Citoquímico de LCR todos los parámetros dentro de límites normales, excepto cloro 117 mEq/L, no se observan formas bacterianas. Tinta china negativo.

31/08/2016 – BH Leucocitos 6710, Cultivo de LCR sin desarrollo a las 24 horas. Baciloscopía (1) negativa,

02/09/2016 – Cultivo de LCR sin desarrollo a las 72 horas de incubación. Baciloscopías (2 y 3) negativas.