

Resumen Clínico

Nombre del paciente:	María de Jesús Irene Gallardo
Fecha de Nacimiento:	11/06/1955
Edad:	61 años
Sexo:	Femenino
Estado civil:	Casada
Expediente:	41700

Resumen

- Antecedentes de importancia:**

Paciente con hipertensión arterial de larga evolución, hipotiroidismo y artritis reumatoide. Se desconocen antecedentes quirúrgicos, traumáticos y transfusionales ya que la paciente es traída al hospital por una vecina y durante toda su estancia carece de familiares, la paciente esta desorientada. Alcoholismo, tabaquismo y toxicomanías negadas.

- Motivo de consulta (Ingreso 28/10/2016 13:00hrs):**

Es traída por una vecina y refiere que inicio su cuadro clínico hace 10 días con nauseas, malestar general, vómito en varias ocasiones, cefalea, debilidad y refiere fiebre en una sola ocasión. Acude a atención tres días previos y se le proporciona tratamiento y regresa a su domicilio (Trimetoprim – SMZ, paracetamol y metamizol) no obtuvo mejoría, el día de hoy presentó cefalea intensa, agitación ansiedad, disartria por lo que es traída a esta unidad.

- Exploración física:**

A su ingreso FC: 86 lpm, FR: 22 rpm, TA: 130/92 mmHg, T°: 37.3 °C, SatO2: 96%. Ingresa ansiosa, quejumbrosa, disartrica, verborreica, orientada en persona y lugar mas no en tiempo. No hay rigidez de nuca ni otros datos de irritación meníngea, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen normal y extremidades y columna sin datos patológicos.

- Diagnóstico de ingreso:**

Síndrome confusional en estudio + descartar desequilibrio hidroelectrolítico severo + Probable neuroinfección + Artritis reumatoide + Hipertensión Arterial + Hipotiroidismo.

- **Evolución:**

28/10/2016 22:30 hr - Es valorada por Medicina interna, continua con mismos diagnósticos, continua con periodos de agitación psicomotriz. Se comenta que amerita manejo en Hospital Central, pero no se aceptan traslados por lo que se ingresa a piso de Medicina Interna para continuar tratamiento. Se inicia sedación y antibioticoterapia empírica con Cefalotina, se solicitan laboratorios de base y TAC de cráneo. Se coloca catéter venoso periférico, sonda Foley y oxigenoterapia.

TAC se reporta sin áreas de infarto, no datos de hidrocefalia, no edema cerebral.

31/10/2016 – La paciente continúa con cefalea holocraneana, ha mejorado la agitación, aún desorientada en tiempo. Presentó pico febril de 38.7°C a las 14 y 21 hrs.

01/11/2016 – Continuó con fiebre, la paciente se refiere con mejoría, aun presenta periodos de desorientación (delirio, alucinaciones), se solicita nueva TAC con medio de contraste. Se coloca nuevo catéter periférico, se retira el previo. Febrícula de 37.6°C.

02/11/2016 – Se encuentra estable, en mejores condiciones, disminución de sintomatología, aún con alucinaciones. Nueva TAC se encuentra imagen en región parietotemporal derecha con reforzamiento en fase venosa, a descartar lesión neoplásica y/o infecciosa, se continúa manejo antibiótico con Cefalotina. Se retira sonda Foley (días de permanencia 5)

03/11/2016 – Paciente conciente, reactiva, se refiere asintomática, disminución de cefalea, aun con alucinaciones, se solicita perfil TORCH. Se reportó fiebre de 38°C a las 8 am.

05/11/2016 – Se reporta en hoja de enfermería hipotermia de 35°C e hipotensión. Sin nota médica. Se coloca nuevo catéter venoso periférico, se retira el previo.

06/11/2016 01:00 hr – Se solicita apoyo de valoración de médico de Urgencias ya que no se

cuenta con Internista. Paciente que presenta respiraciones apneusicas, bradicardia y déficit neurológico, hipotensión arterial. A la EF paciente con pérdida del estado de alerta, FR de 8 rpm, FC 40 lpm, temp 34.5°C, se pasa 1 ampula de atropina y responde la bradicardia pero sin mejoría de la T/A 87/61, Glasgow 3, por lo que se decide manejo avanzado de vía aérea. Pupilas isocóricas mióticas. Se coloca catéter venoso central y sonda foley. Se reporta muy grave, riesgo de muerte.

06/11/2016 22:00 hr – Se reporta con neumotórax izquierdo del 40% continua bajo ventilación mecánica asistida y sedación, se reporta grave y pronóstico desfavorable.

07/11/2016 – Paciente en malas condiciones con midriasis pupilar bilateral sin respuesta a la luz, se realiza punción lumbar y se envía a laboratorio.

Se reporta Líquido cefalorraquídeo sin presencia de formas bacterianas, tinción de tinta china negativo, proteínas aumentadas, hipoglucorraquia, Cloro y DHL aumentadas.

Se cambia esquema antibiótico a Vancomicina + Meropenem. Hipotermia de 35°C.

08/11/2016 – Paciente en malas condiciones, bajo ventilación mecánica y sedación, con presión arterial media de 70, bradicardia de 29 lpm, hipotérmica. Se administra 1 ampula de atropina y cae en asistolia, se inician maniobras de reanimación 5 ciclos, presenta TSV y se desfibrila revirtiendo a ritmo sinusal.

09/11/2016 00:40 hr – Nota de defunción. Femenino de 61 años con antecedentes de larga evolución, inicia cuadro hace 20 días con hiporexia, vómito, cefalea, debilidad generalizada, fiebre. A su ingreso deshidratada, palidez de tegumentos, no datos de meningismo, ingresa por una Pb neuroinfección, con mala evolución el día 06/11/2016 presenta respiraciones apnéusicas, bradicardia y déficit neurológico por lo que es manejada con ventilación mecánica, el día 08/11/2016 presenta paro cardiorespiratorio que es revertido por maniobras. El día de hoy presenta nuevamente paro cardiorespiratorio que no responde a maniobras, se da hora de defunción 00:20 horas del día 09/11/2016.

- **Datos de laboratorio y gabinete:**

28/10/2016.- Proteína C reactiva 3.9 mg/dL, BH: Hemoglobina 11.7 gr/dL, concentración media de hemoglobina 26.1 pg, concentración de hemoglobina corpuscular 30.6 gr/dL, RDW 17.2 fl, VPM 5.7 fl. Leucocitos 10300/uL, neutrófilos 78%, linfocitos 11.0%, QS: Glucosa sérica 98 mg/dL. CPK 20 U/L.

EGO: eritrocitos 2 – 4 x campo, resto sin datos anormales.

02/11/2016.- TORCH: Ac anti citomegalovirus IgG 1.75 D.O., IgM .17 D.O., Ac anti toxoplasma gondii IgG .48 D.O., IgM .43 D.O., Ac antirubeola IgG .54 D.O., IgM .11 D.O.

04/11/2016.- Perfil tiroideo TSH 8.34 UI/mL, T4 libre .8 ng/dL, T3 libre 1.99 pg/ml. VSG: 43 mm/hora.

06/11/2016.- PFH: bilirrubina conjugada .7mg/dL, TGO 12 UI/L, proteínas totales 5.7 g/dL, albúmina sérica 2.2 g/dL, relación albúmina globulina .6. Resto de PFH sin alteraciones.

BH: Hemoglobina 9.5 dg/dL, hematocrito 30.8%, concentración media de hemoglobina 26.1 pg, concentración media de hemoglobina corpuscular 30.8 gr/dL, RDW 16.3 fl, VPM 57. fl. Leucocitos 15300/uL, neutrófilos 88%, linfocitos 6%. Tiempos de coagulación TP 15 seg, TPT 32.6 seg. QS: Glucosa sérica 89 mg/dL.

07/11/2016.- EGO: Color hemático, aspecto turbio, proteínas 100 mg/dL, sangre (+), cuerpos cetónicos 5 mg/dL, urobilinógeno .2 E.U. /dL, nitritos positivo, células renales escasas, células epiteliales escasas, leucocitos incontables, piocitos 20-25 x campo, bacterias abundantes, eritrocitos incontables, cilindros granulosos 0 – 2 x campo, uratos amorfos moderados.

Citoquímico de LCR: Glucosa 10 mg/dL, proteínas totales 1239 mg/dL, Soro 119 mEq/L, DHL 15323 U/L, eritrocitos 660/mm³, crenocitos 0 /mm³, leucocitos 150/mm³, polimorfonucleares 70%, mononucleares 30%. Tinción de Gram no se observaron formas bacterianas, Tinción de tinta china No se observaron formas, criptococos negativo.

08/11/2016.- Proteína C reactiva >9.0 mg/dL. BH: Leucocitos 9020/uL, neutrófilos 74%, linfocitos 13%. QS: glucosa sérica 50 mg/dL.

NOTA: Se envía a patología solicitud de autopsia, órganos de principal interés de estudio cerebro y aparato urinario, incluyendo riñones.