

Resumen Clínico

Nombre del paciente:	David González Corpus
Fecha de Nacimiento:	05/05/1965
Edad:	51 años
Sexo:	Masculino
Estado civil:	Separado
Expediente:	42012

Resumen

- Antecedentes de importancia:**

Por medio de interrogatorio indirecto (hijo) Niega HAS, DM, alergias.

Paciente con historia de alcoholismo crónico, Insuficiencia hepática, Cirrosis alcohólica, Sangrado de tubo digestivo alto 2 meses atrás.

Refiere el hijo que el paciente fue migrante y vivió 17 años en USA, regreso hace un año a vivir a SLP con sus familiares, durante esos años ellos no tuvieron contacto con él, cuando el paciente regresó solo comentó a su hijo que tenía una enfermedad incurable pero nunca le mencionó ningún diagnóstico.

- Motivo de consulta (Ingreso 18/11/2016 18:25hrs):**

Inicia tres días previos a su ingreso con astenia, adinamia, hiporexia, deterioro del estado de alerta, niega crisis convulsiva, no fiebre.

Acude a clínica de Salinas SLP en donde lo atienden y envían a atención a segundo nivel, razón por la que acude a esta Institución.

- Exploración física:**

A su ingreso FC: 86 lpm, FR: 23 rpm, TA: 100/67 mmHg, T°: 36.6 °C, SatO2: 100%, DxTx: 88 mg/dL. Paciente que se encuentra alerta, desorientado, obedece órdenes sencillas, pupilas 3 mm isocóricas, ruidos cardiacos rítmicos SFA, Campos pulmonares con estertores auditivos (sospecha de broncoaspiración), abdomen normal, extremidades con disminución de fuerza 4/5 miembros torácicos, 5/5 miembros pélvicos. Se reporta TAC de cráneo sin hipo o

hiperdensidades ni desviación de línea media. Laboratorios (Hospital Salinas), BH: Hemoglobina (↓) 11.2 gr/dL, eritrocitos (↓) 3.01 millones/uL, hematocrito 29.8% (↓), plaquetopenia der 118000/mm³, leucocitos 4800/uL. QS: Glucosa 107 mg/dL, Urea 57 mg/dL, Creatinina 1.1 mg/dL, BUN 26.64 mg/dL. EGO: Color café, aspecto turbio, eritrocitos 6-10 x campo, bacterias escasas, leucos 0-2 x campo, nitritos negativos, cuerpos cetónicos negativos. Tiempos de sangrado: TP 18.9 seg, TPT 48 seg.

- **Diagnóstico de ingreso:**

Encefalopatía multifactorial + Descartar Desequilibrio hidroelectrolítico + Insuficiencia hepática + Pb neumonía por broncoaspiración.

- **Evolución:**

18/11/2016 22:00 hr - Taquipnea, resto de signos vitales estables. Paciente con O₂ suplementario, continúa alerta, balbucea, estertores audibles a distancia, ruidos cardiacos rítmicos sin agregados, abdomen normal, moviliza extremidades, edema maleolar. Se reporta PA de tórax con infiltrado en hemitórax izquierdo. Se inicia diurético, lactulosa y antibióticoterapia con Levofloxacino. Se solicita Interconsulta a Neurología.

19/11/2016 19:50 hr – Paciente sin mejoría clínica, aún sin valoración por Neurólogo (no hay Neurólogo en jornada acumulada), continua en vigilancia neurológica en Servicio de Urgencias, Signos vitales estables, en mismas condiciones clínicas que nota previa. Laboratorios BH: Eritrocitos 2.77 millones/uL (↓), Hemoglobina 8.2 gr/dL (↓), hematocrito 25.2% (↓), plaquetas 70,000 (↓), leucocitos 2590/mm³ (↓). Amonio: 44 mmol/L (↑). QS: Glucosa 87 mg/dL, urea 35.5 mg/dL, creatinina .8 mg/dL, BUN 16.59 mg/dL. PFH: Bilirrubina directa 1.0 mg/dL (↑), proteínas totales 6.0 g/dL (↓), albúmina sérica 2.2 g/dL (↓), globulina 3.8 g/dL (↑), relación A/G .58 (↓). Proteína C reactiva: >9.0 mg/dL. Deshidrogenasa láctica 638 U/L. ES: Na 140 mmol/L, K 3.0 mmol/L (↓), Cl 103 mEq/L. Ca 8.2 mg/dL (↓), Fósforo 5.4 mg/dL (↓), Mg 1.6 mg/dL.

20/11/2016 02:30 hr – Signos vitales estables. Dx Encefalopatía por probable Neuroinfección, paciente con apertura ocular, no verbaliza, no reflejo tusígeno, Babinski negativo, Campos pulmonares con estertores crepitantes gruesos. Se considera realizar punción lumbar. Laboratorios: Amonio 55 mmol/L.

21/11/2016 13:15 hr – Polipnea, resto de signos vitales estables. Paciente con evolución tórpida a pesar de tratamiento antiamonio, aún con datos de encefalopatía, se reporta rigidez de nuca. TAC de cráneo evidencia de imágenes hipodensas en región parietal izquierda, occipital y temporal derecha, no hemorragias no edema cerebral.

Dx: Encefalopatía multifactorial + Cirrosis hepática alcohólica + Insuficiencia hepática Child pugh C + Pb enfermedad multiinfarto + hipokalemia + deshidratación severa + Desequilibrio hidroelectrolítico + Neumonía por broncoaspiración + miopatía hipokalémica + pancitopenia secundaria a hepatopatía. Se solicita TAC con contraste y punción lumbar.

22/11/2016 10:10 hr – Se reporta pico febril de 38°C, T/A 132/91 mmHg, resto de SV estables. Paciente con poca respuesta al tratamiento, alerta, respuesta al dolor, Kerning (+), Babinski (+), aun con estertores pulmonares, hipoventilación de campos pulmonares, ruidos cardiacos normales, abdomen normal. TAC con contraste reporta hipodensidad en lóbulo temporoparietal derecha con borramiento de surcos, no reforzamiento meníngeo. Aún con valoración por Neurología pendiente. Se solicitan nuevos laboratorios.

22/11/2016 11:40 hr – Valoración por Neurología reporta sin afección de nervios craneales, hemiparesia izquierda, Babinski izquierdo (+), rigidez de nuca y Kerning (+). TAC con edema focal, ganglios basales derechos prominentes hacia brazo posterior de cápsula interna. Requiere punción lumbar ante posibilidad de meningitis, previamente se deberán de corregir tiempos de coagulación y trombocitopenia. Considerar Tb, Sífilis y VIH en probables diagnósticos. Se inicia Vancomicina, se suspende Levofloxacino y se inicia metiplrednisolona ya que no se cuenta con dexametasona. Se solicita VIH, VDRL.

22/11/2016 23:00 hr – Taquipnea, T/A 130/90 mmHg, resto de SV estables. Apertura ocular al estímulo táctil, afásico, estertores crepitantes bilaterales. Se inicia Hartmann, se suspende NaCl por riesgo de aumentar edema cerebral. Se solicita transfundir 3 plasmas. Control de tiempos de coagulación al término de la transfusión para valorar punción lumbar.

23/11/2016 09:45 hr – T/A 145/106, taquipnea, resto de SV estables. Se reportan VIH reactivo (se corrobora con 2 ELISA), VDRL negativo. Actualmente con Neuroinfección de origen a determinar + SIDA + Insuficiencia hepática Child pugh C + DHE severa + Neumonía severa. Se reportan tiempos de coagulación TP 18.7 seg, TPT 38.1 seg.

23/11/2016 14:10 hr – Nota de punción lumbar sin complicaciones en área de Observación adultos. Se obtiene líquido con color agua de roca, se envía para citoquímico y cultivo.

24/11/2016 11:00 hr – Nota de piso de Medicina Interna. Paciente taquicárdico, polipneico, hipotenso, saturando a 89-93% con O2 suplementario. Glasgow 12, palidez generalizada, pupilas isocóricas, normoreflécticas, campos pulmonares con estertores, rigidez de nuca. Se solicitó PCR de LCR para Tb y Western Blot por parte de departamento de Epidemiología a LESP. Se reporta LCR sin desarrollo de microorganismos, no se observaron formas bacterianas. Citoquímico de LCR con densidad 1.020 (↑), Proteínas 220 mg/dL (↑), Cloro 141 mEq/L (↑), DHL 233 U/L (↓). Tinción de tinta china negativa.

24/11/2016 20:01 hr – Nota de defunción. Presenta bradicardia, hipotensión, los familiares no aceptan maniobras de RCP. Se reporta sin frecuencia cardiaca por parte de Enfermería a las 19:55 hr, se monitoriza con electrocardiograma corroborando asistolia a las 20:01 hr.

Aun no se cuenta con resultado de Western Blot, se determina Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida por 2 ELISA positivos y cuadro clínico del paciente. Al reinterrogar a su hijo comenta que pudo comunicarse con conocidos del paciente en USA



quienes verbalmente corroboran que él ya se sabía VIH (+).