

Resumen Clínico

Nombre del paciente:	Placido Jesús Ruiz Rojas
Fecha de Nacimiento:	05/10/1963
Edad:	54 años
Sexo:	Masculino
Expediente:	48093

Resumen

- **Antecedentes de importancia:**

Originario de Tamaulipas y residente de San Luis Potosí, desempleado, soltero, secundaria terminada.

Tabaquismo suspendido hace 8 años, previamente 20 cigarrillos por día por aproximadamente 4 años. Etilismo crónico, frecuente, hasta llegar a la embriaguez; toxicomanías negadas. Transfundido en 2003 en U.S.A. probablemente por melena, niega quirúrgicos, fractura de 3 costillas por accidente, no se refiere tiempo de evolución. Refiere ser hipertenso, actualmente sin tratamiento. Antecedentes Heredofamiliares de importancia negados.

- **Motivo de ingreso a urgencias (09/03/2017 01:05 horas):**

Acude referido del C.S. Santa María del Río, se refiere con astenia, adinamia, hiporexia, pérdida de peso de 3 semanas de evolución (20 kg aprox), evacuaciones disminuidas en consistencia, náusea y prurito generalizado.

- **Exploración física:**

FC: 100 lpm, FR: 16 rpm, TA: 100/60 mmHg, T°: 36°C, SatO2: 96%.

Alerta, orientado, cooperador, lenguaje coherente y claro. Mucosa oral hidratada, cardiopulmonar sin compromiso. En abdomen se aprecia piel con descamación y huellas de rascado, no datos de irritación peritoneal, extremidades hipotrofia muscular, simétricas, con huellas de rascado también.

Diagnóstico:

Síndrome consuntivo + Anemia moderada + Pb ERC.

Se inicia manejo con ranitidina, sol salina, se solicitan 3 paquetes globulares.

- **Evolución 22/02/2018 15:00 horas:**

Signos vitales: T/A 100/60, FC= 60x', FR= 17x', Temperatura 35.5°C, Sat O2 100%.

Se reporta paciente sin signos meníngeos, motricidad conservada, se reportan laboratorios:

Hb 7.2, Hto 20.3, Plaquetas 104000, Na 116, K 2.8, Cl 79, Ca 6.6, P 5.2, Mg 1.2. Creatinina 3.3, Urea 56.2, Fosfatasa Alcalina 287, albúmina 3.1. VIH no reactivo, VDRL negativo.

Diagnósticos: mismos diagnósticos de nota previa.

Se continúa con corrección hídrica, en espera de paquetes globulares.

- **Evolución 22/02/2018 21:10 horas:**

Signos vitales: T/A 99/77, FC= 85x', FR= 20 x', Temperatura 36°C, Sat O2 98%.

Se continua protocolo de estudio por probable Enfermedad Renal Crónica + Síndrome consuntivo. Se solicitan estudios de gabinete: PA de tórax, TAC de abdomen simple. Paciente que se encuentra en hemotransfusión. Se reporta delicado, con alto riesgo de complicaciones.

- **Evolución 23/02/2018 12:00 horas:**

Signos vitales: T/A 111/83, FC= 62x', FR= 18 x', Temperatura 36°C, Sat O2 94%.

El paciente se refiere con mejoría, se solicita su ingreso a Medicina Interna.

- **Evolución 26/02/2018 11:15 horas:**

Signos vitales: T/A 109/60, FC= 60x', FR= 19 x', Temperatura 36°C, Sat O2 99%.

Se solicita depuración de creatinina en orina de 24 horas + US renal, para descartar Síndrome nefrótico.

- **Evolución 27/02/2018 10:00 horas:**

Signos vitales: T/A 120/85, FC= 110x', FR= 19 x', Temperatura 36°C, Sat O2 97%.

Paciente alerta, orientado, deshidratado, neurológicamente íntegro. Se transfunde el tercer paquete globular desde su ingreso, edema de miembros pélvicos (+). Se solicita TSH + PFH.

Se reporta USG con ambos riñones con cambios en el parénquima por enfermedad crónica + ectasia bilateral de primer grado. Depuración de creatinina en 24 horas 16.94 + creatinina urinaria .585 + creatinina sérica 2.4 + proteínas totales 1303.5.

- **Evolución 01/03/2018 10:00 horas:**

Signos vitales: T/A 90/65, FC= 66x', FR= 18 x', Temperatura 36.9°C, Sat O2 93%.

Se reporta pico febril un turno previo, se solicita PA de tórax, se inicia estudio para buscar origen de anemia.

- **Evolución 03/03/2018 07:30 horas:**

Paciente aun ha presentado picos febriles, se solicita hemocultivo. Pendiente TSH, urocultivo negativo.

- **Evolución 05/03/2018 14:00 horas:**

Paciente se reporta con lenguaje incoherente, desorientado, cardiopulmonar estable, abdomen normal, TSH se reporta normal.

- **Evolución 06/03/2018 10:00 horas:**

Se agrega el diagnóstico de Delirium, continua desorientado, se solicita punción lumbar.

- **Evolución 07/03/2018 12:00 horas:**

Paciente con tendencia hipotensión arterial, no acepta alimentos desde hace 48 horas, el familiar que lo acompaña refiere presentó convulsión tónico – clónica. Se encuentra en periodo post-ictal, mirada con desviación a la izquierda, cardiopulmonar estable. Se reportan hemocultivos (brazo derecho y brazo izquierdo en pico febril) con diferente patógeno; brazo derecho *S. aureus*, brazo izquierdo *E. faecalis*. Citoquímico de LCR se reporta con glucosa normal (50), proteínas normales (87), Cloro (114) ligeramente elevado, DHL (135) disminuido, no se observan formas bacterianas, tinta china negativo.

Diagnósticos: Enfermedad renal crónica en estadio IV + Anemia moderada en corrección + Estado epiléptico en tratamiento + Pb Delirium. Se inicia impregnación con fenitoína. Se reporta grave con alto riesgo de complicación.

- **Evolución 08/03/2018 14:00 horas:**

No tolera vía oral, estuporoso, postrado en cama, no responde a estímulos. Probable mielinolisis pontina. Se solicita resonancia magnética de cabeza.

- **Evolución 08/03/2018 08:02 horas:**

Signos vitales: T/A 90/55, FC= 115 x', FR= 27 x', Temperatura 37°C, Sat O2 81%.

Se reporta paciente taquipneico, taquicárdico, con saturación de oxígeno disminuida, se reporta en PA de tórax datos sugestivos de Neumonía por consolidación en base pulmonar

izquierda. Se inicia antibiótico de amplio espectro.

- **Evolución 09/03/2018 07:00 horas:**

Paciente se muestra con indiferencia al medio, se reportó TAC de cráneo sin alteraciones, se descarta Neuroinfección. Presenta déficit neurológico y paro cardiorespiratorio, se da RCP avanzado sin respuesta.

Se determina hora de la defunción 06:59 horas.