

Resumen Clínico

Nombre del paciente:	María de Jesús Vanegas Hernández
Fecha de Nacimiento:	18/06/1971
Edad:	47 años
Sexo:	Femenino
Expediente:	49736

Resumen

Ingres a el día 17/07/2018 a las 15:00 horas. Originaria de San Luis Potosí, ama de casa, derechohabiente de Seguro Popular.

Al interrogatorio indirecto (hijo) refiere que su madre tiene una patología tiroides, desconoce diagnóstico específico.

Ingres a este Hospital referida de clínica particular en la que acude llevada por familiares debido a que la encuentran el día 17/07/2018 a las 11:00 horas en casa con falta de respuesta a estímulos externos, aparentemente con datos de haber tenido vómito de contenido gástrico. La paciente tenía 4 días que había presentado evacuaciones diarreicas (familiares desconocen cantidad de evacuaciones por 24 horas y características).

En clínica particular (Santa Mónica) se censan los siguientes SV: T/A 60/40, FC 120 lpm, FR 24 rpm, SatO₂ 88%, Glicemia capilar 25 mg/dl; se administran 1000 ml de Sol Hartmann y 1000 ml de sol fisiológica + 70 ml de Sol glucosada 50%. Posterior a esto la paciente presenta apertura ocular espontánea pero sin respuesta verbal, sólo hay respuesta a estímulos dolorosos por lo que es referida a esta unidad (2º nivel).

A su ingreso (17/07/2018 15:00 horas) a este hospital SV: T/A 35/17, FC 120 lpm, FR 33 rpm, Temperatura 36°C, Sat O₂ 66%, glicemia 395 mg/dl. Presenta posición de decorticación, rigidez de nuca, desviación de la mirada, pupilas 2 mm sin respuesta a la luz, ruidos cardiacos rítmicos, se auscultan estertores en ambas bases pulmonares predominantemente derechos, rudeza respiratoria, abdomen sin datos de resistencia muscular, no visceromegalias.

A su ingreso al Servicio de Urgencias se establecen los diagnósticos de:

Choque séptico pb origen Gastrointestinal

Síndrome consuntivo + descartar VIH

Descartar Neuroinfección

Hipotiroidismo en tratamiento

Se decide a su ingreso manejo avanzado de la vía aérea, se coloca catéter venoso central, se administran aminos, sedación, antibióticoterapia. Se solicitan laboratorios, Rx de tórax.

Evolución 17/07/2018 16:40 horas.- La paciente presenta trazo de asistolia, ausencia de pulso. Se inicia ciclo de RCP avanzado, obteniendo respuesta posterior al primer ciclo.

Evolución 17/07/2018 20:00 horas.- Se reporta atrofia cortical en TAC de cráneo, Rx de tórax con infiltrado intersticial bilateral difuso.

Paciente con apoyo de aminos, ventilación mecánica, paciente con datos de decorticación probablemente secundaria a neuroglicopenia. Se agrega el diagnóstico de Síndrome post-paro.

Evolución 18/07/2018 12:00 horas.- Es interconsultada por el Servicio de Medicina Interna. Se determina que está en falla orgánica múltiple, en estado de desnutrición severa, piel hiperpigmentada. Se agrega diagnóstico de probable insuficiencia suprarrenal + datos de infarto agudo al miocardio anterior – extenso antiguo + cardiopatía isquémica + estado post-paro. Alta probabilidad de muerte en siguientes horas.

Evolución 18/07/2018 00:47 horas.- Se realiza punción lumbar. Se reporta de LCR aspecto agua de roca, no se observan formas bacterianas, tinta china negativa, glucosa 79 mg/dl (normal), proteínas 16 md/dl (bajo), Cloro 120mEq/L (aumentado), DHL 125 U/L (bajo).

Evolución 19/07/2018 07:48 horas.- Se reporta anuria, se sospecha de neumonía secundaria a broncoaspiración, se reinterroga a familiares y comentan que el proceso diarreico era crónico. Se suma el diagnóstico de Encefalopatía por hipoglucemia e hipoxemia. Continúa hipotensa a pesar de aminos T/A 92/45, FC 100 lpm, FR 14 rpm (VM), Temperatura 35°C SatO2 95% (con apoyo de VM).

Evolución 21/07/2018 13:00 horas.- Paciente en automatismo respiratorio por apoyo mecánico ventilatorio, sin reflejo corneal, sin reflejo tusígeno, no deglución. Presenta paro cardiaco se inicia ciclo de RCP avanzado a las 12:20 horas sin obtener respuesta. Se declara hora de la defunción 12:57 horas.