

RESUMEN CLÍNICO

Se trata de paciente femenino de 26 años de edad, hospitalizada en el servicio de cirugía general por cursar con pancreatitis de origen biliar.

Cursa con embarazo de 17 semanas de gestación.

Cuenta con los siguientes antecedentes al interrogatorio indirecto (expediente clínico):

AHF: Antecedente de línea materna de cáncer de mama además de abuela materna portadora de diabetes mellitus tipo 2.

APNP: Originaria de Ciudad de México, residente actual de Estado de México. Ocupación empleada de ventas. Escolaridad licenciatura incompleta. Estado civil casada. Habita zona urbana con todos los servicios, niega hacinamiento. Consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias de abuso negadas. AGO: G2, A0, P0, C1, cesárea por desproporción cefalopélvica en 2013 sin complicaciones.

APP: Asma bronquial desde la infancia sin tratamiento ni síntomas actuales. Antecedente de cesárea hace tres años sin complicaciones. Refiere desde la quinta semana de embarazo cursar con náusea y vómito catalogándose como hiperémesis, recibiendo atención médica y tratamiento en múltiples ocasiones a base de soluciones en unidad de medicina familiar. Niega alergias, transfusiones, antecedentes traumatológicos.

PA: Inicia su padecimiento el 21-08-16 presenta dolor abdominal tipo cólico intenso en cuadrante superior derecho por lo que acude nuevamente a valoración médica donde se diagnostica con pancreatitis aguda y colecistitis crónica litiasica por elevación de amilasa, lipasa pancreática así como US abdominal, siendo entonces trasladada a nuestro nosocomio donde se realiza colecistectomía laparoscópica el día 30-08-2016 sin reportar complicaciones. Al emerger de efecto anestésico persiste somnolienta, sin comunicarse ni interactuar con medio externo. Niega familiar y en turno y no se documenta en notas la presencia de movimientos anormales. Durante el postoperatorio inmediato se detecta glicemia capilar con reportando en notas hipoglicemia, administrándose solución glucosada 50% obteniendo un control de glicemia capilar posterior de 150 mg/dl, pero persistiendo alteraciones mencionadas.

Es también valorada por servicio de ginecología realizándose US gestacional que muestra dilatación de sistema ventricular, edema de tejidos blandos, líquido libre en cavidad abdominal fetal, alteraciones sugestivas de hidrops fetal y ventriculomegalia fetal.

Es ingresada al servicio de unidad de cuidados críticos de este hospital donde se programa RMN encéfalo el día 01-09-16 además de ser valorada durante su estancia nuevamente por neurología, el 02-09-16 donde muestra nistagmo vertical en upbeat sumado a los datos referidos en primera valoración. Se realiza interrupción vía vaginal de embarazo por hidrops fetal el día 04-09-16 previa aplicación de misoprostol e infusión de oxitocina y realización de legrado uterino instrumentado.

EFN inicial: Al revisar encuentro paciente somnolienta, apertura ocular ante estímulo doloroso, sin emitir lenguaje pero dirigiendo la mirada a fuente de estímulo verbal y obedeciendo órdenes sencillas, por lo que resto de funciones mentales superiores no es valorable, sin embargo destaca también estado confusional y agitación durante la exploración. NC: Agudeza visual sin respuesta a amenaza visual de manera bilateral, fondo de ojo con papilas de adecuada coloración, bordes bien definidos, emergencia central de vasos, relación AV conservada. Mirada primaria conservada, movimientos oculocefálicos presentes aunque de difícil exploración por falta de cooperación con retardo en respuesta además de observarse nistagmo vertical en upbeat; pupilas isométricas, OD de 3 mm, OI 3 mm, reflejos pupilares directo y consensual conservados. Reflejos corneal y nasociliar presente bilateral. Simetría facial al reposo y maniobra de Foix. Respuesta a amenaza auditiva (reflejo cocleopalpebral) presente. Reflejo nauseoso presente. ECM y trapecio con tono y trofismo conservados, eleva de forma simétrica ante estímulo nociceptivo. Motor con tono disminuido de forma generalizada, trofismo sin alteraciones, presenta respuesta motora simétrica flexora de retiro y logrando localizar fuente de estímulo doloroso en cuatro extremidades. REM extremidades torácicas y pélvicas ++/++++. Respuesta plantar indiferente bilateral. Sensibilidad superficial con respuesta en las cuatro extremidades ante estímulo nociceptivo. Signos meníngeos ausentes no rigidez de nuca, Brudzinski ni Kernig. Marcha no valorable.

Auxiliares diagnósticos se comentarán en la sesión.

