

Materia:
Fisiopatología

Nombre del trabajo:
“Caso clínico”

Alumna:
Karen Paulina López Gómez

Grupo: “A” Grado: “4”

Docente:
Dr. Gerardo Cancino Gordillo

Comitán de Domínguez Chiapas a 4 de junio de 2023



CASO CLÍNICO

caso clinico

Paciente de 57 años, ingresó a urgencias el 31 de marzo de 2020. Su cuadro clínico se inició el día 21 de marzo de 2020 presentando picos febriles no cuantificados, tos seca sin expectoración, astenia, adinamia, mialgias y poliatralgias. El día 25 de marzo de 2020 evolucionó con disnea de pequeños esfuerzos, ortopnea y dolor pleurítico derecho

No se registraron antecedentes patológicos de importancia, pero si un nexo epidemiológico por contacto estrecho con familiar, su hijo quien había regresado de Colombia el día 13 de marzo de 2020 de su viaje por Europa, con PCR positivo para COVID-19.

Al examen físico de ingreso, se constató una TA de 120/80 mmHg, FC de 109 latidos por minuto, FR de 26 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno de 91% a pesar de oxígeno por cánula nasal a 3 litros/minuto. El paciente se encontró somnoliento, con evidente disnea que le dificultaba el habla, estertores, crepitantes en ambas bases pulmonares y cianosis distal en y pies. La radiografía de tórax mostró compromiso alveolar paramilitar bilateral y hacia el lóbulo medio compatible con origen neumónico.

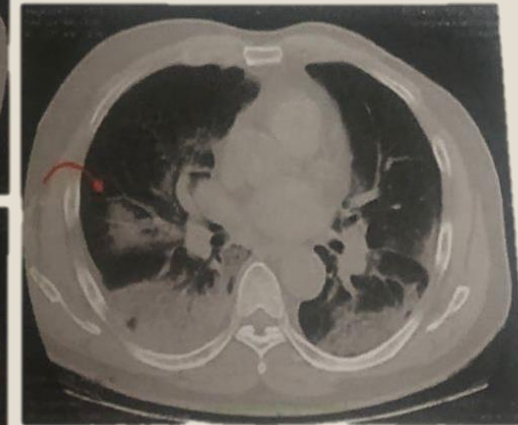
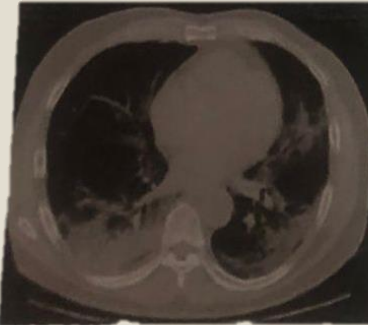
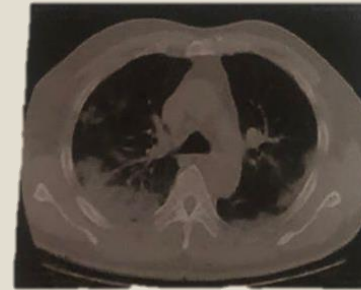
El paciente ingresó directamente a UCI el día 31 de marzo del 2020, con diagnóstico presuntivo de insuficiencia respiratoria aguda tipo I secundaria a neumonía vital por SARS CoV-2. Se le recomienda tratamiento con equipo de incentivos respiratorios y tratamiento farmacológico.

Durante su estancia en la UCI evolucionó satisfactoriamente, con mejoría de sus parámetros respiratorios y radiológicos. Fue dado de alta el día 2 de abril de 2020 con orden de aislamiento total y tratamiento completo

ESTUDIOS DE LABORATORIO

| Parámetros | 11/03/2020 | 01/04/2020 | 02/04/2020 |
|-----------------------------------|---|-------------------------------|-------------------------------|
| Parámetros | | | |
| Leucocitos | 7,9 $10^3 \times \text{mm}^3$ | 8,5 $10^3 \times \text{mm}^3$ | 7,5 $10^3 \times \text{mm}^3$ |
| Neutrófilos | 77% | 78,70% | 75,60% |
| Linfocitos | 14,40% | 11% | 14,20% |
| Hemoglobina | 12,8 g/dl | 13 g/dl | 12,3 g/dl |
| Plaquetas | 357 $10^3 \times \text{mm}^3$ | 403 $10^3 \times \text{mm}^3$ | 434 $10^3 \times \text{mm}^3$ |
| BUN | 15 mg/dl | 15 mg/dl | 17 mg/dl |
| Urea | 32,1 mg/dl | 32,1 mg/dl | 36,38 mg/dl |
| Creatinina | 1,1 mg/dl | 1 mg/dl | 1 mg/dl |
| Glicemia | 113 mg/dl | 97 mg/dl | 97 mg/dl |
| Sodio | 137 mEq/L | 138 mEq/L | 140 mEq/L |
| Potasio | 4,6 mEq/L | 4,4 mEq/L | 4,2 mEq/L |
| Cloro | 101 mEq/L | 103 mEq/L | 105 mEq/L |
| GOT | 155 U/L | 157 U/L | NR |
| GPT | 139 U/L | 154 U/L | NR |
| Bilirubina delta | NR | 0,5 mg/dl | NR |
| Bilirubina total | 0,8 mg/dl | 0,9 mg/dl | NR |
| Bilirubina directa | 0 mg/dl | 0 mg/dl | NR |
| Bilirubina indirecta | 0,5 mg/dl | 0,5 mg/dl | NR |
| Fosfatasa alcalina | NR | 68 U/L | NR |
| LDH | 703 U/L | NR | NR |
| Velocidad de sedimentación | 32 mm/h | NR | NR |
| PT | 12,8 | 14,4 | 13,9 |
| INR | 1,1 | 1,3 | 1,2 |
| PTT | 26,2 | 30 | 26,4 |
| Dímero D | 672,2 ng/ml | NR | 310 ng/ml |
| Troponina I | <0,012 ng/ml | NR | NR |
| PCR | 5,7 mg/dl | NR | NR |
| Procalcitonina | 0,55 ng/ml | NR | NR |
| Virus de la influenza AH1N1 FLU A | Negativo | NR | NR |
| FLU B | Negativo | NR | NR |
| 2009 H1N1 | No detectado | NR | NR |
| Albumina en orina parcial | NR | NR | <10 |
| Creatinina en orina | NR | NR | 315,3 mg/dl |
| Parcial de orina | <ul style="list-style-type: none"> · Color amarillo · Aspecto turbio · pH: 6,5 · Densidad: 1020 · Proteínas: 100 mg/dl · Sangre negativa · Leucocitos negativos · Nitritos negativos · Glucosa negativa · Cuerpos cetónicos negativos · Urobilinógeno 3mg/dl · Bilirubina negativa · Células epiteliales bajas: - · Bacterias: - · Leucocitos: - · Hematíes: - · Moco: - · Levaduras sueltas: + · Levaduras en gemación: ++ · Pseudomicelios: ++ · Conidias: + | | |

TOMOGRAFÍA: Corte axial con ventana pulmonar



factores de riesgo del paciente

→ EDAD: Pues el riesgo de enfermedad grave aumenta con el paso del tiempo en adultos de edad avanzada puede ser debido al envejecimiento del aparato inmunitario y el deterioro clínico general en ese grupo de edad.

Aunque existe mayor afección en pacientes en edades mucho más avanzadas, podemos decir (comparado con estudios analíticos retrospectivos) que la edad de los pacientes tuvo un amplio rango; predominó la gravedad de la enfermedad en los grupos de edad avanzada. El punto de corte óptimo calculado fue 71,5; se observó que a partir de los 70 años los pacientes tenían mayor comorbilidad y pruebas de laboratorio alteradas. Igualmente, tuvieron mayor cantidad de síntomas, estadía hospitalaria y número de fallecidos.

→ ESTADO AL INGRESO

→ Contacto como antecedente: Siendo este un factor determinante de riesgo de que aparezca la enfermedad sintomática durante la infección por virus de vías respiratorias.

AFECCIONES EN APARATOS SISTEMAS

Musculares

Cansancio, la debilidad y la dificultad para moverse; igualmente, dificultad para respirar, la sensación de falta de aire prolongada aún con actividad física mínima que en muchos casos se debe al déficit en la fuerza muscular.

Sistema Respiratorio

Vías respiratorias inferiores

Existe infección de las vías respiratorias mayores, bronquios y bronquiolos; que se manifiesta con síntomas de inflamación pulmonar y puede cursar con o sin hipoxia.

La infección de las estructuras de intercambio gaseoso, los alveolos dañados por la respuesta inmune comienzan a llenarse de una mezcla de exudado del vaso, células virales, inflamatorias, fibrina, lo que aumenta el volumen del intersticio entre vaso y alveolo, lo que da como consecuencia un compromiso del intercambio gaseoso, por lo que el paciente presenta disnea, ortopnea y dolor pleurítico derecho.

Fibrosis pulmonar, que dependerá del grado de afectación; si éste ha sido extenso, se hará acompañar de disnea, es decir, falta de aire a largo plazo, sobre todo si no se tuvo una rehabilitación en los pulmones.

Lo anterior, se debe a la liberación de unas proteínas denominados citocinas, producto de la inflamación posterior a la infección viral. Igualmente, otra de las afectaciones neurológicas es el Síndrome de Guillain-Barré, enfermedad del sistema nervioso poco común en el cual el propio sistema inmunitario de una persona daña las neuronas y causa debilidad muscular y en ocasiones, parálisis.

Sistema Cardiovascular:

La COVID-19 cursa con importantes alteraciones hematológicas asociadas a la respuesta viral, como leucopenia la cual se presenta en un 80% de los pacientes y trombocitopenia en un 30%, al mismo tiempo la presencia en sangre de niveles elevados de marcadores de riesgo trombóticos como Dímero D.

Neurológicas

Anosmia, esto es, la pérdida del olfato por una molestia directa del virus a nivel del sistema nervioso central; una parte de este se inflama y ocasiona una disminución o pérdida del olfato.

Esta secuela puede durar de dos a cuatro semanas y en ocasiones, permanece durante meses. Otra es cefalea, un dolor de cabeza que puede presentarse entre un 40 y un 60% de los pacientes. Del 2 al 5% puede padecer cefalea crónica después de haber padecido coronavirus, llegando a ser, incluso, incapacitante.

Lo anterior, se debe a la liberación de unas proteínas denominados citocinas, producto de la inflamación posterior a la infección viral. Igualmente, otra de las afectaciones neurológicas es el Síndrome de Guillain-Barré, enfermedad del sistema nervioso poco común en el cual el propio sistema inmunitario de una persona daña las neuronas y causa debilidad muscular y en ocasiones, parálisis.

Puede existir dificultad para caminar, moverse y también problemas de sensibilidad, de los cuales, los pacientes pueden tardar meses y en ocasiones años para recuperarse. En algunos casos, es posible que haya infarto cerebral cuyas secuelas podrían ser permanentes si no se tiene una rehabilitación temprana.

CARDIACO

Una de ellas, puede ser disfunción del nodo sinusal, esto significa que el corazón comienza a latir más lento; puede suceder en las fases agudas o incluso, en las fases finales de la infección.

La miocarditis, por su parte, es una complicación que puede darse entre los pacientes contagiados de coronavirus. Se trata de una inflamación severa en el corazón que a veces podría derivar en un infarto o en insuficiencia cardiaca, como parte de las secuelas.

indicadores paraclínicos

Laboratorios:

Existe un aumento del Dímero D, asociado a la gravedad del paciente, ya que existe un trastorno de coagulación en la sangre.

Disminución de Linfocitos, debido a las diversas alteraciones hematológicas que causa este tipo de enfermedades, cuando el virus ingresa al sistema inmunológico se inicia la respuesta del mismo, lo que provoca una neutralización del virus por anticuerpos específicos y apoptosis de las células alveolares infectadas mediante señalización de linfocitos.

Aumento de las proteínas en orina, el compromiso del riñón en la infección del virus Covid-19 es muy frecuente en los pacientes hospitalizados y se caracteriza por proteinuria, pues en esta patología la presencia de receptores específicos en estas células facilita la penetración del virus y el daño tisular

Levaduras, el paciente presenta una IVU pues el sistema inmunológico se encuentra en un estado comprometido, provocando un desequilibrio entre los microorganismos del cuerpo.

TOMOGRAFÍA

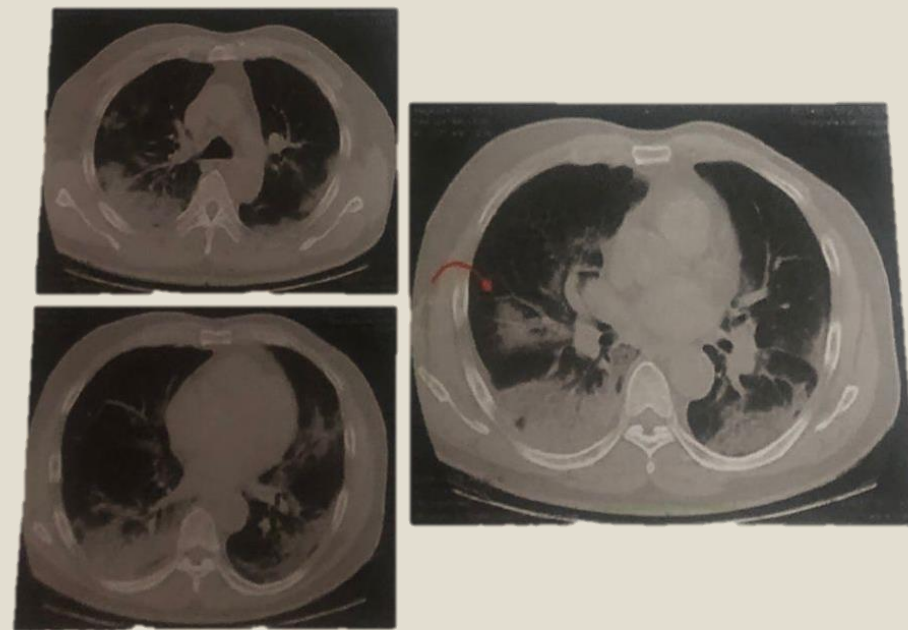
Se observa TAC de Tórax de corte axial.

A nivel de tejidos blandos no se observan alteraciones.

A nivel de estructuras óseas no existen alteraciones.

A nivel de mediastino no existen alteraciones que indiquen ensanchamiento de las paredes del corazón

A nivel pulmonar se observan consolidaciones bilaterales en el segmento posterior de la región apical. En pulmón izquierdo se observa consolidación apical posterior que se extiende al segmento posterior de la base del pulmón.



RX

En la Radiografía de Tórax se mostro compromiso alveolar parahilear bilateral y hacia el lóbulo medio compatible con origen neumónico.