



Mi Universidad

Nombre del Alumno: Leticia Desiree Morales Aguilar

Nombre del tema: Caso clínico

Nombre de la Materia: Epidemiología

Nombre del profesor: Guillermo Del Solar Villarreal

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

Semestre: 3°

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 19 años de edad, originario y residente de la Ciudad de Guatemala, soltero, estudiante. Consulta a la emergencia del Hospital Roosevelt, con historia de astenia y adinamia asociado a fiebre de 4 días de evolución, refería que 1 semana previo a consultar inicia con astenia y adinamia, que se acentúan posteriormente a sus sesiones de hemodiálisis, y en las últimas 2 semanas de hemodiálisis ha presentado elevación de la temperatura corporal que no ha sido cuantificada, sin predominio de horario, aproximadamente en 4 ocasiones. El día que consulta, paciente presenta 39°C de temperatura axilar trans-hemodiálisis, por lo que médicos de dicho centro asistencial deciden referirlo. Como antecedentes patológicos presenta falla renal crónica e hipertensión arterial secundaria desde los 12 años de edad debido a accidente automovilístico, donde sufre aplastamiento de órganos abdominales y le realizan nefrectomía izquierda, paciente asiste 3 veces por semana a sesiones de hemodiálisis. Se evalúan signos vitales y como hallazgos: presión arterial: 140/90 mmHg, frecuencia cardíaca: 96lpm, frecuencia respiratoria: 26rpm, temperatura axilar: 39°C, saturación parcial de oxígeno: 96%. Paciente al examen físico luce en regulares condiciones generales, agitado, con palidez generalizada, conjuntivas bilaterales pálidas, mucosa oral seca, no se palpa adenopatía cervical, a nivel supraclavicular derecho se observa catéter venoso central de alto flujo para hemodiálisis, con área de eritema alrededor del sitio de inserción, no se observa secreción, el tórax es simétrico, expandible, pulmones con buena entrada de aire bilateral, no se auscultan ruidos patológicos, el corazón es rítmico y sincrónico con el pulso, se ausculta soplo grado III/VI, el abdomen es blando y depresible a la palpación, no se palpa visceromegalia o masas intrabdominales, ruidos gastrointestinales son normales en frecuencia y cantidad, extremidades son simétricas, móviles, no hay lesiones petequiales en extremidades distales, el estado de consciencia orientado en tiempo, espacio y persona. Los siguientes fueron los laboratorios al ingreso y durante su estancia intrahospitalaria:

TABLA 1. Evolución de resultados de Hematología

Tabla 2.

Evolución de resultados de Química Sanguínea.

	Ingreso	8/07/2016	10/07/2016	14/07/2016	Egreso
Glucosa (mg/dl)	85	93	109	103	101
Creatinina (mg/dl)	9.4	7.1	5.5	6.2	5.2
BUN (mg/dl)	93.6	88.7	76.2	65.4	53.2
Sodio (mEq/l)	129	131	133	132	134
Potasio (mEq/l)	5.7	5	4.3	4.7	4.1
TGO (U/l)	67	45	--	31	27
TGP (U/l)	71	56	--	35	35
LDH (U/l)	121	--	--	100	--
BT (mg/dl)	0.42	--	--	0.6	0.8
BD (mg/dl)	0.21	--	--	0.4	0.5
BI (mg/dl)	0.21	--	--	0.3	0.3

BUN: Nitrógeno de Urea, TGO: Transaminasa oxalacetica, TGP: transaminasa glutámico-pirúvica, GGT: Gamma Glutamil Tranferasa, LDH: Lactato deshidrogenasa, CPK: creatinin fofokinasa, BT: Bilirrubina Total, BD: Bilirrubina directa, BI: Bilirrubina Indirecta

Paciente es ingresado al encamamiento de hombres, desde el momento de ingreso se inicia cobertura antibiótica con Vancomicina a dosis de 1g cada 24 horas, por sospecha de infección endovascular, Por ser *S. aureus*, el microorganismo más frecuentemente observado en esta población de pacientes, sin embargo, paciente durante su estancia intrahospitalaria, presenta complicaciones relacionadas a su enfermedad de base, desarrollando edema aguda de pulmón, por lo que es necesario colocar tubo orotraqueal, se traslada paciente al área de intensivo de adultos y se inicia ventilación mecánica, posteriormente tras 2 sesiones de hemodiálisis paciente es extubado. Durante su estancia en el área de intensivo, se reclaman cultivos de sangre periférica que se realizaron al momento del ingreso donde se reporta el crecimiento de la bacteria: *Elizabethkingia meningoseptica* con sensibilidad a TMP-SMX, resistencia a Vancomicina (MIC >16ug/ml) y Carbapenémicos, por lo que en ese momento se decide cambiar cobertura antibiótica, y se inicia tratamiento con trimetropim-sulfametoxazol a dosis de 10 mg/kg/día vía intravenoso, cumpliendo tratamiento por 10 días, se realizan nuevos hemocultivos de sangre periférica y posteriormente se traslapa vía oral para cumplir tratamiento por 14 días. Se realiza ecocardiograma transtoracico el cual reporta fracción de eyección del ventrículo izquierdo en 55%, válvula aórtica levemente calcificada, sin evidencia de vegetaciones. Paciente se decide egreso, al reclamar los hemocultivos, los cuales se reportan estériles tras 5 días de incubación, y por mejoría clínica del paciente.