

SEGUIMIENTO HISTORIA DE HOSPITALIZACION

Fecha de inicio: 18/04/2018

Fecha de fin: 10/05/2018

Médico responsable: Ingrid Perez Cabanillas. NEUROLOGÍA

MOTIVO DE INGRESO:

Intento de suicidio, convulsiones

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

- Sin alergias medicamentosas conocidas.
- Tabaquismo. Alcoholismo.
- FRCV: HTA. DLP.
- Hematoma intraparenquimatoso parietal en 2011 con epilepsia secundaria sintomática que precisó ingreso por status epiléptico.
- Aneurisma distal dependiente de ACM D.
- Enfermedad de Alzheimer leve-moderada en seguimiento irregular en CCEE de neurología del HSL.
- Síndrome depresivo con intento autolítico en julio 2016 que requirió ingreso en Psiquiatría.
- Pancreatitis aguda secundaria a litiasis biliar en 2005.
- Amigdalitis de repetición en la infancia y posible Fiebre reumática.
- Dorsalgia crónica estudiada por reumatología.
- Divertículos de colon

IQ: Colectectomía laparoscópica.

TRATAMIENTO PREVIO: Amlodipino 10 mg 0-0-1, Simvastatina 10 mg 0-0-1, Levetiracetam 500 mg 1-0-1, Zolpidem 10 mg 0-0-1, Escitalopram 10 mg 1-0-0, Donepezilo 5 mg 0-0-1.

Situación basal: Natural de Holanda, reside en nuestro país desde hace 30 años. Sus hijos están en Holanda. Vive sola. Trabajadora social implicada en su supervisión. Se ha intentado que fuera a residencia pero la paciente y el hijo se niegan (el hijo prefiere ayuda domiciliaria).

ENFERMEDAD ACTUAL:

Mujer de 77 años que es traída el día 17/04 de madrugada por TEM por intento de autolisis mediante ahorcamiento. Barrera idiomática pero la paciente refería que había intentado ahorcarse con una cuerda de lino y tras no conseguirlo empezó a girar sobre la misma cuerda con dolor intenso en zona cervical posterior por lo que fue rescatada por los bomberos tras solicitar auxilio. En urgencias, según informes, no realiza autocrítica y refiere que no se encuentra a gusto con su vida, refiere también aumento de la ingesta de alcohol en la última temporada y aislamiento social. Se encuentra estable, con analítica sin alteraciones a destacar. Se realiza Rx de tórax: sin infiltrados, y se solicita TAC craneal y cervical, con diagnóstico de fractura marginal del margen anteroinferior del cuerpo vertebral de C3. Ingresa en Psiquiatría.

La mañana del día 18 de Abril avisan al internista de guardia por disminución del nivel de conciencia. Sobre las 8:30 de la mañana ha sido encontrada por enfermería con escasa respuesta a estímulos.

Según la valoración del neurólogo de guardia:

"Informe verbal de una crisis epiléptica presentada en urgencias ayer (no consta en informes). Hoy por la mañana encontrada con bajo nivel de consciencia, se han presenciado movimientos clónicos de extremidades derechas y movimientos clónicos de cara. Se ha administrado diazepam 5 mg i.v. sin mejoría, por lo que se avisa a UCI que acepta traslado a su unidad. En la UCI sigue con movimientos clónicos faciales (D>I) y ocasionalmente movimientos del MSD: extensión y clonias. Posteriormente se queda con hemiparesia derecha. Se mantiene con bajo nivel de consciencia. Se administra 1 mg de clonazepam y se procede a IOT. Se administra bolo lento de levetiracetam 2000 mg, se deja 1500 mg/12 h en perfusión intermitente."

SEGUIMIENTO HISTORIA DE HOSPITALIZACION

EXPLORACIÓN FÍSICA:

En la valoración en psiquiatría

- Aspecto General: T: 38,°C. Normocoloreada y normohidratada.
- Neurológico: consciente con tendencia a la somnolencia. No emite palabras aunque responde a órdenes verbales y dolorosas. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Movimientos clónicos faciales (D>I) y ocasionalmente del MSD: extensión y clonias. Posteriormente se queda con hemiparesia derecha.
- Respiratorio: FR: 15 GN: 2lpm, SpO2: 100%. Eupneica en reposo. AR: mvc sin ruidos sobreañadidos.
- Cardiovascular: TA: 179/91 mmHg, FC: 89 lpm. AC: rítmica sin soplos. Sin edema en EEII. Pulsos periféricos presentes y simétricos. Sin edema en EEII.
- Abdomen: blando y depresible no doloroso a la palpación sin signos de peritonismo.

En el momento del ingreso en NRL:

Paciente consciente y orientada en E, P. Habla y lenguaje normales. PICNR. Movilidad ocular normal. No parálisis facial ni alteración de pares craneales. Fuerza y sensibilidad conservadas. No dismetrías dn, tr. REMS ++/++++ RCP FLexores.

EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIAS:

- GSV: pH: 7,4 pCO2: 41mmHg Bic std: 25mEq/ml Lact: 1mmol/l
- Analítica: Leucocitos 7,47 10⁹/l, fórmula 78,00 %, 13,70 % linfocitos, hemoglobina 14,60 g/dL, plaquetas 222,00 10⁹/L, INR 1,13, TP 84 %, glucosa 131 mg/dl, Creatinina 0,68 mg/dl, Sodio 145,5 mmol/l, potasio 3,20 mmol/l, triglicéridos 88 mg/dL, colesterol total 208 mg/dl, Colesterol HDL 90 mg/dl, Colesterol LDL 100 mg/dl, proteínas totales 6,70 g/dl, vitamina B12 y fólico normales, AST 75 U/L, ALT 40 U/L, Prot C reactiva 25,20 mg/dl, Procalcitonina < 0,05 ng/mL. TSH 0,812 µUI/mL
- A.Sangre: Leucocitos 5,45 10⁹/L, fórmula normal, Hb 12,60 g/dL, Hto 39,30 %, plaquetas 284,00 10⁹/L, VSG 21 mm, INR 1,24, TP 74,00 %, glucosa 98 mg/dl, Creatinina 0,61 mg/dl, Sodio 143,2 mmol/l, potasio 4,36 mmol/l, triglicéridos 178 mg/dl, Colesterol total 194 mg/dL, colesterol HDL 38 mg/dl, Colesterol LDL 120 mg/dl, proteínas totales 5,70 g/dL, vit b12 y fólico normales. AST 55 U/L, ALT 932 U/L, Hormonas tiroideas normales, Proteinograma con signos de inflamación aguda
- Serologías: Lues y VIH negativas
- Urocultivo: pseudomonas aeruginosa multisensible
- Radiografía de tórax portátil: ICT normal. Botón aórtico prominente. Atelectasia apical derecha. Intubación selectiva de bronquio principal derecho. Sin infiltrados pulmonares. Senos costofrénicos libres.
- TAC craneal (18/04, previo a ingreso en UCI): Estudio realizado sin CIV. Se compara con TC previos. Lesión hipodensa en región parietal izquierda, en relación con área de encefalomalacia ya conocida, sin cambios. Atrofia córtico subcortical difusa. Aneurisma dependiente de la ACM derecha sin cambios en comparación con TC previo realizado en junio de 2017. Resto del estudio sin cambios significativos. Conclusión: Sin cambios en comparación con TC previo.
- TC de columna cervical: Se realiza TC, cervical desde C1 hasta C7 con protocolo habitual. Fractura del margen anteroinferior del cuerpo vertebral de C3, asociado a un leve aumento de los tejidos blandos retrofaringeos, con conservación de la alineación vertebral, sin otras fracturas asociadas. Rectificación de la lordosis cervical fisiológica. Cambios degenerativos difusos, más marcados en C5-C6, C6-C7 con pinzamiento del espacio intersomático y formación de osteofitos marginales anteriores y posteriores. Resto sin alteraciones. Conclusión: Fractura marginal del margen anteroinferior del cuerpo vertebral de C3.
- ECG: RS a 80 lpm. PR 180 mseg. QRS estrecho. T negativas de baja amplitud cara inferior y precordiales.

SEGUIMIENTO HISTORIA DE HOSPITALIZACION

COMENTARIOS DE EVOLUCIÓN:

En UCI:

Buena evolución de paciente que ingresa en UCI por crisis convulsiva (epilepsia de base) estando ingresada por intento autolítico en planta, su evolución por aparatos se resume a continuación:

- NEUROLÓGICA: Sedoanalgesiada para intubación orotraqueal, posteriormente sólo ha necesitado durante una noche perfusión de propofol para control de agitación hasta que se ha podido controlar con su tto de base y quetiapina + diazepam intermitente. En EEG no se observaban signos de irritación neuronal y en el TAC CRANEAL no se observó patología aguda grave. Al alta, C y C sin focalidades (al ingreso hemiparesia de hemicuerpo derecho, probable parálisis de TOD) sin presentar nuevas crisis epilépticas en UCI bajo tto con levetiracetam y diazepam.
- HEMODINÁMICA: Estable con tendencia a la hipertensión a pesar de tratamiento con amlodipino por lo que se pautó captopril, que se ha podido suspender al alta y dejado con su tto de base con amlodipino. Hemoglobina, plaquetas y coagulación sin alteraciones destacables. Diuresis conservadas con tendencia a poliuria tras extubación. Función renal normal con iones en rango de normalidad precisando reposición de fosfato y potasio en alguna ocasión.
- RESPIRATORIA: Extubación al tercer día de ingreso sin presentar ninguna complicación, manteniendo gasometrías correctas. Al alta eupneica con sat>95% AA.
- ABDOMINAL: Blando y depresible, no doloroso. Tolerancia dieta oral, glucemias ok sin insulina.
- INFECCIOSO: Febrícula sin leucocitosis y biomarcadores en descenso, siendo el pico máximo de 57 con cultivos negativos por lo que se decide retirar tto Ab tras 5 días con amoxicilina-clavulánico.

En planta de neurología:

Durante los primeros días presentaba síndrome confusional con episodios de agitación nocturna desencadenado tras estancia en UCI y por sobredosificación de DZP (pautado para prevenir síndrome de abstinencia) que remite tras reajuste de dosis. Posteriormente la paciente ha permanecido tanto hemodinámicamente como neurológicamente estable. Parcialmente desorientada en el contexto de su demencia con alguna conducta desorganizada puntual sin presentar gran disrupción. Parcialmente dependiente para las ABVD (requiere supervisión)

Tras comentarse el caso con trabajo social y tras hablar con la familia se acuerda alta e ingreso en residencia dado que la paciente no puede continuar viviendo sola.

DIAGNÓSTICOS:

Intento autolítico

Fractura marginal del margen anteroinferior del cuerpo vertebral de C3 (estable)


Status epiléptico con parálisis de Todd prolongada

Enfermedad de Alzheimer en fase moderada

Depresión

Problemática social

Firmado:
Doctor: Ingrid Pérez Cabanillas. Neurología



Hospital Son Llàtzer
Palma de Mallorca, 10/05/2018