



**Servicio de Clínica Medica**  
**ATENEO ANATOMO-PATOLOGICO**  
"Dr. Guillermo Ramón Álvarez"  
XII AÑO- Nº 252 -2007

---

**FECHA DE PRESENTACIÓN:** 16/05/07

**HORA:** 9:30 hs.

**PRESENTA:** Dr. Mendez Nicolás.

**COORDINA:** Dr. Fuentes Roberto

**LUGAR DE REALIZACIÓN:** SALON DE ACTOS "DR. EDGAR MARCILESE"

---

**HISTORIA CLINICA Nº:** 2875012-9

**NOMBRE Y APELLIDO:** JS.

**EDAD:** 76 años

**SEXO:** masculino

**FECHA DE INGRESO:** 24/07/06

**FECHA DE OBITO:** 01/08/06

---

**Motivo de Internación:** Síndrome confusional agudo.

**Motivo de ingreso:**

Paciente de 76 años residente en la zona rural de Algarrobo, que según se refiere en nota de derivación "fue hallado semiinconsciente, agitado, obnubilado e hipotérmico con mala perfusión cutánea. Al examen físico presentaba rales pulmonares bibasales, taquicardia regular, adelgazamiento, excoriaciones en región frontal derecha y palpebral". Es derivado a la guardia de este hospital encontrándose aquí vigil, afebril, hemodinámicamente estable, TA 130-70 mmHg, FC 72 lat. x min., FR 28 x min., T° 36.7°C, mal estado general con signos de abandono. Presentó secreción purulenta en ojo derecho. Runcus dispersos en ambos campos pulmonares, rales crepitantes en vértice derecho. Piel y mucosas secas. Se realiza TAC de encéfalo sin contraste (Acentuación de los surcos subaracnoideos de la convexidad, como expresión de abiotrofia. Sistema ventricular medial simétrico moderadamente dilatado; hipodensidad difusa periependimaria.). Se colocó sonda vesical, y se internó en la sala de clínica médica.

**Antecedentes personales:**

Se desconocen antecedentes familiares y personales.

**Examen físico:**

TA 120/70 mmHg, FC 74 lat. x min., T 36°C, FR 20 x min., IMC 18 aprox.. Fascies inexpressiva, decúbito dorsal, vigil (glasgow 10/15 M5V1O4), nula capacidad de colaboración. Estado de hidratación y nutrición disminuido con signo del pliegue negativo y excoriaciones en ambas piernas. Conjuntivas hipocoloreadas, con secreción serosa conjuntival y arco senil. Entropión en párpado izquierdo.

**Ap. Respiratorio:** Dificultoso por falta de colaboración del paciente; buena entrada de aire bilateral con runcus bilaterales (abundantes secreciones respiratorias).

**Ap. Cardiovascular:** Ritmo irregular.

**Abdomen :** Excavado.

**Estudios recibidos:**

-Laboratorio.

**-Radiografía de tórax:** Silueta cardíaca aumentada, botón aórtico prominente, aumento de ambos hilos pulmonares. Infiltrados en campo superior del pulmón derecho y opacidad paratraqueal e hilar homolateral. Fracturas de los primeros arcos costales posteriores derechos.

**-Tomografía Computada de encéfalo s/cte:** Acentuación de los surcos subaracnoideos de la convexidad, como expresión de abiotrofia. Sistema ventricular medial simétrico moderadamente dilatado; hipodensidad difusa periependimaria. Fosa posterior s/p.

**-ECG:** Irregular, no sinusal, FC 70 lat x min., eje 30°, QRS 0.08, QT corregido 0.39, criterios de microvoltage.

### Impresión diagnóstica:

- 1) Sme. Neurológico => -Sme. confusional agudo (ACV isquémico – Intoxicación alcohólica).
- 2) Sme. Nefrológico => Insuficiencia renal aguda prerrenal (por deshidratación?).
- 3) Sme. Metabólico => Acidosis metabólica.  
Hiperglucemia.
- 4) Sme. Hematológico => Anemia.
- 5) Sme. Cardiológico => Arritmia cardiaca ( Fibrilación Auricular).
- 6) Sme. Neumonológico => Neumonía aguda de la comunidad.  
TBC.  
Ca de pulmón.

### Plan diagnóstico:

- 1) Completar laboratorio.
- 2) Interconsulta con diagnóstico por imágenes.

### Plan terapéutico:

- 1) Dieta blanda mecánica.
- 2) PHP 2000 ml Dextrosa al 5%.
- 3) Ranitidina 50 mg c/8hs endovenosa.
- 4) Ceftriaxona 1gr c/12hs ev.
- 5) Oxigenoterapia al 24%.
- 6) Controles con HGT y correcciones con insulina corriente.
- 7) Heparina 5000 UI sc. c/12hs.
- 8) Nebulizaciones con 15 gotas de B2 y 15 gotas de bromuro de ipratropio c/4hs.
- 9) Cabecera a 45 %.
- 10) Control de signos vitales y diuresis.

### Evolución

**Primer día (25/07/06):** Paciente vigil, presentó TA 80-40 y 60- 40 mmHg, con FC de 46- 50 y 58 lat x min, diuresis 700 ml en 22hs, presentó hipoglucemias ( 0.30 g/l – 0.55 g/l). Se realizó **punción lumbar** (límpido, amarillento, red de fibrina ausente, una célula (100% monomorfos), glucosa 0.36 g/l, proteínas 0.03g/l). Al exámen respiratorio presentó buena entrada de aire bilateral y movilización de secreciones. Continúa con controles con HGT sin correcciones.

**Segundo día (26/07/06):** Paciente vigil, signos vitales dentro de parámetros normales sin hipoglucemias. Diuresis en 24 hs de 600ml + cama. Se indicó PHP de 2000 ml de SF. Paciente con contención mecánica.

**Tercer día (27/07/06):** Paciente taquipneico con abundantes secreciones, diuresis 2100 ml/24hs.

**Cuarto día (28/07/06):** Paciente menos reactivo, se colocó sonda K-108 para alimentación ( 500 cal. en dos tomas y 500 ml de agua luego de cada toma. Aspiración de secreciones y PHP 1000 ml de Dextrosa al 5% + 1000 ml de SF. Se indicó clindamicina 600 mg c/8h; resto igual tratamiento. Buena entrada de aire bilateral con runcus en ambas bases pulmonares, abundantes secreciones respiratorias. Edema sacro 1/6. Secreción conjuntival en ojo derecho, eversión de párpado inferior derecho. Se agregó cloruro de potasio por baxter.

**Quinto día (29/07/06):** Paciente somnoliento, presentó un registro de TA de 150-80 mmHg. Diuresis de 400 ml/24hs. Abundantes secreciones, mal estado general. Se aumentó alimentación a 1000 cal./dia en 2 tomas con 500ml de agua luego de cada toma. Presentó hipoglucemia (0.55 g/l).

**Sexto día (30/07/06):** Paciente en mal estado general. TA 90-60 mmHg, FC 56 lat. x min., HGT de 2.30 g/l y 1.80g/l, diuresis de 2400 ml/día. Runcus abundantes en ambos campos pulmonares con abundantes secreciones. Se indicó Kinesioterapia y rotaciones cada 4 hs. Mal pronostico a corto plazo.

**Séptimo día (31/08/06):** Diuresis 1600 ml/día. Paciente no respondía a estímulos y presentaba apneas.

**Octavo día (01/08/06):**00:45hs. Se constató óbito.

# INVITACIÓN A TODOS LOS SERVICIOS Y SECTORES DEL EQUIPO DE SALUD DEL HOSPITAL PENNA

**“Actividad Docente Interdisciplinaria basada en problemas a través del Ateneo Anatomopatológico”**

Esta actividad está basada en los **Ateneos Anatomopatológicos** que se realizan en el Hospital Penna en forma ininterrumpida desde hace 12 años atrás, los días miércoles a las 9:30 hs, desde marzo a diciembre. Fecha inicial miércoles: 14 de marzo del 2007.

Los ateneos están basados en necropsias de pacientes asistidos en el Servicio de Clínica Médica. Cada ateneo se desarrollará en dos miércoles sucesivos: en el primero se efectuará la presentación inicial con posterior debate de la misma, y en el segundo se brindarán diagnósticos clínicos fundamentados seguidos del informe anatomopatológico. Por último hay una discusión sobre éstos diagnósticos y una evaluación múltiple a elección. Está dirigido a integrantes del **equipo de salud** tanto del Hospital Penna como de la ciudad.

Se certifican 6 horas cátedras (o créditos) por cada ateneo, otorgándose al final del año una certificación con **valor curricular** por el total de ateneos presentes y con evaluación aprobada. Este valor curricular es para cualquier especialidad. **Esta actividad está organizada por los Servicios de Clínica Médica y Patología del Hospital Penna a través del Comité de Docencia. Tiene el auspicio del Departamento de Biología, Bioquímica y Farmacia de la UNS, del Colegio de Médicos Distrito X y del PRO.CI.SA. (AMBB).**

	24/07/06	25/07/06	26/07/06	28/07/06	30/07/06	30/07/06 (G)
<b>Hto / Hb g%</b>	32 / 10.6			27 / 9.3		
<b>Rto. Leuc.</b>	4600			9600		
<b>Formula</b>	95-0-0-4-1			95-0-0-3-2		
<b>Plaquetas</b>	233000					
<b>VSG mm</b>				54		
<b>TP seg/%</b>		13.5 / 69				
<b>KPTT seg</b>						
<b>Glucosa g/l</b>	3.15					
<b>Urea g/L</b>	1.01	1.14	1.31	1.08	0.73	
<b>Creat. mg/L</b>	19.4	18.8			18.4	
<b>Na mEq/L</b>	130	133	133	146	143	135
<b>K mEq/L</b>	3.83	4.6	4.39	3.6	4.5	4.9
<b>Cl mEq/L</b>	106	109	106	114	122	114
<b>Prot. Tot. g/L</b>						
<b>Albúmina g/L</b>		28				
<b>Relación A/G</b>						
<b>LDH U/l</b>		1016		823		
<b>TGO /TGP U/l</b>		95 / 34				
<b>Fal U/l</b>		285				
<b>GGT U/l</b>		17				
<b>Bil tot/dir mg%</b>						
<b>Ph</b>	7.25	7.28	7.28	7.29	7.30	7.31
<b>pCO2 mmHg</b>	37	41	42	33	40	36
<b>pO2 mmHg</b>	62	179	33	70	36	86
<b>CO3H- mEq/l</b>	16	19	19	16	19.5	18
<b>Sat%</b>	88	99	56.3	92	64.3	96
<b>EB</b>	-11	-7.7	-7.6	-10.7	-6.8	-8.4
<b>FI O2 %</b>	21	24	venosos	24	Venosos	28
<b>Pa FI O2</b>						
<b>A-a</b>						
<b>Aniòn GAP</b>	12					
<b>P02 esp.</b>						
<b>Ca/P/Mg mg/l</b>						
<b>RIN</b>		1.20				

**Ionograma urinario(26/07/06):** Sodio 26 mEq/l, cloruros 71.6 mEq/l