**‘**

[](http://revistaeltlacuilo.com/atencion-integral-a-derechohabientes-con-tos-cronica/)

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**Hospital General Regional No. 1**

**“Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez-Navarro”**

Gabriel Mancera 222, Colonia Del Valle, Benito Juárez, México D.F., México

**NOTA DE INGRESO AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha | 23 | 05 | 2015 |

#### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | | ANGELES MOROYOQUE CANDELARIA | | | | | | | | **No. Afiliación** | | 01663107026F34PE | | |
| **Género** | FEMENINO | | | | **Edad** | 82 | | **Ocupación** | | | HOGAR | | | |
| **Estado Civil** | | | VIUDA | | **Escolaridad** | | PRIMARIA | | | | **Fecha de Nacimiento** | | | 1934 |
| **Lugar de Nacimiento** | | | | DISTRITO FEDERAL | | | | | **Lugar de Residencia** | | | | DISTRITO FEDERAL | |
| **Religión** | | | | CATOLICA. | | | | | **Cama** | | | | 604 | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DE INTERROGATORIO** | **DIRECTO** | **X** | **INDIRECTO** | **XX** |

#### 

#### ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

|  |
| --- |
| Padre presentando hipertensión arterial sistémica finado.  7 hijos; 3 de ellos presenta diabetes mellitus tipo 2, el resto aparentemente sanos. |

###### **ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS**

|  |
| --- |
| Habita casa de hija de materiales perdurables, cuanta con los servicios básicos. aseo personal deficiente, con muda de ropa cada dos dias, aseo dental deficiente, alimentación 4 comidas al dia con en buena cantidad y sin ayunos prologados, COMBE negativo, sin viajes recientes. Grupo sanguíneo desconoce. CONTACTO CON BIOMASAS DURANTE MAS DE 40 AÑOS. |

###### **ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS**

|  |
| --- |
| **Alérgicos:** negados.  **Quirúrgicos:** negados.  **Transfusiones:** positivos sin alteraciones ni complicaciones.  **Traumáticos:** negados.  **Consumo de tabaco:** negado.  **Alcoholismo**: negativos..  **Hospitalizaciones**: negadas.  **Enfermedades crónicas/previas**:   * **Diabetes mellitus tipo 2:**  de 5 años de diagnostico de en tratamiento medico con metformina.. * **Hipertension arterial sistémica:** de 20 años de dignostico en tratamiento con enalapril 10 mg cada 24 horas. * **Enfermedad pulmonar obstructiva crónica:** de 5 años de diagnostico con tratamiento suplementario con O2 en domicilio. Y uso de broncodilatadores, bromuro de ipatropio. * **Artritis reumatoide:**  de 30 años de diagnostico en tratamiento, no especificado. En tratamiento crónico con diclofenaco con toma de una tableta cada 24 horas durante mas de 6 meses. * **Insuficiencia cardiaca NYHA II:** de 7 años de evelucion sin tratamiento especifico. |

###### **ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS**

Menarca no referida, ciclos no referidos, fecha de menopausia se desconoce, papanicolau se desconoce. Sin referir datos de relevancia.

###### **PADECIMIENTO ACTUAL**

|  |
| --- |
| *Inicia 11.05.15 con presencia de aumento de la tos en presencia de accesos los cuales no son canotizantes, ni emetizantes, con aumento de la expectoración con esputo de coloración inicialmente blanquesina, progresando dos días posteriores con coloración verdosa. Posterioremente el dia 15.05.15 presenta vomito en pozos de café en dos ocaciones sin de aproximadamente 100cc, al siguiente dia presenta evacuación melenica en 1 acacion, siendo esto de manera repetida los dos siguientes días. Presentando el dia 22.05.15 disnea de en reposo con expectoacion de esputo verdoso y tos en accesos. Motivo por el cual acude a valoración medica.* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Talla (m)** | 1.74 | **Peso (kg)** | 70 | | **IFG: 61 mlmin**  **Enfermedad agudizada** | | **IMC (kg/m2)** | | 24.5  retyes demni s | |
| **Frec. Cardiaca (Lat/min)** | | | | 80 | | **Frec. Respiratoria (resp/min)** | | 20 | **Temperatura (°C)** | 36.6 |
| **Tensión Arterial (mmHg)** | | | | 110/70 | | **Saturación al medio ambiente** | | 92% | | |

###### **EXPLORACION FISICA**

|  |
| --- |
| Se trata de femenino de edad igual a la cronológica, conformación endomorfica, facies no caracteristica, sin presentar movimientos anomales, actitud libremente escogida, piel y mucosa hidratadas. Estado mental: orientada en persona, no en tiempo y lugar, funciones mentales Juicio, memoria, asi como pensamiento abstracto respetados. Escala de Glasgow de 14 (O4, V5, M5). Normocéfalo sin exostosis, sin puntos dolorosos. Pupilas simétricas isocóricas normorreflecticas. Narinas permeables con mucosa hidratadas. Cavidad oral con faringe normocromica. Nervio craneal I, sin percibir olores distintos a los normales en las comidas u objetos. El II sin perdida de la agudeza visual. III. Motor ocular común, IV Patético, VI Motor Ocular Externo, movimientos oculares preservados, mirada primaria central, reflejo fotomotor presente V. Trigémino, reflejo corneal presente, tono en maseteros y temporal adecuado VII Facial, músculos de la mímica facial respetados, IX Glosofaríngeo: Reflejo nauseoso presente, úvula central, X Vago: Deglución normal, XI Espinal tono de esternocleidomastoideo y trapecio conservados. Cuello; Cilíndrico, tráquea central móvil, ingurgitación yugular grado I, con reflejo hapatoyugular presente, sin Kerning o Brudszinky. Tiroides central, no aumentada de volumen. Pulso carotideo presentes homócrotos sincrónicos sin soplos, no se palpan adenopatías cervicales, supraclaviculares o axilares. Tórax; Con movimientos de amplexión así como el de amplexación sin alteracion, áreas pulmonares a la auscultación con presencia de disminución del murmullo vesicular en la región interescapular derecho con presencia de hipoventilacion, con submatidez a la percusión misma localizacion, tansmicion de las vibraciones vocales disminuidas, sin mas alteraciones. Sin presencia de puntos dolorosos. Ruidos cardiacos con frecuenciua de latidos por minuto, de adecuada intensidad, con soplos holosistilico en foco aórtico, sin presencia de chasquidos chasquidos, sin presencia de tercer o cuarto ruido cardiaco, Abdomen; blando depresible a la palpacion, sin datos de irritación peritoneal, Murphy y rebote negativos. Giordano negatvo, puntos ureterales medios, tacto rectal sin restos de sangrado. Genitales externos de acuerdo a edad y sexo, con distribución ginecoide del vello. Extremidades sin edema fuerza muscular 5/5 de miembro torácicos y pelvicos. Sin presencia de adenomegalias inguinales, axilares o cervicales, blando, sin signo de la rueda dentada o de la navaja de muelle, Hoffman y Tromner negativos, reflejos osteotendinosos presentes, pulsos palpables bilateralmente, sin datos de insuficiencia venosa profunda. Arcos de movimiento no limitado, llenado capilar inmediato. |

###### **ESTUDIOS DE LABORATORIOS**

|  |
| --- |
| **23.05.15**: TTP 29, TP 17.4, INR 1.30, Dimero D 3130, glucosa 171, Creatinina 0.81, urea 33, BUN 15.8, Na 133, K 3.66, Cl 96, leucocitos 18.40 (neutrofilia 16.10), Hb 10.3, HTO 34, plaquetas 492. VCM 61, HbCM 21  **Gasometria arterial**: pH 7.53, PCO2 28, PO2 48, HCO3- 23.4, BE 1.6, SO2 88. |

###### **ESTUDIOS DE GABINETE**

ELECTROCARDIOGRAMA **23.05.15**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ritmo sinusal | FC: 85 lpm | PR: 0.16 | QRS: 0.12 seg |
| aQRS: +60o | ST: sin elevación o infra | QT: 0.30 | QTc: 0.36 |

Electrocardiograma con: BRDHH COMPLETO

|  |
| --- |
| ***Radiología de torax:*** *Con proyección anteroposterior, con aumento de la trama vascular y presencia de infiltrado parahiliar derecha, angulos constodiafragmaticos definidos, igual angulos cardiofrenicos. Silueta cardica con indicacardiotoracico de 0.55, además de aumento de la silueta aortica, mediatino sin alteración, traque central y sin descviaciones, tejidos blandos y óseos sin alteraciones.* |

###### **DIAGNOSTICO SINDROMATICO**

|  |
| --- |
| ***SINDROME DE CONDENSACION INTERESCAPULAR DERECHA***  ***SINDROME DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO*** |

###### **DIAGNOSTICO NOSOLOGICO**

|  |
| --- |
| ***ENFERMEDAD PULMONAR CRONICA EXACERBADO***  ***NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD CURB 65 2 PUNTOS, PSI CLASE III.***  ***SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO INACTIVO***   * ***SECUNDARIO A PROBABLE USO CRONICO DE AINEs***   ***ANEMIA MICROCITICA HIPOCROMICA***  ***DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN DESCONTROL***  ***HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA EN CONTROL***  ***ARTRITIS REUMATOIDE*** |

###### **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

|  |
| --- |
| ***BRONQUITIS AGUDA*** |

###### **INDICE DE COMOORBILIDAD Y DE GRAVEDAD AL INGRESO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***APACHE II*** | ***12*** | ***Índice de mortalidad: 16.7*%** | ***KARNOFSKY*** | ***80%*** |

###### **COMENTARIO Y PLAN**

|  |
| --- |
| Paciente que se encuentra con una un síndrome de insuficiencia cardiaca dada las características clínicas se clasifica predominantemente derecha, aun así se encuentran datos de una insuficiencia cardiaca global de bajo gasto cardiaco por datos de fatiga, debilidad intolerancia a esfuerzos, anorexia.  Las causas más frecuentes en la insuficiencia cardiaca son por enfermedad coronaria descartada por falta de cambios electrocardiográficos y sintomatología especifica, otra es la hipertrofia de ventrículo izquierdo y crecimiento de auricula izquierda secundarios a aumento de carga hemodinámica vistos en dos de las enfermedades crónico degenerativas vistas por la paciente, diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica. Punto a considerar es el daño al miocardio causado por el depósito de glucógeno conocido en la diabetes de larga evolución y manejo inadecuado, pudiendo condicionar una Insuficiencia cardiaca diastólica que evoluciona a una miocardiopatia dilatada o hipertrófica, teniendo las características de la placa la punta del corazón termina en alongada que sugeriría mas una dilatación y fatiga del musculo del miocardio y explicaría la evolución reciente de la enfermedad siendo aparente el cambio en estos meses. Poe esta presencia se tendría que descartar hipertensión pulmonar o cor pulmonare.  se espera como agente etiológico a S. pneumoneae, como el de mayor frecuencia en la comunidad, aun asi siendo el paciente fumador y este ser un factor de riesgo de presentar una enfermedad pulmonar obstructiva crónica el agente mas frecuente es Moraxella catarralis. Se espera manejo con macrolidos como claritromicina o eritromicina para mantener cubierto a este agente, además de cefotaxima, ya que por CURB65 no podemos pensar en neumonía grave que requiera de hospitalización.  El diagnóstico puede sospecharse por la presencia de numerosos diplococos gramnegativos en la expectoración y confirmarse por cultivo de un elevado número de estos gérmenes. Se incia tratamiento antibiótico y en espera a toma de cultivos y aislamienro para terapia dirigida. Por la leucocitosis de 1800 habria que descartar foco infeccioso urinario, se solicita examen general de orina. Asi mismo por el antecedentes de consumo crónico de AINEs y presencia de vomito en posos de café y melena se solicita endoscopia. |

Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica (2008)

DR MOLINA / DRA NAJAR

RIMI Briseño