

PROVINCIA DEL CHUBUT

CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES

“PROGRAMA DE FORMACIÓN EN MEDICINA INTERNA
DE MÉDICOS y ENFERMEROS EN ÁREAS RURALES”

INFORME FINAL

CHUBUT, Diciembre de 2007

AUTOR: DRA. PAOLA FINOCCHIETTO

INDICE

Primer Informe Parcial	3
Segundo Informe Parcial	16
Tercer Informe Parcial	36
Cuarto Informe Parcial	63
Asistencia	96

PROVINCIA DEL CHUBUT

CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES

“PROGRAMA DE FORMACIÓN EN MEDICINA INTERNA DE MÉDICOS y
ENFERMEROS EN ÁREAS RURALES”



Primer Informe Parcial

CHUBUT, Abril de 2007

AUTOR: DRA. PAOLA V. FINOCCHIETTO

INDICE

I.	Introducción	5
II.	Metodología de trabajo	6
III.	Capacitación Hospital Rural de Sarmiento	7
IV.	Capacitación Hospital Rural de Sarmiento	8
V.	Anexo I	10
VI.	Anexo II	12

I. INTRODUCCIÓN

En el presente informe se describe el trabajo realizado correspondiente al 1º encuentro de capacitación en el Hospital Rural de Sarmiento.

Se desarrollaron los temas previstos en el plan de trabajo.

Cabe recordar, como se detalló en el programa del corriente año, que se realizarán los encuentros en hospitales rurales con residencia programática en Medicina general como son los hospitales de Sarmiento y Maitén. Todos los hospitales rurales de la provincia fueron convocados para su concurrencia a todos los encuentros por medio de las áreas programáticas.

La Lic. en Enfermería Nora Villaverde que integra este equipo como colaboradora participó de la temática.

II. METODOLOGÍA DE TRABAJO

La metodología que se utiliza en cada encuentro de capacitación es:

- Recorrida de sala docente a la cabecera del paciente, analizando y discutiendo la realización de la historia clínica, análisis de exámenes complementarios, diagnósticos diferenciales y tratamiento.
- Se realiza la presentación de pacientes en ateneos para discusión diagnóstica y toma de conductas terapéuticas.
- Médicos y enfermeros, en conjunto, participan presentando los pacientes desde su rol.
- Los encuentros duran 1 día y medio con una frecuencia mensual.

III. CAPACITACIÓN HOSPITAL RURAL DE SARMIENTO

FECHA: 30 y 31 de Marzo del 2007

LUGAR: Hospital Rural de Sarmiento

EQUIPO: Lic. Nora Villaverde
Sr. Julio Riffo
Dra. Paola Finocchietto

PARTICIPANTES:

Hospital Rural de Sarmiento: BALLARI, Marcelo; BARRIO, Natalia; BARBERIS, Claudia; E'HIJOS, Norma; NEIRA, Marcela; OYOLA, Laura; URIBE, Graciela; DE SOUZA, Pablo; PROVENZANO, Lorena; COSTA, Gabriela; FLORES DELGADO, Manuel; ARIETTI, Patricio; FERRARI, Francisco.

Puesto Sanitario de Facundo: ANDRADE, Alcira

Puesto Sanitario de Buen Pasto: MILLANAO, Mirta

Puesto Sanitario Diadema Argentina: ACOSTA, Daniel

TEMARIO

Presentación de la metodología y objetivos del Programa 2007.

Mostración de caso clínico: de paciente con fiebre y síndrome confusional agudo (71-year-old woman with fever and altered mental status – Mayo Clin.Proc. 82, 237-240 - 2007)

Discusión y elección de los temas a desarrollar como casos clínicos con los participantes.

Entrega de los dos casos clínicos para presentar en el próximo encuentro:

CASO N°1

Paciente diabética con insuficiencia renal y úlceras en miembros inferiores (A 59 year old woman with diabetic renal disease and nonhealing skin ulcers) Case records of the Massachussets General Hospital. NEJM 356, 1049-1957 (2007)

CASO N°2

Paciente de 60 años con dolor torácico (60-year-old man with chest pain) Residents' Clinic Mayo Clin.Proc 79, 399-402 (2004).

IV. CAPACITACIÓN HOSPITAL RURAL DE SARMIENTO

FECHA: 20 y 21 de Abril del 2007

LUGAR: Hospital Rural de Sarmiento

EQUIPO: Lic. Nora Villaverde
Sr. Roberts Horacio
Dra. Paola Finocchietto

PARTICIPANTES:

BARBERIS, Claudia; BALLARI, Marcelo; PROVENZANO, Lorena; E'HIJOS, Norma;
COSTA, Gabriela; DE SOUZA, Pablo; GALLARDO, Raúl; URIBA, Graciela.

TEMARIO:

20 de Abril:

- Discusión de casos clínicos números 1 y 2:

A 50 year old woman with diabetic renal disease and nonhealing skin ulcers. NEJM 2007; 356: 1049-57,

60 year old man with chest pain. Mayo Clin Proc 2004; 79: 399-402.

- Presentación de casos clínicos números 3 y 4 para su discusión en el siguiente encuentro:

A 79 year old man with coronary artery disease, peripheral vascular, end stage renal disease and abdominal pain and distention. NEJM 2003; 349: 2147-55

A 48 year old man with sudden loss conscieousness while jogging. NEJM 2005; 353: 824-32.

21 de Abril:

- Recorrida de sala.
- Clase de accidente cerebro vascular con presentación de un caso clínico del Hospital Rural de Sarmiento.

BIBLIOGRAFÍA:

- Stroke: American Heart Association – Circulation 2005
- Evaluation and Management of Transient Ischemic Attack and Minor Cerebral Infarction. Mayo Clin Proc. 2004; 79 (8): 1071-1086
- Secondary Prevention Strategies in Ischemic Stroke: Identification and Optimal Management of Modifiable Risk Factors. Mayo Clin Proc. 2004; 79 (10): 1330-1340
- Guidelines for the Early Management of Patients with Ischemic stroke. 2005 Guidelines Update. Stroke 2005; 36: 916-921
- Management of Acute Ischemic Stroke. Mayo Clin Proc. 2004; 79 (11): 1459 – 1469.
- Initial Management and Assessment of Acute Stroke. Uptodate 14.1 2006.
- Advances in Stroke Management: 1998 Neurology Suppl. 4 Vol. 53 N° 7, 1999

ANEXO I

PROGRAMA DE FORMACIÓN EN MEDICINA INTERNA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ÁREAS RURALES DE LA PROVINCIA DE CHUBUT

2007

OBJETIVOS

- EFECTUAR CON IDONEIDAD LA EVALUACIÓN CLÍNICA, DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA INTEGRAL DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA FRECUENTE DE LA MEDICINA INTERNA.
- CONOCER Y ACONSEJAR MEDIDAS PREVENTIVAS DE LAS AFECCIONES CLÍNICAS.
- CAPACITAR EN EL MANEJO DE LOS PROBLEMAS CLÍNICOS DE URGENCIA Y AMBULATORIOS.
- DESARROLLAR EN LOS PROFESIONALES LA NECESIDAD DE FORMACIÓN CONTINUA A TRAVÉS DE LA LECTURA BIBLIOGRÁFICA ACTUALIZADA, ATENEOS Y CONGRESOS.
- DESARROLLAR LOS TEMAS PREVALENTES DE LA PATOLOGÍA LOCAL Y GENERAL.
- CREAR EL HÁBITO DE RECORRIDA DE SALA DOCENTE Y FORMATIVA.
- INTERCAMBIAR CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS PERSONALES Y HOSPITALARIAS.

HOSPITAL RURAL DE SARMIENTO



HOSPITAL RURAL DE EL MAITÉN



MODALIDAD Y NÚMEROS DE ENCUENTROS

- UN ENCUENTRO MENSUAL CON SEDE EN LOS HOSPITALES RURALES CON RESIDENCIA PROGRAMÁTICA EN MEDICINA GENERAL.
- 5 ENCUENTROS CONSECUTIVOS EN CADA HOSPITAL, TOTAL 10 ENCUENTROS DE MARZO A DICIEMBRE.
- TODOS LOS HOSPITALES RURALES DE LA PROVINCIA SERÁN CONVOCADOS PARA SU CONCURRENCIA EN LAS SEDES ESTABLECIDAS.
- SE REALIZARÁ RECORRIDA DE SALA EN CONJUNTO MÉDICOS Y ENFERMEROS Y DEMÁS PROFESIONALES DE LA SALUD QUE DESEEN CONCURRIR.
- LA MODALIDAD SERÁ DISCUSIÓN DE CASOS CLÍNICOS CON PATOLOGÍAS PREVALENTES DE LA CLÍNICA MÉDICA PLANTEADOS ORIENTADOS AL PROBLEMA EN UN NÚMERO DE 2 POR CADA ENCUENTRO.
- PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO POR PARTE DE LOS PARTICIPANTES, EL CUAL SERÁ PLANTEADO CON ANTICIPACIÓN PARA SU DISCUSIÓN EN EL SIGUIENTE ENCUENTRO.

ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

DESCRIPCIÓN DEL/O LOS CASOS CLÍNICOS

- 1-DATOS PERSONALES Y MOTIVO DE CONSULTA
- 2-ANAMNESIS DE LOS ANTECEDENTES
- 3-EXAMEN FÍSICO
- 4-SÍNDROMES Y PATOLOGÍAS
- 5-ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS
- 6-INTERPRETACIÓN CLÍNICA Y ENFOQUE DIAGNÓSTICO
- 7-PLAN TERAPÉUTICO

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

HUMANOS: MÉDICOS GENERALISTAS, ENFERMEROS, TÉCNICOS, OTRAS ESPECIALIDADES, RESIDENTES, INSTRUCTORES DE RESIDENTES, ETC.

MATERIALES: SALAS DE INTERNACIÓN, PACIENTES, LABORATORIO, Rx, ECG, AULAS, COMPUTADORAS, LIBROS, REVISTAS Y OTRO MATERIAL BIBLIOGRÁFICO QUE SE REQUIERA.

EVALUACIÓN

LA EVALUACIÓN SERÁ CONTÍNUA TANTO DE LOS PARTICIPANTES

COMO DE LOS DOCENTES A CARGO. SE PLANTEARÁ UN SISTEMA DE

EVALUACIÓN FINAL DE LOS CONTENIDOS Y LA SISTEMÁTICA

UTILIZADA EN LOS ENCUENTROS.

ANEXO II

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

PACIENTE MUJER DE 71 AÑOS QUE INGRESA POR CAMBIOS EN LA CONDUCTA SOMNOLENCIA, AGITACIÓN Y CONFUSIÓN DE 24 HS DE EVOLUCIÓN.

ANTECEDENTES PERSONALES:

- DBT II MEDICADA CON METFORMINA 800 MG/D
- HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON 10 MG/D DE ENALAPRIL
- HIPERLIPIDEMIA EN TRATAMIENTO CON 40 MG/D DE SIMVASTATINA

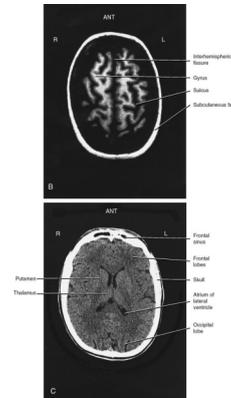
EXAMEN FÍSICO:

TA 130/80 mmHg FC: 100 lat. xmin. regular, FR: 20 x min. Tª 38.4°C, BMI 27, DESORIENTADA EN TIEMPO PERSONA Y LUGAR. SAT FIO2 21% 95%
Ap. CVS: soplo sistólico 2/6 en el foco aórtico sin irradiación. Ex Neurológico: rigidez de nuca, excitación psicomotriz sin foco Neurológico. Pupilas isocóricas reactivas sin fotofobia, reflejos conservados, sin Kernig ni Brudzinski. Fondo de ojo sin edema de papila

EXAMENES COMPLEMENTARIOS INICIALES

HB 13,5 G/DL
Gb 11000 (n: 85%,L 10%)
PLAQUETAS 140000
UREA 13 MG/DL
CREATININA 1 mg/dl
GLUCEMIA 240 MG/DL
NA 130 MEO/L
K 4,5 MEO/L
CALCEMIA 9
SEDIMENTO URINARIO: SIN LEUCOCITOS NI HEMATÍES
RX TORAX S/P

TAC DE CEREBRO



SITUACIONES EN LAS QUE SE DEBE SOLICITAR TAC DE CEREBRO ANTES DE REALIZAR LA PUNCIÓN LUMBAR

- EDAD > 60 AÑOS
- INMUNODEPRESIÓN (HIV)
- ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DEL SNC
- ANTECEDENTES DE CONVULSIONES PREVIAS
- ANTECEDENTES DE NEOPLASIAS
- TEC EN LOS ÚLTIMOS 3 DÍAS
- SIGNOS DE FOCO, ALTERACIÓN DEL LENGUAJE

PUNCIÓN LUMBAR

ASPECTO TURBIO POSTCENTRIFUGACIÓN

RECUENTO CELULAR 417 CÉL. MM³ (99% DE NEUTRÓFILOS)

GLUCORRAQUIA 37 MG/DL

PROTEINORRAQUIA 45 MG/DL

HEMOCULTIVOS, UROCULTIVO Y CULTIVO DE LCR PENDIENTES

DIAGNÓSTICO

MENINGITIS AGUDA:

TRASTORNO IRRITATIVO DE LAS MENINGES Y/O DE ESTRUCTURAS ADYACENTES (MENINGOENCEFALITIS) EN LA CUAL LOS SÍNTOMAS COMIENZAN EN 24 HS Y SU CURSO ES DE EVOLUCIÓN RÁPIDA YA QUE SE CONSIDERA UNA EMERGENCIA INFECCIOSA

ETIOLOGÍA:

<1 MES: S. AGALACTIAE, E. COLI, L. MONOCYTOGENES

1 MES-5 AÑOS: N. MENINGITIDIS, S. PNEUMONIAE, H. INFLUENZAE

5-9 AÑOS: N. MENINGITIDIS

ADULTOS < 60 AÑOS: S. PNEUMONIAE, N. MENINGITIDIS

ADULTOS > 60 AÑOS E INMUNOSUPRIMIDOS: S. PNEUMONIAE, L.

MONOCYTOGENES, N. MENINGITIDIS, BACILOS GRAMINEGATIVOS AEROBICOS

CONTRAINDICACIONES DE LA PUNCIÓN LUMBAR

- HEMIFISIÓN EN DOBRA NEVA
- DIATESIS HEMORRÁGICA
- ABSESO EPIDURAL
- CELULITIS EN TÍDOR NEVÓN

EL TRATAMIENTO EMPÍRICO NO DEBE POSPONERSE MÁS ALLÁ DE LOS 30 MINUTOS A PARTIR DE LA SOBRESHA EN CASO DE SOBRESHA Y DUDAS PARA LA REALIZACIÓN DEL ADMINISTRAR PRIMER DOSIS DE DEXAMETASONA ANTES DE LOS 15 MINUTOS INICIAR TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO Y TRASLADAR A CENTRO DE MAYOR COMPLEJIDAD

TRATAMIENTO EMPÍRICO

CONTROL DE SIGNOS VITALES Y NEUROLÓGICO

PLAN DE HIDRATACIÓN ENDOVENOS CON 2500CC SF

NADA POR VÍA ORAL

DEXAMETASONA 10 MG CADA 6 HS *ev*

VANCOMICINA 1 GR CADA 12 HS EV

CEFTRIAXONE 2GR CADA 12 HS EV

AMPICILINA 2 GR CADA 4 HS EV

HGT CADA 4 HS CON EL SIGUIENTE PLAN DE CORRECCIÓN:

150-200 4 U INSULINA CTE
SC
200-250 6 U
250-300 8 U
> 300 10 U Y AVISAR AL
MÉDICO

HEPARINA 5000u CADA 8 HS

DEXAMETASONA

PRIMER DOSIS PRECEDIENDO A LOS ATB
MEJORA LA EVOLUCIÓN Y SOBREVIDA EN ADULTOS
MAYOR EVIDENCIA EN CASO DE MENINGITIS POR S.
PNEUMONIAE

ESQUEMA ATB EMPÍRICO

18-60 AÑOS: CEFTRIAXONE 2 GR CADA 12 HS O CEFOTAXIMA 2
GR CADA 4 HS

O VANCOMICINA 1 GR CADA 12 HS +
CEFTRIAXONE 2 GR CADA 12 HS

> 60 AÑOS/ INMUNOSUPRIMIDOS: CEFTRIAXONE 2 GR CADA
12 HS + AMPICILINA

+/- VANCOMICINA 1
GR CADA 12 HS

BIBLIOGRAFÍA

- VAN DE BEEK,D. et al. COMMUNITY-ACQUIRED BACTERIAL MENINGITIS IN ADULTS. NEJM 354, 44-53 (2006).
- CHEE,C.E.,MOHR,N. 71-YEAR-OLD WOMAN WITH FEVER AND ALTERED MENTAL STATUS. MAYO CLIN. PROC. 82, 237-240 (2007).
- TUNKEL,A.R. CORTICOSTEROIDS FOR EVERYONE WITH MENINGITIS?. NEJM 347, 1613-1614 (2002).
- STEIGEL,N.H. COMPUTED TOMOGRAPHY OF THE HEAD BEFORE A LUMBAR PUNCTURE IN SUSPECTED MENINGITIS-IS IT HELPFUL?. NEJM 345, 1768-1770 (2001).
- UPTODATE 2007. ACUTE MENINGITIS

PROVINCIA DEL CHUBUT

CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES

“PROGRAMA DE FORMACIÓN EN MEDICINA INTERNA DE MÉDICOS y
ENFERMEROS EN ÁREAS RURALES”



Segundo Informe Parcial

CHUBUT, Julio de 2007

AUTOR: DRA. PAOLA FINOCCHIETTO

INDICE

I.	Introducción	17
II.	Metodología de trabajo	18
III.	Capacitación Hospital Rural de Sarmiento	19
IV.	Capacitación Hospital Rural de Sarmiento	20
V	Anexos	23
	Anexo I	24
	Anexo II	27
	Anexo III	29
	Anexo IV	32

I. INTRODUCCIÓN

En el presente informe se describe el trabajo realizado correspondiente al tercer y cuarto encuentro de capacitación en el Hospital Rural de Sarmiento.

Se desarrollaron los temas previstos en el plan de trabajo.

Cabe recordar, como se detalló en el programa del corriente año, que se realizarán los encuentros en hospitales rurales con residencia programática en Medicina general como son los hospitales de Sarmiento y El Maitén.

Todos los hospitales rurales de la provincia fueron convocados para su concurrencia a todos los encuentros por medio de las áreas programáticas.

La Lic. en Enfermería Nora Villaverde que integra este equipo como colaboradora participó de la temática.

II. METODOLOGÍA DE TRABAJO

La metodología que se utiliza en cada encuentro de capacitación es:

- Recorrida de sala docente a la cabecera del paciente, analizando y discutiendo la realización de la historia clínica, análisis de exámenes complementarios, diagnósticos diferenciales y tratamiento.
- Se realiza la presentación de pacientes en ateneos para discusión diagnóstica y toma de conductas terapéuticas.
- Médicos y enfermeros, en conjunto, participan presentando los pacientes desde su rol.
- Los encuentros duran 1 día y medio con una frecuencia mensual.

III. CAPACITACIÓN HOSPITAL RURAL DE SARMIENTO

LUGAR: Hospital de Sarmiento

FECHA: 18 Y 19 de Mayo de 2007

EQUIPO: Lic. Nora Villaverde; Sr. Cesar Pugh; Dra. Paola Finocchietto

PARTICIPANTES: Barberis Claudia, Ballari Marcelo, Provenzano Lorena, Ehijos Norma, Costa Gabriela, de Souza Pablo, Gallardo Raúl, Uribe Graciela, Arrieta Lorena, Paolasso Patricio.

TEMARIO:

18 DE MAYO:

1. Recorrida de sala.
2. Discusión de casos clínicos números 3 y 4:

Caso N° 3

A 79 year old man with coronary artery disease, pheripheral vascular disease, end-stage renal disease and abdominal pain and distention. nejm 2003; 349: 2147-55.

(Anexo I)

Caso N° 4

A 48 year old man with sudden loss of consciousness while jogging. nejm2005; 353:824-32. (Anexo II)

3. Presentación de casos clínicos números 5 y 6 para su discusión en el siguiente encuentro:

Caso 5 - 62-year old man with fever and cough. mayo clin proc 1996; 71: 889-892.

Caso 6 - 26-year old man with rapidly progressive jaundice and anemia. mayo clin proc 2002; 77: 83-86.

19 DE MAYO:

1. Puesta en común de los diagnósticos diferenciales y conductas médicas y de enfermería de los casos clínicos discutidos.

IV. CAPACITACIÓN HOSPITAL RURAL DE SARMIENTO

LUGAR: Hospital de Sarmiento

FECHA: 15 y 16 de Junio de 2007

EQUIPO: Lic. Nora Villaverde

Sr. Carlos Molina

Dra. Paola Finocchietto

PARTICIPANTES:

Barberis Claudia, Ballari Marcelo, Provenzano Lorena, Ehijos Norma, Costa Gabriela, de Souza Pablo, Gallardo Raúl, Uribe Graciela, Arrieta Lorena, Laura Oyola.

TEMARIO:

15 DE JUNIO:

1. Recorrida de sala.
2. Discusión de casos clínicos números 5 y 6:

Caso N° 5

62-year old man with fever and cough. mayo clin proc 1996; 71: 889-892. (Anexo III)

Caso N° 6

26-year old man with rapidly progressive jaundice and anemia. mayo clin proc 2002; 77: 83-86.(Anexo IV)

3. Presentación de casos clínicos números 8, 9, 10 y 11 para su discusión y cierre en el siguiente encuentro:

Caso N° 8

64-Year-old man with Polyuria and Polydipsia. Mayo Clin Proc, July 1995, vol. 70

Caso N° 9

80-Year-old-Woman with Dizziness. Mayo Clin Proc, August 1997, vol 72.

Caso N° 10

73-Year.old Man with Gait Disturbance and Imbalance. Mayo Clin Proc, February 1997, vol 72.

Caso N° 11

Case 25-2005: A 40-Year-old Man with Prolonged Fever and Weight Loss, 18 August, 2005

16 DE JUNIO:

1. Puesta en común de los diagnósticos diferenciales y conductas médicas y de enfermería de los casos clínicos discutidos.

BIBLIOGRAFÍA:

- Stroke: American Heart Association – Circulation 2005
- Evaluation and Management of Transient Ischemic Attack and Minor Cerebral Infarction. Mayo Clin Proc. 2004; 79 (8): 1071-1086
- Secondary Prevention Strategies in Ischemic Stroke: Identification and Optimal Management of Modifiable Risk Factors. Mayo Clin Proc. 2004; 79 (10): 1330-1340
- Guidelines for the Early Management of Patients with Ischemic stroke. 2005 Guidelines Update. Stroke 2005; 36: 916-921
- Management of Acute Ischemic Stroke. Mayo Clin Proc. 2004; 79 (11): 1459 – 1469.
- Initial Management and Assessment of Acute Stroke. Uptodate 14.1 2006.
- Advances in Stroke Management: 1998 Neurology Suppl. 4 Vol. 53 N° 7, 1999
- The New England Journal of Medicine – Case Records of the Massachusetts General Hospital

ANEXOS

ANEXO I

CASO CLÍNICO N°3

PACIENTE VARÓN DE 79 AÑOS DE EDAD CON ENFERMEDAD CORONARIA, VASCULAR PERIFÉRICA, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA CON DOLOR Y DISTENSIÓN ABDOMINAL.

Paciente varón de 79 años de edad que ingresa al hospital por oclusión de fístula arteriovenosa en miembro superior derecho y empeoramiento de su claudicación intermitente.

Dos semanas antes de la admisión empeoró su claudicación intermitente hasta hacerse severa con dolor en reposo de MMII; dos días antes el paciente dializó y se evidenció disminución del flujo en la fístula arteriovenosa (realizada 32 meses que requirió trombectomía y tromboplastia previas por obstrucción) por lo que fue citado dos días después para realizar estudio contrastado del acceso vascular y nueva sesión de hemodiálisis.

ANTECEDENTES

- HTA
- IAM hace 6 años por lo que recibió trombolíticos presentando como complicación enfermedad ateroembólica con claudicación intermitente e insuficiencia renal. Realizó 4 años de diálisis peritoneal y luego hemodiálisis desde hace 2 años. 3 meses postIAM se le realizó cirugía de revascularización miocárdica con triple bypass
- Fibrilación auricular paroxística
- Úlcera péptica
- Tabaquista 2 paquetes/día por 60 años
- EPOC
- Lobectomía superior derecha por Ca de pulmón hace 4 años ½
- Ecocardiograma de 16 meses atrás con aquinesia apical e inferior, engrosamiento del septum y disfunción diastólica.
- MEDICACIÓN: albuterol, ipatropio y triamcinolona inhalados, metoprolol, simvastatina, AAS, warfarina.

EXAMEN FÍSICO

Paciente lúcido, peso de 82 Kg, TA 120/70 mmHg, FC: 75 x min., FR: 20 x min. T 37°C. Pulsos carotídeos y de MS conservados, pulsos pedios, tibiales, poplíteos y femorales ausentes bilaterales. Fístula trombosada. Soplo sistólico en borde esternal izquierdo. Sibilancias espiratorias difusas bilaterales. Sin ingurgitación yugular. Resto s/p.

LABORATORIO (Tabla 1 y 2)

ECG: ritmo normal, depresión ST y mala progresión de R en precordiales.

Fistulografía con múltiples áreas de trombosis por lo que se realizó angioplastia.

Recibe tratamiento con O₂, inhalatorios, simvastatina, metoprolol, AAS y acetaminofeno-oxicodona para el dolor de MI. T° 37,4°C. continúa con sibilancias.

2do día de internación (Tablas 1 y 2) se realizó angiografía con sustracción digital de región aortopélvica que mostró enfermedad aterosclerótica difusa. Al día siguiente presentó dolor precordial constatándose fibrilación auricular, por lo que recibió 0.75 mg de digoxina EV revirtiendo a ritmo sinusal. Se realizó ecocardiograma BD: VI tamaño normal con función sistólica conservada, con akinesia anteroapical y porción medial con FE 59%.

3er día de internación presentó náuseas y vómitos sin dolor abdominal con sangre oculta en materia fecal positiva. Se administró kayexalate 60 gr/ d por 2 noches. Continúa con sibilancias. Rx torax con atelectasia laminar, vascularidad pulmonar prominente, lesiones fibróticas secuenciales en campos medio e inferior derecho, silueta cardíaca conservada.

4to día de internación: los niveles de ácido fólico y Vit, B 12 fueron normales. Se realizó nueva sesión de hemodiálisis y se transfundieron 2 U GR. Se realizó IC con gastroenterología por distensión abdominal con ruidos hidroaéreos positivos (RH) sin dolor abdominal. Rx abdomen con dilatación de intestino delgado y grueso sin neumoperitoneo.

5to día de internación: evoluciona con abdomen mas distendido difusamente, con disminución de RH y leve dolor a la descompresión, permaneció afebril, con sibilancias sin rales crepitantes. Se solicitó TAC de abdomen y pelvis y angiografía mesentérica que mostró dilatación de colon transverso y derecho, dilatación de ciego de 7 cm, sin neumoperitoneo, con pequeña cantidad de líquido en el espacio parietocólico derecho, sin estenosis de arteria mesentérica. Comienza tto con heparina.

6to día de internación: presenta dolor abdominal con distensión y RH ocasionales, no se pudo colocar sonda nasogástrica y se suspende fibrocolonoscopia, continúa sin ingesta por vía oral. Rx abdomen dilatación de ciego con gas en colon interpretándose cuadro compatible con íleo.

7mo día de internación: presentó nuevo episodio de dolor abdominal con 2 deposiciones diarreas con sangre oculta positiva en materia fecal. T 36,8°C. Abdomen doloroso y distendido con RH disminuidos. Se repite TAC de abdomen y pelvis con contraste oral y EV que mostró aire intraperitoneal y pequeñas burbujas de aire en la grasa y en la porción $\frac{1}{2}$ y superior del abdomen, el contraste llegó hasta recto sin extravasación del mismo, con engrosamiento de colon ascendente y ciego, divertículos en sigmoides, sin identificarse sitios de perforación.

SE REALIZÓ UN PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO.

- 1) Evalúe los estudios complementarios de las tablas 1 y 2 y las imágenes de Rx y Tomografías.
- 2) Establezca todos los diagnósticos diferenciales posibles en este paciente con enfermedad vascular que evoluciona durante la internación con dolor y distensión abdominal e íleo en el contexto de sus antecedentes.
- 3) ¿Qué procedimiento diagnóstico realizaría?

ANEXO II

CASO CLÍNICO N 4

PACIENTE VARÓN DE 48 AÑOS DE EDAD CON PÉRDIDA SÚBITA DE LA CONCIENCIA MIENTRAS REALIZABA JOGGING.

Un varón de raza negra no identificado fue trasladado al hospital después de ser asistido en el servicio de emergencias por pérdida súbita de la conciencia.

Los testigos vieron que mientras el paciente corría, súbitamente se detuvo y cayó en el suelo. El servicio de emergencias que arribó al lugar lo encontró inconciente y con respiración estertorosa, Fr 36 x min, TA 140/110 mmHg, FC 120 x min. Flexionaba el brazo derecho por lo que se administró 10 mg de diazepam EV por sospecha de convulsión, se coloca collar cervical y se traslada al hospital.

EXAMEN FÍSICO:

En el hospital ingresa el paciente sin respuesta verbal ni a estímulos físicos. T° 37,6°C, TA 116/71 mmHg, FC 100 x min. FR 24 x min. Sat. 97% con O2 100% con dispositivo máscara-reservorio. Presentó laceración de 3cm en región parietooccipital izquierda, pupilas de 4 mm isocóricas y reactivas a la luz, sin lesión facial, crepitación cervical, ni desviación traqueal. No se pudo evaluar presión venosa yugular. No soplos carotídeos, pulsos de MS y MI conservados, examen respiratorio, CVS, abdomen y pelvis sin alteraciones, examen rectal conservado, sin evidencia de trauma en la columna. Nuevo examen neurológico sin respuesta a estímulos verbales ni apertura ocular espontánea pero después comienza con respuesta a estímulos dolorosos con movilización de 4 miembros, reflejo corneano bilateral positivo, sin nistagmus, reflejos osteotendinosos conservados, facie simétrica.

ECG a los 20 min. del arribo con ritmo sinusal, BCRD, signos de HVI y depresión del ST en DI, aVL, V4 a V6. Por excitación psicomotriz se realizó intubación orotraqueal con previa medicación con vecuronio y midazolam, se administra 1 gr de fenitoína. Se colocó sonda nasogástrica. Rx torax, TAC de cerebro, columna cervical, abdomen s/p, excepto presencia de hematoma subgaleal parietal izquierdo.

Laboratorio normal excepto elevación de CPK con troponina T negativa.

Dosaje de niveles de alcohol, barbitúricos, benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos, opioides y metabolitos de cocaína negativos.

A las 3 horas la policía identificó al paciente, y la esposa reportó que el paciente es ingeniero oriundo de Camerún que 1 año atrás presentó episodio similar, consultando a otro hospital en donde le prohibieron realizar ejercicios por presentar “engrosamiento cardíaco”; fue medicado con betabloqueantes.

Preguntas orientadoras

- 1) ¿Cómo se clasifica el síncope y cuales son las causas de síncope en general?.
- 2) Establezca diagnósticos probables de causas de síncope en este paciente.
- 3) Realice un algoritmo diagnóstico ante un paciente con síncope.
- 4) ¿Cuál es el porcentaje de pacientes con síncope a los cuales no se puede arribar a un diagnóstico después de la realización de los estudios complementarios ?

ANEXO III

CASO CLÍNICO N° 5

Un paciente de 62 años de sexo masculino que ingresa al departamento de emergencia por fiebre de 39°C y tos de un día de evolución. Refiere debilidad progresiva, malestar generalizado y pérdida de peso de 4 meses de evolución cuando se le realizó el diagnóstico de HIV positivo por western blot con un recuento de CD4 de 76/ul.

En el momento del diagnóstico de HIV presentó convulsiones recurrentes secundarias a toxoplasmosis cerebral siendo tratado con pirimetamina, sulfadiazina, fenitoína, zidovudine (AZT) y Timetoprimasulfametoxazol (TMS). Luego a esta internación evolucionó con debilidad progresiva y pérdida de peso.

El AZT se discontinuó por mialgias severas y anemia recibiendo transfusiones; por rash se suspendió TMS reemplazándose por dapsona.

Una semana antes a su actual admisión presentaba CD4 de 25/ul y una Rx torax con infiltrados en campos medio e inferior derechos con adenopatías hiliares por lo que fue medicado con clindamicina.

El paciente negó exposición a tuberculosis con test de tuberculina hace 4 meses negativo. Niega cefaleas, expectoración, síntomas urinarios, cambios en el estado mental ni trastornos visuales.

EXAMEN FÍSICO:

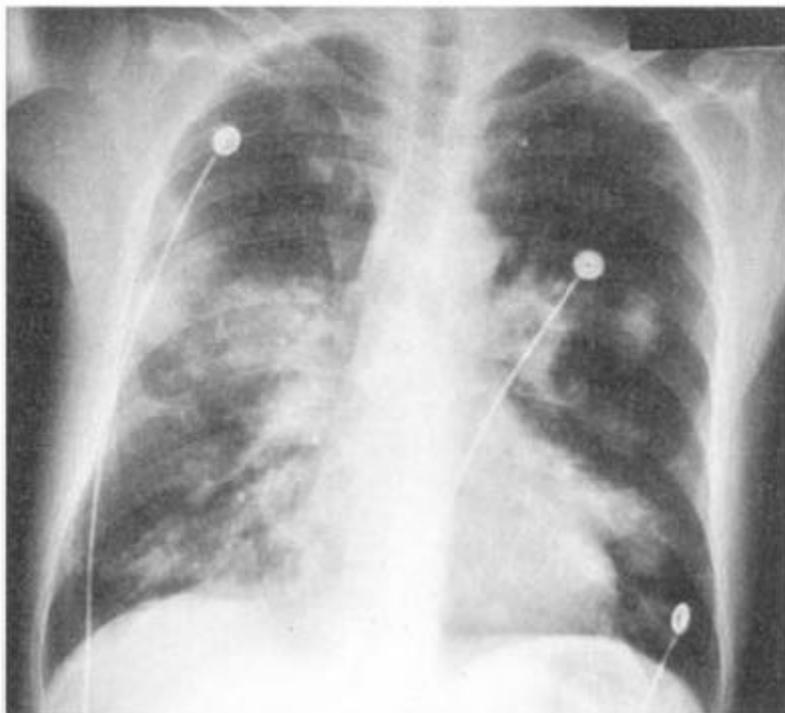
Paciente lúcido, T° 38,6°C, FC: 90 lat. X min., FR: 24 X min., TA 120/70 mmHg. Como datos positivos presentaba: disminución del murmullo vesicular en campos medio, inferior lateral y posterior derechos con rales bronquiales y egofonía. Ganglios cervicales no adenopáticos pero sí linfadenopatía inguinal derecha. Resto S/P.

LABORATORIO:

Hb 8,9 gr/dl, GB: 1700 (NS 22%, N en cayado 10%, L 20%, M 30%, E 16%, B 1%, mielocitos 1 %, Na 130 meq/Lt, CL 97 meq/Lt, Ph 7,44, PCO2 37 mmHg, PO2 62 mmHg, Bic. 24, Sat.O2 89% con FIO2 0.21, AGAP 6, TGP 48. Dopaje de fenitoinemia 4,2 mg/l (VN: 10-20). Sedimento urinario: 1-3 hematíes por campo. Espudo: abundantes leucocitos con pocas células epiteliales. Cultivos en sangre para gérmenes comunes y micobacterias y orina negativos. En espudo se aisló *Klebsiella pneumoniae*.

RX TORAX:

Infiltrados alveolares en campos medio e inferior derechos que progresaron en 1 semana a nódulos múltiples en los mismos campos pulmonares con adenopatías mediastinales.



Preguntas orientadoras:

- 1) ¿Cuáles son los criterios diagnósticos de sida?
- 2) ¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales que se deben plantear en un paciente inmunosuprimido HIV con infiltrados pulmonares ?
- 3) ¿Qué otros estudios complementarios y/o procedimientos diagnósticos solicitaría, porqué y para qué?

ANEXO IV

CASO CLÍNICO N° 6

Paciente de 26 años de sexo masculino es derivado para estudio de ictericia, anemia y dolor abdominal.

El paciente estuvo en buen estado de salud hasta hace 4 meses cuando presentó un cuadro de infección respiratoria de vías aéreas inferiores por lo que recibió tratamiento antibiótico (se desconoce cual recibió) sin mejoría clínica, y fue internado 2 meses mas tarde por neumonía recibiendo tratamiento antibiótico con levofloxacina. Luego de esta internación continuó con fatiga, malestar, diarrea, dolor abdominal y vómitos. Hace una semana presentó episodios de diarrea con deposiciones frecuentes y voluminosas recibiendo tratamiento empírico con ciprofloxacina y metronidazol.

Ingresa a otro hospital por vómitos persistentes, dolor abdominal y pérdida de peso de 11,3 Kg agregando ictericia con valores de bilirrubina total que progresan de 7 a 14,9 mg/dl y descenso de Hb de 11,2 a 9,9 gr/dlen los 2 días de internación. Se le realizó un fibrocolonoscofia que fue informada negativa y se decide su derivación a esta institución.

ANTECEDENTES:

Ingesta de alcohol esporádica pero no en los últimos 6 meses, no tabaquista, niega uso de drogas, exposición laboral o a animales, no viajes y sin antecedentes de patología gastrointestinal, hepática o hematológica.

EXAMEN FÍSICO:

T° 38,5 °C, FC: 108 lat.x min. FR : 18 x min. TA 116/70 mmHg

Paciente febril, de aspecto comprometido, alerta y orientado, ictérico, sin adenopatías, edemas, eritema palmar ni spiders. Soplo sistólico 2/6 en borde esternal superior derecho, polo de bazo palpable, e hígado de 18 cm con aumento en la sensibilidad a la palpación en cuadrante superior derecho, RH + sin ascitis, tacto rectal negativo, examen respiratorio y neurológico normales.

LABORATORIO:

Hb 8,4 gr/dl, VCM 103,9, GB: 17.200, plaquetas 211000, Reticulocitos 7,4%. Anisocitosis, poiquilocitosis moderada, leve macrocitosis sin esquistocitos.

Na 136 meq/Lt, K 3,8 meq/Lt, creatinina 1,2 mg/dl, urea 20 mg/dl, TGO 188 U/l, TGP 39 U/l, BT 29 mg/dl, BD 24,5 mg/dl FAL 74. Tiempo de protrombina: 23,5 segundos (VN: 8,4-12 seg.) KPTT 41 seg. (VN: 21-33 seg.), sangre oculta en materia fecal +.

Haptoglobina < 14 mg/dl (VN: 25-200 mg/dl) con Test de Coombs directa negativa.

Ecografía abdominal con hepatomegalia con flujo en venas hepáticas conservado y Rx Torax normales.

A las 36 hs de su internación el paciente evolucionó con confusión y hematoquezia con nuevo laboratorio: BT 58 mg/dl, BD 52 mg/dl TGO 234 U/l, TGP 25 U/l, FAL 49 U/l tiempo de protrombina de 40,6 " y Hb 6,8 gr/dl.

Preguntas orientadoras:

- 1) ¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales en un paciente joven con ictericia y deterioro de la función hepática?
- 2) ¿Qué estudios complementarios solicitaría de acuerdo a la lista de diagnósticos diferenciales que realizó?

PROVINCIA DEL CHUBUT

CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES

“PROGRAMA DE FORMACIÓN EN MEDICINA INTERNA DE MÉDICOS y
ENFERMEROS EN ÁREAS RURALES”



Tercer Informe Parcial

CHUBUT, Septiembre de 2007

AUTOR: DRA. PAOLA FINOCCHIETTO

INDICE

I.	Introducción	37
II.	Metodología de trabajo	38
III.	Capacitación Hospital Rural de Sarmiento	39
IV.	Capacitación Hospital Subzonal El Maitén	41
V	Anexos	43
	Anexo I	44
	Anexo II	46
	Anexo III	49
	Anexo IV	52
	Anexo V	58
	Anexo VI	60

I. INTRODUCCIÓN

En el presente informe se describe el trabajo realizado correspondiente al quinto encuentro realizado en el Hospital Rural de Sarmiento y sexto encuentro de capacitación en el Hospital Subzonal de El Maitén.

Se desarrollaron los temas previstos en el plan de trabajo.

Cabe recordar, como se detalló en el programa del corriente año, que se realizarán los encuentros en hospitales rurales con residencia programática en Medicina general como son los hospitales de Sarmiento y El Maitén.

Todos los hospitales rurales de la provincia fueron convocados para su concurrencia a todos los encuentros por medio de las áreas programáticas.

La Lic. en Enfermería Nora Villaverde que integra este equipo como colaboradora participó de la temática.

II. METODOLOGÍA DE TRABAJO

La metodología que se utiliza en cada encuentro de capacitación es:

- Recorrida de sala docente a la cabecera del paciente, analizando y discutiendo la realización de la historia clínica, análisis de exámenes complementarios, diagnósticos diferenciales y tratamiento.
- Se realiza la presentación de pacientes en ateneos para discusión diagnóstica y toma de conductas terapéuticas.
- Médicos y enfermeros, en conjunto, participan presentando los pacientes desde su rol.
- Los encuentros duran 1 día y medio con una frecuencia mensual.

III. CAPACITACIÓN HOSPITAL RURAL DE SARMIENTO

Quinto Encuentro del Programa de Capacitación de Profesionales de la Salud de
Hospitales Rurales de la Provincia de Chubut Año 2007.

LUGAR: HOSPITAL DE SARMIENTO

FECHA: 6 Y 7 DE JULIO DE 2007

EQUIPO: Lic. Nora Villaverde

Sr. Cesar Pugh

Dra. Paola Finocchietto

PARTICIPANTES:

BARBERIS Claudia, PROVENZANO Lorena, E'HIJOS Norma, COSTA Gabriela, DE
SOUZA Pablo, GALLARDO Raúl, URIBE Graciela, OYOLA Laura.

TEMARIO:

6 DE JULIO:

- Recorrida de sala.
- Discusión de casos clínicos números 7, 8 y 9
- Puesta en común de los diagnósticos diferenciales y conductas médicas y de enfermería de los casos clínicos discutidos.

7 DE JULIO:

- Discusión de casos clínicos números 10
- Puesta en común de los diagnósticos diferenciales y conductas médicas y de enfermería de los casos clínicos discutidos.

CASOS CLINICOS

- 80 Year Old Woman with Dizzines. Mayo Clinic Proceeding 72:781-784 1997.

- 73 Year Old Man with Gait Disturbance and Imbalance. Mayo Clinic Proceeding 72:165-168 1997.
- 64 Year Old Man with Polyuria and Polydipsia. Mayo Clinic Proceeding 70:703-706 1995.
- A 40 Year Old Man with Prolonged fever and Weight Loss. N Engl J Med 353:713-722 2005.

IV. CAPACITACIÓN HOSPITAL RURAL DE EL MAITÉN

Sexto Encuentro del Programa de Capacitación de Profesionales de la Salud de
Hospitales Rurales de la Provincia de Chubut año 2007

FECHA: 24 Y 25 DE AGOSTO DE 2007

LUGAR: HOSPITAL DE MAITÉN

EQUIPO: Dr. DEL BOSCO HORACIO

LIC. NORA VILLAVERDE

SR. JULIO RIFFO

Dra PAOLA FINOCCHIETTO

PARTICIPANTES:

Hospital de Maitén:

CIMA Rosana, DALLIA Germán, PUELMAN Elba, FERNANDEZ Lucrecia, DIAZ Fabián, ASPILCHE Elías, QUILQUITRIPAY Angélica, ROSOLINO Daniel, PURATICH Fabián, ANTILEF Graciela, LUJAN Norberto, JOSIFOVICH Ari, AMHED Alberto, MARCOS Ma Jimena, CARDOZO Sergio.

Hospital de Epuyén:

CLAVERIE Raúl

TEMARIO

1-PRESENTACIÓN DE LA METODOLOGÍA Y OBJETIVOS DEL PROGRAMA 2007.

2-DISCUSIÓN Y ELECCIÓN DE LOS TEMAS A DESARROLLAR COMO CASOS CLÍNICOS CON LOS PARTICIPANTES.

3-DISCUSSION DE LOS SIGUIENTES CASOS CLÍNICOS:

-PACIENTE CON FIEBRE Y SINDROME CONFUSIONAL AGUDO (71-YEAR-OLD WOMAN WITH FEVER AND ALTERED MENTAL STATUS) MAYO CLIN. PROC. 82, 237-240 (2007).

-PACIENTE DIABÉTICA CON INSUFICIENCIA RENAL Y ULCERAS EN MIEMBROS INFERIORES (A 59 YEAR OLD WOMAN WITH DIABETIC RENAL DISEASE AND NONHEALING SKIN ULCERS)

CASE RECORDS OF THE MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL. NEJM 356, 1049-1957 (2007)

4-ENTREGA DE LOS DOS CASOS CLÍNICOS PARA PRESENTAR EN EL PRÓXIMO ENCUENTRO.

ANEXOS

CASO CLÍNICO N° 7

64-Year-Old Man With Polyuria and Polydipsia

A 64-year-old man, an 80-pack-year smoker, had a 4-month history of progressive dyspnea on exertion, weight loss of 11.3 kg, hoarseness of voice, and cough. He also complained of polyuria (he estimated urinating 20 times a day), polydipsia, and nocturia. He denied having bone pain, nausea, vomiting, constipation, headaches, or a history of diabetes mellitus. Clinical examination showed early clubbing of fingers. No lymphadenopathy was noted, and examination of the chest revealed unremarkable findings. No bone tenderness was elicited. Results of routine laboratory investigations were noncontributory except for an increased serum calcium concentration (15.4 mg/dL). Because of the severe hypercalcemia, the patient was hospitalized for inpatient assessment and treatment of hypercalcemia.

A chest roentgenogram obtained 24 months earlier had been normal. Nevertheless, because of the history of heavy smoking and the presence of clubbing of fingers, a current chest roentgenogram was obtained (Fig. 1).

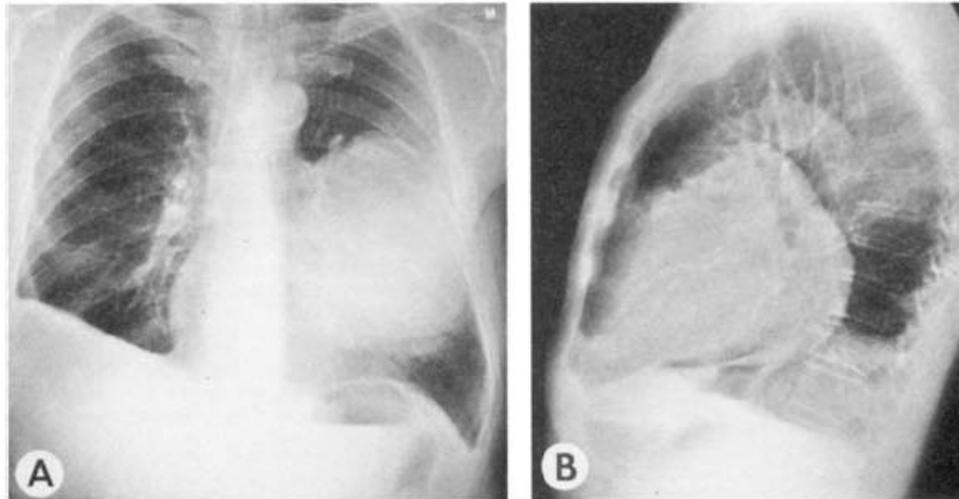


Fig. 1. Posteroanterior (A) and left lateral (B) chest roentgenograms, showing large mass in left lower lung field. Thickened pleura in right costophrenic angle is also evident.

Un paciente varón de 64 años de edad, tabaquista de 80 pack year, refiere disnea progresiva con el ejercicio de 4 meses de evolución, pérdida de peso de 11,3 Kg, tos y cambios en la voz. El refiere poliuria habiendo estimado diuresis de 20 veces por día, polidipsia y nocturna. El no refiere dolor óseos náuseas vómitos, constipación, cefaleas ni actas de diabetes. El examen físico mostró dedos en palillo de tambor, no adenopatías con un examen respiratorio sin hallazgos significativos. En los resultados de laboratorio solicitados solo se encontró calcemia total de 15,4 mg/dl. Debido a este valor el paciente fue hospitalizado para iniciar el tratamiento para hipercalcemia.

PREGUNTAS ORIENTADORAS

- 1) Cuales son las causas de hipercalcemia?
- 2) Como se clasifica de acuerdo a la gravedad y a los valores de laboratorio?
- 3) Cuales son los síntomas y signos de hipercalcemia?
- 4) Por que mecanismos fisiopatológicos puede desarrollar insuficiencia renal?
- 5) Establezca un plan diagnóstico y terapéutico y describa los tipos de medicamentos que puede utilizar.

CASO CLÍNICO Nº 8

80-Year-Old Woman With Dizziness

An 80-year-old woman sought assistance at her local emergency department because of a fall. She had felt “dizzy,” lost her balance while getting out of her car, and struck her head on the concrete floor of the garage; however, she did not lose consciousness and was able to get up without difficulty.

For several weeks before the fall, the patient had had episodic dizziness, particularly when rising from a sitting position. She described a transient feeling of lightheadedness and a vague sensation of “spinning inside.” She also noted a periodic “floating” sensation, during which her vision seemed to blur while her visual field remained intact. She was certain that her environment appeared to remain stationary during all these episodes. The onset of her dizziness had been gradual and had not been precipitated by any obvious event. She denied experiencing any other symptoms associated with these episodes.

Review of the patient’s medical history showed degenerative joint disease, for which she had undergone bilateral total knee arthroplasties 13 years earlier. Recently, her knee pain had been increasing because of wear of the prostheses. An orthopedic surgeon had advised repeating the bilateral knee arthroplasties, but the patient chose to defer surgical treatment because of her husband’s poor health. She was taking indomethacin, 50 mg three times a day, to control her joint pains. The patient also had a history of hiatal hernia and long-standing gastroesophageal reflux symptoms, well controlled with occasional use of antacids. Long-standing hypertension was controlled with furosemide

and verapamil hydrochloride. She had no melena, hematochezia, vaginal bleeding, hemoptysis, or hematemesis and no personal or family history of anemia.

Physical examination of the patient revealed generalized pallor. The blood pressure was 150/85 mm Hg, and the heart rate was 110 beats/min and regular; neither measurement varied with postural change. Cardiac examination disclosed regular tachycardia and a soft early systolic murmur at the left upper sternal border without radiation. A stool sample obtained during rectal examination was positive for occult blood. No rectal or abdominal masses were palpated.

Initial abnormal laboratory findings were as follows: hemoglobin 7.0 g/dL (normal, 12.0 to 15.5), mean corpuscular volume 70.5 fL (normal, 81.6 to 98.3), increased red blood cell distribution width (RDW) (16.2%; normal, 11.9 to 15.5%), and decreased erythrocyte count ($3.02 \times 10^{12}/L$; normal, 3.90 to 5.03×10^{12}). She was admitted to the hospital

Paciente mujer de 80 años de edad que fue asistida por el servicio de emergencias en su domicilio por una caída. Ella refirió mareos, pérdida del equilibrio mientras salía de su auto y tuvo trauma de cráneo al caer en el piso del garage, ella no perdió el conocimiento y fue capaz de levantarse sin dificultad.

Semanas antes de la caída, la paciente refiere haber comenzado con varios episodios de mareos particularmente cuando se levantaba desde la posición sentada. Ella describió una sensación transitoria de cefalea y vaga sensación de : También notó sensación de flotar en el aire en forma periódica durante el cual su visión parecía borrosa sin afectación del campo visual. Ella refería que las cosas a su alrededor permanecían estables durante todos los episodios.

El comienzo de los mareos había sido gradual, sin un factor desencadenante y sin experimentar otros síntomas asociados. Revisando la historia previa presentaba antecedentes de enfermedad articular sometida a artroplastia de rodilla bilateral hace 13 años. Ella comenzó con dolor en la rodilla y un traumatólogo le sugirió repetir la artroplastia bilateral negándose al procedimiento. Otros antecedentes: hernia hiatal, reflujo gastroesofágico, uso ocasional de antiácidos, hipertensión arterial medicada con verapamilo y furosemida, ingesta de indometacina 50 mg día 3 veces por día para el dolor articular.

Examen Físico:

TA 150/85, sin ortostatismo, FC 100 lat. X min. regular, soplo sistólico paraesternal superior derecho sin irradiación, palidez cutáneo mucosa, examen respiratorio, abdominal y rectal sin alteraciones.

Laboratorio:

HB 7 gr/dl, VCM 70,5, RDW 16, GB 9000 con fórmula conservada, plaquetas 200000, urea 40, creatinina 1,1 mg/dl, Na 137 meq/lt, K 3,8 meq/lt, glucemia 90 mg/dl:

Sangre oculta en materia fecal positiva.

PREGUNTAS ORIENTADORAS

- 1) Cual de todos los síntomas nos permiten diferenciar los mareos/ vértigos de causa vestibular vs no vestibular?
- 2) Como se clasifican los mareos/vertigos y cuales son los diagnósticos etiológicos?
- 3) Cual sería el enfoque por problemas en esta paciente?
- 4) Cual sería el diagnóstico mas probables en esta paciente y que estudios solicitaría?

ANEXO III

CASO CLÍNICO N° 9

73-Year-Old Man With Gait Disturbance and Imbalance

A 73-year-old right-handed man with a history of diabetes, hyperlipidemia, coronary artery disease, and asthmatic obstructive lung disease came to our institution because of a 2-year history of gradual worsening of gait and balance. One year previously, he had undergone coronary artery bypass grafting without perioperative complications. Subsequently, his gait worsened, and his feet felt “glued to the floor.” During the 2 years before the current examination, he also noticed urinary urgency, occasional incontinence, and impotence. His wife noticed that he had had some mental slowing and forgetfulness during the preceding 18 months. Review of systems revealed no history of tremor, speech change, difficulty with use of his arms, or weakness. Five months before the current assessment, a neurologist had noted parkinsonism; amantadine hydrochloride and carbidopa-levodopa were prescribed separately but yielded no benefit.

On initial consultation, the patient had normal mental status and cranial nerve functions. Motor examination showed generally preserved strength, reduced ankle jerks, and flexor plantar responses bilaterally. Muscle tone was mildly spastic in the legs. Sensory examination showed mild hypoesthesia to pinprick in both hands (fingertips) and feet (up to the ankles); other sensory modalities were normal. His gait was wide-based, and external anal sphincter tone was mildly reduced. Parkinsonian signs included shuffling gait, slowed walking, and postural instability.

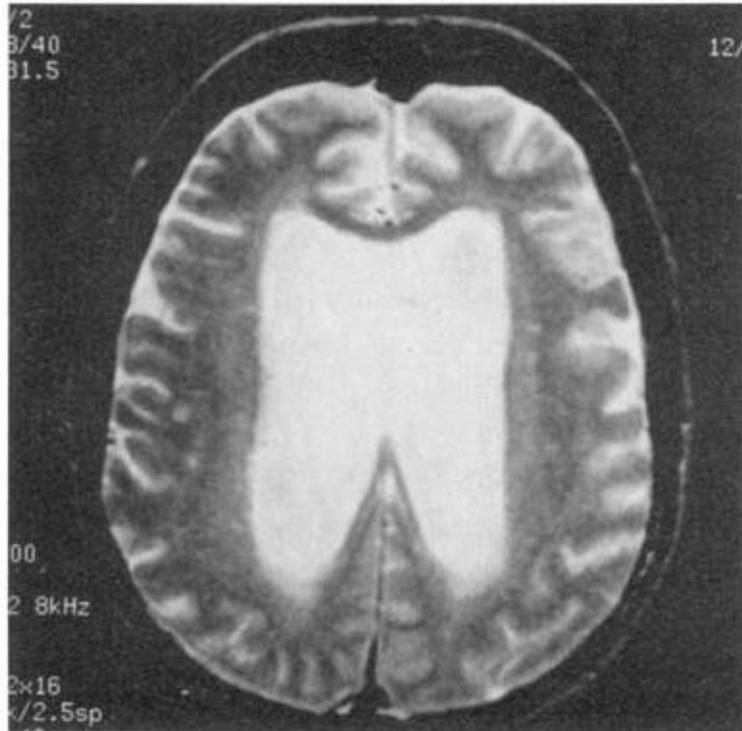


Fig. 1. T2-weighted magnetic resonance image of the brain, showing pronounced enlargement of lateral ventricles that is out of proportion to degree of cortical atrophy. An unrelated finding is scattered focal areas of increased T2 signal in subcortical white matter bilaterally, most likely due to small-vessel ischemic disease.

Paciente varón de 73 años de edad que consulta por deterioro gradual de la marcha y equilibrio de 2 años de evolución. Un año previo al comienzo de los síntomas fue sometido a by-pass coronario sin complicaciones perioperatorias. Posteriormente su marcha se tornó dificultosa con la sensación de que los pies....Dos años antes a la consulta actual el notó urgencia miccional, ocasionalmente incontinencia e impotencia. Su mujer refiere notar alteración en la expresión de ideas y disminución de la memoria en los últimos 18 meses. No refiere historia de temblor, cambios en la expresión de la palabra, debilidad o dificultad con el uso de sus miembros superiores. 5 meses antes un neurólogo le diagnosticó parkinsonismo comenzando tratamiento con carbidopa-levodopa y amantadina sin mejoría.

Antecedentes:

diabetes, dislipemia, enfermedad coronaria y asma.

Examen físico: lucido, sin afectación de pares craneanos, fuerza conservada, disminución de reflejos aquileano y reflejo plantar positivo. Leve hipoestesia termoalgésica en manos y pies con tono muscular con espasticidad leve de miembros inferiores. La marcha mostraba aumento de la base de sustentación, enlentecimiento al caminar e inestabilidad postural. Tono del esfínter anal levemente reducido.

Se le solicitó resonancia nuclear magnética de cerebro y minimental test.

PREGUNTAS ORIENTADORAS

- 1) Como se realiza el minimental test y que información da?
- 2) Que datos del examen físico son más orientadores para un diagnóstico?
- 3) Cuales son los diagnósticos diferenciales en este paciente?
- 4) Describa las imágenes de la RNM?
- 5) Que conducta de acuerdo a su diagnóstico más probable realizaría?

CASO CLÍNICO Nº 10

Case 25-2005: A 40-Year-Old Man with Prolonged Fever and Weight Loss

Dennis L. Kasper, M.D., Dushyant Sahani, M.D., and Joseph Misdraji, M.D.

PRESENTATION OF CASE

A 40-year-old man was admitted to this hospital because of persistent fever, night sweats, anorexia, and weight loss.

The patient had been in excellent health until eight and a half weeks before admission, when fever, chills, severe headache, and diarrhea developed the day after he and his family ate in a fast-food restaurant. Others in the family had similar symptoms. The headaches and diarrhea resolved after five days, but the fever persisted, with nightly temperatures of 38.9°C to 39.4°C associated with drenching night sweats. The fever responded to ibuprofen and did not occur during the day. Anorexia developed, with a weight loss of 6.4 kg, and the patient felt some pressure in the right upper abdominal quadrant. He noted a brownish-orange color to his urine. Evaluation by his primary care physician two and a half weeks after the onset of symptoms (six weeks before admission to this hospital) revealed normal vital signs and normal findings on physical examination; laboratory-test results are shown in Table 1. Computed tomographic (CT) scanning of the abdomen and thorax showed no abnormalities except for patchy, non-specific heterogeneous attenuation in the liver, which was thought to suggest fatty infiltration.

Two weeks later, four weeks before admission, persistent symptoms prompted referral to a second physician for consultation. The results of the physical examination were again normal. Serum levels of electrolytes, calcium, phosphorus, glucose, urea nitrogen, and creatinine were normal. The results of tests for C-reactive protein, alpha₁-antitrypsin, alpha-fetoprotein, ceruloplasmin, and thyrotropin were normal. Assays for the presence of IgG antibodies to Epstein–Barr virus (EBV) latent membrane protein and EBV nuclear antigen were positive; those for IgM anti-EBV antibodies, hepatitis B antigen and antibody, and antimitochondrial antibodies were negative. Antinuclear antibodies were present at a titer of 1:32 in a speckled pattern. Urinalysis was positive for urobilinogen (+) and was otherwise normal. Other results from this second round of laboratory tests are shown in Table 1.

Repeated CT scanning of the abdomen, performed after the administration of intravenous contrast material as well as oral contrast material, showed inflammatory changes around the cecum and possibly the terminal ileum. The liver showed diffuse low attenuation in the center without biliary obstruction or a focal mass. The gallbladder was absent. The spleen, pancreas, adrenal glands, and kidneys were normal. A biopsy

Table 1. Hematologic Laboratory Values.

Variable	Six Weeks before Admission	Four Weeks before Admission	On Admission to the Other Hospital	On Admission to This Hospital	Second Hospital Day
White-cell count — per mm ³		10,200	7,000	10,300	12,600
Red-cell count — per mm ³		4,290,000	3,910,000	3,870,000	3,890,000
Hemoglobin — g/dl	12.6	11.6	10.4	10.2	10
Hematocrit — %		35.4	31.8	30.8	31
Mean corpuscular volume — μm ³		83	81	79	80
Mean corpuscular hemoglobin — pg/red cell		27.0	26.6	26.3	25.8
Mean corpuscular hemoglobin concentration — g/dl		32.8	32.7	33.1	32.4
Platelet count — per mm ³	613,000	376,000	386,000	398,000	397,000
Differential count — %					
Neutrophils		77	70	84	81
Lymphocytes		17	24	12	12
Monocytes		6	6	2	5
Eosinophils				2	2
Basophils				0	0
Erythrocyte sedimentation rate — mm/hr	67	115	120	123	124
Prothrombin time — sec		13.1	13.1	13.9	14.0
International normalized ratio		1.2		1.3	1.3
Partial-thromboplastin time — sec		31.2	27.0	29.2	29.9
Prothrombin gene mutation G20210A					Normal
Partial-thromboplastin time–lupus anticoagulant screen ^a					Negative
Antithrombin III (functional) — %†					84
Protein C (functional) — %‡					72
Activated protein C resistance§					Ratio, 2.5
Protein S (functional) — %¶					100

^a This test is based on partial-thromboplastin–time screens for the presence of lupus anticoagulants.

† The normal range is 80 to 130 percent.

‡ The normal range is 70 to 140 percent.

§ The normal ratio is greater than 2.0.

¶ The normal range is 70 to 140 percent.

specimen of bone marrow showed normal hematopoiesis and increased iron storage.

Colonoscopy, esophagogastroduodenoscopy, and endoscopic retrograde cholangiopancreatography performed during the following week showed no abnormalities except for a few erosions in the gastric antrum; the pancreatic ducts and bile ducts had no filling defects. A biopsy specimen from the liver was reported to show a nonspecific increase in inflammatory cells. An upper gastrointestinal series with small-bowel follow-through showed that the terminal ileum was never well distended and had some mucosal irregularity. About six weeks after the onset of his illness, the patient was admitted

to another hospital for exploratory laparoscopy. An inflamed retrocecal appendix was removed; there was evidence of periappendiceal and pericolic inflammation. Pathological examination of the appendix was reported to show inflammation and cancer.

Within 24 hours, the patient reported improvement in his symptoms, and he was discharged to his home. He felt well for about one week; then the fever and night sweats recurred. Repeated CT scanning of the abdomen and pelvis at that time, after the administration of oral and intravenous contrast material, showed no opacification of the main portal and superior mesenteric veins and stranding of

the peripancreatic and periportal fat. The patient was referred to this hospital the next day, and he was admitted.

The patient had undergone laparoscopic cholecystectomy two years earlier. He did not smoke, drink alcohol, or use illicit drugs, and he drank minimal amounts of coffee. He was married, with two children; all three family members were well. He worked as a mechanic but had been unable to work for the past month because of his illness. An uncle and a grandmother had had lung cancer, and the patient's father had died at 64 years of age of lung disease related to asbestosis and emphysema. His mother and three siblings were in good health. He had not traveled outside the United States for 13 years. He had no pets, no exposure to animals, and no known tick bites. The family's drinking water came from a well. He had no nausea or vomiting, diarrhea, hematochezia, hematemesis, muscle weakness, joint problems, or neurologic symptoms. He took no medications.

On examination, the blood pressure was 115/70 mm Hg, the pulse 105 beats per minute, the respiratory rate 18 breaths per minute, the temperature 37.3°C, and the oxygen saturation 100 percent while the patient was breathing room air. He was in no acute distress. The skin was pale, with no rashes, lesions, or jaundice. An examination of the head, eyes, ears, neck, and chest revealed no abnormalities. The heart rate and rhythm were regular, with no murmurs, gallops, or rubs. The abdomen was soft, nontender, and nondistended, with normal bowel sounds. The liver and spleen were not palpable. The extremities appeared normal. Neurologic examination revealed no abnormalities. Specimens of blood were drawn for culture. Laboratory-test results are shown in Table 2.

Magnetic resonance imaging (MRI) of the liver on the day after admission (before and after administration of intravenous gadolinium) showed a non-enhancing thrombus in the main portal vein that extended into both the right and left intrahepatic branches. No mass lesion, focal abnormality, or dilatation of the bile ducts was present in the liver. The hepatic arteries, hepatic veins, and splenic vein were patent.

A diagnostic test result was reported.

Table 2. Blood-Chemistry and Immunologic Laboratory Values.^a

Variable	Six Weeks before Admission	Four Weeks before Admission	On Admission to the Other Hospital	On Admission to This Hospital	Second Hospital Day
Protein (g/dl)			7.3	8.5	8.1
Albumin		3.3	3.4	3.1	2.9
Globulin			3.9	5.4	5.2
Alanine aminotransferase (U/liter)	270	244	352	195	175
Aspartate aminotransferase (U/liter)	80	113	78	75	63
Alkaline phosphatase (U/liter)	230	610	439	431	468
Lactate dehydrogenase (U/liter)		536	430	133	
Iron ($\mu\text{g}/\text{dl}$)			19	15	18
Iron-binding capacity ($\mu\text{g}/\text{dl}$)			356	228	217
Ferritin ($\mu\text{g}/\text{liter}$)			566	649	618
Vitamin B ₁₂ (pmol/liter)			741		
Folate (nmol/liter)			11.9		
Homocysteine ($\mu\text{mol}/\text{liter}$)					8.1
Anti-smooth-muscle antibodies					Positive at 1:20 dilution
Anti-liver-kidney microsomal antibodies					<1:40

^a To convert the values for iron and iron-binding capacity to micromoles per liter, multiply by 0.1791. The normal range for homocysteine is 0 to 12 μmol per liter.

Paciente varón de 40 años de edad ingresa al hospital por fiebre persistente, escalofríos y pérdida de peso.

El paciente había estado bien hasta 8 semanas y media antes de la internación cuando comenzó con un cuadro de fiebre, escalofríos, cefalea, y diarrea un día después de haber comido con su familia en un restaurante de comidas rápidas. Otro miembro de su familia tuvo los mismos síntomas. La diarrea y cefaleas resolvieron después de 5 días, pero la fiebre persistió con temperaturas de 38,9 a 39,4°C asociada a escalofríos y sudoración nocturnos. La fiebre respondía a ibuprofeno y no ocurría durante el día. Presentó anorexia con pérdida de 6,4 Kg de peso con sensación de pesadez en el cuadrante superior derecho del abdomen con coloración amarillada de la orina.

La evaluación por su médico de cabecera 6 semanas antes de la admisión reveló no alteraciones del examen físico, laboratorio (ver Tabla 1) y TAC de abdomen y torax sin alteraciones excepto atenuación heterogénea hepática interpretada como hígado graso.

4 semanas antes de la admisión y por persistencia de los síntomas consulta a un 2do médico constatándose examen físico normal, laboratorio normal excepto: antilg G Epstein Barr (EBV) positivo, Anti IgM EBV negativo, Ag HVB negativo, Ac

antimitocondriales negativos. Urobilinógeno en orina +, Ac antinuclear + 1/32 moteado heterogéneo. Ver otros resultados tabla 1.

Nueva TAC de abdomen con contraste oral y Ev mostró cambios inflamatorios en ciego e ileon Terminal, el hígado mostró baja atenuación sin obstrucción biliar ni masa ocupante, la vesícula estaba ausente, resto s/p. Una biopsia de médula ósea mostró hematopoyesis normal con aumento de los depósitos de hierro.

Colonoscopia normal, endoscopia digestiva alta hasta el duodeno colangiopancreatografía retrógrada endoscópica realizadas durante la siguiente semana fueron normales. Endoscopia hasta intestino delgado mostró ileon con irregularidad de la mucosa sin distensión completa.

Se le realizó una laparotomía exploradora que evidenció apéndice retrocecal inflamado, con evidencia de inflamación periapendicular y pericolónica. Se realizó apendicectomía. El examen patológico del apéndice evidenció inflamación y cancer.

Dentro de las 24 h postoperatorio el paciente mejoró sus síntomas y fue dado de alta.

Refiere sentirse bien sin síntomas por una semana luego de la cual comenzó con fiebre y sudoración nocturna nuevamente. Se repitió TAC de abdomen y pelvis con signos de inflamación periportal y peripancreática por lo que fue admitido a este hospital.

No refería hematoquezia, diarrea, nauseas, vómitos, debilidad muscular, dolor articular, ni síntomas neurológicos

Antecedentes:

Colecistectomía 2 años atrás.

Negaba ingesta de alcohol, drogas, tabaquismo, ingesta mínima de café.

No tomaba ninguna medicación.

Actes fliares (abuela y tío) de cancer de pulmón y su padre murió de enfisema y asbestosis.

No había viajado por 13 años, trabajaba como mecánico, casado con 3 hijos en buen estado de salud.

No tenía mascotas ni había estado expuesto a animales.

Examen físico:

TA 115/70 mmHg, FC 105 lat.x min. FR: 18 x min. T° 37,3°C, Sat O2 100% con FIO2 21%, piel pálida sin rash, lesiones ni ictericia. Examen respiratorio, abdominal, cardiovascular, neurológico y extremidades sin alteraciones, no se palpaba hígado ni bazo. Se tomaron cultivos y se realizaron nuevos test de laboratorio (ver Tabla 2).

RNM de hígado fue realizada sin alteraciones.

PREGUNTAS ORIENTADORAS

1. ¿Cuales serían las causas de fiebre con compromiso cecal y de íleon en este paciente?
2. ¿Cuales serían las causas de fiebre persistente postcirugía en donde se evidencia apendicitis retrocecal y cancer de apéndice? En qué se debería pensar en caso de fiebre persistente en este caso?
3. ¿Cuál es la frecuencia de cancer apendicular?
4. ¿Cuales serían los procedimientos y/o test para arribar a un diagnóstico?

ANEXO V

CASO CLÍNICO Nº 11

PACIENTE MUJER DE 59 AÑOS DE EDAD CON INSUFICIENCIA RENAL, DIABETES Y ÚLCERAS CUTÁNEAS

Paciente mujer que consulta por úlcera tibial anterior derecha de 3 meses de evolución.

La lesión comenzó como un área extensa eritematosa y dolorosa que luego se ulceró.

Las curaciones locales no mejoraron la lesión. Cuando consultó la lesión era una úlcera de 10cm X 10cm sobre la región anterior de la tibia derecha, con eritema alrededor y dolor al la palpación, de bordes indurados y cianóticos, secreción purulenta por uno de los bordes sin visión de tejidos profundos a la inspección.

ANTECEDENTES

- OBESIDAD
- DBT II desde hace 20 años
- IRC oligoanúrica desde hace 6 años en hemodiálisis trisemanal desde hace 8 meses
- TBQ 5 pack year había dejado hace 5 años
- RETINOPATÍA, NEUROPATÍA diabética
- ENFERMEDAD CORONARIA Y CAROTÍDEA, se le realizó endarterectomía derecha hace 4 años por AIT
- EPISODIOS DE ICC CON Edema agudo de pulmón
- MEDICACIÓN HABITUAL: furosemida, simvastatina, enalapril, carvedilol, insulina y carbonato de calcio

EXAMEN FÍSICO

Lúcida, talla 1,60 cm peso 99 Kg, TA 150/95 mmHg, FC: 80 lat.min. FR: 20 X min. T°: 38,5°C, ruidos cardíacos hipofonéticos, latido apexiano en 5to espacio intercostal línea axilar media, con soplo holosistólico 5/6 en 4 focos, cicatriz en región carotídea derecha con pulsos conservados, hipoventilación generalizada, abdomen globoso, pulsos en MMII disminuidos a nivel pedio, tibiales posteriores y poplíteos con femorales conservados, dermatitis ocre bilateral con terreno varicoso, hiperalgesia cutánea con reflejos en MMII disminuidos, úlcera en región anterior de tibia derecha como se describió anteriormente. Fístula arteriovenosa en MS derecho que sopla y fremita.

F de ojo: cataratas bilaterales y retinopatía diabética.

Resto s/p.

PREGUNTAS ORIENTADORAS

- 1) ¿Qué diagnósticos realizaría en esta paciente? Detalle todas las enfermedades que presenta. (Calcule el BMI)
- 2) Investigue en forma detallada diagnósticos diferenciales de lesiones ulcerosas en pacientes diabéticos según etiología. Investigue que se debe sospechar de una úlcera que cicatriza.
- 3) Qué tratamiento indicaría según lo que desarrolló anteriormente.
- 4) ¿Qué estudios complementarios solicitaría? Y para qué?

ANEXO VI

CASO CLÍNICO Nº 12

PACIENTE MUJER DE 71 AÑOS QUE INGRESA POR CAMBIOS EN LA CONDUCTA SOMNOLENCIA, AGITACIÓN Y CONFUSIÓN DE 24 HS DE EVOLUCIÓN.

ANTECEDENTES PERSONALES:

- DBT II medicada con Metformina 800 mg/d
- Hipertensión arterial en tratamiento con 10 mg/d de enalapril
- Hiperlipidemia en tratamiento con 40 mg/d de simvastatina

EXAMEN FÍSICO:

TA 130/80 mmHg FC: 100 lat.xmin. regular, FR: 20 x min. Tª 38.4°C, BMI 27, DESORIENTADA EN TIEMPO PERSONA Y LUGAR. SAT FIO2 21% 95%
Ap. CVS: soplo sistólico 2/6 en el foco aórtico sin irradiación.
Ex Neurológico: rigidez de nuca, excitación psicomotriz sin foco Neurológico. Pupilas isocóricas reactivas sin fotofobia, reflejos conservados, sin Kernig ni Brudzinski. Fondo de ojo sin edema de papila.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS INICIALES

HB 13,5 G/DL

Gb 11000 (n: 85%,L 10%)

PLAQUETAS 140000

UREA 13 MG/DL

CREATININA 1 mg/dl

GLUCEMIA 240 MG/DL

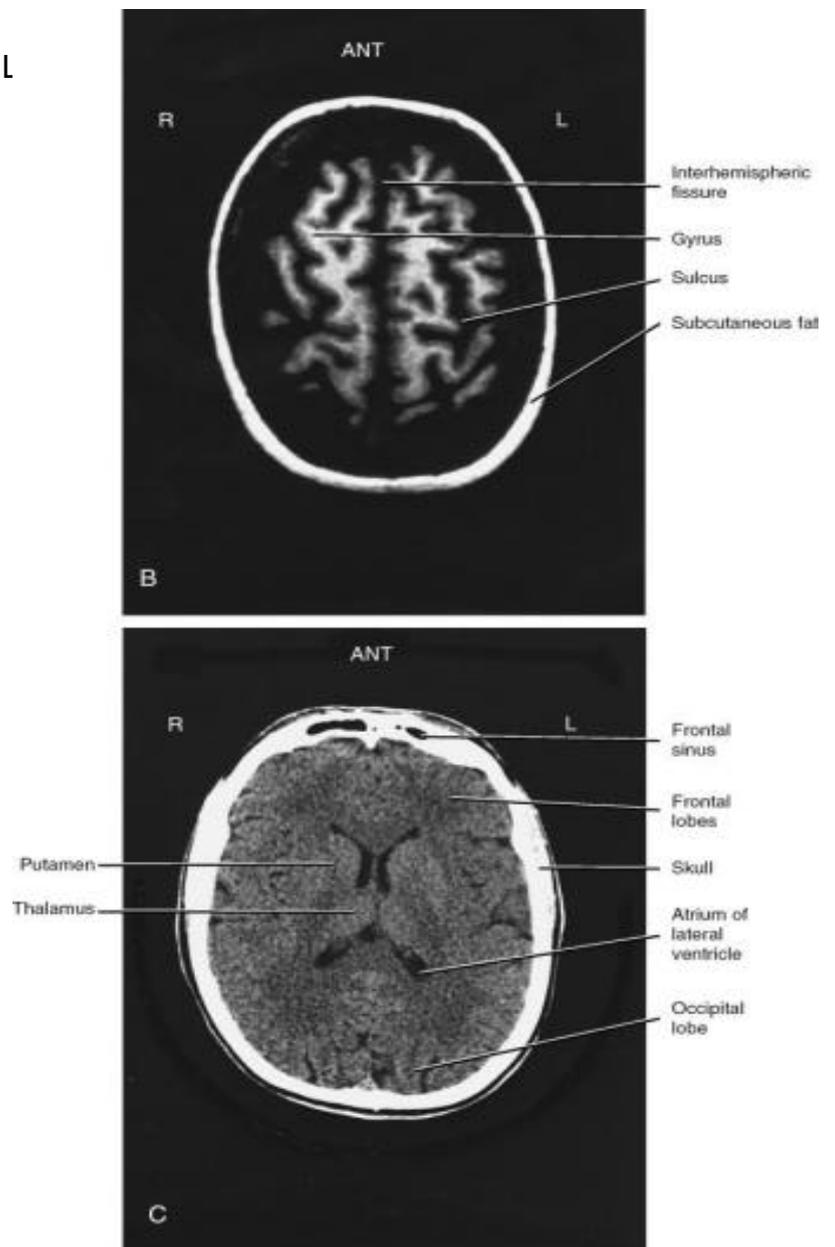
NA 130 MEQ/L

K 4,5 MEQ/L

CALCEMIA 9 mg/dl

SEDIMENTO URINARIO: SIN L

RX TORAX S/P



PROVINCIA DEL CHUBUT

CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES

“PROGRAMA DE FORMACIÓN EN MEDICINA INTERNA DE MÉDICOS y
ENFERMEROS EN ÁREAS RURALES”



Cuarto Informe Parcial

CHUBUT, Octubre de 2007

AUTOR: DRA. PAOLA FINOCCHIETTO

INDICE

I.	Introducción	64
II.	Metodología de trabajo	65
III.	Capacitación Hospital Subzonal del Maitén	66
IV.	Capacitación Hospital Subzonal del Maitén	68
V	Anexos	70
	Anexo I	71
	Anexo II	74
	Anexo III	77
	Anexo IV	81

I. INTRODUCCIÓN

En el presente informe se describe el trabajo realizado correspondiente al séptimo y octavo encuentro de capacitación en el Hospital Subzonal del Maitén.

Se desarrollaron los temas previstos en el plan de trabajo.

Cabe recordar, como se detalló en el programa del corriente año, que se realizarán los encuentros en hospitales rurales con residencia programática en Medicina general como son los hospitales de Sarmiento y El Maitén.

Todos los hospitales rurales de la provincia fueron convocados para su concurrencia a todos los encuentros por medio de las áreas programáticas.

La Lic. en Enfermería Nora Villaverde que integra este equipo como colaboradora participó de la temática.

II. METODOLOGÍA DE TRABAJO

La metodología que se utiliza en cada encuentro de capacitación es:

- Recorrida de sala docente a la cabecera del paciente, analizando y discutiendo la realización de la historia clínica, análisis de exámenes complementarios, diagnósticos diferenciales y tratamiento.
- Se realiza la presentación de pacientes en ateneos para discusión diagnóstica y toma de conductas terapéuticas.
- Médicos y enfermeros, en conjunto, participan presentando los pacientes desde su rol.
- Los encuentros duran 1 día y medio con una frecuencia mensual.

III. CAPACITACIÓN HOSPITAL SUBZONAL DEL MAITÉN

FECHA: 28 Y 29 DE SEPTIEMBRE DE 2007

LUGAR: HOSPITAL DEL MAITÉN

EQUIPO:

LIC. NORA VILLAVERDE

SR. JULIO RIFFO

Dra PAOLA FINOCCHIETTO

PARTICIPANTES:

Hospital del Maitén:

CIMA Rosana, DALLIA Germán, PUELMAN Elba, FERNANDEZ Lucrecia, DIAZ Fabián, ASPILCHE Elías, QUILQUITRIPAY Angélica, ROSOLINO Daniel, PURATICH Fabián, ANTILEF Graciela, MARCOS M^a. Jimena, CARDOZO Sergio, DIAZ Sonia, RUSSO Zulema.

Hospital de Cushamen:

SATO Susana, ANTIHUALA Omar, TUREO Ariel, MARINAO Jorge

TEMARIO

1-Recorrida de sala

2-Discusión de los siguientes casos clínicos, con puesta en común de los mismos entre médicos y enfermeros

-Paciente con mareos (80-Year-Old Woman with Dizziness) Mayo Clin. proc. 72, 781-784 (1997).

Anexo I

-Paciente de 79 años de edad con enfermedad coronaria, vascular periférica, insuficiencia renal crónica con dolor y distensión abdominal (a 79 year old man with coronary artery disease, peripheral vascular disease, end stage renal disease and abdominal pain and distention) case records of the Massachusetts General Hospital. Nejm 349, 2147-55 (2003):

Anexo II

3-presentación de un caso clínico del hospital de Maitén a cargo del Dr. Fabián Díaz.

4-entrega de los dos casos clínicos para presentar en el próximo encuentro.

IV. CAPACITACIÓN HOSPITAL RURAL DEL MAITÉN

FECHA: 26 al 27 DE OCTUBRE DE 2007

LUGAR: HOSPITAL DEL MAITÉN

EQUIPO: Dr HORACIO DEL BOSCO
LIC. NORA VILLAVERDE
SR. JULIO RIFFO
Dra PAOLA FINOCCHIETTO

PARTICIPANTES:

Hospital del Maitén:

MARCOS Jimena, PUELMAN Elba, DIAZ Alicia, ANTILEF Graciela, AMHED Albert, CARDOZO Sergio, DIAZ Fabián.

Hospital de Cushamen:

GALLARDO Claudio, RUSSELL Jorgelina (internado rotatorio UBA), MULDER Sandra (internado rotatorio UBA), SATO Susana.

TEMARIO:

DIA 26 DE OCTUBRE

Encuentro con metodología de taller, realizado en el Hospital de Epuyén en conjunto con el equipo provincial de Salud mental: ABORDAJE PSICOSOCIAL DEL ALCOHOLISMO.

Participaron 27 personas entre ellos: personal de salud, pobladores, usuarios del grupo de alcoholismo.

DIA 27 DE OCTUBRE

1-Discusión de los siguientes casos clínicos:

-Paciente de 48 años de edad con pérdida súbita de la conciencia. Case Records of the Massachusetts General Hospital. Nejm 353, 824-32 (2005).

Anexo III

-Paciente de 61 años de edad con fiebre recurrente

Case Records of the Massachusetts General Hospital. Nejm 357, 807-16 (2007).

Anexo IV

2-Presentación de un caso clínico del hospital del Maiten a cargo del Dr. Fabián Díaz.

3-Entrega de los dos casos clínicos para presentar en el próximo encuentro.

ANEXOS

ANEXO I

Paciente con mareos (80-Year-Old Woman with Dizziness) Mayo Clin. proc. 72, 781-784 (1997).

80-Year-Old Woman With Dizziness

An 80-year-old woman sought assistance at her local emergency department because of a fall. She had felt “dizzy,” lost her balance while getting out of her car, and struck her head on the concrete floor of the garage; however, she did not lose consciousness and was able to get up without difficulty.

For several weeks before the fall, the patient had had episodic dizziness, particularly when rising from a sitting position. She described a transient feeling of lightheadedness and a vague sensation of “spinning inside.” She also noted a periodic “floating” sensation, during which her vision seemed to blur while her visual field remained intact. She was certain that her environment appeared to remain stationary during all these episodes. The onset of her dizziness had been gradual and had not been precipitated by any obvious event. She denied experiencing any other symptoms associated with these episodes.

Review of the patient’s medical history showed degenerative joint disease, for which she had undergone bilateral total knee arthroplasties 13 years earlier. Recently, her knee pain had been increasing because of wear of the prostheses. An orthopedic surgeon had advised repeating the bilateral knee arthroplasties, but the patient chose to defer surgical treatment because of her husband’s poor health. She was taking indomethacin, 50 mg three times a day, to control her joint pains. The patient also had a history of hiatal hernia and long-standing gastroesophageal reflux symptoms, well controlled with occasional use of antacids. Long-standing hypertension was controlled with furosemide

and verapamil hydrochloride. She had no melena, hematochezia, vaginal bleeding, hemoptysis, or hematemesis and no personal or family history of anemia.

Physical examination of the patient revealed generalized pallor. The blood pressure was 150/85 mm Hg, and the heart rate was 110 beats/min and regular; neither measurement varied with postural change. Cardiac examination disclosed regular tachycardia and a soft early systolic murmur at the left upper sternal border without radiation. A stool sample obtained during rectal examination was positive for occult blood. No rectal or abdominal masses were palpated.

Initial abnormal laboratory findings were as follows: hemoglobin 7.0 g/dL (normal, 12.0 to 15.5), mean corpuscular volume 70.5 fL (normal, 81.6 to 98.3), increased red blood cell distribution width (RDW) (16.2%; normal, 11.9 to 15.5%), and decreased erythrocyte count ($3.02 \times 10^{12}/L$; normal, 3.90 to 5.03×10^{12}). She was admitted to the hospital

Paciente mujer de 80 años de edad que fue asistida por el servicio de emergencias en su domicilio por una caída. Ella refirió mareos, pérdida del equilibrio mientras salía de su auto y tuvo trauma de cráneo al caer en el piso del garage, ella no perdió el conocimiento y fue capaz de levantarse sin dificultad.

Semanas antes de la caída, la paciente refiere haber comenzado con varios episodios de mareos particularmente cuando se levantaba desde la posición sentada. Ella describió una sensación transitoria de cefalea y vaga sensación de : También notó sensación de flotar en el aire en forma periódica durante el cual su visión parecía borrosa sin afectación del campo visual. Ella refería que las cosas a su alrededor permanecían estables durante todos los episodios.

El comienzo de los mareos había sido gradual, sin un factor desencadenante y sin experimentar otros síntomas asociados. Revisando la historia previa presentaba antecedentes de enfermedad articular sometida a artroplastia de rodilla bilateral hace 13 años. Ella comenzó con dolor en la rodilla y un traumatólogo le sugirió repetir la artroplastia bilateral negándose al procedimiento. Otros antecedentes: hernia hiatal, reflujo gastroesofágico, uso ocasional de antiácidos, hipertensión arterial medicada con verapamilo y furosemida, ingesta de indometacina 50 mg día 3 veces por día para el dolor articular.

Examen Físico:

TA 150/85, sin ortostatismo, FC 100 lat. X min. regular, soplo sistólico paraesternal superior derecho sin irradiación, palidez cutáneo mucosa, examen respiratorio, abdominal y rectal sin alteraciones.

Laboratorio:

HB 7 gr/dl, VCM 70,5, RDW 16, GB 9000 con fórmula conservada, plaquetas 200000, urea 40, creatinina 1,1 mg/dl, Na 137 meq/lt, K 3,8 meq/lt, glucemia 90 mg/dl:

Sangre oculta en materia fecal positiva.

PREGUNTAS ORIENTADORAS

- 1) ¿Cual de todos los síntomas nos permiten diferenciar los mareos/ vértigos de causa vestibular vs no vestibular?
- 2) ¿Como se clasifican los mareos/vértigos y cuales son los diagnósticos etiológicos?
- 3) ¿Cual sería el enfoque por problemas en esta paciente?
- 4) ¿Cual sería el diagnóstico mas probables en esta paciente y que estudios solicitaría?

ANEXO II

PACIENTE VARÓN DE 79 AÑOS DE EDAD CON ENFERMEDAD CORONARIA, VASCULAR PERIFÉRICA, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA CON DOLOR Y DISTENSIÓN ABDOMINAL.

Paciente varón de 79 años de edad que ingresa al hospital por oclusión de fístula arteriovenosa en miembro superior derecho y empeoramiento de su claudicación intermitente.

Dos semanas antes de la admisión empeoró su claudicación intermitente hasta hacerse severa con dolor en reposo de MMII; dos días antes el paciente dializó y se evidenció disminución del flujo en la fístula arteriovenosa (realizada 32 meses que requirió trombectomía y tromboplastia previas por obstrucción) por lo que fue citado dos días después para realizar estudio contrastado del acceso vascular y nueva sesión de hemodiálisis.

ANTECEDENTES

- HTA
- IAM hace 6 años por lo que recibió trombolíticos presentando como complicación enfermedad ateroembólica con claudicación intermitente e insuficiencia renal. Realizó 4 años de diálisis peritoneal y luego hemodiálisis desde hace 2 años. 3 meses postIAM se le realizó cirugía de revascularización miocárdica con triple bypass
- Fibrilación auricular paroxística
- Úlcera péptica
- Tabaquista 2 paquetes/día por 60 años
- EPOC
- Lobectomía superior derecha por Ca de pulmón hace 4 años ½
- Ecocardiograma de 16 meses atrás con aquinesia apical e inferior, engrosamiento del septum y disfunción diastólica.
- MEDICACIÓN: albuterol, ipatropio y triamcinolona inhalados, metoprolol, simvastatina, AAS, warfarina.

EXAMEN FÍSICO

Paciente lúcido, peso de 82 Kg, TA 120/70 mmHg, FC: 75 x min., FR: 20 x min. T 37°C. Pulsos carotídeos y de MS conservados, pulsos pedios, tibiales, poplíteos y femorales ausentes bilaterales. Fístula trombosada. Soplo sistólico en borde esternal izquierdo. Sibilancias espiratorias difusas bilaterales. Sin ingurgitación yugular. Resto s/p.

LABORATORIO (Tabla 1 y 2)

EKG: ritmo normal, depresión ST y mala progresión de R en precordiales.

Fistulografía con múltiples áreas de trombosis por lo que se realizó angioplastia. Recibe tratamiento con O₂, inhalatorios, simvastatina, metoprolol, AAS y acetaminofeno-oxicodona para el dolor de MI. T° 37,4°C. continúa con sibilancias.

2do día de internación (Tablas 1 y 2) se realizó angiografía con sustracción digital de región aortopélvica que mostró enfermedad aterosclerótica difusa. Al día siguiente presentó dolor precordial constatándose fibrilación auricular, por lo que recibió 0.75 mg de digoxina EV revirtiendo a ritmo sinusal. Se realizó ecocardiograma BD: VI tamaño normal con función sistólica conservada, con akinesia anteroapical y porción medial con FE 59%.

3er día de internación presentó náuseas y vómitos sin dolor abdominal con sangre oculta en materia fecal positiva. Se administró kayexalate 60 gr/ d por 2 noches. Continúa con sibilancias. Rx torax con atelectasia laminar, vascularidad pulmonar prominente, lesiones fibróticas secuenciales en campos medio e inferior derecho, silueta cardíaca conservada.

4to día de internación: los niveles de ácido fólico y Vit, B 12 fueron normales. Se realizó nueva sesión de hemodiálisis y se transfundieron 2 U GR. Se realizó IC con gastroenterología por distensión abdominal con ruidos hidroaéreos positivos (RH) sin dolor abdominal. Rx abdomen con dilatación de intestino delgado y grueso sin neumoperitoneo.

5to día de internación: evoluciona con abdomen mas distendido difusamente, con disminución de RH y leve dolor a la descompresión, permaneció afebril, con sibilancias sin rales crepitantes. Se solicitó TAC de abdomen y pelvis y angiografía mesentérica que mostró dilatación de colon transverso y derecho, dilatación de ciego de 7 cm, sin neumoperitoneo, con pequeña cantidad de líquido en el espacio parietocólico derecho, sin estenosis de arteria mesentérica. Comienza tto con heparina.

6to día de internación: presenta dolor abdominal con distensión y RH ocasionales, no se pudo colocar sonda nasogástrica y se suspende fibrocolonoscopia, continúa sin ingesta por vía oral. Rx abdomen dilatación de ciego con gas en colon interpretándose cuadro compatible con íleo.

7mo día de internación: presentó nuevo episodio de dolor abdominal con 2 deposiciones diarreicas con sangre oculta positiva en materia fecal. T 36,8°C. Abdomen doloroso y distendido con RH disminuidos. Se repite TAC de abdomen y pelvis con contraste oral y EV que mostró aire intraperitoneal y pequeñas burbujas de aire en la grasa y en la porción $\frac{1}{2}$ y superior del abdomen, el contraste llegó hasta recto sin extravasación del mismo, con engrosamiento de colon ascendente y ciego, divertículos en sigmoides, sin identificarse sitios de perforación.

SE REALIZÓ UN PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO.

- 1) Evalúe los estudios complementarios de las tablas 1 y 2 y las imágenes de Rx y Tomografías.
- 2) Establezca todos los diagnósticos diferenciales posibles en este paciente con enfermedad vascular que evoluciona durante la internación con dolor y distensión abdominal e íleo en el contexto de sus antecedentes.
- 3) Qué procedimiento diagnóstico realizaría?

ANEXO III

Paciente de 48 años de edad con pérdida súbita de la conciencia. Case Records of the Massachusetts General Hospital. *Nejm* 353, 824-32 (2005).

Case 26-2005: A 48-Year-Old Man with Sudden Loss of Consciousness while Jogging

William D. Binder, M.D., Michael A. Fifer, M.D., Mary Etta King, M.D.,
and James R. Stone, M.D., Ph.D.

PRESENTATION OF CASE

From Emergency Services (W.D.B.), the Cardiology Division (M.A.F.), and the Departments of Pediatric Cardiology (M.E.K.) and Pathology (J.R.S.), Massachusetts General Hospital, and the Department of Medicine (W.D.B., M.A.F.), Pediatrics (M.E.K.), and Pathology (J.R.S.), Harvard Medical School.

N Engl J Med 2005;353:824-32.
Copyright © 2005 Massachusetts Medical Society.

An unidentified black man who appeared to be approximately 40 years of age was brought to the emergency department of this hospital after suddenly losing consciousness. Witnesses had seen the patient jogging, and then they saw him suddenly stop, arch his back, and fall backward to the ground, striking the back of his head. Personnel from emergency medical services found him lying supine on the ground, unconscious, with stertorous respirations.

At the scene, the respiratory rate was 36 breaths per minute, the blood pressure 140/110 mm Hg, and the pulse 120 beats per minute. The blood glucose level was 140 mg per deciliter. The man spontaneously flexed his right arm. Believing that this was a seizure, the emergency medical technicians administered 10 mg of diazepam intravenously. A cervical collar was placed, and he was transported to this hospital.

On arrival in the emergency department, the patient was unresponsive to verbal and physical stimulation. The temperature was 37.6°C, the blood pressure 116/71 mm Hg, the pulse 100 beats per minute, and the respiratory rate 24 breaths per minute. Oxygen saturation was 97 percent while the patient was receiving 100 percent oxygen through a mask attached to a bag-valve ventilation system.

On physical examination, there was a laceration, 3 cm in length, along the left parietal occipital region of the head. The pupils were 4 mm in diameter, equal, round and reactive to light. There was no sign of trauma to the face. There was no crepitus in the soft tissue of the neck, and the trachea was midline. The jugular venous pressure could not be assessed. No carotid bruits were heard. An examination of the chest, heart, and abdomen disclosed no abnormalities. Rectal tone was normal, and the stool was negative for occult blood. The patient's arms and legs were well perfused with normal pulses. There were no deformities of the spine and no evidence of trauma to his back.

On neurologic examination, the patient initially did not respond to voice stimulation or open his eyes spontaneously; shortly after arrival he began to respond to noxious stimuli. Bilateral corneal reflexes were present, and his face was symmetric. There was no nystagmus. The motor examination revealed withdrawal of all extremities from noxious stimuli. Reflexes were 2+ throughout, and the toes were turned down bilaterally.

An electrocardiogram obtained 20 minutes after the patient's arrival showed no-

mal sinus rhythm, left ventricular hypertrophy, right bundle-branch block, and ST-segment depression in leads I, V₄, V₅, and V₆, as well as T-wave inversion in leads I, aVL, and V₄ to V₆ (shown in Fig. 1 of the Supplementary Appendix, available with the full text of this article at www.nejm.org). Computed tomography (CT) was then attempted, but the patient suddenly became agitated. Because he posed a risk to himself and was not able to cooperate fully with the imaging studies, the trachea was intubated with the use of lidocaine, etomidate, and succinylcholine. Vecuronium and midazolam were administered for extended paralysis. A gastric tube was placed. A radiograph of the chest was obtained with a portable unit and revealed that the endotracheal tube was correctly placed and there were no obvious pulmonary lesions.

Fifty minutes after the patient arrived, CT of the brain and cervical spine was performed without the administration of contrast material. The scanning revealed no intracranial hemorrhage and no fracture of the skull or cervical spine. There was a subgaleal hematoma over the left parietal bone. A CT scan of the abdomen performed after the intravenous administration of contrast material revealed a normal aorta with no sign of injury to the liver, kidneys, or spleen.

The complete blood count and levels of electrolytes and glucose, as well as the results of tests of coagulation, renal function, and liver function, were all within normal ranges. A rapid qualitative test of creatine kinase was borderline positive, and a rapid qualitative test of troponin T was negative. The toxicologic screening for alcohol, barbiturates, benzodiazepines, tricyclic antidepressants, opiates, and cocaine metabolites was negative. One gram of phenytoin was administered intravenously. The laceration was irrigated and sutured.

Approximately three hours after his arrival, the patient was identified by the local police, and his wife was located. She reported that one year earlier the patient had collapsed while jogging and had been taken to another hospital. The patient, an engineer from Cameroon, had been told to stop playing soccer because he had a "thickened" heart, and a beta-blocker had been prescribed.

A diagnostic procedure was performed.

Table 1. Causes of Syncope.*

Neurogenic Syncope (58 Percent of Cases)	Cardiogenic Syncope (28 Percent of Cases)
Vasovagal	Dysrhythmias
Situational	Tachyarrhythmias
Micturition	Ventricular tachycardia
Cough	Ventricular fibrillation
Defecation	Supraventricular tachycardia
Swallow	Bradycardias
Neurologic	Sinus-node disease
Migraine	Second- or third-degree heart block
Transient ischemic attacks	Pacemaker malfunction
Seizures	Drug-induced or prolonged-QT syndrome
Subclavian steal	Organic heart disease
Carotid sinus	Aortic stenosis
Psychiatric condition	Hypertrophic cardiomyopathy
Medications	Myocardial infarction
Orthostasis	Coronary spasm
Hypoglycemia	Tamponade
	Aortic dissection
	Cardiac myxoma
	Cardiopulmonary problems
	Pulmonary embolism
	Pulmonary hypertension

* The cause of the remaining 14 percent of cases is unknown.

PACIENTE VARÓN DE 48 AÑOS DE EDAD CON PÉRDIDA SÚBITA DE LA CONCIENCIA MIENTRAS REALIZABA JOGGING.

Un varón de raza negra no identificado fue trasladado al hospital después de que fue asistido por el servicio de emergencias por pérdida súbita de la conciencia.

Los testigos vieron que mientras el paciente corría, súbitamente se detuvo y cayó en el suelo. El servicio de emergencias que arribó al lugar lo encontró inconciente y con respiración estertorosa, Fr 36 x min, TA 140/110 mmHg, FC 120 x min. Flexionaba el brazo derecho por lo que se administró 10 mg de diazepam EV por sospecha de convulsión, se coloca collar cervical y se traslada al hospital.

EXAMEN FÍSICO

En el hospital ingresa el paciente sin respuesta verbal ni a estímulos físicos, T° 37,6°C, TA 116/71 mmHg, FC 100 x min. FR 24 x min. Sat. 97% con O2 100% con dispositivo máscara-reservorio. Presentó laceración de 3cm en región parietooccipital izquierda, pupilas de 4 mm isocóricas y reactivas a la luz, sin lesión facial, ni crepitación cervical, ni desviación traqueal. No se pudo evaluar presión venosa yugular. No soplos carotídeos, pulsos de MS y MI conservados, examen respiratorio, CVS, abdomen y pelvis sin alteraciones, examen rectal conservado, sin evidencia de trauma en la columna. Nuevo examen neurológico sin respuesta a estímulos verbales ni apertura ocular espontánea pero después comienza con respuesta a estímulos dolorosos con movilización de 4 miembros, reflejo corneano bilateral positivo, sin nistagmus, reflejos osteotendinosos conservados, facies simétrica.

ECG a los 20 min. de su arribo con ritmo sinusal, BCRD, signos de HVI y depresión del ST en DI, aVL, V4 a V6 . Por excitación psicomotriz se realizó intubación orotraqueal con previa medicación con vecuronio y midazolam, se administra 1 gr de fenitoína. Se colocó sonda nasogástrica. Rx torax, TAC de cerebro, columna cervical, abdomen s/p, excepto presencia de hematoma subgaleal parietal izquierdo.

Laboratorio normal excepto elevación de CPK con troponina T negativa.

Dosaje de niveles de alcohol, barbitúricos, benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos, opioides y metabolitos de cocaína negativos.

A las 3 horas la policía identificó al paciente, y la esposa reportó que el paciente es ingeniero oriundo de Camerún que 1 año atrás presentó episodio similar, consultando a otro hospital en donde le prohibieron realizar ejercicios por presentar “engrosamiento cardíaco”; fue medicado con betabloqueantes.

PREGUNTAS ORIENTADORAS

- 1) ¿Cómo se clasifica el síncope y cuales son las causas de síncope en general?
- 2) Establezca diagnósticos probables de causas de síncope en este paciente.
- 3) Realice un algoritmo diagnóstico ante un paciente con síncope.
- 4) ¿Cuál es el porcentaje de pacientes con síncope a los cuales no se puede arribar a un diagnóstico después de la realización de los estudios complementarios?

ANEXO IV

Paciente de 61 años de edad con fiebre recurrente
Case Records of the Massachusetts General Hospital. *Nejm* 357, 807-16 (2007).

CASE RECORDS of the MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL

Nancy Lee Harris, M.D., Editor

JoAnne O. Shepard, M.D., Associate Editor

Sally H. Ebeling, Assistant Editor

Founded by Richard C. Cabot

Eric S. Rosenberg, M.D., Associate Editor

Alisa M. Cort, M.D., Associate Editor

Christine C. Peters, Assistant Editor



Case 26-2007: A 61-Year-Old Man with Recurrent Fevers

Gregg S. Meyer, M.D., Charles A. Hales, M.D., Philip C. Amrein, M.D.,
Amita Sharma, M.D., and Richard L. Kradin, M.D.

PRESENTATION OF CASE

Dr. James J. Telfer (Pulmonary and Critical Care Medicine): A 61-year-old man was admitted to this hospital because of recurrent fevers. He had been well until approximately 3.5 months earlier, when chills, fevers, and fatigue developed. He had no cough or production of sputum. He saw his primary care physician, who sent him to the emergency department of another hospital. A chest radiograph revealed a left basilar opacity, and a diagnosis of community-acquired pneumonia was made. A 5-day course of azithromycin was begun.

His symptoms persisted, and he was admitted to the same hospital 5 days later. A chest radiograph obtained on admission revealed clear lungs. However, on the third hospital day, a repeated chest radiograph revealed a focal opacity in the posterior right base, and intravenous ceftriaxone and oral doxycycline were begun. Computed tomography (CT) of the chest on the fourth hospital day disclosed an opacity in the right lower lobe, bilateral pleural effusions, and patchy ground-glass opacities in the right upper lobe. A repeated chest CT scan on the 11th day showed resolution of the infiltrates and effusions, but daily fevers to 38.9°C continued. Cultures of blood and urine, thin and thick smears for malaria, and serologic tests for cytomegalovirus and Epstein-Barr virus were negative. A transthoracic echocardiogram was negative for vegetations. A diagnosis of type 2 diabetes mellitus was made, and treatment with insulin was begun. He was transferred to this hospital on the 20th hospital day.

At the time of admission, his major symptom was persistent daily fever to 38.9°C; he did not have a cough or sputum production. He had been born and raised in Bangladesh and had immigrated to the United States 4 years earlier; he had last traveled to Bangladesh 9 months before admission and had remained there for 4 months. He was a retired marketing manager. He was married with two children and lived with his family in a suburb of Boston. His wife and children were well. He did not use tobacco, alcohol, or illicit drugs. His medications included ibuprofen as needed, for the fever, and insulin. He had no known drug allergies.

The temperature was 36.2°C, and the respirations were 18 breaths per minute.

From the Department of Medicine (G.S.M.), the Pulmonary Unit (C.A.H.), and the Departments of Hematology-Oncology (P.C.A.), Radiology (A.S.), and Pathology (R.L.K.), Massachusetts General Hospital; and the Departments of Medicine (G.S.M., C.A.H., P.C.A.), Radiology (A.S.), and Pathology (R.L.K.), Harvard Medical School.

N Engl J Med 2007;357:807-16.
Copyright © 2007 Massachusetts Medical Society.

Physical examination was normal, except for pitting edema (1+) in both legs to the level of the midcalf. While the patient was in the hospital, the temperature rose daily to between 38.0°C and 38.9°C. Cultures of blood, urine, and stool; thin and thick smears for malaria and babesiosis; serologic studies for bartonella and brucella; and tests for cytomegalovirus and histoplasma antigens were negative. A test for hepatitis E surface antibody was positive, and tests for hepatitis E surface antigen, hepatitis C antibody, and human immunodeficiency virus antibody were negative. The erythrocyte sedimentation rate ranged from 94 to 115 mm per hour during the admission. Results of other laboratory tests are shown in Tables 1 and 2.

Examination of a biopsy specimen of the bone marrow disclosed normal trilineage hematopoiesis; flow cytometry disclosed no abnormal cells, and cultures for fastidious bacteria, mycobacteria, and fungi were negative. A chest radiograph was normal. Doppler studies of the legs disclosed no deep venous thrombosis. CT of the chest showed a small left pleural effusion, bibasilar atelectasis, and mediastinal lymph nodes that were 1 cm in

diameter. A bone scan was normal. CT of the abdomen showed multiple nonenhancing hepatic lesions, which were thought to represent cysts. Tests for antineutrophil cytoplasmic autoantibodies with both perinuclear and cytoplasmic patterns of staining were negative, as was a test for rheumatoid factor. There was a slight elevation in anti-smooth-muscle antibody to 1:40 dilution and a positive antinuclear antibody titer to 1:1280 dilution; tests for other autoantibodies were negative. The patient was discharged on the 11th day to follow-up in the outpatient rheumatology clinic. Six weeks later, he was seen in the rheumatology clinic. His fevers had resolved 2 weeks after discharge, his appetite had returned, and he felt well.

Five weeks later, 2 weeks before this admission, daily fevers returned, accompanied by rigors. The day before admission, he had several episodes of diarrhea, and he noted a small amount of blood in the stool. The next day, shortness of breath developed, and he was readmitted to this hospital. The temperature was 38.8°C, the pulse 94 beats per minute, the blood pressure 156/80 mm Hg, and the oxygen saturation 98% while the patient

Table 1. Results of Hematologic Laboratory Tests.

	Reference Range, Adults ^a	First Admission, Day 1	Second Admission, Day 1	Second Admission, Day 9
Hemoglobin (g/dl)	41.0–53.0 (in males)	30.6	37.3	29.8
Hematocrit (%)	13.5–17.5 (in males)	10.3	12.9	10.1
WBC (per mm ³)	4,500–11,000	9,100	13,100	13,100
Neutrophils (%)				
S	40–70	84	86	
L	22–44	13	12	
M	4–11	1	2	
E	0–8	2	0	
Platelet hemoglobin (pg/cell)	26.0–34.0	28.8	29.5	28.1
Platelet volume (µm ³)	80–100	86	85	83
Platelet count (per mm ³)	4,500,000–5,900,000	3,580,000	4,380,000	3,580,000
Platelet volume (per mm ³)	150,000–350,000	555,000	336,000	482,000
Sedimentation rate (mm/hr)	0–17 (in males)	94	99	
Prothrombin time, activated (sec)	22.1–35.1	30.2	30.2	
Partial thromboplastin time (sec)	11.3–13.3	12.6	12.1	

Values are affected by many variables, including the patient population and the laboratory methods used. The ranges used at General Hospital are for adults who are not pregnant and who do not have medical conditions that could affect the results. They may therefore not be appropriate for all patients.

was breathing 2 liters of oxygen per minute by nasal cannula. He appeared chronically ill but not in distress. Examination of the head, eyes, ears, nose, and throat was normal. The neck was supple without lymphadenopathy, and the jugular venous pressure was 6 cm. The heart rate and rhythm were regular without murmurs, rubs, or

gallops. Auscultation of the chest revealed crackles in both lower-lung fields. The remainder of the examination was normal.

A chest radiograph showed no abnormalities. A CT angiogram of the chest showed no evidence of pulmonary embolus. Mediastinal and hilar lymph nodes were enlarged as compared with

Table 2. Results of Blood Chemical Profiles.*

Test	Reference Range, Adults†	First Admission, Day 1	Second Admission, Day 1	Second Admission, Day 9
Sodium (mmol/liter)	135–145	129	122	130
Potassium (mmol/liter)	3.4–4.8	3.9	5.9	6.0
Chloride (mmol/liter)	100–108	97	100	108
Carbon dioxide (mmol/liter)	23.0–31.9	19.0	16.3	15.9
Urea nitrogen (mg/dl)	8–25	19	32	57
Creatinine (mg/dl)	0.6–1.5	1.0	1.9	2.1
Bilirubin (mg/dl)				
Total	0.0–1.0	0.5	1.1	
Direct	0.0–0.4	0.3	0.3	
Protein (g/dl)				
Total	6.0–8.3	6.2	7.3	
Albumin	3.3–5.0	1.8	2.4	
Globulin	2.6–4.1	4.4	4.9	
Phosphorus (mg/dl)	2.6–4.5	3.5	3.6	5.9
Magnesium (mmol/liter)	0.7–1.0	0.75	0.7	0.85
Calcium (mg/dl)	8.5–10.5	8.2	8.9	7.9
Ionized calcium (mmol/liter)	1.14–1.30		1.12	1.10
Creatine kinase (U/liter)	60–400 (in males)		39	
Creatine kinase MB isoenzymes (ng/ml)	0.0–6.9		1.0	
Aspartate aminotransferase (U/liter)	10–40	101	69	
Alanine aminotransferase (U/liter)	10–55	111	57	
Amylase (U/liter)	3–100		44	
Angiotensin-converting enzyme (U/liter)	7–46		70	
Alkaline phosphatase (U/liter)	45–115	195	220	
Troponin T (ng/ml)	0–0.09		<0.01 (hemolyzed)	
Arterial blood gas‡				
pH	7.35–7.45		7.38	7.35
Partial pressure of oxygen (mm Hg)	80–100		81	75
Partial pressure of carbon dioxide (mm Hg)	35–42		22	26

* To convert the values for bilirubin to micromoles per liter, multiply by 17.1. To convert the values for calcium to millimoles per liter, multiply by 0.25. To convert the values for creatinine to micromoles per liter, multiply by 88.4. To convert the values for phosphorus to millimoles per liter, multiply by 0.3229.

† Reference values are affected by many variables, including the patient population and the laboratory methods used. The ranges used at Massachusetts General Hospital are for adults who are not pregnant and who do not have medical conditions that could affect the results. They may therefore not be appropriate for all patients.

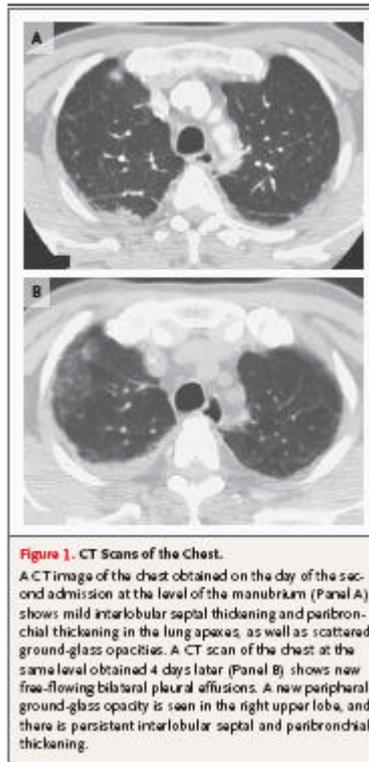
‡ Measurements were performed on 4 liters of oxygen per minute.

those seen on the chest CT scan from the first admission, and there were new scattered peripheral foci of ground-glass attenuation, interlobular septal thickening in the apices, and a suggestion of peribronchial interstitial thickening.

Bronchoscopy with bronchoalveolar lavage of the right lower lobe and transbronchial biopsy were performed on the second hospital day. Cultures revealed scanty normal flora and rare yeast forms. Fungal and acid-fast smears were negative. Pathological examination of a transbronchial biopsy specimen revealed no malignant cells or granulomas. Cultures of the tissue for fungi, mycobacteria, and cytomegalovirus were negative. Results of laboratory tests are shown in Tables 1 and 2. A transthoracic echocardiogram on the second hospital day revealed no evidence of valvular vegetations.

On the third hospital day, the temperature rose to 38.6°C. A CT scan of the abdomen on the fourth day revealed no change from the previous study. During the next 24 hours, fever persisted, up to 39°C, and the oxygen saturation fell. Tachypnea worsened, and on the fifth day, oxygen at 4 liters per minute by means of nasal cannula was required to maintain saturation above 90%. Repeated CT scans of the chest, without contrast material, revealed new patchy opacification in the right upper lobe, persistent consolidation in the right lower lobe, bilateral free-flowing pleural effusions, and interlobular septal thickening consistent with pulmonary edema. Mediastinal and hilar lymph nodes had not increased in size. An ¹⁸F-fluorodeoxyglucose positron-emission tomographic (FDG-PET) scan on the sixth day disclosed uptake in the lung bases in the areas of consolidation seen on CT scans. There was also a diffuse, mild uptake of the material throughout the lungs. The hilar and mediastinal lymph nodes showed no uptake. Transesophageal echocardiography revealed diffuse thickening on the atrial surface of the anterior mitral valve.

On the ninth day, a diagnostic procedure was performed.



UN HOMBRE DE 61 AÑOS DE EDAD CON FIEBRE RECURRENTE

Un paciente varón de 61 años de edad ingresa al hospital por fiebre recurrente.

El había gozado de buena salud hasta 3.5 meses antes de la consulta cuando comenzó con fatiga, fiebre y escalofríos sin tos ni expectoración. Consultó a su médico de cabecera quien lo derivó a la guardia de otro hospital, en donde le constataron en la Rx de Torax opacidad basal izquierda realizándose el diagnóstico de neumonía aguda de la comunidad medicándose con azitromicina por 5 días.

Los síntomas persistieron por lo que se internó en ese mismo hospital 5 días más tarde. La Rx de Torax de ingreso no mostró infiltrados. Sin embargo al 3er día de internación una nueva Rx Torax mostró opacidad focal en la región posterior de la base pulmonar derecha por lo que se rotó el tratamiento antibiótica a ceftriaxone EV y doxiciclina oral.

Al 4to día de internación se realizó una nueva TAC de Torax que evidenció opacidad en el lóbulo inferior derecho, opacidades en parche en el lóbulo superior derecho y derrame pleural bilateral.

A los 11 días una nueva TAC mostró resolución de los infiltrados y del derrame pleural pero el paciente continuó con fiebre diaria de 38.9°C.

Los cultivos en sangre y orina para bacterias, hongos y micobacterias fueron negativos. Test para malaria, CMV y EB fueron negativos. Ecocardiograma transtorácico fue negativo para vegetaciones. Se realizó diagnóstico de diabetes tipo 2 durante la internación por lo que comenzó tratamiento con insulina.

A los 20 días se deriva a este hospital. A su ingreso el principal síntoma que refería el paciente era la fiebre persistente, diaria de 38.9°C sin tos ni expectoración.

ANTECEDENTES PERSONALES

El paciente nació en Bangladesh y emigró a los EEUU hace 4 años, había viajado a Bangladesh 9 meses antes de comenzar con el cuadro y permaneció allí por 4 meses.

Estaba jubilado y había trabajado en marketing. Estaba casado y tenía 2 hijos, sus esposa e hijos eran sanos.

No fumaba, tomaba alcohol ni drogas ilícitas, negaba alergia a medicamentos y antecedentes de enfermedades previas.

Su medicación actual era ibuprofeno cuando tenía fiebre e insulina.

EXAMEN FISICO AL INGRESO

T° 36,2°C, Fr: 18 Xmin., resto sin particularidades excepto edema de MMII una +.

Mientras estuvo internado en nuestro hospital la temperatura se elevó en 38-38.9°C

LABORATORIO Y METODOS COMPLEMENTARIOS Ver tablas 1 y 2.

Cultivos en sangre, orina y materia fecal fueron negativos, test para malaria, Bartonella, Brucilla, CMV y EB fueron negativos. Anticuerpo de superficie para HVB fue positivo con Ag de superficie negativo, HVC, HIV negativos. La eritrosedimentación se elevó de 94 a 110 mm en la 1era hora. Cultivos para hongos y micobacterias fueron negativos, Bx de MO mostró celularidad conservada y la citometría de flujo mostró células normales.

Rx de Torax fue normal. TAC de Torax evidenció leve derrame pleural izquierdo, atelectasia bibasal laminar , ganglios mediastinales de hasta 1 cm. Doppler de MMII negativos para TVP, centellograma óseo negativo, TAC de abdomen con múltiples imágenes que no realzan con contraste compatibles con imágenes quísticas. ANCA y Factor reumatoideo negativos, Anticuerpo antinuclear positivo 1/1280 con otros autoanticuerpos negativos.

A los 11 días fue dado de alta para seguimiento por reumatología. A las 2 semanas del alta el paciente no presentaba fiebre, había recuperados el apetito y se sentía bien.

5 semanas después comenzó nuevamente con fiebre agregando episodios de diarrea sanguinolenta y disnea por lo que se reinternó.

EXAMEN FISICO EN LA REINTERNACION

T°C 35.8°, FC: 94 Lat.X min., TA 150/80 mmHg, Sat 98% con 2 lt de O2 por cánula nasal, PVC 6 cm, sin adenopatías palpables, ritmo regular sin soplos, rales crepitantes en ambas bases pulmonares, resto s/p.

Continuó con fiebre de 38.6°C.

LABORATORIO Y METODOS COMPLEMENTARIOS EN LA REINTERNACION

Ver nuevamente tablas 1 y 2.

RX TORAX sin infiltrados, AngiTAC sin embolia con aumento de ganglios mediastinales e hiliares con respecto a la TAC de la internación previa y engrosamiento septal apical peribronquial.

Al 2do día se realiza fibrobroncoscopia con BAL que evidenció flora bacteriana normal, sin células atípicas con cultivos para parásitos, hongos, CMV y micobacterias negativos.

Ecocardiograma negativo para vegetaciones.

TAC de abdomen sin cambios.

Durante los siguientes 2 días persistió febril de 39°C, taquicárdico, disnea empeorando la saturación requiriendo 4 lt de O₂ para mantener una Sat.=2 de 90%.

Nueva TAC de TORAX reveló opacificación en el LSD con consolidación en el LID, derrame pleural pequeño bilateral y engrosamiento septal compatible con edema pulmonar, ganglios sin aumento de tamaño.

Se realizó una TAC con FDG-PET scan al 6to día que mostró aumentada captación difusa en bases pulmonares sin captación a nivel ganglionar.

Ecotransesofágico mostró engrosamiento difuso de la valva anterior de la mitral.

Al 9no día se realizó un procedimiento diagnóstico.

NOVENO INFORME PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD DEL AREA RURAL DE LA PROVINCIA DE CHUBUT 2007

FECHA: 16 al 17 DE NOVIEMBRE DE 2007

LUGAR: HOSPITAL DEL MAITÉN

EQUIPO:

LIC. NORA VILLAVERDE
Dra PAOLA FINOCCHIETTO

PARTICIPANTES:

Hospital de Maitén:

Cardozo Sergio, Amhed Alberto, Marco Jimena, Aspilche Elias , Diaz Fabian, Dália Germán, Rosolono Daniel, Elba Puelman, Susana Sato, Puratich Fabian

TEMARIO:

DIA 16 DE NOVIEMBRE

-Recorrida de sala

-Discusión de los siguientes casos clínicos:

-Paciente de 52 años de edad con dolor abdominal severo (enfermedad celiaca).
Case Records of The Massachusetts General Hospital. NEJM 344, 510-17 (2001).

-Paciente de 61 años de edad con ictericia rápidamente progresiva y anemia. Mayo
Clinic Proceeding 77:83-86 (2002).

Dia 17 de noviembre

-Presentación de dos casos clínicos del hospital de Maitén a cargo del Dr. Fabián Díaz.

-Actualización de abdomen agudo hemorrágico.

Se decide por interposición de actividades suspender el siguiente encuentro el cual será reemplazado por una reunión en la ciudad de Rawson el 14 de diciembre con autoridades de la secretaría de salud para planificación de actividades 2008 y evaluación del Programa de Capacitación 2007.

DÉCIMO INFORME PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD DEL AREA RURAL DE LA PROVINCIA DE CHUBUT 2007

FECHA: 14 Y 15 DE NOVIEMBRE DE 2007

LUGAR: RAWSON- SECRETARIA DE SALUD

EQUIPO: Dr. HORACIO DEL BOSCO
LIC. NORA VILLAVARDE
Dra PAOLA FINOCCHIETTO.

TEMA:

Como se decidió en el encuentro anterior, esta reunión se realizó en el Nivel Central de la Secretaría de Salud como cierre, para evaluar el Programa desarrollado durante todo este año y se planificaron las actividades a desarrollar durante el año 2008.

El Subsecretario de Programas de Salud Ingeniero Enrique Vitteti fue quien, como autoridad de la Secretaría, nos recibió y trató estos temas con el equipo.

CONCLUSIÓN:

La capacitación y actualización es fundamental para la formación continua de todo el equipo de salud, hemos hecho una evaluación en el último encuentro con los que participaron durante estos tres años, los que se encuentran en condiciones de continuar su propia formación a través de distintos medios y/o herramientas, como ser la incorporación de residencia en medicina general, acceso a internet, aumento de personal de enfermería profesional, ingreso de profesionales de otras especialidades. Si se continúa con los pases de sala, ateneos, discusiones de casos clínicos, en equipo interdisciplinario les permitirá una actualización y capacitación permanente.

Por otro lado durante el año 2008 se trabajará desde Programas de Salud, con el Área de Patologías no Transmisibles, realizando un estudio de prevalencia de Diabetes, hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, en la Provincia

ASISTENCIA PROGRAMA CAPACITACIÓN RURAL AÑO 2007Capacitación días 30 y 31 de Marzo del 2007Hospital Rural de Sarmiento

Participantes	Dependencia	Función	Observaciones
ARIETI, Lorena	Sarmiento	Médica	
BALLARI, Marcelo	Sarmiento	Médico	
BARBERIS, Claudia	Sarmiento	Médica	
BARRIO, Natalia	Sarmiento	Enfermera	
COSTA, Gabriela	Sarmiento	Médica	
DE SOUZA, Pablo	Sarmiento	Médico	
E'HIJOS, Norma	Sarmiento	Médica	
FERRARI, Francisco	Sarmiento	Médica	
FLORES DELGADO, Manuel	Sarmiento	Médico	
NEIRA, Marcela	Sarmiento	Aux.Enfermería	
OYOLA, Laura	Sarmiento	Enfermera	
PROVENZANO, Lorena	Sarmiento	Médico Residente	
URIBE, Graciela	Sarmiento	Enfermera	
ANDRADE, Alcira	Pto.Sanit.Facundo	Aux.Enfermería	
MILLANAO, Mirta	Pto.Sanit.Buen Pasto	Aux.Enfermería	
ACOSTA, Daniel	Pto.Sanit.Diad.Arg.	Médica	

Capacitación días 20 y 21 de Abril del 2007Hospital Rural de Sarmiento

Participantes	Dependencia	Función	Observaciones
BARBERIS, Claudia	Sarmiento	Médica	
BALLARI, Marcelo	Sarmiento	Médico	
PROVENZANO, Lorena	Sarmiento	Médico Residente	
E'HIJOS, Norma	Sarmiento	Médica	
COSTA, Gabriela	Sarmiento	Médica	
DE SOUZA, Pablo	Sarmiento	Médico	
GALLARDO, Raul	Sarmiento	Aux.Enfermería	
URIBE, Graciela	Sarmiento	Enfermera	

Capacitación días 18 y 19 de Mayo del 2007Hospital Rural de Sarmiento

Participantes	Dependencia	Función	Observaciones
ARIETI, Lorena	Sarmiento	Médica	
BALLARI, Marcelo	Sarmiento	Médico	

BARBERIS, Claudia	Sarmiento	Médica	
COSTA, Gabriela	Sarmiento	Médica	
DE SOUZA, Pablo	Sarmiento	Médico	
E'HIJOS, Norma	Sarmiento	Médica	
GALLARDO, Raul	Sarmiento	Aux.Enfermería	
PAOLASSO, Patricio	Sarmiento	Enfermero	
PROVENZANO, Lorena	Sarmiento	Médico Residente	
URIBE, Graciela	Sarmiento	Enfermera	

Capacitación días 06 y 07 de Julio del 2007

Hospital Rural de Sarmiento

Participantes	Dependencia	Función	Observaciones
BARBERIS, Claudia	Sarmiento	Médica	
PROVENZANO, Lorena	Sarmiento	Médico Residente	
E'HIJOS, Norma	Sarmiento	Médica	
COSTA, Gabriela	Sarmiento	Médica	
DE SOUZA, Pablo	Sarmiento	Médico Residente	
GALLARDO, Raul	Sarmiento	Aux.Enfermería	
URIBE, Graciela	Sarmiento	Enfermera	
OYOLA, Laura	Sarmiento	Enfermera	

Capacitación días 24 y 25 de Agosto

Hospital Rural de El Maitén

Participantes	Dependencia	Función	Observaciones
CIMA, Roxana	El Maitén	Médico Gral Resid	
DALLIA, German	El Maitén	Médico General	
PUELMAN, Elba	El Maitén	Lic. Enfermería	
FERNANDEZ, Lucrecia	El Maitén	Enfermera	
DIAZ, Fabian	El Maitén	Médico	
ASPILCHE, Elías	El Maitén	Médico Cirujano	
QUILQUITRIPAY, Angélica	El Maitén	Enfermera	
ROSOLINO, Daniel	El Maitén	Enfermero	
PURATICH, Fabian	El Maitén	Médica	
ANTILEF, Graciela	El Maitén	Enfermera	
LUJAN, Norberto	El Maitén	Aux.Enfermería	
JOSIFOVICH, Ari	El Maitén	Aux.Enfermería	
AMHED, Alberto	El Maitén	Médico General	
MARCOS, María Jimena	El Maitén	Médico Residente	
CARDOZO, Sergio	El Maitén	Médico General	
CLAVERIE, Raul	Epuen	Médica	

Capacitación días 28 y 29 de Setiembre del 2007

Hospital Rural de El Maitén

Participantes	Dependencia	Función	Observaciones
CIMA, Roxana	El Maitén	Médico Gral. Resid	
DALLIA, German	El Maitén	Médico General	
PUELMAN, Elba	El Maitén	Lic. Enfermería	
FERNANDEZ, Lucrecia	El Maitén	Enfermera	
DIAZ, Fabian	El Maitén	Médico	
ASPILCHE, Elías	El Maitén	Médico Cirujano	
QUILQUITRIPAY, Angélica	El Maitén	Enfermera	
ROSOLINO, Daniel	El Maitén	Enfermero	
PURATICH, Fabian	El Maitén	Médica	
ANTILEF, Graciela	El Maitén	Enfermera	
DIAZ, Sonia	El Maitén	Aux. Enfermería	
RUSSO, ZULEMA	El Maitén	Enfermera	
MARCOS, María Jimena	El Maitén	Médica	
CARDOZO, Sergio	El Maitén	Médico General	
SATO, Susana	Cushamen	Médica	
ANTIQUALA, Omar	Cushamen	Enfermero	
TUREO, Ariel	Cushamen	Aux. Enfermería	
MARINAO, Jorge	Cushamen	Aux. Enfermería	

Capacitación días 26 y 27 de Octubre del 2007

Hospital Rural de El Maitén

Participantes	Dependencia	Función	Observaciones
MARCOS, Gimena	El Maitén	Médica	
PUELMAN, Elba	El Maitén	Lic. Enfermería	
DIAZ, Alicia	El Maitén	Aux. Enfermería	
ANTILEF, Graciela	El Maitén	Enfermera	
AMHED, Alberto	El Maitén	Médico General	
CARDOZO, Sergio	El Maitén	Médica	
DIAZ, Fabian	El Maitén	Médico	
GALLARDO, Claudio	Cushamen	Médica	
RUSSELL, Jorgelina	Cushamen	Est. Medicina	Internado rotatorio UBA
MULDER, Sandra	Cushamen	Est. Medicina	Internado rotatorio UBA
SATO, Susana	Cushamen	Médica	

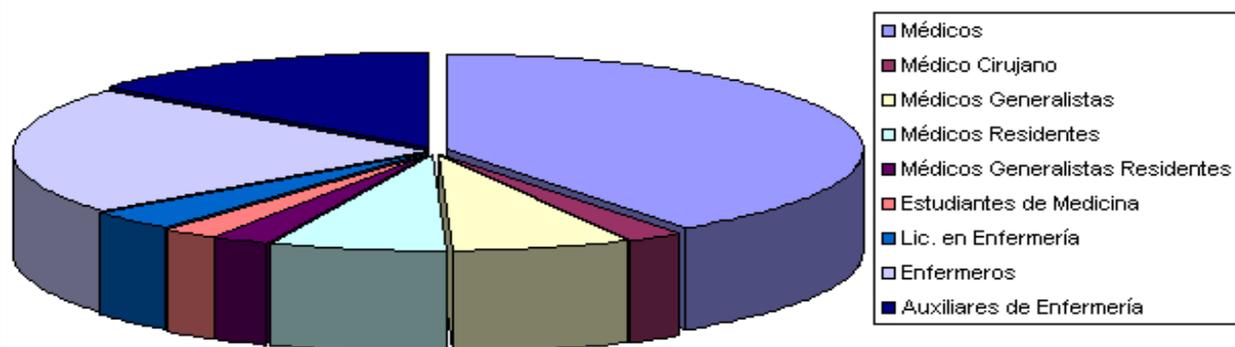
TOTALES ANUALES POR FUNCIONES

Funciones participantes	Totales
Médicos	35
Médico Cirujano	2
Médicos Generalistas	6
Médicos Residentes	6
Médicos Generalistas Residentes	2
Estudiantes de Medicina	2
Lic. en Enfermería	3
Enfermeros	19
Auxiliares de Enfermería	12
TOTAL	87

TOTALES ANUALES POR HOSPITALES

Hospital	Totales
Rural Sarmiento	39
Puesto Sanitario Facundo	1
Puesto Sanitario Buen Pasto	1
Puesto Sanitario Diadema Argent.	1
Rural El Maitén	36
Rural Epuyén	1
Rural Cushamen	1
TOTAL	87

TOTALES DE PARTICIPANTES POR FUNCIONES



TOTALES DE PARTICIPANTES POR DEPENDENCIA

