

UNIVERSIDAD DEL SURESTE
LICENCIATURA MEDICINA HUMANA

MATERIA:

Medicina Interna

DOCENTE:

Dra. Romero Solorzano Karina

ALUMNA:

Espinosa Alfonso Margarita Del Carmen

SEMESTRE Y GRUPO: EDUCAR

5º “A”

Comitán de Domínguez Chiapas a 24 de febrero de 2022

NOTA DE EVOLUCIÓN

Julius
24 - Febr-2022

NOTAS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

Fecha y Hora: 17-05-2017 14:09 Sexo: Masculino
Nombre completo: Sebastián Trujillo Rodríguez Fecha de nacimiento: 11-08-1993
Número del paciente: 151153 Edad: 23 años 9 meses 6 días
Folio admisión: 329843 Piso sala: Quinto piso
Expediente: 581372 Habitación: 2115

Evolución y actualización del cuadro clínico:

(Incluir tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones)

Paciente masculino de 23 años de edad con los siguientes diagnósticos:

- 1- Insuficiencia respiratoria aguda tipo II
- 2- Diabetes Mellitus Tipo I descontrolada.

El paciente cursa su cuarto día de hospitalización por la presencia de IRA y el descontrol de su DM, presenta exacerbación de los síntomas con dificultad respiratoria y expensas de tiraje intercostal, y aumento de los movimientos de ampliación y amplexación.

El paciente refiere:

a) **Cefalea**: El dolor es de tipo punzante, lo presenta en la cabeza completa, sin irradiarse a ninguna otra parte, predominante por las mañanas al despertar y las tardes al salir de trabajo, es diario desde hace 5 días y le dura alrededor de 2 horas, lo relaciona a los momentos que presenta dificultad respiratoria.

b) **Disnea**: Expresa que es repentina, pero la tiene diariamente desde hace aproximadamente 5 días, menciona que se aumenta en momentos de estrés.

c) **Somnolencia**: Durante casi todo el día, aumentada al medio día.

d) **Palpitaciones**: Menciona que son fuertes y le dura esa sensación por más de 15 min alrededor de 4 veces al día. Acompañada de la disnea.

e) **Entumecimiento de brazos y piernas**: De igual forma que la disnea la describe como repentina, sin un horario en específico, pero dice que inicia con hormigueo hasta que se entume por completo la extremidad. llega a ser una extremidad aislada o las 4 al mismo tiempo.

f) **Visión borrosa**: Durante todo el día, incluso llega a hacerse tan borrosa que el paciente ve doble.

Signos vitales

Tensión arterial: 150/95 mmHg

FR: 16 x2

FC: 95 lpm.

Temperatura: 37°C

Pulso: 94 min

Llenado capilar: 2.00 segundos

Estos sg vitales nos determinan tensión arterial alta y una FR baja.

Exploración física:

Mediante la inspección se encontró al paciente:

Sin alteraciones craneanas

Con dificultad para mover los músculos de la cara

Sin cambios en la coloración del torax.

Observaciones

Aumento de la presencia de IRA tipo II que no va relacionada a la DMII y su descompensación, desde su ingreso al hospital

Diagnostico

- Insuficiencia respiratoria aguda tipo II
- Diabetes mellitus tipo I descompensada
- Síndrome de Guillain-Barre

Tratamiento

No existe cura para el síndrome de Guillain-Barre. El tx está encaminado a reducir síntomas, tratar las complicaciones y acelerar la recuperación

Dieta por vía enteral; en los casos en que exista disfagia se sugiere alimentar a través de sonda nasogástrica; si ocurre disfunción parcial del intestino, pasar la sonda al yeyuno y alimentar a débito continuo

En cualquiera de los casos se deben cubrir los requerimientos nutricionales del paciente. La gasometría se sugiere para casos especiales y la nutrición parenteral tendría solo indicación en pacientes en que coexista una alteración digestiva severa.

El 100% de los pacientes debe ser ingresado en una unidad de cuidados intensivos durante la etapa de progresión de la enfermedad

Monitorear de manera constante la función respiratoria y cardíaca e incluir la toma horaria no invasiva de la tensión arterial.

Realizar evaluación del progreso neurológico de forma periódica. Se debe insistir en el examen de los pares craneales de origen bulbo y fuerza muscular, reflejos y mecánica ventilatoria.

Garantizar balance hidromineral neutro y equilibrio ácido-base

Pronostico

La recuperación puede tardar semanas, meses e incluso años