

Ushuaia, 04 de Diciembre de 2013.-

Concejo deliberante

SEÑOR PRESIDENTE

DAMIAN DE MARCO

S / D

Me dirijo a Ud. Con el fin de solicitar carteles de discapacidad para mi esposo (Molina Alberto Alfredo, DNI 14.457.985). Mi esposo presenta dificultad para caminar, por lo que se ayuda de un bastón. Su condición se agrava cuando se realiza diálisis durante cuatro horas, tres veces a la semana. Esta situación me lleva a mí a iniciar este pedido, ya que al llegar a la vivienda se hallan autos estacionados en el frente de la misma, por lo que debe caminar una cuadra o incluso más, lo que provoca en él un malestar físico. Adjunto fotocopias de su historia clínica.

Espero una pronta respuesta.

Me despido cordialmente.

| | |
|--|--------------------|
| CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA ASUNTOS INGRESADOS | |
| Fecha: | 04/12/13 Hs. 17.19 |
| Numero: | 1543 Fojas: 4 |
| Expte. N° | |
| Grado: | |
| Recibido: | <i>[Firma]</i> |

[Firma]

Romero Zulma Delia

DNI 17.736.119

Dirección: Soberanía Nacional 2667

TEL: 431695 / 15479948



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida

e Islas del Atlántico Sur

República Argentina

HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

" Gob. Ernesto M. Campos "

SERVICIO DE NEFROLOGIA Y HEMODIALISIS

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA OCTUBRE DE 2013

Molina Alberto Alfredo

DNI:14.457.985

Paciente de 53 años con antecedentes de Diabetes Insulinodependiente de mas de 20 años de evolución, con muy malos controles glucémicos y poca adhesión al tratamiento y dieta, que desarrolla a lo largo de los últimos años una nefropatía diabética con microalbuminuria al comienzo y posteriormente déficit de función renal con Proteinuria creciente, llegando a valores nefróticos, con hipertensión severa y edemas generalizados y finalizando en deterioro de función renal con estadio terminal de la misma. La sintomatología ha ido aumentando en forma sostenida a lo largo del último año, se ha indicado la realización de fistula arterio venosa y con ella se ingresa en hemodiálisis el 21 de agosto de 2006, en plan de tratamiento crónico, trisemanal.

Presenta además. Retinopatía diabética grado III-IV, polineuropatía diabética, Disautonomía, macro y microangiopatía de igual origen.

TBC pulmonar año 2001 recibo tratamiento supervisado con RHZ x 60 tomas.

Hepatitis C sin evidencia por laboratorio de lesión hepática. Asintomático.

1) ACCESO VASCULAR fistula arterio venosa nativa en miembro superior izquierdo

2) PRESCRIPCION DE DIALISIS:

Tres veces por semana 4 horas cada vez. Lunes -Miércoles y Viernes.

Filtro Reexed L21

Sodio 140meq/l y bicarbonato 30meq/l.

Bomba de sangre 400c.c.

Heparina 1.600 UI dosis de carga y 1200 UI/hora por tres horas, en perfusión continua.

Peso seco kg.: 88.3 Ganancia de peso interdiálisis: 3.0-4.0K gs.

KT/V 1,3 PCR 2.07 (09/2013) IMC 26,20

3) **EXAMEN CARDIOVASCULAR E HTA:** T.A. prediálisis 130-120/90 mm de Hg. F.C. 80 x min. Se comienza a disminuir dosis de antihipertensivos. Pudo disminuir. Dosis de vasodilatadores post desobstrucción renal pero luego progresivamente fue requiriendo aumento de dosis desde 2010. Se estabilizo con con Irbesartan 600mg/día+ carvedilol 25mg/día + Furosemida 1/2 por día+ Amlodipina 10mg/día.

4) **METABOLISMO FOSFOCALCICO:** Fosfatemia 4.5 mg/dl, Calcio: 8.9.g/dl. Producto fosfo cálcico 45. FAL 171 U/L. PTH, 08/2012 213pg/ml. 11/2012 129.3pg/m, **04/2013 150pg/ml, 06/2013 246pg/ml, 07/2013 140pg/ml.** 09/2013 192pg/ml, 09/2013 192 Toma 6 calcio por día. Evidencia ahora mejor cumplimiento de la dieta.

5) **SISTEMA NERVIOSO:** Polineuropatía manifiesta en ambos miembros inferiores, con pérdida de masa muscular y disminución de sensibilidad en ambos miembros inferiores. Disautonomía gástrica y cardio vascular.

6) **HEPATITIS Y SEROLOGÍAS:** Hepatograma normal. GOT 42, GPT 41, BT 0,6, BD 0,3 BI 0,3

09/2013:

HIV: no reactivo

HbsAg, negativo

HCV : reactivo

Anti. Hepatitis C: reactivo

VDRL: no reactivo

AntiHBs no reactivo

Toxoplasmosis: no reactiva IgG, ni IgM

CMV IgG: Reactivo IgM NO reactivo

Huddleson: no reactiva.

Chagas: HAI: negativo

ELISA negativo

12/07 Indico nuevo esquema de vacunación por 3 dosis.

04/2010 Indico nuevo esquema de vacunación hepatitis B por tres dosis.

7) **ANEMIA:** Hto 26%, Hb: 8.2g%, Ferremia 148 ug/dl. Ferritina 476, Transferrina 220, saturac. 67%. Con aporte de hierro parenteral por ahora suspendido desde 01/2011 + EPO ahora 12000UI post diálisis semanal desde 08/2012. Recibe ac. Fólico VO. Homosisteina 14 (09/2013)

Se transfunde 15/nov de 2011 2 UGRS

Se transfunde agosto del 2012 3 UGRS

8) **ASPECTOS PSICOLOGICOS:** ha mostrado discreta buena predisposición al inicio de diálisis, confiado en que estara mejor. Presenta cierta no aceptación a síntomas propios de su diabetes que aun no controla bien. No creemos que cumpla con la dieta aunque ha

1543 3/4 tercio reuniones con el equipo de nutrición y numerosas explicaciones por parte del plantel médico de diálisis. Cuenta a otros trasgresiones dietéticas pero no justifica el peso que trae a diálisis.

9) ASPECTOS NUTRICIONALES: Albúmina: 3,1g%, Colesterol: 91mg/dl, TG 198 mg/dl, HDL 19 mg/dl Uremia prediálisis: 160mg/dl, K pre 4 mEq/l, Creat 12.2 mg/dl

OTROS PROBLEMAS:

11) Evaluado en forma reiterada por Cardiología por angor progresivo, al principio intradiálisis, con disnea paroxística nocturna, palpitaciones y limitación a la actividad por sensación de opresión más de cuatro semanas. En alguna oportunidad internado en UTI para control en unidad de dolor precordial pero sin cambios luego de internación. Asociado a HTA que ajustamos medicación, se agravan B Bloqueantes. Se realizó PEG insuficiente por HTA, Holter y Ecocardiograma con deterioro de la función sistólica y dilatación ventricular. Debido a recurrencia del cuadro anginoso 2río a Emergencia HT se interna y se realiza:

CCG (07/2007) donde se evidencia obstrucción del 40% del tronco de CD siendo interpretada como no significativa. Respto del árbol periférico de malas características 2río a patología diabética de base.

Se solicitó IC con diabetología para mejor manejo de sus glucemias. Hb glicosilada 09/08: 6.7

11/2007 Arteriografía Renal: Se observa obstrucción del 70% de arteria renal izq. Se coloca balón con stent recuperando flujo.

Se solicita a 3 meses de realizado la angioplastia, nuevo estudio angiográfico sospechando reestenosis RESULTANDO NO SER SIGNIFICATIVA.

09/2008 Es evaluado por equipo de pretrasplante por hepatitis C Activa Crónica con probable requerimiento de tratamiento.

11/2008 se solicitó carga viral+ genotipo para inicio de tratamiento con Interferón.

3/2009 interferón bisemanal por indicación de hepatóloga. Mal tolerado, empeora anemia, hiponatremia. Síntomas sistémicos.

INTERFERON. Suspendido por Médicas Hepatólogas itinerante del Hospital Italiano.

En plan de biopsia hepática transyugular.

06/2009 paciente con hemoptisis con antecedentes previos de TBC por lo que se solicita esputo en muestras por bacterio y anatomía patológica para BAAR y gérmenes comunes

12/09 Se Realiza biopsia bronquial por fibrobroncoscopia y el estudio anatómico patológico no revela atipia celular en las muestras extraídas. Imagen polipoide en bronquio derecho.

Nueva endoscopia 15 días después con desaparición de la imagen

04/2010 Internación por Angina Inestable 2río a HTA, lo que motivo CCG + arteriografía renal sin lesión significativa. Impresiona enfermedad parenquimatosa crónica.

Derivado a Buenos Aires 12 de marzo de 2010. Cambio de centro de trasplante, ahora Hospital británico.

11/8/2010 regresa de Buenos Aires, con fracaso de terapéutica con Interferón, con hto 26% y Hb de 8,3 gr % con sintomatología anémica importante por lo que se TSF II U GRS.

08/2010 Se reinterviene quirúrgicamente por mixoma frontal ahora dos más en región parietal.

Con sintomatología gástrica (vómitos, sensación de plenitud) que interpretamos como gastroparesia DBT. Medicado con moperidona + cisapride.

Ecocardiograma 03/2011 normal sin dilataciones. Función normal, con Leve Insuficiencia Ao.

11/2011 Sincope y caída con importante traumatismo de cara, parrilla costal y muslo derecho. Se estudia con CCG igual lesión no significativa que la previa del 2007. Holter no infradesnivel. Se interpreta como 2río a anemia y/o trast electrofisiológico.

2/2012 Disnea y Rx de torax con sobrecarga. Intentamos bajar peso seco. Trae mucha sobrecarga a diálisis.

07/2012 Se interna por Neumonía de la comunidad y sobrecarga de volumen.

09/2012 Importante síndrome Vertiginoso en estudio que le imposibilita la deambulación. Rx de cervical normal. TAC de cerebro sin contraste normal. RMN sin lesiones. Es evaluado por Neurología quien realiza EMG con déficit axonal y mielínico severo. Había iniciado con vasodilatadores cerebrales al que se agrega ácido tiocítico el mes 10/2012

06/2013 Disnea. Rx de torax con signos de sobrecarga. Empezamos a bajar el peso seco. Pido ecocardiograma.

Anemia. Proctorrágia. Rectoscopia con hemorroides severas con estigmas sangrantes. Tos de + de 3 semanas. TAC de torax s/p. En espera de esputo.

10) TRASPLANTE Y CONDICION EN INCUCAI: Paciente inscripto en plan de diálisis crónica. Se realizó estudios de pretrasplante y fue evaluado por equipo quirúrgico. Ahora pendiente Biopsia Hepática ya realizada, COMENZO CON TTO DE

Catalogado como de imposibilidad de tratamiento por lo que no se coloca en lista de espera de trasplante renal.

Medicación:

- Ac fólico 10 mg. Acifol. 1=una Caja x 60 comp por mes.

1543 - 4/4 Irbesartan 300 mg/Hidroclorotiazida 12,5 mg. Co Aprovel 300/12,5 ng. 2=dos cajas x 28 comp por mes.

- Furosemida 40 mg. Lasix. 1=una caja x 50 comp por mes.
- 1 alfa 28 dihidroxicolecalciferol 0,25 ug. Calcitriol. 1=una caja x 30 comp por mes.
- Pantoprazol 20 mg. Pantus. 1=una caja x 30 comp por mes.
- Clopidogrel 75 mg. 1=una caja x 30 comp por mes.
- Amlodipina 10 mg. Amloc. 1=una caja x 30 comp por mes.
- Vitamina B1, B6, B12. Bago B1, B6, B12 5000. 1=una caja x 30 comp por mes.
- Carbonato de Calcio 1250 mg. Calcio Base Dupomar. 1=una caja x 60 comp por mes.
- Carvedilol 25 mg. Dilatrend. 1=una caja x 28 comp por mes.
- Insulina Humana Isófana (NPH). Insulatard HM Penfill 100UI/ml 5x3ml. 1=una caja de 5 cartuchos por mes.
- Accu-chek Active. Tiras reactivas. 1=un envase x 50 unidades.


Zarina Rita Aguad
Esp. Terapia Intensiva y Nefrología
MN/188