



**Carrera: MEDICINA HUMANA**

**Materia: MEDICINA INTERNA**

**HISTORIAS CLÍNICAS**

**VIVIANA EDITH ROJAS TORRES**

**5° SEMESTRE**

## Historia Clínica Pediátrica

### Ficha de Identificación

Nombre: Samantha Antonia Montes

edad: 7 meses género: femenino Gpo sanguíneo: O+

Fecha nacimiento: 4 / Diciembre / 2010

Lugar de nacimiento: Estado de México

Dirección: Calle cerrada Jimenez #25, Col. Emiliano Zapata, Atizapán de Zaragoza

Escolaridad: - - - - -

Religion: Católica Afiliación: ISSEMYM Clave: 799375-13

Tutor: Sara Mateo Montes

Parentesco: Madre Teléfono: 55 73 85 51 53

Fecha de ingreso: Martes 18 Julio 2017 a las 16:30 hrs

### Padecimiento Actual

(Interrogatorio indirecto)

El martes 18 Julio 8 horas previas a su ingreso presenta fiebre no cuantificada, vomito en 7 ocasiones ligeramente amarillo de contenido gastrointestinal y mucoso de cantidad abundante al inicio y minimo en el ultimo episodio, acompañado de náuseas y arqueos, anorexia y estreñimiento de dos días de evolución remitido a la madre realizar estimulación rectal y colocar un supositorio de glicerina, obteniendo materia fecal sin contenido hemático. Al ingreso se encuentra febril, buena hidratación, con presencia de orofaringe hiperémica ++, congestiva, abdomen blando, depresible, no dolorosa la palpación y peristalsis presente y aumentada en intensidad y frecuencia, posteriormente al no tolerar la alimentación por VO se deja en ayuno con soluciones calculadas y se solicita BH completa, QS(8), electrolitos encontrándose con leucocitosis leve con desviación a la izquierda, el resto se encuentra dentro de los valores normales. El EGO se observa turbio e incoloro con leucocitos incontables, bacterias +++ y nitratos +, el cual es patológico con datos francos de infección de vías urinarias. Se realiza ultrasonido el cual concluye sin evidencia de alteración estructural. La Rx simple de abdomen se observa mala distribución de aire sin presencia de aire en hueco



pélvico. Posteriormente mientras se encontraba en ayuno presenta 3 eventos de vomito de contenido gástrico, se envía a piso para manejo con antibiótica y estrecha vigilancia. El día posterior se encuentra en mal estado general, con palidez de tegumentos, muy irritable, posición antálgica, abdomen distendido, peristaltismo disminuido, timpánico y doloroso a la palpación superficial y profunda, sin episodios de vómitos y una evacuación mucosanguinolenta, al tacto rectal se encuentra contenido con sangre y moco, por lo que se decide interconsulta con cirugía pediátrica para TX quirúrgico de urgencia.

Diagnósticos previos: IVU

Estudios previos: BH completa, QS(3), EGO, USG vesicoureteral, RX simple de abdomen

Terapéutica previa: Ayuno, soluciones calculadas para 8hrs: 150/4/3, cefepim 7.2 mg/Kg/día IV, ceftiazoxona 180 mg/Kg/día IV

### Antecedentes Heredofamiliares

Madre: Sara Mateo Montes ¿vive?: si Edad: 23

Estado Civil: Unión libre Escolaridad: Licenciatura en Administración de Empresas

Ocupación: Ama de casa

cuenta con buena salud y niega toxicomanías

Padre: Ramiro Antonio Salano ¿vive?: si Edad: 28

Estado Civil: Unión libre Escolaridad: Carrera técnica Ocupación: Electricista

cuenta con buena salud, bebedor social y fumador vez a la semana

Media hermana paterna: Neily Yaelin Adonia ¿vive?: si Edad: 7

Escolaridad: 2º año de primaria, cuenta con buena salud

Abuelo paterno vive (50 años de edad) aparentemente sano. Abuela paterna vive (85 años de edad) aparentemente sana. Abuelo materno vive desconoce la edad, aparentemente sano. Abuela materna vive desconoce la edad, aparentemente sana. Madre aparentemente



sana. Padre aparentemente sano. Niega enfermedades cardiacas, nefroticas, neurologicas, congenitas, asmaticas, infecto-contagiosas así como antecedentes de DM, HTA y Obesidad.

Antecedentes personales no psicologicos

Inespecificos:

#### Alimentación

Alimentada con leche materna aproximadamente 4-5 veces por día. Inicio la dieta con papillas naturales hace 2 semanas con una ingesta de: Frutas 7/7 por semana (papaya, plátano, manzana, pera) Verduras: 3/7 por semana (zanahoria). La alimentación en general es suficiente en cantidad y calidad y cumple con los requerimientos calóricos nutricionales del paciente. La comida es elaborada en casa con las medidas higiénicas correspondientes.

#### Vivienda e Higiene

Casa propia, de concreto y tabique, piso de loseta, cuatro habitaciones: dos recamaras, una cocina, sala-comedor y un baño completo, tres ventanas, 6 focos. Cuenta con todos los servicios básicos: Agua intradomiciliaria, luz y gas. No residen cerca de ninguna fabrica y no presentan riesgo de exposición a sustancias tóxicas. En el domicilio habitan dos personas. No mascotas.

Realiza su aseo personal cada día, cambio de ropa exterior 3 veces al día, el cambio de pañal cada que sea necesario (4 pañales al día aproximadamente), el cambio de ropa de cama cada 15 días y el aseo del hogar se realiza diario. El corte de uñas cada 3 días y el corte de cabello no se realiza. Respecto a la higiene dental el lavado de dientes se realiza una vez al día con cepillo dental pediátrico. No realiza lavado de manos.

#### Hábitos de sueño y Recreativos

No realiza ninguna actividad recreativa. No realiza ninguna actividad deportiva. No presenta insomnio. Duermes de 11-12 horas diario.



## Perinatales

La madre refiere haberse embarazado a los 23 años de edad, siendo la gesta número 1 sin riesgo de aborto ni complicaciones [G1 A0 P0 C1]. No acudió a consulta preconcepcional. Tuvo 10 consultas de control prenatal y 4 ultrasonidos reportados como normales a partir del 3º mes de gestación. Se le prescribieron el uso de vitaminas, ac. fólico y hierro, no recuerda la dosis desde el 3º mes. Cursó con cervicovaginitis durante el segundo trimestre del embarazo recibió Tx con ampicilina no recuerda la dosis. No recuerda el incremento ponderal materno en el embarazo.

## Nacimiento

Entró en trabajo de parto a la 41ª semana de gestación. Se realizó cesárea debido a desproporción cefalopélvica. Ruptura de membranas con 2 horas de evolución antes de la cesárea.

lloró y respiró al nacer. No amerita maniobras de reanimación ni uso de incubadora ni soporte ventilatorio.

Nació con un peso de 3520 kg y talla de 52 cm, no recuerda el perímetro cefálico. obtuvo una puntuación 9/9 APGAR. No recuerda el puntaje obtenido en SILVERMAN ni Capurro.

## Postnatales

Recibe lactancia materna actualmente, a los 4 meses se inicia dieta combinada con fórmula NON 2 y leche materna. Ab lactación a los siete meses e inicia dieta con papillas naturales. Aun no inicia la introducción de alimentos alérgenos a la dieta. No ha iniciado la dentición.

## Desarrollo Psicomotor

Empezó a seguir objetos con la mirada a los 2 meses, sostuvo la cabeza a los 4 meses, rodó sobre sí mismo a los 6 meses, se sentó solo a los 6 meses y medio, 5 meses gateo ni camina. A los 3 meses y medio balbuceaba. Sin control de esfínteres vesical y anal. No representa ninguna alteración de psicomotora aparente ni ningún dato anormal en el desarrollo.



## INMUNIZACIONES

Esquema básico de vacunación incompleto (no presenta cartilla) refiere no contar con la tercer dosis de la vacuna pentavalente, acelular

## Antecedentes Personales Patológicos

Al mes de vida presenta un cuadro gripal que fue Tx con paracetamol, Oxoluan y ampicilina (no recuerda la dosis) por su médico familiar. Refiere presentar un cuadro de dermatitis del pañal con dos meses de evolución, recibió Tx con Bepanthen por 2 semanas, Caldene por una semana, D' Hipoglos por 2 semanas y Barmicul por 2 semanas. Curios con varicela hace 2 semanas sin complicaciones no recibió Tx. Niega padecer enfermedades crónicas degenerativas, alergias, antecedentes quirúrgicos o traumáticos, niega haber recibido transfusiones sanguíneas

## Antecedentes Ginecoobstétricos

niega antecedentes de alguna ETS ni antecedentes de IUUS

## Exploración Física

A la exploración física presenta signos vitales normales: FC 140x, FR 44x, TA 98/52 mmHg, Temperatura axilar  $36.8^{\circ}\text{C}$   
Peso: 7,206 Kg Talla: 66 cm P.cefálico: 43 cm IMC:  $16.53 \text{ Kg/talla}^2$   
Percentil Talla / Edad: 50 Percentil Peso / Edad: 50  
Antropométricamente se encuentra en adecuado peso y talla para su edad  
perímetro cefálico adecuado para su edad

Paciente femenina lactante de 7 meses de edad con edad cronológica igual a la aparente, íntegra y bien conformada, poco activa y reactiva, neurológicamente estable. Ráspundi 11/11, poco cooperadora. Normocéfalo no endo ni exocéfalo, los pabellones auriculares se encuentran alineados y la altura de inserción es adecuada. Los ojos se encuentran simétricos, las pupilas isocóricas y normoreflexivas; conjuntiva palpebral derecha ligeramente edematizada. Conductos auditivos normales, narinas permeables. Los labios son normolineos, simétricos sin lesiones aparentes. La cavidad oral se encuentra en adecuada coloración e hidratación. Orofaringe hiperemica + y reflejo nauseoso presente. Cuello con tráquea central y desplazable, pulso yugular presente y sincrónico. Tórax normalíneo sin lesiones superficiales con adecuados movimientos de amplexión y amplexación, campos



pulmonares bien ventilados sin alteración ni presencia de ruidos agregados ruidos cardiacos ritmicos sin alteraciones, abdomen distendido y poco deprimible, doloroso a la palpación, peristaltis reducida presente, sin datos de irritación peritoneal ni visceromegalias. Las extremidades superiores e inferiores son simétricas y presentan signos de edema. La piel y sus anexos se encuentran en buen estado general con adecuada coloración y humedad. Presenta un llenado capilar adecuada de 2 seg. A nivel de la columna vertebral sin lesiones superficiales aparentes ni deformidades los genitales se encuentran eritematosos en área genital, y periné, con adecuada higiene, el ano y el recto no se exploraron.

### Exámenes de laboratorio

#### y Gabinete

Los resultados de la BH completa: Fórmula roja: eritrocitos 7.58 M/ul, Hb 12.11g/dl Hto 36.77%, VCM 86.10 fl, HCM 29.40 pg, Ancho dist. eritrocitario 15.90%, plaquetas 372.000 X/ul, VPM 8.40 fl. Fórmula blanca: leucocitos 13.99 K/ul, neutrófilos 22.5%, linfocitos 23.7, monocitos 0.70, eosinófilos 0.10 y basófilos 0.10.

Química sanguínea: glucosa 83.5 mg/dl, BUN 10.9 mg/dl, creatinina 0.2 mg/dl electrolitos: sodio 133.5 mEq/L, potasio 4.32 mEq/L, calcio 9.5 mg/dl, fósforo 4.9 mg/dl, magnesio 2.3 mg/dl. EGO: incoloro, de aspecto turbio, densidad 1.015, pH 6.5, leucocitos 500, nitritos +, proteínas negativo, cuerpos cetónicos negativos, sangre negativo, sedimentación: leucocitos incontables, bacterias +++

USG de vías urinarias: riñones en situación habitual, riñón derecho de 54x25 x 25 mm, riñón izquierdo de 62x30x29 mm, ambos de bordes regulares, relación corticomedular conservada, parénquima homogéneo sin lesiones sólidas o quísticas sistema pelvocalicial sin presencia de ectasia, vascularidad conservada a la aplicación de power doppler. vejiga con repleción fisiológica, contenido anecoico, pared de 1.4 mm SIN evidencia de alteración estructural al momento.

Tiempo de coagulación: IP 11.0 seg, ITP 22.4 seg. RX simple de Abdomen: se observó con mala técnica rotada, con mala distribución de aire sin presencia de aire en hoco pélico.



Diagnóstico Sintomático: malestar general, irritabilidad, llanto inconsolable, fiebre no cuantificada

Diagnóstico Sintológico: vómito gastroalimentario, posición antialgica, abdomen distendido y doloroso, peristaltis disminuida, evacuaciones en gajos de gróscolla

Diagnóstico Sindromático: abdomen agudo y ciego infeccioso

Diagnóstico Anatomotopográfico: cuadrante inferior derecho del abdomen y vías urinarias

Diagnóstico Fisiopatológico: intuspección intestinal e infección vías urinarias

Diagnóstico etiológico: proceso infeccioso

Diagnóstico Radiológico: mala distribución de aire sin presencia de aire en el hueco pélvico

Diagnóstico Nosológico: intususcepción intestinal ileocecal + apendicitis incidental

Diagnóstico Diferencial: Apendicitis, vólvulo intestinal, infección gastrointestinal, pielonefritis

Diagnóstico Integral: paciente de 7 meses de edad, que presenta un crecimiento y desarrollo acorde con la edad, sin antecedentes de relevancia. Presenta vómitos de contenido gastroalimentario, anorexia, dolor abdominal a la palpación, peristaltis disminuida, evacuaciones en gajos de gróscolla. Se realiza BH completa que resulta con leucocitosis leve. La medición de electrolitos, nitrógeno ureico, urea y creatinina también normales e los tiempos de coagulación dentro de los valores normales. La RX de abdomen simple, el tacto rectal con presencia de moco y sangre y el EGO con presencia de leucocitos incontables, nitritos y bacterias confirman el DX de intuspección intestinal más un cuadro de infección de vías urinarias.

Plan de Tx: se ingresa paciente para hospitalización para recibir Tx antibiótico para el manejo de la IVU y Tx quirúrgico que consiste en una laparotomía exploradora. Con indicaciones de ayuno, soluciones calculadas para 8 hrs 150/4/3: Sol glucosado al 5%, 294 cc, sol. fisiológica al 0.9% 62.3 cc administración de omeprazol 7.2 mg/24 hrs IV (1 mg/Kg/día), ampicilina 240 mg/8 hrs IV (100 mg/Kg/día), amikacina 54 mg/12 hrs IV (15 mg/Kg/día) Paracetamol 108 mg/8 hrs IV (1 g/100 ml, dosis max. x día 5g) vigilar datos de alarma, cuidados generales de herida postquirúrgica, cuidados generales de enfermería y signos vitales por turno.

Pronóstico: reservado a evolución, no exento de complicaciones

Dominguez Garcia Jennifer Sedene

nombre y firma por el  historia Clínica



## Historia Clínica Ginecológica

### Ficha de Identificación:

Nombre: E. E Sexo: femenino Edad: 26  
Estado civil: Casada Ocupación: Ama de casa Nacionalidad: Mexicana  
Lugar de Nacimiento: Altamira Tamaulipas, México Religión: Católica  
Grupo Sanguíneo: B positivo Escolaridad: secundaria terminada  
Cama: 3 Fecha de Ingreso: 3/abril/2015

### Antecedentes Heredofamiliares

Padre: vivo de 51 años, con diagnóstico de diabetes mellitus con 6 años de evolución, se encuentra controlado.  
Madre: viva de 49 años, aparentemente sana.  
Hermanos: 2 varones aparentemente sanos.  
Niega antecedentes familiares de enfermedades endocrinas, enfermedades neurológicas o neoplasias.

### Antecedentes Personales no Patológicos

Habitación: habita en la casa de su marido en una zona conurbada, paredes de concreto y techo de lámina cuenta con dos recámaras y 1 baño, vive con su marido y sus dos hijos. En la casa habita un perro de talla mediana. Cuenta con todos los servicios domiciliarios (agua, luz, gas, teléfono).  
Higiene Personal: Toma baños una vez al día en regadera, utiliza jabón pimoluc para el cuerpo y el shampoo para el cabello. Hace el cambio de su ropa interior 2 veces al día dependiendo del clima. Realizando un lavado del área genital si es necesario. El aseo dental lo realiza dos veces al día una por la mañana y otra por la noche con pasta dental.  
Alimentación: come 3 o 4 veces al día, los alimentos son preparados en casa por ella misma, desinfecta frutas y verduras y las lava con agua de garrafón.  
Desayuno: generalmente cereales. Almuerzo: mezcla de frutas y verduras. Comida: variable pero generalmente balanceada (carne, frutas y verduras).  
Toxicómanos: interrogada y negada.  
Actividades: camina recoge sus hijos escuela 20 minutos de ida y vuelta mañana y tarde.



## Antecedentes Personales Patológicos

refiere que no recuerda haber tenido enfermedades en la infancia, niega enfermedades crónicas degenerativas. Alergias: a penicilinas y ácido acetilsalicílico. Antecedentes Quirúrgicos: niega accidentes, intoxicaciones, intervenciones quirúrgicas, intentos de suicidio, alergias a alimentos, transfusiones. Esperanza de Vacunación: antecedentes de aplicación de vacunas hace 2 meses: tetanos, sin provocar ninguna reacción adversa. Medicamentos: niega ingesta de medicamentos

## Antecedentes Ginecobstétricos

menarca: 15 años menstruaciones: regulares, cada 31 días con una duración aproximada de 5 días. Inicio de vida sexual: activa/18 años. Numero parejas: 4 G3, P2, A0, C0. Embarazo: 1° parto eutócico el 18 de septiembre del 2008. primer trimestre de embarazo sufrió una amenaza de aborto a las 12 semanas de gestación, Segundo trimestre de embarazo no recuerda haber tenido complicaciones, Tercer trimestre de embarazo no recuerda haber tenido complicaciones. Parto de 37 semanas de producto del sexo femenino de 2300 gr sin complicaciones en el puerperio y se le dio lactancia al producto por 1 año. 2° embarazo parto eutócico el 23 de enero del 2012 primer trimestre de embarazo asintomático a abstracción prenatal consumiendo ácido fólico y vitaminas. Segundo trimestre de embarazo sin complicaciones; Tercer trimestre de embarazo: preeclampsia a las 36 semanas de producto del sexo femenino de 2000 gr sin complicaciones en el puerperio la preeclampsia empeorará progresivamente después del parto y se le dio lactancia al producto por 7 meses. Fecha de Última menstruación: 6 / Julio / 2014. Anticonceptivos: no utiliza. Infecciones Transmisión sexual: negadas. Fecha probable de parto: 11 / abril / 2015

## Padeamiento Actual

inicia su padeamiento actual el 6 de julio del 2014 la paciente, que tuvo la siguiente evolución: primer trimestre de embarazo a las 12 semanas de gestación la paciente acude por amenorrea y náuseas, la paciente comenta que se realizó de una prueba de embarazo (orina) la cual resulta



positiva, por lo que inicia control prenatal, al que asiste 1 vez en este periodo. En esta visita se le receta ácido fólico 5 mg al día y sulfato ferroso 200 mg al día. Refiere hipersensibilidad mamaria generalizada astenia, poliaquiuria, adinamia. Segundo trimestre de embarazo se mantiene a base de ácido fólico y sulfato ferroso, se trata de manera empírica con un multivitamínico: una tableta al día, no recuerda el nombre, la dosis, ni intervalos. Refiere hiperpigmentación de areola y pezón, abombamiento notorio del vientre, se exacerba la pelagra a, con aumento de peso de 8.5 kg astenia, adinamia así como vulnerabilidad emocional, al final del segundo trimestre. Tercer trimestre de embarazo: presenta aumento de peso de 12 kg en total, durante la gestación. Al fin de este trimestre el paciente refiere dolor de trabajo de parto acompañado de la expulsión del tapón mucoso y ruptura de membranas lo que es motivo de consulta. Parto eutócico el 3 de abril del 2015 a las 38 semanas de gestación de un producto masculino de 2600gr. Al fin de este trimestre el paciente refiere dolor de trabajo de parto acompañado de la expulsión del tapón mucoso y ruptura de membranas lo que es motivo de consulta. Parto eutócico el 3 de abril del 2015 a las 38 semanas de gestación de un producto masculino de 2600gr.

### Revisión por Aparatos y Sistemas

Aparato Respiratorio: no enfermedad aparente

Aparato Cardiovascular: no se muestran datos de enfermedad aparente

Aparato Digestivo: evacuaciones 2 veces al día, de color café claro, consistencia pastosa, cantidad no cuantificada, con olor fétido, aumenta al ingerir alimento disminuyendo al no ingerir alimento. La última evacuación fue a las 15:00

Aparato Genitourinario: refiere que tiene una frecuencia urinaria de más de 5 veces al día, de color amarillado claro, consistencia líquida, cantidad aproximada de 900 ml al día, sin olor, aumenta al ingerir líquidos, atribuye a causas naturales. La última orina del paciente fue a las 15:00 h

Sistema Musculo Esquelético: mialgia. Sistema Nervioso: no refiere enfermedad



## Examen Físico

PA: 130/80 mmHg FC: 86 lpm Temperatura: 36  
IMC: 28 Kg/m<sup>2</sup> FR: 16 cpm

### Aspecto General

conciente, alerta, orientada, edad aparente con la cronológica  
sobrepeso, cooperadora, abdomen globoso a expensas de tejido adiposo  
y útero en involución, consolidación del vello ginecoide, con color más  
claro que el resto del cuerpo, se observa una cicatriz queloide en  
línea media de aproximadamente 10 cm de largo por 4 cm de ancho, a  
causa de las cesáreas. A la auscultación con ruidos peristálticos presentes  
en el número de 9 por minuto. Con reflejo cutáneo abdominal presente, sin hiper-  
estesia ni hiperalgesia, a la percusión no presenta dolor. Resistencias cruzadas  
normales. A la palpación se encuentra útero palpable encima del pubis.  
Sin datos de dolor peritoneal, puntos dolorosos negativos, maniobras externas  
para mostrar, riñón, hígado negativos. Exploración de genitales: hiperpigmenta-  
ción de la zona vulvar, labios mayores asimétricos por aumento de volumen  
de labio mayor derecho, se observa un hematoma de color morado, con  
3 cm de largo y 1 cm de ancho, de forma oval. Con sangrado transvaginal  
color rojo, consistencia líquida, en poca cantidad (40 ml), olor suavecito.  
Así como se observa sutura de episiorrafia en línea media. A la palpación  
el hematoma de color morado, con 3 cm de largo y 1 cm de ancho, de forma  
oval. Con sangrado transvaginal, color rojo, consistencia líquida, en poca  
cantidad (40 ml) olor suavecito. Así como se observa sutura de episiorrafia en línea  
media. la palpación el hematoma presenta bordes definidos, se encuentra consisten-  
cia blanda, sin movilidad, sobre planos superficiales sin dolor a la palpación.

### Exámenes de laboratorio

Biometría Hemática: leucocitos 11.22, neutrófilos 8.95%, eosinófilos 0.50%,  
basófilos 0.40%, monocitos 7.20%, eritrocitos 2.55 mm<sup>3</sup>, Hematocrito 23.93%,  
Hemoglobina 8.49 g/dl, plaquetas 227.42 mm<sup>3</sup>. Tiempos de coagulación: protombina  
11.3 seg / 109.0%, I.N.R 0.97, fibrinógeno 21.6 seg. Serología:  
VDRL no hay reactiva, Virus de inmunodeficiencia humana: no hay reactiva.  
Diagnóstico: embarazo 38 semanas duración sin complicaciones después del parto.



## Historia Clínica Adulto

<sup>Cat Molinos, Oaxaca</sup>  
Dirección: <sup>Financiera</sup> Financiera Losbo #109 Extranjería: <sup>6<sup>o</sup> p<sup>o</sup> p<sup>o</sup></sup> 6<sup>o</sup> p<sup>o</sup> p<sup>o</sup> Fecha Nacimiento: 08/09/1987 19  
Nombre: GVJL Sexo: Masculino Edad: 59  
Ocupación: Artesano Estado Civil: Casado Servicio: Consulta Externa  
Fecha: 21/11/18 Nacionalidad: Mexicana Religión: Católico

### Antecedentes Familiares

Abuelos maternos y paternos desconoce situación, tíos, abuelos maternos y paternos desconoce situación, Madre finada a los 45 años por insuficiencia renal. Padre vivo de 75 años aparentemente sano. Tíos maternos y paternos desconoce situación

Hermanos: 4, 1 alcoholico finado a los 28 años y 3 aparentemente sano

Hijos: 4, 1 hijo de 35 años tiroideo, con diagnóstico de hace 5 años con tratamiento y los 3 restantes aparentemente sano

Pareja Actual: viva de 50 años aparentemente sana

### Personales Patológicas

sin patologías inherentes en la infancia, etapa escolar y adolescencia, Actualmente padece de DM-2 de 4 meses de evolución, recibe tratamiento desde hace 2 meses, controlado actualmente, niega accidentes traumáticos, heridas, no refiere haber participado en trasplante transfusiones de sangre y derivados, ni haber tenido intoxicaciones, con alergias negadas

### Personales no Patológicas

Higienicos: baño corporal 1 vez al día, 7 días a la semana, realiza lavado de manos después de ir al baño y antes de comer, aseo bucal 1-3 veces al día, cuidado cabello shampoo, realización del corte de cabello cada mes, corte de uñas de manos y pies cada 20 días, no refiere depilación o rasado vello axilar, pubico, facial. Cuidado de piel con crema de con diario cambio de ropa interior 1 vez al día, ropa de cama cambia cada 20 días y la ropa de baño uso de lentes

Vivienda: casa rentada con paredes, techo concreto, piso cemento, 2 niveles, 1 baño 1 cocina gas lp, comedor, sala, 1 dormitorio, 3 personas sin hacinamiento y promiscuidad, servicios básicos agua, luz, electricidad, servicio de basureo, no refiere mascotas

Actividad: caminata 3 a 4 Km 7 veces a la semana, no actividad recreativa

Toxicomias: negativo Inmunización: incompleta (influenza)



Refiere NSA: 12 años, melab anticonceptivo: ninguno y No. de parejas: 1

## Padecimiento Actual

Px masculino, acude a valoración subsecuente sesión 2 en la consulta médica preventiva por parte del programa Diabéticos para chequeo regular y seguimiento y control de su padecimiento (DM2 detectado hace 2 meses) no describe sintoma alguno

## Aparatos y Sistemas

**Digestivo:** piezas dentales incompleta, no refiere xerostomía, en mastigación y deglución normal sin disfagia, odinofagia, aerofagia, eructos, rebordeamiento, reflujos, gurgureos, dolor epigástrico ni dispepsia, náusea, vómitos ni salivares, no flatulencias, no distensión abdominal, niega dolor y prurito anal, hematemesis, melanemesis, inflamación, diarrea, rectorragia no tenesmo rectal, esteatorrea, lenteria. Evacuaciones normales 2-3 veces por semana color café-oscuro, no refiere ictericia, coluria acolia, ni colico biliar.

**Respiratorio:** no refiere rinitis, epistaxis, hipoxemia, anemia, congestión, obstrucción de las vías respiratorias, tos, esputo, hemoptisis, disnea, apnea, sibilancias, pleuresia, ruidos de tórax, cianosis, rinolalia, niega anomalías en la FR

**Circulatorio:** no presencia de edema, palpitaciones, cianosis reciente o actual, síncope, hipotimia, acúfenos, fatiga, dolor precordial o retroesternal, ortopnea, intolerancia al ejercicio, disnea paroxística nocturna, ortostasis, claudicación ni calambres

**Urinario:** frecuencia y cantidad normal, color amarillo, claro e inodoro, no refiere dolor en flanco, poliuria, nocturia, disuria, poliuria, urgencia urinaria, enuresis, anemia u oliguria, tenesmo vesical, prurito vesical, hematuria, piuria, estenuria, pneumaturia, incontinencia urinaria, coluria, dolor menorretal

**Hemático, linfático:** no refiere fatiga, ni intolerancia al ejercicio, ni inestabilidad, palidez glauca, estomatitis, glicemia angular, ictericia. Niega prurito de pica ni esclerosis azules, hemorragias o petequias ni adenomegalias, se niega síndrome de Raynaud

**Endocrino:** no presencia polifagia, polidipsia, poliuria, no refiere letargia, bradialia, nervosismo, intolerancia al frío o calor, alopecia ni hiperhidrosis, no refiere cambios en el volumen de la piel, o algún cambio en los caracteres sexuales secundarios (pecho, pelo, timbre de voz, distribución grasa, masa muscular) refiere sequedad de la piel y disminución gradual de peso



**Endocrino:** no refiere presencia polifagia, polidipsia, no refiere letargia, braditardia, neuovismo, intolerancia al frío o calor, alopecia ni hiperhidrosis.

**S. Nervioso:** no refiere pérdida de conciencia, síncope, desmayo, convulsiones, mareos, vértigo, confusión, comportamiento anormal, no refiere plejías, parosías, niega anorexia y comportamiento anormal. Refiere lenguaje coherente, buena memoria, equilibrio y ciclo vigilia-sueño sin alteraciones esfínteres sin anomalías en su función y sin claudicación en la marcha.

**MusculoEsquelético:** no refiere dolor oseo, de espalda o cuello ni presencia de masas, anomalías, artalgias, rigidez, hinchazón, dolor ni aumento de temperatura movimientos normales sin calambres, ni debilidad o pérdida de la fuerza muscular. Refiere deformidad en articulación metatarso falangica de primer dedo derecho.

**Piel, mucosas y Anexos:** sin referencia de diaforesis, anhidrosis, hiperhidrosis, lesiones, fotosensibilidad, prurito, manchas, hiper/hipo (queratosis), crustas, ictericia (anorexia), ni lesiones elementales primarias o secundarias de la piel. Refiere pérdida de la hidratación en piel, engrosamiento leve de uñas de los pies, cambio de coloración en uñas de los pies y piel de los mismos, refiere hiperemia en conjuntiva izquierda secundaria al uso de jabón corporal.

**Síntomas Generales:** se niega presencia de anorexia, sin referencia de aumento de temperatura reciente, no refiere astenia ni adinamia.

## Exploración física

Peso real: 58,900 Kg    Peso Ideal: 56 Kg    Estatura: 1,56 m    F.C.: 62 lpm

T.A.: 110/60 mmHg    Temperatura: 36,4 °C    F.R.: 17 vpm

**Inspección General:** IMC: 23,9 normal, superficie corporal (Mullester) 1,59 m<sup>2</sup>, circunferencia abdominal 82 cm.

**Inspección:** paciente de género masculino, estado de conciencia alerta, orientado en persona, tiempo y espacio, tipología mesomorfo, de constitución medianamente porte, sin facies características y marcha normal. Sin movimientos anormales, el paciente coopera para su estudio, estado nutricional, sin peso ni manchas a la vista, estado de acuerdo a su sexo y edad, sin dextros características.

**Cabeza y Cuello:** Inspección: cráneo normocéfalo de acuerdo al índice craneofacial



central, sin anomalías en la forma o tamaño simétrico, con cabello de implantación normal de color negro, de tipo liso, de longitud corta, escaso, con alopecia de tipo androgenica y según a escala de Hamilton-Norwood, delgado de aspecto limpio y seco, sin alteraciones.

Palpación: no se observan ni exostosis ni enostosis, ganglios cervicales no palpables.

Percepción: sin presencia de dolor musculares, con latido arterial temporal presente y normal.

Cara: Inspección: frente forma semicircular, cóncava, simétrica, de tamaño normal con arcos supraorbitales y glabella de tamaño normales con eminencia frontal sin datos de crecimiento, de tamaño normal con arcos supraorbitales y glabella de tamaño normales, con eminencia frontal sin datos de crecimiento, de tamaño normal, con coloración que corresponde al resto del cuerpo, con líneas de expresión en la parte frontal, periocular y peribucal, sin anomalías en la piel con movimientos normales; arruga la frente y frunce el ceño. Sin anomalías en prominencias frontales, sutura anatomica en glabella, cejas bilaterales, simétricas, con forma recta, de tamaño en relación a los arcos supraorbitales, con afinidad por las cejas, coloración igual al cabello, párpados superiores bilaterales y simétricos con dirección horizontal, con forma de media luna, de tamaño y volumen adecuado. Con pestañas y batis palpebrales bilaterales y simétricos, pestañas bien implantadas, de longitud corta, de cantidad normal. Párpados inferiores bilaterales y simétricos, forma de media luna, tamaño y volumen adecuado, coloración correspondiente a la piel. Sin conjuntiva de coloración hiperémica en ojo izquierdo, esclerótica de color blanquecino, córnea cóncava, color transparente sin anomalías, iris de coloración café oscura, pupila diámetro normal, isocóncava, con presencia del arco senil, con agudeza visual de 20/30 evaluada por carta Snell, campo visual temporal de 80°, nasal 60°, superior 50°, inferior de 70° en ojo derecho e izquierdo, fondo de ojo no evaluado. Se observan: reflejo palpebral, reflejo de amenaza, reflejo luminoso fotométrico, reflejo consensual nudo motor, reflejo de acomodación presente. Orejas bilaterales, simétricas, pabellón auricular de forma ovalada, de tamaño aproximado 4 cm, sin inflamación, de color correspondiente al resto del cuerpo, de superficie anfractuosa sin anomalías, conducto auditivo externo permeable sin cuerpos extraños, cilíndrico con dimensiones adecuadas, epitelio delgado, coloración rosacea con vellos y cantidades variables de secreción sebacea y cerumen, sin anomalías en su superficie superior, inferior y lateral. Membrana timpánica se observa membrana timpánica ovalada con eje vertical, color aperitado, pérdida del reflejo luminoso triangular con base en la periferia, superficie cóncava labrada, extremo mango del martillo central visible. Nariz simétrica, recta, tamaño y volumen regular, color al resto del cuerpo,



Sin anomalías, fono nasal mesorinal, con cavidad permeable, humedad, se observa pared interna de tamaño y volumen regular, color rosado, sin alteraciones en la superficie pared lateral, posterior, anterior de tamaño y volumen regular, color rosado, sin alteraciones de la superficie. Labios forma almendrada, grosor regular, coloración rosada, buena hidratación, sin anomalías y movimientos. Mucosa oral de color rosado, con buena hidratación, carrillos, surco gingival con buena hidratación, con frenillo labial superior e inferior de tamaño adecuado, encías sin inflamación de color rosado, humedad, dientes incompletos, adoncia parcial, tamaño regular, de color amarillentos de superficie desgastada, sin presencia de protesis de implantación normal, paladar blando y duro con forma de arco romano, coloración rosada con hendidura en el paladar duro sin alteraciones en la superficie, uvula simétrica, volumen adecuado, piso de la boca sin anomalías, amígdalas simétricas de tamaño y volumen adecuados de superficie lisa, sin anomalías, lengua forma oval, tamaño regular, color rosado, con buena humedad, lisa, movimientos de retracción, protrusión, elevación y depresión normales sin anomalías.

**Palpación:** latido anterior al presente, percusión cartilaginosa desplazable, sin presencia de dolor al tacto, nervio maxilar, mandibular y rama oftálmica de trigémino sin respuesta dolorosa al aumento de presión, senos paranasales y maxilares sin presencia de dolor a la percusión.

**Cuello:** inspección: forma cilíndrica, tamaño y volumen regular, coloración al resto del cuerpo, sin anomalías con movimiento de flexión, extensión, circunducción, rotación, lateralización, tráquea con movimiento de deglución y fonación observable.

**Palpación:** pulsos carotídeos, axilares, subclavios, yugulares externas e internas presentes, se palpa cartilago tiroideo, cricoideo, anillos traqueales sin anomalías, linfa temporal y desplazable con presencia del craque linfático e de palpación ganglios submandibulares, retrofaríngeos, occipitales, paratraqueales, ganglios de la cadena cervical, retroauricular, cervicales anteriores y posteriores supraclaviculares, ganglios de la axiladura lateral sin anomalías, tiroideo sin anomalías, axilares, sin respuesta dolorosa a la presión.

**Percusión:** fono supraclaviculares y axilares sin sonido de claro pulmonar columna cervical sin respuesta dolorosa a la percusión.



**Ascultación:** deflución audible, soplo torácico presente a la inspiración  
Fonación audible, pilos torácicos audible, cervicales sincronizado en  
respuesta a la flexión del cuello

**Tórax:** Inspección: se encuentra tórax normolineo, de tamaño y  
volumen regulares en ambos <sup>hemit</sup>tórax, de color correspondiente al resto del cuerpo,  
sin anomalías. Con respiración torácica (con movimientos de amplexión y  
amplexación normales. Paciente eufónico, de frecuencia regular. Palpación:  
temperatura normal, sin presencia de dolor o hiperalgesia a la palpación. Movimiento  
de Amplexión normales. Amplexación superior media en inferior normales. Elasticidad  
conservada, murmullo vesicular, supraescapular, interescapulo vertebral, subescapular, frontal normal  
en ambos hemitórax. vibraciones vocales normales en ambos hemitórax. Percusión: focos  
supraclaviculares con sonido claro pulmonar, con matidez cardiaca presente, área semilunar  
de trauco presente (estomago, timpánica), matidez y submatidez hepática presente, área  
supraescapular, interescapulo vertebral, subescapular con sonido claro pulmonar.

**Ascultación:** murmullo vesicular (supraescapular, interescapulo vertebral, subescapular, frontal)  
normal en ambos hemitórax. Sin ruidos anormales, auscultación cardiaca con técnica  
en X: foco pulmonar, aórtico, tricuspidal, mitral y aórtico de la aorta normal, sin reforza-  
miento con frecuencia normal.

**Abdomen:** Inspección: abdomen globoso por tejido adiposo, de coloración correspondiente  
al resto del cuerpo, con cicatriz umbilical sin alteraciones con presencia de la línea alba  
Palpación: reflejos abdominales superiores, medios, inferiores presentes: sensibilidad  
conata, estomago, hígado, vesícula, bazo (ubicados en región abdominal de tamaño normal  
con bordes bien definidos. Páncreas) con área pericáptica duodenal calcificación intacta, sin anoma-  
lías. Riñón de tamaño adecuado, de bordes bien definidos, sin presencia de dolor en puntos  
renouretrales, costoverbrales y costalumbares en parte dorsal, signo de guardana negativo  
intestinal sin anomalías del marco calico. Percusión: sonidos normales (matidez hepática  
+ timpanismo de intestinos, matidez en órganos). Ascultación: peristalsis presente

**Extremidades:** Inspección: extremidades superiores e inferiores simétricas  
con movimientos normales, sin presencia de cuareosis, piel de color igual al resto del cuerpo  
con falta de hidratación.

**Pies:** con manchas hipocromicas, sin presencia de edema, con presencia de deformidad



en articulación metatarsal falangica en primerortejo del pie derecho, coloracion o parea de las uñas) - Presencia de cicatriz en dorso de pie derecho de 5mm de longitud aproximadamente. Palpacion: sin presencia de edema (signo Godette negativo) piel con falta de humedad, con buen tono muscular, pulsos tibiales y dorsales pedios presentes, hiperqueratosis en zonas de apoyo de los pies.

Exploracion rectal: difondo

Resultados previos, actuales de estudios de gabinete y otros:

Laboratoriales efectuados el 17 de octubre de 2018, refiere glucemia 117 mg/dl colesterol total 166 mg/dl, triglicéridos 173 mg/dl

Diagnostico o problema clinico

Diabetes mellitus tipo 2 controlada, conjuntivitis irritativa en ojo izquierdo

Hiperqueratosis de pies

Pronostico

Deformidad y exostosis de articulación metatarsal falangica del primerortejo en pie derecho, oncomicosis y oncauxis parcial

Mala para la salud y para la funcion a largo plazo

Indicacion Terapeutica

• dieta baja en carbohidratos en quinto y racionada, con base en el plato del buen comer

• uso de calzado comodo, evitar usar zapatos descubiertos

• revision de pies diariamente • Higiene bucodental 3 veces al dia

• ensayo a estomatologia y nutricion • metformina 1 tab VO cada 12h por 15 dias

• glibenclameda 1 tab VO cada 24 h • ASA 150 mg disueltas en agua

• Cuidarse de la exposicion al sol por mucho tiempo con gorras, lentes, etc

• gotas de hipromelosa o lagrimas artificiales, aplicar 2 gotas en el ojo afectado cuando sea necesario

• limar suavemente la hiperqueratosis de los pies y humectar, limar y cortar firmemente las uñas de los pies sin recortar las esquinas, lam de amoralfina al 5%. 1 vez por semana por 6 meses y cita en un mes