



Francisco Javier Pérez López

Karina Romero Solórzano

“Historias clínicas”

Materia: Medicina interna

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 5° semestre

Comitán de Domínguez Chiapas a 15 de febrero del 2022

Historia clínica pediátrica

HISTORIA CLÍNICA. (PEDIÁTRICA)

TIPO DE INTERROGATORIO: Indirecto.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: Ricarda del Jesús Pascual Notario EDAD: 14 años GÉNERO: masculino

ESTADO CIVIL: soltero

NACIONALIDAD: mexicana

LUGAR DE NACIMIENTO:

LUGAR DE RESIDENCIA:

ESCOLARIDAD: Segundo Grado de Secundario OCUPACION: estudiante.

Dirección: cristiano

GRUPO Y RH: O+

INFORMANTE (PARENTESCO): Madre

EDAD: 31 años.

"ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES"

ABUELO PATERNO: Muerto en accidente automovilístico.

ABUELA PATERNA: Viva, refiere desconocer si tiene alguna patología.

ABUELO MATERNO: Vivo, diagnóstico con diabetes, actualmente se encuentra con tratamiento.

ABUELA MATERNA: Fallecida, refiere desconocer si la finada tenía alguna patología.

PADRE: Vivo, refiere no conocer si tiene alguna patología.

MADRE: Viva, refiere no conocer si tiene alguna patología.

"ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS"

VIVIENDA: Habita en casa propia con techo de material, piso de mosaico, en el que habitan 5 personas, tiene 2 cuartos, un baño intradomiciliario, una cocina, también cuenta con los servicios básicos como: Luz, agua potable, gas, recolección de basura, Zoonosis negativa

HÁBITOS ALIMENTARIOS: Bovino = 2/7, Pescado = 2/7, Pollo = 5/7, Verduras = 7/7
cereales = 7/7, Lácteos = 7/7.

Refiere alimentación normal 4 veces al día, sin colaciones.

LIQUIDO: refiere ingerir 2 L diarios aproximadamente. Consumo de aguas naturales 25 fi ml aproximadamente diarios.

ACTIVIDAD FISICA: No realiza, ASEO DENTAL: 2 veces al día.

BAÑO: 1-2 veces diario, con cambio de ropa en cada baño.

INMUNIZACIONES: presenta cartilla de vacunación, cuenta con esquema de vacunación completo de acuerdo con su edad.

TOXICOMANÍAS: Preguntados y negados.

"ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS"

ENFERMEDADES PROPIAS DE LA INFANCIA: Varicela a los 2 años concluyendo el padecimiento sin complicaciones.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS Y TRAUMÁTICOS: preguntados y negados.

HOSPITALIZACIONES:

- fi 6-Julio - 2fi 15, Neumonía Adquirida en la Comunidad por 3 días.
- Abril - 2fi 16, diagnóstico: Neumonía Adquirida en la Comunidad
- 21-Julio - 2fi 16, protocolo pb fibrosis quística.
- Septiembre - 2fi 16, pb fibrosis quística.
- 22-fi 6 - 2fi 18, diagnóstico: bronconeumonía.

ANTECEDENTES ALÉRGICOS: al paracetamol

ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES: Preguntados y negados.

ANTECEDENTES LUÉTICOS: Preguntados y negados.

ANTECEDENTES FÍMICOS: Preguntados y negados.

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS: Preguntados y negados.

ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS: fibrosis quística de hace 3 años aproximadamente alfadomase, solución hipertónica y salbotamol una vez al día.

PADECIMIENTO ACTUAL

Paciente masculino de 14 años de edad, el cual es llevado por su madre a urgencias y posteriormente es referido a pediatría por presentar desde hace 5 días los, el inicio fue agudo, se presenta por la mañana y en la noche o cuando haya una disminución de la temperatura ambiental, con 3 días de evolución, ritmo en accesos de tipo productiva con expectoración de coloración amarillenta-verdosa, se agrava por los cambios de temperatura y se atenua al dormir y con la ingesta de medicamentos. Se acompaña con disnea en reposo, taquipnea, vómitos de 3 ocasiones, de contenido alimenticio con evolución de 3 días. También presento 5 evacuaciones diarreicas, el inicio fue agudo y se presentó cada 2 horas, con 2 días de evolución, de consistencia semilíquida y de color café verdoso, que se agravan al consumir alimentos y se atenua al hidratarse con electrolitos; se acompaña con malestar general y fiebre de 38.5°C. Refiere no automedicarse ni asistir a consulta médica. Actualmente está diagnosticado con fibrosis quística de hace 3 años, con tratamiento de alfadomasa, solución hipertónica y salbutamol 1 vez al día.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

PIEL Y TEGUMENTO: refiere no haber notado cambios en la coloración de la piel.

CABEZA: No refiere cefalea ni mareos.

• **OJOS:** Niega diplopia, prurito y oftalmopatías.

• **Oídos:** niega acúfenos, otalgia, vértigo, hipocúscio, hiperacúsia y prurito.

• **NARIZ Y SENOS PARANASALES:** niega rinoceo y epistaxis

• **BOCA:** Niega macroglosia, microglosia, aftas, caries, gingivorragia y aftosis

QUELLO: Refiere no tener masas, dolor, ni rigidez del cuello.

TÓRAX: Respiratorio: refiere disnea, tos productiva y presencia de neumonía recurrente desde el 2fi15, fibrosis pulmonar desde septiembre 2fi16 y diversas dificultades respiratorias.

Cardiovascular: Niega dolor precordial, bradicardia, taquicardia, síncope y niega cardiopatías.

GASTROINTESTINAL: refiere emesis de 3 ocasiones, así como evacuaciones diarreas de 3 ocasiones de 2 días de evolución

URINARIO: Niega alteraciones asociadas.

MUSCULO - ESQUELÉTICO: niega alteraciones asociadas.

NEUROLÓGICO: niega vértigo, mareo, parestesia, convulsiones, lícs nerviosos

"EXPLORACIÓN FÍSICA"

PRESIÓN ARTERIAL: 13 fi / 9 fi mmHg

Frecuencia cardíaca: 9 fi / pm

Frecuencia respiratoria: 23 ipm

Temperatura: 38.5 °C

Peso: 28 Kg

Talla: 1.55m

SaO₂: 88%

ASPECTOS GENERALES: paciente consciente, alerta, orientado en tiempo, espacio y persona, en posición decúbito supino, normolíneo, sin alteraciones esqueléticas, no cooperador al interrogatorio ya que al momento de realizar la anamnesis el paciente se encontraba inmuneizado. De apariencia caquéxica.

PIEL: a la inspección se observa tono de piel moreno, sin lesiones aparentes; a la palpación no se encontraron lesiones o masas, tegumentos hidratados con llenado capilar < 3s.

CABEZA: a la inspección se encuentra normocefalo, simétrico, sin lesiones en la piel. A la palpación se confirma la inexistencia de lesiones. No presenta alopecia, cabello ligeramente grueso, con buena implantación y distribución.

CARA: es simétrica, redondeado, sin masas palpables. Cegras a la inspección y palpación, con buena distribución e implantación. Párpados con buena amplitud de fisura palpebral. Buena calidad de cierre y apertura de ambos ojos, conjuntiva de buen color, esclerótica de color blanco, las pupilas se encuentran isocóncas; Test de agudeza visual no realizada con carta de Snells pues no se disponía de esta. Boca a la inspección externa se observa labios simétricos colores rosa oscuro, resecos, comisuras labiales sin desviaciones, no hay presencia de caries, piezas dentales completas.

CUELLO: a la inspección se encuentra cilíndrico, con tráquea central desplazable, sin lesiones de conducción en la ventilación. A la palpación no se encuentran adenomegalias.

TÓRAX: ANTERIOR: a la inspección es eumórfico, sin deformidades, simétrico, sin cicatrices ni lesiones. No se palpa cadena ganglionar axilar

POSTERIOR: a la inspección se observa movimientos respiratorios aumentados, simétrico, sin deformaciones, sin lesiones ni cicatrices. A la percusión revela timpanismo generalizado. A la auscultación con presencia de crepitantes bilaterales.

Abdomen: a la inspección se encuentra simétrico, plano y blando por peristaltismo normal. A la palpación sin presencia de dolor.

Extremidades: simétricas e íntegras, sin datos de edema presente, con pulso periféricos presentes, llenado capilar $< 3s$. Miembros Superiores con escala de Daniel's 3/5 y los miembros inferiores con escala 4/5.

SISTEMA NEUROLÓGICO: Sin alteraciones, conscientes, alerta, orientado en tiempo, espacio y persona.

EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE.

No presento estudios actuales.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA.

- Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC)
- Fibrosis quística diagnosticada hace 2 años.

TRATAMIENTO

No FARMACOLÓGICO:

- Merece hospitalización
- Verificar la saturación de oxígeno, temperatura.

FARMACOLÓGICO:

- Solución fisiológica fi. 9%. 2 ml 24 horas
- Ranitidina 3fi via intravenosa c/12 horas
- Melamizol 28 fi mg via intravenosa c/6 horas
- Ceftriaxima 1g via intravenosa c/8 horas
- Ampicilina 15 a 20 mg/Kg/día intravenosa
4 dosis por 1 a 14 días.
- Adrosoner vancomicina 4 mg/Kg/día 6-8h.
- Alfadomasa via inhalatoria 2.5 mg
- Salbutamol 1ml + 2ml de solución fisiológica.
- Concentrado de NA 17.7%. 1ml de
Solución salina cada 24 horas.

PLAN DE SEGUIMIENTO

- Derivación a pediatría.
- Realizar determinaciones séricas
basales de sodio, potasio, urea
y creatinina.
- Realizar biometría hemática
- Se valorará su egreso
dependiendo resultado de
laboratorio y respuesta al
tratamiento.

Historia clínica de adulto

"HISTORIA CLINICA"

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: Apolinar Enrique Fonseca Pabón EDAD: 51 años
SEXO: Masculino RAZA: Mestizo
ESTADO CIVIL: Casado RELIGIÓN: Católica DIRECCIÓN: Calle 15 No 28A
OCUPACIÓN: Celador ESCOLARIDAD: Básico Primaria (2do grado).
FUENTE DE INFORMACIÓN: Paciente FECHA Y HORA: 10 de agosto de 2012

MOTIVO DE CONSULTA.

Dolor en el pecho.

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente que consulta por cuadro clínico de aproximadamente 2 meses de evolución caracterizado por dolor tipo punzante localizado en región precordial de aparición insidiosa, intensidad 7/10, no irradiado, que se exacerba con los esfuerzos y que no se acentúa con posiciones ni medicamentos. Ocasionalmente, acompañado de exodibrosis y náuseas; motivo por el cual fue llevado al Hospital Juan Dominguez, y de allí fue remitido a la clínica Reina Catalina para estudio y manejo por medicina interna, donde días después es sometido a cirugía de revascularización miocárdica por enfermedad de dos vasos. Actualmente, se encuentra recibiendo tratamiento, para el dolor precordial que ha persistido aún después de la cirugía, con las mismas características del inicial, pero con menor intensidad. (5/10).

ANTECEDENTES PERSONALES.

- PATOLÓGICOS:

* PRENATALES: No recuerda

* INFANCIA: Sarampión (8 años).

* PERINATALES: No recuerda

* Postnatales: ninguno de importancia.

ADULTO: Hipertensión arterial (Hace 4 meses); Síndrome Coronario agudo tipo angina inestable (Hace 2 meses), manejada con angioplastia más stent); IAM (Hace 1 año). Niega Diabetes mellitus, Hipertiroidismo, hipotiroidismo, artritis, cinosis, asma, entre otras.

- QUIRÚRGICOS: Angioplastia con stent (en dos ocasiones: hace 1 año y hace 2 meses aproximadamente). Cirugía de revascularización cardíaca (09 de agosto) de 2012.

- Hospitalizaciones: 4 veces, por Síndrome Coronario Agudo

TRANSMISIONES: Niega

TRANSFUSIONES: 9 de agosto de 2012

INMUNIZACIÓN: Esquema de vacunación incompleto, vacunado contra la fiebre amarilla.

Alérgicos: Niega

Medicamentos: Enalapril 5mg, NSA 100mg, Lisinaprilina 20 mg, Clopidogrel 75mg, Carvedilol 6.25mg, Aneprazol 20mg, Enoxaparina 60mg, Amoxicilina 1000mg, Alprazolam.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.

Padre (vive) hipertenso (Hace 20 años) y con hiperplasia prostática.

Madre (vive) hipertensa (Hace 4 años) y con enfermedad de Parkinson.

ANTECEDENTES PSICOSOCIALES.

HABITOS: Alimentación. Refiere alta ingesta de lípidos y alimentos salados, hasta hace 2 años aproximadamente; actualmente comenta seguir una dieta baja en grasa, harinas y sal.

Cigarrillo: Fumó desde los 12 años de edad aproximadamente 2 paquetes diarios, hasta hace 4 años.

A' Alcohol: Ocasionalmente desde los 14 años.

ESTILO DE VIDA: Le agrada ver televisión y debatir con sus familiares.

VIVIENDA: Favocable, habita en una casa de cemento, con 2 habitaciones, 1 leño, sala, comedor, cocina y patio. Cuenta con servicios públicos de agua, luz, gas y alcantarillado, posee mascotas como pájaros y un perro; refiere arroyos y bosques cerca de la vivienda.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

SINTOMAS GENERALES: Refiere cansancio, hace aproximadamente 15 días e insomnio de conciliación, hace 4 días aproximadamente. Niega debilidad generalizada, astenia, adinamia, fiebre, pérdida de peso y apetito, escalofríos e insomnio.

PIEL Y FANERAS: Refiere cicatrices a nivel torácico y en el muslo derecho, secundario a by-pass coronario. Niega patología mucocutánea generalizada, lesiones primarias o secundarias de la piel, como eritema, pelequias, equimosis, foliculitis, psoriasis, escanías, ranchos, vesículas, ampollas, liquenificación.

SISTEMA NEUROSENSORIAL:

OJOS: refiere disminución de la agudeza visual para visión cercana.

Niega diplopía, prurito, lagrimeo, dolor, xerofthalmia, epifora, anisocoria.

OÍDOS: refiere escuchar bien los sonidos de alta y baja intensidad.

Niega paracusia, hipacusia, otorrea, otinagia.

NARIZ: refiere gozar de una buena agudeza olfatoria. Niega epistaxis, rinorrea, rinorrea, dolor, estornudos, prurito nasal, obstrucción nasal.

BOCA: Niega xerostomía, trismus, macroglosia, microglosia, glosodinia, lengua sabonosa, aftas, caries, queratitis.

SISTEMA CARDIOVASCULAR: refiere dolor precordial, descrito en enfermedad actual.

SISTEMA RESPIRATORIO: Refiere tos seca, ocasional, de predominio nocturno.

SISTEMA GASTROINTESTINAL: Niega anorexia, distensión abdominal, pruritis, vómito, náuseas, diarrea, tenesmo, prurito anal, nódulos perianales.

EXPLORACIÓN FÍSICA

DESCRIPCIÓN GENERAL: Paciente consciente, alerta, orientado en tiempo, espacio y persona, cuya edad aparente concuerda con la edad cronológica; en posición decúbito dorsal, biotipo constitucional normolíneo, sin alteraciones en el estado muscular nutricional y esquelético, con lenguaje coherente y fluido, fascie compuesta, boca limpia y fresca, sin emisión de olores desagradables y con presencia de venoclisis en antebrazo derecho.

SIGNOS VITALES

TA: 120/80 mm Hg Pulso RADIAL: Derecha: 80 p/min, izquierda: 76 p/min
Las paredes arteriales tienen un aspecto anatómico suave, depresible y elásticas a la palpación, las frecuencias de los pulsos se encuentran dentro de los rangos normales, rítmicos y sincrónicos, de tono blando y amplitud normal. Todos los pulsos estudiados fueron tomados con el paciente en posición decúbito dorsal.

FR: 20 resp/min

T°: 37°C

FC: 85 lpm

Talla: 1.60mts

Peso: 65 Kg

IMC: 25.39

PIEL Y FANERAS: A la inspección, piel de color morena, hidratada, se notan líneas de acentuación facial. Se aprecian lesiones cutáneas tales como máculas hipopigmentadas en piel del rostro; foliculosis laxas, hiperacrómico a nivel de la región superior del tórax, en número de nueve y atrofia fisiológica de la piel con pérdida de la

humectación normal.

CABEZA Y CUELLO: A la inspección se observa normocéfala, simétrica, sin lesiones en piel y cuero cabelludo, cabello opaco y abundante, con roncicie y sin signos de alopecia. A la inspección del cuello, se observa simétrica, forma cilíndrica, sin lesiones primarias ni secundarias de la piel, ni abombamientos, hundimientos, nodulaciones. Se evidencia ingurgitación yugular del lado izquierdo. A la auscultación del cuello se aprecian soplo laríngeo traqueal y bronquico normales.

BOCA: A la inspección externa se observan labios con signos de xerostomía y palidez, comisuras labiales sin desviaciones, ausencia de trahismo, queratitis, sialorrea. Internamente, encías no congestivas y lengua lisa en región dorsal.

SEÑOS Y SÍNTOMAS

- Dolor precordial
- Edema de miembros inferiores grado II
- Cansancio
- Ingurgitación Yugular
- Alteración en visión cercana
- Insomnio.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA.

- Cardiopatía hipertensiva.
- Síndrome coronario agudo, tipo angina inestable con infradesnivel ST.
- Infarto agudo del Miocardio, clase funcional II
- Ligera insuficiencia valvular mitral y aórtica.

MANEJO.

- Dieta hiposódica blanda < de Agt de NaCl
- Enalapril Tab. 5mg → 1 tab/día.
- ASA Tab. 100mg. 1 tab/día.
- Clopidogrel Tab. 75mg. 1 tab/día
- Carvedilol Tab. 6.25mg 1 tab/12 horas
- Levastatina Tab 20mg → 1 tab/ en la noche.
- Enoxaparina Amp. 60mg. sc → 1 diaria
- Amlodipino Tab 10mg 1 tab/día
- Alprazolam Tab 0.5mg 1 tab/ en la noche.
- Omeprazol Cap. 20mg. 1 cap/día en ayuno.
- Control de signos vitales.

Historia clínica ginecológica

HISTORIA CLINICA

Fecha: 14/11/2014

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: Beatriz Baraza Doña EDAD: 55 años
SEXO: Femenino OCUPACIÓN: Ama de casa
FECHA DE NACIMIENTO: 07/02/1959 ESTADO CIVIL: Casada
NACIONALIDAD: Argentina GRADO DE ESTUDIO: Primaria incompleta
DIRECCIÓN: Merlo

MOTIVO DE CONSULTA

Dolor abdominal, vómitos y náuseas.

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente, sexo femenino de 55 años de edad, con antecedentes de HAS, desde 2012, tratada con Enalapril 10 mg/día sin dieta dash, ingreso el 04/11/2014 a la 19:00 pm por un dolor en abdomen de inicio súbito, carácter cólico, intensidad 10/10, se irradia en forma hemicéntula, que no cede al uso de antiespasmódicos (Buscapina) automedicada en casa, donde el dolor se agrava por ingesta de alimentos grasos, y alivia en posición decúbito lateral. Presentó síntomas acompañantes como vómitos y náuseas. Juntamente con familiares, en la guardia, realizó estudios de laboratorio, Rayos-X, ECG y ecografía abdominal.

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES ACTUALES:

Paciente relata que hace 6 meses, comenzó una molestia en el abdomen, de tipo cólico, de menor intensidad (4/10), sin irradiación, que duró algunas horas, no se acompañó de vómitos y náuseas. La paciente relató haber tomado antiespasmódico (Buscapina) que con el cual cedió el dolor.

ANTECEDENTES PERSONALES

HÁBITOS TÓXICOS: Niega Alcohol, Tabaco, Drogas, Infusiones.

HÁBITOS FISIOLÓGICOS:

Alimentación: Realiza 3 refeições durante el día, en las cuales consume alimentos sin restricciones.

DIURESIS: Normal, poco oscura, no despierta por la noche para orinar.

CATARSIS: Normal

SUEÑO: Normal

SEXUALIDAD: Casada y 2 hijos

OTROS: Su periodo de lactancia con los 2 hijos fue mayor de 1 año.

ENF. DE LA INFANCIA: Sin antecedentes.

ENFERMEDADES:

CV: Paciente diagnosticada con hipertensión arterial hace 2 años, tratada con Enalapril 10 mg/día sin dieta dash, donde realiza acompañamiento audiológico periódicamente.

GINECOLÓGICOS

E: 3 P: 2 C: 0 A: 1

MAC: Uso por 4 años, por reacciones adversas del medicamento dejó el mismo

FUM: No recuerda

MEMARCA: Fue a los 13 años, eumenorreica, tenía un ritmo de 28-30 días la menstruación duraba cerca de 5-7 días.

MENOPAUSIA: a los 45 años.

QUIRÚRGICOS: 1 procedimiento quirúrgico: Cirugía uterina debido a un aborto.

ALERGICOS: Paciente relata tener alergia a plantas.

SOCIOECONÓMICOS

Habita en una casa propia que posee piso, muro y losa de concreto, con buena ventilación e iluminación, cuenta con sala-comedor, 1 baño completo, 2 dormitorios y 1 cocina. Vive con su marido y 2 hijos.

Tiene regulares condiciones de higiene, cuenta con servicios básicos: agua con tratamiento adecuado y luz eléctrica.

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA: 14.9 mm/Hg FC: 70 lat/min FR: 18 ipm T: 36.5°C

IMPRESIÓN GENERAL: Buen estado general.

CONSTITUCIÓN: Longilíneo

FACIES: Normal

MARCHA: Normal

PIEL Y UÑAS: Piel color blanca, bien perfundida, hidratada, tiene una turgencia elástica y rápidamente vuelve a su forma original, cuando se presiona entre pulgar y el índice. No presenta cambios de coloración de la piel, pigmentación, borbollos, prurito, alteraciones y lesiones en las uñas. Presenta 3 cicatrices longitudinales en el abdomen secundarias a las cirugías intestinales según el paciente hace 10 años. A la palpación piel normotérmica de textura gruesa con sensibilidad táctil y térmica. Mucosas se observan normales.

Uñas: conservadas. Pelo esponjoso, de color rubio (teñido), mala higiene, pigmentación normal, larga, gruesa, buena implantación y de distribución normal de acuerdo con su edad, sexo, raza. Tiempo de llenado capilar menor que 3 segundos y no se observan lesiones.

CABEZA

Cráneo y cara: Normocefalo, tamaño normal, simétrica, sin lesiones ni cicatrices en piel y cuero cabelludo. Facies compuestas.

cuero cabelludo. Poco hidratado, sin lesiones ni cicatrices, con seborrea, sin presencia de zonas alopecicas, no presenta pediculosis, ni ectoparasitos.

CUELLO: Inspección: cuello cilíndrico, simétrico, alargado, sin lesiones dérmicas
hinchamientos, nodulaciones, tráquea central.

PALPACIÓN: No se palpa ganglios. Tráquea y cartílagos laríngeos palpables y sin dolor a la palpación, desplazable. Presenta buena fuerza muscular. Tiroides no palpable.

ABDOMEN, Palpación: nada anormal, paciente presenta reacciones de defensa dolor y signo de irritación peritoneal, Blumberg (+), punto de Boiney (+), no presenta hipertesia, reflejos abdominales presentes y de buen tono, no hay presencia de masas ni hernias o masas. Hígado palpable, bazo no palpable. No se palpa riñones.

DIAGNOSTICOS SINDROMATICOS

Pancreatitis aguda:

- Dolor abdominal que se irradia en forma de cinturón en la espalda.
- Trastorno digestivo (Náuseas, Vómitos).
- Dolor a la palpación en epigastrio e hipocostia, signo de Grey-Turner.
- Hepatomegalia.
- Pérdida de peso
- Diarrea con presencia de grasa y heces en color arcilla.
- Fiebre y Sudoración.
- Hinchura abdominal por gases.
- Leve coloración amarillenta de la piel y la esclerótica de los ojos
- Erucción o úlceras cutáneas.
- Algunos casos derrame pleural.