



Nombre del Alumno: Mario de Jesús Santos Herrera

Parcial: tercero

Nombre de la Materia: medicina interna

Nombre del profesor: Manuel Eduardo López Gómez

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

Semestre: quinto

24 de noviembre de 2022

DIARREAS:

Caso I

Antecedentes personales.

Datos clínicos: Arritmia cardiaca por fibrilación auricular (AC x FA), ICTUS isquémico, demencia tipo alzhéimer, parkinsonismo vascular. Intervención: catarata.

Medicación actual: omeprazol 20 mg 1 comprimido/día, paracetamol 650 mg 1/8 horas, altina 1 mg/ 24 horas, atorvastatina davur 40 mg 1 comprimido/ día, madopar 250/50 mg 3 comprimidos/ día, trazodona 100 mg 1 comprimido/ 24 horas, foli-doce 1 comprimidos/24 horas, eliquis 5 mg 2 comprimido/ día, tamsulosina 0,4 mg 1 comprimidos/24 horas.

Alergias: sin alergias medicamentosas conocidas hasta la fecha.

Enfermedad actual.

Varón 83 años, dependiente para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), con nivel cognitivo aceptable, con antecedentes de ictus isquémico de arteria cerebral media izquierda de origen cardioembólico en contexto de FA (fibrilación auricular) en mayo de 2020. Es remitido por atención primaria por disnea de inicio esta misma tarde tras la ingesta. No atragantamiento según el familiar. No vómitos. No presenta tos ni expectoración. No sudoración, ni cuadro vegetativo. No fiebre ni sensación distérmica. Asocia dificultad para ingesta de líquidos, sin disfagia para sólidos.

Exploración física.

TA: 129/71 mmHg. FC: 77 l.p.m Temperatura: 36°C. Saturación de oxígeno: 97% con gafas nasales a 2 litros. Consciente y parcialmente orientado, normohidratado, normocoloreado, eupneico en reposo, mínima disnea conversacional. Auscultación pulmonar: mínimos crepitantes bibasales con roncus aislados. Auscultación cardíaca: rítmico sin soplos audibles. Auscultación de abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación, no se palpan masas, no globo vesical. No irritación peritoneal. Auscultación de extremidades inferiores: no edema, no signos de tromboembolismo venoso profundo.

Pruebas complementarias.

Bioquímica: glucosa 118 mg/dl, creatinina 0,85 mg/dl, AST 17 U/l, ALT 9 U/l, CPK 69 U/l, LDH 201 mg/dl, NA 137 meq/l, K 4.32 meq/l, PCR 18.8 mg/l, ferritina sérica 119 ng/ml.

Hemograma: Hg 13,1 g/dl, leucocitos $11.2 \times 9/l$, neutrófilos $9.8 \times 10 \times 9/l$, plaquetas 128.000. Coagulación: ATP 65%, TTPA 23, TP 16, fibrinógeno 1792. Sedimento urinario: sin alteraciones. Gasometría: ph 7.42, PO₂ 73, PCO₃ 40, COH₃ 26.1. Lactato basal 1.7 U/l. Radiografía de tórax: pequeño foco de opacidades alveolares intuidas en la base derecha. El seno costofrénico lateral izquierdo no resulta evidentemente evaluable. ECG: sinusal, EV frecuente, no alteración repolarización aguda, S1, S2, S3 eje normal.

Tratamiento recibido urgencias.

Inhaladores de salbutamol y atrovent dos inhalaciones cada uno con cámara espaciadora. Repetición a los 20 minutos.

Actocortina 250 mg diluido en 100 ml de suero fisiológico.

Furosemida 20 mg IV.

Impresión diagnóstica.

Neumonía adquirida en la comunidad.

Caso II

Acude a nuestra consulta un paciente varón, de 58 años, fumador, bebedor moderado, sin antecedentes personales de interés, refiriendo desde hace tres días sensación distérmica con escalofríos, expectoración purulenta y ocasionalmente hemoptoica y dolor en costado izquierdo de características pleuríticas. En la exploración el paciente está orientado, sudoroso, eupneico y con buen estado general y nutricional. Su temperatura es 38,2°C, tensión arterial 140/70, frecuencia cardíaca 100 lpm y saturación de oxígeno 93%. No se palpan adenopatías, la auscultación cardíaca es rítmica y no evidencia soplos y la auscultación pulmonar refleja una disminución del murmullo vesicular asociado a crepitantes en el hemitórax izquierdo. La exploración abdominal es normal y el paciente no presenta edemas en los miembros inferiores. Se solicita una radiografía de tórax (Figura 1), observándose una opacificación prácticamente total del lóbulo superior izquierdo

Se hace el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad y, ante la ausencia de criterios de gravedad (tabla 1), se inicia tratamiento antibiótico empírico ambulatorio con

amoxicilina/ácido clavulámico 2g/125mg cada 12 horas durante 10 días, asociándose acetilcisteína 600 mg/24 horas y paracetamol 1g/8h, siendo favorable la evolución clínica en las semanas siguientes.



Caso III

Masculino de 24 años de edad inicia hace 2 semanas con escalofríos, sudoración tos que evoluciona a tos productiva con esputo mucoso, leve disnea (mrc 1) , fatiga, cefalea y fiebre no cuantificada. Acude a medico similares el cual le indico Amoxicilina 1 gr 3 veces al día x 7 días, Paracetamol 500 mg cada 8 h por 5 días, le recomienda hidratación constante y reposo. Acude a urgencias por presentar disnea y tos, con esputo con estrías hemoptoicas. A la exploración física se encuentra disminución de la motilidad, aumento de las vibraciones vocales, se percute submatidez y ruidos respiratorios aumentados y estertores crepitantes. FR: 125 T: 39.5 FR: 26 TA: 100/60 Sat.O2: 92%

Refiere inconcluso el tratamiento previo y cambiarlas por otro medicamento que encontró en casa y “le recomendó su tía.” Se ingresa paciente a UCI, se inicia Sol salina 0.9% IV y se administra 30 gr de ketorolaco, 2g de ceftriaxona y omeprazol de 80 mg. Sé solicitan Rx de tórax PA y Lateral, BH, QS, Gasometría y cultivo de esputo. Además, VSG y PCR.

El paciente evoluciona a ortopnea, y satO₂: 85% Gasometría: pH: 7.30, pCO₂: 49, HCO₃:

36La QS y BH muestra

En el antibiograma mostro resistencia a: amoxicilina, claritromicina y azitromicina.

Se transfiere a piso el paciente para continuar tratamiento con: Ceftriaxona 1g cada 8 horas y levofloxacino

	Medidos	Valores normales
Hb	12	14-16 mg/dL
HTO	38	42-52%
VCM	80	83-100 f
CHCM	32	32-50 g/ dL
Reticulocitos	2.8	0.8-2.5
Leucocitos	15	4.5-11 x 10 ³
Plaquetas	100	150-400

	Medidos	Valores normales
Glucosa	100 mg/dL	80-100 mg/dL
Urea	12mg/dL	8-20
Creatinina	0.8 mg/dL	0.6-1.2 mg/dL
Ácido úrico	5mg/dL	2.5-8.5m g/dL

VSG y PCR se reportan elevadas