

**Universidad del Sureste**  
**Campus San Cristóbal de las Casas**  
**Licenciatura en Medicina Humana**

**Tema: Historias Clínicas.**  
Cetoacidosis, Hipoglucemia y Encefalopatía  
Hepática.

**Nombre del alumno: José Alberto**  
Cifuentes Cardona

**Grupo: "A" Grado: Séptimo semestre.**

**Materia: Clínicas Médicas.**

**Nombre del profesor: Dr. Darinel Navarro**  
Pineda.



# Historia Clínica General

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

**Nombre:** Carlos González García  
**Sexo:** Masculino **Edad:** 56 Años  
**Ocupación:** Profesor pensionado  
**Estado civil:** Casado **Religión:** católico  
**Dirección:** 3ª Av. Pte. sur #2, Barrio San pedro, Frontera Comalapa Chiapas  
**Nacionalidad:** Mexicano **Tipo de interrogatorio:** Directo  
**Responsable del paciente:** Carlos González Rodríguez (Hijo)

## ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

**Padre:** Fallecido a los 85 años de edad.  
Enfermedades que padece: DM2  
**Madre:** Viva  
Enfermedades que padece: Negadas  
**Hermanos:** ¿Cuántos? 6 Vivos 4  
Enfermedades que padecen: Hermanos mayores fallecidos de DM e IRC  
**Abuelos Paternos:** Fallecidos  
Enfermedades que padecen: Con antecedentes de DM2.  
**Abuelos Maternos:** Abuelo fallecido y abuela Viva.  
Enfermedades que padecen: Abuelo con antecedentes de DM

## ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

**Casa Habitación:** Propia Construida de materiales duraderos  
**Número de recamaras:** 5 recamaras habitables.  
**Número de habitantes:** 3 habitantes.  
**Servicios públicos:** Cuenta con servicios de: Agua, Drenaje y Luz eléctrica.  
**Zoonosis:** Positiva con presencia de animal canino en casa.  
**Alcohol:** Ocasional 1 vez por mes.  
**Tabaquismo:** Preguntado y negado  
**Toxicomanías:** Preguntadas y negadas.  
**Inmunizaciones:** Refiere hasta el día de hoy llevar completo el esquema de  
**ETS:** Negadas

## ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES.

**Cardiovasculares:** HPTA **Pulmonares:** Sin alteraciones  
**Digestivos:** Sin alteraciones **Diabetes:** desde hace 10 años aprox  
**Renales:** ER desde hace 5 meses **Quirúrgicos:** Sin alteraciones  
**Alérgicos:** Negados **Transfusiones:** Negados  
**Fracturas:** Negadas **Traumatismos:** Negados  
**Medicamentos:** Janumet, Losartan/Hidroclorotiazida, Insulina NPH,  
Furosemide y Espironolactona. Especifique: Por HPTA, DM2 y enfermedad renal

---

## PADECIMIENTO ACTUAL.

Paciente que ingresa al servicio de urgencias refiere una clínica con síntomas neurológicos, sin síntomas respiratorios o digestivos. En analítica, se observan, como datos a destacar paciente diaforético con glicemia elevada, acidosis metabólica, cetonuria y edemas con fóvea hasta la rodilla. Ante la clínica que presenta el paciente y los datos analíticos objetivados, se deriva a Observación para administrar tratamiento con insulino terapia y suero terapia para posterior ingreso hospitalario.

## INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

**RESPIRATORIO/CARDIOVASCULAR: NORMAL (SI) (NO) ESPECIFICAR:** paciente que refiere fatigarse a la hora de caminar.

**DIGESTIVO: NORMAL (SI) (NO) ESPECIFICAR:** Preguntadas y negadas

**ENDOCRINO Y METABÓLICO: NORMAL (SI) (NO) ESPECIFICAR:** Paciente diabético desde hace aproximadamente 10 años

**MUSCULO-ESQUELÉTICO: NORMAL (SI) (NO) ESPECIFICAR:** preguntados y negados.

**HEMATOLOGICO: NORMAL (SI) (NO) ESPECIFICAR:** preguntados y negados

**GENITO-URINARIO: NORMAL (SI) (NO) ESPECIFICAR:** paciente que refiere dolor y ardor al orinar desde hace aproximadamente 1 semana

**NERVIOSO: NORMAL (SI) (NO) ESPECIFICAR:** preguntados y negados.

**PIEL Y ANEXOS: NORMAL (SI) (NO) ESPECIFICAR:** Con ligera palidez en tegumentos, paciente que se encuentra diaforético con llenado capilar de no mas de 2 ++.

**ESFERA PSÍQUICA: NORMAL (SI) (NO) ESPECIFICAR:** paciente que se encuentra consciente aunque desorientado en tiempo y espacio con inquietud y cierto grado de irritabilidad

## EXPLORACIÓN CLÍNICA

### Signos Vitales.

T.A: 160/90Mm/Hg (brazo derecho)      T.A: (brazo izquierdo)165/90Mm/Hg  
F.C: 80Lx'      F.R: 24Lx'      Temp: 37 °C      Peso: 115 Kg      Talla: 175 cm

**HABITUS EXTERIOR:** paciente que se a la exploración física se encuentra con facie pálida, edema palpebral y de miembros inferiores .

**SISTEMA NERVIOSO:** sin alteraciones aparentes .

**MARCHA Y POSTURA:** paciente el cual se encuentra en cama no pudiendo deambular por si solo.

**CABEZA Y CUELLO:** Normo-céfalo, cuello cilíndrico con ingurgitación yugular, orejas bien implantadas al igual que cabello, ojos simétricos sin presencia de alteración, mucosa oral y narinas permeables hidratadas.

**TÓRAX:** Simétrico, costillas y esternón integro, a la Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, buena entrada de aire y sin ruidos patológicos. Auscultación cardiaca: rítmico, sin soplos, ruidos, extratonos ni roces.

**ABDOMEN:** Globoso por presencia de tejido adiposo blando, depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes, sin signos de irritación peritoneal y puño percusión renal negativa. Sin defensa abdominal, Murphy negativo, Blumberg negativo y Rovsing negativo.

**GENITALES:** Externos de acuerdo a edad y genero sin alteraciones aparentes.

**EXTREMIDADES:** Integras y funcionales de acuerdo a edad, con ROTS normales, paciente que Presenta edemas con fóvea hasta la rodilla

## RESULTADOS PREVIOS Y ACTUALES DE LABORATORIO, GABINETA Y OTROS

**ECG (electrocardiograma):** ritmo sinusal, PR normal, QRS estrecho. Sin signos de isquemia aguda ni alteraciones en la repolarización. Rx tórax: no cardiomegalia, patrón retículo nodular bilateral, no derrame pleural, no condensaciones, hilios normales y senos costofrénicos no pinzados. Analítica al ingreso:

- **Bioquímica:** glucosa 450 mg/dl, urea 65, creatinina 5.6.

- **Hemograma:** 7920 leucocitos (fórmula normal), Hb 15,6, Hto 47,2 % y plaquetas 272 000.
- GSV: pH 7,24, láctico 1,0 y bicarbonato 19,7.
- **Urianálisis:** densidad 1035, glucosa +4 y cuerpos cetónicos 150 mg/dl..

## **INDICACIONES TERAPEUTICAS Y RESULTADOS OBTENIDOS**

Para controlar la descompensación diabética se instaura la pauta prescrita de sueros (1000 ml de S. Fisiológico e insulina de acción rápida. Asimismo se instaura tratamiento diurético (furosemida) Antihipertensivo (metoprolol) y Cloruro de potasio mas bicarbonato con la finalidad de disminuir TA, y los edemas que presenta.

Pasado un periodo de 72 h, el paciente permanece tranquilo y colaborador, consciente y orientado en las tres esferas, habiéndose normalizado el cuadro hiperglucémico. Por otro lado comienza a mejorar la excreción urinaria, elevándose el volumen diurético, normalizándose el balance hídrico, aunque la función renal permanece alterada (BUN y creatinina continúan con valores anómalos).

## **DIAGNOSTICO (S) O PREBLEMAS CLINICOS:**

**Diagnostico etiológico:** Cetoacidosis diabética.

**Diagnostico sindromático:** síndrome hipertensivo + síndrome metabólico.

**Diagnostico nosológico:** Enfermedad Renal crónica + DM2

**Diagnostico diferencial:** Síndrome Hiperglucémico Hiperosmolar.

## **PRONOSTICO**

Reservado

Nombre y firma  
del médico tratante

Cedula Profesional  
3365675



# Historia Clínica General

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

**Nombre:** Francisca López Vázquez.  
**Sexo:** Femenino **Edad:** 67 Años  
**Ocupación:** Ama de casa  
**Estado civil:** casada **Religión:** católico  
**Dirección:** Fraccionamiento Bugambilias #5, Comitán de Domínguez Chiapas.  
**Nacionalidad:** Mexicana **Tipo de interrogatorio:** Directo  
**Responsable del paciente:** José Roberto García Urbina (espos)

## ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

**Padre:** vivo  
Enfermedades que padece: HPTA  
**Madre:** Viva  
Enfermedades que padece: DM2  
**Hermanos:** ¿Cuántos? 2 Vivos 2  
Enfermedades que padecen: Hermana menor con HPTA desde hace 2 años  
**Abuelos Paternos:** Fallecidos  
Enfermedades que padecen: Con antecedentes de DM2.  
**Abuelos Maternos:** Fallecidos  
Enfermedades que padecen: Con antecedentes de DM2.

## ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

**Casa Habitación:** Propia construcción de ladrillo piso y techo de concreto hidráulico  
**Número de recamaras:** 2 recamaras habitables.  
**Número de habitantes:** 3 habitantes.  
**Servicios públicos:** Cuenta con servicios de: Agua, Drenaje y Luz eléctrica.  
**Zoonosis:** Positiva con presencia de animal canino en casa.  
**Alcohol:** Negado  
**Tabaquismo:** Negado  
**Drogas:** Negadas.  
**Inmunizaciones:** Presencia de todas sus vacunas  
**ETS:** Negadas

## ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES.

**Cardiovasculares:** sin alteraciones \_\_\_\_\_ **Pulmonares:** Sin alteraciones \_\_\_\_\_  
**Digestivos:** Sin alteraciones \_\_\_\_\_ **Diabetes:** Negado \_\_\_\_\_  
**Renales:** \_\_\_\_\_ **Quirúrgicos:** Cesárea hace 30 años \_\_\_\_\_  
**Alérgicos:** Negados \_\_\_\_\_ **Transfusiones:** Negados \_\_\_\_\_  
**Fracturas:** Negadas \_\_\_\_\_ **Traumatismos:** Negados \_\_\_\_\_  
**Medicamentos:** \_\_\_\_\_ **Especifique:** \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:

Menarquia 12 años Ritmo Normal F.U.M. \_\_\_\_\_  
G 3 P 2 A 0 C 2 I.V.S.A 18 años  
Uso de Métodos Anticonceptivos: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Cuáles? \_\_\_\_\_

## PADECIMIENTO ACTUAL.

Paciente de 67 años de edad que ingresa al servicio de urgencias por presentar palpitations, temblor, ansiedad, sudoración, parestesias, y síntomas neuroglucopénicos como: cambios conductuales, confusión, convulsiones y pérdida de conciencia. Triada de Whipple

## INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

**RESPIRATORIO/CARDIOVASCULAR: NORMAL (SI) (NO) ESPECIFICAR:** normal, preguntados y negados \_\_\_\_\_.

**DIGESTIVO: NORMAL (SI) (NO) ESPECIFICAR:** Preguntados y negados \_\_\_\_\_.

**ENDOCRINO Y METABÓLICO: NORMAL (SI) (NO) ESPECIFICAR:** normal, preguntados y negados \_\_\_\_\_.

**MUSCULO-ESQUELÉTICO: NORMAL (SI) (NO) ESPECIFICAR:** Paciente capaz de no deambular por si solo \_\_\_\_\_.

**HEMATOLÓGICO: NORMAL (SI) (NO) ESPECIFICAR:** preguntados y negados \_\_\_\_\_.

**GENITO-URINARIO: NORMAL (SI) (NO) ESPECIFICAR:** paciente que refiere haber cursado por IVU hace aproximadamente 2 meses.

**NERVIOSO: NORMAL (SI) (NO) ESPECIFICAR:** Refiere a ver tenido convulsiones de tipo tónico-clónicas en su domicilio.

**PIEL Y ANEXOS: NORMAL (SI) (NO) ESPECIFICAR:** paciente que se encuentra ligeramente pálida, diaforetica con llenado capilar de mas de 2++.

**ESFERA PSÍQUICA: NORMAL (SI) (NO) ESPECIFICAR:** paciente que se encuentra cursando síntomas neuroglucopénicos (trastorno del sensorio y movimientos involuntarios).

## **EXPLORACIÓN CLÍNICA**

### **Signos Vitales.**

*T.A:* 90/60Mm/Hg (brazo derecho) *T. A:* (brazo izquierdo) 95/65Mm/Hg

*F.C:* 82Lx' *F.R:* 19Lx' *Temp:* 36.6 °C *Peso:* 75 Kg *Talla:* 160 cm

**HABITUS EXTERIOR:** paciente que se a la exploración física se encuentra con facie pálida y diaforetico.

**MARCHA Y POSTURA:** paciente el cual se le dificulta deambular solo, por debilidad.

**CABEZA Y CUELLO:** Normo-céfalo, cuello cilíndrico, orejas bien implantadas al igual que cabello, ojos simétricos sin presencia de alteración, mucosa oral y narinas permeables hidratadas.

**TÓRAX:** Simétrico, costillas y esternón integro, se encontró abolición de las vibraciones vocales y del murmullo vesicular en los 2/3 inferiores de hemitórax derecho, el otro campo pulmonar sin alteraciones; en aparato cardiovascular los ruidos cardiacos eran rítmicos, no se encontraron soplos, ingurgitación yugular ni reflujo hepatoyugular, los pulsos estaba preservados.

**ABDOMEN:** abdomen blando, sin presencia de dolor a la palpación superficial ni profunda, no se encontró visceromegalia

**GENITALES:** integras y funcionales de acuerdo a edad y genero.

**EXTREMIDADES:** Integras y funcionales con ROTS disminuidos, llenado capilar no mayor a 2++

## **RESULTADOS PREVIOS Y ACTUALES DE LABORATORIO, GABINETA Y OTROS**

**Hemograma** hemoglobina 13,4 g/dl, recuento plaquetario sin alteraciones.



**Química sanguínea** urea, creatinina, electrolitos, calcio iónico.

**Perfil hepático**, TP y TTP dentro de lo normal; velocidad de sedimentación en 53 mm/h (VN 0 a 20), TSH en 1,49 uU/ml (VN 0,4 a 4) y T4 libre en 1,19 ng/dl (VN 0,7 a 1,8).

**El electrocardiograma** mostró ritmo sinusal, eje normal, sin anormalidades.

**La radiografía de tórax** posteroanterior reveló una radiopacidad en base pulmonar derecha posterior

**En la TAC de tórax y abdomino pélvica con contraste**, se evidenció una masa pulmonar derecha redondeada de 149 mm x 142 mm, que ocupaba casi la totalidad del lóbulo inferior derecho, de bordes definidos con escasas calcificaciones lineales discontinuas y densidad de 33 a 35 UH, con aparentes septos y loculaciones internas, tractos fibro retráctiles con calcificaciones y dilataciones bronquiales de tracción en segmentos apicales. No había adenomegalias y el resto se encontraba dentro la normalidad.

## **INDICACIONES TERAPEUTICAS Y RESULTADOS OBTENIDOS**

Se decide ingreso para el paciente, se tornó agitado, confuso y agresivo, se le tomó una glucosa capilar resultando en 31 mg/dl; se administró 30 g de dextrosa en bolo endovenoso y continuó con infusión dextrosa al 10%, luego de cual el paciente se recuperó mejorando completamente el estatus mental; la glucosa capilar control fue 172 mg/dl

## **DIAGNOSTICO (S) O PREBLEMAS CLINICOS:**

**Diagnostico etiológico:** Hipoglucemia crónica.

**Diagnostico sindromático:** síndrome de Addison.

**Diagnostico nosológico:** DM2

**Diagnostico diferencial:** Hiperinsulinismo.

## **PRONOSTICO**

Reservado

Nombre y firma  
del médico tratante

Cedula Profesional  
3365675



# Historia Clínica General

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

**Nombre:** Luis Julián Córdoba García.  
**Sexo:** Femenino **Edad:** 55 Años  
**Ocupación:** Ama de casa  
**Estado civil:** casada **Religión:** católico  
**Dirección:** Fraccionamiento San Ramon #10, San Cristóbal de las Casas  
**Nacionalidad:** Mexicana **Tipo de interrogatorio:** Directo  
**Responsable del paciente:** María de los Ángeles Pérez (esposa)

## ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

**Padre:** vivo  
Enfermedades que padece: HPTA  
**Madre:** Viva  
Enfermedades que padece: DM2  
**Hermanos:** ¿Cuántos? 5 Vivos 5  
Enfermedades que padecen:  
**Abuelos Paternos:** Fallecidos  
Enfermedades que padecen: Con antecedentes de DM2.  
**Abuelos Maternos:** Fallecidos  
Enfermedades que padecen: Con antecedentes de DM2.

## ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

**Casa Habitación:** Propia construcción de ladrillo piso y techo de concreto hidráulico  
**Número de recamaras:** 2 recamaras habitables.  
**Número de habitantes:** 3 habitantes.  
**Servicios públicos:** Cuenta con servicios de: Agua, Drenaje y Luz eléctrica.  
**Zoonosis:** Positiva con presencia de animal canino en casa.  
**Alcohol:** Negado  
**Tabaquismo:** Negado  
**Drogas:** Negadas.  
**Inmunizaciones:** Presencia de todas sus vacunas  
**ETS:** Negadas

## ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES.

**Cardiovasculares:** sin alteraciones \_\_\_\_\_ **Pulmonares:** Sin alteraciones \_\_\_\_\_  
**Digestivos:** Sin alteraciones \_\_\_\_\_ **Diabetes:** Negado \_\_\_\_\_  
**Renales:** \_\_\_\_\_ **Quirúrgicos:** Apendicetomía hace 20 años \_\_\_\_\_  
**Alérgicos:** Negados \_\_\_\_\_ **Transfusiones:** Negados \_\_\_\_\_  
**Fracturas:** Negadas \_\_\_\_\_ **Traumatismos:** Negados \_\_\_\_\_  
**Medicamentos:** Penicilina \_\_\_\_\_ **Especifique:** \_\_\_\_\_

## PADECIMIENTO ACTUAL.

Paciente de 55 años, que es llevado por sus familiares al servicio de urgencias de esta institución por presentar desde hace dos horas desorientación, somnolencia y confusión. Familiar refiere diagnostico previo de cirrosis hepática de 5 años de evolución, paciente que se rehúsa al tratamiento. Niega otras enfermedades crónicas.

## INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

**RESPIRATORIO/CARDIOVASCULAR: NORMAL (SI) (NO) ESPECIFICAR:** normal, preguntados y negados \_\_\_\_\_.

**DIGESTIVO: NORMAL (SI) (NO) ESPECIFICAR:** Preguntados y negados \_\_\_\_\_.

**ENDOCRINO Y METABÓLICO: NORMAL (SI) (NO) ESPECIFICAR:** normal, preguntados y negados \_\_\_\_\_.

**MUSCULO-ESQUELÉTICO: NORMAL (SI) (NO) ESPECIFICAR:** Paciente capaz de no deambular por si solo \_\_\_\_\_.

**HEMATOLOGICO: NORMAL (SI) (NO) ESPECIFICAR:** preguntados y negados \_\_\_\_\_.

**GENITO-URINARIO: NORMAL (SI) (NO) ESPECIFICAR:** paciente que refiere haber cursado por IVU hace aproximadamente 2 meses. \_\_\_\_\_.

**NERVIOSO: NORMAL (SI) (NO) ESPECIFICAR:** Preguntados y negados \_\_\_\_\_.

**PIEL Y ANEXOS: NORMAL (SI) (NO) ESPECIFICAR:** paciente que se encuentra ligeramente pálida, diaforetica con llenado capilar de mas de 2++ \_\_\_\_\_.

**ESFERA PSÍQUICA: NORMAL (SI) (NO) ESPECIFICAR:** paciente que se encuentra somnoliento, desorientado y confundido. \_\_\_\_\_.

## EXPLORACIÓN CLÍNICA

### Signos Vitales.

*T.A:* 90/60Mm/Hg (brazo derecho) *T. A:* (brazo izquierdo) 95/65Mm/Hg

*F.C:* 82Lx' *F.R:* 19Lx' *Temp:* 36.6 °C *Peso:* 75 Kg *Talla:* 160 cm

**HABITUS EXTERIOR:** paciente que se a la exploración física se encuentra con facie pálida y diaforetico.

**MARCHA Y POSTURA:** paciente el cual se le dificulta deambular solo, por debilidad.

**CABEZA Y CUELLO:** Normo-céfalo, cuello cilíndrico, orejas bien implantadas al igual que cabello, ojos simétricos sin presencia de alteración, mucosa oral y narinas permeables hidratadas.

**TÓRAX:** Simétrico, costillas y esternón integro, se encontró abolición de las vibraciones vocales y del murmullo vesicular en los 2/3 inferiores de hemitórax derecho, el otro campo pulmonar sin alteraciones; en aparato cardiovascular los ruidos cardiacos eran rítmicos, no se encontraron soplos, ingurgitación yugular ni reflujo hepatoyugular, los pulsos estaba preservados.

**ABDOMEN:** abdomen blando, sin presencia de dolor a la palpación superficial ni profunda, no se encontró visceromegalia

**GENITALES:** integras y funcionales de acuerdo a edad y genero.

**EXTREMIDADES:** Integras y funcionales con ROTS disminuidos, llenado capilar no mayor a 2++

## RESULTADOS PREVIOS Y ACTUALES DE LABORATORIO, GABINETA Y OTROS

**El hemograma** presentaba una discreta pancitopenia (3.550 leucocitos/ $\mu$ l, 116.000 plaquetas/ $\mu$ l y 3,75 millones de hematíes/ $\mu$ l).

**El estudio de coagulación** mostró un tiempo de protrombina normal estando el de tromboplastina en 48,2s (28-42).

**En la bioquímica** destacaban datos de hepatopatía con una bilirrubina total de 1,72mg/dl (0-1,10), bilirrubina directa 1,15mg/dl (0-0,30), elevación de las transaminasas con aspartato aminotransferasa en 262 u/l (13-35), alanino aminotransferasa 128 u/l (7-35), fosfatasa alcalina 146 u/l (35-104), gammaglutamil transpeptidasa 87 u/l (5-36), colinesterasa 3.006 u/l (5.400-13.200).

**Los niveles séricos** de manganeso, cobre y ceruloplasmina séricos eran normales y los de amoniaco en 130 mcg/dl (0-75).

**El perfil lipídico y tiroideo**, los parámetros de función renal y los iones eran normales.

## **INDICACIONES TERAPEUTICAS Y RESULTADOS OBTENIDOS**

Se decide ingreso para el paciente, se tornó somnoliento y confuso, se le tomó una glucosa capilar resultando en 95 mg/dl; Posteriormente se ingresa para realizarle los enemas con lactulosa y rehidratación mediante via periférica con soluciones.

## **DIAGNOSTICO (S) O PREBLEMAS CLINICOS:**

**Diagnostico etiológico:** Cirrosis Hepática.

**Diagnostico sindromático:** síndrome Encefaloepatico.

**Diagnostico nosológico:** Encefalopatía hepática.

**Diagnostico diferencial:** Hepatitis A.

## **PRONOSTICO**

Reservado

Nombre y firma  
del médico tratante

Cedula Profesional  
3365675