

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

**Tema: Historias Clínicas.**  
ANEMIA, NEUMONÍA, EPOC, ASMA, ERC E IRA.

**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:** Oneyda Ruiz Vázquez.  
**Sexo:** Femenino **Edad:** 38 Años  
**Ocupación:** Ama de casa  
**Estado civil:** casada **Religión:** Católico  
**Dirección:** Fraccionamiento Tenam #10, Comitán de Domínguez Chiapas.  
**Nacionalidad:** Mexicana **Tipo de interrogatorio:** Directo  
**Responsable del paciente:** Juan Pérez León (esposo)

## ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

**Padre:** vivo  
Enfermedades que padece: HPTA  
**Madre:** Viva  
Enfermedades que padece: Preguntadas y negadas  
**Hermanos:** ¿Cuántos? 2 Vivos 2  
Enfermedades que padecen: Preguntadas y negadas  
**Abuelos Paternos:** Vivos  
Enfermedades que padecen: aparentemente sanos  
**Abuelos Maternos:** Vivos  
Enfermedades que padecen: aparentemente sanos

## ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

**Casa Habitación:** Propia construida de materiales duraderos  
**Número de recamaras:** 3 recamaras habitables.  
**Número de habitantes:** 4 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:** Negados **Quirúrgicos:** Negados  
**Alérgicos:** Negados **Transfusiones:** Negados  
**Fracturas:** Negadas **Traumatismos:** Negados

## 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.

Femenina de 38 años de edad sin antecedentes mórbidos, quirúrgicos ni familiares de importancia que asiste a consulta de medicina general tras notar una gran masa abdominal con abundante sangrado transvaginal motivo por el cual se derivó a ginecología.

## EXPLORACIÓN CLÍNICA

### Signos Vitales.

T.A: 90/50Mm/Hg (brazo derecho) T. A: (brazo izquierdo) 90/60Mm/Hg  
F.C: 105Lx' F.R: 24Lx' Temp: 36.0 °C Peso: 75 Kg Talla: 165 cm

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

**SISTEMA NERVIOSO:** sin alteraciones aparentes.

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

**CABEZA Y CUELLO:** Normocéfalo, sin adenopatías aparentes, cuello cilíndrico y alargado con tráquea central, con adecuada implantación de pabellones auriculares al igual que cabello, ojos simétricos sin presencia de alteración, mucosa oral pálida y deshidratada, narinas permeables.

**TÓRAX:** Simétrico con adecuados movimientos de amplexión y amplexación, con correcta implantación de glándulas mamarias sin adenopatías aparentes, ruidos respiratorios y cardiacos normales.

**ABDOMEN:** Con aparente palpación de masa a nivel de flanco derecho de aproximadamente 20 cm, peristalsis normoreactiva sin datos de irritación peritoneal.

**GENITALES:** integras y funcionales con presencia de abundante sangrado transvaginal, \_\_\_\_\_.

**EXTREMIDADES:** Integras y funcionales \_\_\_\_\_

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

- **Laboratorio:** Hto 33% y Hb 9 g/dL

- **Ecografía abdominal:** reportó una masa hipocogénica uterina de 147 x 96 x 129 mm sugerente de mioma

- **TAC abdominal** de control, observando un mioma subseroso con dimensiones en regresión (122 x 86 x 135 mm).

## **INDICACIONES TERAPEUTICAS Y RESULTADOS OBTENIDOS**

Se decide ingreso al servicio de urgencias ginecológicas para controlar sangrado transvaginal y corregir anemia se aplica Analogo de GnRH (Lupron) para probable reducción del mioma y practicar miomectomía vía LAPE.

## **IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:**

**Diagnostico etiológico:** Miomatosis uterina.

**Diagnostico sindromático:** Síndrome Anémico Moderado.

**Diagnostico diferencial:** Desequilibrio hormonal.

## **PRONOSTICO**

Reservado

Nombre y firma  
del médico tratante

Cedula Profesional  
3365675

## **Resumen Clínico de paciente con Miomatosis uterina + Anemia ferropénica Moderada**

El caso de nuestra paciente es una presentación infrecuente de una patología común, especialmente en mujeres en edad reproductiva.

La mayoría de las veces la exclusiva sensación de masa abdominal es la que las lleva a consultar, situación similar a la presentada por nuestra paciente a pesar de reconocer una larga evolución en la presencia de esta masa. Se desconoce la prevalencia exacta de grandes miomas uterinos.

Al interrogatorio dirigido refirió menstruaciones abundantes sin dolor pélvico asociado y al examen físico se palpó una gran masa en flanco derecho de 20 cm aproximadamente. Se solicitó TAC de abdomen y pelvis complementario el cual informó extensa masa heterogénea, isodensa que impresionaba de origen ginecológico como probable mioma gigante.

Exámenes de laboratorio solicitados informaron Hto 33% y Hb 9 g/dL por lo cual se inició hierro vía oral y Ca125: 24.6 unidades. El resto de exámenes resultó dentro de rangos normales.

Se decidió miomectomía vía laparotomía, previo uso de un análogo de GnRH (Lupron) para disminución del tamaño tumoral y poder realizar histerectomía.



## Historia Clínica General

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

**Nombre:** Pedro Arriaga Flores  
**Sexo:** Masculino **Edad:** 86 Años  
**Ocupación:** Ama de casa  
**Estado civil:** casado **Religión:** Católico  
**Dirección:** Fraccionamiento San Ramon SCLC Chiapas Mexico  
**Nacionalidad:** Mexicano **Tipo de interrogatorio:** Directo  
**Responsable del paciente:** Carlos Arriaga Pacheco (hijo)

### ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

**Padre:** Fallecido  
Enfermedades que padece:  
**Madre:** Fallecida  
Enfermedades que padece: Preguntadas y negadas  
**Hermanos:** ¿Cuántos? 8 Vivos 4  
Enfermedades que padecen: Preguntadas y negadas  
**Abuelos Paternos:** Fallecidos  
Enfermedades que padecen: Negadas  
**Abuelos Maternos:** Fallecidos  
Enfermedades que padecen: Negadas

### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

**Casa Habitación:** Propia construida de materiales duraderos  
**Número de recamaras:** 5 recamaras habitables.  
**Número de habitantes:** 6 habitantes.  
**Servicios públicos:** Cuenta con servicios de: Agua, Drenaje y Luz eléctrica.  
**Zoonosis:** Positiva con presencia de aves de corral en casa.  
**Alcohol:** Esporadico  
**Tabaquismo:** Esporadico  
**Drogas:** Negadas.  
**Inmunizaciones:** Esquema de vacunación incompleto  
**ETS:** Negadas

## ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES.

**Cardiovasculares:** Sin alteraciones    **Pulmonares:** TEP hace 4 años  
**Digestivos:** Sin alteraciones    **Diabetes:** Negado  
**Renales:** Negados    **Quirúrgicos:** Negados  
**Alérgicos:** Negados    **Transfusiones:** Negados  
**Fracturas:** Negadas    **Traumatismos:** Negados

## PADECIMIENTO ACTUAL.

Varón, de 86 años, acude a la consulta por un cuadro de tos con expectoración verdosa, fiebre durante las últimas 48 horas (38,4 °C) controlada parcialmente con antipireticos, con escalofríos, sensación de debilidad y cansancio general.

## EXPLORACIÓN CLÍNICA

### Signos Vitales.

T.A: 130/84Mm/Hg    F.C: 90Lx'    F.R: 24Lx'    Temp: 38.4 °C  
Peso: 55 Kg    Talla: 150 cm    SpO2: 87%

**HABITUS EXTERIOR:** paciente que se a la exploración física se encuentra con facie pálida y diaforetica acompañado de confusión mental con tendencia a somnolencia.

**SISTEMA NERVIOSO:** Síndrome Parkinsoniano + Enfermedad de Alzheimer .

**MARCHA Y POSTURA:** paciente el cual se le dificulta deambular solo

**CABEZA Y CUELLO:** Normocéfalo, sin adenopatías aparentes, cuello cilíndrico y alargado con tráquea central, con adecuada implantación de pabellones auriculares al igual que cabello, ojos simétricos sin presencia de alteración, mucosa oral pálida y deshidratada, narinas permeables.

**TÓRAX:** Simétrico con adecuados movimientos de amplexión y amplexación la cual muestra disminución del murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, con correcta implantación de glándulas mamarias sin adenopatías aparentes, ruidos cardiacos normales.

**ABDOMEN:** Depresible con peristalsis normoreactiva con palpación de glándula hepática de tres traveses de dedo, sin datos de irritación peritoneal.

**GENITALES:** De acuerdo a edad y genero integras y funcionales

**EXTREMIDADES:** Integras y funcionales

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

### - Laboratorio:

- Bioquímica: sodio 130 mEq/l, urea 70 mg/dl, creatinina 1,2 mg/dl, GOT 204 U/l, GPT 144 U/l, proteína C reactiva (PCR) 543,8, mg/l.
- Hemograma: leucocitos 13.200/mm<sup>3</sup> (88,3% segmentados).
- Gasometría: pH 7,45, pCO<sub>2</sub> 31,3 mmHg, pO<sub>2</sub> 64,7 mmHg, SpO<sub>2</sub> 93%, HCO<sub>3</sub> - 23,9 mm/l.
- TP y TPT: normal.
- Procalcitonina: 41,65 ng/ml.
- Antibiograma urinario: positivo para Legionella y negativa para neumococo.

### - Imagen:

- Radiografía de tórax: veladura del hemitórax izquierdo con condensación y broncograma aéreo que afecta a la mayor parte del LSI en relación con neumonía. Se observa moderada desviación mediastínica hacia el hemitórax izquierdo; pequeño derrame pleural bilateral
- Ecografía abdominal: hepatomegalia homogénea.

## INDICACIONES TERAPEUTICAS Y RESULTADOS OBTENIDOS

Se decide ingreso al servicio de urgencias paciente que presentó hipotensión refractaria a fluidos en sala de hospitalización e ingresó en UCI. Se inició tratamiento empírico con ceftriaxona, levofloxacino, corticoides, oxigenoterapia y fluidoterapia intensiva. Hemocultivos y cultivo de esputo negativos. Antígeno urinario positivo para Legionella y negativa para neumococo. Se suspendió ceftriaxona y se añadió rifampicina, que se retiró, posteriormente, por aumento de transaminasas. La evolución clínica, hemodinámica y analítica fue favorable. En el seguimiento, la radiografía de tórax se normalizó.

## IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

**Diagnostico etiológico:** Neumonía adquirida en la comunidad.

**Diagnostico sindromático:** Síndrome de dificultad respiratoria.

**Diagnostico diferencial:** EPOC.

## PRONOSTICO

Reservado

Nombre y firma  
del médico tratante

Cedula Profesional  
3365675



## **Resumen Clínico de paciente con Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC)**

La neumonía adquirida en la comunidad se caracteriza por la concurrencia de síntomas y signos de infección aguda del tracto respiratorio inferior e infiltrado pulmonar por radiografía de tórax u otra prueba de imagen. Presentamos un caso clínico de neumonía grave y comentamos algunos aspectos novedosos y controvertidos del diagnóstico y su tratamiento.

Nuestra paciente fue tratada empíricamente con ceftriaxona y levofloxacino, combinación frecuentemente utilizada en NAC graves y recomendada en las guías . Con el resultado de la Antibiograma, se ajustó la antibioterapia.

En NAC grave por Legionella se aconseja levofloxacino 500 mg/12 h o ciprofloxacino 400 mg/12 h intravenosos hasta la defervescencia, continuando luego con levofloxacino 500 mg/día o ciprofloxacino 500 mg/12 h orales hasta completar 10-14 días. En algunos casos graves, se ha utilizado la combinación de levofloxacino con azitromicina o rifampicina.

Sin embargo, el tratamiento combinado no parece mejorar los resultados y puede aumentar los efectos adversos como sucedió en nuestro caso. El uso de dosis más altas de levofloxacino (750 mg/día) puede acortar el tiempo de estabilidad clínica y la duración del tratamiento. Los pacientes con complicaciones e inmunodeprimidos necesitan cursos más prolongados.



# Historia Clínica General

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

**Nombre:** Cristian de Jesús Rojas Martínez  
**Sexo:** Masculino **Edad:** 72 Años  
**Ocupación:** Ama de casa  
**Estado civil:** casado **Religión:** Católico  
**Dirección:** Fraccionamiento Fatima SCLC Chiapas Mexico  
**Nacionalidad:** Mexicano **Tipo de interrogatorio:** Directo  
**Responsable del paciente:** Luis Rojaz Perez (hijo)

## ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

**Padre:** Vivo  
Enfermedades que padece: Aparentemente sano  
**Madre:** Viva  
Enfermedades que padece: Aparentemente sano  
**Hermanos:** ¿Cuántos? 3 Vivos 3  
Enfermedades que padecen: Preguntadas y negadas  
**Abuelos Paternos:** Fallecidos  
Enfermedades que padecen: Negadas  
**Abuelos Maternos:** Fallecidos  
Enfermedades que padecen: Negadas

## ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

**Casa Habitación:** Propia construida de materiales duraderos  
**Número de recamaras:** 4 recamaras habitables.  
**Número de habitantes:** 5 habitantes.  
**Servicios públicos:** Cuenta con servicios de: Agua, Drenaje y Luz eléctrica.  
**Zoonosis:** Positiva con presencia de aves de corral en casa.  
**Alcohol:** Esporádico  
**Tabaquismo:** Positivo desde hace 30 años (10 cigarrillos al día)  
**Drogas:** Negadas.  
**Inmunizaciones:** Esquema de vacunación incompleto  
**ETS:** Negadas

## ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES.

**Cardiovasculares:** HAS en tratamiento    **Pulmonares:** EPOC hace 2 año  
**Digestivos:** Sin alteraciones            **Diabetes:** Negado  
**Renales:** Negados                            **Quirúrgicos:** Negados  
**Alérgicos:** Negados                        **Transfusiones:** Negados  
**Fracturas:** Negadas                        **Traumatismos:** Negados

## PADECIMIENTO ACTUAL.

Paciente de 72 años que acude a urgencias con un cuadro de ocho días de evolución con aumento del volumen y la purulencia del esputo, acompañado de aumento de su disnea habitual que ha pasado a ser "de reposo" y con edemas en miembros inferiores. Se ha realizado un tratamiento ambulatorio con levofloxacino sin mejoría, por lo que se decide su ingreso en la planta de Neumología con diagnóstico médico de EPOC agudizada por infección respiratoria.

## EXPLORACIÓN CLÍNICA

### Signos Vitales.

*T.A:* 130/90Mm/Hg      *F.C:* 110Lx'              *F.R:* 28Lx'      *Temp:* 39.8 °C  
*Peso:* 55 Kg              *Talla:* 170 cm      *SpO2:* 76%

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

**SISTEMA NERVIOSO:** Aparentemente normal.

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

**CABEZA Y CUELLO:** Normocéfalo, sin adenopatías aparentes, cuello cilíndrico y alargado con tráquea central, con adecuada implantación de pabellones auriculares al igual que cabello, ojos simétricos sin presencia de alteración, mucosa oral pálida y deshidratada, narinas permeables.

**TÓRAX:** Simétrico con adecuados movimientos de amplexión y amplexación la cual muestra disminución del murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, con correcta implantación de glándulas mamarias sin adenopatías aparentes, ruidos cardiacos normales.

**ABDOMEN:** Depresible con peristalsis normoreactiva con palpación de glándula hepática de tres traveses de dedo, sin datos de irritación peritoneal.

**GENITALES:** De acuerdo a edad y genero integras y funcionales

**EXTREMIDADES:** Integras y funcionales

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

### - Laboratorio:

PCR 14 mg/dl, Leucocitos 18/nl, Potasio 3,4 mmol/l, Hemoglobina 9,3 mg/dl, Eritrocitos 3,1 /pl, Creatinina 1,5 mg/dl, Urea 72 mg/dl.

### - Gasometría:

-sO<sub>2</sub> 87,5%, pH 7,26

-pO<sub>2</sub> 54,2 mmHg

-pCO<sub>2</sub> 109 mmHg

### - Cultivo microbiológico de secreción traqueal

Pseudomonas aeruginosa +++ (s) Ceftazidima

### - Imagen:

• Rx. Tórax: enfermedad pulmonar intersticial con áreas de enfisema.

• Espirometría: FVC: 4.950 (87%), FEV<sub>1</sub>:1.720 (39%), FVE<sub>1</sub>/FVC: 34%

• TAC: observamos evidencias de enfisema hiperinsuflado centrolobulillar y paraseptal, predominante en los lóbulos superiores. severos cambios enfisematosos generalizados de mayor intensidad en bases con engrosamiento difuso de las paredes bronquiales y pequeñas bronquiectasias.

• ECG: taquicardia sinusal sin alteraciones de la conducción ni de la repolarización.

## INDICACIONES TERAPEUTICAS Y RESULTADOS OBTENIDOS

Inicialmente la paciente se encontró en un estado crítico con ortopnea, insuficiencia respiratoria grave y temperaturas hasta 39,8°C. La paciente fue entubada e inmediatamente trasladada a la unidad de cuidados intensivos. El diagnóstico de sospecha fue una exacerbación aguda de la EPOC por infección, así que se inició una terapia antimicrobiana intravenosa con una cefalosporina de tercera generación (Ceftazidima), por sospecha de bacilos gramnegativos no fermentadores como causa de infecciones del tracto respiratorio en pacientes con ventilación mecánica y perfil de riesgo.

## IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

**Diagnostico etiológico:** EPOC

**Diagnostico sindromático:** Síndrome febril por Pseudomonas aeruginosa

**Diagnostico diferencial:** TEP

## PRONOSTICO

Reservado

Nombre y firma  
del médico tratante

Cedula Profesional  
3365675

## **Resumen Clínico de paciente con EPOC**

Nuestro paciente ha llegado a consulta con dificultad al respirar, especialmente cuando se llevan a cabo actividades que requieren mayor esfuerzo físico, de ahí la afirmación primaria de disnea de esfuerzo.

Los resultados iniciales del examen de sangre mostraron los parámetros de inflamación elevados, en la gasometría se encontró una insuficiencia respiratoria global y una acidosis respiratoria. El examen microbiológico del cultivo de secreción traqueal tenía como resultado el crecimiento de *Pseudomonas aeruginosa*. En la radiografía del tórax se detectó un descenso diafragmático, un aumento del espacio retroesternal, una horizontalización de las costillas y el tórax en tonel. No había infiltrados pulmonares. En la ecocardiografía transtoracica se mostró el ventrículo derecho mínimamente ampliado y una insuficiencia de la válvula mitral y tricúspide, cada una de primer grado. Durante la estadía en el hospital se hizo una pletismografía corporal en la paciente que demostró un trastorno ventilatorio obstructivo y restrictivo

Al conocer que nuestro paciente es fumador severo y que ha trabajado en ambientes con productos corrosivos para las vías aéreas, se sospecha de EPOC, ya que la disnea es el síntoma más relevante en este, siendo muy relevante su diagnóstico precoz.

La disnea en EPOC es un síntoma progresivo e invalidante, pudiendo evolucionar nuestro paciente. Sin embargo, siguiendo los consejos de tratamiento y la administración farmacológica, además de recomendar la vacuna antigripal anual, se logrará reducir los síntomas

El tratamiento deberá complementarse con una serie de hábitos saludables que mejoren la capacidad pulmonar y el desarrollo de los músculos respiratorios. Esto se consigue con deporte, dejando de fumar y evitando ambientes con humo o sustancias irritantes.



# Historia Clínica General

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

**Nombre:** Pedro Pablo León Jaramillo  
**Sexo:** Masculino **Edad:** 17 Años  
**Ocupación:** Estudiante  
**Estado civil:** Soltero **Religión:** Católico  
**Dirección:** Fraccionamiento San Ramon SCLC Chiapas Mexico  
**Nacionalidad:** Mexicano **Tipo de interrogatorio:** Directo  
**Responsable del paciente:** Lourdes Jaramillo Lopéz (madre)

## ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

**Padre:** Vivo  
Enfermedades que padece: Aparentemente sano  
**Madre:** Viva  
Enfermedades que padece: Asmática  
**Hermanos:** ¿Cuántos? 2 Vivos 2  
Enfermedades que padecen: Preguntadas y negadas  
**Abuelos Paternos:** Vivos  
Enfermedades que padecen: Negadas  
**Abuelos Maternos:** Fallecidos  
Enfermedades que padecen: Vivos

## ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

**Casa Habitación:** Propia construida de materiales duraderos  
**Número de recamaras:** 4 recamaras habitables.  
**Número de habitantes:** 5 habitantes.  
**Servicios públicos:** Cuenta con servicios de: Agua, Drenaje y Luz eléctrica.  
**Zoonosis:** Positiva con presencia animal canino en casa.  
**Alcohol:** Esporádico  
**Tabaquismo:** Preguntado y Negado  
**Drogas:** Negadas.  
**Inmunizaciones:** Esquema de vacunación completo  
**ETS:** Negadas

## ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES.

**Cardiovasculares:** Negados      **Pulmonares:** Asmático desde los 5 años.  
**Digestivos:** Sin alteraciones      **Diabetes:** Negado  
**Renales:** Negados      **Quirúrgicos:** Negados  
**Alérgicos:** Negados      **Transfusiones:** Negados  
**Fracturas:** Negadas      **Traumatismos:** Negados

## PADECIMIENTO ACTUAL.

Paciente masculino de 17 años de edad con antecedente personal patológico de asma bronquial desde los cinco años de edad, el cual inicia su padecimiento con cuadro de tos intermitente sin expectoración, no cianozante, no emetizante, no disneizante, posterior a la exposición a polvo, con exacerbación del cuadro agregándose tos en accesos disneizante, dolor torácico a la inspiración, motivo por el cual acude al servicio de urgencias.

## EXPLORACIÓN CLÍNICA

### Signos Vitales.

T.A: 145/70Mm/Hg      F.C: 120Lx'      F.R: 26Lx'      Temp: 37.5 °C

Peso: 80 Kg      Talla: 170 cm      SpO2: 90%

**HABITUS EXTERIOR:** paciente que se a la exploración física se encuentra con dificultad para respirar, diaforético y agitado.

**SISTEMA NERVIOSO:** Aparentemente normal.

**MARCHA Y POSTURA:** Aparentemente normal.

**CABEZA Y CUELLO:** Normocéfalo, sin adenopatías aparentes, cuello cilíndrico y alargado con tráquea central, con adecuada implantación de pabellones auriculares al igual que cabello, ojos simétricos sin presencia de alteración, mucosa oral pálida y deshidratada, narinas permeables, no plétora yugular.

**TÓRAX:** Con presencia de tiros intercostales, campos pulmonares con sibilancias espiratorias de predominio en bases pulmonares y escasos estertores crepitantes, sin adenopatías aparentes, ruidos cardiacos normales.

**ABDOMEN:** Blando depresible con peristalsis normoreactiva, sin datos de irritación peritoneal.

**GENITALES:** De acuerdo a edad y genero integras y funcionales

**EXTREMIDADES:** Integras y funcionales

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

### **- Laboratorio:**

Hb 15.61 g/dl, hematocrito 46.88%, leucocitos  $12.9 \times 10^3 / \mu\text{l}$ , linfocitos 6.9%, monocitos 9.5%, neutrófilos 82.4%, plaquetas 271 000/  $\mu\text{l}$ , gasometría arterial pH 7.45, pCO<sub>2</sub> 33 mmHg, pO<sub>2</sub> 77 mmHg, hco<sub>3</sub> 22.90 mmol/L, BE -0.40 mmol/L, SO<sub>2</sub> 96%.

### **- Gasometría:**

pH 7.45, pCO<sub>2</sub> 33 mmHg, pO<sub>2</sub> 77 mmHg, Hco<sub>3</sub> 22.90 mmol/L, BE -0.40 mmol/L, SO<sub>2</sub> 90%.

### **- Imagen:**

•TAC de tórax: con ventana para pulmón reporta neumomediastino que diseca en todo su trayecto, desde la región apical hasta la base mediastinal, con disección a los trayectos de las cisuras de predominio en cisura menor sin neumoperitoneo, ni neumotórax, con aire a nivel de partes blandas en cuello y tórax, sin evidencia de fístula a nivel de tráquea.

•RX: hallazgos radiográficos se encuentran el signo de el anillo de la arteria pulmonar que se observa cuando el aire rodea la arteria o sus ramas principales, con ligera limitación del flujo.

## **INDICACIONES TERAPEUTICAS Y RESULTADOS OBTENIDOS**

Paciente con diagnóstico de ASMA, el cual se manejó con reposo, broncodilatadores, esteroides sistémicos, oxigenoterapia y profilaxis antibiótica. Fue egresado diez días después de su hospitalización asintomático y con remisión del enfisema subcutáneo.

## **IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:**

**Diagnostico etiológico:** ASMA

**Diagnostico sindromático:** Síndrome de dificultad respiratoria.

**Diagnostico diferencial:** EPOC

## **PRONOSTICO**

Reservado

Nombre y firma  
del médico tratante

Cedula Profesional  
3365675



## Resumen Clínico de paciente con ASMA

Pese a que el ASMA es un padecimiento con un curso clínico benigno y autolimitado, puede condicionar complicaciones mortales, por lo que debe enfatizarse la identificación e intervenciones terapéuticas tempranas para reducir la mortalidad y mejorar el pronóstico.

Es importante para el médico la identificación de los pacientes que presenten factores de riesgo y comorbilidades que puedan condicionar, el diagnóstico precoz y la alta sospecha clínica disminuye el riesgo de complicaciones con un resultado favorable para el paciente.

El pronóstico de esta entidad es bueno. La mayoría de los casos de asma son benignos, sin embargo, algunos casos presentan complicaciones graves como neumotórax a tensión y taponamiento cardiaco.

Es necesario iniciar el tratamiento inmediato para aliviar la disnea y mejorar la oxigenación del paciente. Se recomienda administrar oxígeno suplementario con mascarilla para elevar la saturación de oxígeno por encima del 92%. Además, se debe administrar un broncodilatador en dosis terapéuticas; en este caso se puede optar por salbutamol o epinefrina nebulizada y repetir varias veces si es necesario.

Se considera el uso de esteroides inhalados, como beclometasona o budesonida, debido a su acción antiinflamatoria que ayuda a reducir las sibilancias y la inflamación pulmonar. Los corticosteroides orales también pueden ser necesarios en casos más graves.

En cuanto al manejo sintomático adicional, se pueden dar antihistamínicos orales como cetirizina o loratadina para disminuir la respuesta adrenérgica sistémica asociada a los síntomas asmáticos.

Finalmente se debe monitorear cuidadosamente al paciente y evaluar su respuesta al tratamiento; si hay mejoría clínica significativa, el paciente puede ser dado de alta después de unas horas de observación recomendaciones específicas para continuar el manejo ambulatorio del asma.



# Historia Clínica General

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

**Nombre:** Juana Pérez Escobar  
**Sexo:** Femenino **Edad:** 50 Años  
**Ocupación:** Ama de casa  
**Estado civil:** Unión Libre. **Religión:** Católico  
**Dirección:** Calle Gpe Victoria, Barrio las Flores, Frontera Comalapa Chiapas  
**Nacionalidad:** Mexicana **Tipo de interrogatorio:** Directo  
**Responsable del paciente:** Juan Carlos Hernández Pérez (Hijo)

## ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

**Padre:** Fallecido a los 75 años de edad.  
Enfermedades que padece: DM2+HPTA  
**Madre:** Viva  
Enfermedades que padece: Negadas  
**Hermanos:** ¿Cuántos? 4 Vivos 4  
Enfermedades que padecen: Hermana Menor de 35 años de edad con presencia de DM2, Hermano mayor con DM2 desde los 45  
**Abuelos Paternos:** Fallecidos  
Enfermedades que padecen: Con antecedentes de DM2.  
**Abuelos Maternos:** Abuelo fallecido y abuela Viva.  
Enfermedades que padecen: Abuelo con antecedentes de CA Pulmonar.

## ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

**Casa Habitación:** Propia construcción de block, piso y techo de concreto hidráulico  
**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 o 2 veces por mes.  
**Tabaquismo:** Ocasional 1 o 2 veces por semana 1 cigarrillo.  
**Drogas:** Negadas.  
**Inmunizaciones:** Presencia de todas sus vacunas  
**ETS:** Negadas

## ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES.

**Cardiovasculares:** HPTA \_\_\_\_\_ **Pulmonares:** Sin alteraciones \_\_\_\_\_  
**Digestivos:** Sin alteraciones \_\_\_\_\_ **Diabetes:** desde hace 10 años aprox \_\_\_\_\_  
**Renales:** IRC desde hace 2 años \_\_\_\_\_ **Quirúrgicos:** Sin alteraciones \_\_\_\_\_  
**Alérgicos:** Negados \_\_\_\_\_ **Transfusiones:** Negados \_\_\_\_\_  
**Fracturas:** Negadas \_\_\_\_\_ **Traumatismos:** Cervical y Nervio Ciático \_\_\_\_\_  
**Medicamentos:** Transtec 20mg (Buprenorfina). *Especifique:* Por traumatismo en región de columna y nervio ciático. \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:

Menarquia \_\_\_\_\_ /4 años Ritmo Normal \_\_\_\_\_ F.U.M. \_\_\_\_\_  
G 3 P 3 A 0 C 2 I.V.S.A \_\_\_\_\_  
Uso de Métodos Anticonceptivos: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Cuáles? \_\_\_\_\_

## PADECIMIENTO ACTUAL.

Paciente que ingresa al servicio de urgencias de este hospital se encuentra con fiebre de 39°C, con tensión arterial de 160/95 mmHg, taquipneica en reposo, ingurgitación yugular, la auscultación cardíaca era rítmica, a 80 latidos por minuto, tenía disminución del murmullo vesicular en ambas bases pulmonares, el abdomen distendido, no doloroso, con hepatomegalia de 3-4 cm bajo reborde costal. Presenta edemas con fóvea hasta la rodilla, presenta desde una semana antes disnea de reposo, ortopnea, sensación de distensión abdominal, edemas hasta la rodilla y disminución de la diuresis.

## EXPLORACIÓN CLÍNICA

### Signos Vitales.

T.A: 160/90Mm/Hg F.C: 80Lx' F.R: 22Lx' Temp: 38.5 °C  
Peso: 109 Kg Talla: 170 cm SpO2: 94%

**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 le dificulta deambular solo, por debilidad. \_\_\_\_\_.

**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, la auscultación cardíaca era rítmica con disminución del murmullo vesicular en ambas bases pulmonares

**ABDOMEN:** Globo por presencia de tejido adiposo y con distension abdominal, timpánico, con peristalsis normal, no refiere dolor en algún cuadrante, con hepatomegalia de 3-4 cm bajo reborde costal resto sin compromiso

**GENITALES:** integras y funcionales

**EXTREMIDADES:** Integras y funcionales, a expensas de lesión en columna y dolor en pierna derecha por lesión en nervio ciático, paciente que Presenta edemas con fóvea hasta la rodilla

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

**-En los exámenes complementarios destacaba:** la cual muestra un importante aumento de creatinina (294  $\mu\text{mol/L}$ ) y del BUN (16.4  $\text{mmol/L}$ ), hiperpotasemia(5.03  $\text{mmol/L}$ ), glucosa en sangre (7.64  $\text{mmol/L}$ ) y disminución del hematocrito (34%).Na: 135  $\text{mEq/l}$ ; K: 5,2  $\text{mEq/l}$ ; troponina y creatina-cinasa: normales. Proteinuria de 3,4 g/24 horas.

**-El electrocardiograma** estaba en ritmo sinusal, con hipertrofia de ventrículo izquierdo y necrosis inferior antigua.

**-La radiografía** de tórax revelaba cardiomegalia y pequeño derrame pleural bilateral.

## **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 y 1000 ml de S. Glucosado al 5%) e insulina de acción rápida. Asimismo se instaura tratamiento diurético (furosemida) con la finalidad de disminuir la hiperpotasemia, la TA, y los edemas que presenta.

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

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

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

**Diagnostico diferencial:** Insuficiencia cardiaca congestiva.

## **PRONOSTICO**

Reservado

Nombre y firma  
del médico tratante

Cedula Profesional  
3365675

## **Resumen Clínico de paciente con ERC**

Pasado un periodo de 72 h, el paciente permanece tranquilo y colaborador, consciente y orientado en las tres esferas, habiéndose normalizado el cuadro de agitación e hipoglucémico. 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) y el paciente se muestra reacio a seguir las recomendaciones dietéticas propias para la IRC y diabetes.

### **Parámetros bioquímicos que me identifican enfermedad renal crónica.**

- Anemia Normo-Normo
- Elevación de azoados: Mayor elevación de creatinina.
- Elevación de Ac úrico
- Desequilibrio electrolítico: Aumento de potasio. (Hiperkalemia), Calcio bajo. (Hipocalcemia), Fosforo alto. (Hiperfosfatemia)
- Seudohipoparatiroidismo.
- Dislipidemias.
- Depuración de creatinina con tazas < de 40

### **Parámetros en EGO.**

Proteinuria  
Hematuria  
Leucocitosis (con o sin presencia de bacterias)

### **Caracterizado por síndrome nefrótico.**



# Historia Clínica General

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

**Nombre:** Jorge Escandon Cadena.  
**Sexo:** Masculino **Edad:** 48 Años  
**Ocupación:** Profesor de secundaria.  
**Estado civil:** Unión Libre. **Religión:** Católico  
**Dirección:** Calle Bugambilias Barrio Belisario, Comitán de Domínguez Chiapas  
**Nacionalidad:** Mexicana **Tipo de interrogatorio:** Directo  
**Responsable del paciente:** Jose Julian Escandon Rivera (Hijo)

## ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

**Padre:** Fallecido a los 84 años de edad.  
Enfermedades que padece: DM2+HPTA  
**Madre:** Viva  
Enfermedades que padece: Negadas  
**Hermanos:** ¿Cuántos? 4 Vivos 4  
Enfermedades que padecen: Hermana Menor de 35 años de edad con presencia de DM2, Hermano mayor con DM2 desde los 45  
**Abuelos Paternos:** Fallecidos  
Enfermedades que padecen: Con antecedentes de DM2.  
**Abuelos Maternos:** Abuelo fallecido y abuela Viva.  
Enfermedades que padecen: Abuelo con antecedentes de CA Pulmonar.

## ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

**Casa Habitación:** Propia construcción de block, piso y techo de concreto hidráulico  
**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 o 2 veces por mes.  
**Tabaquismo:** Ocasional 1 o 2 veces por semana 1 cigarrillo.  
**Drogas:** Negadas.  
**Inmunizaciones:** Presencia de todas sus vacunas  
**ETS:** Negadas

## ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES.

**Cardiovasculares:** HPTA                      **Pulmonares:** Sin alteraciones  
**Digestivos:** Sin alteraciones              **Diabetes:** desde hace 10 años aprox  
**Renales:** negados                              **Quirúrgicos:** Sin alteraciones  
**Alérgicos:** Negados                            **Transfusiones:** Negados  
**Fracturas:** Negadas                          **Traumatismos:** Cervical y Nervio Ciático

## PADECIMIENTO ACTUAL.

Paciente inicia su enfermedad un mes antes de ingresar al hospital, con sensación de debilidad, asociada a disnea a grandes esfuerzos, posteriormente a medianos esfuerzos. Simultáneamente tiene náuseas y nota que la orina se torna de color café. Acude a médico particular quien le diagnostica infección urinaria y le prescribe Ciprofloxacino y Gentamicina; con estos medicamentos no nota mejoría, Sintomatología que aumenta progresivamente y vuelve a consultar con su médico quien luego de exámenes auxiliares le diagnostica insuficiencia renal y le sugiere control hospitalario.

## EXPLORACIÓN CLÍNICA

### Signos Vitales.

T.A: 145/90Mm/Hg      F.C: 60Lx'      F.R: 22Lx'      Temp: 38.5 °C  
Peso: 60 kg      Talla: 167 cm      SpO2: 98%

**HABITUS EXTERIOR:** paciente que se encuentra en regular estado general, buen estado de nutrición.

**SISTEMA NERVIOSO:** sin alteraciones aparentes.

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

**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, la auscultación cardíaca era rítmica con disminución del murmullo vesicular en ambas bases pulmonares

**ABDOMEN:** Globoso por presencia de tejido adiposo y con distension abdominal, timpánico, con peristalsis normal, no refiere dolor en algún cuadrante, con hepatomegalia de 3-4 cm bajo reborde costal resto sin compromiso

**GENITALES:** integras y funcionales con salida de orina oscura color cafe.

**EXTREMIDADES:** Integras y funcionales, con discreto edema en miembros inferiores.

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

**-Hb:** 8gr/dl Hemograma: L:6300 mm<sup>3</sup> Abastados: 4%, Linfocitos 35%.

**-Examen de orina:** Proteínas 2+, sangre oculta 3+, leucocitos 2-3/campo, hematíes: 40-60/campo.

**-Urocultivo :** negativo.

**-En el frotis de sangre** las plaquetas aparecen normales, hipocromía+ , anisocitosis + . Reticulocitos: 0.6%.

**-Anticuerpos para hepatitis B y C:** negativos

**-Proteínas Totales:** 7,9 gr/dl ; Albúmina: 3,8gr/dl;

**-VSG:** 64 mm/hora; C3 : 64 mg/dl (90-120 mg/dl). C4 12,8mg/dl. Proteinuria: 790 mg/24 horas.

**-Gasometria A:** FiO<sub>2</sub> = 0,21 pH: 7.36, PCO<sub>2</sub> : 34 mmHg, PO<sub>2</sub> : 100 mmHg, HCO<sub>3</sub> : 19,9mEq/L.

**-Electrolitos séricos:** todos en límites normales.

**-Ecografía renal :** Riñón Derecho: 120 x 53 x 45 mm. Corteza : 21 mm Riñón izquierdo : 130 x 63 x 52 mm. Corteza: 24 mm Radiografía de tórax: Silueta cardíaca y campos pulmonares normales.

## **INDICACIONES TERAPEUTICAS Y RESULTADOS OBTENIDOS**

Paciente que ingresa al área de hospitalización para corregir sintomatología y darle seguimiento.

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

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

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

**Diagnostico diferencial:** Insuficiencia cardíaca congestiva.

## **PRONOSTICO**

Reservado

Nombre y firma  
del médico tratante

Cedula Profesional  
3365675



## Resumen Clínico de paciente con ERA

Los datos previos permiten plantear los siguientes síndromes:

**Urémico:** Caracterizado por náuseas, vómitos, encefalopatía: asterixis, laxitud, fatiga, debilidad, elevación de Urea y BUN

**Anemia:** Con hipocromía, anisocitosis, e índice reticulocitario disminuido corresponden probablemente a ferropenia. Aunque la ferropenia suele asociarse a pérdida digestiva o ginecológica ellas no han sido referidas en la historia. Otras causas de defectos de producción como déficit de ácido fólico y B12 cursan con megaloblastosis. Algunos de los síntomas expresados por la paciente podrían ser consecuencia de la anemia: debilidad, fatiga y la disnea progresiva.

**Hipertensión arterial:** Debemos considerarla como de origen secundario, ya sea a la insuficiencia renal aguda o al síndrome nefrítico.

**Síndrome Nefrítico:** Caracterizado por hematuria, hipertensión arterial, edemas, y proteinuria en el rango no nefrótico

**IRA:** es definida como el deterioro brusco y progresivo de la función renal; característicamente con riñones de tamaño normal. El corto tiempo de evolución referido en la paciente y la descripción ecográfica de riñones de tamaño normal obligan a considerar este diagnóstico.

### **Parámetros bioquímicos que me identifican enfermedad renal crónica.**

- Anemia Normo-Normo
- Elevación de azoados: Mayor elevación de creatinina.
- Elevación de Ac úrico
- Desequilibrio electrolítico: Aumento de potasio. (Hiperkalemia), Calcio bajo. (Hipocalcemia), Fosforo alto. (Hiperfosfatemia)
- Seudohipoparatiroidismo.
- Dislipidemias.
- Depuración de creatinina con tazas < de 40