



*Nombre de la licenciatura:* **Medicina Humana**

*Campus:* **San Cristóbal**

*Nombre de la materia:* **Clínicas Medicas Complementarias**

*Nombre del alumno:* **José Sánchez Zalazar**

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

*Nombre del tema:* **Casos clínicos**

*Semestre:* **7to**

*Parcial:* **3ro**

Fecha: **sábado 09 de noviembre del año 2024**

Ciudad: **San Cristóbal de las casas Chiapas, México.**

## **CASO CLINICO 1 CRISIS ASMÁTICA**

Paciente mujer de 20 años acude al servicio de Urgencias acompañada por su pareja. La paciente presenta los siguientes síntomas: disnea, confusión, fatiga y sibilancias. Tras la entrevista su pareja nos comenta que han estado paseando por el parque y que ella sufre asma bronquial desde la niñez en tratamiento con salbutamol ocasional.

### **Clínica:**

La paciente presenta sibilancias, opresión en el pecho y dificultad para respirar, en ese momento se objetiva una saturación de oxígeno de 94%.

### **Manejo:**

A su llegada, empieza con oxigenoterapia con gafas nasales a 2 litros por minuto en posición semisentada. Tras la auscultación y recogida de datos se diagnostica crisis asmática moderada. Se administra una nebulización con Salbutamol + Bromuro de Ipatropio + 4 ml de suero fisiológico. Se administra vía intramuscular 60 mg de Metilprednisolona.

### **Evolución:**

Tras el tratamiento la paciente refiere una mejoría significativa y en una hora se encuentra en condiciones de regresar a su domicilio. Se informa a la paciente lo ocurrido y que debe acudir a su centro de salud para que su médico de atención primaria valore modificar el tratamiento o realizar las pruebas de alergia pertinentes.

### **Sugerencias:** Educar

Explicar al paciente y al familiar que el asma no tiene cura pero que existe una adecuada terapia farmacológica que limita los síntomas, pero lo cual eso no significa que no deba cuidarse, ya que, de acuerdo con lo anterior, probablemente la paciente sea alérgica al polen lo que desencadenó su crisis.

También se le explica la importancia de reconocer los síntomas significativos de crisis asmática, así como la adherencia al tratamiento.

Recordamos que debe llevar siempre con ella la medicación de rescate y le explicamos el funcionamiento de los inhaladores.

## CASO CLINICO 2 EPOC

Mujer de 72 años que acude a urgencias del Hospital por presentar Disnea de pequeños a mínimos esfuerzos y en reposo, tolerando mal el decúbito y empleando Salbutamol en múltiples ocasiones sucesivas al no encontrar mejoría. Tras ello empieza con tos, palpitaciones y dolor centrotorácico opresivo de 6 días de evolución. El dolor es no irradiado y se presenta solamente tras la disnea de reposo. No fiebre termometrada.

**ntecedentes personales:** Obesidad. Fumadora de 1paq/día. No antecedentes cardiológicos. ni quirúrgicos. No alergias medicamentosas conocidas. Medicada con Atorvastatina 40 mg 0-0-1, Salbutamol a demanda.

**Exploración general:** TA: 161/89 mmHg , FC: 112 l.p.m., Saturación de O<sub>2</sub>: 96% con gafas nasales a 2'5L. Consciente, orientada en tiempo y espacio, normohidratada y normocoloreada. Eupneica en reposo. AC: tonos rítmicos, sin soplos. AP: sibilantes predominantes en base izquierda y roncus dispersos.

**Evolución:** Ingresa por insuficiencia respiratoria severa pero no se efectúa gasometría estudios indican, elevación muy leve de troponina y alteraciones ECG en el escenario de dolor torácico que parece atribuible a aumento de la FC, sobredosificación de salbutamol y la propia insuficiencia respiratoria.

Se decide hacer una interconsulta a Neumología, quienes efectúan estudio funcional respiratorio, diagnosticándola de EPOC moderado, pautan tratamiento e indican control y revisión por Neumología de área. Se consigue una importante mejoría clínica y se realiza test de estrés con dobutamina que resulta negativo para isquemia miocárdica.

**Tratamiento farmacológico:** Omeprazol 20 mg; Diltiazem 90 mg, Prednisona 10 mg: con pauta descendente; Symbicort Turbuhaler 160/4,5 DE-CE; Spiriva Handihaler caps. 18 mcg 1 cápsula; Adiro 100 mg 1 comp diario y Paracetamol 1 g, DE-CO-CE. Seguir con Atorvastatina 40 mg, CE

**Sugerencias:** No fumar y evitar ambientes con humo de tabaco, debido a que el humo del tabaco es el principal desencadenante para el proceso inflamatorio en la EPOC.

Llevar a cabo estilos de vida saludables. Explicar los síntomas o que si llegar a presentar síntomas similares o dificultad ara respirar acudir inmediatamente a urgencias.

## CASO CLINICO 3 NEUMONIA

Paciente preescolar de 2 años, de sexo masculino, 15 kg, con esquema de vacunación completo para la edad, sin antecedentes mórbidos de relevancia.

Presenta cuadro clínico prehospitalario de 2 días de evolución con pródromos catarrales, seguido de sensación febril, de inicio súbito, sin predominio de horario; tos de inicio brusco, seco que luego se vuelve productivo, disneizante, no cianotizante, taquipnea.

**Manejo:** Es llevado por la madre a consultorio donde es diagnosticado con NAC (Neumonía Adquirida en la Comunidad) e inicia tratamiento con Amoxicilina +Sulbactam.

**Evolución:** Vuelve a consultar 72h después por empeoramiento del cuadro, al que se le agrega disnea de inicio insidioso de 6hrs de evolución a expensas de tiraje intercostal y supraclavicular bilateral y obstrucción de VAS (Vía Aérea Superior) por mocos.

En el examen físico se constata FC: 128 lpm, FR: 60 rpm, SatO<sub>2</sub>: 91%, temperatura: 37,2°C, MV rudos, sibilancias en campo pulmonar medio y derecho, crepitante basal bilateral, por lo que ingresa al servicio.

Los estudios complementarios a su ingreso destacan: radiografía de tórax con patrón intersticial de afectación multilobular.

**Tratamiento:** Cefotaxima y azitromicina. La evolución clínica al cuarto día de internación fue favorable, mostrando mejoría del tiraje, a la auscultación se constata la disminución de ruidos patológicos, signos vitales dentro de los parámetros normales, por lo que se decide continuar terapia ambulatoria con amoxicilina hasta completar 14 días.

**Sugerencias:** Se recomienda inmunización anual en todas las personas, con una dosis doble calendarizada en niños menores de 8 años que no han sido previamente inmunizados y una dosis única para el resto de la gente.

Explicar a los papas debe sospechar neumonía en todo paciente que presente fiebre, taquicardia, disminución de sonidos respiratorios, sensación de falta de aire y crepitaciones a la auscultación, que cuando estos síntomas se presenten deben acudir a urgencias y no medicarlo por cuenta propia, la atención oportuna puede salvar vidas

## CASO CLINICO 4 ANEMIA

Mujer de 97 años que acude a urgencias por haber realizado un vómito con restos hemáticos, debilidad generalizada y dificultad respiratoria a esfuerzos moderados. Acude acompañada de su hija, que es su cuidadora principal.

**Antecedentes personales:** Diabetes Mellitus tipo II (DM II); Insuficiencia renal crónica (IRC); Insuficiencia Cardíaca (IC); Fibrilación Auricular (FA); Helicobacter Pylori (erradicado); Anemia Ferropénica crónica de posible origen digestivo; Incontinencia Urinaria; Colon Irritable; Artrosis.

**Antecedentes quirúrgicos:** Cataratas, Túnel carpiano.

**Medicación actual:** Metformina 850mg 1-0-1; Jardiance: 1-0-0; Hidroferol; AAS 100 mg: 0-1-0; Eliquis 2,5 mg: 1-0-1; Ferbisol 100 mg: 1-0-0; Nitroplast 10 mg: De 9 a 21h; Ivabradina 5 mg: 1-0-1; Furosemida: 1-0-0; Amlodipino 5 mg: 1-0-0.

**Exploración física:** Tensión arterial (TA): 92/49 mmHg, Frecuencia Cardíaca (FC): 92 p.m., Temperatura (T<sup>a</sup>). 35,90 °C, Saturación de Oxígeno (SatO<sub>2</sub>): 95%. Glucemia: 149mg/dl.

Consciente, orientada en las 3 esferas, pálida, presenta disnea a esfuerzos moderados y sensación de debilidad y mareo.

Auscultación cardíaca (AC): Ruidos cardíacos arrítmicos con soplo sistólico. Auscultación pulmonar (AP): Murmullo vesicular conservado con crepitantes hasta campos medios.

**Laboratorio:** Bioquímica: Glucosa: 185 Urea: 95 Creatinina: 0.7 FG: 72.9 Prot T: 5.6 Albúmina: 3.26 Bi T: 0.29. PCR: 0.55

Hemograma: Hb: 49; Hto 15%; VCM: 103; reticulocitos: 10%; PLQ: 246000; leucocitos: 9300 (89%N)

Estudio básico de anemia: Sideremia: 120; transferrina: 241; ferritina: 73; IST: 39.

Hemostasia: Act. de protrombina 1068; fibrinógeno derivado 567 mg/dl.

Gasometría venosa: pH 7.41, pCO<sub>2</sub> 42, Bicarbonato 26.6, Ac. Láctico 2.4

**Impresión diagnóstica:** Anemia severa.

**Tratamiento recibido en urgencias:** Omeprazol 40 mg en 100cc SF IV, Ondansetron 8mg 1 vial en 100 SF IV, Ferinject 1000 mg IV

**Sugerencia:** continuar con los cuidados necesarios bajo las siguientes indicaciones médicas:

Dieta absoluta, Control de constantes c/8h, Bomba de Omeprazol 100mg c/12h., Suero glucosalino 500 cc c/8h., Transfusión de 2 concentrados de hematíes, Suspende AAS y Eliquis.

## CASO CLINICO 5 IRA

Paciente de 60 años que acude a urgencias por cuadro diarreico de 23 días de evolución con hipotensión y deterioro de la función renal.

Antecedentes personales:

- HTA en tratamiento farmacológico
- DM tipo 2 de 7 años de evolución en tratamiento con ADO.

Enfermedad actual: Paciente presenta desde hace más de 20 días un cuadro de náuseas y vómitos abundantes junto con deposiciones diarreicas (4 ó 5 al día) líquidas y sin productos patológicos. No refiere sensación distérmica. El paciente si refiere haber disminuido la diuresis en los últimos días.

Hace dos días, acude a su médico de atención primaria que le receta Primperán y diuréticos por disminución de la diuresis. Ante la no mejoría del cuadro acude a Urgencias.

**Anamnesis:** Refiere pérdida de peso de 2 kg en las últimas 2 semanas relacionado con el cuadro diarreico que presenta. No refiere fiebre. Pálido y sequedad de piel y mucosas.

**Digestivo:** Presenta náuseas y vómitos biliosos cuatro veces al día. Cuadro diarreico 4-5 deposiciones/día sin sangre, moco o pus. Refiere pirosis, pero no disfagia ni regurgitación.

**Genitourinario:** No presenta disuria, pero si disminución de la diuresis en los últimos días. No presenta síntomas de prostatismo.

**Exploración física:** TA:90/50 FC 100lpm Tº 36°C

Consciente y orientado en espacio, tiempo y persona. BEG, normoperfundido, deshidratado. Eupneico

CYC: No aumento de PVY, no se palpan adenopatías, tiroides normal. Carótidas rítmicas y simétricas. No se auscultan soplos. SIGNO DEL PLIEGUE POSITIVO.

### Estudios complementarios:

De acuerdo con estudios laboratoriales se confirmó que la paciente tenía una IRA, fue transferido a servicios de nefrología.

### Sugerencias o cometarios:

Los síntomas y signos van a depender de la forma clínica y severidad de la IRA intrínseca. Puede haber anuria, oliguria o mantener un volumen urinario normal. Dependiendo de ello puede presentarse edema o signos de sobrehidratación<sup>1</sup>.

El mejor tratamiento de la IRA, es la prevención.

Las medidas más importantes son: mantener una adecuada perfusión renal, evitar el uso de drogas nefrotóxicas y si es imprescindible su uso utilizar las dosis corregidas, usar racionalmente los estudios con sustancia de contraste.

## CASO CLINICO 6 ERC

Masculino de 55 años, es remitido a la consulta de nefrología por su médico de cabecera debido a una elevación progresiva de su creatinina sérica y proteinuria, a la anamnesis refiere fatiga crónica, dolor en las piernas y pies, edema en piernas y pies, poliuria (orina excesiva) Nocturia (orina durante la noche)

**Antecedentes Patológicos:** Hipertensión arterial (10 años), Diabetes mellitus tipo 2 (8 años), Dislipidemia (5 años), Enfermedad cardiovascular (infarto de miocardio, 3 años atrás)

**Examen Físico:** Presión arterial: 160/90 mmHg, frecuencia cardíaca: 80 bpm, edema en piernas y pies, Signos de vascularización retiniana (fundoscopia)

**Pruebas Diagnósticas:** Creatinina sérica: 2,5 mg/dL (normal: 0,6-1,2 mg/dL), Urea en sangre: 60 mg/dL (normal: 15-45 mg/dL), Proteinuria: 2 g/24 horas (normal: <150 mg/24 horas), Hemoglobina: 11 g/dL (normal: 13,5-17,5 g/dL), Electrocardiograma (ECG): signos de hipertrofia ventricular izquierda

**Diagnóstico:** Enfermedad renal crónica (ERC) estadio 3B, según la clasificación KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes)

**Tratamiento:**Control de la hipertensión arterial con medicamentos (inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, bloqueadores de los receptores de angiotensina)

Control de la diabetes mellitus con medicamentos (metformina, inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4), dieta baja en proteínas y sodio, Suplementos de vitamina D y calcio, Monitorización regular de la función renal y electrocardiograma

**Sugerencias:**Consultas de nefrología cada 3 meses, Monitorización regular de la función renal y electrocardiograma, Ajustes en el tratamiento según sea necesario, Mejorar la calidad de vida del paciente

Este caso clínico ilustra la importancia de un enfoque integral en el manejo de la enfermedad renal crónica, incluyendo el control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, la dieta y los suplementos, y la monitorización regular de la función renal.

“La detección temprana es clave en la prevención de enfermedades graves.”