



**Mi Universidad**

**CASO CLINICO**

*LUIS ANTONIO DEL SOLAR RUIZ*

*CASO CLINICO*

*TERCER PARCIAL*

*CLINICAS COMPLEMENTARIAS*

*DR. DARINEL NAVARRO PINEDA*

*LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA*

*SEPTIMO SEMESTRE*

*SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS A 8 DE NOVIEMBRE DEL 2024*

## CASO CLINICO 1:

Paciente de 81 años que ingresa al hospital de las culturas por anemia ferropénica grave para realizar estudio. Acude con astenia muy marcada, apetito conservado, sin signos de sangrado aparente y sin pérdida de peso.

### Antecedentes médicos relevantes

- Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus (DM) con antidiabéticos orales (ADOs), Dislipemia.
- Estenosis aórtica moderada. Mixoma auricular intervenido hace un año.
- En tratamiento con Edoxaban por FA rápida previa.
- Hipotiroidismo primario.
- Artrosis.
- **Anemia crónica mixta:** tratada con Hierro (Fe) y Vit. B12. Hace unos meses agudización de la anemia que requiere 4 transfusiones sanguíneas y Fe intravenoso (IV). Se va a casa en seguimiento por hematología con Ferinject + B12 intramuscular (IM).
- Insuficiencia renal crónica en etapa 3b.
- Síndrome vertiginoso.

### Pruebas complementarias relevantes

- **Laboratorio:** Hemoglobina (Hb): 7.3 g/dL, Ferritina 637 ng/mL, TSH 2.28 mU/L, Creatina 1.27.
- **Colonoscopia:** Normal, hemorroides internas.
- **Cápsula endoscópica:** 3 úlceras intestino delgado, con dudosa significación patológica.

### Exploración general

- Consciente y orientada. Buen estado general. Palidez mucocutánea.
- Signos vitales estables. TA 116/60, FC 78x', SatO2 96%, Eupneica, temperatura 36,2.
- Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. Peristaltismo conservado.
- **Peso:** 64 kg, Talla: 1,52 m, IMC 27.7 (sobrepeso).
- **Diagnóstico:** Fatiga, relacionado con (r/c) Disminución de la hemoglobina y de la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre (Anemia), manifestado por (m/p) sensación de cansancio constante, disminución de la energía y palidez cutánea.

- **Para aliviar la fatiga:**
  - Administraremos transfusiones de sangre según las indicaciones médicas.
  - Supervisaremos y administraremos suplementos de hierro y vitamina B12.
  - Fomentaremos los periodos de descanso y reducir la actividad física intensa.
  - Monitorearemos la evolución de la fatiga y ajustaremos las intervenciones según sea necesario.
- **Para prevenir caídas:**
  - Ayudaremos a la paciente en sus movimientos y transferencias si es necesario.
  - Implementaremos medidas de seguridad, así como la utilización de dispositivos de ayuda si son necesarios.
  - Registrar y revisar cualquier incidente de caídas y ajustar el plan de prevención en consecuencia.
- **Para prevenir la desnutrición:**
  - Pese a que la paciente conserva el apetito y no ha perdido peso, realizaremos un registro de la ingesta de alimentos y líquidos, así como pesar a la paciente periódicamente para detectar posibles pérdidas de peso.
  - Revisar los niveles de electrolitos y vitaminas regularmente.
  - Referir al equipo de nutrición para elaborar un plan dietético.
  - Ajustar el plan según los resultados de laboratorio y evolución clínica.
- **Para mejorar el conocimiento:**
  - Proporcionaremos información y educación sobre la anemia, sus causas y el tratamiento.
  - Explicar la importancia de la sustitución de la vitamina B12, mediante la administración de inyecciones mensualmente durante el resto de su vida y así tratar la deficiencia.
  - Educar sobre alimentos ricos en hierro, ácido fólico y vit. B12 a través de una dieta equilibrada y variada que incluyan verduras de hoja verde oscura, pescado, carne, aves de corral, huevos y leche.
  - Educar sobre los suplementos de hierro que se administrarán por vía oral con comidas para evitar molestias gástricas, y el ácido fólico tomarlo con un vaso lleno de agua.
  - Involucrar a la familia en la educación y el apoyo a la paciente.
- 

## CASO CLINICO 2:

Varón de 37 años que reside en un pueblo de la Comunidad de Chiapas, totalmente independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Sin antecedentes personales ni patológicos de interés. No alergias medicamentosas conocidas.

Acude al Servicio de Urgencias hospitalarias por dolor torácico a punta de dedo en hemitórax derecho. Refiere cuadro catarral con aumento de tos y expectoración verdosa, asociada con fiebre de 38°C de predominio vespertino de 7 días de evolución. No presenta dificultad para respirar. Niega náuseas y vómitos. Hábito deposicional sin alteraciones. No refiere clínica miccional. Apetito disminuido con ingesta conservada.

Esta noche ha presentado dolor punzante a punta de dedo en hemitórax derecho que ha interrumpido el descanso nocturno, además de malestar general, motivo por el cual decide acudir a Urgencias.

#### **Antecedentes:**

- No intervenido quirúrgicamente.
- Fumador de al menos 10 cigarrillos/día.
- Sin alergias conocidas.

#### **Exploración física**

- Constantes vitales: TAS 127mm Hg TAD 82 mm Hg. Pulso 92 latidos por minuto. Temperatura axilar 37°C. Frecuencia respiratoria 16 respiraciones/min. Saturación de oxígeno 98% con FiO2 21%.
- Cuello: no adenopatías.
- Tórax: Dolor a la palpación a punta de dedo en últimos arcos costales derechos, baja línea mamaria. No crepitación. No dolor a la compresión esternal ni costal. Auscultación cardíaca rítmica sin ruidos patológicos. Auscultación pulmonar sin roncus ni sibilantes.
- Abdomen: peristaltismo de progresión. Blando y depresible, no dolor a la palpación.

#### **Pruebas complementarias:**

- **Analítica de sangre:** se aprecian valores alterados en las distintas pruebas sanguíneas que nos hacen sospechar que hay una infección.
  - Valores alterados en hemograma: Linfocitos 15.9 %; Neutrófilos  $8 \times 10^9$ .
  - Valores alterados en bioquímica: Glucosa 100mg/dl; Aspartato transferasa 51 U/L; Alanina transferasa 72 U/L; Proteína C reactiva 128,5 mg/L.
  - Hemocultivos: pendientes de resultados de laboratorio.

Resto de valores dentro de la normalidad.

- **Analítica de orina:** antigenurias negativas.

- **Radiología:** en la Rx antero-posterior y lateral se aprecia una imagen de consolidación en lóbulo medio derecho.
- **ECG:** sin alteraciones en la repolarización. Ritmo sinusal.
- **Antígenos Covid:** negativo.
- **PCR Covid:** negativo.
- **PCR Gripe:** negativo

## DIAGNOSTICO

Neumonía adquirida en la comunidad del lóbulo medio derecho

## EVOLUCIÓN

Durante su estancia en urgencias el paciente permanece hemodinámicamente estable, no precisa aporte de oxígeno ya que mantiene saturaciones de oxígeno en rango y buena mecánica respiratoria. La temperatura axilar cede con el tratamiento administrado, presentando valores dentro de la normalidad,

Se canalizó una vía periférica de la que se extrajo analítica de sangre y por la que se administró el tratamiento antipirético; metamizol 2 g. endovenoso y tratamiento antibiótico; amoxicilina 1 g. endovenoso.

Se le explicaron los resultados obtenidos, así como los signos y síntomas de alarma. Se ajustó su tratamiento domiciliario y se decidió dar alta a domicilio.

Acudirá a su médico de atención primaria para seguimiento y control del proceso

## CASO CLINICO 3:

Paciente de 62 años, fumador de 1 paquete al día durante 44 años. Trabajó en la construcción y en la agricultura (en contacto con animales como gallinas, conejos y domésticos). El motivo de la consulta principal es la disnea de esfuerzo, que es un motivo de consulta general en consultas de neumología. Se sospecha de EPOC por la presencia de síntomas respiratorios en un paciente fumador. En la espirometría vemos la FEV1 y FEV1/FVC con unos niveles anormales.

## EXPLORACION

El paciente presenta un buen estado general. En la inspección no encontramos signos significativos pues no presenta ni cianosis, ni acropaquias (signos de gravedad). La

saturación se encuentra dentro de los valores normales, no presenta hipoxia. En cuanto a la auscultación cardíaca, la ausencia de soplos cardíacos y de edemas en los miembros inferiores no nos orienta hacia patología cardíaca, podemos descartar enfermedades como la insuficiencia cardíaca o cardiopatía valvular. La auscultación respiratoria no está alterada, la ausencia de crepitantes nos indica que no se trata de un problema intersticial, y la ausencia de sibilancias no nos orienta hacia el diagnóstico de asma. El EPOC leve o moderado apenas suele aportar datos muy significativos en la exploración física. Sin embargo, en estadios graves de la enfermedad al realizar la auscultación respiratoria podríamos observar una espiración alargada (en la inspección del paciente podríamos observar cómo respira con los labios fruncidos), disminución del murmullo vesicular más la presencia de roncus y sibilantes. Otros signos de EPOC son el tórax insuflado, la pérdida de peso y de masa muscular, e incluso la posición que adopta el paciente (sentado con los brazos apoyados, permite una mejor función de los músculos respiratorios accesorios).

Analítica dirigida Respecto a la analítica dirigida se solicitaron pruebas de hematimetría, las cuales incluían serie roja, serie blanca y serie plaquetaria. Se solicitó además una bioquímica general de sangre en el que medimos glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, proteínas totales, bilirrubina total, GPT, GGT, ALP, sodio y potasio. También se le realizó un perfil lipídico al paciente en el que se le midió colesterol total, HDL, LDL (calculado) y triglicéridos. Por último, respecto a proteínas específicas, se solicitó alfa-1-antitripsina. Los resultados de la analítica fueron:

- Todos los parámetros se encuentran dentro de la normalidad a excepción de los que se mencionarán a continuación.
- Únicos valores fuera del rango de normalidad:
  - Leucocitos 11'33                      Referencia 3'9-10'20
  - Potasio 5'30                              Referencia 3'50-5'10
  - Colesterol T 255                      Referencia 140-200
  - LDL (calculado) 180                      Referencia 10-130

Pese a que estos valores se encuentren por encima de los valores normales, ninguno es significativo ni representativos para sospechar ninguna patología. CONCLUSIÓN: Analítica anodina - poco relevante.

## Exploraciones complementarias

### a) Espirometría:

- FEV1: 77,9. Siendo < 80%, lo que es indicativo de EPOC.
- FEV1/FVC: 61,54. Siendo < 70%, lo que es indicativo de EPOC.

- DLCO:69,2. Siendo los valores normales 80-120%.

b) Radiografía: observamos que los hemidiafragmas están aplanados, lo que nos indica que hay una hiperinsuflación de tórax.

Diagnóstico: Debido a el buen estado general del paciente, ya que se encuentra consciente, eunuco en reposo, sin acropaquias ni cianosis y la presencia de los síntomas de cuatro meses de evolución, el diagnóstico se puede orientar a un proceso crónico. Por tanto, en base a las exploraciones complementarias, las pruebas de imagen y la analítica de sangre se puede proceder a una orientación diagnóstica. Los antecedentes del paciente como fumador activo y la disnea de esfuerzo nos llevan a sospechar de una EPOC por lo que se procede a realizar una espirometría al paciente. En ella vemos un FEV/FVC de 64.04l (normal >70%), siendo dichos valores típicos de un patrón obstructivo lo que nos confirma la sospecha de EPOC, además la DLCO (69.2%) se encuentra disminuida (80-120% valores normales). En conclusión, el estudio funcional respiratorio revela un aumento del aire atrapado con una obstrucción del flujo aéreo, hipoxemia e hipercapnia y descenso de la capacidad de difusión. La disnea de grado 0 e intolerancia al ejercicio como síntomas predominantes, unido a los resultados del estudio funcional indican una EPOC de fenotipo enfisema que se acompaña de signos de hiperinsuflación como podemos observar en el TC torácico.

#### CASO CLINICO 4:

Paciente que acude a la consulta en el hospital de las culturas tras varios episodios de sensación de ahogo durante el ejercicio físico. Refiere haberle ocurrido desde hace relativamente poco, realiza triatlones desde hace 10 años y no le había ocurrido hasta hace 3 meses.

- Alergias: no conocidas.
- Antecedentes personales: miopía.
- Hábitos tóxicos: No fumador. Bebedor ocasional.
- Medicación actual: Ninguna.
- Signos vitales:
  - Tensión arterial: 130/60
  - Frecuencia cardíaca: 52 ppm
  - Temperatura: 36,6°C
  - Saturación oxígeno: 94%.

– Exploración física:

- Buen estado general, eupneico.
- No roncus, no sibilancias, no crepitantes.

– Pruebas solicitadas:

- Analítica de sangre y orina.
- Radiografía de tórax.
- Espirometría basal simple,
- Espirometría con broncodilatadores.
- Prueba de esfuerzo cardiopulmonar para descartar patología cardíaca.

Diagnostico:

déficit de actividades recreativas r/c actividades recreativas insuficientes m/p el asma bronquial no le permite dedicarse a la actividad que realizaba.

**Evolución:** El paciente fue diagnosticado de asma inducida por el ejercicio. Pudo continuar realizando actividades físicas, pero no las de alta intensidad que realizaba. Para evitar crisis, se recomendó tomar agonista  $\beta$ -2 de acción corta inhalado (salbutamol) 15 minutos previos al ejercicio. Se recomienda el ejercicio regular ante esta enfermedad, ya que mejora los síntomas y la calidad de vida; pero es importante saber que el ejercicio intenso puede ser perjudicable.

CASO CLINICO 5:

Paciente varón de 73 años, que acude a la Unidad de Hemodiálisis del Hospital tres veces en semana (martes, jueves y sábados), con diagnóstico principal enfermedad renal crónica (ERC) 5D no filiada, de etiología multifactorial.

Historia:

En general, el paciente se considera una persona enferma, especialmente debido a la gran cantidad de limitaciones que ha sufrido en su vida a causa de las múltiples patologías que padece, siendo la enfermedad renal su principal preocupación.

*Antecedentes personales:*

- Hipertensión arterial de larga evolución. Cardiopatía hipertensiva, con esclerosis aórtica, sin recuperación hemodinámica.
- Dislipemia. No DM.
- Enfermedad renal crónica secundaria a nefroangioesclerosis. Episodio de reagudización por probable nefritis tubulointerstitial aguda por Ceftriaxona en Enero de 2019. Progresión a ERC estadio 5 de origen multifactorial (obstrucción crónica, nefrotóxicos).



- Deterioro de la función renal actual por contracción de volumen.
- Adenocarcinoma acinar de próstata.
- Adenocarcinoma de recto alto.

Exfumador desde 1999 (1 paquete/día desde los 25 años), con un IPA (Índice paquete año) de 28 paquetes/año.

No bebedor.

Alergia a Ceftriaxona. Intolerancia a Tramadol. No alergias alimentarias conocidas.

*Antecedentes familiares:*

madre fallecida por causa desconocida. Padre fallecido por Ca vejiga. Dos hermanos: uno fallecido por cardiopatía isquémica tipo infarto, y una hermana hipertensa.

Realiza un tratamiento interdiálisis:

- Aranesp 80 mcg (Darbepoetina alfa). Indicada para el tratamiento de la anemia sintomática asociada a la insuficiencia renal crónica. Estimula la eritropoyesis por el mismo mecanismo que la hormona endógena. (una vez a la semana IV).
- Heparina sódica 1%: 3000 1000 500 UI en cada sesión.
- El paciente realiza 4 comidas diarias. Comenta comer de todo, pero con moderación; refiere llevar a cabo una dieta sin sal, un control exhaustivo de los hidratos de carbono y suprime los elementos con alto contenido en potasio (frutas, pan integral, frutos secos etc.).
- Realiza doble cocción a algunas legumbres, verduras y hortalizas. Todos los lácteos que ingiere son desnatados y comenta que las frutas que más come son las peras y las manzanas.
- Toma suplementos vitamínicos (Ácido fólico y vitamina B12).
- El paciente manifiesta que sigue sus restricciones alimentarias, aunque ocasionalmente tiene dudas sobre qué alimentos están terminantemente prohibidos y aquellos que puede ingerir de forma muy ocasional.

Mucosas normocoloreadas, piel caliente al tacto, hidratada, signo de pliegue cutáneo negativo (<2 segundos). Presenta signos de infección en el punto de inserción del catéter (enrojecimiento de piel pericatóter, hipersensibilidad y dolor al manipular el mismo).

No presenta petequias. No presenta edemas. Tampoco presenta prurito, ni úlceras por presión.

Mucosa oral sonrosada e hidratada, sin lesiones. En cuanto a la dentadura, es portador de prótesis en maxilar superior e inferior.

Exploración abdominal: abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin palpación de masas ni visceromegalias.

- Peso seco: 77 Kg.
- Talla: 176 cm.
- IMC: 24.86 Kg/m<sup>2</sup> (Normopeso).
- Temperatura axilar: 35.6°C.
- **Diagnóstico principal:** Varón de 73 años con diagnóstico de enfermedad renal crónica (ERC).
- **Deambulacion:** adecuada, sin precisar ayudas técnicas.
- **Alergias:** Alergia a Ceftriaxona. Intolerancia a Tramadol. No presenta alergias alimentarias conocidas.
- **Peso seco del paciente:** 77kg.
- **Acceso vascular:**
  - Tipo de acceso: catéter venoso tunelizado subclavio izquierdo (inserción 12/08/2019 e inicio 12/10/2019), de doble luz.
  - Flujo de Sangre: 350mL/min.
- **Pauta de hemodiálisis:**
  - Días y turnos: martes, jueves y sábados, en turnos de mañana.
  - Tiempo: 210 min.
  - Técnica: HD convencional.
  - Dializador: Fx80.
  - Concentrado: BHD 3A4.
  - Flujo de Sangre: 350mL/min.
  - Flujo de líquido HD: 500 mL/min.
  - Temperatura: 36°C.
  - Sodio: 139 mmol/L.
  - Bicarbonato: 33 mmol/L.
- **Tratamiento durante la hemodiálisis:**
  - Heparina sódica 1%: 3000 1000 500 UI en cada sesión.
  - Aranesp 80 mcg (Darbepoetina alfa): 1/semana.
- **Observaciones:**
  - Peso de inicio en la última sesión: 78,5 kg.
  - Peso final última sesión: 77,1 kg.
  - TA pre-hemodiálisis: 125/77 (102 lpm).
  - TA post-hemodiálisis: 102/58 (104 lpm).
- **Incidencias intradiálisis:** Durante las sesiones de hemodiálisis el paciente no presenta incidencias, se le suelen recuperar 300 ml para evitar posibles mareos. Buen funcionamiento del catéter venoso tunelizado subclavio izquierdo y no propenso a hipotensiones.