



*Nombre del Alumno: **Jacqueline Montserrat Selvas Pérez***

*Nombre del tema: **Historia Clínica***

*Parcial: **3°***

*Nombre de la Materia: **Clínicas medicas complementarias***

*Nombre del profesora: **Dr. Darinel Navarro***

*Nombre de la Licenciatura: **Medicina Humana***

*Semestre: **7°***

San Cristóbal de las Casas, Chis, 10 de noviembre del 2024

Caso Clínico número 1

- **Motivo de consulta**

Se trata de una paciente femenina de 86 años, la cual acude a la consulta por un cuadro de tos con expectoración verdosa, fiebre de 39°C durante las últimas 48 hrs, controlada parcialmente con antitérmicos

- **Padecimiento actual**

La fiebre solía ceder al antitérmico, aunque al pasar el efecto esta seguía, presenta escalofríos, sensación de debilidad y cansancio. Tos con esputo espeso y verdoso mucopurulenta. Disnea.

- **Exploración física**

se observa temperatura de 38,6 °C, presión arterial de 100/70 mm Hg, frecuencia cardíaca de 80 lpm, frecuencia respiratoria de 30 resp/min y saturación de oxígeno (SatO2) del 94%. La exploración no objetiva ningún signo de compromiso respiratorio, la auscultación pulmonar muestra aumento del murmullo vesicular, en pulmón derecho, con estertores presentes, roncus y broncofonía.

- **Antecedentes personales:**

HTA, DM tipo II, HBP, hipotiroidismo. Síndrome Parkinsoniano. Enfermedad de Alzheimer. TVP en EID 2014, desde entonces en tratamiento con acenocumarol. Ingresado por insuficiencia respiratoria parcial e infección respiratoria. Ortopnea de 2 almohadas.

- **Diagnostico**

NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.

- **Comentario.**

El diagnóstico de sospecha de neumonía adquirida en la comunidad es clínico. No existe ningún signo/síntoma clínico que permita diferenciar la NAC de otras infecciones respiratorias bajas con suficiente fiabilidad. La probabilidad aumenta con la agrupación de síntomas y signos clínicos respiratorios agudos y de afectación del estado general.

Caso Clínico número 2

- **Motivo de consulta**

Mujer de 56 años que consulta en Medicina Interna por dolor de ritmo mecánico en columna cervical y columna lumbar de varios meses de evolución

- **Padecimiento actual**

Refiere disnea grado 2 que se atribuye al tabaco. Resto de la anamnesis normal.

- **Exploración física**

se observa temperatura de 37 °C, presión arterial de 120/70 mm Hg, frecuencia cardíaca de 87 lpm, frecuencia respiratoria de 22 resp/min y saturación de oxígeno (SatO₂) del 94%. La exploración se observan signos de compromiso respiratorio como silvilancias, dolor opresivo en el pecho, tos crónica de 2 meses de evolución, a la auscultación pulmonar muestra aumento del murmullo vesicular.

- **Antecedentes personales:**

Fumadora de 10 cigarrillos/día. Índice de consumo acumulado de tabaco: 42 paquetes/año. No hipertensa ni diabética. Menopausia a los 49 años. Historia de dispepsia ulcerosa en seguimiento por Digestivo. Bocio en seguimiento por Endocrinología. Osteopenia en seguimiento por Ginecología. Fibromialgia en seguimiento por Reumatología. Depresión en tratamiento por Psiquiatría. No intervenciones quirúrgicas mayores. No historia de ingresos.

- **Diagnostico**

EPOC GOLD grado 2 grupo B. En la clasificación GesEPOC, fenotipo A (no agudizador)

- **Comentario.**

El diagnóstico de EPOC se basa en la existencia de tos-expectoración-disnea junto con obstrucción poco reversible en la espirometría, y es el mismo para hombres y mujeres, si bien la mujer con EPOC presenta menos expectoración pero mayor disnea. Asimismo, la mujer presenta más afectación de la pequeña vía aérea y desarrolla más bronquitis, mientras que el varón tiene mayor daño en parénquima y desarrolla más enfisema.

Caso Clínico número 3

- **Motivo de consulta**

Paciente masculino de diecisiete años de edad con antecedente personal patológico de asma bronquial desde los cinco años de edad; en tratamiento con salbutamol spray, loratadina y montelukast vía oral. El último cuadro de crisis asmática requirió de manejo hospitalario en el año 2015.

- **Padecimiento actual**

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 atención médica continua de su unidad de medicina familiar, donde es tratado con micronebulizaciones (salbutamol y bromuro de ipratropio), oxigenoterapia, metilxantina y glucocorticoesteroides, no presentó mejoría clínica y, por lo tanto, fue referido a segundo nivel de atención.

- **Exploración física**

se observa temperatura de 38,6 °C, presión arterial de 140/75 mm Hg, frecuencia cardíaca de 120 lpm, frecuencia respiratoria de 35 resp/min y saturación de oxígeno (SatO2) del 93%. A la exploración se detectó crepitación a la palpación en región cigomática, mandibular y cervical lateral izquierda que se extiende hasta región torácica anterior, a nivel de T4 izquierdo; no plétora yugular, sin adenomegalias, tórax con presencia de tiros intercostales, campos pulmonares con sibilancias espiratorias de predominio en bases pulmonares y escasos estertores crepitantes, ruidos cardiacos rítmicos regulares de buen tono e intensidad, sin fenómenos soplantes agregados, abdomen y extremidades normales.

- **Antecedentes personales:**

Negó antecedentes de patología cardiológica, endócrina, alergias a medicamentos y toxicomanías.

- **Diagnostico:**

neumomediastino espontáneo

- **Comentario.**

El neumomediastino espontáneo (ne) ocurre cuando existe aire libre en el mediastino en ausencia de una causa identificable. El cuadro clínico inicia con dolor torácico, tos y disnea, otros síntomas que se presentan son cervicalgia, disfagia, disfonía y odinofagia. El signo que se presenta con más frecuencia es el enfisema subcutáneo en cuello, mientras que el signo de Hamman, suele presentarse en un bajo número de pacientes

Caso Clínico numero 4

- **Motivo de consulta**

Paciente de 60 años que acude a urgencias por cuadro diarreico de 23 días de evolución con hipotensión. 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

- **Padecimiento actual.**

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. No refiere astenia ni pérdida de apetito. 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.

- **Exploración física**

se observa temperatura de 36 °C, presión arterial de 90/50 mm Hg, frecuencia cardíaca de 100 lpm, frecuencia respiratoria de 35 resp/min y saturación de oxígeno (SatO2) del 97%. A la exploración se detectó 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

Tórax: AC: Rítmica. No se auscultan soplos. AP: murmullo vesicular conservado

Abdomen: Blando, globuloso y depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda. No se palpan masas ni megalias. Ruidos intestinales conservados. No se palpa globo vesical. Puñopercusión renal negativa. No ascitis. No signos de peritonismo.

- 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.

- Genito urinario: No presenta disuria pero si disminución de la diuresis en los últimos días. No presenta síntomas de prostatismo

Extremidades: No presenta edemas. No signos de TVP. Pulsos pedios +

- **Antecedentes personales:**

Jubilado desde hace 2 años de trabajador de máquinas en tabacalera. Independiente para ABVD

- No alergias medicamentosas.
- Bebedor social moderado. No refiere otros hábitos tóxicos
- HTA en tratamiento farmacológico
- DM tipo 2 de 7 años de evolución en tratamiento con ADO.
- No nefrópata, hepatópata conocido.
- Herpes Zóster en el 2007.
- Reumatismo palindrómico.
- Pirosis.
- No IQ previas
- Función renal previa (2005): Creatinina 1,2.
- Tratamiento habitual: Hidroclorotiazida 1-0-0. Omeprazol 1-0-0. Sirinopril 1-0-0. Zolpidem 0-0-1, AINEs (proceso doloroso en la rodilla)
- **Diagnostico:** Enfermedad Renal Aguda.

- **Comentario.**

es una condición en la que los riñones pierden de forma rápida (en menos de dos días) su capacidad de eliminar desechos y mantener el equilibrio de líquidos y electrolitos en el cuerpo. La IRA puede ser causada por: Afecciones o sustancias tóxicas que disminuyen el flujo de sangre a los riñones Obstrucción del flujo de orina en las vías urinarias, Enfermedades que afectan los riñones. La IRA es potencialmente reversible, a diferencia de la insuficiencia renal crónica, que progresa lentamente y puede llevar a una insuficiencia renal permanente.

Caso Clínico número 5

- **Motivo de consulta**

Paciente femenina de 46 años, acude a consulta por fiebre, dolor en fosa renal derecha y síntomas miccionales.

- **Exploración física**

se observa temperatura de 38,9 °C, presión arterial de 180/131 mm Hg, frecuencia cardíaca de 80 lpm, frecuencia respiratoria de 30 resp/min y saturación de oxígeno (SatO2) del 94%. La exploración no objetiva ningún signo de compromiso respiratorio, y puño percusión renal derecha positiva. En la analítica presenta Cr 1.06mg/dl (Cr basal 0.6mg/dl), PCR 13.4mg/dl, hemograma e ionograma normal, y en el sedimento se observa leucocituria y bacteriuria.

- **Antecedentes personales:**

sin antecedentes familiares ni personales de interés, y sin tratamiento habitual.

- **Diagnostico**

Enfermedad renal aguda.

- **Comentario.**

La insuficiencia renal aguda es la pérdida súbita de la capacidad de los riñones para eliminar el exceso de líquido y electrolitos, así como el material de desecho de la sangre. Es más común en personas que ya están hospitalizadas, en particular las que necesitan cuidados intensivos.