

¿CÓMO Y QUÉ PREGUNTAR AL PACIENTE?

Anamnesis general



Datos personales:

Nombre:

¿Cómo se llama? / ¿Cuál es su nombre?

Edad:

¿Qué edad tiene? / ¿Cuántos años tiene?

Ocupación/Trabajo:

¿En qué trabaja? / ¿Cuál es su profesión? /
¿A qué se dedica?

Motivo de consulta

¿Qué?

→ ¿Por qué motivo ha venido a la consulta / al hospital? / ¿Qué le pasa?

→ ¿Qué le ha ocurrido? /

Cuénteme lo que le ha pasado.

→ ¿Qué ha notado? ¿Qué tipo de molestias tenía?

¿Cuándo?

→ ¿Cuánto tiempo han durado?

→ ¿Cuándo y cómo empezó todo?

¿Por qué?

→ ¿A qué lo atribuye? / ¿A qué piensa que se debe?

Evolución:

- ¿Desde cuándo tiene estas molestias?
- ¿Es la primera vez que le ocurre algo así?
- ¿Las molestias han mejorado o empeorado desde su comienzo?
- ¿Han cambiado sus molestias a lo largo del tiempo?
- ¿Ha visitado el médico ya por este motivo?

El dolor:

Localización

→ ¿Dónde nota el dolor? / ¿Es difuso o podría señalármelo con el dedo? / ¿Dónde le duele? / ¿Irradia/ se va hacia el brazo/ la cintura/el hombro?

→ ¿Sufre dolores abdominales / de guata?

Intensidad

→ ¿Es un dolor fuerte? En una escala del uno al diez, ¿cuánto le daría?

→ ¿Qué cosas alivian / aumentan el dolor? / ¿El dolor se alivia con algo? ¿Ha tomado algo contra el dolor?

→ ¿Puede dormir bien? / ¿Se despierta por la noche? / ¿Le impide el sueño?

Tiempo y evolución

→ ¿Empezó de forma brusca o poco a poco?

→ ¿Es continuo / constante? ¿Es intermitente?

→ ¿Conoce este tipo de dolores? ¿Ha tenido alguna vez ya este tipo de dolor?

→ ¿Tiene a menudo estos dolores?

Cualidad

¿Cómo es el dolor? ¿Es punzante (como un pinchazo)?

¿Es sordo, difuso y profundo?

¿Es urente (sensación de ardor, quemazón)?

¿Es un dolor opresivo (como un peso)?

Vida social/familia

Trabajo	→ ¿Tiene trabajo actualmente? / ¿A qué se dedica?
Pareja y familia	→ ¿Está casado/a? / ¿Tiene marido/mujer? / ¿Tiene pareja estable? → ¿Tiene hijos? → ¿Alguien en su familia tiene alguna enfermedad grave?
Capacidad e independencia	→ ¿Vive solo? → ¿Dónde vive? → ¿Se maneja bien en casa? / ¿Necesita ayuda para las tareas en casa? → ¿En casa hay alguien que le ayude y cuide de Usted?
Pensionistas	→ ¿Es pensionista? ¿Cuánto hace que no trabaja? ¿De qué trabajaba antes?

Enfermedades familiares

- ¿En su familia hay enfermedades hereditarias conocidas?
- ¿Alguien de su familia sufre de alguna enfermedad crónica grave? (ej. Diabetes, problemas cardíacos, tensión alta, etc.).
- ¿Se conocen casos de cáncer en su familia?

Alergias

- ¿Tiene alguna alergia conocida? / ¿Es alérgico/a a algo?
- ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica frente a algún medicamento?
- ¿En su familia hay casos de asma o alergias?

Hábitos

- ¿Duerme bien? ¿Cuántas horas duerme al día?
- ¿Le cuesta dormirse o mantener el sueño?
- ¿Cuántas veces se despierta por la noche?
- ¿Siente molestias/dolor cuando orina?
- ¿Se despierta por la noche para ir al baño?
- ¿Con qué frecuencia va al baño?
- ¿Tiene pérdidas de orina?
- ¿Hace pupu o caca de forma regular?
- ¿Suda más o menos de lo habitual?
- ¿Ha tenido cambios de peso no voluntarios últimamente? ¿De cuántos kilos en cuánto tiempo?
- ¿Ha notado cambios en su libido?
- ¿Fuma? ¿Desde hace cuándo? ¿Cuántos cigarrillos al día?
- ¿Toma alcohol regularmente? ¿Qué cantidad y qué tipo de bebidas alcohólicas toma en una semana?

Medicamentos y drogas

- ¿Toma algún medicamento de forma regular? ¿Toma algún medicamento de forma esporádica?
- ¿Toma anticonceptivos orales/ pastillas para dormir/ suplementos vitamínicos y minerales de forma regular?
- ¿Toma algún tipo de droga?
- ¿Está expuesto/a a sustancias químicas en su trabajo?

Enfermedades previas

- ¿Ha estado hospitalizado/a en alguna otra ocasión?
- ¿Ha sido intervenido/a quirúrgicamente? / ¿Se le ha operado de algo?
- ¿Está en tratamiento por algún otro motivo?
- ¿Tiene alguna enfermedad crónica, por ej. Diabetes, tensión alta, problemas cardíacos, etc.?
- ¿Tiene el colesterol en sangre elevado?
- ¿Ha estado últimamente en países tropicales? ¿Contra qué ha sido vacunado/a?

Otras preguntas

¿Quiere contarme algo más?

¿Tiene alguna duda o pregunta?

Llámemme para cualquier cosa.

Ante cualquier cambio, no dude en avisarnos.

¿Qué más le ha pasado?

¿Nada más desde entonces?

¿Qué era diferente?

¿Se acuerda de la fecha?

¿A qué se refiere?

¿Se siente más tranquilo? ¿Se encuentra mejor?

Consejos

Tiene que cumplir esta dieta (dieta blanda/semilíquida).

Tiene que tomarlos una (dos, tres) vez (veces) al día.

Puede tomarlo si no le sienta mal.

Explicaciones

Si todo está bien mañana, se puede ir a casa.

Estamos pendientes del análisis de sangre.

En cuanto llegue la analítica le avisamos.

Debe ser intervenido quirúrgicamente.

Está pendiente de ser operado.

Es una pastilla para debajo de la lengua.

Según la ecografía/radiografía...

Es un poco molesto. Vamos a introducirle un tubo por la boca/el ano..

Vamos a hacerle una transfusión de sangre.

Espere fuera, por favor.

Exploración física



Con permiso voy a explorarle.

1. La posición

Siéntese aquí, por favor.

Póngase recto.

Póngase boca arriba.

Póngase de costado, ponga el brazo debajo de la cabeza.

Súbase a la camilla.

Túmbese en la camilla/cama.

Baje las piernas.

2. La ropa

Súbase las mangas.

Por favor retírese la polera.

Desnúdese de cintura para arriba/de cintura para abajo.

Desabróchese el pantalón.

Ya se puede vestir. / Se puede cubrir.

3. Solicitudes al paciente

Suba la cabeza y mire hacia arriba.

Abra la boca, saque la lengua y diga “A”

Trague saliva (tiroides).

Ahora voy a auscultarle.

Respire hondo con la boca abierta.

Respire hondo, suéltelo, no respire/aguante la respiración.

Tosa. Diga “33”.

Voy a examinarle/tocarle la guata/ barriga.

Deje la guata blanda. / Relájese. / No haga fuerza con la guata.

Dígame si le duele. ¿Dónde le duele? ¿Cómo es el dolor?

Coja aire, suéltelo/échelo.

Voy a tomarle la tensión.

Voy a medirle el pulso.

Voy a hacerle un frotis.

Voy a hacerle una exploración rectal/un tacto rectal.

Preguntas

¿Le hago daño?

¿Le duele cuando le toco aquí?

¿Le duele cuando aprieto aquí?

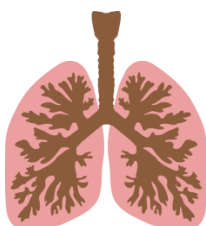
¿Dónde le duele más, aquí o aquí?

¿Le duele al torcer la pierna?

Anamnesis especial

Medicina interna

El sistema respiratorio:



General y factores de riesgo

¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos/paquetes al día? ¿Es alérgico? ¿Tiene asma? ¿Y alguien en su familia?

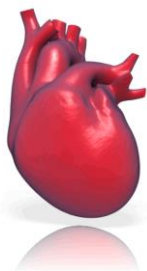
Tos/esputo

¿Tiene tos? ¿Tiene flema? ¿De qué color eran? ¿Blanca, transparente, amarilla, verde, marrón, con sangre, negra? ¿Ha tenido más tos de lo normal en estos días?

Dolor torácico

¿Ha tenido dolor de pecho relacionado con la respiración? ¿Le duele el pecho al respirar? ¿Fue de forma brusca el dolor?

El sistema cardiovascular:



Factores de riesgo

¿Es hipertenso? ¿Tiene la tensión alta? ¿Fuma? ¿Padece del corazón? ¿Lleva marcapasos? ¿Alguien en su familia problemas de corazón?

Disnea

¿Tiene fatiga? ¿Le falta el aire? ¿Se queda sin respiración al hacer esfuerzos? ¿Al subir escaleras, cuantos pisos sube, sin agitarse?

Sueño

¿Con cuántas almohadas duerme? ¿Se ha despertado por la noche sintiendo que le faltaba el

aire?

Edemas

¿Se le han hinchado las piernas? ¿Durante el día o al final del día? ¿Se levanta por la noche para orinar/para hacer pis? ¿Cuántas veces? ¿Desde hace cuánto tiempo?

Angina de pecho/IAM

¿Cómo era el dolor de pecho? ¿Era un pinchazo o una presión? ¿Hacia dónde irradiaba el dolor? ¿El dolor se ha ido al brazo o a la mandíbula? ¿Ha aumentado con el esfuerzo? ¿Tuvo alguna vez este tipo de dolores antes? ¿Ha notado excesivo sudor?

Insuficiencia arterial

¿Tiene molestias en las piernas? ¿Cuándo? ¿En qué pierna? ¿Aparece el dolor sin realizar movimientos o cuando camina? ¿El dolor empeora hasta obligarle a cesar el movimiento? ¿En reposo mejora?

El sistema digestivo



Comidas

¿Tiene ganas de comer/? ¿Tiene apetito? ¿Ha perdido el apetito? ¿Puede comer de todo? ¿Puede tragar bien? ¿Nota molestias después de la comida? ¿Eructa a menudo? ¿Tiene ardor/pirosis/acidez de estómago? ¿Sigue usted la dieta que le mandaron? ¿Cumple usted la dieta? ¿Toma leche y derivados: yogur, queso mantequilla (no margarina)? ¿Tiene alergia a algún alimento?

Vómitos/náuseas

¿Ha tenido náuseas? ¿Ha tenido vómitos? ¿Vomita después de las comidas? ¿Cómo es el vómito? ¿Teñido de bilis (amarillento), con alimentos sin digerir, con sangre? ¿Ha vomitado sangre alguna vez? ¿Ha tenido vómitos como posos de café?

Heces

¿Cuándo hizo pupu o caca por última vez? ¿Cuántas veces va al baño por día? ¿Va regularmente al baño? ¿Han variado últimamente? ¿Eran voluminosas / abundantes las heces? ¿Las deposiciones son escasas /

aumentadas? ¿Cómo eran las deposiciones? ¿La sangre estaba mezclada con las heces? ¿Cuánto tiempo tuvo la diarrea? ¿Le duele el ano al defecar / apretar? ¿Le dolía al hacer de vientre cuando tenía la diarrea? ¿Ha tenido alguna vez almorranas (hemorroides)? ¿Sangraban o sólo le molestaban al sentarse?

El hígado

¿Desde cuándo tiene la piel / los ojos amarillentos? ¿Le pica la piel? ¿Ha tenido alguna vez hepatitis? ¿Está vacunada? ¿Padece usted del hígado, de la vesícula o del páncreas? ¿Bebe alcohol a menudo? ¿Ha bebido mucho en el pasado? ¿Ha tenido relaciones sexuales de riesgo (con desconocidos sin protección, con prostitutas, etc.)? ¿Tiene pareja estable? ¿Ha estado en países con riesgo de malaria / paludismo? ¿Toma medicamentos desde hace tiempo? ¿Le ha dolido alguna vez debajo de las costillas?

El sistema urogenital:

Disuria

¿Tiene usted molestias al orinar? ¿Le pica / escuece / quema al orinar?

Polaquiuria

¿Tiene que orinar con más frecuencia que antes?
¿Tiene la orina un olor inhabitual / extraño?

Infecciones

¿Ha tenido usted infecciones de uretra, vejiga o riñón alguna vez?

Color

¿Era la orina oscura? ¿Cómo de color coñac / coca-cola? ¿Tenía sangre?

Ginecología



- ¿Cuándo tuvo su primera menstruación/regla/período? (menarquia)
- ¿Cuándo tuvo su último período?

- ¿Es regular su período?
- ¿Cuántos días dura?
- ¿Ha variado en los últimos meses?
- ¿Cuánto dura el sangrado? ¿Cómo es de intenso?
- ¿Tiene dolores durante la menstruación? ¿Son muy fuertes?
- ¿Tiene pérdidas de sangre entre las menstruaciones?
- ¿Lleva vida sexual activa?
- ¿Tiene pareja estable?
- ¿Usa métodos anticonceptivos? ¿Cuáles?
- ¿Utiliza condones/preservativos?
- ¿Toma la píldora?
- ¿Ha tenido la menopausia ya?
- ¿Cuándo se ha hecho la última revisión? ¿Y la última mamografía?
- ¿Alguna mujer en su familia ha tenido cáncer de mama, de ovario o de útero?

Obstetricia



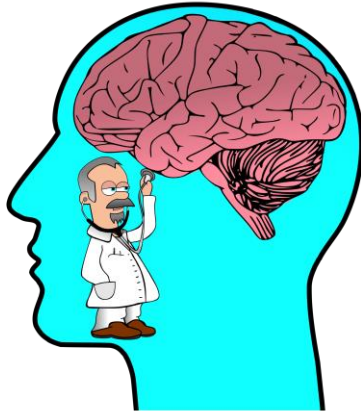
- ¿Usa algún método anticonceptivo?
- ¿Cabe la posibilidad de que esté embarazada?
- ¿Cuántos embarazos ha tenido? ¿De qué duración?
- ¿Ha tenido abortos? ¿Cuántos?
- ¿Los partos fueron normales? / ¿Hubo complicaciones en el parto?
- ¿Le hicieron una cesárea?
- ¿Qué peso tenían sus hijos al nacer?
- ¿Les dio el pecho a los niños? ¿Durante cuánto tiempo?

Pediatría



- ¿Cuánto pesaba el niño al nacer?
- ¿Fue prematuro? ¿Estuvo en la incubadora?
- ¿Tuvo algún problema al nacer?
- ¿Ha tenido fiebre? ¿Cuánta?
- ¿Ha tenido tos? ¿Cómo era? ¿Le duele al toser?
- ¿Y al tragar?
- ¿Tiene usted catarro?
- ¿Ha tenido los ojos enrojecidos y llorosos? ¿Desde cuándo?
- ¿Le duele? ¿Le pica la piel?
- ¿Le pica mucho? ¿Se rasca?
- ¿Has tenido descamación?
- ¿El niño ha sido vacunado?
- ¿Tiene el cuaderno de vacunaciones?
- ¿Conoce usted alguna enfermedad hereditaria en la familia?

Neurología



Los accidentes cerebro vasculares / derrame cerebral:

- ¿Ha perdido el habla? / ¿Tenía dificultad para hablar?
- ¿Ha tenido o tenía la cara torcida?
- ¿Sentía pérdida de sensibilidad o de fuerza en un lado de su cuerpo?
- ¿Tenía dificultad para andar?
- ¿Tenía alguna alteración de la vista?
- ¿Ha tenido un ataque de acv / un ataque cerebral? ¿Ha sido más de uno?
- ¿Ha sido de forma brusca?
- ¿Es la primera vez que le ocurre?

Los ataques epilépticos:

- ¿Ha tenido usted alguna vez un ataque epiléptico? / ¿Ha tenido usted una crisis epiléptica?
- ¿Notó algo antes de la crisis?
- ¿Recuerda qué movimientos hacía?
- ¿Perdió el conocimiento?
- ¿Tenía espuma en la boca?
- ¿Se mordió la lengua?
- ¿Se orinó? / ¿Se ha orinado? / ¿Se hizo pis?
- ¿Sabe cuánto duró?

El examen neurológico

→ Los pares craneales

<u>I nervio olfativo</u>	¿Le sabe la comida? ¿Distingue los sabores y olores cómo siempre?
<u>II nervio óptico</u>	Voy a examinar sus ojos. ¿Puede ver mi dedo? Mire hacia delante. Dígame para qué lado muevo los dedos.
<u>III, IV, VI</u>	Siga mi dedo hasta arriba, hasta abajo. Sígalo con la vista sin mover la cabeza. ¿Lo ve doble alguna vez? ¿Ha tenido usted una sensación de ver las cosas doble alguna vez?
<u>V trigémino</u>	Mastique. Apriete las mandíbulas. ¿Lo nota? Cuando yo lo toco ¿siente igual en los dos lados? (sensibilidad) Si siente alguna molestia (reflejo corneal), no se preocupe, no es nada y es sólo un momentito / momento.
<u>VII facial</u>	Haga como yo. Levante las cejas. Cierre los ojos tan fuerte como pueda. Silbe, sonría. Hinche los carrillos. Enséñeme los dientes. ¿Desde cuándo tiene usted la cara torcida?
<u>VIII auditivo</u>	¿Oye bien? ¿Puede oír el tic-tac de este reloj?
<u>IX glossofaríngeo</u>	Trague saliva
<u>X neumogástrico = vago</u>	Esto podría ser un poco molesto (reflejo nauseoso).
<u>XI espinal</u>	Suba los hombros. Mueva la cabeza a un lado y a otro. Gire la cabeza.
<u>XII hipogloso</u>	Saque la lengua y muévala hacia los lados

→ Los miembros

La marcha

Póngase de pie, ande/camine, dé la vuelta.

Ande sobre las talones y las puntas de los pies.

Manténgase de pie con los pies juntos.

La fuerza

Apriéteme las manos (con toda la fuerza que tenga).

Haga este movimiento contra la resistencia que yo le opongo. Doble las piernas.

¿Puede utilizar normalmente los brazos y las piernas?

Estire los brazos y manténgalos con los ojos cerrados.

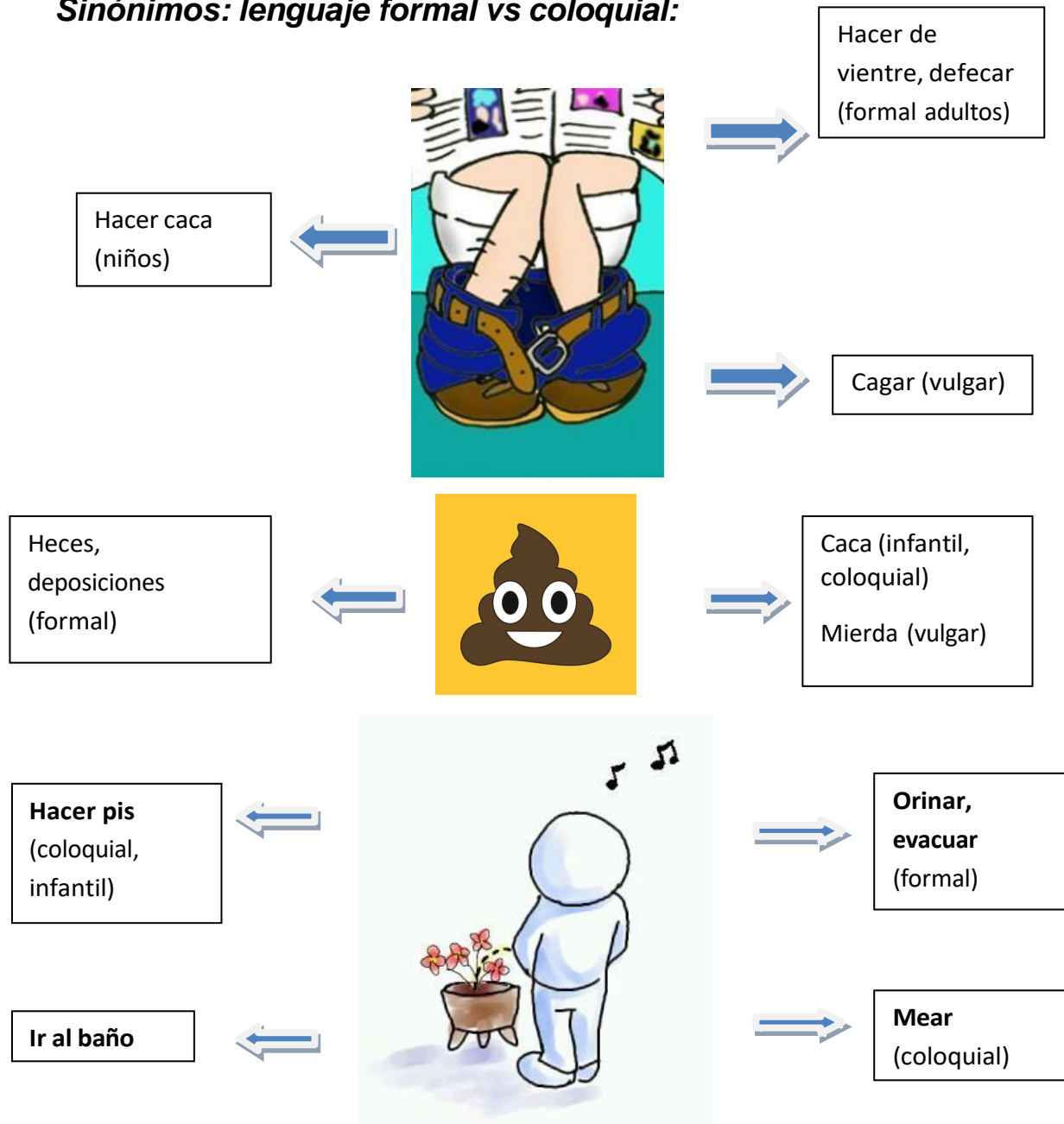
La coordinación

Mueva la mano como yo.

Estire el brazo y ponga el dedo índice en la punta de la nariz.

Ponga el talón en la rodilla.

Sinónimos: lenguaje formal vs coloquial:



Otros:

Tener ventosidades/gases (formal)= tirar pedos (coloquial)

Tener diabetes = tener azúcar

Colesterol LDL= colesterol malo

Colesterol HDL= colesterol bueno

Sibilancias (médico)= Pitos (coloquial)

Inhalador = Puff (coloquial/infantil)

MODELO DE HISTORIA CLÍNICA

1. Datos personales

2. Motivo de consulta (MC)

Resumir en una frase breve, por qué acude el/la paciente a urgencias, a la consulta, etc.

3. Antecedentes personales (AP)

Preguntar al paciente o familiares. Datos de importancia del paciente y de interés sobre este caso concreto, sobre sus enfermedades habituales.

- **Alergias previas** (al polen, fármacos, alimentos, etc.)
- **Enfermedades crónicas:** Hipertensión arterial (HTA) = “tener la tensión alta”, hipercolesterolemia o hipertrigliceridemia = tener el colesterol alto, tener “grasas en la sangre”; Diabetes mellitus (DM) = “tener azúcar en la sangre” = preguntar si tiene tratamiento con insulina o antidiabéticos.
- **Consumo de sustancias:** Alcohol, nicotina, drogas, medicamentos.
- **Sistema neuro-vegetativo:** pérdida de peso, sudores, deposiciones, orina, función sexual.
- **Enfermedades previas de interés.**
- **Intervenciones quirúrgicas (IQ)**
- **Otras hospitalizaciones**
- **Antecedentes epidemiológicos** en enfermedades infecciosas: lugar donde vive, contacto con animales, trabajo, comidas, viajes, contactos sexuales.
- **Actividades básicas de la vida diaria (abvd):** normal, independiente, necesita ayuda, se maneja bien en casa, no puede cuidarse sola. Baño / ducha. Vestuario. Alimentación. Control en los esfínteres. Movilidad funcional

4. Antecedentes familiares (AF)

Enfermedades genéticas/hereditarias.

Los padres han muerto de infarto, accidente, cáncer, etc. Neoplasias

5. Historia actual (HA)=enfermedad actual (EA)

Momento para detallar con exactitud el proceso por el cual acude el paciente: descripción cronológica de los hechos y descripción exacta de los síntomas.

6. Historia social

Soltera, casada, separada, divorciada, etc.

7. Exploración física

Inspección:

El / la paciente está consciente y orientada / somnolienta / inconsciente

coloración general (pálida, enrojecida, ictérica, cianótica)

coloración de mucosas (normales, pálidas) bien / mal hidratada y

perfundida; eupneica / taquipneica

Modelo de exploración física:

- Tensión arterial (T.A.)
- Frecuencia cardíaca (F.C.) 80 lpm. (Latidos por minuto)
- Frecuencia respiratoria (F.R.) 15 rpm. (Respiraciones por minuto)

Cabeza y Cuello (C y C):

- pupilas isocóricas / anisocóricas, normorreactivas (NR), lentas, no reactivas, dilatadas.
- boca séptica / no séptica, amígdalas con / sin placas, lengua poblada
- adenopatías latero-cervicales, supraclaviculares y axilares

tiroides normal / bocio, (no) reconocible en la deglución.

carótidas rítmicas / arrítmicas, simétricas / asimétricas, sin trastorno / sin alteraciones

presión venosa yugular (PVY) normal / aumentada

Tórax:

- Auscultación cardíaca (AC) rítmica / arrítmica, primer/segundo tono está aumentado, con / sin soplos (soplo sistólico / diastólico)
- Auscultación pulmonar (A.P.) murmullo vesicular conservado (MVC),

broncoconstricción: sibilancias (“pitos” en asma) inspiratorias / espiratorias, estertores húmedos: crepitantes (finos / gruesos).

Flemas

Percusión: Sonora / Hipersonora (timpánico)

Abdomen:

- cicatrices, hernias
- ruidos peristálticos (hidroaéreos) presentes / ausentes (RHA+/-)
- palpación: blando, depresible, no doloroso en la palpación profunda, defensa muscular, dolor en la descompresión (=rebote), signo de MC Burney, Rovsing, Murphy
- masas y megalias: hepato-megalia (hígado) / espleno-megalia (bazo)

Por ej.: hígado aumentado en X dedos bajo del borde costal / X cm. en la línea medio claviclar, borde inferior hepático: duro/blando, cortante/romo.

Miembros inferiores (MMII)

- edemas con / sin fóvea
- dilataciones varicosas
- pulsos presentes / ausentes (femoral, poplíteo, pédeo)

8. Juicio diagnóstico

9. Plan de tratamiento

Historia clínica I: Paciente con dolor torácico

Motivo de consulta:

Dolor torácico agudo en varón de 54 años.

Antecedentes personales (AP):

Hipertenso, con mal seguimiento de la dieta sin sal.
Hipercolesterolemia sin tratamiento actual.
No presenta historia de Diabetes mellitus.
Fumador de 25-30 cigarrillos al día. Bebedor ocasional de alcohol.
No alergias medicamentosas conocidas. Obesidad moderada.

Criterios clínicos de bronquitis crónica con parámetros espirométricos de EPOC leve (68 % VEMS=Volumen espiratorio máximo en un segundo).
Síndrome de apnea del sueño (SAS) conocido desde hace tres años.
Utiliza ventilación asistida para dormir.
Intervenido de hernia inguinal dcha. a los 48 años y de fractura diafisaria de fémur izquierdo. por caída hace 3 a.

Antecedentes familiares (AF):

Madre: DMNID, vive.
Padre: HTA, muerto de IAM a los 68 a.

GFB (Grado funcional basal):

Realiza su vida diaria sin disnea. Nicturia dos veces por noche. Hábito sedentario. Trabaja como conductor del transporte público.

HA (Historia actual):

El paciente refiere dolor precordial de aproximadamente una hora y media de duración cuando acude al hospital. Comenzó media hora después de la cena copiosa y rica en grasas. Describe el dolor como presión que le impide respirar, y se irradia a la mandíbula, ambos hombros y miembros superiores. Su mujer le dio una aspirina, pero el dolor no cesó y decidieron venir a urgencias.

El paciente se siente muy mareado, tiene sudores fríos y náuseas intensas. Al preguntar más exhaustivamente, el paciente refiere haber sufrido episodios breves de dolor similar en los últimos tres años en momentos de estrés emocional. El médico de cabecera tras practicar ECG y analítica asoció los dolores a crisis hipertensivas, aconsejándole perder peso (dieta pobre en sal y grasas) y un control frecuente de la tensión arterial.

Así mismo un cardiólogo de zona destacó en ecocardiograma: Hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo y ligera alteración del patrón de relajación. En ECG: eje izquierdo. -30°, sobrecarga ventrículo izquierdo, todo ello compatible con hipertenso de larga evolución.

Exploración física:

Hábito pícnico, ligera cianosis labial. Consciente y orientado. Pálido y sudoroso. Taquipnea 25 rpm. Carótidas rítmicas y simétricas. Presión venosa yugular (PVY) no valorable por tejido graso. Obesidad moderada. Tensión arterial (TA): 90/60. Frecuencia cardíaca (FC): 64 rpm.

Auscultación pulmonar (AP):

Ligera disminución del murmullo vesicular. Crepitancias de despegamiento en bases.

Auscultación cardíaca (AC):

Rítmica. No distingo agregados. Latido del ápex desplazado a la izquierda.

Abdomen:

Blando y depresible, muy voluminoso. RHA+, PPRB+. No masas ni megalias.

MMII:

Pulsos presentes. No edemas.

Tras 5 minutos de la administración de NTG s.l. no hay mejoría del dolor, se instaura infusión en bomba de SOLITRINA (5 ampollas en 250 c.c. Dextrosa 5%), Oxígeno al 35%, Aspirina 500 mg vía oral, ampolla de cloruro mórfico y atropina 1 ampolla.

Exámenes de laboratorio

SE: Leucocitos, (neutrófilos, linfocitos, monocitos) Hematíes, Hemoglobina, VCM=Volumen corpuscular medio, plaquetas.

BIOQUÍMICA: Glucosa, creatinina, Potasio, Sodio, CPK, CPK-MB.

ECG: elevación de ST en II, III y aVF, FC: 66 lpm.

Juicio clínico

Infarto inferior agudo de miocardio

Plan de tratamiento: Ingreso en la Unidad Coronaria (UC), desfibrilación y tratamiento.

Historia clínica II: Mujer de 73 años con vómitos

Motivo de consulta:

Vómitos oscuros y debilidad intensa en mujer de 73 años.

Antecedentes personales:

No alergias. No DM. No HTA. No dislipemias.

Cirugía de cistocele a los 58 a.

Histerectomía y anexectomía doble por metro menorragias a los 46a.

Osteoporosis evolucionada con varios aplastamientos vertebrales.

Poliartrosis generalizada.

Tratamiento: Piroxicam (1c./12h.), Paracetamol (1c./6h.), Almax(1c./8h.).

Historia actual (HA):

Paciente traída por su hija quien refiere malestar intenso en los últimos días, con debilidad y mareos frecuentes al andar. No presenta queja de dolores epigástricos. Esta madrugada ha sentido náuseas con vómitos voluminosos y consistencia grumosa “en posos de café”. Tras el vómito ha sufrido mareo y pérdida del conocimiento con desvanecimiento. Rápida recuperación del conocimiento y traslado al hospital. Hace tres semanas que toma Feldene (Piroxicam) por brote de dolor espondiloartrósico. No hay deposiciones en los últimos dos días. Náuseas frecuentes en semanas pasadas.

Exploración física

Consciente y orientada. Intensa palidez de piel y mucosas, ligera deshidratación dérmica.

Carótidas rítmicas y simétricas. PVY normal. Eupneica. Afebril. TA: 110/70, FC: 100 lpm.

Relleno capilar lento.

Auscultación pulmonar (AP)

MVC (murmullo vesicular conservado)

Auscultación cardíaca (AC):

RSS (rítmico sin soplos)

Abdomen:

Blando y depresible, sin megalias.

RHA+, PPRB-.

MMII

Frialdad de partes acras, pulsos débiles positivos. No edemas.

Aparato locomotor:

Signos degenerativos artrósicos en grandes articulaciones.

EDA (endoscopia digestiva alta)

Hernia de hiato mínima. Úlcera en cara posterior antral con vaso visible. Se toman biopsias.

Juicio clínico:

Hemorragia digestiva alta en probable relación con toma de AINES (antiinflamatorios no esteroideos).

Historia clínica III: Paciente en Urgencias con fractura de fémur

Motivo de consulta:

Paciente de 84a. Dolor en la cadera derecha tras caída.

Antecedentes Personales:

No HTA, no DM ni dislipemias.

Apendicectomizada hace 15 años

TBC en la infancia no tratada.

Brucelosis a los 32 a.

Arteritis temporal tratamiento con corticoides desde hace 20 meses.

GFB (Grado funcional basal):

Adecuado para su edad.

HA (Historia actual):

Paciente de 84a acude a puertas de Urgencias por dolor en la cadera derecha tras una caída en su domicilio. La paciente no puede movilizar el miembro.

Exploración física:

Consciente y orientada. Eupneica.

PVY normal. Afebril.

AP: MVC

AC: RSS

Abdomen:

Sin hallazgos.

MMII:

Sin alteraciones.

MID: en rotación externa acortada y abducida con impotencia funcional.

Rayos X:

Fractura subcapital de fémur Garves II. Osteopenia generalizada.

Tratamiento (Tto):

Inmovilización con saco antirrotatorio de 2 kg. Plantear Tto.

Quirúrgico, clavos y placas.

Pauta analgésica y gastroprotección.