

# Historia Clínica

## Datos Personales:

Nombre: María Gómez

Edad: 48 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Casada

Ocupación: Ama de casa

Residencia: Buenos Aires, Argentina

## Motivo de Consulta:

Fatiga persistente y aumento de la sed.

## Historia de la Enfermedad Actual:

La paciente refiere que desde hace tres meses presenta cansancio constante, polidipsia (sed excesiva) y poliuria (micción frecuente). Ha notado pérdida de peso involuntaria de 5 kg en este período, a pesar de no haber cambiado su dieta. También menciona visión borrosa ocasional y sensación de hormigueo en las extremidades inferiores.

## Antecedentes Personales Patológicos:

Enfermedades crónicas: Niega.

Cirugías previas: Cesárea a los 30 años.

Alergias: No conocidas.

## Antecedentes Familiares:

Padre: Fallecido a los 65 años por complicaciones de diabetes mellitus tipo 2.

Madre: Viva, 70 años, hipertensa.

Hermanos: Dos hermanos mayores; uno con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

### Antecedentes Personales No Patológicos:

Tabaquismo: Niega.

Alcoholismo: Consumo social ocasional.

Dieta: Alta en carbohidratos y azúcares refinados.

Actividad física: Sedentaria.

Inmunizaciones: Al día.

### Revisión por Sistemas:

Cardiovascular: Sin palpitaciones ni dolor torácico.

Respiratorio: Sin disnea ni tos.

Gastrointestinal: Polifagia (aumento del apetito), sin náuseas ni vómitos.

Genitourinario: Poliuria, sin disuria.

Neurológico: Visión borrosa y parestesias en pies.

### Examen Físico:

Signos Vitales:

Presión Arterial: 135/85 mmHg

Frecuencia Cardíaca: 88 latidos por minuto

Frecuencia Respiratoria: 18 respiraciones por minuto

Temperatura: 36.6°C

General: Paciente alerta, orientada y con apariencia de fatiga.

Cabeza y Cuello: Mucosas orales secas; sin adenomegalias.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos ni agregados.

Respiratorio: Murmullo vesicular normal en ambos campos pulmonares.

Abdomen: Blando, depresible, sin visceromegalias ni dolor a la palpación.

Extremidades: Sin edema; pulsos periféricos presentes; disminución leve de la sensibilidad táctil en pies.

## Resultados de Laboratorio:

Glucosa en ayunas: 180 mg/dL (elevada)

Prueba de tolerancia a la glucosa oral: 220 mg/dL a las 2 horas (elevada)

Hemoglobina glicosilada (HbA1c): 8.2% (elevada)

Perfil Lipídico:

Colesterol Total: 210 mg/dL (elevado)

LDL: 140 mg/dL (elevado)

HDL: 38 mg/dL (bajo)

Triglicéridos: 190 mg/dL (elevado)

Función Renal:

Creatinina sérica: 0.9 mg/dL (normal)

BUN: 14 mg/dL (normal)

Electrolitos: Dentro de rangos normales.

Análisis de orina: Glucosuria positiva; cetonas negativas; sin proteinuria.

## Diagnóstico:

Diabetes Mellitus Tipo 2.

Dislipidemia mixta.

## Plan de Tratamiento:

### Farmacológico:

Iniciar metformina 500 mg vía oral cada 12 horas, con incremento gradual según tolerancia y niveles de glucemia.

Prescribir estatinas para el manejo de la dislipidemia.

Considerar el uso de inhibidores de SGLT2 si no se alcanza el control glicémico deseado.

### No Farmacológico:

Recomendar una dieta balanceada baja en azúcares simples y grasas saturadas; referir a nutrición.

Iniciar un programa de actividad física moderada, al menos 150 minutos semanales.

Educación sobre el autocontrol de la glucemia capilar y reconocimiento de signos de hipo e hiperglucemia.

Aconsejar la importancia de cuidado de los pies y revisión podológica regular.

### Seguimiento:

Control glucémico semanal durante el primer mes.

Revaluación en consulta médica en cuatro semanas para ajustar tratamiento.

Monitoreo de HbA1c cada tres meses.

Exámenes anuales de función renal y fondo de ojo.

## Educación al Paciente:

Se le explicó a la paciente la naturaleza crónica de la diabetes tipo 2 y la importancia de adherirse al tratamiento médico y cambios en el estilo de vida. Se enfatizó en la prevención de complicaciones a largo plazo como neuropatía, nefropatía y retinopatía diabética. Se proporcionó material educativo y se programó una cita con el equipo de educación en diabetes.