# Report0

**Clinical Report 1: Case of Hypertension**

Patient Name: John Smith

Age: 58

Gender: Male

Date of Visit: 12th October 2023

Reason for Visit: Routine Checkup

**History:**

John Smith, a 58-year-old male, presented to the clinic for a routine checkup. He reported no significant symptoms of concern but mentioned occasional headaches, which he attributed to stress. His medical history reveals a diagnosis of hypertension five years prior, for which he is on amlodipine 5 mg once daily. He also reported adhering to a moderately healthy lifestyle, although he admitted to a sedentary job and occasional fatigue following physical activity.

**Physical Examination:**

Upon physical examination, Mr. Smith appeared generally well, with a body weight of 95 kg and height of 1.75 meters, indicating a BMI of 31.0 kg/m², classifying him as slightly obese. His blood pressure was noted to be 150/95 mmHg, slightly elevated compared to his last recorded value six months prior. Heart rate was 78 beats per minute and regular. Cardiovascular and respiratory examinations revealed no abnormalities, and no peripheral oedema was observed.

**Laboratory Tests:**

Recent laboratory tests indicated elevated serum cholesterol levels at 6.5 mmol/L, with LDL cholesterol elevated to 4.2 mmol/L. Kidney function tests were normal, with a GFR of 85 mL/min/1.73 m². Blood glucose levels were within normal range at 5.3 mmol/L.

**Diagnosis:**

Stage 2 Hypertension with borderline hyperlipidemia.

**Management Plan:**

1. Continue amlodipine 5 mg once daily.

2. Initiate atorvastatin 20 mg once daily for cholesterol management.

3. Provide lifestyle modification counselling focusing on weight loss, dietary adjustments, increased physical activity including at least 150 minutes of moderate exercise weekly.

4. Schedule a follow-up appointment in three months to monitor blood pressure and lipid profile.

5. Discuss self-monitoring of blood pressure at home.

**Comments:**

Given Mr. Smith's persistent hypertension and borderline high cholesterol, it is imperative to focus on both pharmacological and non-pharmacological measures to mitigate cardiovascular risk. Educational materials were provided to the patient, emphasizing the importance of medication adherence and lifestyle adjustments.

# Report1

**Clinical Report 2: Case of Type 2 Diabetes Mellitus**

Patient Name: Mary Thompson

Age: 65

Gender: Female

Date of Visit: 10th October 2023

Reason for Visit: Blood Sugar Management

**History:**

Mary Thompson, a 65-year-old female, attended the clinic with concerns regarding her recent fluctuations in blood sugar levels. Diagnosed with Type 2 Diabetes Mellitus three years ago, she has been managing her condition with metformin 500 mg twice daily. Mrs. Thompson reports increasing difficulty maintaining stable blood glucose readings, with recent HbA1c levels recorded at 8.2% from her last test four months ago. She admits to dietary non-compliance, particularly with caloric and carbohydrate restrictions.

**Physical Examination:**

On examination, Mrs. Thompson demonstrates a BMI of 28.2 kg/m², indicative of overweight status. Her blood pressure is 145/92 mmHg, pulse is steady at 82 beats per minute, and heart and lung auscultations are normal. Peripheral pulses are intact and symmetric, with no indication of neuropathy upon foot examination.

**Laboratory Tests:**

Latest laboratory results show fasting blood glucose consistently elevated, averaging 9.5 mmol/L. Lipid panel results reveal total cholesterol at 5.8 mmol/L, with triglycerides elevated at 2.4 mmol/L. Renal function tests remained within normal ranges, with an eGFR of 90 mL/min/1.73 m².

**Diagnosis:**

Poorly controlled Type 2 Diabetes Mellitus.

**Management Plan:**

1. Adjust metformin dosage to 1000 mg twice daily to improve glycemic control.

2. Introduce a GLP-1 receptor agonist, such as liraglutide 0.6 mg daily, increasing as tolerated.

3. Implement a comprehensive dietary plan including caloric limitation and carbohydrate regulation, enlisting the aid of a dietitian.

4. Recommend daily physical activity as tolerable, aiming for 30 minutes of exercise daily.

5. Schedule follow-up in three months with reassessment of HbA1c levels and reinforcing education regarding diabetes management.

**Comments:**

Patient understanding of the importance of adherence to dietary and medication plans must be reinforced to reduce complications related to diabetes. Mrs. Thompson was provided with educational resources and a referral to a diabetes education program was recommended.

# Report2

**Clinical Report 3: Case of Asthma**

Patient Name: Emily Wright

Age: 22

Gender: Female

Date of Visit: 8th October 2023

Reason for Visit: Asthma Follow-Up

**History:**

Emily Wright, a 22-year-old female, presented for a follow-up appointment related to her asthma management. Diagnosed at age 14, she reports intermittent bouts of wheezing and breathlessness, often exacerbated in cold weather and during physical exertion. She is currently using salbutamol inhaler as a relief medication approximately two to three times per week, with no current preventative inhaler therapy.

**Physical Examination:**

Ms. Wright is in no apparent distress. Her respiratory rate is 18 breaths per minute and unlabored, and oxygen saturation is 98% on room air. Auscultation of the lungs reveals expiratory wheezing noted bilaterally; however, there are no added sounds. Her cardiovascular examination is unremarkable.

**Laboratory Tests:**

Lung function tests indicate a reduced FEV1 at 65% of predicted value. Peak flow measurement is recorded at 320 L/min, which falls below the patient's expected value based on height and age.

**Diagnosis:**

Intermittent asthma with suboptimal control.

**Management Plan:**

1. Initiate low-dose inhaled corticosteroid treatment with beclometasone 100 mcg twice daily.

2. Continue using the salbutamol inhaler as a rescue medication.

3. Provide asthma action plan and patient education on the importance of steroid adherence.

4. Review technique of inhaler use, providing a spacer to optimize delivery.

5. Arrange follow-up appointment in two months to evaluate control and adjust treatment as necessary.

**Comments:**

Ms. Wright requires better prophylactic control of her asthma symptoms. The introduction of an inhaled corticosteroid is aimed at reducing her reliance on short-acting beta agonists by improving baseline asthma control. A follow-up spirometry is planned to assess response to therapy.

# Report3

**Clinical Report 4: Case of Migraine**

Patient Name: Paul Henderson

Age: 34

Gender: Male

Date of Visit: 5th October 2023

Reason for Visit: Chronic Migraine

**History:**

Paul Henderson, a 34-year-old male, presented with worsening migraine episodes. He reports a history of migraine for over ten years; however, the frequency and intensity have increased over the past six months. He experiences about 12 headache days per month, characterized by throbbing pain primarily located on the left side of his head, often accompanied by photophobia and nausea. Previous treatments have included non-steroidal anti-inflammatory drugs and over-the-counter triptans, with limited success.

**Physical Examination:**

Mr. Henderson appeared well, though slightly anxious. His vital signs were normal. Neurological examination revealed no focal deficits. Examination of the neck, eyes, and scalp muscles showed no abnormalities, and there was no evidence of cervical tension.

**Laboratory Tests:**

No laboratory tests were deemed necessary as there are no signs of secondary causes requiring further workup based on the patient's history and symptomatology.

**Diagnosis:**

Chronic migraine without aura, poorly controlled.

**Management Plan:**

1. Initiate prophylactic therapy with topiramate, starting at 25 mg daily, titrating upwards as tolerated.

2. Continue acute treatment with sumatriptan at the onset of symptoms, advising against use more than twice per week to avoid rebound headaches.

3. Refer to a headache specialist for further evaluation and potential adjunct therapy, including cognitive behavioral therapy.

4. Advise maintaining a headache diary to identify potential triggers and patterns.

5. Schedule a follow-up appointment in three months to assess response to therapy.

**Comments:**

The introduction of preventive therapy aims to reduce migraine frequency and severity, improving the patient's quality of life. A holistic approach including lifestyle modifications along with pharmacotherapy was emphasized during the consultation.

# Report4

**Clinical Report 5: Case of Peptic Ulcer Disease**

Patient Name: Laura Kennedy

Age: 45

Gender: Female

Date of Visit: 3rd October 2023

Reason for Visit: Epigastric Pain

**History:**

Laura Kennedy, a 45-year-old female, presented with persistent epigastric pain, described as burning in nature, experienced predominantly after meals. The symptoms have been present for the past three months and are occasionally accompanied by nausea. She has a history of non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID) use for chronic arthritis. There is no significant weight loss or melena reported but some general abdominal discomfort.

**Physical Examination:**

On examination, Ms. Kennedy is in mild discomfort. Her abdominal examination reveals tenderness in the epigastric region on palpation, but no guarding or rebound tenderness. Vital signs are stable, and there are no signs of systemic illness.

**Laboratory Tests:**

Blood tests including CBC, liver function tests, and routine chemistry were unremarkable. H. pylori testing via stool antigen test returned positive.

**Diagnosis:**

Peptic ulcer disease secondary to H. pylori infection and NSAID use.

**Management Plan:**

1. Initiate a course of triple therapy for H. pylori eradication, including amoxicillin, clarithromycin, and a proton pump inhibitor (omeprazole) for 14 days.

2. Advise discontinuation of NSAIDs and switch to acetaminophen or alternative pain management strategies for arthritis.

3. Recommend dietary modifications to avoid irritants such as caffeine and alcohol.

4. Arrange follow-up testing in four to six weeks post-therapy completion to confirm eradication of H. pylori.

5. Discuss potential need for maintenance PPI therapy depending on treatment response and symptom recurrence.

**Comments:**

Patient education was emphasized regarding adherence to the eradication regimen and avoiding refluxogenic substances that may exacerbate symptoms. Long-term follow-up is needed to ensure successful eradication and prevent complications.

# Report5

Informe clínico 1: Paciente de 45 años con Diabetes Mellitus tipo 2

Fecha: 12 de marzo de 2023

Paciente: Maria Gómez

Edad: 45 años

Sexo: Femenino

Motivo de consulta: La paciente acude a consulta de seguimiento por su condición de Diabetes Mellitus tipo 2.

Antecedentes personales:

- Diabetes Mellitus tipo 2 diagnosticada hace 5 años

- Hipertensión arterial controlada con medicación

- Obesidad (IMC: 32)

- No antecedentes de tabaquismo ni consumo de alcohol

Tratamiento actual:

- Metformina 850 mg cada 12 horas

- Losartán 50 mg al día

- Dieta hipocalórica y baja en carbohidratos

- Ejercicio físico regular (caminar 30 minutos al día)

Examen físico:

- Tensión arterial: 130/85 mmHg

- Frecuencia cardíaca: 78 latidos por minuto

- Peso: 85 kg

- Estatura: 160 cm

- IMC: 33.2 (obesidad)

- Exploración cardiopulmonar: normal

- Exploración abdominal: tejido adiposo abundante, sin masas ni visceromegalias

Laboratorio:

- Glucemia en ayunas: 146 mg/dL

- Hemoglobina glicada (HbA1c): 7.8%

- Perfil lipídico: colesterol total 210 mg/dL, HDL 40 mg/dL, LDL 130 mg/dL, triglicéridos 180 mg/dL

- Creatinina sérica: 0.9 mg/dL

- Microalbuminuria: 45 mg/día

Evaluación: La paciente presenta descontrol glucémico moderado evidenciado por su HbA1c de 7.8%. Se observa una lipidemia alterada con hipercolesterolemia y triglicéridos elevados. La microalbuminuria indica afectación renal incipiente. Se mantiene la hipertensión arterial dentro de parámetros adecuados bajo tratamiento médico.

Plan:

1. Educación diabetológica: reforzar modificaciones en el estilo de vida, centrando en la adherencia a la dieta y la actividad física.

2. Ajuste de tratamiento farmacológico: se sugiere iniciar Sitagliptina 100 mg al día junto con Metformina, para mejorar el control glucémico.

3. Control lipídico: iniciar tratamiento con Atorvastatina 20 mg al día para reducir riesgo cardiovascular.

4. Seguimiento de función renal: repetir microalbuminuria en 6 meses y continuar control regular de función renal.

5. Consultar con nutricionista para evaluación y ajuste de plan dietético.

6. Cita de control en 3 meses para evaluación de cambios metabólicos y ajuste de tratamiento si es necesario.

Conclusión: El seguimiento estrecho y ajustes necesarios en el tratamiento buscarán mejorar el control metabólico de la paciente y prevenir complicaciones a largo plazo. Reforzar la educación en estilo de vida saludable es crucial para el manejo exitoso de su condición.

# Report6

Informe clínico 2: Paciente de 60 años con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Fecha: 20 de marzo de 2023

Paciente: Carlos Rodríguez

Edad: 60 años

Sexo: Masculino

Motivo de consulta: El paciente acude por exacerbación de sintomatología respiratoria asociada a su diagnóstico previo de EPOC.

Antecedentes personales:

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) diagnosticada hace 8 años

- Fumador activo de 30 cigarrillos al día durante 40 años

- Hipertensión arterial controlada

- Alergia a penicilina

Tratamiento actual:

- Salbutamol inhalador según necesidad

- Tiotropio bromuro inhalado 18 mcg una vez al día

- Losartán 50 mg al día

Examen físico:

- Tensión arterial: 135/80 mmHg

- Frecuencia cardíaca: 85 latidos por minuto

- Frecuencia respiratoria: 22 respiraciones por minuto

- Saturación de oxígeno: 92% (en aire ambiente)

- Ruidos respiratorios: sibilancias bilaterales, disminución del murmullo vesicular

- Exploración general: tórax en tonel, sin edema periférico

Laboratorio e imágenes:

- Radiografía de tórax: hiperinsuflación pulmonar, aplanamiento de diafragmas, sin infiltrados visibles

- Espirometría: FEV1/FVC 65%, FEV1 55% predicho (indica obstrucción moderada)

Evaluación: El paciente presenta exacerbación de EPOC de nivel moderado. El tabaquismo crónico y el cumplimiento parcial del tratamiento contribuyen a su cuadro clínico. Necesidad urgente de reforzar medidas de cesación tabáquica y optimización del manejo farmacológico.

Plan:

1. Manejo de la exacerbación: Prednisolona 40 mg al día durante 5 días junto con antibióticos de amplio espectro (Azitromicina 500 mg el primer día, luego 250 mg al día por 4 días) para cubrir posible infección bacteriana superpuesta.

2. Broncodilatadores de acción rápida: aumentar uso de Salbutamol inhalador, según necesidad, y considerar añadir Formoterol/budesonida combinado para mayor control.

3. Cesación tabáquica esencial: remitir al paciente a programa de deshabituación tabáquica y discutir posibles ayudas farmacológicas como vareniclina o bupropión.

4. Revisión del uso de dispositivos de inhalación para asegurar técnica adecuada.

5. Evaluación en neumología para seguimiento y posible ajuste de tratamiento de mantenimiento a base de LABA-LAMA o agregar roflumilast según evolución clínica.

6. Control y seguimiento en 2 semanas para evaluación de respuesta al tratamiento y ajuste necesario.

Conclusión: Mejorar el manejo de la EPOC en este paciente dependerá de lograr la cesación definitiva del hábito de fumar, optimizar terapia farmacológica y asegurar educación sobre el uso apropiado de inhaladores. Las exacerbaciones pueden disminuir con un adecuado manejo y adherencia al tratamiento.

# Report7

Informe clínico 3: Paciente de 75 años con insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular

Fecha: 25 de marzo de 2023

Paciente: Juana Sánchez

Edad: 75 años

Sexo: Femenino

Motivo de consulta: La paciente acude a consulta acompañada por su hija, refiriendo aumento de disnea y edemas en miembros inferiores.

Antecedentes personales:

- Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (HFrEF) diagnosticada hace 3 años

- Fibrilación auricular crónica

- Hipertensión arterial de larga evolución

- Dislipidemia

- Histerectomía

Medicamentos actuales:

- Enalapril 10 mg dos veces al día

- Furosemida 40 mg al día

- Warfarina 5 mg al día (INR objetivo 2-3)

- Atorvastatina 20 mg al día

- Bisoprolol 5 mg al día

Hallazgos en examen físico:

- Tensión arterial: 140/90 mmHg

- Frecuencia cardíaca: 110 latidos por minuto

- Edema bilateral en miembros inferiores 2+/4+

- Tuyidos yugulares presentes

- Crepitantes bibasales a la auscultación pulmonar

- Soplo sistólico en foco mitral

Laboratorio e imágenes:

- Hemograma: hematocrito 35%, sin evidencia de anemia significativa

- Función renal: creatinina 1.4 mg/dL

- Electrolitos: sodio 138 mEq/L, potasio 4.0 mEq/L

- INR: 2.5 (dentro del rango terapéutico)

- Ecocardiograma (resultado reciente): Fracción de eyección del ventrículo izquierdo 35%, dilatación auricular izquierda, regurgitación mitral moderada

Evaluación: La paciente presenta signos de descompensación de insuficiencia cardíaca, probablemente precipitante de descontrol de fibrilación auricular. El manejo optimizado de sus condiciones crónicas es crucial, junto a considerar ajustes o cambios en el tratamiento.

Plan:

1. Tratamiento diurético: aumentar la dosis de Furosemida según respuesta clínica, considerar dosis dividida para manejo más efectivo de los edemas.

2. Ajuste de medicación: se sugiere agregar Espironolactona 25 mg al día para manejar mejor retención hídrica y mejorar función cardíaca.

3. Control de ritmo/cardioversión de FA: evaluar en consulta con cardiología para considerar opciones de control de ritmo, evaluación eléctrica o farmacológica, y manejo antiarrítmico.

4. Reevaluar anticoagulación dada la alta carga de retención de líquidos y riesgo de sangrado, manteniendo INR en control.

5. Educación sobre dieta y restricción de sodio para minimizar ingesta adicional de sal.

6. Seguimiento estrecho con monitoreo de peso diario y signos de sobrecarga de volumen, cita de control en cardiología en la próxima semana.

Conclusión: La paciente requiere un manejo intensivo para su insuficiencia cardíaca descompensada y fibrilación auricular con alto riesgo. La colaboración interdisciplinaria y cumplimiento terapéutico será esencial para estabilizar su condición.

# Report8

Informe clínico 4: Paciente de 50 años con enfermedad renal crónica estadio 3

Fecha: 2 de abril de 2023

Paciente: Alberto Torres

Edad: 50 años

Sexo: Masculino

Motivo de consulta: Consulta de seguimiento por enfermedad renal crónica, incremento reciente de creatinina en análisis de laboratorio.

Antecedentes personales:

- Enfermedad renal crónica desde hace 2 años, estadio 3

- Hipertensión arterial desde hace 10 años

- Antecedente de nefrolitiasis

- Sin alergias conocidas

Tratamiento actual:

- Enalapril 20 mg al día

- Hidroclorotiazida 25 mg al día

- Hidratación adecuada

- Dieta baja en sodio y proteínas

Examen físico:

- Tensión arterial: 125/75 mmHg

- Frecuencia cardíaca: 72 latidos por minuto

- Peso: 78 kg

- Estatura: 175 cm

- IMC: 25.5 (normal)

- Exploración general: sin signos de sobrecarga de volumen, extremidades sin edemas, abdomen blando y depresible

Resultados de laboratorio:

- Creatinina sérica: 2.0 mg/dL (aumento desde 1.8 mg/dL hace 3 meses)

- Tasa de filtración glomerular estimada (TFGe): 38 ml/min/1.73 m²

- Electrolitos: sodio 140 mEq/L, potasio 4.2 mEq/L

- Urea: 45 mg/dL

- Proteínas totales y albúmina: normales

Evaluación: El incremento de creatinina sugiere progresión de la enfermedad renal crónica del paciente. La normotensión y ausencia de edemas indican buen manejo del equilibrio hidroelectrolítico y presión arterial. Es crucial prevenir progresión adicional y monitorear complicaciones.

Plan:

1. Potenciar monitoreo y adaptación de tratamiento hipertensivo: mantener Enalapril y podría evaluarse adición de un bloqueador de canales de calcio si surgiera mal control tensional.

2. Nutrición y líquidos: reforzar la adherencia a dieta renal baja en proteínas (0.6-0.8 g/kg/día) y adecuar ingesta de líquidos dependiendo de diuresis.

3. Evaluación nefrológica para considerar otros factores de progresión como nefrotoxicidad por fármacos o infecciones.

4. Uso prudente de medicamentos, evitar uso de AINEs y ajustar dosis de medicamentos renales como necesario.

5. Consulta con el dietista para evaluación de plan de dieta adecuada a su condición.

6. Seguimiento cada 3 meses para control de función renal y ajuste terapéutico según evolución y complicaciones.

Conclusión: En esta fase es fundamental prevenir progresión hacia estadios más avanzados y evaluar factores modificables que puedan mitigar la evolución de la enfermedad renal, así como asegurar un manejo multidisciplinar.

# Report9

Informe clínico 5: Paciente de 28 años con migraña crónica

Fecha: 10 de abril de 2023

Paciente: Laura Martínez

Edad: 28 años

Sexo: Femenino

Motivo de consulta: Consulta por seguimiento de migraña crónica y evaluación de eficacia del tratamiento actual.

Antecedentes personales:

- Migraña crónica diagnosticada hace 3 años

- Historial de intolerancia a medicamentos triptanes

- Ansiedad generalizada controlada

- Sin antecedentes de alergias

- No fuma, consumo ocasional de alcohol

Tratamiento actual:

- Amitriptilina 25 mg al día

- Ibuprofeno 400 mg según necesidad (máximo 3 días a la semana)

- Técnicas de relajación y mindfulness

Examen físico:

- Tensión arterial: 118/76 mmHg

- Frecuencia cardíaca: 70 latidos por minuto

- Peso: 65 kg

- Estatura: 168 cm

- IMC: 23 (normal)

- Examen neurológico: normorrefléxico, sin hallazgos alterados, coordinación y marcha normales

Evaluación del paciente: Refirió persistencia de cefaleas frecuentes, alrededor de 15 días por mes, con intensidad y duración variables. Percibe una mejoría moderada en la reducción de severidad y una cierta disminución en frecuencia desde inicio de Amitriptilina. Persisten dificultades en identificar desencadenantes específicos. Evalúa la calidad de vida en un nivel moderado debido al dolor recurrente.

Plan de manejo:

1. Continuar farmacoterapia con Amitriptilina, evaluar la posibilidad de incrementar a 50 mg si la tolerancia es adecuada y persisten los síntomas.

2. Considerar uso de tratamiento profiláctico alternativo (ej. Betabloqueantes o Topiramato) si los síntomas no mejoran significativamente en 3 meses.

3. Insistir en el uso responsable de analgésicos para evitar el desarrollo de cefalea por abuso de medicamentos.

4. Realizar diario de cefaleas detallado para identificar patrones, desencadenantes comunes y respuestas a tratamientos.

5. Promover actividades que enfatizan reducción de estrés, como yoga y técnicas de respiración.

6. Remitir a una evaluación psicológica para buscar terapias como biofeedback o terapia cognitivo-conductual, podría ser beneficioso en manejo integral del dolor crónico.

Conclusión: La paciente sigue con migraña crónica predominantemente con una carga significativa sobre su calidad de vida. Un abordaje multidimensional y ajustes en tratamiento farmacológico y terapias comportamentales complementarias podrían mejorar su manejo a largo plazo.