

HISTORIA CLINICA

FICHA DE IDENTIFICACION:

FECHA: 10/ septiembre/ 2020 INTERROGATORIO: Directo

NOMBRE: Elizabeth Hernández Trujillo EDAD: 44 años

SEXO: Femenino LUGAR DE ORIGEN: Comitán

DOMICILIO: Las Margaritas, Chiapas

RELIGION: Pentecostés LENGUA: Ninguna NUM. TEL: -----

EDO.CIVIL: casada OCUPACION: ama de casa

ESCOLARIDAD: secundaria completa

PERSONA RESPONSABLE: Yesenia Arlette López Hernández TEL: -----

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Paciente refiere madre hipertensa desde hace 10 años con tratamiento de IECAS, refiere padre con antecedentes cardiovasculares actualmente con control en cardiología, y hermana finada hace 5 años por CACU con metástasis a mama.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Habita en casa propia de materiales duraderos, techo de loza y paredes de concreto, cuenta con 5 habitaciones y cocina con gas, cuenta con todos los servicios de urbanización (agua, luz y drenaje), alimentación tres veces al día y buena en cantidad y calidad, refiere bañarse diariamente, así como también mantiene una buena higiene bucal, no realiza actividad física, zoonosis negativa, refiere que la recolección de basura es cada 15 días por el camión, y también cuenta con los servicios de salud.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

Paciente que niega comorbilidades en estos momentos, pero refiere que a la edad de 6 años se enfermó de varicela y dos años después de sarampión, niega alergias a medicamentos, alimentos y otras sustancias.

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

Paciente refiere menarca a los 12 años de edad, con características aparentemente normales, con duración de 5 días, en cantidad normal, de manera regular y no se hace presente dolor. Inicia vida sexual activa a los 18 años, con una pareja sexual, sin uso de anticonceptivos, con número de gesta (3) y tres partos, dos de ellos por partos normales y una cesárea.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Inicia hace 24 horas con debilidad generalizada, hiporexia, adinamia y cefalea además de presentar acufenos y fosfenos, y presentar sincope, motivo por el cual es traída al servicio de urgencias, niega no haber tomado ningún medicamento,

SINTOMAS GENERALES:

Femenino de 44 años, de edad aparente a la cronológica, con Glasgow 15/15, ubicada en sus tres esferas, con fascies de preocupación, pero cooperadora al interrogatorio.

APARATO NEUROPSIQUICO:

Paciente que se encuentra orientado en tiempo, lugar y espacio, con Glasgow 15/15 con alteraciones en áreas craneales sin gravedad debido al sincope, refiere que desde que tuvo los síntomas al ingreso no ha presentado algunos otros.

APARATO CARDIORESPIRATORIO:

No refiere la presencia de tos, refiere que el motivo de ingreso inicial fue por presentar sincope, además de todos los síntomas agregados (acufenos, fosfenos, cefalea), refiere presencia de palpitaciones, niega dolor distal, no se observar palidez o rubicundez sin hipotermia ni cianosis distal.

APARATO DIGESTIVO:

Sin presencia de alteraciones, peristalsis normal.

APARATO GENITOURINARIO:

Genitales de acuerdo a edad y sexo en mención, sin alteraciones, presenta uresis con disminución de volumen urinario de coloración amarilla y de gran concentración.

APARATO MUSCULOESQUELETICO:

Con pérdida de fuerza muscular, pero niega presentar calambres y edema a nivel de las extremidades.

APARATO HEMOLINFATICO:

Presenta ligera palidez de tegumentos, sin purpura, no hay presencia de hematomas ni equimosis.

EXPLORACION FISICA:

SIGNOS VITALES:

TA: 140/80mm Hg, FC: 70 X¹, FR: 18X¹, Temperatura 35.5 °C, Peso 63 Kg Talla: 165 cm.

Aspecto general: Paciente femenino con edad aparente a la cronológica, con facies de preocupación y ubicado en sus tres esferas.

Cabeza: Cráneo normocéfalo sin Endo ni exostosis, cuero cabelludo bien implantado sin datos de lesiones, cabello lacio, abundante, cejas simétricas, ojos simétricos con párpados íntegros, pupilas isocóricas normoreflexicas, narinas permeables sin desvío del tabique nasal, pabellones auriculares bien implantados, conducto auditivo sin anomalías, cavidad oral hidratada, con buena coloración de tegumentos y mucosas hidratadas.

Cuello: Cuello simétrico, cilíndrico sin datos de ingurgitación yugular, sin adenomegalias, con pulsos presentes y rítmicos, tráquea centrada y desplazable a la deglución, sin crecimiento tiroideo.

Tórax: Tórax simétrico sin alteraciones de la superficie, con movimientos de amplexión y amplexación presentes, ruidos cardíacos presentes sin ruidos y soplos agregados, a la auscultación pulmonar se encuentra buena entrada y salida de aire con murmullo vesicular presente.

Abdomen: Blando depresible, peristalsis presente sin datos de irritación peritoneal.

Genitales: de acuerdo a edad y sexo en mención.

Año y recto: Sin alteraciones.

Extremidades: Extremidades superiores íntegras, con pulsos presentes y rítmicos, llenado capilar de 3 segundos, reflejos osteotendinosos conservados, fuerza y tono muscular no valorado. Extremidades inferiores íntegras con pulsos presentes y rítmicos, reflejos osteotendinosos conservados, tono y fuerza muscular no valorado.

PROBLEMAS DETECTADOS Y/O HIPÓTESIS DIAGNOSTICAS:

- Diagnostico nosológico: hipertensión arterial sistémica.

PLAN DE ESTUDIOS

LABORATORIO Y GABINETE

- QS (6 elementos)
- BH
- Hb 12.5 m
- HTC 39
- PQ 13.9
- Leuco totales 12.8

PLAN DE MANEJO

1. Losartan 50mg c/24 hrs
2. Sol. Salina de 250 cc IV p/24hrs
3. Omeprazol 40mg IV c/24hrs y de 20mg VO c/24 hrs ambulatorio
4. ASA protec 100 mg VO c/24 hrs

ESTADO DE SALUD

Estable

PRONOSTICO

Reservado

INFORMACIÓN A FAMILIARES Y/O ACOMPAÑANTES

Se informa ampliamente a sus familiares