



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina
Clinicas quirúrgicas complementarias

Historia Clínica

Docente: Dr. Guillen Hernández Edgar Martin

Alumna: Janeth Araceli Álvarez Gordillo

Grado: 7 semestre Grupo: "A"

HISTORIA CLINICA

FICHA DE IDENTIFICACION

FECHA: 18 de Noviembre de 2019

INTERROGATORIO: Indirecto

NOMBRE: Santis Pérez Trinidad

EDAD: 58 años

SEXO: Femenino

LUGAR DE ORIGEN: Municipio de las Margaritas

DOMICILIO: Margaritas (Conocido)

RELIGION: Católica

LENGUA: Tojolabal

NUM. TEL: -----

EDO.CIVIL: Casada

OCUPACION: Ama de casa

ESCOLARIDAD: Primaria

PERSONA RESPONSABLE: Domingo Pérez Pérez

TEL: -----

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Paciente refiere no tener conocimiento de alguna antecedentes de enfermedad en línea materna y paterna, comenta que su padre falleció de causas naturales, no hay padecimiento de ningunas alergias, ni epilepsias.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Habita en casa propia, de madera, con techo de lámina, piso de tierra, cuenta con cuatro cuartos incluyendo la cocina, baño de letrina, cuenta con luz eléctrica, refiere consumir agua de pozo del cual recurren todos los días, cocina con fuego normalmente y en ocasiones con gas L.P., no practica ningún deporte, no cuenta con ningún trabajo formal, refiere que de vez en cuando acude a la milpa, higiene no constante, duchas tres veces por semana, cepillado una vez por día, aproximadamente de siete a ocho horas de descanso, convivencia con animales de granja, cuenta con dos perros, cartilla de vacunación incompleta, alimentación regular, se refiere el consumo de café por todas las mañanas y noches desde siempre, menciona que anteriormente el consumo de sal era descontrolado.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

No hay consumo de ninguna sustancia toxica, como alcohol, tabaco o drogas, presencia de Diabetes Mellitus tipo 2 con tratamiento, desconoce el nombre del mismo, no recuerda el tiempo de evolución, mal apego al tratamiento, en el mes de octubre se le diagnostico hipertensión arterial sistémica mal controlada, refiere diagnóstico de cardiopatía pero se desconoce el diagnostico exacto y fue hospitalizada por presentar EVC isquémico, niega ser alérgica a ningún fármaco.

ANTECEDENTES

GINECO-OBSTETRICO

La paciente refiere el comienzo de menarca a los 12 años aproximadamente, comienzo de vida sexual activa a los 19 años, fecha de última menstruación hace 8 años, 12 gestas, sin ningún aborto.

EN CASO DE ESTAR EMBARAZADA: -----

FUM: -----

FPP: -----

CONTROL PRENATAL: -----

PADECIMIENTO ACTUAL:

Se trata de femenina de 58 años de edad con Glasgow de 10, ubicado en sus tres esferas, que acude al servicio de urgencias por presentar fiebre constante desde la mañana, acompañadas de evacuaciones diarreicas en cuatro ocasiones, dolor abdominal, cefalea, mialgias, artralgias, nauseas, fatiga, presencia de dolor precordial opresivo acompañado de pérdida de conocimiento que duro aproximadamente una hora, el dolor es irradiado a brazo izquierdo y cuello en parte lateral del mismo, que no sede con reposo, presencia disnea, sudoración profusa, así mismo la paciente refiere que posterior al dolor retroesternal se le presento la hemiparesia fascicorporal, incapacidad de realizar movimientos por sí misma, vértigo y somnolencia, visión borrosa, dislalia .

MOTIVO DE INGRESO:

Dolor precordial irradiado a determinar posible infarto agudo al miocardio, desencadenando EVC isquémico.

APARATO NEUROPSIQUICO:

Presencia de cefaleas constantes, pares craneales con alteración unilateral, ausencia de sensibilidad lado izquierdo de la paciente, ausencia de marcha consecuencia de la causa descrita anteriormente, sin signos meníngeos ni cerebelosos, sin convulsiones ni alucinaciones, articulación de palabras anormales, sincope.

APARATO CARDIORRESPIRATORIO:

Presencia de disnea, no hay presencia de tos, ni esputo, Presencia de palpitations, cianosis, sin presencia de edema, no hay rasgos de bronquitis.

APARATO DIGESTIVO:

No hay problemas a la masticación ni a la deglución, normalmente no sufre de reflujo, ni dispepsia, sin odinofagia, vómito al presentar el dolor precordial, leve distensión abdominal, presencia de nauseas.

APARATO GENITOURINARIO:

No hay alteración en la orina, color amarillo, sin ardor a la micción, sin hematuria, sin problemas genitales como infecciones vaginales, refiere no haber acudido a ninguna revisión para practicar ningún estudio como Papanicolaou.

APARATO MUSCULOESQUELETICO:

Presencia de mialgias, artralgias, no hay presencia de alteración en articulaciones, ni rigidez matutina.

APARATO HEMOLINFATICO:

No ha presentado ninguna alteración, ni dolor en ganglios, niega haber sufrido alguna alteración como anemias.

EXPLORACION FISICA:

ASPECTO GENERAL:

Paciente femenino de 58 años de edad, con Glasgow de 10, cooperadora, ubicado en sus tres esferas (tiempo, lugar y persona), PA: 134/67 mmHg, FC 92 lpm, FR 31 por minuto, con fiebre de 38.2 grados, PESO: 50 kg, Talla de 1.50 mts, estado de nutrición normal, con un estado personal descuidado, complexión delgada.

CABEZA:

Normocéfalo, implantación de cabello adecuada, dolor en la región frontal y temporal de lado izquierdo, implantación de cejas escasas, conjuntivas hidratadas, pupilas mióticas normoreflexivas, mucosa nasal hidratada, al igual que las orales.

Cuello:

Cilíndrico, simétrico, sin ninguna masa palpable, ganglios no palpables, no hay alteración en la coloración de la piel, pulsos normales, latidos carotídeos sin ninguna anomalía, sin ingurgitación, presencia de estructuras vasculares normales sin dilatación, tráquea simétrica, columna cervical sin alteración con movimientos normales.

Tórax

Simétrico, mamas normales sin presencia de ninguna masa palpable, coloración de acuerdo a la piel, amplexación visible, caja torácica sin alteración o fracturas.

Respiratorio:

Campos pulmonares normales, sin presencia de sibilancias ni estertores.

Cardiológico:

El choque de punta con intensidad aumentada, ruidos cardíacos disminuidos pero constante de acuerdo al cierre y apertura de las válvulas, signo de galope positivo, roces pericárdicos palpables, presencia de taquicardia, sin soplos a la auscultación, ritmo cardíaco normal, frecuencia cardíaca de 95 lpm,

Abdomen:

Sin distensión abdominal, perístasis normal, sin irritación uretral, sin presencia de hepatomegalia, en auscultación de cuadrantes indoloros, no hay presencia de masas palpables, coloración de acuerdo a la piel.

Genitales:

De acuerdo a edad y sexo, sin alteraciones en la coloración, sin presencia de ninguna alteración en la implantación del vello púbico.

Año y recto:

Íntegros, esfínteres normales ninguna alteración, sin presencia de úlceras, ni problemas a la defecación, no hay estreñimiento.

Extremidades:

Piel de acuerdo a la de todo el cuerpo, con disminución en fuerza para realizar movimientos, sin presencia de edema, pulsos periféricos normales, reflejos osteodendinosos hiporreflejos de lado izquierdo y normorreflejos de lado derecho, sin ninguna masa, no hay dolor articular.

PROBLEMAS DETECTADOS Y/O HIPÓTESIS DIAGNOSTICAS

Infarto agudo al miocardio y EVC isquémico.

Trastorno del ritmo desde el 2015 con riesgo de padecer cardioembolismo, 3 puntos de CHADVAsc

PLAN DE ESTUDIOS

LABORATORIO Y GABINETE

Leucocitos 7540, granulocitos 6400, plaquetas 113000, Hb 12.1 grs/dl, MCV 36.9, MCH 31.4, sodio 127, potasio 3.3, cloro 105, calcio 8.4, EGO, leucocitos 15, glucosa 188, urea 30 mgs, BUN 13.7, HBA1c 7.4 %.

TAC Denota EVC isquemico con transformación a hemorrágico.

EKG ritmo sinusal, FC 71.4 lpm, con isquemia, ausencia de onda Q patológica.

PLAN DE MANEJO

Al llegar al servicio de urgencia se le administro morfina 4 mg/ IV

Se inició con anticoagulación oral con acenocumarina, suspendiendo tratamiento de hipertensión arterial y DM2.

ESTADO DE SALUD

PRONOSTICO

Bueno para la vida, malo para la función, malo para la estética.

INFORMACIÓN A FAMILIARES Y/O ACOMPAÑANTES

Se le informo al familiar la situación del paciente.

FIRMA DEL MEDICO ADSCRITO

NOMBRE Y FIRMA DEL RESIDENTE O MIP QUE REALIZO:

Pre-MIP: Janeth Araceli Álvarez Gordillo

