



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**ESCUELA DE MEDICINA**

**HISTORIA CLINICA**

**Alumna: Melanny Gpe Roman Salazar**

**Dr.: Edgar Martin Guillen Hernández**

**Clínicas quirúrgicas**

**Semestre: 7º**

**Grupo: A**

**Comitán de Domínguez Chiapas, a 11 de septiembre del 2020**

## HISTORIA CLINICA

### FICHA DE IDENTIFICACION:

**FECHA:** 11 de septiembre del 2020 **INTERROGATORIO:** Directo

**NOMBRE:** Luz Jiménez Guizar **EDAD:** 77 años

**SEXO:** Femenino **LUGAR DE ORIGEN:** Comitán

**Fecha de nacimiento:** 15 de agosto del 1943 **Estado civil:** viuda

**DOMICILIO:** Barrio de san sebastian, las margaritas, Chiapas.

**RELIGION:** católico **LENGUA:** Ninguna **NUM. TEL:** 9631357854

**OCUPACION:** ama de casa **ESCOLARIDAD:** Analfabeta

**PERSONA RESPONSABLE:** María del socorro Jiménez Ramírez. **TEL:** -----

Fecha y hora del interrogatorio: 11 de septiembre del 2020. 11:00 a.m.

### ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Refiere abuelos finados, sin antecedentes de importancia, padres finados, papa finado desconoce la causa, mama finada, padecía HTA, y Diabetes Mellitus. Hijo mayor con padecimiento de diabetes mellitus de 7 años de evolución, no presenta antecedentes de alergias, ni otro antecedente de importancia.

### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Niega el consumo de sustancias toxicas, no ha presentado traumatismos, refiere haber sido hospitalizada anteriormente por presentar SICA, padece hipertensión arterial sistémica, y diabetes mellitus, se desconoce el tiempo de evolución y se desconoce exactamente el tratamiento, niega alergias, transfusiones. Varicela a los 6 años.

### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Refiere que cuenta con casa propia, materiales duraderos, piso firme, 3 cuartos. Habitan 5 personas (Hija, esposo de la hija, dos hijos, y abuela, cuenta con todos los servicios públicos básicos (agua potable, luz, drenaje), cocinan con gas, alimentación adecuada en cantidad y calidad, baño 3 – 4 veces por semana, cambio

de ropa diario cepillado una o dos veces al día, zoonosis negativa, horas de descanso de 8 a 10 horas.

### **APARTADO GINECO-OBSTETRICO**

No recuerda inicio de menarca, Inicio de vida sexual a los 14 años, 2 parejas sexuales, no recuerda fecha de ultima menstruación, 6 gestas, ninguna cesárea, ningún aborto.

### **EN CASO DE ESTAR EMBARAZADA:**

**FUM:** -----

**FPP:** -----

**CONTROL PRENATAL:** -----

### **PADECIMIENTO ACTUAL:**

Paciente que llega al sitio de urgencias por malestar general, tos, escalofríos, dificultad para respirar, hipotermia, diaforesis, que comienza alrededor de las 6:00 a.m.

### **INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:**

#### **SINTOMAS GENERALES:**

Refiere fiebre recurrente, astenia, adinamia, presencia de diaforesis, sin sed, no presenta mialgias, ni artralgias.

#### **APARATO DIGESTIVO:**

Familiar refiere que la paciente no presentó ninguna alteración en la deglución, ni masticación, no dispepsia, presencia de náuseas y vomito color amarillento, sin reflujo, sin presencia de onicofagia.

#### **APARATO CARDIORESPIRATORIO:**

Refiere disnea, diaforesis, cianosis, tos sin esputo, sin hemoptisis, ni sibilancias, sin estertores, sin signos de edema, familiar refiere que la paciente se quejaba de dolor precordial, opresivo, quemante, que no cedía con reposo.

#### **APARATO URINARIO:**

Orina color amarillo claro con aspecto turbio, refiere haber acudido repetidas veces al baño, chorro normal, sin retención, sin presencia de alguna infección urinaria.

## **APARATO GENITAL:**

Familiar refiere que la paciente ya no tiene vida sexual activa debido a su edad y padecimiento de enfermedad, no hay, ni quejas de dolor o ardor, sin infección vaginal, mamas simétricas sin palpación de masas dolorosas, piel sin cambios de coloración e hidratada.

## **ENDOCRINO:**

Familiar refiere baja de peso de aproximadamente 3 kilogramos, intolerancia al frío, temblor frío, somnolencia.

## **EXPLORACION FISICA:**

### **Signos vitales:**

TA: 115/85 mm Hg, FC: 75 X<sup>1</sup>, FR: 15X<sup>1</sup>, Temperatura 36.5 °, peso 56 Kg y talla: 1.58 cm

### **Aspecto general:**

Femenino de 80 años de edad, sin fascias características, constitución endomorfa, estado nutricional aparentemente adecuado, marcha no valorable, debido al estado en el que se encuentra, con adecuado cuidado personal, desubicada, somnolienta, estado de alerta alterado.

**CABEZA:** cráneo simétrico normocefalico, cuero cabelludo integro, buena implantación, cejas escasas, no deformaciones ni masas, ojos simétricos, pupilas anisocóricas, hiporreflejas, conjuntivas hidratadas, mucosa oral hidratada, no hay presencia de ganglios retroauriculares, orejas normales.

**Cuello:** Cuello simétrico, tráquea centrada, sin regurgitación yugular, pulsos carotídeos normales, sin presencia de adenopatías, ausencia de limitaciones en los movimientos y ausencia de dolor.

**Tórax:** simétrico sin alteración del estado de superficie ni masas palpables, movimientos de amplexión y amplexación presentes y normales, ruidos cardíacos disminuidos, no se auscultan soplos ni ruidos agregados.

**Abdomen:** Abdomen blando y depresible, sin cicatrices, sin alteraciones, no presenta hepatomegalia y esplenomegalia. Auscultación de la peristalsis presente.

**Genitales:** sin alteraciones, acorde a edad y sexo, sin cambios en la coloración, ni masas palpables.

**Ano y recto:** sin alteraciones.

Extremidades: Inspección de miembros simétricos, piel hidratada, sin cicatrices, sin cambios en la coloración, sin presencia de nódulos cutáneos, fuerza de Daniels 4/5, no presenta alteraciones anatómicas, no presenta ninguna alteración de marcha, movimientos de flexión extensión, hiperextensión, rotación sin alteraciones, sin presencia de edema, pulsos periféricos presentes,

### **PROBLEMAS DETECTADOS Y/O HIPÓTESIS DIAGNOSTICAS**

- **Diagnostico sindromatico: síndrome de dificultad respiratoria**
- **Diagnostico nosológico: paro cardiorrespiratorio**
- **Diagnostico etiológico:**

### **PLAN DE ESTUDIOS**

#### **LABORATORIO Y GABINETE**

Electrocardiograma: frecuencia normal, ritmo sinusal, anormalidad de la onda T, considerando isquemia, intervalo QT prolongado.

BH: Hb en rango normal. 12.7

Enzimas cardiacas: CK 17U/L, mioglobina 60mg/ml, troponina T 0.90mg/ml, dimero D 325mg/ml, ck total: 173 U-l.

Aspartato aminotransferasa 92 U/l, alanino aminotransferasa 66u/L. deshidrogenasa láctica 414 u/l.

### **PLAN DE MANEJO:**

Diclofenaco 1 diaria c/24 horas, después del desayuno.

Piroxiamida 20 mg diaria alternada, furosemida 40 mg c/24 hrs, enoxaparina 60 mg subcutánea c/12 hrs, aspirina 300 mg soluble, atorvastatina 80 mg por SNG c/24 hrs, clopidrogel 300 mg SNG, por ahora, posterior 75 mg c/24 hrs, midazolam 100 diluido, en 100 mg, por ahora tramadol 50 IV diluido cada 8 horas.

### **ESTADO DE SALUD**

Grave

---

### **PRONOSTICO**

Malo para la vida y para la función

**INFORMACIÓN A FAMILIARES Y/O ACOMPAÑANTES**

**Familiares ampliamente informados.**

**FECHA Y FIRMA DEL MEDICO ADSCRITO: 11 de septiembre del 2020**

**NOMBRE Y FIRMA: Dr. Melanny Guadalupe Roman Salazar**

