



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

Nombre: Ana Lucia Hernández Saenz

Materia: Medicina Interna

Docente: Dr. Uriel

Semestre: 5to "A"

Tema: Historia Clínica

Fecha: 12 / 09 / 2020

El siguiente trabajo a realizar lo quise hacer con un ejemplo de algun paciente para poder entender mejor como se estaria llenando una historia clinica ya estando en el hospital, consultorio etc.

HISTORIA CLINICA

Es un conjunto de datos del paciente, ya que es un documento medico-legal donde se recolecta los datos del paciente con la finalidad de integrar el diagnostico, se basa en la norma 004 de la SSA de acuerdo al diario oficial de la feredacion.

Como primer punto de la historia clinica se encuentra la:

FICHA DE IDENTIFICACIÓN: EJEMPLO

NOMBRE: Diana Laura Abarca Aguilar	
EDAD: 19 años	SEXO: mujer
EDO CIVIL: soltera	DOMICILIO: actual
RAZA: blanca	OCUPACIÓN: estudiante
GENERO: femenino	SERVICIO DE SALUD: consulta externa
NUMERO DE CEDULA: ninguna	RELIGIÓN: católica
NACIONALIDAD: mexicana	GRADO ACADÉMICO: licenciatura
FECHA DE NACIMIENTO: 18 de octubre/2000	TIPO DE ALIMENTACION: saludable
NUMERO DE TELEFONO: 963 148 5607	NUMERO DE VIVIENDA: 56 calle Colombia, colonia latinoamericana
LOCALIDAD: actual	TRADICION: ninguna

INTERROGATORIO

II.- ANTECEDENTES

A).- Hereditarios Familiares

Padres vivos. Papa/48años, sin alteraciones en la salud, mama/38años con: insuficiencia venosa periférica.

Abuelos vivos maternos: abuela/62años años padece de hipertensión arterial sistémica y diabetes, abuelo/65años: glaucoma, diabetes y neumonía.

Abuelos vivos paternos: abuelo/61 años con hipertension arterial, abuela/63años de edad con sobrepeso y tambien HA.

Hermanos 2: Jose Angel Abarca/18 años y Jose Danilo Abarca con 14 años aparentemente sanos.

NIEGA cáncer, niega enfermedades autoinmunes, niega atopias, niega enfermedades endócrinas, niega enfermedades infectocontagiosas, niega sífilis, niega tuberculosis, niega vaginitis.

B). - Personales NO Patológicos

En este apartado se agregan las toxicomanías, inmunizaciones, es todo lo que rodea al paciente

Originaria de Comitán de Domínguez, residente de esta localidad, habita en casa propia cuenta con 3 habitaciones, habitada por 5 personas, cuenta con piso de cemento con paredes de block, techo de concreto, cuenta con agua, drenaje y luz, zoonosis negativa, cuenta con hábitos higiénicos adecuados. Alimentación saludable, como: verduras, frutas, carnes, hierbas, agua pura. Cocina con gas y no con leña. Actividad física 3 veces por semana, no cuenta con algún hobby, no cuenta con adicciones, no integra medicamentos inadecuados a su cuerpo. Ocupación: estudiante.

C).- Personales Patológicos

Se basa en las patologías que tiene el paciente

Desde su nacimiento a tenido los parámetros normales para un RN, no tuvo hipoxia, estuvo en condiciones normales.

Hospitalización: ninguna vez, causas ninguna. Tampoco ha tenido fracturas.

Cirugías: no cuenta con ninguna cirugía, ni el tipo, ni fecha de última cirugía.

Transfusión: si, lo ha hecho por 3 veces en 3 años consecutivos, la última: 15 de octubre, no presentó ninguna reacción, el motivo es porque quiere apoyar a las personas necesitadas.

Consumo de alcohol: si, fines de semana.

No presenta enfermedades de transmisión sexual.

No presenta ninguna enfermedad, no tiene alergias a medicamentos, alimentos o algún alérgeno.

No ha tenido picadura de animales, es decir no ha tenido de alacranes, serpientes, arañas, etc.

Antecedentes ginecobstetricos:

Menarca: a los 12 años de edad, no fue temprana ni tardía.

Menstruación: cada cuantos días menstrua y son 4 cada periodo, es regular. Empieza todos los 8 días de cada mes, el tipo de sangrado es normal para ella, tolera todavía para otras mujeres que le han contado que duran bastante y es imposible para ellas.

Numero de gestas: no ha presentado embarazos, no ha tenido abortos. Por lo cual no es gesta, no ha tenido parto, ni cesarías. Método de planificación: ninguna. No tiene vida sexual activa, no presenta enfermedades de transmisión sexual.

Antecedentes prenatales:

Dicha paciente no a tenido embarazados pero es importante mencionar que esto se debe de agregar a la historia clínica.

Se debe de agregar el peso, talla, tipo de parto, ABGAR y SILVERMAN, edad de la madre, vacunacion, control prenatal, embarazo prolongado, seno materno, lactación, desarrollo, crecimiento, etc.

III. - PADECIMIENTO ACTUAL

Es el motivo de consulta del paciente, es lo que refiere por ejemplo:

Px refiere que tiene diarrea, dolor en el estómago, ha tenido fiebre desde hace 2 días que ya no la aguanta y presenta cansancio tal vez por estar mucho tiempo en el baño o estar tirada en cama. Las veces que se dirige al baño en el día son 5, la diarrea se ve como amarilla y verde. El dolor de estómago se quita cuando está en el baño por al menos 25 minutos. El dolor es fuerte a un nivel 4/10, la duración desde hace semana pero tenía mucha huela de venir, ahora que empeoro más, tiene la obligación de venir, no ha tomado nada solo algunos te que le hace su mamá y su abuela. Su debilidad es constante, no quiere hacer nada, no ha ido a la universidad, etc.

A)- Fecha de Iniciación

El día 18/01/2020

B)- Principales Síntomas de iniciación

Como inicio: con diarrea líquida se gran volumen, color amarilla/verde, el nivel del dolor fue medio que su única opción fue ir al baño. El dolor es continuo por lo que pasan 45 minutos y regresa. No tomo ningún medicamento. Ha estado con el malestar desde hace 7 días. Presenta debilidad muscular y cansancio. Localización del dolor en el hipocondrio izquierdo y permanece allí por mucho tiempo.

C). - Sintomatología Actual

Diarrea líquida, debilidad muscular, cansancio, en el 3er día se presentó con fiebre.

IV.- INTERROGATORIO POR APARATOS

A). Órganos de los sentidos

Se examina cada sentido y se coloca lo que la paciente tiene, ejemplo:

Vista: presenta miopía con un aumento de 1.25 en cada ojo, presenta agudeza, sabe diferenciar entre blanco y negro, entre los colores primarios, tiene la facilidad de moverlos, parpadea con facilidad, es sensible a la luz.

Niega haber presentado ojos rojos, lagrimeo constante, niega picazón, niega haberlo tenido inflamado, fosfenos, hipermetropía, astigmatismo, diplopía, pesadez, niega diplopía, dolor ocular, amaurosis, fotopsias, miodesopcias, picor, legañas,.

Audición: si escucha del todo bien, no presenta líquido en el oído. Cerumen como barrera de defensa, con 2 perforaciones en cada oído. Niega dolor, niega uso de medicamentos para dicho sentido, acufenos, secreciones, irritación, pérdida de audición, equilibrio, vértigo, parestesia.

Olfato: sabe percibir los olores, respiración de 14/60s.

Gusto: sabe diferenciar los sabores, salado, dulce, amargo, al momento de deglutir se le hace de una manera fácil, tiene bracket's. Niega boca seca,

gingivorragias, cx dentarias, apertura, dislalia, acumulación de saliva, disfonía, cx labio, paladar hendido.

Tacto: conoce el tacto fino y grueso, puede tomar objetos sin ningún problema, manos controladas bien por sus nervios, lecho capilar normal.

Cuello: presenta rigidez, con movimientos extensibles, presencia de pulso carotideo en la zona, no ha presentado fracturas. Tiroide no palpable. No presenta adenomegalias, niega ganglios linfáticos inflamados, niega adinamia, vello en el cuello,

Músculos: con bastante flexibilidad, ningún espasmo, etc.

Óseo: presencia de huesos intactos, sin dolor alguno, cuenta con su caja torácica estable, a la vez que la pelvis, huesos de extremidades superiores e inferiores.

H). Sistema nervioso

Nervios: normales

Cabeza: niega traumatismos craneocefalico, cuenta con cráneo y fontanelas estable, niega cefalea, niega migraña, niega estrés escolar y familiar. Fontanelas normales.

Niega cefalalgia, niega pérdida de conocimiento, niega mareos, niega vértigo, niega movimientos anormales involuntarios, niega convulsiones, niega dolor hormigueo, niega adormecimiento, niega espasmos, niega calambres musculares, niega alteraciones de libido. Niega entumecimiento en piernas, niega hacer ejercicio constante, niega utilizar zapatos de tacón, niega dolor en talones, niega alteraciones en la marcha, alexia, dislexia, distralgia, niega confusión.

Presenta trastornos del equilibrio debido a que se mantiene todo el día en cama, sin hacer nada. Con debilidad muscular, a su vez presenta trastornos del sueño que por la noche ya no puede dormir y las ganas de ir al baño aumentan, presenta sensibilidad en talones del pie, sabe distinguir el dolor, siente el calor y frio.

J). - Piel

Características de la piel

Niega cianosis, pigmentación, prurito, seca.

Características del pelo: suave, largo, bien tratado, con olor, corte con el objetivo de quitar flor, uñas: en buen estado, no están gruesas, no tienen hongos, cortas.

Hiperhidrosis y xerodermia

Sistema Tegumentario

A).- Aparato Digestivo

Tiene trastornos de la deglución, dolor? No, sin ganas de comer. Dolor al consumir agua? De digestión, consumió algo fuera de casa? Defecación, diarrea: cuantos días lleva con diarrea? 7 días, cuantas veces al día evacua? 5 o más, se da cuenta del color de la diarrea? Es de amarillo/verde, en abundancia? Si, se llena la mitad de la taza, dolor al defecar? No, sangre en heces? Tampoco, nota si hay mucosidad en heces? No, no lo hay. Con eructos consecutivos y gases, presencia de dolor abdominal. El dolor es permanente, constante pasajero? El dolor aumenta por las noches o al despertar? Dolor al

agacharse? Dolor al estar sentado o parado? No presenta náusea, vómito, constipación, ictericia, rumiación, regurgitación, pirosis, aerofagia, meteorismos, distensión abdominal, flatulencia, hematemesis, estreñimiento, acolia, hipocolia, melena, rectorragia, lentería, pujo, tenesmo y prurito anal, presencia de sed.

B). - Aparato Respiratorio

Con el paso de los días la px refiere tener: dificultad respiratoria, sensación de que le falta el aire? En reposo o cuando realiza una actividad? Tos en un nivel muy bajo. Que tan frecuente? 3 veces al día, es tos seca o con flema? Expulsa la flema? Color de las flemas? Normal, fuma? No, usa lela en su casa? No. Dolor al toser? No. Presencia de olores. Presenta tenesmo

Niega tener rinorrea, rinolalia, expectoración, dolor torácico, epistaxis, disfonía, hemoptisis, vómica, sibilancias audibles a distancia, niega tener buena entrada y salida de aire (amplexión y amplexación), murmullo vesicular presente, sin estertores, ni sibilancias, niega presencia de mocos y menos espesos, niega escurrimiento nasal, niega picazón en nariz, niega congestión, niega dolor en garganta, niega fatiga, niega estar anoréxica alguna vez en su vida, niega dispepsia.

C). - Aparato Urinario

Presenta micción cada vez que necesita ir al baño por la diarrea, controla sus esfínteres

Niega tener dolor renoureteral, hematuria, poliuria, coluria, oliguria, nicturia, , cólico renal, edema, trastornos en el volumen urinario, nictámero, urgencia, características del chorro urinario., niega tener la orina por tiempos prolongados, dolor en la zona? No. Niega tener infecciones de orina, dolor en riñón, niega disuria, polaquiuria, prostatismo

D).- Aparato Genital

De acuerdo a edad y sexo: mujer de 19 años

Menarca: a los 12 años de edad, no fue temprana ni tardía, con una regularidad.

Menstruación: cada cuantos días menstrua y son 4 cada periodo, es regular.

Empieza 30/8 de cada mes, el tipo de hemorragia es normal para ella, con un volumen tolerable, para otras mujeres que le han contado que duran bastante y es imposible para ellas. Presenta tensión premenstrual, flujo vaginal con volumen normal.

Numero de gestas: no ha presentado embarazos, no ha tenido abortos. Por lo cual no es gesta, no ha tenido parto, ni cesarías. Método de planificación: ninguna. No tiene vida sexual activa, no presenta enfermedades de transmisión sexual.

Última menstruación: 20/03/2020

Niega vida sexual activa, niega tener anticonceptivos intrauterinos, niega tener mucosidad en abundancia, niega tener irritabilidad, niega tener crecimiento del vello púbico, niega tener picazón, niega dismenorrea, niega hipermenorrea, metrorragia, leucorragia, dismenorrea, dispareunia, importenia, libido.

E).- Aparato Cardiovascular

Presenta 80 latidos por minuto, se presenta en un estado normal a su nivel de edad, peso y estatura. Presenta tener con ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, sin soplos ni alguna alteración más.

Niega tener dolor al inspirar y exhalar, niega dolor precordial, palpitaciones, síncope, lipotimia, edema, cianosis, acufenos, fosfenos, niega señalar con sus manos la localización del dolor porque no se presenta, niega tener golpes en esta área.

F).- Sistema Endocrino Vegetativo

Presenta pérdida de peso: 2 kg

Niega intolerancia al calor o al frio, niega alteraciones del color de la piel, astenia o adinamia, alteraciones del volumen urinario, amenorreas, ginecomastia, galactorrea, alteraciones de la libido, espasmos o calambres musculares, niega diaforesis, poliuria.

G) Sistema hematopoyético

Presenta haber hecho una trasfusión de sangre y sin tener reacciones a esta, con astenia, palidez.

Niega tener rubicundez, adenomegalias, hemorragias, fatigabilidad, equimosis, petequias, anemia, facilidad para sangrar.

I). Sistema musculo esquelético

Niega mialgias, dolor óseo, artralgias, rigidez articular, alteraciones en la marcha, hipotonía, disminución del volumen muscular, limitación de movimientos y deformidades, sin inflamaciones.

EXPLORACIÓN FISICA

PESO: 53kg	TALLA: 1.55
FRECUENCIA CARDIACA: 78 lpm	PULSO:
FRECUENCIA RESPIRATORIA: 18rpm	TEMPERATURA: 36.5°

A).- Inspección General:

Paciente con edad aparente a la cronológica con complexión mediana con buena coloración de tegumentos.

B).- Cabeza

Normocefalo con poco cabello negro bien implantado sin endostosis ni exostosis, fontanela anterior normotensa, con cejas medianamente pobladas, ojos centrales simétricos pupilas isocóricas, normoreflexicas narinas permeables, mucosa oral normohidratada, con labios normales orofaringe normal.

C).- Cuello

Central cilíndrico corto con tiroides no palpable sin ingurgitaciones pulsos dentro de la normalidad. Sin adenomegalias.

D).- Tórax

Normolineo con buena entrada y salida de aire (amplexión y amplexación), murmullo vesicular presente, sin estertores, ni sibilancias, con ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, sin soplos ni s3.

E).- Abdomen

Blando depresible sin visceromegalias, con peristalsis presente, audible, no doloroso a la palpación media y profunda. Sin datos de irritación peritoneal.

F).- Genitales

De acuerdo a edad y sexo.

G).- Sistema locomotor

Miembros íntegros y funcionales con buena sensibilidad sin compromiso circulatorio, sin artralgias ni mialgias, fuerza muscular conservada, llenado capilar 2 seg.

DIAGNOSTICOS:

Se establece a un probable diagnostico, por lo tanto necesitamos la ayuda de estudios de laboratorio y gabinete.

FECHA: 12/09/202

NOMBRE Y FIRMA
Dra. Ana Lucia Hernandez Saenz