

UNIVERSIDAD DEL SURESTE
LICENCIATURA MEDICINA HUMANA

MATERIA:

MEDICINA INTERNA

DOCENTE:

Dra. ROMERO SOLORZANO KARINA

ALUMNA:

ESPINOSA ALFONSO MARGARITA DEL CARMEN

SEMESTRE Y GRUPO:

5º “A”

Comitán de Domínguez Chiapas a 15 de enero de 2022

Historia clínica obstétrica

Datos personales

Apellido y nombre: Irene del Mar Cruz Char
Documento: CC No: 1047595143
Fecha de nacimiento: 7 de febrero 1990
País: Colombia
Departamento: Bolívar
Ciudad: Cartagena
Eddad: 27 años
Sexo: Femenino
Ocupación: Estudiante
Estado civil: Casada
Dirección: Crespo avenida segunda #75-40
Entidad: Calsantitas EPS
Régimen: Contributivo
Religión: Católica
Escolaridad: Universidad

Anamnesis

Motivo de consulta: "Amanezco con la cara hinchada"
Enfermedad actual: Paciente femenina de 27 años de edad primigesta-
tante (G1 P0 COAO) quien acude a consulta por manifestar edema
facial bilateral matutino de carácter leve que cede con las horas.
La paciente también refiere edema de miembros inferiores grado
2 de carácter vespertino y cuadros de cefaleas de aproximada-
mente dos horas que ceden al reposo y a la hidratación.
Antecedentes heredo-familiares: Madre (vive), Padre (vive) hiperuricemia
Antecedentes personales:

Habitos tóxicos: Alcohol: niega, drogas: niega tabaco: niega

Infusiones: niega

Fisiológicos: Alimentación: 4 comidas al día, de preparación en
casa. Desayuno: 1 taza de café con leche, 1 vaso de jugo de naranja
media porción de papaya y una arepa de quinoa y linaza. Almuerzo:
100 gramos de carne de pollo, una porción de ensalada, una porción de
sopa de grano. Merienda: maltada de fruta con yogurt. Come carne
roja: 1 vez a la semana con el embarazo no se ha modificado su
alimentación.

Duresis: Regular, no interrumpe el ciclo de sueño

Heces: Regular, una vez al día, normocromicas

Sueño: De fácil conciliación

Patológicos

Infancia: Sin antecedentes

Adulto	DBT	SI	NO
	HTA	SI	NO
	TBC	SI	NO
	Gemelar	SI	NO

Quirúrgicos: Rinoplastia hace 7 años

Traumatología: Niega

Alergias: Niega

Gineco-Obstétricos:
FUM: 21/Oct/2016 **FPP:** 28/Julio/2017 **Edad de gestación:** 22 sem.
Menarca: 9 años, eumenorreica, ritmo de 28 a 30 días, menstruación duraba de 4-6 días.
Nº de parejas: 5 **Partos:** 0 **Abortos:** 0
Gesta: 1 **Cesareas:** 0
Anti conceptivos: Si No
Arugas ginecológicas: Negra
Examen Físicos:
Sg vitales: FC: 77 lpm TA: 130/85 FR: 17 rpm T_{axilar}: 35.7°C
Talla: 1.68 cm **IMC:** 21.26 **Categoría:** IMC: Peso normal
Inspección general: Buen estado general **Constitución:** longilínea
Marcha: Normal **Facies:** Normal **Actitud:** Decubito dorsal

Piel, faneras y tejido celular subcutáneo:
Aspecto: Piel, color + buena, buen perfundida, hidratada, no presenta cambios de coloración de la piel, pigmentación, dolor, prurito, alteraciones o lesiones en las uñas, mucosas se observan normales.
Distribución pilosa: Cantidad y distribución normal, leucera implantación pilosa.
Lesiones: No se observan tubérculos, nódulos, tumores, vesículas, ampollas, escamas, pústulas, costras.
Faneras: Conservadas, cabello rizado de color castaño dorado pigmentación normal, largo, gruesa, buena implantación y distribución normal de acuerdo al sexo, edad, raza.
Las uñas de superficie: lisa, de color uniforme, rosado, tiempo de llenado capilar menor a 2 seg, no se observan lesiones.
Tejido celular subcutáneo: No infiltrado, prominencia ósea visibles particularmente en el pecho, no abundante.

Cabeza
Cráneo y cara: normocefalo, tamaño normal, simétrica, sin lesiones ni cicatrices en piel y cuero cabelludo: no se palpan nodulaciones, ni hundimientos craneales.
Cuero cabelludo: Poco hidratado, sin lesiones ni cicatrices, con seborrea, sin presencia de zonas alopecicas, no presenta pediculosis.
Región frontal: Tamaño normal, simétrica, sin lesiones ni cicatrices con la coloración del resto del cuerpo.
Región orbitonasal: Cejas palpables, completas, ojos simétricos, medianos, sin arcades normales, hidratada, sin lesiones aparentes; cornea transparente, íntegra, sin lesión, reflejos corneales presentes. Buen tono ocular, sin dolor a la palpación. Nariz simétrica en posición central, color igual al resto del cuerpo, moco escaso, sin presencia de lesiones, se palpan los huesos de la nariz, sin dolor a la palpación cartilago íntegro.
Región orofaríngea: Boca con labios lisos, simétricos, buena coloración, íntegros sin lesiones, mucosa hidratada, dientes completos aparentes caries, lengua central, lisa en la región dorsal, movimientos de la lengua sin limitaciones.
Oídos: Aparentemente normales, pabellones auriculares íntegros y simétricos sin supuración.
Cuello:
Inspección: Cuello cilíndrico, simétrico, alargado, sin lesiones dermatas, ni hundimiento.
Palpación: No se palpan ganglios, tráquea y cartilagos laringeos palpables sin dolor a la palpación.
Percusión: Sin particularidades. Auscultación: No se auscultan.

Torax: Murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares, no ruidos sobreañadidos

Aparato respiratorio

Inspección: Torax simétrico, expansión pulmonar normal

Palpación: Expansión de las bases y vértices conservadas, vibraciones vocales normales

Percusión: Sonoridad pulmonar normal en ambos hemitorax

Auscultación: Murmullo pulmonar y respiraciones bronquiales presentes y normales, no se auscultan ruidos agregados.

Aparato cardiovascular

Inspección: Tipo normolínea, simétrico, con buen estado de superficie, choque de punta no visible

Palpación: Choque de punta palpable en 5 espacio intercostal izquierdo, por dentro de la línea mamaria y por fuera de la línea paraesternal. No presenta fremitos.

Auscultación: Ruidos cardiacos rítmicos, sin presencia de ruidos agregados, ni soplos ni desdoblamiento. Focos aórticos pulmonar y accesorios, presentan 1 y 2 ruidos cardiacos audiables, con mayor percepción del 2 ruido. Focos tricúspide y mitral presentan 1 y 2 ruidos cardiacos audiables con mayor percepción del 1 ruido. Ninguno

Pulsos: Palpables y simétricos.

Abdomen y pelvis: Examen obstétrico:

Abdomen: globoso a expensas del útero gravido, altura uterina 21.2 cm FCF 143 lpm ocupado por feto único, en situación transversal izquierda, presentación cefálica se aprecian movimientos fetales al examen físico.

Aparato genitourinario

Vulva y perine: genitales externos normoconfigurados y sin lesiones aparentes

Vagina: del trayecto libre, normotónica, normotérmica, cuello posteroínterno no permeable

Sistema nervioso

Glasgow: Con puntuación 15/15, el paciente se mantiene alerta durante el interrogatorio, cuando Mortalidad activa: El paciente afecta sin ayuda los movimientos que se le solicitan, no presenta parálisis, paresia, hemiplejía, hemiparesia.

Mortalidad pasiva: El paciente presenta movilización de los diferentes segmentos corporales, apreciado la resistencia normal que el músculo le oponga al movimiento, no se presenta hipotonía, hipertonía, sin rigidez.

Mortalidad refleja: Conservada

Reflexos craneales: Sin particularidades

Densibilidad: Profunda

• Dolor profunda: Al aplicar la misma fuerza se obtiene dolor en miembros superiores e inferiores.

• Vibratoria: perceptible sin alteración en miembros superiores e inferiores.

• Táctil: Conservada en miembros superiores e inferiores

• Dolorosa: Conservada normal en los segmentos corporales

• Térmica: Conservada normal en todos los segmentos corporales

Aparato locomotor

Extremidades simétricas sin limitaciones a los movimientos no dolorosos fuerza muscular

conservada. Edema en ambos miembros inferiores, grado 2, llenado capilar menor a 2 seg.

Dx presuntivo: Hipertensión materna

Plan terapéutico: 1) embarazo de 22 sem por fóm y gravíndex 2) feto único vivo 3) trastorno hipertensivo del embarazo a descartar.

Ordenes medicas:

- 1) Hemograma completo
- 2) Perfil de orina (creatinina, proteinuria)
- 3) BUN Analisis
- 4) Creatinina serica
- 5) Acido urico
- 6) Bilirrubinas
- 7) Tgo
- 8) Tgp
- 9) Tp, Tpt
- 10) Idh
- 11) Ecografia doppler
- 12) Monitoreo ambulatorio de presión arte. desde 2 dias.
- 13) Dieta hiposodica
- 14) Revalorar con resultado

La paciente llega a consulta refiriendo edema facial bilateral de caracter matutino, lo cual esta asociado a hipertensión arterial y un retorno venoso congestivo. Además, no refiere edema de miembros inferiores grado dos lo cual respalda la idea que el retorno venoso del paciente no es efectivo. El tercer hallazgo son los cuadros de cefalea no migrañosa asociada a su vez con hipertensión arterial. Al ser multipara estos hallazgos adquieren una mayor fuerza. Las cifras tensionales de la paciente se encuentran elevadas a la hora de la consulta sin llegar a ser una crisis hipertensiva, en cuyo caso el manejo seria por hospitalización. La conducta a seguir es verificar la función renal y hepática. Una vez se haga esto, proceder a utilizar un diuretico para manejar el edema y la hipertensión con alfa metil dopa. Este tipo de pacientes tienen un mayor riesgo de mortalidad asociada al parto de madre fetal, es por esto que se debe tener particular cuidado con ellos. Incluso pensar en desembarcar al paciente si su vida se ve amenazada. No hay cabida para el manejo expectante a menos que la paciente así lo elija.

Historia Clinica Pediátrica

Datos personales

Nombre: Jorlenys Espinal

Edad: 5 años

Sexo: Femenino

Raza: Mestizo

Fecha de nacimiento: 13 de marzo

Dirección: Los Cole, Américo

Información suministrada por: La madre del paciente

Parentesco: madre

Motivo de consulta:

1 fiebre, vomito, tos, dolor abdominal.

Historia de la enfermedad actual

La madre del paciente refiere que su hija se encontraba en aparente buen estado de salud, cuando inicia un cuadro clínico caracterizado por: Fiebre alta y persistente de 3 días de evolución medicada con analgésicos tipo acetaminofén, el cual no mejora el cuadro, además, el vomito en arcada, de igual data de evolución, de 2 a 4 episodios en 24h el cual coincide luego de la ingestión de alimentos no medicado, de color normal, acompañado además de disnea, de igual data evolución, sin predominio de horario, también acompañado de tos, con esputo de color amarillo de igual data de evolución y dolor abdominal, sin precisión de lugar, con intermisión nocturno y también con el mismo tiempo de haber evolucionado, por lo cual refiere ingreso al hospital San Vicente de Paul con fines de diagnóstico y terapéuticos.

Antecedentes heredo-familiares:

Padre: Muerto de parto cardiaco

Madre: Negado (25 años de edad, soltera, nivel escolar: Bachiller, no trabaja y actualmente se encuentra en buen estado de salud)

Hermanos: Una de las hermanas de 4 años, ha sufrido de amebia.

Diagnóstico de la familia:

- La familia pequeña, de un solo paciente (compuesta por madre e hijos)
funcional de una buena dinámica familiar donde la madre es quien
cuida de sus hijas.

Antecedentes patológicos personales

Neonatal: Negado Preescolar: Negado Niñez: Negado.

Vacunas recibidas

Anti polio: Positivo

Tétano: Positivo Varicela: Positivo

Pentavalente: Positivo

Hepatitis: Positivo

Antecedentes hospitalarios:

Hospitalarios: Negado

Traumáticos: Negado

Transfusional: Negado

Medicamentosos: Negado

Alérgicos: Negado

Antecedentes personales no patológicos

Prenatales: Embarazo tipo, natural (sin cesárea), realizado a los 19 años de la
madre, con buen estado de salud y sin ningún tipo de complicaciones ni tra-
matismo durante el embarazo

Perinatales: Fue un parto sin complicaciones, realizado luego de sus nueve meses
de embarazo, y el producto fue obtenido saludable, en buenas condiciones, de
una forma natural sin la utilización de fórceps.

Desarrollo sicomotor

Motor fino: Aprendió a escribir a los cinco años, sabe hacer figuras como rectángu-
los, cuadrados, rayas además de que sabe escribir palabras.

Motor grueso: Aprendió a levantar objetos desde los 3 años de edad, realiza varias
actividades acorde a su edad, dejó el gateo a los 9 meses, etc.

Lenguaje: Posee un lenguaje fluido demás 3 palabras, con buena pronunciación
de la r y la s.

Social adaptativo: Se relaciona muy bien con sus compañeros y amigos

Alimentación: Dejó el seno al año, y sigue utilizando la leche en biberón

Dentición: Posee todas sus piezas dentarias sin presencia de caries

Habitad:

Casa: Madera

Piso: Cemento

Servicio sanitario: Letrina

Techo: Cinc

Agua: De un pozo tubo

Recolección de basuras: 2 veces por semana

Habitos tóxicos

Cafe: Negado

Drogas: Negado

Tabaco: Negado

Te: Negado

Alcohol: Negado

Sistema gastrointestinal: Negado

Interrogatorio por sistema

Sistema respiratorio: Disnea

Piel y tegumentos: Negado

Sistema neurológico: Negado

Sistema endocrino: Negado

Sistema urogenital: Negado

Sistema hematopoyético: Negado

Examen físico

Descripción general:

Posición: Paciente en decúbito supino

Estatura: 160 cm

Escala de Glasgow:

Respuesta ocular: 4

Respuesta verbal: 5

Respuesta motora: 6

Orientado en las 3 esferas del sensorio, con ligera palidez de piel y mucosa adecuada ventilación mecánica, coherente.

Facie: La cara encuentra simétrica presenta un estado de serenidad, estado de alerta y bien ánimo

Signo vitales:

T.A.: 80/60 mmHg FR: 26 rsp/min Temp: 38.5°C FC: 78 lpm Talla: 111 cms

Peso: 43 Lbs Presión pulso: ps-pd: 20-60-20 PA media: 27

Examen físico regional

Piel: Color normal coloreado, presenta palidez, tiene un color uniforme buena textura y buena elasticidad.

Fuera:

Pelo: Negro, crespo, no presenta alopecia

Uñas: Presenta simétrica, forma convexa, color uniforme

Ceja: Normales

Cabeza

Normo cefalica con buena distribución e implantación de pelo, no cicatrices, lesiones ni deformidades a nivel craneal

Caras: Simétrica, según talla y peso, con piel homogénea, con leve palidez de piel y mucosas.

Ojos: Iris simétricos, móviles, escleras blancas y conjuntivas, no presenta cuerpos extraños en párpados, pupilas isocóncas, foto reactiva, saco lagrimal no inflamado.

Nariz: Tabique nasal central no muy permeable (presenta restos de espumas), no desviado a la derecha, orificios nasales permeables, con buena implantación, no doloroso

Oídos: Presenta ambos pabellones auriculares, con buena implantación, no doloroso a la digitación presión del trago, permeable no sangrado ni ningún tipo secreciones

Lengua: Normo glosa, blanca, mucosa, úvula central

Boca: Labios simétricos, pálidos, arcada dentaria completa, amígdalas en buen estado

Cuello: Cilíndrico, móvil, sin ingurgitaciones yugular, pulsos carotídeos palpables, con buena forma e intensidad, sin adenopatías

Tórax: Simétrico con buena expansión pulmonar, ápex en 5^o espacio intercostal con línea media clavicolar izquierda

Corazón: Ruidos cardíacos regulares R1 y R2, no audibles, sin soplos.

Pulmones: Buena expansión murmullo vesicular disminuido, fremito táctil normal sin estertores

Abdomen: Normal, plano, depresible, peritálisis positiva 3 en 5 min, no doloroso a la palpación

Miembros superiores e inferiores: Simétricos, móviles, normo coloreados, no lesiones, ni ninguna otra patología, no crepitación, no acortamiento

Genitales: No realizado

Tacto rectal: No realizado

Examen de laboratorio
 Glicemia
 Tipificación, hemograma, examen de orina, PCR
Diagnostico
 Diabetes mellitus tipo 1
 Neumonia adquirida

Datos personales

Nombre: Juan Blanco	ocupación: Agricultor	Región: Católica
Edad: 70 años	Raza: Negra	Escolaridad: 4º de la primaria
Sexo: Masculino	Estado civil: Viudo	Procedencia: Tabalero arriba

HISTORIA CLINICA DE UN ADULTO

Motivo de consulta: Malestar general, cefalea, debilidad muscular, náuseas, vomito, visión borrosa
Historia de la enfermedad actual: Paciente es requerido por presentar un cuadro característico como malestar moderado de 4 días de evolución. Esto acompañado de náuseas las cuales inducían al vomito 3 episodios por día de contenido alimentario de color amarillo esto ocurrían después comer. Estos comenzaron 2 días después de malestar, además se refiere visión borrosa, y adormecimiento de los miembros inferiores, deshidratación moderada grado II y febril alta.

Antecedentes personales patológicos:
 Niñez: Niega
 Adolescencia: Niega
 Adultos: Niega
Antecedentes heredo familiares:
 Padre: diabético
Habito toxicos:
 Cafe: 1 tasita al día
 Alcohol: 1/2 botella semanal
 Tabaco: 1 cajetilla semanal
 Droga: Niega
 Te: Niega

Vacunas recibidas:
 Esquema completo.
Habitad:
 Casa: Madera Servicio sanitario: letina
 Techo: Zinc Recolección de la basura: no
 Piso: Semento
 Agua: Puro tubular y botellones

Interrogatorio por sistema:
 Sistema neurológico: No enfermedad aparente
 Sistema cardiovascular: No enfermedad aparente
 Sistema respiratorio: No enfermedad aparente
 Sistema endocrino: No enfermedad aparente
 Sistema musculoesquelético: No enfermedad aparente
 Piel y tegumentos: No enfermedad aparente (dominación de la furga de la piel) Persistencia del pliegue cutáneo

Examen FISICO:
Descripción general: El paciente se encuentra en decúbito lateral, color de piel normal febril al tacto orientado en las tres esferas, sediento, y un poco enojado.
Cabeza: Norma cefálica, alopecia moderada
Ojos: Simetría pupilar, isocoria, esclerótica, eroftamo ligero
Nariz: Tabique alineado, mucosa permeable normal
Oídos: Buena implantación, membrana timpánica permeable
Boca: Uso de prótesis dental mucosa poco permeable un poco reseca.
Neck: Traquea central, tiroides no palpables ni masas, no soplos, no regurgitación y gular

Tórax: Simétrica normal expansión, no tiraje intercostales
Axilas: Implantación de pelo normal
Corazón: Ruidos cardiacos regulares R1 y R2
Pulmones: Murmullo vesicular audible
Tacto rectal: Extremidades superiores: Disminución de la turgencia de la piel. Persistencia del pliegue cutáneo.
Extremidades inferiores: Adormecimiento movilidad lenta

Signos vitales:
TA: 140/90 mmHg FB: 19 resp/min Talla: 170cm Nivel de deshidratación
FC: 69 lpm. Temp: 38.5 Peso: 68kg Grado II
Exploración complementaria (pruebas o exámenes complementarios) de laboratorio, diagnóstico por imágenes o pruebas especiales.

Examen coprológico

Aspecto macroscópico
muestra: Fecales
Consistencia: Pastosa
Sangre oculta: Negativo

Aspecto microscópico
Investigación de huevos o parásitos, No se obs.
Observaciones protozoarias: Quiste de ent.
Hist. de 4-5 xc

Análisis de química sanguínea
Lipasa: 2041
Tgp: 16 u/l
Urea: 40 mg/dl
Glucosa: 190 mg/dl

Análisis de orina
Color: amarillo Glucosuria: +++
olor: gs Leucocitos: 4-5/c
Aspecto: turbio Bacterias: Aly
Ph: 5 Hematíes: 0-1

Diagnóstico presuntivo
Diabetes mellitus tipo II Cse debe repetir la prueba en ayunas y también con sobrecarga oral de glucosa
Deshidratación moderada grado II
Parálisis por entamoeba histolicea.

Pronóstico
Confirmar repitiendo la prueba en un día diferente si no hay hiperglucemia inequívoca con descompensación metabólica aguda.

Tratamiento
Acenamencfen
Insulina cristalina 10 unidades
Sal salina 0.2%
Mebendazol, 100mg 2 veces al día por 3 días.