



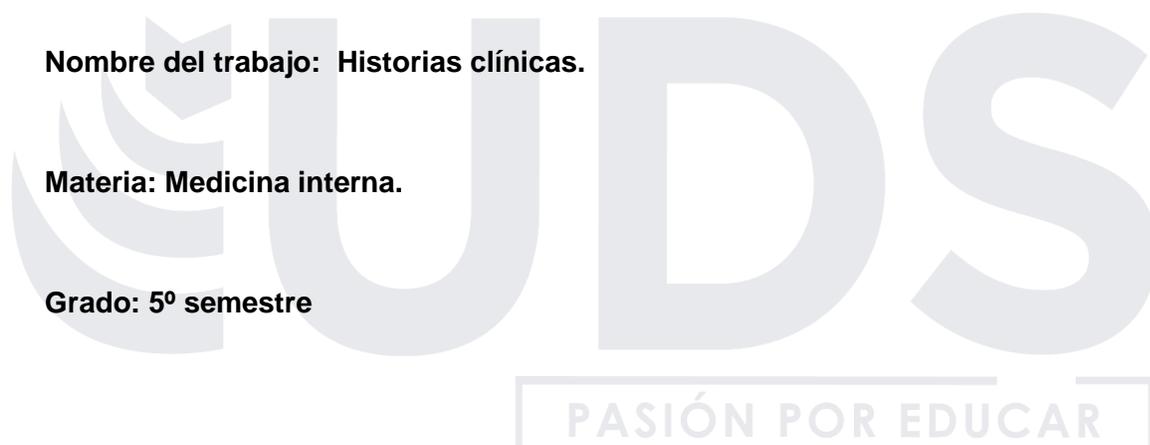
**Nombre del alumno: Erika patricia Altuzar Gordillo.**

**Nombre del profesor: Karina Romero Solorzano.**

**Nombre del trabajo: Historias clínicas.**

**Materia: Medicina interna.**

**Grado: 5º semestre**



Comitán de Domínguez Chiapas a 14 de Febrero del 2022



## Historia Clínica.

Edad: 78 años.  
Sexo: Femenino.  
Ocupación: Dueña de casa.  
Previsión: Fonasa.  
Domicilio: Lira 1030

### Anamnesis actual.

Al rededor de las 24 hrs. de ayer, en su cama tropieza con el borde de la alfombra, cayendo sobre la cadera derecha. Queda con dolor, no puede levantarse por sí sola y es ayudada por su hija dejándola acostada en su cama.

Al día siguiente no es capaz de levantarse ya que cualquier intento de movilizar la extremidad derecha provoca dolor, por lo cual solicita una ambulancia que la traslada al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico.

### Anamnesis Remota.

#### Antecedentes morbidos.

Médicos: Toma atenolol 1 tableta al día.  
No relata otros antecedentes de enfermedad.

Alergias: No relata.

Quirúrgicas: Colectectomía hace 10 años.

Transfusiones: No sabe.

#### Previsión por sistemas.

Respiratorios: Bronquitis en los inviernos.

Otros: Nada especial.

Hábitos: No fuma, no bebe.

Familiares: vive con su hija única, realiza labores de casa y sale diariamente a las compras.

### Examen físico:

#### General:

Estado general conservado.

Decúbito dorsal, puede semi-sentarse en la cama.

Consciente, bien orientada, comunicación adecuada, angustiada por su dolor.

Incapacidad para deambular.

Pulso: 88 x min: Regular.

PA: 150/80.

Tem Axilar: 36.8

Peso: 65 kg (dato verbal).

Respiraciones 14 x min, de amplitud conservada.

Piel y fonetos: Conservados para su edad.

### Examen físico segmentario.

Cabeza: Sin alteraciones.

Ojos: Isocoria, mucosa conj. rosada.

Boca: Mucosa húmeda, parcialmente edentada, usa placa dentaria superior.

## Cuello:

sin alteraciones.

Pulsos carotídeos normales.

Yugulares sin alteraciones.

Tiroides sin alteraciones.

## Tórax:

Caja torácica sin alteraciones.

Respiración eupnéica.

Pulmonar: murmullo vesicular conservado, algunos estereotipos hacia las bases.

Corazón: Ritmo regular, tonos conservados, no se auscultan soplos.

## Abdomen.

Plano, ombligo umbilicado, depresible e indoloro.

Hígado bajo el reborde costal.

Bazo no se palpa.

## Extremidades.

Superiores: Inspección sin alteraciones, fuerza y movimiento conservado.

Inferior:

Derecha: Dolor referido en el área de la cadera, extremidad acortada 1.5 cms. Pie rotado al extremo, con el musculo levemente abducido. Hay una pequeña equimosis en la cara interna del muslo. Al movilizar la cadera en flexión, abducción o rotación ext-interna aparece intenso dolor. No puede levantar la extremidad en extensión despegado el talón de la superficie de la cama.

Izquierda: Inspección, ejes y movilidad conservados.

Rodillas y piernas de aspecto normal.

Pies: Desviación de los primeros artejos en valgo, bilateral, indoloros.

## Vascular:

Pulsos periféricos conservados, simétricos.

## Neurológico Periférico:

Movilidad, Fuerzas y reflejos osteotendinosos conservados.

## Columna:

Leve xifosis dorsal aumentada, indolora.

## Historia Clínica-Pedriátrica.

Fecha: 25/10/10  
Sala de Pediatría.  
Cama #3 Hora: 10:00 am.

### Datos generales.

Nombre: Yorelys Espinal.  
Edad: 5 años.  
Sexo: Femenino.  
Raza: Mestizo.  
Fecha de nacimiento: 13 de Marzo.  
Dirección: Las Cole, Arrenoso (Yuna).  
Religión: Evangélica.  
Escolaridad: Preescolar.  
Información suministrada por: la madre del paciente.  
Parentesco: Madre.

### Motivos de consulta.

- 1.- Fiebre.
- 2.- Vomito.
- 3.- Tos.
- 4.- 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, vomito en arcada, de igual data de evolución, de 2 a 4 episodios en 24hs el cual coincide luego de la ingestión de alimentos, no medicado, de color normal, acompañado a demás de disnea, de igual data de evolución, sin predominio de horario, también acompañada de tos, con esputo de color amarillo, de igual data de evolución y dolor abdominal, sin precisión de lugar, con meteorismo nocturno y también con el mismo tiempo de haber evolucionado, por lo cual refiere ingreso al hospital San Vicente de Paul con fines diagnósticos y terapéuticos.

### Antecedentes heredo-familiares.

Padre: Muerto de paro 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 ameba.

### Diagnóstico de la familia.

Familia pequeña, de un solo parente (compuesta por madre e hijas).  
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.  
Pentavalente: Positivo.  
Toxofide tetánico: Positivo.  
Hepatitis: Positivo.  
Varicela: Positivo.

## Antecedentes hospitalarios.

Hospitalarios: Negado.  
Transfusional: Negado.  
Alérgicos: Negado.  
Traumático: Negado.  
Medicamentos: Negado.

## Antecedentes Personales no Patológicos.

**Prenatales:** Embarazo tipo natural (sin cesárea), realizado a los 19 años de la madre, con un buen estado de salud y sin ningún tipo de complicaciones ni traumatismo 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 Psicomotor.

**Motor fino:** aprendió a escribir a los 5 años, sabe hacer figuras como rectángulos, cuadros, 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 lenguaje fluido de más de 3 palabras, con buena pronunciación de r y la s.

**Social adaptativo:** Dejó el seno al año, y sigue utilizando leche de biberón.

**Dentición:** Posee todas sus piezas dentarias, sin presencia de caries.

## Habitad.

Casa: Madera.

Techo: Cinc.

Piso: Cemento.

Aguas de un pozo tubular.

Servicios sanitarios: letrina.

Recolección de la basura: 2 veces por semana.

## Hábitos tóxicos.

Café: Negado.

Alcohol: Negado.

Tabaco: Negado.

Drogas: Negado.

Te: Negado.

- Influenza  
- Adulto  
- man

## Interrogatorio por sistemas.

Piel y Tegumentos: Negado.  
Sistema musculoesquelético: Negado.  
Sistema endocrino: Negado.  
Sistema urogenital: Negado.  
Sistema hematopoyético: Negado.  
Sistema gastrointestinal: Negado.  
Sistema cardiovascular: Negado.  
Sistema respiratorio: Disnea.  
Sistema neurológico: Negado.

## Examen Físico

### Descripción general.

Posición: Paciente en decúbito supino.  
Protipos: Constitución leptosómica.

### 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 mucosas, adecuada ventilación mecánica, coherente.

Fascies: La cara se encuentra simétrica. Presenta un estado de serenidad, estado de alerta y buen ánimo.

### Signos vitales.

T.A: 80/60 mmHg FR: 26 rsp/min Temp: 38.5 grados Fc: 78 lpm. Talla: 1.71 cm Peso: 43 lbs.

Peso CreaI: desconocido.

Presión Pulso: Ps-Pd: 80-60=20

Presión arterial media:  $PP + Pd \div 3 = 20 + 60 \div 3 = 27$

Índice de shock: latidos por minuto  $\div$  Ps:  $78 \div 80 = 0.975$ .

## Examen Físico regional.

Piel: Color normo coloreado, Presenta palidez, tiene un color uniforme, buena textura y buena elasticidad.

### Fanera.

Pelo: Negro, crespo, no presenta alopecia.

Uñas: Presenta simetría, forma convexa, color uniforme.

Cejas: Normales.

Cabeza: Normo cefálica con buena distribución e implantación del pelo, no cicatrices, lesiones ni deformidades a nivel craneal.

Cara: simétrica, según talla y peso, con piel homogénea, con leve palidez de piel y mucosas.

Ojos: Irís simétricos, escleras blancas y conjuntivas no presenta cuerpos extraños en parpados, pupilas isocóricas, foto reactiva, saco lagrimal no infectado.

Nariz: Tabique nasal central, no muy permeables (Presenta restos de esputos) nosecreciones.

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

Lengua: Normo glosa, blanquecina, úvula central.

- Influenza  
- Toxofobia  
Abolito mayor

Boca: Labios simétricos, arcada dentaria completa, amígdalas en buen estado.  
Cuello: cilíndrico, móvil, sin ingurgitación yugular, Pulsos carotídeos palpables, con buena forma e intensidad, sin adenopatías.

Tórax: simétrico con buena expansión pulmonar, ápex en 5to espacio intercostal con línea media clavicular izquierda.

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

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

Abdomen: normal, plano, depresible, Peritálisis positiva 3 en 5 minutos, no doloroso a palpación.

Miembros Superiores e Inferiores.

Simétrico, móviles, normocoloreados, no lesiones, ni ninguna otra patología, no crepitación, no acortamiento.

Genitales: No realizado.

Tacto rectal: No realizado.

Examen de laboratorio.

Glicemia: 214

TTPFFicación, hemograma, examen de orina, PCR.

(Valores desconocidos)

### Diagnóstico.

Diabetes mellitus tipo 1

Neumonía adquirida.

Adulto mayor.

## Historia Clínica obstétrica.

Apellido y nombre: Irene del Mar Cruz Char.

Documento: CC No 1047595143.

Fecha de nacimiento: 7 Febrero de 1990.

Departamento: Colombia.

Ciudad: Bolívar.

Edad: 27 años.

Sexo: Femenino.

Ocupación: Estudiante.

Estado civil: Casada.

Dirección: Crespo avenida segunda #75-40.

Entidad: Colsanitas EPS.

Régimen: Contributivo.

Religión: Católica.

Escolaridad: Universitaria.

### Anamnesis.

Motivo de Consulta: "amanezco con la cara hinchada".

Enfermedad actual: Paciente femenina de 27 años de edad Primigestante (G1P0C0A0) quien acude a Consulta por manifestar edema facial bilateral matutino de carácter leve que cede con las horas. La paciente también refiere edema de miembro inferior grado 2 de carácter vespertino y cuadros de cefalea de aprox 2 horas que ceden al reposo y a la hidratación.

Antecedentes heredofamiliares:

Padre Cuiva) hiperuricemia.

Madre Cuiva.

Antecedentes Personales.

Hábitos tóxicos.

Alcohol: niega.

Tabaco: niega.

Drogas: 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 una papaya y una arepa de quinoa y  
pinaza.

Almuerzo: 100 gramos de carne de pollo, una porción de ensalada, una porción de sopa de granos.

Merienda: Halcada de fruta con yogurt.

Come carne roja: 1 vez a la semana.

Con el embarazo no se ha modificado su alimentación.

Diuresis: Regular, no interrumpe el ciclo de sueño.

Heces: Regular, una vez al día, normocrónicas.

Sueño: de fácil conciliación.

#### 1) Patológicos.

Infancia: sin antecedentes.

Adulto:

DBT	SI -	NO X
HTA	SI -	NO X ■
TBC	SI -	NO X
Gemelar	SI -	NO X ■

Quirúrgico: Rinoplastia hace 7 años.

Traumatológicos: niega.

Alérgicos: niega.

#### Gineco-Obstétricos.

FUM: 21/Octubre/2016. FPP 28/Julio/2017. Edad gestacional: 22 semanas.

Menarca: 9 años, eumenorreica, ritmo de 28-30 días la menstruación duraba 4-6 días.

Nº de Parejas: 5.

Gestas: 1 Partos: 0 Cesáreas: 0 Abortos: 0

Anticonceptivos: SI - NO X

Cirugía ginecológicas: Niega.

Examen físico:

Signos vitales: 77 lpm. TA: 130/80. FR: 17 rpm.

Tº Axilar 38.7

Peso actual: 60 kg. Talla: 1.68 cm. IMC: 21.26. Categoría IMC: Peso.

Normal.

Inspección General: buen estado general.

Constitucional: longilíneo.

Marcha: Normal.

Facies: Normal.

Actitud: decúbito dorsal.

## Piel, Faneras y tejido Celular subcutáneo.

**Aspecto:** Piel color trigeña, bien perfundida, hidratada, No representa 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, buena Implantación pilosa.

**Lesiones:** No se observan tubérculos, nódulos, tumores, vesículas, ampollas, escamas, Pústulas, Costras.

**Faneras:** Conservados, Cabello rizado de color castaño claro, Pigmentación normal, larga, gruesa, buena Implantación y de distribución normal de acuerdo al sexo, edad, raza. Las uñas de superficie lisa, de color uniforme rosada, tiempo de llenado capilar < 2 seg, no se observan lesiones.

**Tejido Celular subcutáneo:** no Infiltrado, Prominencias óseas visibles, Panículo adiposo 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:** Toco hidratado, Completas, ojos simétricos, medianos sin exoftalmos y enoftalmos, movimientos oculares sin limitaciones. Párpados Integros acordes con la coloración del resto del cuerpo. Pupilas reactivas, esocóricas. Escleróticas normales, hidratada, sin lesiones aparentes; cornea transparente, Integra, 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 palpación, Cartilago hialino Integro, narinas y Senos Paranasales Permeables.

**Región Orofaringea:** Boca con labios lisos, simétricos, buena coloración, Integros, sin lesiones, mucosa hidratada, dientes completos aparentes caries, lengua central, lisa en la región dorsal, movimientos de lengua sin limitaciones. Oídos aparentemente normales, Tabellones auriculares Integros y simétricos, sin signos de lesión.

## Cuello.

**Inspección:** Cuello cilíndrico, simétrico, alargado, sin lesiones dérmicas, ni hundimientos.

**Palpación:** No se Palpan ganglios, traquea, y cartílagos laringeos Palpables, sin dolor a la palpación, buena fuerza muscular, tiroides no Palpable.

**Percusión:** sin Particularidades.

**Auscultación:** no se auscultan soplos.

Tórax: Murmuro vesicular Presente en ambos Campos Pulmonares, no ruidos sobreañegados.

### Aparato respiratorio.

Inspección: Tórax simétrico, expansión pulmonar normal.

Palpación: Expansión de las bases y vértices conservadas, vibración vocal normal.

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

### Aparato Cardiovascular.

Inspección: Tipo normalinea, simétrica, con buen estado de superficie, choque de punta no visible.

Palpación: Choque de punta palpable en 5 espacios intercostales Izq, 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 audibles, con mayor percepción del 2 ruido. Focos triúspide y mitral de los focos presenta soplos asociados.

Pulsos: Palpables y simétricos.

### Abdomen y Pelvis: Exámen obstétrico.

Abdomen globoso a expensas de útero gravido, altura uterina 21.2 cm, FCF 143/PCN ocupado por feto único, en situación transversal Izq, presentación cefálica, se aprecian movimientos fetales al examen físico.

### Aparato Genitourinario.

Vulva y Perine: Genitales externos normoconfigurados y sin lesiones aparentes. Vagina: de trayecto libre, normotónica, normotérmica, cuello posterior duro no permeable.

### Sistema nervioso.

Glasgow: con puntuación 15/15, el paciente se mantiene alerta al interrogatorio, lucido y colaborador.

Motilidad activa: El paciente afecta sin ayuda los movimientos que se le solicitan, no presenta parálisis, paresia, hemiplejía, hemiparesia.

Motilidad pasiva: El paciente presenta movilización de los diferentes segmentos corporales, ofreciendo la resistencia normal que el músculo le oponga al movimiento. No presenta hipotonía, hipertonia, sin rigidez.

Motilidad refleja: Conservada.

Pares craneales: Sin particularidades.

Sensibilidad: Profunda.

Dolor Profundo: al aplicar la misma fuerza se obtiene dolor en miembros superiores e inferiores.

Vibratoria: perceptible sin alteración en miembros superiores e inferiores.

Superficial.

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 dolorosas, fuerza muscular conservada. Edemas en ambos miembros inferiores, grado 2, llenado capilar < 2 seg, Pulsos distales positivos.

Diagnóstico Presuntivo. → Hipertensión materna.

### Plan terapéutico:

- 1) Embarazo de 22 semanas por fúm 4 gravidex.
- 2) Feto único vivo.
- 3) Trastorno hipertensivo del embarazo a descartar.

### Ordenes medicas.

- Hemograma completo.
- Perfil de orina - Creatinuria/Proteinuria.
- BUN.
- Creatinina sérica.
- ácido úrico.
- Bilirrubinas.
- tgo.
- tp, tpt.
- ldh.
- Ecografía doppler.
- Monitoreo ambulatorio de Presión arterial.
- Dieta hiposódica.
- Revalorar con resultados en dos días.

## Análisis.

La Paciente llega a la consulta refiriendo edema facial bilateral de carácter matutino, lo cual está asociado a hipertensión arterial y un retorno venoso congestivo. Además refiere edema de miembros inferiores grado dos lo cual respalda la idea que el retorno venoso de la Paciente no es efectivo. El tercer hallazgo son los cuadros de cefalea no migrañosa asociada a su vez con hipertensión arterial.

Al ser nutirpara estos hallazgos adquieren una mayor fuerza. Las cifras tensionales de la Paciente se encuentran elevadas a la hora de consulta sin llegar a ser una crisis hipertensiva, en cuyo caso el manejo sería por hospitalización.

La conducta a seguir es verificar la impresión diagnóstica y descartar patologías concomitantes y ver como está la función renal y hepática. Una vez se haga esto, proceder a utilizar un diurético para manejar el edema y la hipertensión con alfa metildopa. Este tipo de Pacientes tienen un mayor riesgo de mortalidad asociada al parto y de muerte fetal, es por esto que se debe tener particular cuidado con ellas. Incluso pensar en desembrazar a la Paciente si su vida se ve amenazada. No hay cabida para el manejo expectante a menos que la Paciente así lo elija.