



Nombre de alumnos: Palma Acevedo Felipe Mauricio

Nombre del profesora: Dra. Karina Romero Solórzano

Nombre del trabajo: historias clínicas

Materia: Medicina Interna.

Grado: 5 Grupo: "A"

## Historia Clínica pediátrica

Méd. Interna

(2)

Fecha: 25-10-17

Sala de pediatría

Cama #3 Hora 10:05am

### • Datos Generales:

Nombre: Yorlenys Espinal

Edad: 5 años

Sexo: Femenino

Raza: Mestizo

Fecha de nacimiento: 13 de marzo

Dirección: Las cales, Arrecife, (Yuma)

Religión: evangélica

Escolaridad: preescolar

Información suministrada por: la madre del paciente

parentesco: madre

### • Motivos de consulta

1: Fiebre

2: Vómito

3: tos

4: Dolor abdominal

### • Historia de la enfermedad actual

La madre de la paciente refiere que su hija se encontraba en aparente buen estado de salud, cuando inicia un cuadro clínico caracterizado por fiebre alta y persistente 3 días de evolución medicada con analgésico tipo acetaminofen, al cual no mejora con el cuadro, además vómito en ocurrencia de igual duración de evolución, de 2 a 4 episodios en 24 horas al cual comienza luego de la ingestión de alimentos, no medicado, de dolor normal

acompañado de disnea, de igual data de evolución, sin predominio a horario, también acompañada de tos, con esputo de color amarillo, de igual data evolución y dolor abdominal, sin precisión de lugar, con meteosismo nocturno y también con el mismo tiempo de haber evolucionado, por lo cual refiere ingreso al hospital con Vértigo de paul con fines diagnósticos y terapéuticos.

• Antecedentes heredo-familiares:

- Padre: muerto de paro cardíaco
- 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 anemia.

• Diagnóstico de la familia:

- Familia pequeña, de un solo parentesco (compuesta por madre e hijos)
- Funcional
- De una buena dinámica familiar donde la madre es quien cuida de sus hijos.

• Antecedente patológicos personales:

- Neonatal: Negado
- Preescolar: Negado
- Niños: Negado

• Vacunas recibidas:

- Anti polio: positivo
- pentavalente: positivo
- Hepatitis: positivo
- Varicela: positivo



## • Antecedentes Hospitalarios:

Hospitalarios: Negado  
Transfusión: Negado  
Alérgicos: Negado  
Traumáticos: Negado  
Medicamentosos: Negado

## • Antecedentes personales no patológicos.

- Prenatal: embarazo tipo natural (sin cesárea) realizado a los 19 años de la madre, con buena estado de salud sin ningún tipo de complicaciones.

## • Perinatal: Fue parto sin complicaciones.

## • Desarrollo secundario:

- Motor Fino: Aprendió a escribir a los 5 años, sabe hacer figuras como rectángulos.

- Motor grueso: Aprendió a levantar objetos desde los tres años de edad, realiza varias actividades acorde a su edad.

- Lenguaje: posee un lenguaje fluido de más de 3 palabras con buena pronunciación de la r y la s.

- Alimentación: Dejó el seno al año y sigue utilizando leche en biberón.

- Defecación: posee todas sus piezas dentarias, sin presencia de caries.

Habitad:

Casa: madera

Techo: cinc

Piso: cemento

Agua: poro tubular

Servicio Sanitario e letrina

Recolección de basura: 2 veces por semana

Habitos toxicos: Negado

• Interregulatorio por sistemas.

- Piel y tegumentos: negado
- Sistema muscular esquelético: negado
- Sistema endocrino: negado
- Sistema urogenital: negado
- Sistema Hematopoyético: negado
- Sistema respiratorio: disnea

• Examen Físico:

- Descripción general:

posición: paciente de cubito supino

Escala de Glasgow

R.O = 4

R.V = 5

R.M = 6

Orientado en las 3 esferas del sensorio, con ligera palidez en la piel y mucosas, adecuada ventilación mecánica, coherente

Signos Vitales

T.A: 80/66 mmHg  
FR: 26 rsp/min  
Talla 111 cms

Tem: 38.5 grados C  
FC: 78 lat/min  
peso: 43 lbs

Indice de Shock: Latidos por minuto:  $78 \div 86 = 0.90$

Examen Fisico Regional:

- Piel: Color normal colorada, presenta palidez, tiene un color uniforme, buena textura y buena elasticidad  
\*Frontera
- Uñas: presenta simétrica, forma convexa, color uniforme
- Cefas: normales
- Cabeza: normal cefalica con buena distribución e implantación de pelo, no cicatrices
- Cara: simétrica según talla y peso
- Ojos: iris simétricos, normales, escleras blanca y conjuntivas, no presenta cuerpos extraños en párpados, pupilas isocóricas, foto reactiva, saco lagrimal no inflamado.
- Nariz: Tabique nasal central, no muy permeable
- Oídos: presente ambas papilomas parciales, con buena implantación, no doloroso al digito presión del trago



- Lengua: Normal, blanda, rosada, móvil
- Boca: Labios simétricos, pálidos, arcada dentaria completa, visible en buen estado
- Cuello: Cilíndrico, móvil, sin ingurgitaciones yugulares, pulsos carotídeos palpables
- Tórax: Simétrico con buena expansión pulmonar, apex en 5to espacio intercostal, con línea nebulosa clavicular izquierda
- Corazón: Ruidos cardíacos normales, sin soplos
- Pulmones: Buena expansión normal bilateral, bases crepitantes
- Examen de laboratorio  
Glucemia: 214  
Tipificación, hemograma, examen de orina, PCR.

HISTORIA CLINICA de un anciano

Sala: MI-SE 23/10/2010  
Cama: 3 10:45 AM

DATOS GENERALES

Nombre: Juan Polanco  
Edad: 70  
Sexo: masculino  
Ocupación: agricultor  
Raza: negra  
Estado civil: viudo  
Religión: católica  
Escolaridad: 4 grado de la primaria  
Procedencia: tabalero asibq  
Información suministrada por: el paciente y su hijo Juan Polanco

MOTIVOS DE CONSULTA

Malestar, general, cefalea, debilidad muscular, náuseas, vómitos, visión borrosa

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente es requerida por presentar un cuadro característico como malestar general, cefalea pulsátil moderada no medicada, debilidad muscular moderada de 4 días de evolución.



DIA	MES	AÑO	FOLIO
-----	-----	-----	-------

Esto acompañado de náuseas, las cuales inducen al vómito 3 episodios por día de contenido alimentario de color amarillo esta ocurren después de comer, estos comenzaron 2 días después del malestar, además se refiere visión borrosa, y adormecimiento de los miembros inferiores, deshidratación moderada grado II y febril al tacto

#### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

#### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Hospitalarios:

Quirúrgicos: apendicitis hace 3 años

#### ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Padre: diabético

#### HABITOS TÓXICOS

Café: 1 tacita al día

Alcohol: 1/2 botella semanal

Tabaco: 1 caja cajetillo semanal

#### VACUNAS RECIBIDAS

Hepatitis:

Varicela:

## HABITAD

Casa: madera

Techo: zinc

Piso: Semento

Agua: Poso tubular

Servicio sanitario: no

## INTERROGATORIO POR SISTEMA

### SISTEMA NEUROLOGICO

No enfermedad aparente

### SISTEMA CARDIOVASCULAR

No enfermedad aparente

### SISTEMA RESPIRATORIO

No enfermedad aparente

### SISTEMA GASTROINTESTINAL

No enfermedad aparente

### SISTEMA ENDOCRINO

No enfermedad aparente

### SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO

No enfermedad aparente

DÍA

MES

AÑO

FOLIO

## EXAMEN FÍSICO

## 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 acfólica, alopecia moderada

Ojos: simetría pupilar, isocoria, anftomo ligero

Nariz: tabique alineada, mucosa permeable normal

Oídos: buena implantación, membrana timpánica

Boca: uso de prótesis dental mucosa poco permeable

Corazón: ruidos cardiacos regulares R1 y R2 integra

Pulmones: murmullo vesicular

Torax: simetría normal expansión, no tiraje

Tacto rectal:

Extremidades Superiores: disminución de la turgencia de la piel persistente

Extremidades inferiores: adormecimientos movilidad lenta

## SIGNOS VITALES

TA: 140/90 Mg

FC: 69 lat./min

FR: 19 rps/min

TEMP: 38.5

TALLA: 170 cm

Peso actual: 65 kg

Peso habitual: 68 kg



## ANALISIS DE ORINA

### CARACTERISTICAS

Color: amarilla

Olor: gs

Aspecto: turbio

Ph: 5

Leucocito: 4-5 lc

Bacterias: alg

Hemodias: 0-1

### ANALISIS DE QUIMICA SANGUINEA

Lipasa: 20 u/l

Tgp: 16 u/l

Urea: 40 mg/dl

Glucosa: 190 mg/dl

### EXAMEN COPROLOGICO

#### ASPECTO MACROSCOPICO

Muestra: fecales

Consistencia: Pastosa

Sangre oculta: negativo

#### ASPECTO MICROSCOPICO

Investigación de heces o parasitos

## OBSERVACIONES (INVESTIGACIONES)

Protozoarios: quiste de ent. Hist. de H-5.xc

## DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

Diabetes mellitus tipo II (se debe repetir la prueba en ayunas y tambien con sobrecarga oral de glucosa)

## PRONOSTICO

confirmar repitiendo la prueba en un dia diferente si no hay hiperglucemia inequivoca con descompensación metabólica aguda.

## TRATAMIENTO

➤ Acenamenofen

➤ Insulina cristalina 10 unidades

➤ Sol salina 0.2%

➤ Mebendazol, 100 mg 2 veces al día por 3 días





## Historia Clínica Ginecológica

Fecha de identificación:

Nombre: Cirila Barradas Husca

Edad: 53 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Viuda

Lugar de origen: Actopan Veracruz

Lugar de residencia: Actopan Veracruz

Ocupación: ama de casa

Educación: 5to año de primaria

Interrogatorio: Directo

Fecha de ingreso: 10 de mayo 2016

### Antecedentes Heredo-Familiares

- Madre hipertensa y padre padeció diabetes melitos tipo 2

### Antecedentes Personales No Patológicos

- Originaria y residente de Actopan Veracruz, habita en casa propia, cuenta con todos los servicios de urbanización. Cuenta con dos cuartos donde habitan 4 personas, piso de cemento, paredes de ladrillo, Zoonosis(-), toxiconentos negados, exposición por basura por más de 20 años, esquema de vacunación completo

### Antecedentes Personales Patológicos

OTB hace 29 años, traumatismos negados, alergias negadas, trastornos negados, HAS hace 3 años con tratamiento a base de losartan, LUI biopsia en Febrero 2016

## Antecedentes Gineco-Obstétricos.

Morosa a los 12 años, ciclos 30x3-4, inicio de vida sexual a los 14 años, número de parejas sexuales 2, una pareja actualmente, Gesta 3 parca 3, aborto 0, Cesárea 0, FUM 2-02-16, Gesta 1 hace 35 años parto eutócico, sexo femenino vivo y sano. Gesta 2 hace 32 años parto eutócico y sexo femenino vivo y sano, Gesta 3 hace 29 años parto eutócico sexo masculino, vivo y sano, Prueba de VIH negativa. Diagnóstico oportuno de cáncer de cuello uterino con un año de resultado diagnóstico negativo.

## Padecimiento actual.

- Presente acude al servicio de urgencias por tener sangrado transvaginal, que dice ser poco, suficiente para llenar una toalla sanitaria al día, sangrado de color marrón y no hace ml. Ingreso con un sangrado de hace tres días y no ha aumentado en cantidad.

No tiene ninguna otra molestia.

## Interrogatorio por aparatos y sistemas.

A.D. - Evacuaciones 2 veces al día, de color café de consistencia pastosa.

A.C.R. - Sin síntomas.

A.U. - Uresis frecuente.



genital Femenino - Menopausia, dispareunia,  
metrorragia

S.E - Pérdida de peso, hipotrofia genital

A.L - Calambres musculares en miembros inferiores

Exploración Física.

- Aspecto general - Consciente, alerta, orientada  
edad aparente con el sobre peso

Exploración Ginecológica

A la inspección se observa hiperpigmentación  
de la zona vulvar, labios mayores simétricos. Con  
sangrado transvaginal color rojo, consistencia  
lequosa y en poca cantidad

Diagnóstico

- Sangrado transvaginal posmenopáusico
- Hiperplasia atípica de neoplasia elementar
- Hipertensión arterial

• Plan

pruebas de laboratorio, Guze de  
hemoderivados, valoración pre anestésica  
para histerectomía abdominal.