Nombre del alumno:

Rudy Ángel Osvaldo Vázquez Zamorano

Nombre del profesor:

Dra. Karina Romero Solórzano

Nombre del trabajo:

“2 historias clínicas”

Grado: 5-°. Semestre.

Grupo: “A”

Comitán de Domínguez Chiapas a 06/09/2022

Historia Clinica...

•) Datos personales

Apellido y nombre: Irene del mar cruz char
Documento: CC No 1047 [illegible] 13
Fecha de nacimiento: 7 de Febrero de 1990
Pais: Colombia Departamento: Bolivar
Ciudad: Cartagena Edad: 27 años Sexo: Femenino
Ocupación: Estudiante Estado civil: Casada
Dirección: Crespo avenida segunda #75-10
Entidad: Colsanitas EPS Regimen: Contributivo
Religión: catolica Escolaridad: universitaria

•) Anamnesis

Motivo de consulta: "amanezco con la cara hinchada"
Enfermedad actual: Paciente femenina de 27 años de edad primigesta (G1P0C0A0) quien acude a consulta por manifestar edema facial bilateral matutino de caracter leve que cede con los horas. La paciente tambien refiere edema de miembro inferiores grado 2 de caracter vespertino y ocasionales de cefaleas de aproximadamente dos horas que ceden al reposo y a la hidratación.

Antecedentes heredofamiliares:
Padre: (vive) hipertensiva
Madre: (vive)

Antecedentes personales:
Habitos Toxicos:
Alcohol: niega Tabaco: niega Drogas: niega
Infusiones: niega

Fisiologicos:
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 y una porción de sopa de granos, Merienda: Malteada de fruta con yoguyt. Cena carne roja: 1 vez a la semana, con el embarazo, no se ha modificado su alimentación.
Diuresis: regular, no interrumpe el ciclo del sueño
Heces: regular, una vez al día, normocromicas
Sueño: de facil conciliación.

1) Patologicos:

Infancia: sin antecedentes
Adulto:

DBT	si	NO	X
HTA	si	NO	X
TBC	si	NO	X
Genetico	si	NO	X

Quirurgicos: Rinoplastia hace 7 años
Traumatologicos: niega
Alergicos: niega

2) Ginecoobstetricos:

FUM: 21/octubre/2016 FPP: 28/julio/2017
Edad gestacional: 22 semanas Menarca: 9 años, ciclo menstrual, ritmo de 28 a 30 días, la menstruación dura de 4 a 6 días N° de parejas: 5 Gestas: 1
Partos: 0 Cesareas: 0 Abortos: 0 Anticonceptivos: S
Cirugias ginecologicas: Niega

•) Examen físico.

Signos vitales: FC: 77 lpm TA: 120/86 FR: 17 rpm T° axilar: 35,7 peso actual: 60 X talla: 1.60 m IMC: 21.26 categoría IMC: peso normal.

•) Inspección general.

Buen estado general. Constitucional: longilíneo marcha: normal facies: normal Actitud: decúbito dorsal

•) Piel, Faneras y Tejidos celular subcutáneo.

Aspecto: Piel color trigueña, bien perfundida, hidratada, No presenta cambios de coloración de piel pigmentación, dolor, prurito, alteraciones lesiones en las vías mucosas se observa normales.

Distribución pilosa: cantidad y distribución normal, buena implantación pelo.

Lesiones: no se observa tubérculos, tumores, vesículas, ampollas, escamas, pústulas, costras

Faneras: Conservadas, 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, firmes de llenado capilar menor de 3 segundos, no se observa lesiones.

•) Torax: murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares no ruidos sobreagregados

•) Aparato respiratorio:

Inspección: torax simétrico, expansión pulmonar normal

Palpación: expansión de los bordes y vértices conservados, vibraciones vocales normal.

Percusión: sonoridad pulmonar normal en ambos hemitorax

Auscultación: murmullo pulmonar y respiraciones bronquiales

presentes y normales no se auscultan ruidos agregados.

Aparato Cardiovascular:

- Inspección: tórax normolíneo, simétrico, con buen estado de superficie, pero que no punta no visible.
- Palpación: Choque de punta palpable en 5 espacios intercostales izquierdo por dentro de la línea mamaria y por fuera de la línea paraesternal. No presenta frémitos
- Auscultación: Ruidos cardíacos rítmicos, sin presencia de ruidos agregados, ni soplos ni desdoblamiento. Focos aórticos, pulmonar y accesorios presentan 1 y 2 ruidos cardíacos audibles.
- Pulsos: Palpables y simétricos.

- Abdomen y Pelvis: Examen obstétrico:

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

- Aparato Genitourinario:

Vulva y pelvis: genitales externos normoconfigurados y sin lesiones aparentes vagina: de trayecto libre, normotrófica, cuello posterior duro no permeable.

- Sistema nervioso:

Glasgow: puntuación 15/15

Movilidad activa: el paciente efectua sin ayuda los movimientos que se le solicitan, no presenta parálisis

Movilidad pasiva: El paciente presenta movilidad

de los diferentes segmentos corporales, hipertonía, sin vigor
Motilidad refleja: Conservada
Pares craneales: sin particularidades
Sensibilidades: Profunda

·) Aparato Locomotor
Extremidades simétricas sin limitaciones a los movimientos no dolorosos fuerza muscular conservada

· Diagnostico Presuntivo: Hipertensión natural

Plan terapeutico:
1) embarazo de 22 semanas por FUM y gravidez
2) Feto único vivo
3) trastorno hipertensivo del embarazo a desarrollar.

Ordenes medicas:
1) Hemograma completo
2) parcial de orina - creatinina / proteinuria
3) BUN
4) Creatinina sérica
5) ácido úrico
6) bilirrubina
7) tgo
8) tgp
9) tp, tpt
10) ldh

Analisis
La paciente llega a consulta refiriendo cuena facial bilateral de carácter natural, lo cual es asociado a hipertensión arterial y un retorno venoso

congestivo. Además refiere edema miembros inferiores grado dos lo cual respalda la idea que el retorno venoso de la pequeña no es efectivo. El tercer hallazgo son los cuadros de cefalea o migraños asociada a su vez con hipertensión arterial.
Al ser multipara estos hallazgos adquieren una mayor fuerza.
Los signos vitales de la paciente se encuentran elevados a la hora de la consulta sin llegar a ser una crisis hipertensiva, en ningún caso el manejo sería por hospitalización

Historia Clínica...

- Numero de historia: 16 11 81
- Fecha de ingreso: 21 de enero de 2021
- DNI o C.I: 15.166.728
- Apellidos: Novel Navarro
- Nombres: Orlando Darío
- Edad: 35
- Sexo: Masculino
- Ocupación: Abogado
- Fecha de nacimiento: 17 de diciembre de 1975
- Estado civil: Soltero
- Nacionalidad: Venezolano
- Dirección de residencia: Santa paula, Caracas Venezuela
- Grado de instrucción: bachiller y profesional graduado universitario
- Motivo de hospitalización: Mareos, vomitos, ardores de comer, y fuertes dolores de cabeza.
- Enfermedad actual: Paciente masculino (de 35 años de edad) sin antecedentes. ingresa alerta de emergencia, acompañado de 2 familiares (madre y pareja) el día 21 de enero 2021, a las 9:00 pm, por un dolor fuerte de abdomen estomacal. De inicio súbito y carácter cólico (que no cede al uso de medicamentos antiespasmódicos, ingeridos sin receta médica) como la dispepsia.
- el dolor aumentó por ingerir platos de comidas grasosas. Es por ello que presenta sintomas como: vómitos, náuseas, escalofrios en brazos, ambas piernas y dolor de cabeza frecuente.
- Personal de guardia en la clínica en ese momento, le realizaba diversos exámenes de laboratorio y

estudios como eco abdominal, tomografía de órganos, rayos X de tórax, entre otros, con el fin de evaluar todos sus órganos.

• Antecedentes del malestar actual

- El paciente (adulto) de nombre Orlando David, cuenta que hace aproximadamente 3 meses, comenzó a sentir malestares de tipo cólico en el estomago, a nivel del abdomen, de baja intensidad (4/10).
  Informa que dura varias horas.
  Manifiesta "siendo arder en las paredes de la garganta"

- No tuvo vomitos imprevistos, indica que tomo un té de manzanilla para aliviar un poco el dolor, sin embargo en días posteriores reaparecio la dolencia.

• Antecedentes familiares

- Madre: viva, adulto mayor de 65 años de edad (estado de salud sana)

- Padre: Falleció hace 10 años por la enfermedad cancer de colon.
  Padecio unos 3 años con la misma

• Antecedentes personales

- Habitos: Señala que cada 15 días toma alcohol (copas de vino o tragos de whisky) en reuniones sociales, entre amigos o familiares. Especialmente los fines de semana.

-) Cigarrillo o tabaco: Niega. No es fumador ni lo fue en la adolescencia, indica que nunca le ha llamado la atención unirse a vicios

-) Drogas: Niega consumo

-) El paciente vive con su pareja actual. Mujer, de 33 años de edad, venezolana, profesional de la administración. Tienen una relación estable de 10 años, con planes a futuro de formar una familia

-) Hábitos fisiológicos

- Alimentación: Realiza las 3 comidas diarias (desayuno, almuerzo y cena) una sola merienda, por la tarde.

- Sueño: Sufre de insomnio, ocasionalmente

- Sexualidad: Normal con pareja estable

- Ejercicios: Practica como deporte fútbol de campo y fútbol sala, desde los 10 años de edad. Por lo tanto, ha sido un deportista activo. Actualmente enseña a un grupo de niños en una escuela especializada y en campamentos durante las vacaciones escolares.

- Alergias: Informa que es alérgico al polvo presenta estornudos recurrentes cuando limpian a su alrededor o arreglan su closet de ropa personal