



Mi Universidad

Historia Clínica

Nombre del Alumno: María Concepción Morales Álvarez

Nombre del tema: realización de una historia clínica general de paciente en estado crítico.

Parcial: I°

Nombre de la Materia: Practicas de Enfermería II

Nombre del profesor: Alfonso Ramírez Velázquez

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 7°

HISTORIA CLÍNICA GENERAL

Ficha de Identificación.

Nombre: J. G. L.

Edad: 38 años de edad

Motivo de la Consulta: Paciente masculino de 38 años de edad, sin antecedentes previos de patología. Acudió a servicio de urgencias por cuadro de de 10 días de evolución caracterizado por cefalea pulsátil de moderada intensidad (4/10), de predominio occipital, que se controló parcialmente con paracetamol. 24 horas antes de su ingreso cursa con nuevo evento de cefalea súbita muy intensa (10/10) acompañada de náusea y acúfenos, por lo acude a valoración con especialista quién detectó TA: 180/100 mmHg, le indicó antihipertensivo calcioantagonista y ketorolaco. 2 horas antes acudir a Urgencias presentó escotoma durante 20 minutos, desviación de la boca a la derecha, disartria, hemiparesia derecha y marcha atáxica. Valorado por servicio de UTI se le halla: TA:150/90 mmHg, FC: 50 X', FR:35 X', conciente, orientado, con respiración irregular, discreta disartria, paresia faciocrorporal derecha, resto de nervios craneales normales, sensibilidad normal, reflejos miotáticos simétricos, Babinski bilateral. La tomografía computada (TC) de cráneo mostró hipodensidad de hemisferio cerebeloso izquierdo, en forma ulterior presenta deterioro neurológico por lo que su puntaje de Glasgow a cae 9 pts; decidiéndose protección de vía aérea con intubación endotraqueal y apoyo ventilatorio mecánico. Paraclínicos Hb de 14.8, Ht 45%, Leucocitos 13,500; 93% segmentados, plaquetas 250,000, VSG 23 mm, TP 14.9", TPT 28/28", Cocaína, anfetaminas, canabinoides, barbitúricos, morfínicos negativos Glucemia 124 mg, Creatinina 0.7 mg, BUN 17, TGO 78, TGP 10, Colesterol total 191, bilirrubina total 2.2, Proteínas totales 8 g, albúmina 3.1, FA 163 U, Ca 10.2, Mg 2 mg, Na 136 mEq/L, K 3.1 mEq/L, Cl 104 mEq/L Los exámenes inmunológicos: Acs. Nucleares DNA/RNA, Acs. Fosfolípidos IgG, IgM, Acs SSA (RO), Acs. SM SMITH negativos.

EVOLUCIÓN Seis horas posteriores a su ingreso a la UTI presentó hipotensión severa, bradicardia, dilatación pupilar sin respuesta a la luz, ausencia de reflejos vestibulares, Glasgow de 3 puntos. Se inició manejo agresivo del edema cerebral a base de manitol, furosemida y ante evidencia de riesgo de herniación cerebral hiperventilación, con respuesta parcial y considerando la posibilidad de cirugía de urgencia. Se realizó resonancia magnética de cráneo, la que mostró datos compatibles con infarto cerebeloso izquierdo agudo, con importante efecto de masa sobre las estructuras adyacentes y descenso de la amígdala cerebelosa izquierda, imagen con evento isquémico de cerebelo derecho ya comentado en tomografía anterior, edema cerebral e hidrocefalia supratentorial importante. Dos horas después se realizó craneotomía de fosa posterior con exéresis de tejido

cerebeloso y amígdala izquierda. Veinticuatro horas después la TC cerebral de control, mostró progresión del evento isquémico del cerebelo con datos de infarto derecho que no existía en estudio previo, edema cerebral difuso importante con hidrocefalia secundaria y craneotomía suboccipital central. Dos días después de su ingreso presentó evolución desfavorable con desviación de la mirada espontánea hacia arriba, alteraciones pupilares (pupila hiporrefléxica y midriática) y posturas de descerebración.

Al tercer día se le encuentra en coma profundo, disfunción respiratoria y cardiovascular. El quinto día con Glasgow de 3 puntos, parálisis de la mirada descendente, pupilas arreflexicas, midriáticas en forma bilateral, reflejos vestibulares ausentes. Desde el punto de vista cardiovascular inestable, dependiente vasopresor (norepinefrina), ausencia de automatismo ventilatorio. El electroencefalograma mostró ausencia de actividad eléctrica. Esto aunado al coma y ausencia de reflejo de tallo cerebral se integra diagnóstico de muerte cerebral y posteriormente paro cardiorrespiratorio irreversible.

Antecedentes Personales Patológicos:

Cardiovasculares Pulmonares Digestivos Diabetes

Renales Quirúrgicos Alérgicos Transfusiones

Antecedentes Personales No Patológicos:

Alcohol:

Tabaquismo:

Drogas:

Inmunizaciones:

Antecedentes Familiares:

Padre: Vivo Sí No

Enfermedades que padece: Sin Patologías

Madre: Viva Sí No

Enfermedades que padece: Hipertensión

Hermanos: ¿Cuántos? 9 Vivos

Interrogatorio por aparatos y sistemas

<p>Aparato digestivo: halitosis, boca seca, masticación, disfagia (odinofagia), pirosis, náusea, vómito, (hematemesis), dolor abdominal. meteorismo y flatulencias, constipación, diarrea, rectorragia, melenas, pujo y tenesmo, Ictericia, coluria y acolia, prurito cutáneo, hemorragias.</p>	<p>No presenta</p>
<p>Aparato cardiovascular: disnea, tos (seca, productiva), hemoptisis, dolor precordial, palpitaciones, cianosis edema y manifestaciones periféricas (acufenos, fosfenos, síncope, lipotimia, cefalea, etc.)</p>	<p>No presenta</p>
<p>Aparato Respiratorio: tos, disnea, dolor torácico, hemoptisis, cianosis, vómica, alteraciones de la voz.</p>	<p>No presenta</p>

<p>Aparato Urinario: alteraciones de la micción (poliuria, anuria, polaquiuria, oliguria, nicturia, opsiuria, disuria, tenesmo vesical, urgencia, chorro, enuresis, incontinencia) caracteres de la orina (volumen, olor, color, aspecto) dolor lumbar, edema renal, hipertensión arterial, datos clínicos de anemia.</p>	<p>No presenta</p>
<p>Aparato Genital: criptorquidia, fimosis, función sexual, sangrado genital, flujo o leucorrea, dolor ginecológico, prurito vulvar.</p>	<p>No presenta</p>
<p>Aparato Hematológico: datos clínicos de anemia (palidez, astenia, adinamia y otros), hemorragias, adenopatías, esplenomegalia.</p>	<p>No presenta</p>
<p>Sistema Endócrino: bocio, letargia, bradipsiquia (lalia), intolerancia calor/frío, nerviosismo, hiperquinesis, características sexuales, galactorrea, amenorrea, ginecomastia, obesidad, ruborización.</p>	<p>No presenta</p>
<p>Sistema Osteomuscular: ganglios, fotosensibilidad artralgiás/mialgiás, Raynaud.</p>	<p>No presenta</p>

<p>Sistema Nervioso: cefalea, síncope, convulsiones, déficit transitorio, vértigo, confusión y obnubilación, vigilia/sueño, parálisis, marcha y equilibrio, sensibilidad.</p>	<p>No presenta</p>
<p>Sistema Sensorial: visión, agudeza, borrosa, diplopía, fosfenos, dolor ocular, fotofobia, xeroftalmia, amaurosis, otalgia, otorrea y otorragia, hipoacusia, tinitus, olfacción, epistaxis, secreción, geusis, garganta (dolor) Fonación</p>	<p>No presenta</p>
<p>Psicosomático: personalidad, ansiedad, depresión, afectividad, emotividad, amnesia, voluntad, pensamiento, atención, ideación suicida, delirios.</p>	<p>No presenta</p>

Exploración física:

<p>1.- FC: 50 X´ 2.- TA: 150/90 mmHg 3.- FR: 35 X´ 4.- Temperatura: 5.- Peso actual</p>

Exploración por Regiones:

Cabeza	Relación cráneo-corpórea, forma y volumen adecuados. Buena implantación de cabello, cejas y pestañas.
Cuello	Forma, volumen y movilidad sin alteraciones. No se encontró ningún otro hallazgo de importancia.
Tórax	Movimientos respiratorios simétricos, movilidad adecuada y sincrónica de ambos hemitorax. Palpación superficial media y profunda sin alteraciones, percusión no realizada y auscultación de pulmones sin hallazgos relevantes. Área cardiaca normal, sonidos cardiacos normales, incluyendo focos de auscultación cardiaca sin alteraciones.
Abdomen	Sin alteraciones, no doloroso a la palpación.
Miembros	Forma simétrica, volumen y longitud en relación con el resto del cuerpo adecuados. Pulsos fácilmente perceptibles. Buena movilidad y sensibilidad de músculos y circulaciones. No se encontraron alteraciones.
Genitales	Simétricos, sin presencia de infección o inflamación alguna.