



Mi Universidad

historia clínica

Nombre del Alumno: Jessenia Lizbeth Cruz Monzón

Nombre del tema: historia clínica

Parcial I

Nombre de la Materia: prácticas de enfermería

Nombre del profesor: Alfonso Velázquez Ramírez

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 7

HISTORIA CLÍNICA GENERAL

Ficha de Identificación.

Nombre: J.G.L

Dirección Actual Pichucalco Chiapas colonia Caimba S/N

Fecha de Nacimiento 19/7/1985 Edad 38 años

Ocupación: Empleado de transporte publico

Motivo de la Consulta Evolución de cuadro de 10 días de cefalea occipital intensa, náuseas y acufenos

Antecedentes Personales Patológicos:

Cardiovasculares NO Pulmonares NO Digestivos NO Diabetes NO

Renales SI Quirúrgicos NO Alérgicos NO Transfusiones NO

Medicamentos: paracetamol, antihipertensivo, calcioantagonista y ketorolaco

Desde cuando lo Padece, Especifique: **el paciente menciona que los síntomas se presentaron desde hace 10 días**

Antecedentes Personales No Patológicos:

Alcohol: **Negado**

Tabaquismo: **Negado**

Drogas: **Negado**

Inmunizaciones: _____

Otros: El paciente presenta malos hábitos de alimentación y consumo en exceso de sal y refrescos embotellados además de que el consumo de agua es bajo

Antecedentes Familiares:

Padre: Vivo Si X No _____

Enfermedades que padece: el paciente refiere que su padre no presenta ninguna patología pero, que su abuela paterna es hipertensa quien falleció por problemas renales crónicos y abuelo paterno que no presenta patologías

Madre: Vivo SI X NO _____

Enfermedades que padece: el paciente refiere que la madre padece de hipertensión de varios años de Evolución no específica, padre sin datos de patología alguna, nieto de Abuelo Materno aparentemente sano y Abuela Materna sin dato alguno de patología.

Hermanos: ¿Cuántos? 9 Vivos SI

Enfermedades que padecen y desde cuándo?:

El paciente refiere que no presentan ninguna enfermedad _____

Otros: _____

Antecedentes Gineco-obstétricos:

Menarquia _____ Ritmo _____ F.U.M. _____

G _____ P _____ A _____ C _____ I.V.S.A _____

Uso de Métodos Anticonceptivos: Si _____ No _____

¿Cuál (es)? Y Tiempo de Uso? _____

Padecimiento actual: Cuadro de 10 días de evolución caracterizado por cefalea pulsátil de moderada intensidad (4/10), de predominio occipital

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>El paciente presentó náuseas antes de su ingreso (24 horas antes) No presenta disfagia, dolor abdominal, flatulencias, diarrea, rectorragia, melenas, tenesmo, prurito cutáneo lo que indica que el paciente no presenta anomalías en el aparato digestivo lo cual nos da indicadores que no es una infección intestinal, distensión intestinal, síndrome de intestino irritable o intoxicación alimentaria lo que presenta</p>
<p>Aparato cardiovascular: disnea, tos (seca, productiva), hemoptisis, dolor precordial, palpitaciones, cianosis edema y manifestaciones periféricas (acúfenos, fosfenos, síncope, lipotimia, cefalea, etc.)</p>	<p>El paciente seis horas posteriores a su ingreso presenta bradicardia, Se realizó resonancia magnética de cráneo, la que mostró datos compatibles con infarto cerebeloso lo cual da razón a el fuerte dolor de cabeza que presenta el paciente, la náuseas y otros síntomas. Al quinto día presenta difusión cardiovascular inestable, dependiente vasopresor (norepinefrina).</p>
<p>Aparato Respiratorio: tos, disnea, dolor torácico, hemoptisis, cianosis, vómica, alteraciones de la voz.</p>	<p>El paciente ingreso con FR:35, consciente, orientado, con respiración irregular, 2 horas más tarde presenta deterioro neurológico por lo que su puntaje de Glasgow cae 9 pts; decidiéndose protección de vía aérea con intubación endotraqueal y apoyo ventilatorio mecánico. En el tercer día el paciente presenta difusión respiratoria En el quinto día presenta ausencia de automatismo ventilatorio, se integra diagnóstico de muerte cerebral y posteriormente paro cardiorrespiratorio irreversible</p>
<p>Aparato Urinario: alteraciones de la micción (poliuria, anuria, polaquiuria, oliguria, nicturia, opsiuria, disuria, tenesmo vesical, urgencia, chorro, enuresis, incontinencia)</p>	<p>El familiar del paciente menciona que presenta anomalías en el aparato urinario ya que se despierta a miccionar de 2 a 3 veces en la noche, no menciona el volumen, color u olor que presenta, pero debido a la baja ingesta de líquidos y las horas que pasa sentado por su trabajo puede ser probable nicturia, además la esposa del paciente</p>

<p>caracteres de la orina (volumen, olor, color, aspecto) dolor lumbar, edema renal, hipertensión arterial, datos clínicos de anemia.</p>	<p>menciona que presenta edema en los pies lo cual es causado por estar sentado o permanecer en un solo lugar., Seis horas posteriores a su ingreso a la UTI presentó hipertensión severa. Los estudios clínicos reflejan los siguientes resultados: Creatinina 0.7 mg con valores normales lo que indica que no hay enfermedad renal ni bacteriana</p>
<p>Aparato Genital: criptorquidia, fimosis, función sexual, sangrado genital, flujo o leucorrea, dolor ginecológico, prurito vulvar.</p>	<p>No presenta ningún síntoma de anormalidad en el aparato genital, función sexual, etc. lo que indica que el paciente no presenta alguna infección en el área</p>
<p>Aparato Hematológico: datos clínicos de anemia (palidez, astenia, adinamia y otros), hemorragias, adenopatías, esplenomegalia.</p>	<p>El paciente presenta los siguientes datos paraclínicos Hb de 14.8, lo que indica un parámetro normal de hemoglobina, Ht 45%, Leucocitos 13,500; 93% segmentados, plaquetas 250,000, VSG 23 mm, lo que indica tener una velocidad de sedimentación normal, TP 14.9, nivel esta alto indica que se pueden formar coágulos peligrosos en las arterias o venas, TPT 28/28, Glucemia 124 mg lo que indica que sus parámetros son normales lo que quiere decir que el paciente no presenta diabetes o prediabetes, Colesterol total 191, lo que indica parámetros normales.</p>
<p>Sistema Endócrino: bocio, letargia, bradipsiquia (lalia), intolerancia calor/frío, nerviosismo, hiperquinesis, características sexuales, galactorrea, amenorrea, ginecomastia, obesidad, ruborización.</p>	<p>El paciente no presenta anormalidades en el aparato endocrino (letargia, bradipsiquia, intolerancia al calor o frío, galactorrea, amenorrea, obesidad o ruborización)</p>
<p>Sistema Osteomuscular: ganglios, fotosensibilidad artalgias/mialgias, Raynaud.</p>	<p>El paciente 2 horas antes acudir a Urgencias presentó marcha atáxica y hemiparesia derecha, además al tercer día se le encuentra en coma profundo lo cual indica que no tiene la capacidad para moverse</p>
<p>Sistema Nervioso: cefalea, síncope, convulsiones, déficit transitorio, vértigo, confusión y obnubilación, vigilia/sueño, parálisis, marcha y equilibrio, sensibilidad.</p>	<p>El paciente 24 horas antes de su ingreso cursa con nuevo evento de cefalea súbita muy intensa, acompañada de náusea y acúfenos, 2 horas antes acudir a Urgencias presentó escotoma durante 20 minutos, al igual presento desviación de la boca a la derecha, disartria, hemiparesia derecha y marcha atáxica, Valorado por servicio de UTI se le halla con 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 Seis horas posteriores a su ingreso 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, presenta edema cerebral e hidrocefalia supratentorial importante. Dos horas después se realizó</p>

	<p>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.</p> <p>El quinto día el paciente presenta parálisis de la mirada descendente, pupilas arreactivas, midriáticas en forma bilateral, reflejos vestibulares ausentes, El electroencefalograma mostró ausencia de actividad eléctrica. Esto aunado al coma y ausencia de reflejo de tallo cerebral se integra diagnóstico de muerte cerebral</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>El paciente 24 horas antes de su ingreso cursa con nuevo evento de cefalea súbita muy intensa (10/10) acompañada de acufenos.</p> <p>2 horas antes acudir a Urgencias presentó escotoma durante 20 minutos lo que indica que hay perdida en el área del campo visual.</p> <p>6 horas después el paciente presenta dilatación pupilar sin respuesta a la luz, ausencia de reflejos vestibulares, dando como resultado en la escala de Glasgow 3 puntos, dos días después de su ingreso presentó evolución desfavorable con desviación de la mirada espontánea hacia arriba, alteraciones pupilares (pupila hiporrefléxica y midriática).</p> <p>El quinto día el paciente presenta parálisis de la mirada descendente, pupilas arreactivas, midriáticas en forma bilateral, reflejos vestibulares ausentes lo que indica que la evolución del paciente es desfavorable</p>
<p>Psicosomático: personalidad, ansiedad, depresión, afectividad, emotividad, amnesia, voluntad, pensamiento, atención, ideación suicida, delirios.</p>	<p>El padre del paciente señala que vive en constante tensión ya que, al ser chofer del transporte público, generalmente está en diferencias con el pasaje y con los compañeros de trabajo por cuestiones de la cuota diaria y de poder juntar para el gasto familiar, esto inca que el paciente está en constante estrés y ansiedad debido a los problemas económicos</p>

Exploración física:

<p>1.- FC: 50/min 2.- TA: 180/100 mmHg 3.- FR: 35/min 4.- Temperatura: 36.4°</p>	<p>5.- Peso actual: 6.- Peso anterior: 7.- Peso ideal:</p>
--	--

Exploración por Regiones:

Cabeza	<p>El paciente refiere sentir dolor occipital muy fuerte, se sospecha de probable edema cerebral debido a los otros síntomas que refiere como náusea, rigidez en el cuello y el dolor intenso de cabeza el doctor indicó realizar resonancia magnética y 2 horas después se realizó craneotomía de fosa posterior con exéresis de tejido cerebeloso y amígdala izquierda.</p> <p>Antes de ingresar a urgencias el paciente presentó , desviación de la boca a la derecha, disartria, hemiparesia derecha y marcha atáxica</p>
Cuello	<p>El paciente presenta cuello rígido esto puede ser debido a su estilo de vida ya que está en constante estrés, además que presenta indicadores de una enfermedad cerebral, presenta acantosis nigricans lo cual es debido a que el paciente consume alimentos ricos en grasas saturadas y refrescos embotellados, además de que tiene una baja ingesta de agua</p>
Tórax	<p>El paciente presenta respiración irregular, las inspiraciones y espiraciones son irregulares, presenta alteraciones en el ritmo respiratorio, su frecuencia respiratoria se encuentra a 35 p/min lo que indica una alteración lo que refleja taquipnea, los músculos de las costillas se tiran hacia adentro, dos horas después debido a que el paciente presenta deterioro neurológico se decide ponerle protección de vía aérea con intubación endotraqueal y apoyo ventilatorio mecánico</p>
Abdomen	<p>El paciente refiere sentir náuseas, no presenta aspecto abultado su abdomen, presenta flacidez en los músculos de la pared abdominal no presenta molestias al tocar</p>
Miembros pélvicos y torácicos	<p>El paciente presenta discreta disartria, paresia faciocorporal derecha, es decir que presenta parálisis lo cual indica que hay pérdida de funciones musculares, aspecto de miembros torácicos es normal, no se encuentra anomalía en distancia entre los brazos hay simetría no hay hiperpigmentación en uñas ni cicatrices. En el lado derecho de miembros pélvicos y torácicos el paciente no presenta buen rango de movilidad</p> <p>Miembros pélvicos: el paciente presenta edema en los pies lo cual puede estar relacionado con su trabajo ya se mantiene mucho tiempo en una misma posición, no tiene sensibilidad en el lado derecho de su cuerpo, no presenta heridas, cicatrices u hongos en las uñas,</p>

Genitales	No se realizó la inspección aunque se menciona que tiene una baja ingesta de agua y que se levanta dos o tres veces por la noche al baño a hacer pipí lo que puede indicar posible nicturia debido a que estos episodios son frecuentes durante la noche
------------------	--