



USC

Mi Universidad

Nombre del Alumno: MAYRA SOLEDAD LOPEZ LOPEZ

Nombre del tema: HISTORIAL CLINICO

Parcial: I

Nombre de la Materia: PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA

Nombre del profesor: ALFONSO VELAZQUE RAMIREZ

Nombre de la Licenciatura: LIC. ENFERMERIA

Cuatrimestre: SEPTIMO CUATRIMESTRE

DATOS PERSONALES:

Nombre: JDL

Edad: 38 años

Sexo: Masculino

Idioma: español

Religion: catolico

Ocupación: Chofer de transporte publico

Fecha de nacimiento: 22/01/1985

Estado civil: Casado

Nacionalidad: Mexicano

Residencia actual: Balle de Bravo

Grado de instrucción: Primaria terminada

MOTIVO DE CONSULTA:

Valoración

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente sexo masculino, con 38 años de edad, de nombre JGL, sin antecedentes patológicos acude a centro de urgencias por cuadro de 10 días de evolución caracterizado por cefalea paroxística de una moderada intensidad 4/10 de predominio occipital, el cual nos refiere a controlado parcialmente con parasetamol

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:

Relata que hace 24hrs antes de su ingreso a urgencias tuvo un nuevo evento de cefalea súbita muy intensa 10/10 la cual estaba acompañada de náuseas y acúfenos por lo que fue remitido con el especialista quien fue el que detectó su T/A : 180/100 mmHg y le indicó antihipertensivos , calcioantagonista y ketorolaco

ANTECEDENTES PERSONALES:

Consumo carne: SI (3 veces por semana)

Consumo verduras: SI (2 veces por semana)

Consumo lácteos: SI (3 o 4 veces por semana)

Consumo huevos: SI (5 o 6 veces por semana)

Consumo derivados de la leche: SI (3 o 4 veces por semana)

Consume pescados y mariscos: SI (2 o 3 veces al mes)

Consume leguminosas: SI (4 o 5 veces por semana)

Consume harinas : SI (7 veces por semanas)

Consume frutas: SI (2 o 3 veces por semana)

Consume embutidos: SI (1 o 2 veces por semana)

HÁBITOS FISIOLÓGICOS:

Alimentación: Realiza 2 comidas al día ya que como maneja el transporte no le da tiempo

Diuresis: de color oscura espumosa, debido al alto consumo de cocacola, nos refiere que se lebanta 2 o 3 veces por las noches debido a que toma mucha agua antes de acostarse

Sueño: Normal.

Sexualidad: Casado y 3 hijos (de 10,8,6 años de edad)

Otros: Niega

ENF. DE LA INFANCIA:

Nos manifiesta que de pequeño solia darle mucho resfriado comun, y padecer bradicardia, le dio viruela, varisela

ENFERMEDADES:

Paciente manifiesta estar en constante presion y estrés debido a la diferencia que a tenido con sus compañeros en el transporte , provocandole asi fuertes dolores de cabeza de manera frecuente lo cual suel controlar tomando parasetamol, aspirinas y un baño, tambien nos cometa no tener un buen abito dietetico ya que alconsumir sus alimentos , sin antes averlos probado acostumbra a colocarle mas sal de lo normal, tambien nos manifiesta que ase ya 2 años se le an estado inchando sus pies, lo cual suele controlar al yegar a casa , ya que nos comenta que lo coloca en pocicon alta despues de ducharse , suele darle masajes su esposa cada 2 o 3 veces por semana , pero nos comenta que ultimamente no suele bajar la inflamacion.

GINECOLÓGICOS:

G: P: A: C:

Mac:

Fum:

Menarca:

Menopausia:

INFECTOLOGICOS:

Sin datos patológicos aparentes.

ENDOCRINÓLOGICOS:

Sin datos patológicos aparentes.

ALÉRGICOS:

Paciente relata no ser alérgico a nada

SOCIOECONÓMICO/EPIDEMIOLOGÍCOS:

Noa relata que suele visitar a sus padres frecuentemente y suele comer un día a la semana con ellos, la casa en la que avuta es restanda, y cuenta con todos los servicios públicos, se comunica vía telefónica con sus amigos y familiares, con línea prepago, aun que es una casa pequeña cuenta con dos cuartos, en los cuales los niños duermen juntos y tiene 1 y medio baño para el aseo personal, no tiene mascotas es decir un perro de raza pequeña y un perico y 2 periquitos australianos

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

Es hijo de madre media, de complejión robusta, hipertensa, la cual era hija de madre hipertensa de varios años de evolución y con un padre no tenía ninguna patología.

Nieto de abuelo materno aparentemente sano y abuela paterna sin dato alguno de patología,

El padre sin patologías aparentes de talla alta y de complejión gruesa quien a su vez es hijo de madre diabética y abuela paterna hipertensa quien falleció de problemas renales crónicos, el hijo de padre sin patología y madre que fallece por haber padecido cáncer cervicouterino.

EXÁMEN FÍSICO:

TA: 180/100mmHg FC: 50x' FR: 35x' Temperatura: 36.5c°

Peso: 67 kg Altura: 1.70 cm

Imprecisión general: moderado.

Constitución: longileno.

Fácies: Normal.

Marcha: Normal.

Piel, faneras y tejido celular subcutáneo:

Aspectos: Piel color clara, es muy poco hidratada, tiene una turgencia elástica y que rápidamente vuelve a su forma original. No presenta cambios de coloración de la piel, pigmentación

Distribución pilosa: Cantidad y distribución normal.

Lesiones: Sin datos patológicos aparentes.

Faneras: Conserva cabello rizado, de color negro, buena higiene, pigmentación normal, larga, gruesa, buena implantación y de distribución normal.

Tejido celular subcutáneo:

No infiltrado, prominencias óseas visibles, no presenta edemas, enfisema celular subcutáneo, linfomas subcutáneo, nódulos, pániculo adiposo no es abundante.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

APARATO DIGESTIVO: Presenta xerostomía (boca seca).

Lo presenta durante casi todo el día.

APARATO CARDIOVASCULAR: nos menciona que el electrocardiograma arroja que presenta disfunción cardiovascular

APARATO RESPIRATORIO: Presenta hipotensión severa, bradicardia y dilatación papilar sin respuesta a la luz con respiración irregular discreta disnea, vía aérea con intubación endotraqueal y apoyo ventilatorio mecánico

APARATO URINARIO: presenta leucocitos 13500; 93 segmentados

APARATO GENITAL: Preguntados y negados.

APARATO HEMATOLÓGICO: Preguntados y negados.

SISTEMA ENDOCRINO: Presenta nerviosismo.

Se presenta en casi siempre debido a la constante presión que ejerce en el transporte público y por la presión de no poder cumplir con los gastos familiares

SISTEMA OSTEOMUSCULAR: Preguntados y negados.

SISTEMA NERVIOSO: siempre debido a la constante preocupación de la cuota que no alcanza

SISTEMA SENSORIAL: Preguntados y negados.

PSICOSOMÁTICO: Presenta ansiedad.

Se presenta cuando me pasó de mis horas adecuadas de comida, o cuando me siento molesto.

EXPLORACIÓN POR REGIONES:

CABEZA:

Cara y craneo. Normocerfalo, tamaño normal, simétrica, con hipodensidad de hemisferio cerebeloso izquierdo, con un edema cerebral a base de manitol furosemida y ante evidencia de riesgo de herniación cerebral, sin lesiones en piel y cuero cabelludo. Las palpaciones en la cabeza no sé palpa hundimientos craneales.

Cuero cabelludo: Muy bien hidratado, sin lesiones y cicatrices, sin seborrea.

Movimientos oculares con dilatación pupilar sin respuestas a la luz, con ausencia de reflejos vestibulares

Región orofaríngea: Boca con desviación a la derecha, disartria, emiparesia derecha y marcha ataxia labios lisos, simétricos, íntegros, sin ausencia de

piezas dentales, presenta caries dentales.

Oídos aparentemente normales, pabellones auriculares íntegros e simétricos.

CUELLO:

Inspección: Cuello cilíndrico, con una intubación endotraqueal

Palpación: No se palpa glangios, tráquea y cartílagos laríngeos palpables y sin dolor de la palpación, presenta buena fuerza muscular, tiroides no palpables.

Persecución: Sin particularidades.

TÓRAX:

Inspección: Tórax simétrico expansión pulmonar normal, normolineo con movimientos de amplexión y amplexación, normal.

Percusión: Sonoridad pulmonar normal, Sin ruidos externos.

Auscultación: Murmullo pulmonar y respiración bronqueales presentes normales, no

se ausculta ruidos respiratorios.

ABDOMEN:

Inspección: simétrico, cicatriz umbilical normal, piel con coloración normal, blando depresible con peristalsis normal, no hay visceromegalias, no datos de irritación peritoneal.

Palpación: No hay presencia de masa ni hernias.

MIEMBROS:

Insección: brazos simétricos, con cicatriz,

Tamaño normal, simétrico

GENITALES: No permite valoración.