



HISTORIA CLINICA

Fecha y hora de elaboración: 15 de septiembre del 2022 siendo las 17:22 horas

1.- ANAMNESIS (INTERROGATORIO)

1.1. Ficha de identificación.

Nombre: William de Jesús López Sánchez Edad: 21 años Sexo: Masculino
Fecha de nacimiento: 29 de Abril del 2001 Estado civil: Soltero Ocupación: Estudiante
Lugar de Origen: Comitán de Domínguez, Chiapas Lugar de residencia: La Trinitaria, Chiapas
Domicilio: Carr. Lagos de Montebello km. 3 La trinitaria Chiapas, 30160
Persona responsable: Lilia Sánchez Pérez Etnia: No aplica Lengua: Español
Religión: Cristiana Teléfono celular: 9633473476 Teléfono de casa: 9631315422
Escolaridad: Licenciatura Seguridad Social: Negado Nacionalidad: Mexicana
Grupo y Rh: O Rh positivo Alergias: Negado Fecha de última consulta: 30/08/2022.

1.2 antecedentes heredofamiliares

Refiere abuela paterna viva de aproximadamente 75 años de edad con sobre peso, migraña e hipertensión arterial de evolución de 5 años, desconoce tratamiento, sin complicaciones.

Refiere abuelo paterno vivo de aproximadamente 78 años de edad sin problemas de salud

Refiere abuela materna viva de aproximadamente 74 años de edad con presbicia en ambos ojos

Refiere abuelo materno vivo con aproximadamente 80 años de edad sin problemas de salud.

Refiere madre viva de 44 años de edad sin problemas de salud

Refiere padre vivo de 45 años de edad con sobre peso, no cuenta con dieta, no hay complicación.

Niega antecedentes de tuberculosis, cardiopatías, hepatopatías, nefropatías, enfermedades endocrinas, enfermedades mentales, epilepsia, asma, enfermedades hematológicas,

1.3 Antecedentes personales NO patógenos

Refiere vivir en casa propia, construida con paredes, techo y piso de concreto, de una sola planta, cuenta con 5 recamaras con 1 ventana en cada una de aproximadamente 1.5x1.7, 3 baños completos (dos dentro y uno afuera), 1 sala, 1 cocina, 1 comedor, 1 patio trasero y delantero, 1 corredor, la casa cuenta con servicio de energía eléctrica, internet, televisión vía satelital, el agua es distribuida por un pozo profundo el cual cuenta con análisis químicos que menciona es agua limpia y tratamiento cada 6 meses, cuenta con fosa séptica a más de 20 metros de distancia del pozo. Son 5 las personas que habitan en la vivienda, cuentan con animales domésticos el cual consta de 2 perros viviendo en el patio trasero. El paciente refiere bañarse diariamente, con cambio de ropa de por lo menos dos veces al día, realiza lavado de dientes 5 veces al día, patrón de defecación de 2 veces al día, una vez en la mañana y otra por la noche, realiza el lavado de manos constantemente antes de los alimentos. Refiere no consumir bebidas alcohólicas, tabaco o sustancias ilegales. Dentro de su jornada laboral refiere asistir a la universidad aproximadamente 7 horas de lunes a viernes, trasladándose desde su casa a veces en carro particular y otras veces en transporte público, con un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos.

Refiere consumir alimentos 4 veces por día con el correcto lavado de manos antes de ingerirlos, entre sus alimentos consume de origen animal 5 veces a la semana, verduras y frutas 5 días a la semana y cereales y tubérculos toda la semana, consume 2 litro de agua simple al día y otros 500mg en aguas naturales unas 5 veces a la semana. Refiere que el día de ayer desayuno a las 8:00 am 4 tacos dorados de pollo, plátano frito, tortillas de maíz y café con azúcar, a las 12:00 pm caldo de albóndiga acompañado de chile habanero, zanahoria y papa, tortillas de maíz, y agua de limón, a las 15:00 pm huevos revueltos con papa, tortillas de maíz y agua de limón, a las 21:00 pm hotcakes con miel de abeja, chocolate caliente y 4 tacos dorados. Refiere no realizar actividad física, permanece sentado aproximadamente 14 horas al día. Cuanta con esquema de vacunación completo. Refiere estar soltero sin actividad sexual.

1.4 Antecedentes personales patógenos

Refiere no tener ninguna enfermedad congénita, malformaciones, o enfermedades de la infancia como rubeola, tosferina, sarampión, escarlatina, poliomielitis; a excepción de haberse enfermado de varicela a los 8 años de edad.

Niega padecer tuberculosis, fiebre tifoidea, parásitos, neumonía, artrosis, diabetes e hipertensión arterial.

Niega antecedentes alérgicos, traumáticos, transfusiones, hospitalizaciones quirúrgicas.

No refiere enfermedades actuales.

No cuenta con estudios de laboratorio, ni radiografías.

1.5 Antecedentes perinatales

NO APLICA

1.6 Antecedentes Gineco-obstetricos

NO APLICA

1.7 Padecimiento actual

El paciente refiere tener cefalea, garganta irritada y congestión nasal acompañado de secreciones con más frecuencia en las mañanas, junto con pocos dolores musculares por las tardes; esto se presentó desde hace 4 días. Actualmente no se encuentra consumiendo ningún medicamento, refiere solo estar consumiendo té de limón y té manzanilla por las mañanas y en la noche.

1.8 Interrogatorio por aparatos y sistemas

Aparato digestivo	Niega halitosis, boca seca, masticación, disfagia, pirosis, náuseas, meteorismo, constipación, rectorragia, melena, fujos, tenesmo, ictericia y acolia. Refiere dolor en la parte posterior de la garganta (faringe).
Aparato cardiovascular	Niega disnea, dolor precordial, palpitaciones, cianosis, edema, manifestaciones periféricas
Aparato respiratorio	Niega tos, dolor torácico, hemoptisis, cianosis. Refiere dolor en la parte posterior de la garganta (faringe), problemas para respirar por la nariz, (congestión nasal acompañado de secreciones).
Aparato urinario	Niega disuria, polaquiuria, oliguria, nicturia, espuria, tenesmo, urgencia, chorro, enuresis, incontinencia, dolor lumbar, edema.
Aparato genital	Niega criptorquidea, fimosis, función sexual, flujo, sangrado, dolor, prurito bulbar.
Aparato hematológico	Niega palidez, astenia, adinamia, hemorragias, adenopatías, esplenomegalias.
Sistema endocrino	Niega bocio, letargia, bradipsiquia, intolerancia al calor/frío, hiperquinesia, caracteres sexuales, obesidad.
Sistema nervioso	Niega síncope, convulsiones, vértigo, convulsiones, vigilia, sueño, marcha, equilibrio, parálisis. Refiere presentar cefalea.
Sensorial	Niega visión borrosa, diplopía, dolor ocular, fotofobia, otalgia, fonación. Refiere presentar fosfenos, falta de olfacción
Psicomático	Niega estrés, ansiedad, depresión, afectividad, amnesia, delirios, ideación.
Tegumentario	Niega manchas, ronchas, cicatrices, heridas.
Aparato locomotor	Niega xeroftalmia, ganglios, fotosensibilidad, artralgias, mialgias, raynaud.

2. EXPLORACIÓN FÍSICA

2.1 Signos vitales

Frecuencia cardiaca: 80 lpm Frecuencia respiratoria: 12 rpm Temperatura: 37.8 °C
Presión arterial: 125/85 mmHg Peso anterior: 54 kgs Peso actual: 56.400 kgs Talla: 1.58 m
IMC: 22.59 kg/m²

2.2 Inspección general

Paciente de sexo masculino, edad aparente de 21 años, presenta nivel de conciencia alerta, actitud instintiva, se comporta paciente y cooperando. Presenta molestias en la garganta, cabeza y en ocasiones en el cuerpo; estado nutricional eutrófico; sin movimientos anormales, movimientos coordinados, posición erecta, pasos de longitud media, orientación en tiempo y espacio, estado emocional estresado, con molestia, no hay lesiones aparentes, el paciente coopero respondiendo ante todas las preguntas realizadas; se presentó bien vestido, con ropa limpia y sin olores característicos.

2.3 Exploración física regional (inspección, palpación percusión y auscultación)

Cabeza:

Se observa el cráneo simétrico, normacefalo; el cuero cabelludo tiene buena implantación, cabello abundante de color negro, sin presencia de caspa, se encontraron cicatriz en la parte parietal y frontal del cráneo (el paciente refiere que son cicatrices de la infancia), no se encontraron hematomas, ausencia de piojos y liendres. A la palpación no se encontró masas, lesiones, sin hundimientos, y ganglios craneales no palpables. Forma de la cara ovalada, simétrico, color de piel morena igual al resto del cuerpo, presencia de acné en mejillas, las cejas tienen buena implantación, simétricas y con una cantidad moderada. Frente mediana, presencia de lunares, acné y cicatrices. De acuerdo al par craneal V, existe buena fuerza de contracción muscular en el musculo temporal y masetero, buena sensibilidad dolorosa y tacto superficial. Par craneal VII cuenta con buen movimiento a la elevación de las cejas, al sonreír e inflar las mejillas, parpados tiene buen tono muscular, movilidad, coloración normal, implantación de las pestañas bien distribuidas; globo ocular con buen movimiento en los dos ojos, coordinados y simétricos; conjuntivas, escleras y pupilas tienen la coloración normal, cornea transparente, y ausencia de cataratas y lesiones, iris color café oscuro. Par craneal II, agudeza visual normal en ambos ojos, campos visuales normales al igual que el reflejo de acomodación, las pupilas hacen correctamente la miosis y midriasis al tener contacto con la luz. Pares III; IV y VI, buena motilidad extracular, convergencia ocular normal. Nariz normal, tabique central no desviado, falta de aleteo nasal, ausencia de lesiones, coloración normal, mucosa nasal con presencia de moco amarillo, sin dolor a la palpación, senos maxilares y etmoidales sin dolor. Par craneal II no logra reconocer los distintos olores, oídos tamaño mediando, pabellón auriculares bien implantados, coloración normal, simétrico, ausencia de lesiones, al momento de palpar no presento dolor. Par craneal VIII agudeza auditiva normal.

Cuello:

Cilíndrico tamaño mediano, movimientos normales, color igual al resto del cuerpo, ausencia de tumoraciones, sin lesiones, sin presencia de lunares, leve aumento de las glándulas tiroides, ausencia de ganglios ingurgitación yugular, columna cervical simétrica y central. En la palpación los pulsos carotídeos no se encontraron ninguna anomalía y es cronológico respecto a los latidos cardíacos, tráquea central, desplazable, no dolorosa, no se palpan masas, se logra palpar en la parte posterior apófisis de cervical 7, 4 en la parte anterior el hueso y hioides, cartílago tiroides, anillos traqueales. Par craneal IX y X, buen reflejo faríngeo, tono de voz con anomalías, presenta dificultad para deglutir. Par craneal X I, buena fuerza y contracción de los músculos trapecios y ECM

Torax:

Tórax anterior normolineo, simétrico de tamaño dentro de parámetros establecidos por los órganos subyacentes, sin deformidades, sin lesiones primarias y secundarias (mácula, pápula, vesículas, pústulas, liquenificación, cicatrices, etc.), sin laceraciones, Red venosa colateral, hemogramas, no se identifican tiros intercostales, retracción xifoidea, disociación toracoabdominal; en el área precordial no se observó el choque en la punta, a la percusión se identifica sonidos sumbante en toda la proyección cardíaca que abarca de la línea media esternal hasta la línea medio clavicular izquierda y del segundo al quinto espacio intercostal, con presencia de ruidos cardíacos en los focos aórticos, pulmonar, tricúspide y mitral (R1, R2) con frecuencia de 80 latidos por minuto rítmico de buena intensidad con todo alto y amplio sin soplos y sin galope.

En el tórax posterior se observa normal, simétrico, sin tiros intracostales ni deformidades (escoliosis, cifosis, lordosis), sin lesiones primarias y secundarias (mácula, pápulas, vesículas, pústulas, liquenificación, cicatrices, etc.) sin laceraciones ni Red venosa colateral ni hemogramas múltiples nuevos de manera generalizada con dimensión entre 0-2-1 cm de diámetro de coloración diversa (café ocre-negro), con bordes bien delimitados sin uso eritematoso, sin elevaciones ni folículos pilosos, sin dolor a la palpación superficial y profunda, no se encuentra en masas, se comprueba movimientos de complexión bilateral aproximadamente 0.5-1 cm, así como complexión presente, se palpan los frenillos en campos pulmonares superiores y medios con gran intensidad, disminuyendo en las regiones inferiores y en las bases pulmonares se auscultan el ruido broncovesicular en los campos pulmonares superiores, el murmullo vesicular de buena intensidad en el resto de las regiones de los campos pulmonares y bases pulmonares, sin ruidos adventicios (sibilancias, roncus, estertores).

Abdomen:

No hay cicatriz quirúrgica, sin presencia de estrías, no hay ninguna patología sensorial ya que si hay reflejos, durante la auscultación los ruidos peristálticos son normales, el abdomen se encuentra rígido, no hay presencia de dolor en ningún órgano, punto de Murphy y Burney negativo

Genitales: No aplica

Miembros superiores:

No hay lesiones en la piel, ni cicatrices, ni lunares, sin presencia de cianosis, coloración morena, piel humectada y suave, poca presencia de pelos. Región bicipital y tricpital estrófico y eufónico con fuerza muscular de 5/5 de acuerdo a la escala de Daniels, así como también sensibilidad al dolor, temperatura conservada, tacto superficial, vibración, sensibilidad discriminatoria, grafoestesia, discriminación de:, localiza el estímulo y extinción. Reflejos bicipital, tricpital y braquiomodial con velocidad, la fuerza y amplitud normal con respuestas de reflejo bicipital tricpital y braquiocefálico 4/4, abductores, predores y opositores de la mano normo tróficos y con escala de Daniels 5/5 bilateralmente

Miembros inferiores:

No se encuentra lesión en la piel, sin cicatrices color piel de piel morena, pulsos femorales, tibiales normales.

Musculatura flexura, extensora, abductora y a Dra de cadera eu trófica, eutenica y con fuerza muscular de 5/5 de acuerdo a la escala de Daniels.

Musculatura flexura y extensores de la articulación femorotibial, eu trófica, normotónica y con fuerza muscular de 5/5 de acuerdo a escala de Daniels.

Reflejo calcáneo, rotuliano con velocidad, fuerza y amplitud normal. signos de Babinski y Kerning negativos

3. ANALISIS

Presenta cefalea, garganta irritada, congestión nasal acompañado de secreciones y dolor muscular.

4. DIAGNOSTICO

Ante los síntomas presentados encontramos la presencia de una gripe.

5. PRONOSTICO

Al ser esta una enfermedad común. Si una gripe dura más de dos semanas corre el riesgo de presentar complicaciones severas, una de ellas es la neumonía. Esta puede ser provocada por el mismo virus de la influenza o por una bacteria.

6. TRATAMIENTO

Paracetamol tabletas 500mg, 1 caja, tomar una tableta de paracetamol vía oral cada 6 u 8 horas en caso de dolor

Antiflu-des capsula, una caja, tomar una capsula de Antiflu-des vía oral cada 8 horas por 5 días

Dr. William de Jesús López Sánchez

Nombre y firma

Cedula profesional: _____ No aplica jeje _____