



**Nombre del Alumno: José Rafael Hernández Guzmán**

**Nombre del tema: PAE**

**Parcial: 2do submódulo**

**Nombre de la Materia: Fundamentos de Enfermería II**

**Nombre del profesor: Alfonso Velázquez Ramírez**

**Nombre de la Licenciatura: Lic. Enfermería Cuatrimestre: 2do Cuatrimestre**

## **HISTORIA CLINICA GENERAL**

### **Ficha de identificación.**

**Nombre: Lorca Hernández Gina Mariana.**

**Domicilio actual: Colonia Revolución, calle Francisco Villa #107.**

**Fecha de nacimiento: 29/Julio/2004**

**Edad: 18 años**

**Ocupación: Estudiante**

**Motivo de consulta: Joven de 18 años viene a consulta por fuerte**

**ardor/ molestia al miccionar.**

**Antecedentes Personales Patológicos:**

**Cardiovasculares: NO Pulmonares: NO Digestivos: NO**

**Diabetes: NO Renales: NO Quirúrgicos: NO Alérgicos: NO**

**Transfusiones: NO**

**Medicamentos: Nitrofurantoina, Ampicilina, Penicilina**

**Desde cuando lo Padece, Especifique: Ampicilina y Penicilina:**

**mayo del 2008, Nitrofurantoina: Enero del 2022**

**Antecedentes Personales No Patológicos:**

**Alcohol: Negado**

**Tabaquismo: Negado**

**Drogas: Negado**

**Inmunizaciones:**

**Otros: La paciente presenta mala alimentación, consumo excesivo de azucares.**

**Antecedentes Familiares:**

**Padre: Vivo Si: x No\_\_\_**

**Enfermedades que padece: Negadas<sup>3</sup>**

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**Madre: Vivo Si: x No\_\_\_**

**Enfermedades que padece: Negadas**

**Hermanos: ¿Cuántos? \_1\_ Vivos \_\_1\_\_**

**Enfermedades que padecen? Negados**

**Antecedentes Gineco-obstétricos:**

**Menarquia: inicio a los 11 años Ritmo: Regular**

**F.U.M. \_\_\_\_\_**

**G**\_\_\_\_ **P**\_\_\_\_ **A**\_\_\_\_ **C**\_\_\_\_ **I.V.S.A**

**Uso de Métodos Anticonceptivos:** **Si** \_\_X\_\_ **No**

**¿Cuál (es)? ¿Y Tiempo de Uso? Inyecciones anticonceptivas, 6 meses de su uso**

**Padecimiento actual: cuadro de 3 días de evolución de Infección en vías urinarias, causada por una bacteria (E. Coli)**

**Interrogatorio por aparatos y sistemas**

**Aparato digestivo: No hay datos de trastornos de la deglución ni de la digestión, ni defecación, presencia de nauseas y vomito,**

**dolo abdominal, sin diarrea, sin constipación, no hay datos de ictericia, sin regurgitación, no pirosis, presencia de eructos, no meteorismos, no flatulencias.**

**Aparato cardiovascular: Sin enfermedad aparente, niega disnea, niega dolor precordial, niega palpitaciones, niega sincope, sin lipotimia, sin presencia de cianosis.**

**El paciente presento nauseas antes de su ingreso (24 horas antes)**

**No presenta disfagia, 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 4**

### **UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**Aparato Respiratorio: Sin**

**presencia**

**de**

**rinorrea,**

**sin**

**presencia de tos, sin disnea, no**

**hay dolor torácico, sin disfonía, sin**

**sibilancias audibles a distancia.**

**El paciente ingreso con FR: 26 rpm, consiente, orientado, con respiración irregular.**

**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.**

**El familiar del paciente menciona que presenta anormalidades 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 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 hipotensión severa.**

**.**

**Paciente no refiere.**

**polifagia**

**y**

**polidipsia**

**, pérdida**

**de peso  
aparente**

·

**Aparato Hematológico: datos  
clínicos de anemia (palidez,  
astenia, adinamia y otros),  
hemorragias, adenopatías,  
esplenomegalia.**

**Aparato Genital: Preguntados y  
negados**

**El paciente presenta los siguientes datos paraclínicos Hb de 29.2%,  
Leucocitos 7,800; 93% segmentados, plaquetas  
260,000, Cocaína, anfetaminas, cannabinoides, barbitúricos,**

**morfínicos negativos**

**Glucemia 200 mg, Creatinina 0.7 mg, BUN 17, TGO 78, TGP 10,  
Colesterol total 191, bilirrubina total 2.2, Proteínas totales 11.9 g,  
albúmina 3.1, FA 163 U, Ca 11,.9 Mg 2 mg, Na 136 mEq/L, K 3.1  
mEq/L, Cl 104 mEq/L.**

**Sistema Endócrino: Refiere re**

**Presenta pérdida de peso. 5**

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**Sistema Osteomuscular:**

**Preguntados y negados.**

**El paciente no refiere.**

**Sistema Nervioso: cefalea,  
síncope, convulsiones, déficit**

**transitorio, vértigo, confusión y  
obnubilación, vigilia/sueño,  
parálisis, marcha y equilibrio,  
sensibilidad.**

**El paciente 24 horas antes de su ingreso cursa con nuevo evento de cefalea súbita muy intensa, acompañada de náuseas y vomito.**

**Sistema Sensorial: visión,  
agudeza, borrosa, diplopía,  
fosfenos, dolor ocular, fotofobia,**

**El paciente 24 horas antes de su ingreso cursa con nuevo evento de cefalea súbita muy intensa (10/10) acompañada de mareos, náuseas y vomito.**

**2 horas antes acudir a Urgencias presentó escotoma durante 20**

**minutos lo que indica que hay pérdida en el área del campo visual.  
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,  
Psicosomático: personalidad,  
ansiedad, depresión, afectividad,  
emotividad, amnesia, voluntad,  
pensamiento, atención, ideación  
suicida, delirios.**

**La madre de la paciente señala que vive en constante tensión ya que  
al estar en la escuela vive bajo mucho estrés.**

**1.- FC: 70 lpm**

**2.- TA: 110/80 mmHg**

**3.- FR: 26 rpm**

**4.- Temperatura: 36.6°**

**Exploración física:**

**5.- Peso actual: 56 kg**

**6.- Peso anterior: 59 kg**

**7.- Peso ideal: 48 kg**

**Exploración por Regiones: HISTORIA CLINICA GENERAL**

**Ficha de identificación.**

**Nombre: Lorca Hernández Gina Mariana.**

**Domicilio actual: Colonia Revolución, calle Francisco Villa #107.**

**Fecha de nacimiento: 29/Julio/2004**

**Edad: 18 años**

**Ocupación: Estudiante**

**Motivo de consulta: Joven de 18 años viene a consulta por fuerte**

**ardor/ molestia al miccionar.**

**Antecedentes Personales Patológicos:**

**Cardiovasculares: NO Pulmonares: NO Digestivos: NO**

**Diabetes: NO Renales: NO Quirúrgicos: NO Alérgicos: NO**

**Transfusiones: NO**

**Medicamentos: Nitrofurantoina, Ampicilina, Penicilina**

**Desde cuando lo Padece, Especifique: Ampicilina y Penicilina:**

**mayo del 2008, Nitrofurantoina: Enero del 2022**

**Antecedentes Personales No Patológicos:**

**Alcohol: Negado**

**Tabaquismo: Negado**

**Drogas: Negado**

**Inmunizaciones:**

**Otros: La paciente presenta mala alimentación, consumo excesivo de azucares.**

**Antecedentes Familiares:**

**Padre: Vivo Si: x No\_\_\_**

**Enfermedades que padece: Negadas<sup>3</sup>**

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**Madre: Vivo Si: x No\_\_\_**

**Enfermedades que padece: Negadas**

**Hermanos: ¿Cuántos? \_1\_ Vivos \_\_1\_\_**

**Enfermedades que padecen? Negados**

**Antecedentes Gineco-obstétricos:**

**Menarquia: inicio a los 11 años Ritmo: Regular**

**F.U.M. \_\_\_\_\_**



**G**\_\_\_\_

**P**\_\_\_\_

**A**\_\_\_\_

**C**\_\_\_\_

**I.V.S.A**

**Uso de Métodos Anticonceptivos:**

**Si**  **X**

**No**

**¿Cuál (es)? ¿Y Tiempo de Uso? Inyecciones anticonceptivas, 6 meses de su uso**

**Padecimiento actual: cuadro de 3 días de evolución de Infección en vías urinarias, causada por una bacteria (E. Coli)**

**Interrogatorio por aparatos y sistemas**

**Aparato digestivo: No hay datos de trastornos de la deglución ni de la digestión, ni defecación, presencia de nauseas y vomito,**

**dolo abdominal, sin diarrea, sin constipación, no hay datos de ictericia, sin regurgitación, no pirosis, presencia de eructos, no meteorismos, no flatulencias.**

**Aparato cardiovascular: Sin enfermedad aparente, niega disnea, niega dolor precordial, niega palpitaciones, niega sincope, sin lipotimia, sin presencia de cianosis.**

**El paciente presento nauseas antes de su ingreso (24 horas antes)**

**No presenta disfagia, 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 4**

### **UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**Aparato Respiratorio: Sin**

**presencia**

**de**

**rinorrea,**

**sin**

**presencia de tos, sin disnea, no**

**hay dolor torácico, sin disfonía, sin**

**sibilancias audibles a distancia.**

**El paciente ingreso con FR: 26 rpm, consiente, orientado, con respiración irregular.**

**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.**

**El familiar del paciente menciona que presenta anormalidades 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 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 hipotensión severa.**

**.**

**Paciente no refiere.**

**polifagia**

**y**

**polidipsia**

**, pérdida**

**de peso  
aparente**

·

**Aparato Hematológico: datos  
clínicos de anemia (palidez,  
astenia, adinamia y otros),  
hemorragias, adenopatías,  
esplenomegalia.**

**Aparato Genital: Preguntados y  
negados**

**El paciente presenta los siguientes datos paraclínicos Hb de 29.2%,  
Leucocitos 7,800; 93% segmentados, plaquetas  
260,000, Cocaína, anfetaminas, cannabinoides, barbitúricos,**

**morfínicos negativos**

**Glucemia 200 mg, Creatinina 0.7 mg, BUN 17, TGO 78, TGP 10,  
Colesterol total 191, bilirrubina total 2.2, Proteínas totales 11.9 g,  
albúmina 3.1, FA 163 U, Ca 11,.9 Mg 2 mg, Na 136 mEq/L, K 3.1  
mEq/L, Cl 104 mEq/L.**

**Sistema Endócrino: Refiere re**

**Presenta pérdida de peso. 5**

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**Sistema Osteomuscular:**

**Preguntados y negados.**

**El paciente no refiere.**

**Sistema Nervioso: cefalea,  
síncope, convulsiones, déficit**

**transitorio, vértigo, confusión y  
obnubilación, vigilia/sueño,  
parálisis, marcha y equilibrio,  
sensibilidad.**

**El paciente 24 horas antes de su ingreso cursa con nuevo evento  
de cefalea súbita muy intensa, acompañada de náuseas y vomito.**

**Sistema Sensorial: visión,  
agudeza, borrosa, diplopía,  
fosfenos, dolor ocular, fotofobia,**

**El paciente 24 horas antes de su ingreso cursa con nuevo evento de  
cefalea súbita muy intensa (10/10) acompañada de mareos, náuseas  
y vomito.**

**2 horas antes acudir a Urgencias presentó escotoma durante 20**



**minutos lo que indica que hay pérdida en el área del campo visual.  
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,  
Psicosomático: personalidad,  
ansiedad, depresión, afectividad,  
emotividad, amnesia, voluntad,  
pensamiento, atención, ideación  
suicida, delirios.**

**La madre de la paciente señala que vive en constante tensión ya que  
al estar en la escuela vive bajo mucho estrés.**

**1.- FC: 70 lpm**

**2.- TA: 110/80 mmHg**

**3.- FR: 26 rpm**

**4.- Temperatura: 36.6°**

**Exploración física:**

**5.- Peso actual: 56 kg**

**6.- Peso anterior: 59 kg**

**7.- Peso ideal: 48 kg**

**Exploración por Regiones: PDE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN	
Facultativo en cirugía general y digestiva, se solicita una radiografía abdominal	-Riesgo de déficit de volumen de líquidos R/C pérdidas excesivas a través de vías	CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)	
		DOMIO:	CLASE:
		CRITERIO DE RESULTADO:	

<p>y tras ésta, una TAC abdominal para confirmar el diagnóstico de obstrucción intestinal por adherencia intestinal.</p>	<p>normales (vómito) y vías anormales (sondaje nasogástrico)</p>	<p><b>INDICADOR:</b> 1605 control del dolor.  2101 nivel del dolor.  1400 manejo del dolor.</p>	<p><b>PUNTUACIÓN INICIAL*:</b> Moderadamente comprometido.  Sustancialmente comprometido.  Moderadamente comprometido.</p>	<p><b>PUNTUACIÓN DIANA*:</b> Mantener a 3  Aumentar a 5</p>
<p><b>INTERVENCIONES (NIC)/GPC*</b></p>	<p><b>FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES</b></p>	<p><b>EVALUACIÓN</b></p>		
		<p><b>CRITERIO DE RESULTADO:</b></p>		
		<p><b>INDICADOR:</b></p>	<p><b>PUNTUACIÓN FINAL:</b></p>	

<p><b>Facilitar una correcta eliminación urinaria. Mantener la piel, mucosas y fanera.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li><b>-Ayuda para la eliminación creando un ámbito íntimo.</b></li><li><b>-Alcanzar y colocar el material que sea necesario.</b></li><li><b>-Dejar a la paciente sola y esperar que avise que ha terminado.</b></li><li><b>-Cuando llame retirarle la cuña.</b></li><li><b>-Asearle correctamente.</b></li><li><b>-Secar minuciosamente, con pequeños toques.</b></li><li><b>-Asegurarse de que este seco.</b></li><li><b>-Registrar lo acontecido.</b></li></ul>	<p><b>Facilitar una correcta eliminación urinaria. Mantener la piel, mucosas y fanera.</b></p>	<p><b>Aumentar a 5</b></p>
--	--	--	----------------------------