



# Mi Universidad

*Nombre del Alumno:* Gina Mariana Lorca Hernandez

*Nombre del tema:* Historial clínico

*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

**FECHA:** 23/03/2023

**NOMBRE:** HERNANDEZ LÓPEZ MIGUEL DEL VALLE **GENERO:**  
MASCULINO.

**FECHA DE NACIMIENTO:** 12/NOVIEMBRE/1960

**EDAD:** 69 AÑOS

**ECOLARIDAD:** PREPARATORIA TERMINADA

**OCUPACION:** CHOFER DE TAXI

**INGRESO ECONOMICO:** NO REFIERE

**PESO:** 98 KG

**TALLA:** 1.70 MTRS

**IMC:** 33.91

**TEM:** 37.4°C.

**T/A:** 130/80 mmHg

**F.R:** 18 rpm

**F.C:** 69 lpm

**ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:** Alérgicos negados, Transfusionales negados, Quirúrgicos: Apendicitis hace 3 años, Traumáticos negados, Alimentarios 3 veces al día, Tabaco no, Alcohol no, Drogas no, Ejercicio: sedentario, Sueño: 8 horas.

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:** Vacunas se desconoce en la infancia, Enfermedades de infancia negados, Enfermedades en adolescencia negados, Aduldez: Apendicitis hace 3 años, Resolución quirúrgica, Niega crónicos degenerativos (DM2, Hipertensión)

**ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:** Padre diabético, Madre con enfermedad cardiaca, desconoce el diagnostico especifico, Hermano mayor con Diabetes Mellitus 2, resto de familiares sin patologías de importancia.

**PADECIMIENTO ACTUAL:** Paciente es traído a consulta por presentar un cuadro característico con malestar general de inicio súbito, Cefalea pulsátil

moderada no medicado, debilidad muscular moderada de 4 días de evolución. Esto acompañado de náuseas las cuales inducían al vómito, 3 episodios por día de contenido alimentario de color amarillo, estos ocurrían después de comer, estos comenzaron 2 días después del malestar, además se refiere visión borrosa y adormecimiento de los miembros inferiores, deshidratación moderada grado II y febril al tacto, además refiere Poliuria, Polidipsia y Polifagia que persiste todo el día.

## INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

- a) **CARDIOVASCULAR:** sin enfermedad aparente, niega disnea, niega dolor precordial, niega palpitaciones, niega síncope, sin lipotimia, sin presencia de cianosis, no presenta acúfenos, sin presencia de fosfenos.
- b) **RESPIRATORIO:** sin presencia de rinorrea, sin presencia de tos, sin expectoración, sin disnea, no hay dolor torácico, sin epistaxis, ni disfonía, no hemoptisis, sibilancias audibles a distancia.
- c) **GASTROINTESTINAL:** no hay datos de trastornos de la deglución, ni de la digestión, de la defecación, presencia de náuseas, presencia de vómito, no dolor abdominal, si diarrea, sin constipación, no datos de ictericia, sin regurgitación, no pirosis, con presencia de eructos, no meteorismos, no distensión abdominal, sin hematemesis, características de las heces normales.
- d) **GENITOURINARIO:** niega dolor renoureteral, niega hematuria, refiere poliuria, coluria, niega oliguria, niega tenesmo, control de esfínteres adecuados, no presenta cólico renal, no edema, sin trastornos en el volumen urinario, con presencia de tenesmo ocasional.
- e) **HEMATICO Y LINFATICO:** palidez leve, sin rubicundez, niega adenomegalias, niega hemorragias, sin presencia de fiebre, fatigabilidad leve, sin presencia de equimosis ni petequias.
- f) **ENDOCRINO:** refiere polifagia y polidipsia, niega pérdida o incremento de peso, niega alteraciones del color de la piel, vello corporal normal, distribución de la grasa corporal normal, niega astenia o adinamia, niega espasmos o calambres musculares.
- g) **NERVIOSO:** cefalalgia, no hay pérdida del conocimiento, presencia de mareos y vértigo, niega movimientos anormales involuntarios, refiere debilidad muscular, no convulsiones, trastornos de la visión presentes por visión borrosa, dolor, hormigueo y adormecimiento en extremidades.

- h) **MUSCULOESQUELETICO:** refiere mialgias, niega dolor óseo, artralgias, niega alteraciones en la marcha, niega hipotonía, leve disminución del volumen muscular, no limitación de movimientos y deformidades.
- i) **PIEL, MUCOSAS Y ANEXOS:** buena coloración de tegumentos, buena pigmentación, no prurito, características del pelo normales, uñas con presencia de onicomicosis, sin presencia de hiperhidrosis.

## **EXPLORACION FISICA**

- a) **CABEZA:** cráneo normocéfalo, no presenta tumoraciones, cabello negro, no alopecia. Ojos: pupilas isocóricas, normo reactivas a la luz. Nariz: no presenta congestión ni presencia de secreción. Boca: piezas dentales completas, lengua normoglosica, mucosas orales secas. Oídos: simétricos sin alteraciones.
- b) **CUELLO:** sin adenomegalias ni signos de ingurgitación yugular.
- c) **TORAX:** simétrico con expansión normal, no presenta tiraje intercostal.
- d) **ABDOMEN:** blando depresible, no doloroso a la palpación, sin signos peritoneales ni visceromegalia.
- e) **GENITALES:** no refiere extremidades superiores, disminución de la turgencia de la piel, persistencia del pliegue cutáneo.
- f) **EXTREMIDADES INFERIORES:** adormecimiento y movilidad lenta.

**RESULTADOS PREVIOS Y ACTUALES DE LABORATORIO, GABINETE Y OTROS:** EGO: color: amarillo, olor dulce, aspecto turbio, PH:5, glucosuria ++++, leucos: 4-5 x campo, hemoglobina glucosilada: 7.3%, glucosa al azar: 220, TRG: 230.

### **INDICACION TERAPEUTICA:**

Repetir hemoglobina glucosilada

Solución salina al 0.9%

Insulina NPH: aplicar 19 UI en la mañana y 8 UI en la tarde, vía subcutánea

Acetaminofén: tomar 1 tableta de 500 mg y 1 cada 8 horas por 3 días.

**DIAGNOSTICO O PROBLEMAS CLINICOS:** Diabetes mellitus tipo II