



# HISTORIA CLÍNICA

Desarrollo de historia clínica bien estructurada  
conforme al orden propuesto en el libro de  
propedéutica médica de Barbara Bates.

Gilda Torrano Díaz  
Tercera Unidad 2024

# HISTORIA CLÍNICA

Fecha de valoración: 02/11/2024

Hora de valoración: 16: 45

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: Gloria Díaz Montejo	Fecha de nacimiento: 20/03/1975	Edad: 49 años	
Sexo: femenino	Género: heterosexual	Estado civil: casada	Ocupación: ama de casa
Entidad de nacimiento: Huimanguillo, Tabasco	Lugar de residencia: Tuxtla Gutiérrez, Chiapas		
Escolaridad: primaria	Religión: no profesa	Escolaridad: primaria	

## MOTIVO(S) DE LA CONSULTA

Acude paciente femenino de la 5ta década de la vida, refiriendo, dolor intenso en la "frente", sensación de "falta de aire", así como también que el "corazón late mas rápido de lo normal" previo a un altercado familiar.

## PADECIMIENTO ACTUAL

Femenino de la 5ta década con cefalea 3/10 en escala de EVA, se le checa oximetría de pulso, saturando al 98%, frecuencia cardiaca de 80 Lpm, se ausculta focos cardiacos, con ruidos rítmicos sin agregados.

## ANTECEDENTES PERSONALES

### NO PATOLÓGICOS

Tabaquismo: no refiere	¿Cuántos? 0 x día	Años de Consumo ó Exposición: 0 años
Alcoholismo: no refiere	0 mLs x semana	Años de consumo: 0 años
Farmacodependencia: no refiere	Años de consumo: 0 años	
Alergias: no refiere	Tipo Sanguíneo: O	Rh: +

### GINECOOBSTÉTRICOS

Menarca: 13 años	Ciclos regulares: niega	Ritmo: 4 x diverso (Inicio de menopausia)				
FUM: 08/10/2024	Polimenorrea: refiere	Hipermenorrea: no refiere	Dismenorrea: no refiere			
Incapacitante: no refiere	IVSA: 18 años	NO. parejas sexuales: 1	G: 1	P: 0	A: 0	C: 1
ITS: niega	Método de planificación actual: no refiere	Menopausia: 48 años				
Fecha de la ultima citología (PAP): 20/04/24	Resultado: normal					

# HISTORIA CLÍNICA

Fecha de valoración: 02/11/2024

Hora de valoración: 16: 45

## PATOLÓGICOS

Enfermedades de la Infancia: sarampión, rubéola, varicela, y poliomielitis.

Hospitalizaciones previas: niega

Antecedentes quirúrgicos: cesárea realizada el 29 de diciembre del 2006. Procedimiento no programado, llevado a cabo debido a falta de descenso fetal. El paciente se recuperó sin complicaciones postoperatorias significativas.

Transfusiones previas: niega

Fracturas: niega

Traumatismos: niega

Otra enfermedad: niega

Enfermedades psiquiátricas: niega

Inmunización: refiere tener todas sus vacunas

## ANTECEDENTES FAMILIARES

Padre finado a los 88 años de edad por cáncer pancreático, que presentó diabetes por edad avanzada e hipertensión.

Madre viva de 72 años de edad que padece diabetes por edad avanzada e hipertensión detectados hace 1 año.

Tiene 6 hermanos un hermano de 54 de edad padece de diabetes mellitus tipo 2, los restantes son aparentemente sanos.

La hija, de 18 años de edad, presenta migrañas, pero desde otros puntos de vista se encuentra bien.

Sin antecedentes familiares de tuberculosis, enfermedades cardíacas o renales, anemia, epilepsia o enfermedad mental.

## ANTECEDENTES PERSONALES Y SOCIALES

Nacida en Huimanguillo, Tabasco, criada en Reforma, Chiapas donde concluyó la primaria, vivió en concubinato desde los 18 años. Trabajó como encargada de ventas durante 2 años de un bazar, pero al embarazarse lo dejó para "ser madre de tiempo completo". Tiene una hija de 18 años de edad, que vive en su casa y estudia la universidad. No acude a la iglesia o tiene respaldo institucional adicional alguno.

Por lo general se despierta a las 5:00 a.m., para llevar acabo los quehaceres de la casa sola.

Ejercicio y alimentación: Hace poco ejercicio, dieta rica en hidratos de carbono.

Medidas de seguridad: Utiliza el cinturón de seguridad con regularidad, usa protector solar.

Los medicamentos se mantienen en un gabinete sin cerradura. Las soluciones de limpieza se encuentran en un gabinete sin cerradura bajo el lavabo.

# HISTORIA CLÍNICA

Fecha de valoración: 02/11/2024

Hora de valoración: 16: 45

## REVISIÓN DE APARATOS Y SISTEMAS

**General:** refiere cansancio, hace aproximadamente 7 días e insomnio de conciliación, hace 4 días aproximadamente. Niega debilidad generalizada, astenia, adinamia, fiebre, pérdida de peso y apetito.

**Piel y faneras:** niega palidez mucocutánea, lesiones primarias o secundarias en la piel, como exantemas, equimosis, pápula, escamas. No refiere prurito, triquiasis, distiquiasis, madarosis, onicolisis, onicofagia, onicorrexia, coiloniquia, onicomiosis.

**Cabeza:** sin antecedentes de lesiones cefálicas.

**Ojos:** utiliza anteojos para leer desde hace 6 años, su última revisión fue hace 6 meses. Sin síntomas.

**Oídos:** buena audición, niega zumbidos, vértigo o infecciones.

**Nariz, senos paranasales:** en ocasiones resfriado común, no sufre fiebre del heno o problemas con los senos paranasales.

**Faringe (o boca y garganta):** niega xerostomía, tialismo, macroglosia, microglosia, glosodinia, lengua saburral, aftas, caries, queilitis, gingivodinia, gingivorragia, halitosis, odinofagia, disfagia.

**Cuello:** sin tumoraciones, bocio o dolor, niega ganglios hinchados.

**Mamas:** sin tumoraciones, dolor ni secreción. Refiere que lleva acabo la autoexploración mamaria de forma esporádica.

**Respiratorio:** Niega tos, disnea inspiratoria y espiratoria, bradipnea, taquipnea, polipnea, expectoración, hemoptisis, estertores audibles, tirajes, disfonía, afonía.

**Cardiovascular:** niega cardiopatía o presión arterial alta; la última vez que le tomaron la presión arterial fue el 20 de octubre de 2024. No presenta disnea, ortopnea, dolor de tórax ni palpitaciones.

**Digestivo:** refiere buen apetito; sin náuseas, vómitos o indigestión, evacuación intestinal 3 vez al día; niega diarrea o hemorragia, dolor e ictericia.

**Urinario:** sin polaquiuria, disuria, hematuria o dolor de flanco recientes; refiere nicturia de al menos 5 veces por noche y de gran volumen.

**Genital:** niega infecciones vaginales o pélvicas y dispareunia.

**Vascular periférico:** niega aparecieron venas varicosas en ambas piernas, así como flebitis o dolor de piernas.

**Musculoesquelético:** no presenta problemas en la marcha, niega mialgias, artralgias, crujido articular, distonía, hipertonía muscular, nodulaciones o masas óseas y / o musculares, diástasis, lumbago.

**Psiquiátrico:** niega antecedentes de depresión o tratamiento de trastornos psiquiátricos.

**Neurológico:** niega desmayos, convulsiones, pérdida motora o sensorial.

**Hematológico:** niega pérdida sanguínea con facilidad y anemia.

**Endocrino:** niega trastornos tiroideos o de intolerancia al calor o frío. No hay síntomas o antecedentes de diabetes.

# HISTORIA CLÍNICA

Fecha de valoración: 02/11/2024

Hora de valoración: 16: 45

## EXAMEN FISICO

TA: 115/80 mmHg

FC/Pulso: 80 Lpm.

FR: 18 Rpm

T: 36. 4 C°

Talla: 1.48 Mts.

Peso: 67 Kg

**Habitus Exterior:** paciente en buen estado general, consciente, alerta, orientado en sus tres esferas, cuya edad aparente concuerda con la edad cronológica; sin alteraciones en el estado muscular nutricional y esquelético, con lenguaje coherente y fluido, fascie compuesta, ropa limpia y fresca, sin emisión de olores desagradables.

**Piel:** a la inspección, piel color bronceado, hidratada, se nota líneas de acentuación facial, tiene una turgencia elástica y rápidamente vuelve a su forma original, cuando se presiona entre pulgar y el índice; no presenta cambios de coloración en la piel, pigmentación, dolor, prurito, alteraciones y lesiones en la uña. Presenta una cicatriz vertical en la región hipogástrica, de aproximadamente 4 cm de longitud, bien delimitada y de bordes regulares, correspondiente a una cesárea realizada el 29 de diciembre del 2006. La cicatriz presenta un color pálido, sin signos de inflamación, eritema ni exudado, no hay dolor ni sensibilidad en la cicatriz, los bordes son consistentes y no se palpan irregularidades, sin signos de hernia incisional. Cabello con buena implantación, bien distribuido, de textura y grosor normal, sin alopecia ni signos de fragilidad.

**Cabeza:** a la inspección se observa normocefálica, simétrica, sin lesiones en piel y cuero cabelludo, cabello abundante, sin signos de alopecia. A la palpación de la cabeza, se confirma la inexistencia de lesiones, no se palpan nodulaciones, ni hundimientos craneanos.

### **Cara:**

Región orbitaria: Cejas pobladas negras; párpados no edematosos; pestañas negras largas; glándulas y conductos lagrimales permeables; globos oculares simétricos; conjuntivas rosadas, húmedas; escleras; cornea transparente; iris de color negro.

Nariz: Permeable; tabique nasal central; mucosa de aspecto normal; ausencia de heridas y de hemorragias; no presencia de aleteo nasal ni de cornetes hipertrofiados.

Oídos: Pabellones auriculares de normal implantación, de tamaño promedio, sin deformidades, conducto auditivo externo limpio y permeable. Membranas timpánicas normales.

Boca: Labios pequeños, poco hidratados simétricos, sin lesiones. Arcada dental superior e inferior con piezas cariadas e incompletas. Mucosa oral rosada, húmeda y sin lesiones. Úvula en posición central.

**Cuello:** a la inspección cuello simétrico, forma cilíndrica, móvil, sin masas ni adenopatías, mucosas húmedas hidratadas, escleras anictéricas. A la palpación del cuello, no se perciben nódulos, ni lesiones, no se aprecian cadenas ganglionares.

**Tórax:** a la inspección, tórax simétrico, sin abombamiento depresiones, visualización de puntos de referencia como clavículas, costillas, esternón, ángulo de Lewis, mamelones. ruidos cardiacos rítmicos bien timbrados sin soplos, ruidos respiratorios murmullo vesicular conservado sin agregados. Vibraciones vocales normales, sin presencia de egofonía, pectoriloquia ni pectoriloquia áfona.

# HISTORIA CLÍNICA

Fecha de valoración: 02/11/2024

Hora de valoración: 16: 45

## EXAMEN FISICO

TA: 115/80 mmHg

FC/Pulso: 80 Lpm.

FR: 18 Rpm

T: 36. 4 C°

Talla: 1.48 Mts.

Peso: 67 Kg

**Abdomen:** a la inspección, se observa abdomen simétrico, globoso por panículo adiposo, blando depresible no doloroso, no masas ni megalias. Presenta una cicatriz vertical en la región hipogástrica, de aproximadamente 4 cm de longitud, bien delimitada y de bordes regulares, correspondiente a una cesárea realizada el 29 de diciembre del 2006, la cicatriz presenta un color pálido, sin signos de inflamación, eritema ni exudado, no hay dolor ni sensibilidad en la cicatriz, los bordes son consistentes y no se palpan irregularidades, sin signos de hernia incisional. A la auscultación se obtienen ruidos intestinales positivos.

**Genitales:** externos normoconfigurados.

**Extremidades:** a inspección, se observan extremidades superiores e inferiores simétricas, sin deformidades, edema ni cambios en la coloración de la piel. No se observan lesiones, cicatrices ni erupciones. Sin dolor a la palpación; no se detectan masas, aumento de temperatura local ni crepitación. Arcos de movimiento completos y simétricos en todas las articulaciones, tanto en movimientos activos como pasivos. Fuerza 5/5 en extremidades superiores e inferiores, indicando fuerza normal. Pulsos periféricos (radiales, cubitales, femorales, poplíteos, tibiales posteriores y pedios) presentes, simétricos y con adecuada intensidad. Preservada en todas las extremidades. Sin parestesias ni déficit sensitivo aparente. Tono y masa muscular adecuados, sin signos de atrofia o hipertrofia. Reflejos osteotendinosos presentes y normales (2+/4) en todas las extremidades. Marcha normal, sin ataxia. Capacidad de caminar en punta y talón sin dificultad.

**Sistema Nervioso:** de acuerdo a la evaluación basada en la escala de Glasgow, se tiene un paciente consciente con una puntuación 15/15, sin déficit ni focalización aparente; el paciente se encuentra alerta y orientado en tiempo, espacio y persona, presenta buena memoria, tanto remota como reciente; ante diversas situaciones el paciente reacciona de manera lógica y adecuada, se presenta en estado lucido sin presentar ilusiones, alucinaciones o delusiones.

Función de los 12 pares craneales dentro de la normalidad:

- I (Olfatorio): Identificación correcta de olores.
- II (Óptico): Agudeza visual y campos visuales normales; fondo de ojo sin alteraciones.
- III, IV y VI (Oculomotor, Troclear, Abducens): Movimientos oculares completos y simétricos; reflejo pupilar presente y normorreactivo a la luz.
- V (Trigémino): Fuerza masticatoria y sensibilidad facial preservadas.
- VII (Facial): Simetría facial, movimientos y fuerza normales.
- VIII (Vestibulococlear): Audición bilateral intacta, prueba de Rinne y Weber dentro de la normalidad.
- IX y X (Glossofaríngeo y Vago): Reflejo nauseoso presente, deglución normal.
- XI (Accesorio): Fuerza adecuada en músculos trapecio y esternocleidomastoideo.
- XII (Hipogloso): Movimientos linguales normales, sin desviaciones.

# HISTORIA CLÍNICA

Fecha de valoración: 02/11/2024

Hora de valoración: 16: 45

## EVALUACIÓN Y PLAN

### Cefalea tensional :

- **Evaluación** : Se sospecha que la cefalea se debe a un componente de estrés emocional y tensión muscular, dado el contexto de altercado familiar reciente.
- **Plan** : Indicar manejo con técnicas de relajación y ejercicios de respiración profunda. En caso de persistencia, considere el uso de AINEs como ibuprofeno 400 mg cada 8 horas por no más de 5 días. Si la cefalea empeora, referir a neurología para estudio más detallado.

### Sensación de palpitaciones y taquicardia :

- **Evaluación** : Posible episodio de ansiedad asociado a estrés. No se documentaron arritmias durante la evaluación (FC regular).
- **Plan** : Recomendar descanso y técnicas de manejo del estrés. Realice un electrocardiograma si las palpitaciones se repiten o se vuelven más intensas.

### Insomnio de conciliación :

- **Evaluación** : Relacionado con estrés emocional reciente y alteraciones en el sueño.
- **Plan** : Sugerir higiene del sueño (mantener horarios regulares, evitar pantallas antes de dormir, ambiente propicio). Si el problema persiste más de 2 semanas, considere la intervención con melatonina 3 mg antes de dormir.

## OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS FINALES

- Se programara una revisión en 2 semanas para evaluar la respuesta al manejo propuesto.

Condición: buena para la vida

Pronosticó: reservado

# BIBLIOGRAFÍA

Bickley, Lynn S., autor. **Bates guía de exploración física e historia clínica** / Lynn S. Bickley, Peter G. Szilagyi ; editor, Richard M. Hoffman. -- Décimosegunda edición. -- Barcelona, España : Wolters Kluwer, 2017. xxviii, 1033 páginas