

## **HISTORIA CLINICA**

### **I.-ECTOSCOPIA.-**

- ◆ Edad Aparente: 50 años
- ◆ Estado de Gravedad : Regular

### **II.- ANAMNESIS:**

#### **1.- FILIACIÓN:**

- Nombre : Adelina Cahuapaza Quispe
- Edad : 44 años
- Sexo : Femenino
- Raza : Mestiza
- Idioma : Castellano y Aymará
- Religión : Adventista
- Estado Civil : Conviviente
- Lugar y Fecha de Nacimiento : San Juan del Oro 23/09/57
- Residencia Anterior : Juliaca
- Residencia Actual : San Juan del Oro
- Ocupación Anterior : Estudiante
- Ocupación Actual : su casa
- Fuente : Directa ( confiable )
- Persona Responsable : Juan Cajchay Mamani ( conviviente )
- Fecha de Ingreso al Hospital : 07/10/01
- Fecha de Elaboración de la Historia : 22/11/01
- Historia Elaborada por:

- ◆ Espezua Loza Henry Cesar

#### **2.- ENFERMEDAD ACTUAL.-**

##### **Síntomas y Signos Principales :**

- ◆ Cefalea
- ◆ Escalofríos
- ◆ Hipotonía Muscular

**Tiempo de Enfermedad : 45 días**

**Forma de Inicio : Brusco de Curso Progresivo**

##### **Relato Cronológico :**

**Paciente refiere que el día 1 de octubre en horas de la mañana sufre un malestar general que aumenta por la tarde con hiperforesia general ; al día siguiente viaja a Juliaca deteniéndose en horas de la tarde en Sandia donde se automedica con**

**Ibuprofeno el cual disminuye el malestar general mas no la Hiperforesia .**

**Luego de 2 días el cuadro se exagera con una cefalea intensa olocraeana constante que se exagera con los movimientos , escalofríos y una hipotonía muscular de miembro superior e inferior la cual impide la de ambulación , motivo por el cual es traído al HRMNB .**

**FUNCIONES BIOLÓGICA :**

**Apetito : Aumentado Orina : 3 veces al día**

**Sed : Normal Deposiciones : 2 veces al día**

**Sueño : Disminuido**

**3.- ANTECEDENTES PERSONALES.-**

**• Antecedentes Fisiológicos :**

**♦ Antecedentes Prenatales .- no refiere**

**♦ Antecedentes Postnatales .-**

**Edad Gestacional : a termino**

**Parto : no refiere**

**Peso y tala : no refiere**

**Lactancia : No refiere**

**♦ Desarrollo Psicomotriz .- Edad de primeros pasos , dentición , crecimiento y desarrollo y control de esfínteres no refiere**

**♦ Antecedentes Obstétricos .-**

**Menarquia : 14 años**

**Régimen Catamenial : regular cada 28 días por 3 días**

**Fecha de Ultima Regla : No recuerda**

**Vida Sexual : No activa**

**Fecha de Ultimo Parto : Hace 7 Años**

**Formula Obstétrica :**

**G:4 P: 4 A: 0 HV: 4 HM: 0**

**Uso de anticonceptivos : inyectables no especifica el nombre .**

**• Antecedentes Patológicos :**

**Niega Enfermedades y deformaciones congénitas de niña**

**A la edad de 3 años resento un accidente en su hogar causándole un traumatismo en el cráneo.**

**Hospitalizaciones Anteriores : Hace 17 años fue internada en el HRMNB por presentar una Tuberculosis Pulmonar recibiendo el tratamiento adecuado lo cual se suspendió a los 8 meses por mostrar mejoría.**

**Transfusiones : niega**

**Inmunizaciones : niega**

**Alimentación : a base de carbohidratos , no consume carne por costumbres religiosas**

**Hábitos nocivos : no alcohol , no tabaco, no café , no coca , te en ocasiones**

**Alergias : niega.**

**• Antecedentes Familiares :**

**Padres murieron por accidente automovilístico no presentaban enfermedades hereditarias.**

**Tenia 9 hermanos 4 varones y 4 mujeres muertos 2 mujeres en el parto y 1 varón por accidente automovilístico los demás aparentemente sanos.**

**• Antecedentes Socioeconómicos :**

**Vivienda ; Alquilada una habitación de material noble compartid con 4 personas**

**Presenta todos los servicios.**

**Niega la crianza de animales.**

**Situación económica : Regular no estable.**

**Sustento del hogar : ella y su conviviente con un ingreso aprox. de 1500 soles.**

**Paciente refiere que en los últimos meses presenta constantes problemas con su cónyuge.**

**III .- EXAMEN FISICO .-**

## 1.- EXAMEN GENERAL :

### • Funciones Vitales :

- Temperatura : 36.8 C
- Pulso : 78 por minuto
- P.A. : 80/60
- F.R.: 20 por minuto
- Estado General: Regular
- Estado Nutricional : Regular
- Estado de Hidratación : Regular
- Actitud y posición : de cubito dorsal activo
- Conciencia : Lucida
- Orientado en E. T. y P.
- Tipo de Constitución : Normolinea
- Peso : 40Kg Talla : 1:44 metros

### j) Piel y faneras :

Piel : de color trigueña , tibia, elastica y humedad ligeramente disminuida.

Uñas : de color blancas de buena consistencia no se aprecia llenado capilar.

## 2.- EXAMEN REGIONAL:

- CABEZA : Normocefalo , Mesaticefalo , sin eminencias , ni depresiones , no puntos dolorosos a la palpación , cabello negro en regular cantidad de buena implantación .
- CARA : Simétrica , pestañas normales , parpados normales.

–Ojos : Escleras sucias , conjuntivas rosadas , pupilas midriáticas

de 4 mm aprox. ( SIRLA )

- ◊ Nariz : Piramidal , normorrinea , fosas nasales permeables .
- ◊ Oídos : C.A.E. permeable de buena implantación presencia de cerumen
- ◊ Boca : Simétrica , labios rozados secos , limitación de apertura bocal normal , cavidad oral húmeda y rosada . Lengua saburral ,. Húmeda y móvil . Piezas Dentarias incompletas y en regular estado de conservación e higiene .

- CUELLO : Simétrico , móvil , no doloroso a la palpación , no ingurgitación

Yugular , no adenopatias.

- TORAX : Cilíndrico , móvil , simétrico , sin tiraje ni retracciones , movimientos armónico superficiales .

Pulmones ; sonido claro pulmonar , respiración bronquial y murmullo vesicular presentes ,

Corazón ; Ruidos cardiacos rítmicos normofoneticos , no soplo.