

Cognome e nome Rossi Mario		
Data e luogo di nascita 03/03/1986, Milano	Sesso Maschio	Professione Tecnico cinematografico
Istruzione (anni) Laurea magistrale in comunicazione visiva	Classe sociale Medio-bassa	Data primo contatto 08/05/2020
Stato familiare (stato civile, composizione della famiglia, professione del coniuge, altro) Vive da solo, ha una compagna da 2 anni ma non convivono		
DIAGNOSI		

X Esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo la legge sulla privacy

ANAMNESI FAMILIARE				
Famiglia re	Et à	Ses so	Patologia	Trattamento
Padre	65	M	Ipertensione arteriosa	
Madre	60	F	Attacchi di panico + agorafobia 3 anni fa	CBT + ansiolitici per un breve periodo (ora sta bene)
Fratelli	36	M	a.b.s. (apparente buona salute)	
Figli				
Altri				
Zia materna	56	F	Attacchi di panico (no compromissione funzionale)	no

ANAMNESI FISIOLOGICA

Composizione della famiglia: viveva con i genitori, il fratello, la nonna materna (è stata con loro fino alla scuola materna)

Professione dei genitori: il padre impiegato di banca, madre casalinga/insegnante di musica in scuola privata

Livello economico: medio

Traslochi: all'età di 6 anni trasloco di casa, in un quartiere diverso, ma rimane invariata la città. Compagni di classe alla scuola elementare diversi da quelli della materna

Rapporto con i fratelli: buoni rapporti ("lui è stato sempre un punto di riferimento", percepito come supportivo)

Attitudini educative dei genitori: madre supportiva, affettuosa, educativa; padre distante e poco coinvolto nella familiare (forse per il lavoro?). La nonna materna era un caregiver secondario rispetto alla madre, la ricorda come accogliente ed affettuosa

Particolarità dei primi atti fisiologici: nato a termine da parto eutocico (distocico vuol dire "difficile"; in questo caso bisogna indicare se: rivolgimento, cesareo o applicazione di forcipe; oppure gemellare), allattamento materno (altrimenti specificare se baliatico o artificiale), sviluppo psico-fisico nella norma

Scuola e socializzazione: ha frequentato l'asilo nido e scuola materna, dove non andava molto volentieri, forse poco socievole. Le scuole successive: tutto nella norma

Servizio militare: non prestato per scelta

Menarca, mestruazioni, menopausa

Matrimonio: no; e non ha figli

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos completos: Carla Galarza Ferrari

Número de historia Clínica: 2027501

Fecha y hora de la atención: 10/04/2021----- 10:00 am

Fecha de apertura de la historia clínica: 04/06/2015

Sexo: Femenino **Edad:** 29 **Lugar de nacimiento:** callao

Fecha de nacimiento: 04/01/92 **Grado de instrucción:** superior completa

Raza: Mestiza **Ocupación:** Comunicadora **Religión:** Católica **Estado Civil:** Soltera

Lugar de procedencia: Carmen de la Legua – Callao

Domicilio Actual: Av. López Pasos 741

Domicilio Actual: Av. López Pasos 741

Número de teléfono: 922566347

Nombre y Apellido del acompañante: Emilia Ferrari Castro

Parentesco: Madre **teléfono:** 981214626

ENFERMEDAD ACTUAL:

Motivo de consulta: Dolores progresivos en la fosa iliaca derecha

Tiempo de enfermedad: 5 días

Signos y Síntomas: Dolor de fosa iliaca derecha, vómitos y náuseas, debilidad, deshidratación, hinchazón abdominal.

Relato cronológico: Paciente mujer de 29 años acude a emergencia indicando que hace 5 días presenta cólicos en el epigastrio con dolor tipo cólico, hace 5 horas el dolor en el epigastrio que fue con más intensidad irradiándose en la fosa iliaca derecha con dolor punzante y duro un aproximado 2 horas, presenta vómitos después de comer ya que el estómago no le recibe nada. También manifiesta que el dolor empeora cuando tose, camina o hace movimientos bruscos.

Funciones biológicas:

apetito: no

sed: aumentada

sueño: normal

micción: 3 v/d

ANTECEDENTES PERSONALES:

Antecedentes generales:

Vivienda: material: Noble(X) Precario () Mixto() N° Personas: 5

N° habitaciones: 4 Agua potable: Si (X) No () Vestido: acorde a la estación

Alimentación: a base de carbohidratos y lípidos bajo en proteínas no manifiesta alergias a ningún alimento.

Trabajo: Comunicadora **Ocupación anterior:** teleoperadora

Hábitos Nocivos: No consumo de tabaco, Poco consumo de alcohol, consumo de café diario por las mañanas y noches.

Vacunas: completas

Alergia: ibuprofeno y aines.

Crianza de animales: ninguna

EXAMEN GENERAL CLÍNICO:

Cabeza: normocéfalo, simétrico sin dolor a la palpación, con cabello de color negro, abundante, grueso y buena implantación, sin presencia de parásitos.

Cara: simétrica de color trigueño sin cicatriz con frente pequeña y presencia de lunares **ojos:** pupilas normo reactivas a la luz **nariz:** aspecto y tamaño normal, no hay presencia de deformación, ni desviación del tabique, los senos paranasales no presentan dolor a la palpación. **oídos:** conducto auditivo con buena higiene, presenta pabellón auricular, no presenta deformidades **boca:** no hay presencia de caries, lengua rosada, encías rosadas, labios deshidratados

Cuello: presencia del pulso carotideo, no se palpan los ganglios linfáticos ni la glándula tiroides. Sin presencias de masas extrañas.

HISTORIA CLINICA**DATOS PERSONALES:**

Apellido y Nombre: Irene del Mar Cruz Char
Documento: CC No 1047595143
Fecha de Nacimiento: 7 de Febrero de 1990
País: Colombia
Departamento: Bolivar
Ciudad: Cartagena
Edad: 27 años
Sexo: Femenino
Ocupación: Estudiante
Estado Civil: Casada

ANAMNESIS

MOTIVO DE CONSULTA: "amanezco con la cara hinchada"

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente femenina de 27 años de edad primigestante (G1P0C0A0) quien acude a consulta por manifestar edema facial bilateral matutino de carácter leve que cede con las horas. La paciente tambien refiere edema de miembro inferiores grado 2 de carácter vespertino y cuadros de cefaleas de aproximadamente dos horas que ceden al reposo y a la hidratacion.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

Padre: (vive) hiperuricemia
Madre: (vive)

ANTECEDENTES PERSONALES:**Hábitos Tóxicos:**

Alcohol: niega

Tabaco: niega

Drogas: niega

Infusiones: niega

Fisiológicos:

Alimentación: 4 comidas al día, de preparacion en casa

Desayuno: 1 taza de café con leche, 1 vaso de jugo de naranja, media porcion de papaya y una arepa de quinoa y linaza.

Almuerzo: 100 gramos de carne de pollo, una porcion de ensalada, una porcion de sopa de granos

Merienda: malteada de fruta con yogurt

Come carne roja: 1 vez a la semana,

Con el embarazo no se ha modificado su alimentación.

Diuresis: regular, no interrumpe el ciclo de sueño

Heces: regular, una vez al dia, normocromaticas

Sueño: de facil conciliacion,

1) Patológicos:

1) Patológicos:

Infancia: sin antecedentes

Adulto:

DBT	SI ☐	NO ☒
HTA	SI ☐	NO ☒
TBC	SI ☐	NO ☒
Gemelar	SI ☐	NO ☒

Quirúrgicos: Rinoplastia hace 7 años

Traumatológicos: niega

Alérgicos: niega

2) Gineco-obstétricos:

FUM: 21/octubre/2016 FPP: 28/ julio/2017 EDAD GESTACIONAL: 22 semanas.

Menarca: 9 años, eumenorreica, ritmo de 28 a 30 días, la menstruación duraba de 4 a 6 días

Nº de parejas: 5

Gestas: 1 Partos: 0 Cesáreas: 0 Abortos: 0

Anticonceptivos: SI ☐ NO ☒

Cirugías ginecológicas: NIEGA

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: Hipertension materna

PLAN TERAPÉUTICO:

- 1) embarazo de 22 semanas por fum y gravindex
- 2) feto unico vivo.
- 3) trastorno hipertensivo del embarazo a descartar.

Ordenes Medicas:

- 1) Hemograma completo
- 2) Parcial de orina – creatinuria / proteinuria
- 3) BUN

- 4) Creatinina serica
- 5) acido urico,

ANALISIS:

La paciente llega a consulta refiriendo edema facial bilateral de carácter matutino, lo cual esta asociado a hipertensión arterial y un retorno venoso congestivo. Además, refiere edema de miembros inferiores grado dos lo cual respalda la idea que el retorno venoso de la paciente no es efectivo. El tercer hallazgo son los cuadros de cefalea no migrañosa asociada a su vez con hipertensión arterial.

Al ser nulípara estos hallazgos adquieren una mayor fuerza.

Las cifras tensionales de la paciente se encuentran elevadas a la hora de la consulta sin llegar a ser una crisis hipertensiva, en cuyo caso el manejo seria por hospitalización.

La conducta a seguir es verificar la impresión diagnostica y descartar patologías concomitantes y ver como esta la función renal y hepática. Una vez se haga esto, proceder a utilizar un diuréticos para manejar el edema y la hipertensión con alfa metil dopa.

Este tipo de pacientes tienen un mayor riesgo de mortandad asociada al parto y de muerte fetal, es por esto que se debe tener particular cuidado con ellas. Incluso pensar en desembrazar a la paciente si su vida se ve amenazada. No hay cabida para el manejo expectante a menos que la paciente así lo elija.