

Universidad del Sureste
Licenciatura en Medicina Humana

César Samuel Morales Ordóñez.

Dr. Alexandro Alberto Torres Guillén.

“Historia Clínica”.

PASIÓN POR EDUCAR

Medicina Interna.

Grado: 5 Grupo: “A”

Comitán de Domínguez Chiapas a 13 de Septiembre del 2024.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



SECRETARÍA
DE SALUD
GOBIERNO DE CHIAPAS

**INSTITUTO DE SALUD
DEL ESTADO DE CHIAPAS
HISTORIA CLÍNICA**

Nº. De expediente: 04666.

I.- IDENTIFICACIÓN.

Nombre(S): Luis Armando Fuentes Gutierréz. Ocupación: Burócrata.

Edad: 37 años Sexo: Masculino Estado Civil: Soltero.

Domicilio: Call. Tamarindos #310. Localidad: Col. Santa Cruz.

Municipio: Tuxtla Gutierréz Chiapas. Servicio: Medicina Interna.

Nº de Seguro Popular: 5256-0271. Nº de Teléfono: 961-301-0547.

CASO CLÍNICO.

Paciente Masculino de 37 años de edad acude al Servicio de Consulta Externa por Presencia de Fatiga y debilidad durante los últimos 5 meses.

Refiere Vértigo y Mareo sin necesidad de llegar a perder la consciencia, presente limitación de actividad física por artralgias, Cefalea, Manos y Pies Fríos y un leve dolor de pecho de tipo punsante, como también astenia y adinamia. (aunado con disfagia y Glositis) dentro de los datos del Paciente nos Orienta a un Posible caso de Síndrome Anémico, se le solicitará una Biométrie Hematcia para corroborar datos y dianósticos de Importancia.

INTERROGATORIO.

II.- ANTECEDENTES.

A). Hereditarios Familiares.

Abuelo paterno: Finado, Falleció de TCE.

Abuela paterna: Finada, Falleció hace 3 años, de edad Cronológica normal (muerte Natural) Tuvo con antecedentes de Hipertensión arterial desde hace 15 años, con tratamiento y control.

Abuelo materno: Finado, falleció a causa de Muerte Natural.

Abuela materna: Finada, hace 7 años a causa de un EVC, Padecía HAS y DM2. (en sumomento Tx y control)

Padre: Vivo, sin antecedentes, aparentemente sano.

Madre: Viva, sin antecedentes, aparentemente sano.

Hermano: Vivo, sin antecedentes, aparentemente sano.

Tíos paternos: 1 tía con antecedentes de DM2 e Hipertensión, con tratamiento y control

Tíos maternos: 1 tío con antecedentes de Anemia Ferropénica, con tratamiento y control.

B). Personales no Patológicos.

Alcohol: Niega

Tabaco: Niega

Drogas: Niega

Infusiones: Niega

Hábitos Fisiológicos:

Alimentación: Realiza 2 refecciones durante el día, en las cuales menciona que dejo de comer carnes de todo tipo hace 7 años.

Diuresis: Normal.

Sueño: Más de lo normal(< 6 Horas)

C). Personales Patológicos.

Antecedentes Personales Patológicos de Importancia negados y corroborados.

D) Antecedentes androgénicos.

ISVA: Refiere iniciar a los 19 años.

NPS: 3

CIRCUNSIÓN: Negada.

III. PADECIMIENTO ACTUAL.

A). Fecha de Iniciación : 20 de enero del 2024. _____

B). Principales Síntomas de Iniciación.

Mareos(vértigo), Disfagia, Palidez en Piel y Mucosas, Sensación de Síncope al Levantarse muy rápido.

C). Evolución.

Nos Refiere que mejora con el consumo variado de alimentos, pero en los últimos 3 meses ha sentido que la variación no hace efecto.

D). Sintomatología Actual.

Mantiene la misma sintomatología la cual se le aune "Glositis" de ahí la disfagia.

E).- Terapéutica empleada anteriormente.

Refiere el consumo de Té's de hiervas.

IV. INTERROGATORIO POR APARATOS.

A).- Aparato Digestivo.

Refiere Disfagia y Glositis.

B).- aparato Respiratorio.

Refiere Disnea.

C).- Aparato Urinario.

No refiere datos de importancia.

D).- Aparato Genital.

No refiere datos de importancia.

E).- Aparato Cardiovascular.

Presencia de Taquicardia y Disnea.

F).- Sistema Nervioso.

Refiere Vértigo sin Llegar al Desmayo.

G).- Sistema Endócrino Vegetativo.

No refiere datos de Importancia.

H).- Sistema Locomotor.

Refiere Astenia y Adinamia= Abulia.

I).- Síntomas Generales.

Astenia y adinamia, vértigo, palidez en piel y mucosas, taquicardico y con perfusión baja.

PESO: 55 Kg

TALLA: 1.67 cm.

T.A: 110/70 mmHg.

PULSO: 90 Lx1.

TEMP. 36.5 °

RESP. 24Rx1.

A).- Inspección General.

Presenta una palidez en la piel y mucosas deshidratadas, coiloniquia, glositis.

B).- Cabeza.

Normocéfalo, tamaño normal, simétrica, sin lesiones ni cicatrices en piel y cuero cabelludo bien implantado.

Palpación: confirma la inexistencia de lesiones, no se palpa nodulaciones, ni hundimientos craneales. Facie pálida .

Auscultación: de cabeza no se ausculta soplos, facie compuesta.

Cuero cabelludo Poco hidratado, sin lesiones ni cicatrices presencia de zonas alopecicas, no presentan pediculosis, ni exoparásitos.

Cejas palpables, completa, con altura del canto ocular, ojos simétricos, medianos, sin exoftalmos y enoftalmias.

Párpados íntegros, sin ptosis, ni lesiones aparentes. Pupilas reactivas, escleróticas deshidratadas, sin lesiones aparentes. Nariz simétrica, en posición central, pequeño, color pálido, mucosa deshidratada, sin presencias de lesiones en las regiones del dorso, raíz, cuerpo y alas nasales. Se palpa huesos propios de la nariz, indoloro al tocar, cartílago hialino íntegro, narinarias permeables, y senos paranasales también.

C).- Cuello.

Inspección: Cuello cilíndrico, simétrico, alargado, sin lesiones dérmicas,

hundimientos, nodulaciones, tráquea central, color pálido.

Palpación: No se palpa ganglios, tráquea y cartílagos laríngeos palpables y sin

dolor a la palpación, desplazable. Presenta buena fuerza muscular. Tiroides no palpable.

Percusión: Sin particularidades.

Auscultación: No se ausculta soplos.

D).- Tórax.

Frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto

Inspección: sin alteraciones e Hiperesténico.

Percusión: sin alteraciones

Auscultación: sin ruidos adventicios-

E).- Abdomen.

Blando, Palpable y depresible al dolor, no presenta ninguna cicatriz secundaria a la cicatriz umbilical, no hay presencia de tatuajes, Lampiño.

F).- Sistema Locomotor.

Mantiene buen estado de consciencia y comunicación.

Glasgow: mantiene un Glasgow de 14/15.

LABORATORIOS: (BIOMETRÍA HEMÁTICA).

Hemoglobina: 8.5 g/dL

Hematocrito: 25%

Recuento de glóbulos rojos: 3.5 millones/ μ L

Volumen corpuscular medio: 60

Pruebas de Hierro Sérico.

Ferritina: 10 ng/mL.

Hierro Sérico: 20 μ g/dL (normal: 50-150 μ g/dL)

CTFH: 400 μ g/dL

DIAGNÓSTICOS:

Síndrome anémico el cual se corroboró y se diagnosticó Anemia ferropriva.

A).- Diagnostico Principal.

Anemia Ferropriva.

B).- Otros Diagnósticos.

Síndrome Anémico.

FECHA_13 de sep. de 24_____ NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO: César Samuel Morales Ordóñez.

