



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA
CAMPUS COMITÁN

“HISTORIA CLINICA ”

ALUMNO: LEONARDO DOMINGUEZ TURRÉN

DOCENTE: DR. ALEXANDRO TORRES

MATERIA: MEDICINA INTERNA

COMITÁN de DOMÍNGUEZ, CHIAPAS a 13 de SEPTIEMBRE de 2024.

HISTORIA CLÍNICA

Nº. De expediente:000213

I.- IDENTIFICACIÓN.

Nombre(S): Juana Hernandez Hernandez. Edad: 18 años. Sexo: Femenino.
Estado Civil: Soltera. Domicilio: Cale diamante sin numero colonia Chichima
Guadalupe . Localidad: Comitán de Domínguez. Municipio: Comitán de Domínguez
Chiapas. Servicio: Consulta externa. Nº de Seguro Popular: 98976563424
Nº de Teléfono: 963 153 44 23
Correo electrónico: gfhjdjdfkdneuufndbf@icloud.com
Tipo de interrogatorio: directo. Fecha de nacimiento: 01 de noviembre de 2005.
Ocupación: estudiante. Escolaridad: preparatoria. Nacionalidad: mexicana.

INTERROGATORIO.

II.- ANTECEDENTES.

A). Hereditarios Familiares:

- Abuelo paterno finado hace 20 años por cirrosis hepática, sin tratamiento ni apego a este.
- Abuela paterna viva con hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 2 con 5 años de evolución con apego al tratamiento.
- Abuelo materno vivo aparentemente sano.
- Abuela materna con diabetes mellitus tipo 2 con 6 años de evolución con apego al tratamiento.
- Padre vivo aparentemente sano.
- Madre viva aparentemente sana.
- Hermana viva aparentemente sana.

B). Personales no Patológicos:

Vive en casa propia (4 personas) , 2 habitaciones de materiales duraderos, techo de losa, piso firme, duermen 2 personas en cada habitación , cocina, sala, comedor de materiales duraderos (paredes y techo de sementó, piso firme) casa ventilada (4 ventanas y un portón) 1 baño completo dentro de la casa, cuenta con drenaje, luz eléctrica, agua por pipa, cuenta con recolección de desechos 3 veces a la semana, zoonosis positiva (2 gatos vacunados) fauna nociva negativa, baño diario dos veces al (con agua y jabón, shampoo) cambio de ropa interior todos los días, y exterior todos los días, aseo dental diario tres veces al (con pasta de dientes y cepillo dental), lavado de manos diario después de ir al baño y antes y después de comer, alimentación diaria todos los días 1 vez al día (desayuno o comida o cena), consumo de refrescos embotellados 7 veces a la semana (2 a 3 veces al día), consumo de alimentos en la calle 6 a 7 veces al mes, consumo de sabritas, jugos, dulces todos los días (2 a 3 veces al día), tabaquismo negativo, alcoholismo y consumo de sustancias estupefacientes una vez cada semana hasta llegar a la embriaguez , actividad física

negada, sin pasatiempos específicos, cuenta con todas sus inmunizaciones, se desparasita (cada 6 meses).

C). Personales Patológicos.

Alergias negadas, niega procedimientos quirúrgicos, hospitalizaciones negadas, transfusiones sanguíneas negadas, tratamientos y consulta con el psicólogo negados, niega eventos traumáticos que comprometan su salud.

D)Antecedentes GYO:

Menarca: 12 años FUM: 05/09/2024 IVSA: 15 años NPS: 1 Planificación familiar: si, método de barrera (condon). G:0 P:0 C:0 A:0 Fecha de ultimo papanicolau: no ha asistido a ninguno.

III. PADECIMIENTO ACTUAL.

A). Fecha de Iniciación: 12 de agosto de 2024.

Px femenino de 18 años de edad acude a consulta de consulta externa por referir cefaleas intensas, cuantificadas en una escala de Eva de 10 siendo 0 un dolor casi nulo y 10 el dolor más fuerte que ha sentido, mareos, astenia, adinamia, disnea, anorexia, hiporexia , piresis no cuantificada, intermitente dos a tres veces al día , mialgia, atralgia, diaforesis, cefalea de dolor tipo punzante, intermitente en días de la semana y de prevalencia matutina y vespertina, y malestar general con 1 mes de evolución , sin mejoría al consumo de medicamentos (ibuprofeno, paracetamol,).

B). Principales Síntomas de Iniciación:

- cefalea
- Disnea
- Náuseas
- Emesis
- Astenia
- Adinamia
- Anorexia
- Atralgia
- Diaforesis
- Malestar general

C). Evolución:

1 mes de evolución, síntomas que son progresivos hasta el día de hoy.

D). Sintomatología Actual.

Al interrogatorio el Px refiere cefalea de tipo punzante, con una esca a de EVA de 10, recurrente progresiva que imposibilita al Px de realizar sus actividades cotidianas, malestar general.

E).- Terapéutica empleada anteriormente.

- ibuprofeno
- paracetamol

IV. INTERROGATORIO POR APARATOS.

A).- Aparato Digestivo.

Al interrogatorio Px refiere distensión abdominal, pirosis, gastralgia.

B).- aparato Respiratorio.

Al interrogatorio Px niega disnea, rrinorrea, niega dolor torácico sin presencia de tos, ni estornudos, ni presencia de datos patológicos de importancia.

C).- Aparato Urinario.

Px refiere ir a miccionar 3 veces al día, niega nicturia, piuria, anuria, coluria, poliuria, polaquiuria, disuria, hematuria.

D).- Aparato Genital.

Px refiere tener un ciclo menstrual normal de 28x4, refiere manchar aproximadamente 3 toallas sanitarias por día, refiere FUM: 05/03/2024,

E).- Aparato Cardiovascular.

Al interrogatorio px refiere palpitaciones en ocasiones que pretenden ser taquicardia.

F).- Sistema Nervioso.

Px refiere presentar cefalea en region occipitofrontal, de intensidad alta, con un dolor tipo punzante que es intermitente, y normalmente es de prevalencia matutina y vespertina con deterioro del aprendizaje.

G).- Sistema Endócrino Vegetativo.

Al interrogatorio px niega sintomatología , no se encuentran datos patológicos importantes.

H).- Sistema Locomotor.

Al interrogatorio se niega sintomatología alguna, no se encuentran datos patológicos de alarma.

I).- Síntomas Generales.

Al interrogatorio px refiere Cefalea, Astenia, mialgia, atralgia, malestar general, diaforesis, emesis, nauseas, adinamia, anorexia .

EXPLORACIÓN FÍSICA:

PESO: 45kg TALLA: 157 cm T.A.: 155/98 mm/hg PULSO: 180 lpm. TEMP. : 39.3 grados Celsius RESP.: 25 rpm.

A).- Inspección General:

A la exploración la paciente se encuentra bien orientada en sus tres esferas, responde a estímulos, con facies de dolor, sin marcha anormal, frecuencia respiratoria de 25 respiraciones por minuto, palidez de tegumentos presente, cráneo norma formo, sin endostosis ni exostosis, nariz, boca, ojos y cuello normales, cabello bien implantado, pabellones auriculares bien implantados, tórax sin compromiso, abdomen depresible sin presencia de distensión, miembros superiores e inferiores íntegros, presentes y funcionales.

B).- Cabeza.

A la exploración se observa craneo normoformo, sin presencia de endostosis ni exostosis, proporcional a la altura de la paciente, cabello bien implantado, color castaño, cuero cabelludo reseco, fragil, sin presencia de pediculitis ni caspa, palidez de tegumentos, cejas presentes, pobladas y bien implantadas, simétricas, ojos simétricos, isocóricos, pupilas normorreflecticas, color de ojos cafés, pestañas presentes, oídos presentes pabellones auriculares visibles, normales y bilateralmente simétricos, presencia de lóbulo, helix, trago, surco posterior y demás estructuras íntegras, sin presencia de adenopatías retro auriculares y mucosas oral, oftálmica, nasal con datos de deshidratación importante, ictericas, nariz presente, hueso nasal y puente nasal presentes y palpables, narinas simétricas, presentes, vibras presentes, y con presencia de quelosis.

C).- Cuello.

Cuello normoformo, simétrico, sin presencia de adenopatías ni lipomas, palidez de tegumentos y sin presencia de datos patológicos de importancia.

D).- Tórax.

Tórax normoformo, simétrico, sin compromiso, costillas presentes y palpables, glándulas mamarias presentes, con presencia de areola y pezón bilaterales, sin presencia de lipomas, ningún dato patológico de importancia, palidez de tegumentos, ruidos cardíacos aumentados, sin soplos, focos cardíacos audibles, focos pulmonares audibles, ruidos pulmonares respiratorios normales presentes, sin presencia de sibilancias.

E).- Abdomen.

A la exploración física se encuentra abdomen depresible, sin presencia de distensión, edema ni hipersensibilidad, palidez de tegumentos, ruidos peristálticos normales, a la percusión ruidos tímpanicos presentes, a la palpación profunda no se encuentran datos patológicos de importancia, sin presencia de erupciones ni edema ni hematomas.

F).- Sistema Locomotor.

Miembros superiores e inferiores presentes, íntegros, simétricos y con palidez de tegumentos presente, brazos simétricos bien implantados, manos simétricas y proporcionales a la paciente, presencia de 5 dedos en cada mano, presencia de uñas, bien implantadas, delgadas y pálidas, piernas presentes, íntegras, bien implantadas, pies simétricos presentes y pálidos con 5 dedos cada uno, estructuras digitales

integradas, uñas presentes, delgadas y bien implantadas, sin datos patológicos de importancia.

DIAGNÓSTICOS:

A).- Diagnóstico Principal: anemia ferropénica

Se sospecha de anemia ferropénica por presencia de SX anémico que integra principales síntomas de una enfermedad anémica por deficiencia de hierro de acuerdo a su alimentación deficiente baja en proteínas y en hierro que hace que las reservas de este se agoten presentando estos signos y síntomas como cefalea, astenia, adinamia, anorexia, la palidez de tegumentos y los datos importantes de deshidratación en las mucosas corporales; también la presencia de quelosis nos habla de una anemia complicada y de mucho tiempo de evolución que tendría que ser tratada de una manera urgente para evitar más complicaciones a la Px. Reforzaríamos el diagnóstico de la Px complementando una citometría hemática completa para valorar niveles de HB, HCM, VC, VHCM y así poder descartar otros tipos de anemias.

FECHA 13 de Septiembre de 2024

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO: Leonardo Domínguez Turrén.

C.P.: