



**Jorge Morales Rodríguez**

**Dr. Alexandro Alberto Torres Guillen.**

**Caso Clínico**

**Medicina Interna**

**Quinto Semestre.**

**"A"**

Comitán de Domínguez Chiapas a 13 de septiembre del 2024

# HISTORIA CLÍNICA

## I.-IDENTIFICACIÓN

Nombre(S): Mauricio Pérez Hernández

Edad: 20 años

Sexo: Masculino Fecha de nacimiento: 26 de septiembre del 2004

Estado civil: Soltero Ocupación: Estudiante

Escolaridad: Preparatoria completa Religión: Ninguna.

Nacionalidad: Mexicano Grupo/Etnia: No pertenece

Lugar de residencia actual: AV 5A Oriente sur S/N Barrio Yalchivol, Comitán de Domínguez Chiapas.

Lugar de origen: Comitán de Domínguez, Chiapas

Teléfono: 961 301 0547 Correo: [HerMoor455@gmail.com](mailto:HerMoor455@gmail.com)

Tipo de interrogatorio: Directo

## CASO CLÍNICO:

Mauricio Pérez masculino de 20 años de edad, ingresa a la unidad de urgencias médicas, por presentar síntomas de fatiga y debilidad generalizada durante los últimos 3 meses.

Dentro del interrogatorio nos refiere mareo y sensación de desmayo al levantarse, disnea al realizar sus actividades físicas, artralgias, astenia y adinamia, palidez en la piel y mucosas, coiloniquia, disfagia y glositis.

A la cual dentro de la unidad hospitalaria se le manda al paciente a realizarse una Biometría Hemática, para una posible causa de algún tipo de Anemia.

## INTERROGATORIO.

### II.- ANTECEDENTES.

#### A) Antecedentes 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 su momento 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) Antecedentes no Patológicos.

##### Hábitos tóxicos:

Alcohol: Niega

Tabaco: Niega

Drogas: Niega

Infusiones: Niega

##### Hábitos Fisiológicos:

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

Diuresis: Normal

Sueño: Más de lo normal

#### C) Antecedentes Androgénicos.

**ISVA: 16 años**

**Número de parejas: 5**

**Circuncisión: a los 12 años**

**El paciente niega trastorno de la erección, enfermedades de transmisión sexual, criptorquidia y andropausia.**

**C) Personales Patológicos**  
**Sin antecedentes**

**III.- PADECIMIENTO ACTUAL O MOTIVO DE CONSULTA.**

Por presentar síntomas de fatiga y debilidad generalizada durante los últimos 3 meses

**INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.**

**A). – Sistema Nervioso.**

Nos refiere Mareos y sensación de desmayo

**B). - Aparato Respiratorio.**

Nos refiere Disnea

**C). - Aparato Cardiovascular.**

Presenta taquicardia.

**D). - Aparato Digestivo.**

Nos refiere disfagia y glositis

**E). – Aparato Genital**

. Sin datos patológico aparentes

**F). – Sistema Endócrino.**

Sin datos patológicos aparente

**G). – Sistema Locomotor**

Nos refiere astenia y adinamia

## SIGNOS VITALES

PESO: 57 kilos

TALLA: 1:69cm

T.A: 117/ 86 mmHg

PULSO: 110 lat/min

TEM: 36.6

RESP: 17 RxM

### A). – Inspección General:

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

### B). – Cabeza:

**Cráneo y Cara:** Normocéfalo, tamaño normal, simétrica, sin lesiones ni cicatrices en piel y cuerocabelludo 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.

**Región orbitonasal:** Cejas palpables, completa, con altura del canto ocular, ojos simétricos, medianos, sin exoftalmos y enoftalmias. Párpados íntegros, sin ptosis, ni lesiones aparentes. Pupilas reactivas, esocóricas. 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, narinas 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.

## **E) -Torax**

Frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto

Inspección: sin alteraciones

Percusión: sin alteraciones

Auscultación: sin ruidos adventicios-

## **F) Cardiovascular**

Pulso: 110 latidos por minuto

Presión arterial: 117/86 mmHg

Auscultación cardíaca: sin murmullos ni soplos

## **G) Sistema Digestivo**

Abdomen: blando, sin dolor a la palpación

sin Hepatomegalia, ni esplenomegalia

## **H) Neurológico:**

Glasgow: Con puntuación 15/15, el paciente se mantiene alerta durante el interrogatorio, lucido y colaborador

Motilidad Activa: el paciente efectúa sin ayuda, los movimientos que le solicitan, no presenta parálisis, parécias, hemiplejia, hemiparesia

## I) - Sistema Hematológico:

Palidez en la piel y mucosas

Glositis

## RESULTADO DE LABORATORIOS

### Hemograma:

Hemoglobina: 8.5 g/dL

Hematocrito: 25%

Recuento de glóbulos rojos: 3.5 millones/ $\mu$ L

Volumen corpuscular medio: 60

### Pruebas de hierro:

Ferritina: 10 ng/mL

Hierro sérico: 20  $\mu$ g/dL (normal: 50-150  $\mu$ g/dL)

Capacidad total de fijación del hierro: 400  $\mu$ g/dL

### DIAGNÓSTICO:

Anemia Ferropénica

### TRATAMIENTO PREVIO:

- Sulfato ferroso de 250 mg cada 8 horas por 3 meses
- Dieta rica en hierro (carne roja, pescado, huevos, legumbres, frutas secas)
- Seguimiento hemático cada 2 semanas para ajustar la dosis de hierro según sea necesario

FECHA: 13 de septiembre del 2024

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO: DR. Jorge Morales Rodríguez

## **CONCLUSION ACERCA DEL DIAGNÒSTICO:**

Llegue al diagnóstico basándome primero en la historia clínica donde la paciente llega a la unidad médica con síntomas de fatiga, debilidad, mareos, disnea, palidez, glositis y disfagia, y en la exploración física donde vemos la coloración pálida de la piel y mucosas deshidratadas, también algo de importancia en la historia clínica es que el paciente refiere ser vegano desde hace 7 años y su índice de masa corporal bajo. Pero para confirmar mi diagnóstico de una posible anemia se tuvo que hacer una biometría hemática donde encontramos una hemoglobina baja, el hematocrito bajo, el recuento de glóbulos rojos bajo y volumen corpuscular medio bajo, y así confirme mi diagnóstico de la Anemia ferropénica, no obstante, lo que pudo causarle la anemia al paciente, es el déficit nutricional de alimentos ricos en hierro como lo es la carne roja y el paciente nos refiere ser vegano, que eso fue lo que lo originó