



Emmanuel Hernández Domínguez

Dr. Alexandro Alberto Torres Guillen

Historia Clínica

Medicina Interna

5-B

PASIÓN POR EDUCAR

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

CAMPUS "COMITÁN" LIC. MEDICINA HUMANA HISTORIA CLÍNICA

Nº. De expediente: _____

I.- IDENTIFICACIÓN.

Nombre(S): Ana Sofía López Arellano

Edad: 23 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

Domicilio: Frac. Arboledas M-7 L-2

Localidad: Comitán de Domínguez

Municipio: Comitán de Domínguez, Chiapas

Servicio:

Nº de Seguro Popular:

Nº de Teléfono: 9632834946

INTERROGATORIO.

II.- ANTECEDENTES.

A). Hereditarios Familiares.

Paciente refiere contar con padres y hermana aparentemente sanos; abuelo paterno y abuela materna aparentemente sanos; mientras que el abuelo paterno de 61 años padece Diabetes mellitus tipo 2 a partir de los 45 años controlada con metformina y abuela paterna de 69 años con hipertensión controlada con losartán y diabetes mellitus tipo 2, controlada con metformina. Tíos y primos maternos, aparentemente sanos; tíos y primos paternos aparentemente sanos.

B). Personales no Patológicos.

Paciente refiere vivir en casa propia, techo y paredes construidas de material, piso de loseta, contando con servicios básicos adecuados, 2 cuartos y un baño en donde habitan 4 personas y una mascota específicamente un perro. Toma al menos 1 baño diario, 3 cambios de ropa, 3 cepillados dentales al día, frecuente lavado de manos. Hábitos de sueño regular con al menos 6 horas diarias. Alimentación basada en múltiples alimentos con poca ingesta de carnes rojas, hace mínimo 3 comidas al día y máximo 5. Múltiples viajes en el año. Niega consumo de tabaco y drogas, consumo de alcohol ocasional por convivencia. Ocupación estudiante con un nivel educativo universitario.

C). Personales Patológicos.

Paciente refiere que a los 9 años padeció varicela, a los 14 años infección intestinal grave aparentemente Salmonella y a los 17 años dengue no grave. Niega alergias a medicamentos, alimentos ni transfusiones. Niega enfermedades crónicas degenerativas. Una cirugía facial a los 8 años.

D) Gineco-obstétricos

Menarca a los 9 años, ritmo menstrual de 28x4 con flujo abundante, inicio de vida sexual a los 20 años, numero de parejas sexuales: 2, niega el uso de anticonceptivos orales, niega presentar infección de transmisión sexual, FUM: 27 de agosto del 2024, Cero gestas, cero abortos, cero cesáreas.

III. PADECIMIENTO ACTUAL.

A). Fecha de Iniciación: 6 de julio del 2024

B). Principales síntomas de Iniciación.

Paciente refiere que los síntomas de inicio fueron fatiga, palpitaciones, disnea de esfuerzo y cefalea

C). Sintomatología Actual.

Paciente refiere los siguientes síntomas: fatiga, palpitaciones, disnea de esfuerzo, dolor abdominal, cefalea y recientemente el inicio de pica

IV. INTERROGATORIO POR APARATOS.

A).- Aparato Digestivo.

Paciente refiere presentar úlceras pepticas y dolor abdominal. Niega alteraciones en cavidad bucal, niega alteraciones en masticación y deglución, odinofagia, reflujo gastroesofágico, diarrea, estreñimiento dispepsia, hematemesis, melena y rectorragia.

B).- Aparato Respiratorio.

Paciente refiere disnea de esfuerzo y fatiga. Niega ortopnea, ptoptinea, tos, rinorrea, odinofagia, silbilancias, hemoptisis, expectoraciones.

C).- Aparato Urinario.

Paciente refiere que la orina tiene un aspecto, color y olor normal, sin presencia de espuma ni densidad. También niega disuria, poliuria, hematuria, nicturia, anuria, enuresis, oliguria, coluria, tenesmo, polaquiuria, urgencia miccional y pujo.

D).- Aparato Genital.

Paciente niega lesiones genitales, flujo anormal, dolor, prurito, ardor

E).- Aparato Cardiovascular.

Paciente con disnea de esfuerzo, palpitations y fatiga. Niega disforesis, dolor precordial, ortopnea, hipertensión arterial, soplos, claudicación intermitente, várices y edema declive

F).- Sistema Nervioso.

Paciente refiere cefalea y debilidad. Niega pérdida de fuerza, parestesias, espasmos, parálisis, mareos, Vértigo, síncope, convulsiones y ataxia

G).- Sistema Endócrino Vegetativo.

Paciente niega poliuria, polidipsia, polifagia, polifasia, bocio, letargia, bradilalia , nerviosismo, hiperquinosia, galactorrea , amenorrea, pérdida o aumento brusco en su peso.

H).- Sistema Locomotor.

Paciente refiere mialgias. Niega pérdida de fuerza, artralgias, fruxiones y crepitancias articulares, parestesias, edemas. Sin alteración en la marcha

I).- Síntomas Generales.

Paciente se encuentra en sus tres esferas, que se encuentra con una reacción ocular espontánea, orientado y conversando, obedece órdenes verbales, por lo que se encuentra con un Glasgow de 15 puntos, con los siguientes síntomas: dolor abdominal, fatiga, palpitations, disnea de esfuerzo, cefalea y pica.

EXPLORACIÓN FÍSICA: _____

PESO: 52.3 kg

TALLA: 1.58 m

T.A. 118/75 mmHg

PULSO: 78 LPM

TEMP: 37.4 °C

RESP. 17 RPM

SPO2: 96%

A).- Inspección General.

B).- Cabeza.

Cabello bien implantado, diámetros cefálicos conservados. Ojos simétricos, conjuntivas coloreadas. Hendiduras palpebrales simétricas. Fosas nasales permeables. Boca sin asimetrías, mucosas húmedas y rosadas. Pabellones auriculares normoinsertos y completos, sin secreciones presentes. Piezas dentarias completas y en buen estado; buena higiene bucal. Amígdalas presentes. Úvula centrada.

C).- Cuello.

Cilíndrico, simétrico. Pulso y presión venosas normales. Craqueo laríngeo presente. No se detecta bocio; palpación de la glándula tiroides dentro de parámetros normales. No se auscultan soplos carotídeos, pulso carotideo y yugular en rango normal. Movilidad cervical: rotación y lateralización derechas discretamente limitadas.

D).- Tórax.

Simétrico, sin deformaciones. No se observan cicatrices. Aparato respiratorio Respiración costal superior. Frecuencia: 16 movimientos por minuto. Expansión simétrica de las bases y vértices pulmonares. Vibraciones vocales presentes y simétricas. Playas pulmonares sonoras. Columna sonora. Excursión inspiratoria de 5 cm de ambas bases pulmonares. Buena entrada de aire bilateral con murmullo vesicular conservado. No se auscultan ruidos agregados.

E).- Abdomen.

Plano, simétrico. No se observa circulación colateral. Ombligo centrado. Blando, depresible e indoloro en la palpación superficial y profunda. No se detectan puntos dolorosos. Se palpa el colon sigmoides de características normales. No se palpan visceromegalias. Timpanismo conservado. Traube timpánico. Puño percusión (PP) lumbar bilateral negativa. Ruidos hidroaéreos (RHA) positivos y propulsivos.

F).- Sistema Nervioso.

Paciente lúcida. Pares craneales sin alteraciones. Tono y trefismo muscular normales. Fuerza muscular y reflejos conservados y simétricos. Sensibilidad superficial y profunda conservadas. Taxia estática y dinámica sin alteraciones.

DIAGNÓSTICOS:

A).- Diagnóstico Principal. **Anemia ferropénica**, se llegó al diagnóstico por algunos factores de riesgo como úlceras pépticas y el sangrado abundante durante la menstruación, de igual manera los datos clínicos como la fatiga, palpitations, disnea de esfuerzo y pica. Al realizar la biometría hemática encontramos hemoglobina menor a 12 g/dL, VCM menor a 80 fL y HCM menor a 27 fL, por lo cual es una anemia microcítica hipocromica, confirmando el diagnóstico de anemia ferropénica.