



Nombre del alumno:

Yessica Guzmán Sántiz

Nombre del profesor:

Dra. Karina Romero Solórzano

Nombre del trabajo:

LLENADO DE NOTAS MÉDICAS

Materia:

Medicina interna

Grado:

5°A

Comitán de Domínguez Chiapas a septiembre de 2022

Nota de evolución

Nombre: Mares Gómez José Número de seguridad social: 066345174003M
Fecha: 27 / 11 / 2021 Hora: 10:00 edad: 74 años género: masculino
Número de cama: 301 Días de estancia: 04 días

Signos vitales: Frecuencia cardíaca: 90 lpm Frecuencia respiratoria: 22 lpm T/A: 156/65 mmHg SPO2: 98%
Temperatura: 37°C Dext: 110 mg/dL

Cuenta con los siguientes diagnósticos:

1. Hipertensión arterial crónica en descontrol
2. Insuficiencia cardíaca congestiva NYHA II
3. Derrame pleural bilateral
4. Enfermedad Renal crónica K 1 GO V
5. Acidosis metabólica asociada a alcalosis respiratoria
6. Diabetes Mellitus tipo 2 en control

Exploración física a la exploración física se encuentra paciente en malas condiciones generales, estuporoso, con respiración profunda, ligera palidez de piel y tegumentos, cavidad oral húmeda, cuello cilíndrico, sin megalias, sin ingurgitación yugular, tórax con campos pulmonares hipoventilados de manera generalizada sin interarse síndromes pleuropulmonares, ruidos cardíacos rítmicos, de buen tono e intensidad, abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación, no se palp megalias, peristalsis disminuidas, catéter tenckhoff sin datos de infección, sin fugas, normofuncional, extremidades pelvicas con edemas ++, llenado capilar de 2 segundos, respuesta plantar infiriente, resto sin alteraciones.

Laboratorios y gabinete

LABS (26.11.2021): leucos 12.67, HTO 21.68, PLAQ 166.30, HB 6.67, GLUCOSA 241, UREA 178.80, CR 14.82, ALBUMINA 2.40, TGO 18.16, TGP, 19.29, LDH 349.82, globulinas 1.60, proteínas totales 4, Na 145.18, K 4.16, Cl 104.80, BUN 83-55


Plan de estudio
tratamiento
pronóstico

Paciente masculino con los diagnósticos antes mencionados, el cual se le realizó una interconsulta a cirugía general, el día 26-11-2021, el cual reportó salida de líquido de diálisis a nivel del sitio de salida del catéter tenckhoff y colocó jareta con prolezo para cierre de fuga y realiza baño de entrada por salida con balance positivo 400. por lo que indica cierre de catéter por 24 horas y posteriormente reapertura, en caso de continuar fuga o balances + pide rx de abdomen y recolocación, diagnóstico de acuerdo a GPC y algoritmos IMSS.

Pronóstico: Reservado a evolución. Paciente Grave

Riesgo de caídas y recomendaciones

control de líquidos y oris por turno
cama con barandas en alto
vigilancia de datos de sangrado a cualquier nivel
cuidados de catéter de diálisis

Médico tratante: _____ Nombre / Firma / CP: Mica Salinas López 

Nota de evolución

Fecha y hora: 17-05-2017 14:09
Nombre completo: Sebastián Trujillo Rodríguez
Número paciente: 151153
Folio admisión: 324843
Expediente: 561372

Sexo: masculino
Fecha de nacimiento: 11-agosto-1993
Edad: 23 años
Piso/sala: Quinto piso
Habitación: 2115

Evolución y actualización del cuadro clínico:

Paciente masculino de 23 años de edad con los siguientes diagnósticos:

1. Insuficiencia Respiratoria Aguda Tipo II
2. Diabetes Mellitus Tipo I Descontrolada

El paciente cursa su 4to día de hospitalización por la presencia de IRA y el descontrol de su DM, presenta exacerbación de los síntomas con dificultad respiratoria a expensas de tiraje intercostal, y aumento de los movimientos de amplexión y amplexación.

El paciente refiere: a) Cefalea: el dolor de tipo punzante, lo presenta en cabeza completa, sin irradiarse a ninguna otra parte, predominante por las mañanas al despertar y las tardes al salir del trabajo, es diario desde hace 5 días y le dura alrededor de 2 horas, lo relaciona a los momentos que presenta dificultad respiratoria.

b) Disnea: es repentina, aumenta con el estrés

c) Somnolencia: durante casi todo el día, aumentada al medio día.

d) Palpitaciones: menciona que son fuertes y le dura por más de 15 minutos

e) Entumecimiento de extremidades superiores e inferiores: repentino, sin horario específico, que inicia con hormigueo hasta intumirse toda la extremidad

f) Visión borrosa: durante todo el día

Signos vitales:

Tensión arterial: 150/95 mmHg

FC: 95 lpm

pulso: 94

Frecuencia respiratoria: 6 rpm

Temperatura: 37°C

tiempo capilar: 2.0 seg

Determina tensión arterial elevada y FR baja.

Exploración física:

(Más detallada)

Mediante la inspección se encontró al paciente:

- sin alteraciones craneanas
- Dificultad para mover los músculos de la cara
- sin cambios en coloración del tórax

Resultados de estudios auxiliares:

Diagnóstico:

1. Insuficiencia respiratoria Aguda Tipo II
2. Diabetes Mellitus tipo I descompensada
3. Síndrome de Guillain-Barré

Pronóstico:

Reservada a evolución. / Paciente delicado

Tratamiento e indicaciones:

No existe cura para el síndrome de Guillain-Barré. El tratamiento está encaminado a reducir síntomas, tratar las complicaciones y acelerar recuperación.

- Dieta vía enteral: en los casos en que exista disfagia, se sugiere alimentar a través de sonda nasogástrica; si ocurre disfunción parcial del intestino, pasar sonda a yeyuno y alimentar en decúbito.

- Ingresar a la unidad de Cuidados Intensivos

- Realizar evaluación de progreso neurol.

- Monitorear de manera constante la función respiratoria y cardíaca, e incluir toma de TA

- Examen de los pares craneales de origen bulbar, fuerza muscular, reflejos y mecánica ventilator.

Nombre: Trujillo
CP

Interconsulta

Apellidos y nombre: Quispe Barrientos, Javier

Edad: 41 años sexo Masculino

Empresa SENATI

Puesto al que pertenece: Instructor

Fecha de entrega 22.08.2016
ocupación actual

Especialidad a la que se consulta: Endocrinología

Diagnóstico: Acudir a interconsulta por endocrinología para acudir a evaluación de la hiperlipidemia mixta y determinar manejo

colesterol: 220 mg/dL
triglicéridos 310 mg/dL

CIE 40:

Médico evaluador: Wendy Torres Hernández



Paciente: Ramos, Clavo, Alcides Miller

Edad: 40 sexo F () M (X)

Fecha 08/05/2018

Empresa

puesto al que postula: Técnico eléctrico

Especialidad: Oftalmología

Motivo de interconsulta:

Paciente varón de 40 años, en evaluación por medicina ocupacional, en evaluación por oftalmología, se encontró:

agudeza visual de cerca: OD > 2.0 OI > 2.0

de lejos: OD 20/30 OI 20/150 y estereopsis alterada

Se sugiere evaluación por la especialidad para determinar aptitud laboral (area de trabajo > 1.8 m).

Diagnóstico: Ametropia

Presbicia

estereopsis

Pfosis

NO corregida en ambos ojos

NO corregida en ambos ojos

alterada

alterada posttraumática

Médico evaluador: Lopez Palacios, Hilda Azucena

OP 109853

Firma LCP

Nota de egreso

Nombre: Salazar Ruiz Oscar Alberto
Fecha de ingreso: 21 de abril del 2020
Fecha de egreso: 03 de mayo del 2020
Diagnóstico de ingreso: Neumonía atípica probable COVID-19
Diagnóstico de egreso: Neumonía atípica resuelta
Motivo de egreso: Mejoría

Resumen clínico: Se trata de un masculino de 34 años de edad quien inicia su padecimiento 10 días previos a su ingreso con la presencia de astenia, adinamia, fiebre de 39°C, mialgias y artralgias, acude a facultativo donde se realizó PCR para diagnóstico de COVID-19 con resultado positivo, iniciando manejo ambulatorio, con evolución torpida y dos días previos a su ingreso, con tos en accesos así como disnea de pequeños esfuerzos, motivo por el que se decide ingreso a esta unidad.

Actualmente, paciente consciente, orientado, buena coloración, e hidratación, tórax normolineo con adecuada mecánica ventilatoria, campos pulmonares bien ventilados con adecuada mecánica ventilatoria, precordio rítmico de buena intensidad y frecuencia, abdomen blando, depresible, no doloroso, no megalias, normoperistalsis, extremidades íntegras simétricas, no edema, llenado capilar inmediato.

Paciente con evolución franco hacia la mejoría, se decide egreso de esta unidad.

- Prognóstico:** Buena para la vida y función
- Indicaciones:
1. Alta de medicina interna
 2. Dieta sin irritantes gástricos
 3. cita abierta a urgencias en caso necesario
 4. seguimiento en su unidad de medicina familiar
 5. Medicamentos:
 - salbutamol spray aplicar inhalaciones c/8hrs
 - senosidos AB 1 c/24hrs
 - Paracetamol 500mg VO PRN
 6. Uso de cubrebocas
 7. Aislamiento domiciliario

Nombre del médico y firma

Nota de egreso

Nombre del paciente: José Luis Taboada López Número de paciente: 125
Edad: 47 años sexo: Masculino Habitación No: 15
Fecha: 12/03/2018 Hora: 11:30



Diagnóstico de ingreso: Colecistitis crónica por pólipos vesiculares
Diagnóstico de egreso: Colecistitis crónica por pólipos vesiculares - 73
Fecha de ingreso: 10/03/2018 Fecha de egreso: 12/03/2018

Motivo de egreso: Después de la intervención quirúrgica el paciente muestra buena respuesta y no se presentaron complicaciones por lo que se decide darlo de alta.

Resumen de evolución intrahospitalaria y estado actual: Masculino de 47 años de edad que se presenta al servicio de consulta externa el día 3 de marzo del 2018 por presentar dolor intermitente de tipo cólico en hipocóndrio derecho de 2 meses de evolución sin antecedente previo del mismo, con intensidad refiere 4-10 que se agrava con alimentos colecistoquinéticos y sin factores atenuantes, sin predominio de horario con duración aproximada de 30 minutos que se presenta 2 veces al día y se acompaña esporádicamente de náuseas y estreñimiento, así como sensación de plenitud postprandial; sin antecedentes personales o heredo-familiares de importancia. Se le solicita una biometría hemática en la que hay leucocitosis y PCR de 9mg/l y un USG que confirma colecistitis crónica a causa de 3 pólipos intraluminales de aproximadamente 6 mm. Se programó una colélcistectomía laparoscópica para el 11 de marzo del 2018, se realizó sin presentar complicación alguna, el paciente tuvo muy buena evolución y fue dado de alta el 12 de marzo 2018.

Manejo durante su estancia intrahospitalaria: Dieta ayuno, solución salina 0.9% 1000 cc c/8 horas, omeprazol IV 40 mg c/24 horas, metoclopramida IV c/8 horas, ceftriaxona IV 1gr c/12 hrs, Ketorolaco IV 1 ampolla c/8 hrs

Problemas clínicos pendientes: No aplica

Plan de manejo y tratamiento: Se indican 7 días de reposo absoluto y posteriormente 7 días de más reposo relativo con inicio de actividades a tolerancia del pte con restricción de realización de grandes esfuerzos, dieta blanda por 15 días, limpieza diaria de heridas, omeprazol VO 20 mg c/12 horas, metoclopramida VO 10 mg cada 8 horas y Ketorolaco IV 1 ampolla c/8 hrs.

Recomendaciones para vigilancia ambulatoria: Actividad progresiva y a tolerancia del paciente

Pronóstico: reservado a evolución??. Bueno para la vida y función

En caso de defunción, señalar causa de muerte: No aplica

Nombre y firma _____

Nota postoperatoria

Registro de intervención quirúrgica
Nombre del paciente: José Luis Cabrera López
Salida: 2

Edad: 42 años

Fecha de cirugía: 11/03/2018
Hora de inicio: 6:30 pm

Sexo: Masculino
Hora de fin: 7:40 pm



Especificación quirúrgica:

Diagnóstico preoperatorio: Colecistitis crónica por pólipos vesiculares

Diagnóstico postoperatorio: colecistitis crónica por pólipos vesiculares

Operación planeada: colecistectomía laparoscópica

Anestesia utilizada: epidural

*Postoperatorio de colecistectomía

Descripción quirúrgica: Paciente en decubito dorsal, se inyectó CO₂ en la cavidad abdominal al fin de crear un espacio real que permitiera trabajar con la mayor libertad de movimiento. Se introdujo una aguja de Veress a través del ombligo y luego de comprobar que se encontrara en la cavidad se inició insuflación de CO₂ en forma progresiva.

Se colocó el 1er trocar por el ombligo, el laparoscopio ingresó por él a la cavidad permitiendo hacer una exploración de todas las vísceras abdominales. Los otros trocáres de trabajo se colocaron bajo visión directa.

Se traccionó suavemente la vesícula y se diseccionó a nivel del bacinete, se introdujo la clipera y se colocaron clips en la arteria y conducto cístico; posteriormente, se seccionaron dichas estructuras. Después de haber clipado y seleccionado el conducto cístico y la arteria, se despegó la vesícula de su lecho mediante una disección con gancho monopolar. Luego de completar y el liberar a la vesícula se hizo hemostasia y se lavó el lecho vesicular y el hígado. Posteriormente se retiró la vesícula por el orificio del ombligo.

Reporte quirúrgico

Cuenta de gasas al inicio: 20
Cuenta de compresas al inicio: 40
Incidentes y accidentes: ninguno

al final: 20
al final: 40

Plan??
Dieta
Liquida
Med.

Nombre del médico

Nota preoperatoria

Nombre: José Luis Cabrera

Edad: 42 años

Fecha de cirugía: 10/03/18

Hora: programada 6:30

Diagnóstica: colecistitis crónica a causa de pólipos vesiculares intraluminales

Plan quirúrgico: colecistectomía laparoscópica bajo anestesia general, mediante 3-4 incisiones pequeñas en el abdomen. Se insertan puertos (tubos huecos) en las aperturas, las herramientas quirúrgicas y una cámara con luz se colocan en los puertos. El abdomen se infla con gas de dióxido de carbono para ver los órganos internos y sea más fácil. La vesícula biliar se extirpa y las aperturas de los puertos se cierran con suturas, clips quirúrgicos o pegamento. El procedimiento toma de 1 a 2 horas aproximadamente.

Tipo de intervención quirúrgica: programada (X) urgencia ()

Riesgo quirúrgico: Según la escala Apache II realizada al paciente existe mortalidad de 5.8% (por neumonía, complicaciones cardíacas, infección en la herida, infección del tracto urinario, coágulo de sangre, insuficiencia renal, lesión del conducto biliar).

Y una postoperatoria de 3%.

Cuidados y plan preoperatorios

Ayuno

Baño con agua y jabón antes de entrar a quirófano
N para administrar líquidos y medicación.

Jarmin Gómez Pérez

Nombre del médico y firma.

Referencia / traslado

Fecha de referencia: 10-10-2014

No de control: 0310

edad: 34

sexo: femenino

Nombre del paciente: Hernández Ortega Natalia

Motivo del envío: _____

Unidad a la que se refiere: _____

Especialidad: ginecología

Médico que envía: Dra. Ma de los Angeles Ríos Vera

Médico que recibe: _____

Urgencias: SI NO



Nombre: Hernández Ortega Natalia
apellido paterno apellido materno nombre

Domicilio: Francisco Javier Mina 303 La Rivera
calle número colonia

Servicio al que se envía: Ginecología

Resumen clínico del padecimiento: T.A 100/60, temp: 36.8, FR: 20 rpm
F.C 82 lpm, peso: 85, talla: 1.45 m

Paciente femenina de 34 años de edad multigesta (G:7, P:5, A:2) embarazo de 9.5 semanas de gestación por FUM. Paciente con signos vitales dentro de parámetros normales. Niega datos de vasoespasmos, así como sintomatología urinaria, refiere malestar general, a la exploración física presenta puntos uretrales positivos, presenta infección de vías urinarias, con antecedente de cirugía pélvica/uretral.

Se envía a valoración por parte de ginecología al contar con un riesgo de obstétrico de 14.5 puntos (2 puntos por multigesta, 4 puntos por cirugía pélvica, 3 por peso mayor de 80 kg, 4 punto por talla < 5 m, 0.5 puntos por no contar con inmunización antitetánica y 4 puntos por IVU).

IDX: Multigesta de 9.5 SDG (con embarazo de alto riesgo (riesgo obstétrico de 14.5))

Dra. Ríos Vera María de los Angeles

Nombre del médico que refiere

Nombre y firma del responsable de unidad