



Mi Universidad

ESQUEMA

Nombre del Alumno: Arguello Tovar Avilene del Rocío

Nombre del tema: NOM-007

Parcial: 1er parcial

Nombre de la Materia: Medicina Interna

Nombre del profesor: Romero Solorzano Karina

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

Quinto semestre

Lugar y Fecha de elaboración

Nota de Evolución

PSOAP:

(X)

P- Paciente:

Acude a consulta paciente masculino de 48 años de edad para valoración de primera vez, sin diagnósticos previos.

S- Subjetivo:

Acude por presentar astenia de 1 año de evolución, con polidipsia y poliuria de mismo tiempo de evolución. Presenta parestias en ambos pies, de 6 meses de evolución, lentamente progresivas. Refiere haber perdido más de 4 kilos en el último mes. También refiere pérdida de agudeza visual de 6 meses de evolución, lentamente progresiva.

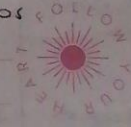
(X)

O- Paciente endomórfico, con edad aparente mayor a lo cronológico, utiliza lentes de aumento, se observan mucosas deshidratadas, acantosis nigricans en cuello, movimientos respiratorios limitados por grasa abdominal. Resto de exploración normal.

A- Paciente con obesidad grado I (IMC 34), con síntomas compatibles con Diabetes Mellitus, con probable retinopatía diabética. Es necesario realizar química sanguínea para evaluar si tiene DM2 y si presenta datos de insuficiencia renal, así mismo un perfil de lípidos para descartar una probable dislipidemia. Por el momento sus cifras de presión arterial se encuentran en un rango normal, pero se deberá vigilar por sus factores de riesgo.

P- Se solicita Química Sanguínea de 6 elementos y Perfil de Lípidos (se explican condiciones para presentarse mañana a toma de muestra). Se explica la importancia de hacer ejercicio y llevar una dieta sana (bajar de peso). Se invita e ingresa al paciente al Plan de Prevención Previata. Se cita al paciente en 48 horas para entrega de resultados y diagnóstico definitivo.

Plan
Nombre
Firma
CP



TÍTULO	FECHA
2	
Signos vitales	Acude a consulta paciente masculino, Salazar Juarez Jorge Moises de 26 años de edad para revaloración diagnóstica, número de cama 333 con 8 días de estancia en hospitalización.
Temperatura 36.8 °C	Refiere trastorno mental y de comportamiento asociado a consumo de sustancias no especificante (PB Metanfetaminas).
Frecuencia Cardíaca 97 LPM	Descartar psicosis secundaria.
Frecuencia Respiratoria 18 RPM	Evento trombotico del brazo derecho.
Tensión Arterial 120/76 mmHg	Exploración física:
SpO2 94%	Física despierto, alerta, orientado en persona, no orientado en lugar y tiempo, reactivo al estímulo verbal, con ligera palidez de tegumentos, ojos simétricos, pupilas isocóricas, narinas permeables, mucosa oral semihidratada con adecuada mecánica ventilatoria, campos pulmonares sin estertores ni sibilancias, sin integrar síndrome picropulmonar, precordio con ruidos cardíacos rítmicos de buen tono e intensidad, abdomen globoso a expensas de pániculo adiposo, blando depresible, no doloroso a la palpación, sin presencia de megalias, peristalsis presente, sin datos de irritación peritoneal, extremidades integras simétricas sin edema.
Dx Tx 110 mg/dL	
Laboratorio y Gabinete	Cabs 28/12/2021 CEU 8.87, HB 14.22, HTO 44.45, PLAC 329.4, GL 78, UREA 32.1, CK 232, CK-MB 23, NA 144, K 3.5, BUN 15.
	TAC de cráneo del día 29/12/2021 que no reporta datos de hemorragia o isquemia, con parénquima cerebral homogéneo, se aprecia aumento de amplitud de los surcos y cisuras de predominio frontal, sin observar lesiones en la sustancia gris blanca-sistema ventricular supra e infratentorial con aumento de amplitud.
Plan de estudio	Paciente femenino con los diagnósticos antes mencionados, se realiza interconsulta a
Tratamiento	neurología para revaloración sin respuesta aún. Resonancia magnética e interpretación de
Pronóstico	encefalograma pendientes. Diagnóstico y tratamiento de acuerdo con guía de práctica clínica y algoritmos IMSS.
Riesgo de caídas y Recomendaciones	CGE 4 SPT; control de líquidos y urea por turno, coma con barondaes en alto, semi Fowler, vigilancia de datos de sangrado p cualquier nivel; cuidado de estado neurológico; mantener eutermia.

Solicitud de interconsulta

Destinatario de la interconsulta:	Dra. Sylvia Vega Alarcón.
Nombre del paciente	Francis Valeska Galindo Galindo.
Edad	25 años
Nombre terapeuta	Víctor Cabrera Uistaso.
Hipótesis diagnóstica	Síndrome depresivo.
DSM IV o CIE 10	

Señaló

Descripción de la sintomatología.

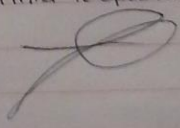
Paciente refiere:

- Imposibilidad de conciliar el sueño
- Disminución del apetito
- Desconcentración
- Temor.

Síntomas se producen por intento de violación por parte de un taxista mientras la paciente viajaba como pasajero. Como resultado de esta situación y en defensa propia la paciente se defiende con el arma blanca que el taxista usa para agredirla. En este momento está en espera de ser citada por los tribunales para iniciar el juicio respectivo.

Fecha

14	04	2011
----	----	------

Firma terapéutica:




TÍTULO

FECHA

Destinatario de la interconsulta	Crecimiento y endocrinología pediátrica
Nombre del paciente	Alcides Miller Ramos Clavo
Edad	1 año
Nombre terapeuta	Hilda Azucena López Palacio
Hipótesis diagnóstica DSM IV o CIE 10	Trastornos convulsivos.

Convulsivos

Descripción de la sintomatología

Paciente refiere:

- Trastornos convulsivos
- Neumonía aspirativa.

Paciente de 1 año de edad derivado de General Ponce Río Negro para estudio.

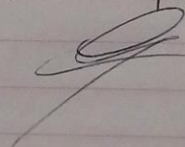
Antecedentes personales:

A los 19 días de vida, hiperbilirubinemia sin luminoterapia, ceguera congénita diagnosticada a los 4 meses de vida, hipotonía generalizada, no sostén cefálico, hipertonia distal, R.G.E.S., obesidad, retraso madurativo severo, múltiples internaciones por dificultad respiratoria severa, hipernotemia asintomática, última internación 29/11/07 por status convulsivo shock séptico, falla multiorgánica AMR 2 meses.

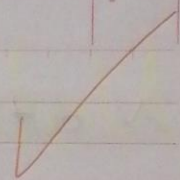
Fecha

11 | 03 | 2008

Firma terapéutica



Referencia



Referencia de paciente

Fecha: 22 - Junio - 2022

Unidad médica que refiere: Comitán

Unidad médica destinataria: Casa Geriátrica

Especialidad: Rehabilitación

Hospitalización: No

Envío 1ª vez X

Subsecuentes _____

Ordinario X

Urgente _____

CEFORA VILCABREAL HERNÁNDEZ, Titular femenino 55 años ISSTECH.

Resumen clínico y exploración física:

Se trata de femenino de 55 años de edad, presenta el diagnóstico de PO de 1er dedo en gatillo, liberación de polea, 2 semanas de evolución, anulo a terapia de 1er dedo de mano izquierda para usg el terapeutico.

- ① Masoterapia
- ② Termoterapia
- ③ Hidroterapia
- ④ Bandas neuro musculares
- ⑤ Electro estimulación
- ⑥ Fortalecimiento muscular

Nombre, Firma del
médico

Adlene Godillo
Nombre y
Firma



Nota de Egreso

Nombre del paciente: José Luis Cabrera López No. de paciente: 125
Edad: 42 años Sexo: masculino Habitación No: 15
Fecha: 03/12/2018 Hora: 11:30

Diagnóstico de ingreso: Colecistitis crónica por pólipos vesiculares.
Diagnóstico de egreso: Colecistitis crónica por pólipos vesiculares.

Fecha de ingreso: 03/10/2018 Fecha de egreso: 03/12/2018

Motivo de egreso: 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 42 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 cocidos, quinéticos y sin factores atenuantes, sin predominio de horario con duración aproximada de 30 minutos, que se presenta 2 veces al día y se acompaña espontáneamente de náuseas, y estreñimiento, así como sensación de plenitud postprandial sin antecedentes personales o hereditarios de importancia. Se le solicita una biometría hemática en la que hay leucocitos y PCR de 9 mg/l y un USG que confirma colecistitis crónica a causa de 3 pólipos intraluminales de aproximadamente 6 mm. Se programa una colecistectomía laparoscópica para el 11 de marzo del 2018, se realizó sin presentar complicaciones alguna, el paciente tuvo muy buena evolución y fue dado de alta el 12 de marzo de 2018.

Manejo durante su estancia hospitalaria: Dieta ayuno, solución salina al 0.9% 1000 cc cada 8 hrs, omeprazol IV 40 mg c/24 hrs, metoclopramida IV c/8 hrs, Ceftriaxona IV 1gr c/12 hrs, Ketorolaco IV 1 ampollita c/8 hrs. (VO)
(Días y horarios)

Nota Posquirúrgica

Registro de intervención quirúrgica:

- Nombre del paciente: Cabrera Lopez José Luis

Edad: 42 años

Sexo: Masculino

Sala: 2

Fecha de cirugía: 11/03/2018

Hora de inicio: 6:30 pm

hora de fin: 7:45 pm

Especificación quirúrgica

Diagnóstico preoperatorio: Colecistitis crónica por pólipos vesiculares.

Diagnóstico post-operatorio: Colecistitis crónica por pólipos vesiculares.

Operación planeada: Colectomía laparoscópica.*

Anestesia utilizada: Epidural

Descripción quirúrgica:

Paciente de cubito dorsal, se inyecta CO₂ en la cavidad abdominal a fin de crear un espacio real que permita trabajar, con la mayor libertad de movimiento. Se colocó el primer trocar por el ombligo, el laparoscopio ingresa por el la cavidad permitiendo hacer una exploración de todas las vísceras abdominales. Los otros trocares de trabajo se colocaron bajo visión directa.

Reporte quirúrgico:

Cuenta de gasas al inicio: 20

Cuenta de gasas al final: 20

Cuenta de compresas al final: 40

Incidentes y accidentes: Ninguno.

Plan:
Probsthio
Nombre / Firma
CP



Nota Prequirúrgica

Clinica - Hospital ISSTECH Comitán.

Nota de valoración de Traumatología y ortopedia 05-09-2022 18:02 H

Alma Rosa Morales Domínguez 40 años Cama 2.

Signos vitales: TA 110-70 mmHg, FC 80 x min, Fr: 20 x min, Temp: 36°C, SaO₂: 90%

Enterados del caso se trata de femenino de 40 años de edad, quien se encuentra cursando su 1er día de estancia intrahospitalaria. Niega enfermedades crónicas, niega alergia a medicamentos. Antecedente quirúrgico: cesárea.

Refiere inicio padecimiento actual el día 02-09-2022, al presentar pérdida del plano de sustentación, lo que condicionó limitación funcional, dolor intenso en tobillo derecho e imposibilidad para la marcha, motivo por el cual el día 05-09-2022 acude a valoración. Encontrando paciente orientada, tranquila, consciente.

Explanación física: no palidez de tegumentos, normohidratada, campos pulmonares limpios bien ventilados, abdomen -asignológico. Miembros superiores íntegros y funcionales. Miembro inferior derecho inmovilizado con férula supodólica, presenta deformidad en tobillo derecho, llenado capilar de pie derecho de 2 segundos, sin datos de CVD.

Radiografía ap y lateral de tobillo derecho: solución de continuidad de maléolo externo de tipo oblicua a nivel de la sindesmosis se aprecia separación del espacio claro tibioperoneo.

Diagnóstico: Fractura de tobillo derecho B de weber con lesión sindesmosal.

Plan: Candidata a tratamiento quirúrgico: rafi con osteosíntesis y tornillo situacional. Se envía a vida mejor ya que en este nosocomio no contamos con material de osteosíntesis, radiografías transquirúrgicas.

Pronóstico: Bueno para la vida, reservado para la función de acuerdo a evolución.