

HOJA DEL MEDICO

NOMBRE:

Cama No:

4

Médico tratante: Cristel alcalá ochoa

FECHA Y HORA	Evolución
<p data-bbox="107 470 331 541">9/10/2023 11:10am</p> <p data-bbox="107 583 250 768">TA: 100/90 FC: 80x1 FR: 18x1 TEM: 36 SPO2: 96%</p> <p data-bbox="107 852 422 924">DX: leucemia mieloide aguda</p> <p data-bbox="107 966 441 1134">TX: ferozbarbital 60 mg/dia (1-4 mg/dia) cada 24hrs Transplante de células madre</p>	<p data-bbox="483 470 724 499">TURNO: matutino</p> <p data-bbox="483 546 1544 714">P: paciente masculino de 81 años de edad, con cuadro de 24 horas de evolución, Paciente masculino de 81 años de edad, casado, católico, ocupación: agricultor, primaria incompleta (3 grado), procedencia y residencia en la ciudad de Quito, sin antecedentes clínicos ni quirúrgicos de importancia, llama la atención en los antecedentes familiares el fallecimiento de un hijo por leucemia</p> <p data-bbox="483 722 1544 890">S: El que acudió al servicio de salud por presentar un cuadro de 24 horas de evolución secundario a una aparente caída desde su propia altura (los familiares le encontraron en el suelo); luego de la cual comenzó a manifestar somnolencia, desorientación en persona, tiempo y espacio, incontinencia urinaria y dificultad para la deambulaci3n</p> <p data-bbox="483 898 1544 1066">O: paciente endomorfo con edad aparente a la cronol3gica Al ingreso fue catalogado con Escala de Coma de Glasgow (ECG) de 13/15 (motor: 5, ocular: 4, verbal: 4), poco colaborador, movimientos oculares normales, pupilas asimétricas: derecha 3mm, izquierda 2mm, sensibilidad y fuerza disminuida de manera global (test de fuerza muscular 3/5).</p> <p data-bbox="483 1075 1544 1285">A: se le efectúa una tomografía simple de cráneo encontrándose hematomas subdurales bilaterales, presenta episodios de sangrado recurrente y leucocitosis sostenida, en frotis de sangre periférica se observó 28% de blastos por lo que se realiza una biopsia de medula ósea descubriéndose un cariotipo medular compatible con leucemia mieloide aguda, debido a sus características clínicas y a su mala evoluci3n fue catalogado como paciente paliativo.</p> <p data-bbox="483 1293 1544 1461">P: traumatismo craneoencefálico y leucemia mieloide aguda Se decide administrarle un tratamiento sintomático, momento en el que presentaba un nuevo episodio de deterioro de su estado de conciencia (secundario clínicamente a nuevo sangrado cerebral, el que lo llevó al estado de coma), ECG 4/15 (motor 2, ocular: 1, verbal: 1) asociado a episodios de apnea.</p> <p data-bbox="483 1470 1338 1701">Alimentaci3n: Soluci3n salina de 500/ 8 hrs Gemtuzumab IV, ferozbarbital 60 mg/dia (1-4 mg/dia) cada 24hrs Cuidados paliativos Cuantificaci3n de líquidos Notificar al interno eventualidades Gracias😊</p>

HOJA DEL MEDICO

NOMBRE:

Cama No: 3

Médico tratante:

FECHA Y HORA	Evolución
<p data-bbox="107 533 357 604">11/10/23 13:30PM</p> <p data-bbox="107 646 243 831">TA: 110/70 FC: 100x1 FR: 25x1 TEM: 36° SPO2: 95%</p> <p data-bbox="107 915 406 987">DX: leucemia linfoide aguda</p> <p data-bbox="107 1029 438 1163">TX: aféresis plaquetaria clindamicina intravenosa 20 mg/kg/dosis quimioterapia</p>	<p data-bbox="519 533 763 562">TURNO: vespertino</p> <p data-bbox="519 604 1526 667">P: Se trata de paciente femenino de 5 años de edad proveniente de León, Guanajuato con diagnóstico de leucemia aguda linfoblástica precursora de células B</p> <p data-bbox="519 709 1526 865">S: paciente debutó con palidez generalizada, debilidad, dolor óseo, petequias generalizadas en la espalda, tórax y en las extremidades, al ser valorada por el médico pediatra es referida de inmediato al oncólogo por sospecha de leucemia. Debido a la nula cooperación de la paciente, a la complejidad de su padecimiento y a la urgencia del mismo se decide rehabilitar a la paciente bajo anestesia general.</p> <p data-bbox="519 907 1494 1003">O: paciente endomorfo con edad aparente a la cronológica, Buen estado general, sin alteraciones en las facies, marcha normal, peso bajo y cuerpo normolíneo, la exploración se encuentra infección bucal en amígdalas.</p> <p data-bbox="519 1045 1510 1171">A: Se le solicita estudios de laboratorio de biometría hemática y tiempos de coagulación. En la biometría hemática se observa que la paciente se encuentra anémica con una hemoglobina de 9 g/dL, neutropénica con un conteo de neutrófilos de 500/mm³ y trombocitopénica con un conteo de plaquetas de 50,000/mm³.</p> <p data-bbox="519 1213 1412 1276">P: se confirma diagnostico para leucemia linfoide aguda La paciente evoluciona adecuadamente sin presentar ninguna complicación</p> <ol data-bbox="519 1276 1364 1516" style="list-style-type: none">1.- Alimentación: dieta líquida por sonda NSG2.-Sol salina de 500/ 8 hrs3.-Se le indica tx clindamicina intravenosa 20 mg/kg/dosis por 8 días4.-Vigilancia a reacciones adversas a los fármacos5.-Cuidados generales6.-Reportar al interno eventualidades8.-Gracias

HOJA DEL MEDICO

NOMBRE:

Cama No:

8

Médico tratante: cristel alcalá

FECHA Y HORA	Evolución
<p>13/10/23 14:30pm</p> <p>TA: 120/80 FC: 80x1 FR:18x1 TEM: 36° SPO2: 92%</p> <p>DX: linfoma de Hodking</p> <p>TX: poliquimioterapia CHOP (6 ciclos: 1 ciclo/21 días) produciéndose una reducción lenta pero consistente de la masa tumoral</p>	<p>TURNO: vespertino</p> <p>P: Se trata de paciente femenino de 45 años, acude a consulta porque desde hace dos o tres meses, tuvo una aparición de masa en cara interna de brazo izquierdo con crecimiento rápidamente progresivo y escasamente doloroso.</p> <p>S: la paciente No había percibido otras tumoraciones, ni refería sintomatología de síndrome general. Relataba que hacía unos nueve años, había presentado una tumoración en la misma localización del tamaño de una "nuez" por la que no consultó creyendo que se trataba de un quiste sebáceo.</p> <p>O: paciente endomorfo con edad aparente a la cronológica, Buen estado general, sin alteraciones en las facies, marcha normal, peso normal y cuerpo normolíneo, En la exploración física se apreciaba una adenopatía axilar izquierda de unos 2 centímetros de diámetro de contornos lisos y redondeados, fija en profundidad; otra adenopatía supraclavicular izquierda de unos 0,5 centímetros de diámetro, móvil, no adherida y masa en cara interna del tercio proximal del brazo izquierdo dura, violácea, caliente, ligeramente dolorosa de 12-15 centímetros de diámetro</p> <p>A: Se realizó radiografía de tórax y brazo izquierdo en la que se apreciaba aumento de partes blandas en brazo izquierdo en zona anterior y media sin afectación ósea adyacente, La PAAF masa tumoral demostró un linfoma de alto grado, tipo B. Y la biopsia de la masa y del ganglio axilar con una anatomía patológica que evidenciaba un LNH de célula grande B y una citometría demostró una población B clonal cd19+, lambda. Adenopatía axilar: linfoma folicular con patrón difuso en el 90%</p> <p>P: se confirma diagnostico para linfoma de Hodking de células B La paciente evoluciona adecuadamente sin presentar ninguna complicación</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Alimentación: dieta líquida por sonda NSG 2.-Sol salina de 1000/ 12 hrs 3.-Se le indica Tx poliquimioterapia CHOP (6 ciclos: 1 ciclo/21 días) produciéndose una reducción lenta pero consistente de la masa tumoral 4.-Vigilancia a reacciones adversas a los fármacos 5.-Cuidados generales 6.-Reportar al interno eventualidades 8.-Gracias

HOJA DEL MEDICO

NOMBRE:

Cama No:

12

Médico tratante: cristel alcalá

FECHA Y HORA	Evolución
<p>14/10/23 16:30pm</p> <p>TA: 110/80 FC: 70x1 FR: 20x1 TEM: 36° SPO2: 92%</p> <p>DX: linfoma de no Hodking</p> <p>TX: CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona) antirretroviral (Truvada y efavirenz)</p>	<p>Turno vespertino</p> <p>P: Se presenta el caso clínico de un paciente de 44 años de edad, con diagnóstico de virus de inmunodeficiencia humana/sida desde el año 2018, que fue ingresado en el Hospital por presentar aumento progresivo del volumen de la región anterior y lateral izquierda del cuello que se extendía hasta la zona anterior de la axila de ese lado diagnosticado con linfoma de no Hodking</p> <p>S: el paciente refiere con cianosis y edema en esclavina, disfagia, tos seca irritativa, ronquera, así como astenia marcada, anorexia y pérdida de peso, teniendo en cuenta que también presenta candidiasis bucal y esofágica, y síndrome de consunción por el virus de inmunodeficiencia humana.</p> <p>O: paciente endomorfo con edad aparente a la cronológica, Buen estado general, Se constató aumento de volumen en la cara, con ligera cianosis, palidez cutáneo mucosa, además de panículo adiposo muy disminuido, lesiones de aspecto blanquecino, en la lengua y en la bucofaríngea, con extensión a la mucosa esofágica, y queilitis angular, También presentaba aumento de volumen en toda la región ganglionar anterior e izquierda del cuello (edema en esclavina) y en la zona axilar anterior del mismo lado, de superficie lisa, consistencia dura, adherida a planos profundos y fluctuantes con tendencia a ulcerarse en la piel que lo recubría, parecido a una escrófula, con drenaje de material serohemático.</p> <p>A: Se le solicita estudios de laboratorios Hemoglobina: 9,7 g/L – Hematocrito: 0,32 L/L – Leucocitos: 9,9 x 10⁹ L – Segmentados: 0,70 – Eosinófilos: 0,00 – Monocitos: 0,02 – Linfocitos: 0,26 – Eritrosedimentación: 55 mm/h – Glucemia: 4,7 mmol/L – Creatinina: 114 mmol/L, Biopsia ganglionar: presencia de abundantes linfocitos y linfoblastos atípicos con núcleo hiper Cromático. Borramiento de la estructura ganglionar. Linfoma no Hodgkin de alto grado</p> <p>P: se confirma diagnóstico linfoma de no Hodking</p> <p>La paciente evoluciona adecuadamente sin presentar ninguna complicación</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alimentación: dieta normal sin restricciones 2. Se le indica Tx ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona, Esquema de 2 ciclos y terapia antirretroviral (Truvada y efavirenz) 3. Vigilancia a reacciones adversas a los fármacos 4. Cuidados generales 5. Reportar al interno eventualidades 6. Gracias

HOJA DEL MEDICO

NOMBRE:

Cama No: 2

Médico tratante: cristel alcalá

FECHA Y HORA	Evolución
<p data-bbox="105 533 358 604">14/10/23 10:30pm</p> <p data-bbox="105 646 253 831">TA: 130/80 FC: 84x1 FR: 20x1 TEM: 36,3° SPO2: 92%</p> <p data-bbox="105 915 427 947">DX: lesión renal aguda</p> <p data-bbox="105 993 410 1058">TX: diálisis y Kionex de 15g/60ml via Orañ</p>	<p data-bbox="521 533 724 564">Turno nocturno</p> <p data-bbox="521 569 1523 667">P: El paciente acude al Servicio de Urgencias por presentar cuadro de tos de 10 días de evolución acompañado de oligoanuria sin globo vesical, diagnosticado con IRA</p> <p data-bbox="521 709 1533 808">S: paciente debutó con edema periférico, dolor en la parte posterior de la espalda, somnolencia, dificultad respiratoria, fatiga y confusión, refiere sentir sabor metálico en la boca</p> <p data-bbox="521 850 1536 949">O: A su ingreso, el paciente permanece anúrico (50 cc en 24h) y con niveles ascendentes de creatinina. Se decide la colocación de un catéter central en la vena yugular e inicio de HD diaria para corregir los valores de creatinina</p> <p data-bbox="521 991 1539 1262">A: Se realiza una ecografía abdominal donde se objetiva dilatación de vías excretoras, lo que hace pensar que haya obstrucción a nivel de vías urinarias y esto provoque la oliguria. En principio, el diagnóstico inicial se encamina hacia una IRA rápidamente progresiva de causa obstructiva, que se descarta posteriormente con la realización de una urografía por resonancia magnética (donde no se observa obstrucción de vías urinarias) y estudio etiológico, en el que se evidencia un número elevado de anticuerpos antiMBG, hematuria macroscópica, leucocituria y proteinuria</p> <p data-bbox="521 1266 1284 1297">P: se confirma diagnóstico para insuficiencia Renal Aguda</p> <p data-bbox="521 1302 1511 1333">La paciente evoluciona adecuadamente sin presentar ninguna complicación</p> <ol data-bbox="570 1337 1539 1577" style="list-style-type: none">1. Alimentación balanceada baja en sodio,2. Solución salina IV de 500/8hrs3. se le indica diálisis y con un tratamiento de mantenimiento con kionex presentación de 15g/60ml via oral4. Cuidados generales5. Reportar al interno eventualidades6. Gracias

HOJA DEL MEDICO

NOMBRE:

Cama No: 6

Médico tratante: cristel alcalá

FECHA Y HORA	Evolución
<p data-bbox="105 535 357 604">14/10/23 12:30am</p> <p data-bbox="105 646 251 835">TA: 140/80 FC: 90x1 FR:19x1 TEM: 36,5° SPO2: 92%</p> <p data-bbox="105 919 446 951">DX: lesión renal crónica</p> <p data-bbox="105 993 406 1066">TX: Intervención Qx de trasplante.</p>	<p data-bbox="521 535 771 567">TURNO: Nocturno</p> <p data-bbox="521 577 1534 682">P.- Paciente acude al área de urgencias por presentar síntomas de nauseas, vómitos, pérdida del apetito, fatiga, cambios en la producción de orina y presión arterial elevada.</p> <p data-bbox="521 724 1550 829">S.- Paciente debuto con edema en extremidades inferiores, disminución de la diuresis, a su ingreso presentaba fiebre, presentaba hepatomegalia.</p> <p data-bbox="521 871 1550 987">O.- A su ingreso se realizaron estudios diagnósticos y se encontraba con un filtrado glomerular del 17% lo cual indica estar en un estadio III y se hará valoración para intervención quirúrgica.</p> <p data-bbox="521 1029 1534 1239">A.- Se realiza una ecografía abdominal donde se objetiva dilatación de vías excretoras, lo que hace pensar que haya obstrucción a nivel de vías urinarias provocando la diuresis y los cambios de producción de orina, se hace un diagnostico diferencial entre una lesión renal aguda la cual se descarta al realizar una resonancia magnética en la cual se observa una obstrucción en los conductos de vías urinarias.</p> <p data-bbox="521 1281 1518 1354">P.- Se confirma el diagnostico de lesión renal crónica, en la cual se le realizara intervención quirúrgica al paciente.</p> <ol data-bbox="521 1396 1437 1585" style="list-style-type: none">1.- Cuidados generales.2.- Mantener el control de la presión arterial.3.- Controlar niveles de lípidos en sangre.4.- Reportar eventualidades al interno Iván Alonso López López.5.- Gracias!