



Universidad del Sureste
Campus Comitán de Domínguez Chiapas
Licenciatura en Medicina Humana

Tema: NOTA MÉDICA.

Nombre del alumno: José Alberto Cifuentes Cardona.

Grupo: "B" Grado: Quinto Semestre.

Materia: Medicina Interna.

Nombre del profesor: Dr. Gerardo Cancino Gordillo.

NOTA MEDICA

Nombre:
Cama:

Exp:
Servicio:

FECHA

PRESCRIPCIÓN

12/10/2023
15:00 hrs.

T/A:140/90mm/Hg
FC: 105x´
FR: 26x´
Temp: 37.5C°
Spo2: 89%
DxTx:180mg/dl

P

Masculino de 60 años taxista jubilado de 76 años, bebedor y fumador ocasional con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, arritmia cardíaca. Intervenido de apendicectomía, y hemorroides. Recibe tratamiento crónico con ADO, omeprazol, AAS, y candesartán.

Acudió al servicio de urgencias por astenia, anorexia, sensación nauseosa y dolor en epigastrio de una semana de evolución atendido por medico particular en su lugar de residencia

→El 05 de octubre, se realiza biopsia y aspirado de médula ósea, siendo el resultado compatible con leucemia mieloide aguda.

-Mielograma: Hiper celular con infiltración blástica 61 %, promielocitos 3 %, mielocitos 1,5 %, segmentados 3,5 %, eosinófilos 1 %, basófilos 4 %, monocitos 19 % y linfocitos 5 %.

S

Paciente que se encuentra despierto, responde a preguntas realizadas, refiere haber tenido mucho agotamiento con cuadros febriles de 38C°, px que se encuentra con deterioro del estado de ánimo y desesperado, debido a que se encuentra hospitalizado debido a patología actual, la preocupación de la estancia hospitalaria le preocupa debido a que no ha visto a su esposa y se encuentra sola en su domicilio, paciente que se encuentra sin presencia de dolor ni clínica infecciosa o hemorrágica, con tolerancia a la vía oral, uresis y evacuaciones normales hasta el momento.

O

A la exploración física no se encuentran adenopatías externas, Paciente con palidez marcada en tegumentos. Hipoventilación y crepitantes finos en ambas bases pulmonares, arritmia cardíaca sin soplos, hepatomegalia de 4 cm por debajo de reborde costal. No esplenomegalia, a nivel de Miembros superiores y abdomen con presencia de hematomas resto sin compromiso.

A

Px que se encuentra con buen estado de orientacion, al cual se le coloca venocclisis periférica con Punzocat #18 para administración de líquidos y medicamentos, se le coloco sonda Foley #17, para registrar conteo de líquidos, paciente se encuentra delicado deprimido con mal pronóstico por su avanzada edad, comorbilidad y estudio citogenético de muy mal pronóstico. A las 24 h del ingreso, presentó un síndrome febril sin evidencia de foco con hemocultivos positivos para Staphylococcus schleiferi sensibles a penicilina, el cual se informa a familiares sobre la gravedad del paciente y aceptan tratamiento paliativo, totalmente enterados de cualquier eventualidad que pueda pasar con el paciente, se le realizan estudios de laboratorio, arrojando los siguientes parámetros:

→BH: Hemoglobina 9 gr/dl, hematócrito 30,1 %, VCM 102 fl, reticulocitos 12 × 10⁹ /l, plaquetas 93 × 10⁹ /l, leucocitos 38 × 10⁹ /l (blastos 44 %, promielocitos 12 %, mielocitos 2 %, metamielocitos 2 %, cayados 3 %, segmentados 2 %, eosinófilos 1 %, basófilos 1 %, monocitos 26 %, linfocitos 7 %).

→Tiempos de coagulación normal.

→Bioquímica general: LDH: 2.826 U/l, úrico 13 mg/dl, urea 66 mg/dl, creatinina 1,78 mg/dl.

→Pruebas de función hepática normales.

IDX: LEUSEMIA MIELOIDE AGUDA + DM2 + HAS.

P

1.- Dieta normal

2.- Sol Fisiológica 1000ml P/8 hrs.

Sol fisiológica 500ml + MVI P/3 hrs.

3.-

1.-Omeprazol 40mg IV c/24 hrs

2.-Ondasentron 8mg IV C/8 hrs

3.-Candesartan 8mg VO c/12 hrs

4.-Aspirina protec 100mg VO c/24 hrs.

5.-Janumet 50/1000mg VO c/12 hrs.

6.-Ceftriaxona 1gr IV C12 hrs (12-10-23) (1)

7.-MNB, (1ml combivent + 2cc sol fisiológica) C/8 hrs 3 dias.

8.-Paracetamol 1gr IV c/8 hrs

4.-CGE y SVPT

Vigilar diuresis y conteo de líquidos.

Vigilar emesis.

Vigilar estado de conciencia del paciente.

5.-Pendiente BH de control

Solicito valoración por médico internista para envié a 3 nivel.

6.-Reportar eventualidades

7.-GRACIAS!!



JOSE ALBERTO CIFUENTES CADONA
CED- PROFECIONAL: 96310470
MEDICO RESPONSABLE

NOTA MEDICA

Nombre:
Cama:

Exp:
Servicio:

FECHA

PRESCRIPCIÓN

13/10/2023
08:00 hrs.

T/A:----- mm/Hg
FC: 155x´
FR: 28x´
Temp: 37.9 C°
Spo2: 91%
DxTx:-----

P
Femenina de 1 año 12 meses de edad ingresado a urgencias el día de ayer por presentar vómitos frecuentes y disminución de su actividad actual con astenia en aumento de 2 semanas de evolución, madre refiera importante de pérdida de peso en las últimas semanas.

S
Paciente muy irritado que presenta sudoración nocturna, debilidad, astenia y adinamia, vómitos, hepatoesplenomegalia, pérdida de apetito, epistaxis, gingivorragia y llanto que calma en brazo de la madre.

O
Con palidez marcada en tegumentos, mucosas orales bien hidratada y con buena perfusión. Relleno capilar menor de 2 segundos. Mucosas húmedas. Faringe sin hallazgos. No se palpan adenopatías. Oídos sin alteraciones. No hay rigidez de nuca ni signos meníngeos. Auscultación cardíaca no se auscultan soplos. Auscultación pulmonar: normoventilado en todos los campos. Buena entrada de aire bilateral. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. No se objetiva defensa. Se palpa hepatomegalia y esplenomegalia. Peristaltismo conservado.
En la inspección se encuentran hematomas en extremidad superior izquierda y en ambas zonas pretibiales de extremidades inferiores (con traumatismos leves según refiere la madre). No petequias. No se palpan adenopatías axilares ni supraclaviculares ni en hueso popliteo. Se palpan microadenias inguinales.

A
Al revisar su historial médico se encuentra que la 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, En la biometría hemática se observa que la paciente se encuentra anémica con una hemoglobina de 9g/dL, neutropénica con un conteo de neutrófilos de 500/mm y trombocitopénica con un conteo de plaquetas de 50,000/mm.

Aspirado de médula ósea: Médula hiper celular en la que se apreciaba infiltración masiva por blastos indiferenciados de tamaño mediano y grande. Morfológicamente estos elementos presentaban una alta relación núcleo-citoplasmática, núcleo de aspecto redondeado con algunas circunvalaciones, cromatina inmadura y, ocasionalmente, uno o dos nucléolos.

TAC con Hepatoesplenomegalia por infiltración blástica al hígado, bazo y ganglios. Presencia de adenomegalias en más de dos sitios

IDX: Leucemia linfocítica aguda

P

1.- Dieta normal/Seno materno a libre demanda.

- 2.- SOLUCIONES BASE P/24 HRS GKM
- SOL. GLUCOSA 10%.....250.0 ML
 - SOL. FISIOLÓGICA 0.9 %.....40ML
 - KCL AMP 10 ML2.1 ML
 - GLUCONATO DE CALCIO2.1 ML
 - SULFATO DE MAGNESIO1.00 ML
- VT 295 CC PP 12.3 C/H

- 3.-Medicamentos
- VITAMINA K 1 MG IV C/24 HRS
 - OMEPRAZOL 2MG IV C/12HRS
 - MEROPENEM 40 MG IV C/ 8 HRS (20MG/K/8H) (1).

4.-CGE y SVPT
Vigilar estado de conciencia del paciente.
Curva térmica
Puntas nasales a 1 ltr por minuto.

5.-Pendiente BH de control
Solicito valoración por medico oncologo para inicio con tratamiento e inmunosupresores.

6.-Reportar eventualidades

7.-GRACIAS!!

JOSE ALBERTO CIFUENTES CADONA
CED- PROFECIONAL: 96310470
MEDICO RESPONSABLE

NOTA MEDICA

Nombre:
Cama:

Exp:
Servicio:

FECHA

PRESCRIPCIÓN

14/10/2023
14:00 hrs.

T/A:100/60 mm/Hg
FC: 92x´
FR: 20x´
Temp: 36.7C°
Spo2: 94%
DxTx:-----

P

Masculino de 66 años, agricultor, relativamente bien de salud, tabaquismo ocasional, no recibió inmunizaciones durante toda su infancia. con antecedentes familiares de diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica. Refiere que fue diagnosticado con colelitiasis hace 2 años aproximadamente, sin otros antecedentes personales de importancia.

S

Acude a cita por presentar cuadro febril mayor a 38°C, sudoración nocturna generalmente que empapan, pérdida de peso sin razón aparente, prurito e malestar en zona cervical por inflamación no dolorosa de ganglios linfáticos. con buen estado de conciencia a pesar de la fiebre, orientado y cooperador.

O

Normo céfalo, con adecuada implantación de cabello, adecuada coloración de tegumentos, pupilas normoreflexicas a estímulos luminosos, pabellones auriculares íntegros, conductos auditivos permeables, sin lesiones visibles, fosas nasales permeables, mucosa oral adecuadamente hidratada. cuello con arcos de movilidad conservados con presencia de única protuberancia no dolorosa. continua la exploración física sin más hallazgos de masas visibles y sin alteraciones.

A

Masculino en la sexta década de la vida, sin morbilidades el cual se le hacen estudios de laboratorio, Tomografía por emisión de positrones y computarizada por lo que se procede a colocar un medio de contraste intravenoso e ingresa a radiología. Posteriormente se realiza una biopsia con los siguientes resultados:

Biopsia: células de Reed-Sternberg positivas

Biometría hemática: hemoglobina <10.5g/100ml. Leucocitos >15000ul. Linfocitos <600/ul. Química sanguínea: albumina <4g/100ml, Velocidad de eritrosedimentación: <30

TAC: Ganglios linfáticos agrandados, hiperdensa en región cervical.

IDX: Linfoma de Hodgkin

P

1.- Dieta normal

2.- Soluciones

Sol. Glucosa al 5% 1000ml P/8 hrs. Continuar

Sol. Mixta 1000ml P/12 hrs.

3.-Medicamentos

1.-Omeprazol 40mg IV c/24 hrs

2.-Ondasentron 8mg IV C/8 hrs

3.-Doxorrubicina: 30mg/m² C/7 dias

4.-Vinblastina: 3,7mg/m² C/30 dias.

4.-CGE y SVPT

Vigilar estado de conciencia del paciente.

Vigilar emesis.

5.-Pendiente BH de control

6.-Reportar eventualidades

7.-GRACIAS!!



JOSE ALBERTO CIFUENTES CADONA
CED- PROFECIONAL: 96310470
MEDICO RESPONSABLE

NOTA MEDICA

Nombre:
Cama:

Exp:
Servicio:

FECHA

PRESCRIPCIÓN

15/10/2023
08:00 hrs.

T/A:100/70 mm/Hg
FC: 80x´
FR: 20x´
Temp: 39.0C°
Spo2: 90%
DxTx:-----

P

Paciente de 50 años el cual es ingresado a urgencias por presentar la presencia de una lesión conjuntival en el ojo izquierdo, motivo por el que acudió con su médico, quien le prescribió antibiótico local sin mejoría de la lesión, Este se había iniciado un año atrás después encontró aumento progresivo del volumen de la región anterior y lateral izquierda del cuello que se extendía hasta la zona anterior de la axila, zona cual se encuentra edematosa con edema, paciente que refiere no poder ingerir su alimentos desde hace aproximadamente 15 días con pérdida de peso aproximadamente de 8 kg a la fecha.

S

Paciente presenta aumento de tamaño de ganglios linfáticos de cuello y axila, fiebre, con sudoraciones nocturnas, sensación de cansancio y fatigado, pérdida de peso sin razón conocida, dolor torácico sin razón aparente.

O

Aumento de volumen en la cara con predominio en ambos párpados, con ligera cianosis, palidez cutáneomucosa, además de panículo adiposo muy disminuido, lesiones de aspecto blanquecino en la lengua y en la bucofaringe, con extensión a la mucosa esofágica, y queilitis angular , también presenta aumento de volumen en toda la región ganglionar anterior e izquierda del cuello 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 recubre, parecido a un absceso, con drenaje de material purulento con sangre.

A

Posteriormente, se agregó a la sintomatología un aumento de volumen en ambos párpados con predominio en el izquierdo, acompañado por dificultad y disminución de la apertura ocular. En ese momento se inició un protocolo de estudio por parte del servicio de Oftalmología, en el cual se obtuvo una biopsia cuyo reporte fue LNH de la zona marginal, de bajo grado, derivado del tejido linfoide asociado a la conjuntiva, con las siguientes características inmunofenotípicas: CD20+, CD43+, Ki67: 40%, CD3-, CD5-, Ciclina D1-, BCL2+, BCL6-.

BH: 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

Química sanguínea: Glucemia: 4,7 mmol/L – Creatinina: 114 mmol/L – Transaminasa glutámico-pirúvica: 145 mmol/L – Transaminasa glutámico-oxalacética: 48 mmol/L – Colesterol: 4,3 mmol/L – Urato: 451 mmol/L – Gamma glutamil-transpeptidasa: 68 mmol/L – Lactato deshidrogenasa: 569 mmol/L – Fosfatasa alcalina: 314 mmol/L

IDX: Linfoma de no Hodgkin

P

1.- Dieta Blanda

2.- Soluciones

Sol. Mixta al 5% 1000ml P/12 hrs. Continuar
Sol. Fisiológica 1000ml PVP

3.-Medicamentos

1.-Rituximab 375 mg para goteo continuo (4 ciclos) (1 ciclo)
2.-Ondasentron 8mg IV C/8 hrs

4.-CGE y SVPT

Vigilar estado de conciencia del paciente.
Vigilar grado de dolor

5.-Pendiente

Solicito valoración por medico radioncologo para aplicación de tratamiento local.

6.-Reportar eventualidades

7.-GRACIAS!!



JOSE ALBERTO CIFUENTES CADONA
CED- PROFECIONAL: 96310470
MEDICO RESPONSABLE

NOTA MEDICA

Nombre:
Cama:

Exp:
Servicio:

FECHA

PRESCRIPCIÓN

16/10/2023
08:00 hrs.

T/A:130/80 mm/Hg
FC: 84x´
FR: 20x´
Temp: 36.3C°
Spo2: 97%
DxTx:-----

P

Paciente masculino de 71 años de edad que acude al Servicio de Urgencias por presentar desde hace más de 5 días un cuadro de náuseas y vómitos abundantes junto con deposiciones diarreicas (2 a 3 al día) líquidas y sin productos patológicos. No refiere sensación distérmica. El paciente si refiere haber disminuido la diuresis en los últimos días, refiriendo edema de miembros inferiores que tuvo inicio aproximadamente hace un mes, se automedicó analgésicos y antiinflamatorios sin resultados. Consiguiente a esto refiere comenzar a presentar dolor severo a nivel de epigastrio.

S

El paciente acude refiriendo edema de miembros inferiores que tuvo inicio aproximadamente hace un mes, se automedicó analgésicos y antiinflamatorios sin resultados. Consiguiente a esto refiere comenzar a presentar dolor severo a nivel de epigastrio.

O

Paciente que se encuentra Consciente y orientado la exploración física se encuentra cráneo sin alteraciones, cuello cilíndrico y normal, ingurgitación yugular leve. Corazón rítmico, sin soplos o agregados. Abdomen distendido con presencia de dolor a la palpación. Con signos de globo vesical

A

Se le realiza pruebas de funcionamiento renal objetivándose creatinina de 14 mg/dl y se coloca sonda vesical por endoscopia, apreciándose estenosis de uretra que precisa dilatación. Tras realizar sondaje vesical se inicia tratamiento con soluciones intravenosas y furosemida. A pesar de ello, continúa oligoanúrico, por lo que se le pide traslado a hospital de segundo nivel para su valoración por medico nefrólogo.

IDX: Lesión Renal Aguda

P

1.- Dieta hipoproteica.

2.- Soluciones

Sol. Fisiológica 1000MI P/24 hrs.

3.-Medicamentos

1.-Omeprazol 40mg IV c/24 hrs

2.-Furosemida 20mg C/8 hrs.

3.-Espironolactona 25 mg C/8 hrs.

4.-Difenidol 40mg IV PRN hrs en caso de nauseas.

4.-CGE y SVPT

Vigilar estado de conciencia del paciente

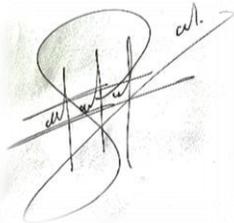
Vigilar Uresis y conteo de líquidos estricto.

5.-Pendiente

Solicito valoración por medico internista y envió a valoración por nefrólogo a 2 nivel.

6.-Reportar eventualidades

7.-GRACIAS!!



JOSE ALBERTO CIFUENTES CADONA

CED- PROFECIONAL: 96310470

MEDICO RESPONSABLE

NOTA MEDICA

Nombre:
Cama:

Exp:
Servicio:

FECHA

PRESCRIPCIÓN

17/10/2023
14:00 hrs.

T/A:197/106 mm/Hg
FC: 100x´
FR: 16x´
Temp: 36.7C°
Spo2: 94%
DxTx:-----

P
Masculino de 68 años de edad, alcohólico, fumador activo. Se presenta a consulta por hipertensión arterial, náuseas, vomito, edema de miembros inferiores, calambres, fatiga, debilidad, cambios en la producción de orina y disminución de la agudeza mental. No tiene ningún tratamiento ya que es la primera vez que se presenta a consulta

S
El paciente refiere haber iniciado con los síntomas hace dos semanas con disminución en la producción de orina, elevaciones de la presión arterial el cual no tiene tratamiento, dice estar cansado, por las mañanas tiene náuseas y en todo el día vomita al menos 2 veces y por las noches le da calambre, hace 5 días empezó con edema de los miembros inferiores.

O
A la exploración física el paciente se encuentra orientado en persona, tiempo y espacio, pero responde a las preguntas realizadas con lentitud, pálido y débil. Cabeza y cuello. normocéfalo, cabello buen implantado, pupilas isocóricas y simétricas. Tórax: Normolíneo y simétrico, no hay crepitaciones. Abdomen: plano, sin visceromegalias y dolor retroperitoneal. Miembros inferiores: íntegros con presencia de edema. Genitales: sin alteraciones.

A
Masculino en la sexta década de la vida, con morbilidad presente el cual se le hacen estudios de laboratorio, pruebas de funcionamiento renal Creatinina 3,9 mg/dl y Urea 49 mg/dl.
RX de tórax con derrame pleural.

IDX: Lesión renal crónica

P
1.- Dieta hipoproteica.

2.- Soluciones
Sol. Fisiológica 1000MI P/24 hrs.

3.-Medicamentos
1.-Omeprazol 40mg IV c/24 hrs
2.-Furosemida 20mg C/8 hrs.
3.-Espironolactona 25 mg C/8 hrs.
4.-Difenidol 40mg IV PRN hrs en caso de nauseas.
6.-Hidroclorotiazida 25mg VO C/24 hrs.
7.-Nifedipino 30mg C/12 hrs.

4.-CGE y SVPT
Vigilar estado de conciencia del paciente
Vigilar Uresis y conteo de líquidos estricto.

5.-Pendiente
Solicito valoración por medico internista y envió a valoración por nefrólogo a 2 nivel.

6.-Reportar eventualidades

7.-GRACIAS!!



JOSE ALBERTO CIFUENTES CADONA
CED- PROFECIONAL: 96310470
MEDICO RESPONSABLE