

**Universidad del sureste
Campus Comitán**

Licenciatura en Medicina Humana

Tema: Notas Medicas

Docente: Dr. Cancino Gordillo Gerardo

Alumno: Iván Alonso López López

Grado: Quinto semestre

Grupo "B"

Materia: Medicina Interna

HOJA DEL MEDICO

NOMBRE:

Cama No:

4

Médico tratante: Iván Alonso López López

FECHA Y HORA	Evolución
<p data-bbox="107 470 347 537">9/10/2023 11:10am</p> <p data-bbox="107 579 269 758">TA: 100/90 FC: 80x1 FR: 18x1 TEM: 36 SPO2: 96%</p> <p data-bbox="107 835 438 905">DX: Leucemia Mieloide Aguda</p> <p data-bbox="107 947 435 1108">TX: Fenobarbital 60 mg/día (1-4 mg/día) cada 24hrs Trasfusión de células madre.</p>	<p data-bbox="483 470 708 499">Turno: Matutino</p> <p data-bbox="483 537 1544 667">P: paciente masculino de 81 años de edad, con cuadro de 24 horas de evolución, ocupación: agricultor, procedencia y residencia en la ciudad de Juarez, 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="483 674 1528 835">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 deambulación.</p> <p data-bbox="483 842 1544 1003">O: paciente endomorfo con edad aparente a la cronológica 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 1010 1544 1203">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 evolución fue catalogado como paciente paliativo.</p> <p data-bbox="483 1209 1528 1371">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> <ol data-bbox="483 1377 1373 1570" style="list-style-type: none">1.- Solución salina de 500/ 8 hrs2.- Gemtuzumab IV, fenobarbital 60 mg/día (1-4 mg/día) cada 24hrs3.- Cuidados paliativos4.- Cuantificación de líquidos5.- Eventualidades notificar al interno Iván Alonso López López6.- Gracias!

HOJA DEL MEDICO

NOMBRE:

Cama No: 3

Médico tratante: Iván Alonso López López

FECHA Y HORA	Evolución
<p data-bbox="107 533 365 600">11/10/23 13:30PM</p> <p data-bbox="107 642 267 821">TA: 110/70 FC: 100x1 FR: 25x1 TEM: 36° SPO2: 95%</p> <p data-bbox="107 898 430 968">DX: Leucemia Linfoide Aguda</p> <p data-bbox="107 1010 406 1129">TX: aféresis plaquetaria clindamicina intravenosa 20 mg/kg/dosis quimioterapia</p>	<p data-bbox="521 533 771 562">Turno: Vespertino</p> <p data-bbox="521 600 1485 695">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="521 732 1539 932">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="521 970 1485 1064">O: paciente endomorfico 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="521 1102 1502 1268">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="521 1306 1502 1602">P: se confirma diagnostico para leucemia linfoide aguda La paciente evoluciona adecuadamente sin presentar ninguna complicación 1.- Alimentación: dieta líquida por sonda NSG 2.- Sol salina de 500/ 8 hrs 3.- Se le indica Tx clindamicina intravenosa 20 mg/kg/dosis por 8 días 4.- Vigilancia a reacciones adversas a los fármacos 5.- Cuidados generales 6.- Eventualidades notificar al interno Iván Alonso López López 7.- Gracias!</p>

HOJA DEL MEDICO

NOMBRE:

Cama No:

8

Médico tratante: Iván Alonso López López

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.- Eventualidades notificar al interno Iván Alonso López López 8.- Gracias!

HOJA DEL MEDICO

NOMBRE:

Cama No:

12

Médico tratante: Iván Alonso López López

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 endomorfico 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 diagnostico 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.- Eventualidades notificar al interno Iván Alonso López López 6.- Gracias!

HOJA DEL MEDICO

NOMBRE:

Cama No: 2

Médico tratante: Iván Alonso López López

FECHA Y HORA	Evolución
<p data-bbox="105 533 358 604">14/10/23 10:30pm</p> <p data-bbox="105 646 269 825">TA: 130/80 FC: 84x1 FR: 20x1 TEM: 36,3° SPO2: 92%</p> <p data-bbox="105 905 456 936">DX: Lesión Renal Aguda</p> <p data-bbox="105 978 448 1041">TX: diálisis y Kionex de 15g/60ml via Orañ</p>	<p data-bbox="521 533 753 564">Turno: Nocturno</p> <p data-bbox="521 569 1520 663">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="521 701 1511 798">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="521 835 1533 932">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="521 970 1544 1234">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 1239 1284 1270">P: se confirma diagnóstico para insuficiencia Renal Aguda</p> <p data-bbox="521 1274 1503 1306">La paciente evoluciona adecuadamente sin presentar ninguna complicación</p> <ol data-bbox="521 1310 1479 1535" style="list-style-type: none">1.- Alimentación balanceada baja en sodio,2.- Solución salina IV de 500/8hrs3.- se le indica dialisis y con un tratamiento de mantenimiento con kionex presentación de 15g/60ml via oral4.- Cuidados generales5.- Eventualidades notificar al interno Iván Alonso López López6.- Gracias!

HOJA DEL MEDICO

NOMBRE:

Cama No: 6

Médico tratante: Iván Alonso López López

FECHA Y HORA	Evolución
<p>14/10/23 12:30am</p> <p>TA: 140/80 FC: 90x1 FR: 19x1 TEM: 36,5° SPO2: 92%</p> <p>DX: Lesión Renal Crónica</p> <p>TX: Intervención Qx de trasplante.</p>	<p>Turno: Nocturno</p> <p>P.- Paciente acude al área de urgencias por presentar síntomas de náuseas, vómitos, pérdida del apetito, fatiga, cambios en la producción de orina y presión arterial elevada.</p> <p>S.- Paciente debuto con edema en extremidades inferiores, disminución de la diuresis, a su ingreso presentaba fiebre, presentaba hepatomegalia.</p> <p>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>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 diagnóstico 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>P.- Se confirma el diagnóstico de lesión renal crónica, en la cual se le realizara intervención quirúrgica al paciente.</p> <ol 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!