

Universidad del sureste
Campus Comitán
Licenciatura en Medicina Humana

Notas médicas

Nombre: Morales Cano Anayancy.

Grupo: "B"

Grado: Quinto semestre

Materia: Medicina Interna

Docente: Dr. Gerardo Cancino Gordillo

HOJA DEL MEDICO

Nombre: _____ Exp.No _____

Cama No. _____ Médico tratante: _____

| FECHA Y HORA | EVOLUCION |
|---|--|
| <p>10.10.2023 8:35 a.m</p> <p>TA: 110/80 mm Hg FR 17 rpm FC: 170 lpm TEMP: 37.9°C Sat O2: 99%</p> <p>Dx: Leucemia linfocítica aguda</p> | <p>P Paciente femenina de 2 años ingresado a urgencias hace 2 días por presentar vómitos frecuentes y disminución de su actividad actual con astenia en aumento de 2 semanas de evolución, madre refiera impresión de pérdida de peso en las últimas semanas.</p> <p>S Paciente presenta sudoración nocturna, debilidad, astenia y adinamia, vómitos, hepatoesplenomegalia, pérdida de apetito, epistaxis, gingivorragia y llanto que calma en brazo de la madre.</p> <p>O Palidez cutáneo-mucosa marcada. 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 cardiaca no se auscultan soplos. Auscultación pulmonar: normoventila 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.</p> <p>A Valorando sintomatología se solicita biometría hemática y se encuentra trombocitopenia, neutropenia, anemia, linfocitosis; tiempos de coagulación y química sanguínea.</p> <p>Plan Dietas: Continuar con dieta normal Soluciones: Administrar suero glucosado al 5 % de mantenimiento. Medicamentos: Metotrexato 5 g/m en perfusión continua durante 24 horas. Cuidados de enfermería: control de infecciones, control de los síntomas, manejo de las náuseas, vigilar estado de conciencia. Pendientes: BH de control y valoración de médico internista para canalizar a 3er nivel. Reportar eventualidades GRACIAS!</p> <p>NOMBRE Y FIRMA MEDICO RESPONSABLE</p> <p>MIP:</p> |

HOJA DEL MEDICO

Nombre: _____ Exp.No _____

Cama No. _____ Médico tratante: _____

| FECHA Y HORA | EVOLUCION |
|---|--|
| <p>10.10.2023 9:45 a.m</p> <p>TA: 130/90 mmHg FC: 95 lpm FR: 26 rpm TEMP: 37.6°C Sat O2: 90%</p> <p>Dx: Leucemia mieloide aguda</p> | <p>P Masculino de 50 año, ingresado al servicio de urgencias hace 7 días 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>A Familiares informados 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: <input type="checkbox"/>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 %). <input type="checkbox"/>Tiempos de coagulación normal. <input type="checkbox"/>Bioquímica general: LDH: 2.826 U/l, úrico 13 mg/dl, urea 66 mg/dl, creatinina 1,78 mg/dl.</p> <p>P 1.- Dieta normal 2.- Sol Fisiológica 1000ml P/8 hrs. Sol fisiológica 500ml + MVI P/3 hrs. 3.--Omeprazol 40mg IV c/24 hrs Aspirina protec 100mg VO c/24 hrs. Ceftriaxona 1gr IV C12 hrs (12-10-23) (1) 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!!</p> <p>NOMBRE Y FIRMA MEDICO RESPONSABLE</p> <p>MIP:</p> |

HOJA DEL MEDICO

Nombre: _____ Exp.No _____

Cama No. _____ Médico tratante: _____

| FECHA Y HORA | EVOLUCION |
|--|---|
| <p>10.10.2023 8:45 a.m</p> <p>TA: FC: FR: TEMP: Sat O2:</p> <p>Dx: Linfoma de Hodkin</p> | <p>P Masculino de 68 años, agricultor, relativamente bien de salud, fumaba ocasionalmente y es alérgico al metamizol, acude a consulta 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.</p> <p>S Fiebre, sudoración nocturna generalmente que empapan, pérdida de peso, prurito, malestar en zona cervical por inflamación no dolorosa de ganglios linfáticos, buen estado de conciencia, orientado y cooperador.</p> <p>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.</p> <p>A Estudios de laboratorio, Tomografía por emisión de positrones y computarizada por lo que se procede a colocar un radiomarcador intravenoso e ingresa a radiología. Posteriormente se realiza una biopsia con los siguientes resultados: <u>Biometría hemática:</u> hemoglobina <10.5g/100ml. Leucocitos >15000ul. Linfocitos <600/ul. <u>Química sanguínea:</u> albumina <4g/100ml <u>Velocidad de eritrosedimentación:</u> <30. <u>Tomografía:</u> no hay afectaciones extraganglionares ni infiltrado en medula ósea. <u>Tomografía computarizada:</u> ganglios linfáticos agrandados, hiperdensa en región cervical. <u>Biopsia:</u> células de Reed-Sternberg positivas.</p> <p>P Dieta normal equilibrada 1.Doxorrubicina: 30mg/m2 semanal 2.Vinblastina: 3,7mg/m2 3.Bleomicina: 250 x 103 UI 4.Dacarbazina: 250mg/m2 durante 5 días cada 3 semas Vigilar estados de alerta GRACIAS! Nombre y firma Médico responsable</p> <p style="text-align: right;">MIP</p> |

HOJA DEL MEDICO

Nombre: _____ Exp.No _____

Cama No. _____ Médico tratante: _____

| FECHA Y HORA | EVOLUCION |
|---|--|
| <p>10.09.2023 8:15 a.m</p> <p>TA: 110/80 mm Hg FC: 85 lpm FR: 19 rpm TEMP: 38.3°C Sat O2: 93%</p> <p>Dx: Linfoma de no Hodkin</p> | <p>P Paciente de 44 años ingresado a urgencias 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, cianosis, edema, disfagia, tos seca, astenia, anorexia y pérdida de peso.</p> <p>S Paciente presenta aumento de tamaño de ganglios linfáticos de cuello y axila, fiebre, sudores nocturnos, sensación de cansancio, pérdida de peso sin razón conocida, sarpullido, dolor torácico sin razón aparente.</p> <p>O Aumento de volumen en la cara, 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 o perleche. 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 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</p> <p>P Dieta: normal equilibrada Vigilar estados de alerta Interconsulta con el oncólogo GRACIAS!</p> <p>NOMBRE Y FIRMA MEDICO RESPONSABLE</p> <p>MIP:</p> |

HOJA DEL MEDICO

Nombre: _____ Exp.No _____

Cama No. _____ Médico tratante: _____

| FECHA Y HORA | EVOLUCION |
|--|---|
| <p>10.10.2023 9:45 a.m</p> <p>TA: 130/90 mmHg FC: 89 lpm FR: 25 rpm TEMP: 37°C Sat O2: 92%</p> <p>Dx: Lesión renal aguda</p> | <p>P Paciente masculino de 75 años ingresa a urgencias hace 1 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.</p> <p>S Paciente orientado, cooperador, presencia de edema, dolor moderado a nivel de epigastrio.</p> <p>O A exploración física se encuentra cráneo sin alteraciones, cuello cilíndrico y normal, ingurgitación yugular leve. Corazón rítmico, sin soplos o agregados.</p> <p>Análisis: Se realizó EGO encontrando urea 167, creatinina con aumento de un 75%, Orina escasa, espumosa. Hb 7.8, Hto 22.7, plaq 210mil, leu 11.97, neu 8.09, glu 117, urea 149, Cr 2.38, CT 128, Alb 1.84, K 4.63, Na 137, TG 169, PCR 68.3, VLDL 34. Familiares ampliamente informados.</p> <p>PLAN: Dieta baja en carbohidratos por vía oral, pollo hervido con vegetales, agua simple. Solución salina 0.9% 1000cc para 12 horas. Medicamentos: Nifedipino 30mg/12h Furosemida 40 mg/12h Omeprazol 40/12 h</p> <p>CGE: Vigilancia del estado del paciente.</p> <p>Pendientes: Reevaluación del estado renal del paciente.</p> <p>Reportar cualquier eventualidad</p> <p>NOMBRE Y FIRMA MEDICO RESPONSABLE</p> <p>MIP:</p> |

HOJA DEL MEDICO

Nombre: _____ Exp.No _____

Cama No. _____ Médico tratante: _____

| FECHA Y HORA | EVOLUCION |
|---|--|
| <p>10.10.2023 9:45 a.m</p> <p>TA: 150/90 mmHg FC: 102 lpm FR: 24 rpm TEMP: 36.8°C Sat O2: 94%</p> <p>Dx: Lesión renal crónica</p> | <p>P: Masculino de 50 años, 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</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>A: Se le administro captopril de 25 mg vía oral. Y se le debe realizar estudios de laboratorio: hemograma completo, proteinuria, creatinina y urea electrolitos</p> <p>P: 1.Dieta: restricción de proteínas, fosfato y potasio. 2.Captopril 25 mg dos veces al día. 3.CGE y SVPT: Vigilar el estado de conciencia. Vigilar presión arterial. Vigilar emesis y edema de miembros superiores 4. Pendiente estudios de laboratorio 5. Reportar eventualidades 6. ¡¡¡Gracias!!!</p> <p>Nombre y firma Medico responsable</p> <p>MIP:</p> |