



**Universidad del sureste
Campus Comitán**

**Licenciatura en Medicina Humana
Casos clínicos/notas medicas**

Carlos Rodrigo Velasco Vázquez

Grupo "B"

Quinto semestre

Materia: Medicina Interna

**Docente: Dr. Gerardo Cancino
Gordillo**

Comitán de Domínguez Chiapas a 11 de octubre de 2023

Leucemia Mieloide Aguda

HOJA DEL MÉDICO

Nombre:

Cama No.: 2

Médico tratante: MIP Carlos Rodrigo Velasco Vázquez

Fecha y hora	EVOLUCIÓN
<p>14.10.2023 17:30 horas</p> <p>TA: 130/89 mmHg</p> <p>FC: 89 lpm</p> <p>Temp: 38°C</p> <p>SO₂:90%</p> <p>Dx: Probable leucemia</p> <p>Tx: Hemoderivados</p>	<p style="text-align: center;">Nota de evolución</p> <p>Paciente: paciente masculino de 60 años de edad que se dedica a la venta de gasolina. Ha estado en el servicio de urgencias durante el último día por un cuadro severo de anemia y trombocitopenia, refiriendo fiebre no cuantificada muy frecuente en las últimas 3 semanas, epistaxis en tres ocasiones en la última semana y un decremento del peso corporal de 13 kg en el último mes. El paciente luce muy preocupado porque menciona que se siente muy mal e inquieto porque hace 5 años estuvo en tratamiento contra el cáncer de pulmón (refiere tratamiento con quimioterapéuticos) y piensa que volvió a reactivarse. No refiere antecedentes de adicciones ni demás comorbilidades.</p> <p>Subjetivo: el paciente refiere que en el último mes ha padecido fiebre, escalofríos, y una astenia severa que le impide trabajar de manera normal. No puede realizar sus actividades sin sentirse fatigado y después de intentarlo le produce una cefalea intensa. Refiere además que se ha encontrado petequias en algunas partes del cuerpo, hematomas, dolor en los huesos, náuseas y disnea al más mínimo esfuerzo. Se ha tenido que poner en reposo las últimas dos semanas. Ha estado teniendo más sed de lo normal y en ocasiones ha tenido dolor abdominal. Refiere que los periodos de epistaxis han sido después de un esfuerzo y que le ha costado un poco para controlarlo.</p> <p>Objetivo: - FC: 89 lpm. - TA: 130/89 mmHg. – FR: 17 rpm. – Saturación de O₂: 90%. – Temp.: 38°C – Peso corporal 60 kg. – Talla: 167 cm.</p> <p>A la exploración física tenemos.</p> <p>Cabeza y cuello sin anormalidades. Cráneo y cuero cabelludo sin anormalidades. Miosis positiva y sin anormalidades en el sistema visual. Sistema auditivo sin anormalidades. Región nasal permeable y sin anormalidades. En la región bucal encontramos labios sin anormalidades, dentadura incompleta y anormalidad en la coloración de las encías con matices eritematosos. En el cuello no encontramos anormalidades, no hay presencia de adenomegalias ni ingurgitación yugular.</p> <p>Extremidad superior. Hombros de morfología normal sin alteraciones, dolor a la flexión y extensión de los brazos. Articulaciones sin deformidades. Se encontró la presencia de petequias en la cara anterior del antebrazo derecho y en la cara posterior del brazo izquierdo. Sin demás anormalidades.</p> <p>Tórax de aspecto normal, cilíndrico, con movimientos respiratorios normales sin bultos ni deformidades en la parrilla costal a la presión. Se encontró la presencia de equimosis debajo de la parrilla costal derecha con un diámetro de aproximadamente 10 cm. A la percusión no se encuentran anormalidades tanto en focos cardíacos y en focos pulmonares.</p> <p>Abdomen. Abdomen plano sin bultos ni cicatrices ni sonidos anormales en los cuatro cuadrantes. A la palpación tanto superficial, profunda e interna no se encuentran anormalidades. Sin anormalidades a la percusión.</p> <p>No se encuentra anormalidades en la región inguinal.</p> <p>En las extremidades inferiores en la morfología no se encuentran alteraciones. Se reporta dolor articular y óseo a la flexión y extensión de la rodillas. De nueva cuenta se reporta la presencia de equimosis en la región posterior del muslo derecho y en la cara lateral del mismo con un diámetro de aproximadamente 12 cm y 10 respectivamente. No se encuentran bultos ni adenomegalias.</p> <p>No hay alteraciones en la exploración de genitales externos.</p> <p>Exámenes de laboratorio disponibles:</p> <p>BH: - Leucocitos: 15000/mcl - Eritrocitos: 3.00/mcl - Hemoglobina: 9 g/dl - Hematocrito: 30 VCM: 80 HCM: Plaquetas: 30000/mcl</p>

Análisis: debido a la sintomatología presentada en el paciente nos orienta a alguna patología hematológica o relacionada a un trastorno de este. Con la aparición de hemorragia, trombocitopenia además de la leucocitosis unida a la anemia y el antecedente de un cáncer y su tratamiento quimioterapéutico además de la edad del paciente y la rapidez de la evolución podríamos pensar en un trastorno oncológico del tipo leucémico aunque para conformarlo necesitaríamos demás pruebas específicas.

Impresión diagnóstica: leucemia mieloide aguda.

Plan: se le administrará una transfusión plaquetaria inmediata y luego una transfusión eritrocitaria para normalizar sus índices globulares y trombocitarios.

Para confirmar el diagnóstico se debe hacer un recuento reticulocitario de medula ósea.

- Frotis de aspirado de medula ósea.
- Biometría hemática.
- Química sanguínea completa
- Tiempos de coagulación

Referir a oncología para su valoración e iniciar el tratamiento.

Monitorear su estado de salud nutricional e iniciar la dieta adecuada bajo su estado.

Iniciar una dieta hipercalórica y adecuada a sus requerimientos nutricionales.

Evitar el movimiento en el paciente y mantenerlo en reposo.

Monitorear el riesgo de sangrado por su estado trombocitopénico.

Reportar cualquier eventualidad y mantener en vigilancia.

¡Gracias!

Médico tratante: MIP Carlos Rodrigo Velasco Vázquez

Nombre:

Cama No.: 3

Médico tratante: MIP Carlos Rodrigo Velasco Vázquez

Fecha y hora	EVOLUCIÓN
<p>27.08.2023 17:30 horas</p> <p>TA: 123/79 mmHg</p> <p>FC: 93 lpm</p> <p>Temp: 37.4 °C</p> <p>SO₂: 92 %</p> <p>Dx: Leucemia Mieloide Crónica</p> <p>Tx: Hemoderivados</p>	<p style="text-align: center;">Nota de evolución matutina</p> <p>Paciente: paciente masculino de 55 años de edad que llega a consulta de urgencias por presentar un cuadro de hemorragia del tubo digestivo, cuadro anémico y dolor intenso en el cuadrante superior izquierdo. Ha presentado una pérdida considerable de peso en los últimos meses además del empeoramiento progresivo del cuadro anémico. Ha llevado tratamiento con hierro en VO desde hace 3 meses y nunca presentó mejorías. No tiene demás comorbilidades como DMT2 o hipertensión.</p> <p>Subjetivo: el paciente refiere que desde hace 8 meses ha sentido fatiga, disnea, adinamia (un cuadro anémico típico). Además de que hace un par de meses comenzó a sentir malestar abdominal con un dolor marcado y poco grave. Manifiesta que ha tenido evacuaciones melénicas en los últimos días, gingivorragia y epistaxis. Un marcado malestar general y una pérdida de peso muy significativa de aproximadamente 17 kg en los últimos 6 meses sin deseo de lograrlo. Refiere que a pesar de querer alimentarse de manera adecuada se sacia muy rápido y no puede seguir alimentándose. Ha tenido dolor precordial no muy intenso pero de moderación importante que desaparece al reposo.</p> <p>Objetivo: - FC: 93 lpm. - TA: 123/79 mmHg. – FR: 18 rpm. – Saturación de O₂: 92%. – Temp.: 37.4°C – Peso corporal 59 kg. – Talla: 168 cm.</p> <p>Se encuentra con un paciente con aparente desnutrición, con un estado general comprometido, levemente desorientado, y responde al interrogatorio de manera un poco lenta.</p> <p>A la exploración física tenemos un paciente normocéfalo, con adecuada implantación de cabello y vello corporal de acuerdo a edad y sexo. Miosis positiva en ambas pupilas. No presenta fracturas ni cicatrices que evidencien traumas. Cuenta con un cuello cilíndrico sin anomalías ni presencia de adenomegalias, estructuras anatómicas normales sin variaciones y sin ingurgitación yugular. Tórax cilíndrico sin presencia de fracturas en la parrilla costal, sin bultos o cambios morfológicos. Los ruidos cardiacos se encuentran normales. Campos pulmonares sin presencia de estertores ni sibilancias. La motilidad intestinal adecuada. A la región abdominal superior izquierda existe la presencia de dolor a la palpación superficial, media o profunda y después de eso sin demás anomalías. Genitales íntegros, testículos normales, sin alteraciones. No circuncidado. No hay alteraciones en el tamaño o consistencia de los huesos. En la exploración de extremidades inferiores se encontraron íntegras sin anomalías ni alteraciones de ningún tipo.</p> <p>En los laboratoriales tenemos los siguientes parámetros:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemoglobina 8 g/dL - Plaquetas 40000/L - Leucocitos 50 uL <p>Análisis: el paciente se encuentra en un estado anémico severo, con complicaciones hematológicas de tipo trombolítico. Esto nos hace pensar en alguna patología de tipo medular. El estirpe celular que esta aumentado (leucocitos) y junto con las carencias que cursa el paciente podemos orientarnos a una leucemia. Por el tiempo de evolución que es de casi medio año, la edad del paciente que es de 55 años y sin antecedentes de exposición prolongada a estímulos radioactivos o tóxicos, además de que en la exploración física se tuvo el hallazgo de esplenomegalia, nos orienta a una posible leucemia mieloide crónica. Las carencias celulares que actualmente presenta el paciente nos da la pauta para el inicio del tratamiento.</p> <p>Impresión diagnóstica: Leucemia mieloide crónica.</p>

Plan: para evitar que exista una hemorragia severa le transfundiremos hemoderivados específicamente un paquete globular eritrocitario y plaquetario con el fin de regular la Hb y el nivel trombolítico. Para confirmar el diagnóstico de la Leucemia Mieloide Crónica debemos hacer los siguientes exámenes:

- Citometría de flujo.
- Examen genético en busca del cromosoma filadelfia o alguna mutación característica de la patología.
- Química sanguínea completa.
- Tiempos de coagulación.
- Biometría hemática completa.

Referirlo al departamento de oncología para su valoración e inicio de tratamiento oncológico.

Medicamentos:

- Transfundirle un paquete globular eritrocitario y un paquete globular plaquetario.

Revisar la presión arterial del paciente cada hora y la temperatura corporal.

Monitorear la capacidad de la respiración y la saturación de oxígeno y reportar cualquier anomalía que surja de manera inmediata. Realizar un lavado de pie diabético y desinfección de los dedos infectados.

Proporcionarle una dieta hipercalórica y mantenerlo bajo vigilancia sin demasiados movimientos.

Se debe realizar una gasometría.

Se debe tomar un electrocardiograma.

Se debe realizar una medición de la glucosa.

Se debe realizar un EGO

Reportar cualquier eventualidad y mantener en vigilancia.

¡Gracias!

Médico tratante: MIP Carlos Rodrigo Velasco Vázquez

Leucemia Linfoblástica Aguda

HOJA DEL MÉDICO

Nombre:

Cama No.: 4

Médico tratante: MIP Carlos Rodrigo Velasco Vázquez

Fecha y hora	EVOLUCIÓN
<p>27.08.2023 17:30 horas</p> <p>TA: 104/65 mmHg</p> <p>FC: 100 lpm</p> <p>Temp: 38°C</p> <p>SO₂: 96 %</p> <p>Dx: Leucemia Linfoblástica Aguda</p> <p>Tx: antibióticos, hemoderivados</p>	<p style="text-align: center;">Nota de evolución</p> <p>Paciente: femenino de 5 años de edad que llega a consulta de urgencias acompañada por su madre por presentar una epistaxis que no cesa desde hace 30 min. La madre nos refiere que desde hace dos semanas ha presentado una infección faríngea que ha estado controlando con antibióticos y antipiréticos por la fiebre que ha mantenido. La menor se encuentra en inicios de un estado de desnutrición, además de que a la inspección se ve en mal estado. Tiene la presencia de petequias en la cara anterior del brazo izquierdo y se ve de una apariencia muy pálida y deshidratada. Se decidió ingresar al servicio de urgencias.</p> <p>Subjetivo: la madre nos refiere que desde hace mes y medio la menor ha tenido una baja en el rendimiento diario, ha dejado de jugar de manera constante y frecuentemente se queja por sentirse cansada. Al llegar la noche la menor se duerme con mucha facilidad y no se despierta hasta el día siguiente, durmiendo más de 11 horas seguidas por la noche. La madre además nos menciona que últimamente se ocasiona moretones a la más mínima manipulación física y que debe pasar mucho tiempo para que estas desaparezcan. Está comiendo de manera normal pero ha bajado 5 kg en dos meses. Últimamente se ha vuelto propensa a las infecciones teniendo aproximadamente una infección al mes. Que van desde el aparato gastrointestinal y respiratorio.</p> <p>Actualmente cursa con una faringitis bacteriana que ha sido tratada por más de dos semanas sin una mejoría notable. La madre se encuentra muy preocupada y está en toda la disposición para controlar a la menor.</p> <p>Objetivo: - FC: 93 lpm. - TA: 104/65 mmHg. – FR: 18 rpm. – Saturación de O₂: 92%. – Temp.: 38°C – Peso corporal 43 kg. – Talla: 120 cm.</p> <p>Tenemos paciente pediátrico de 5 años de edad con un leve estado de desnutrición. Con una talla de 120 cm y un peso de 43 kg. Con un estado de higiene adecuada y en coordinación y equilibrio. Presenta una disnea y adinamia considerables.</p> <p>A la exploración física tenemos:</p> <p>Cráneo y cara con buena implantación del cuero cabelludo. Normocéfalo, sin ninguna anomalía en el cierre de las fontanelas. Ojos isocóricos y conjuntiva de color normal, buen movimiento ocular. Nariz en buenas condiciones con una rinorrea marcada. Buen aspecto de la boca con los dientes sin caries pero con una leve deshidratación de las mucosas. En la inspección del cuello encontramos la presencia de adenopatías en forma de masas duras y sin demás hallazgos significativos.</p> <p>En la extremidad superior de apariencia morfológica adecuada sin anomalías además del eritema en la cara anterior del brazo izquierdo, buen movimiento de ambos brazos.</p> <p>En la caja torácica no encontramos ruidos cardiacos normales sin presencia de un 3er ruido. Y en los campos pulmonares encontramos leves sibilancias sin presencia de estertores. De tórax cilíndrico y sin demás anomalías.</p> <p>A la inspección axilar encontramos presencia de adenomegalias en los ganglios linfáticos axilares.</p> <p>Abdomen plano sin presencia de cicatrices y a la auscultación de ruidos normales sin presencia de hernias. En la extremidad superior morfológicamente se encuentra normal, con la excepción de presencia de eritemas en la cara anterior del muslo izquierdo. Buena movilidad de la extremidad y sin demás anomalías.</p> <p>Exámenes disponibles:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemoglobina de 6 g-L- Leucocitos de 50x10⁹/L- Se encuentra células anormales de característico blástico.

- Plaquetas de $10 \times 10^9/L$
- Granulocitos de $0.5 \times 10^9/L$
- Examen de aspirado de médula ósea presencia de blastos en un 90%.
- Ausencia de precursores hematopoyéticos de las líneas celulares eritrocitaria y plaquetaria.
- Infiltración de espacios adiposos por médula ósea.

Análisis: la patología que presenta la paciente se relaciona sin lugar a dudas por una disfunción del sistema hematopoyético de tipo leucémico. Por la edad de la paciente, además de los síntomas que se manifiestan y las características celulares que se encontraron tanto en la biometría hemática (como la trombocitopenia severa y el déficit eritrocitario que nos hacen pensar en un infiltrado linfoblástico en la medula ósea) y el frotis de aspirado de medula ósea (con la presencia de un aumento considerable de blastos) nos hace pensar en una Leucemia Linfoblástica Aguda.

Impresión diagnóstica: Leucemia Linfoblástica Aguda

Plan: para confirmar la leucemia debemos tener un examen citogenético y debemos tipificar a la leucemia y tipificar la estirpe celular de predominio para el correcto tratamiento. Debemos hacer los exámenes hematológicos correspondientes que en este caso en un examen citogenético, una reacción de hibridación in situ con fluorescencia en busca de las características celulares encontradas.

Referirla al departamento de oncología para su valoración con el oncólogo la correcta tipificación del paciente y comenzar con la correcta administración de medicamentos.

Medicamentos:

Administrar líquidos a la menor por VI.

Administrar amoxicilina 500 mg/8 horas por 10 días.

Administrarle un paquete globular eritrocitario y otro paquete plaquetario.

Se debe tomar un electrocardiograma.

Comenzar una dieta hipercalórica y con administración de alimentos suaves y líquidos.

Reportar cualquier eventualidad y mantener en vigilancia.

¡Gracias!

Médico tratante: MIP Carlos Rodrigo Velasco Vázquez

Linfoma de no Hodgkin

HOJA DEL MÉDICO

Nombre:

Cama No.:

Médico tratante: MIP Carlos Rodrigo Velasco Vázquez

Fecha y hora	EVOLUCIÓN
<p>27.08.2023 17:30 horas</p> <p>TA: 125/85 mmHg</p> <p>FC: 100 lpm</p> <p>Temp: 38.4°C</p> <p>SO₂:95%</p> <p>Dx: Linfoma de No Hodgkin</p> <p>Tx: Quimioterapia</p>	<p style="text-align: center;">Nota de evolución</p> <p>Paciente: paciente de 40 años de edad ingresa al servicio de urgencias por un cuadro febril de 2 días de evolución. Llegó con un pico febril de 38.4°C sin signos de infección. El paciente se observa con un estado significativo de pérdida de peso y desnutrición. Se decidió ingresar al servicio de urgencias para controlar la fiebre pues no cedía con el uso de antipiréticos y para buscar la causa de esta.</p> <p>Subjetivo: el paciente refiere que desde hace ya 6 meses ha estado padeciendo fiebre de manera intermitente, sudoración excesiva por las noches y desde entonces ha estado bajando de peso sin que pueda evitarlo. El paciente menciona que ha bajado hasta 17 kg en los últimos 6 meses y se ha sentido diaforético y con pérdida de la capacidad física. Ha tenido que dejar de trabajar porque ya no puede cumplir sus obligaciones diarias. El paciente menciona que se dedica a la producción de tomates y que fumiga de manera muy cotidiana. El paciente menciona además que no tiene otras comorbilidades y que antes de padecer estos síntomas se encontraba en buen estado de salud.</p> <p>Objetivo: - FC: 100 lpm. - TA: 125/85 mmHg. – FR: 17 rpm. – Saturación de O₂: 95%. – Temp.: 38.4°C – Peso corporal 54 kg. – Talla: 166 cm.</p> <p>Tenemos a un paciente masculino de 40 años de edad con impresión de padecer desnutrición y con un peso de 54 kg, un estado de buena higiene y con movimientos a la normalidad y sin alteraciones. El paciente menciona que se dedica a la agricultura y producción de tomates y lleva trabajando en eso durante casi toda su vida.</p> <p>A la exploración física tenemos. Cráneo normocéfalo con buena implantación del cuero cabelludo. Los ojos isocóricos sin alteraciones y movilidad optima. La región bucal se encuentra solamente un poco deshidratada y por lo demás se encuentra normal sin datos de anormalidades. En el cuello no encontramos ninguna alteración, sin presencia de adenomegalias ni cadenas ganglionares y sin regurgitación yugular. En las extremidades superiores no encontramos ninguna anormalidad, están simétricas y con buen movimiento de todas las articulaciones. En la exploración torácica tenemos a un tórax cilíndrico, simétrico con movimientos reparatorios simétricos. A la palpación se encontró la presencia de bultos debajo de la zona axilar derecha. En la exploración abdominal se encontraron los ruidos abdominales sin alteraciones, motilidad intestinal presente y normal pero se encontró la presencia de bultos en el cuadrante superior izquierdo con características de adenomegalias. En la región inguinal también se encontraron bultos con características duras y con molestia a la palpación. En las extremidades inferiores se encontraron con morfología normal y son demás anormalidades.</p> <p>En los laboratoriales disponibles tenemos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hematocrito de 37- GR: 380000 u/L- Plaquetas: 100x10³- Hb: 10- RX de tórax: que demuestra la presencia de masas a nivel torácico, abdominal e inguinal.- Biopsias de las masas con predominio de células Linfocíticas B. <p>Análisis: según los datos recabados en la historia clínica podemos pensar en un trastorno oncológico. Tenemos como base al descubrimiento de los bultos en las diferentes partes del cuerpo (tórax, inglé y abdomen) que de igual forma son confirmadas por la radiografía. Un hallazgo importante es el trabajo que el paciente tiene puesto que significa que tiene una exposición importante a fertilizantes químicos lo que le hace predisponente a padecer de linfomas. Tomando en cuenta la distribución de las masas que</p>

se encuentran a nivel infra torácico y con una diseminación sin seguir un patrón y confirmándolo con la biopsias que arrojó un recuento alto de linfocitos B maduros, nos encontramos ante un caso de Linfoma de no Hodgkin.

Impresión diagnóstica: Linfoma de no Hodgkin.

Plan:

se le administrara líquidos por vía intravenosa al paciente para hidratarlo.

Se preparará al paciente para comenzar el esquema quimioterapéutico.

Se debe dar una dieta adecuada a su estado de salud y se valorara por el nutriólogo.

Medicamentos:

Se comenzará con el esquema R-CHOP

Ciclofosfamida 750 mg/m² VI día 1.

Doxorrubicina 50 mg/m² VI día 1.

Vincristina 1.4 mg/m² VI día 1.

Prednisona 100 mg/día VO días 1-5.

Monitorear al paciente en todo momento mientras se lleva a cabo el tratamiento quimioterapéutico.

Cuidado intensivo para el paciente que se mantenga en reposo absoluto.

Monitorear la presión arterial cada hora.

Verificar que pueda alimentarse de manera adecuada.

Reportar cualquier eventualidad y mantener en vigilancia.

¡Gracias!

Médico tratante: MIP Carlos Rodrigo Velasco Vázquez

Linfoma de Hodgkin

HOJA DEL MÉDICO

Nombre:

Cama No.: 6

Médico tratante: MIP Carlos Rodrigo Velasco Vázquez

Fecha y hora	EVOLUCIÓN
27.08.2023 17:30 horas TA: 130/89 mmHg FC: 90 lpm Temp: 38°C SO ₂ :95% Dx: Linfoma de Hodgkin Tx: quimioterapia.	<p style="text-align: center;">Nota de evolución matutina</p> <p>Paciente: paciente masculino de 36 años de edad que llega a la consulta de urgencias por una infección del tracto gastrointestinal que le ha causado una diarrea por una semana. El paciente llegó presentando fiebre alta de 38°C que nos menciona que se ha mantenido desde antes de la infección. Ha tenido escalofríos y sudoración nocturna y desde hace meses ha estado perdiendo peso de manera incontrolable lo que le preocupa. A la exploración física se le encontró adenomegalias a nivel del cuello en forma de un bulto de tamaño importante y adenopatías cercanas a este. Es por eso que se decidió ingresar al servicio de urgencias para tratar de encontrar el origen de las patologías.</p> <p>Subjetivo: el paciente refiere que desde hace dos meses ha comenzado a sentirse muy cansado, con dificultad para realizar actividad física y que debido a eso tuvo que abandonar su trabajo (que se dedicaba a conducir camiones de carga pesada). Desde hace dos meses de igual manera refiere que comenzó a perder peso de manera considerable aproximadamente unos 14 kg al momento de la entrevista. El paciente menciona de igual manera que desde el año pasado ha comenzado a enfermarse más seguido. Le dan gripes cada mes y con cierto grado de gravedad, siempre le da una sudoración excesiva. Le da infecciones del tracto gastrointestinal por cualquier cosa y también vómitos y fiebre en varias ocasiones. El paciente menciona que de igual manera ha sentido muy suca la boca, especialmente la lengua y que en el cuello ha comenzado a crecerle una masa que le molesta y le causa dolor.</p> <p>Objetivo: - FC: 90 lpm. - TA: 130/89 mmHg. – FR: 17 rpm. – Saturación de O₂: 95%. – Temp.: 38°C – Peso corporal 57 kg. – Talla: 170 cm.</p> <p>Paciente masculino con facciones de desnutrición marcada, estado higiénico adecuado y buena coordinación y movimientos. Menciona que se dedica a ser chofer de camiones de maquinaria pesada y es divorciado. A la exploración dirigida menciona que ha tenido múltiples parejas sexuales desde hace muchos años y casi no lleva un cuidado en cuanto su sexualidad.</p> <p>A la exploración física tenemos un paciente normocéfalo, con adecuada implantación de cabello y vello corporal de acuerdo a edad y sexo. No presenta fracturas ni cicatrices que evidencien traumas. En la exploración de la boca encontramos mucosa semideshidratada con una lengua seborreica y con apariencia de infección por hongos. A la exploración del cuello se encuentra una masa de aspecto adenomegalia con características físicas duras y delimitado. No cuenta con demás alteraciones a nivel del cuello. En las extremidades superiores no encontramos alteraciones. En el tórax encontramos de nuevo adenomegalias en la región supraclavicular que siguen el camino de las adenomegalias encontradas en el cuello. No se encuentran demás signos anómalos en la exploración. A nivel axilar a la palpación se encontró de nuevo la presencia de adenomegalias en forma de cadena ganglionar no se encontró demás anormalidades. En el abdomen no se encontró anormalidades. En las extremidades inferiores se encuentran de morfología normal y sin alteraciones.</p> <p>Se le solicito las pruebas hematológica correspondientes</p> <p>BH:</p> <ul style="list-style-type: none">- Eritrocitos bajos.- Plaquetas normales- Hb de 10- Biopsia de las masas a nivel del cuello, supraclavicular y axilar salieron positivas a proliferación celular linfocítica B y células de RS.- Radiografía que corrobora la presencia de las adenomegalias. <p>Por el antecedente de no usar protección se le pidió una prueba de VIH que resulto ser positiva. El conteo de linfocitos resulto ser bajo y su carga viral es alta.</p>

Análisis: tomando en cuenta toda la sintomatología presentada por el paciente debemos tener él cuenta lo siguiente. Es portador de los síntomas B que nos hacen pensar en un linfoma. As características clínicas de los linfomas nos hacen pensar en un linfoma de Hodgkin puesto que las tumoraciones se están diseminando a los ganglios contiguos y siguiendo la trayectoria linfática. El diagnostico de VIH y SIDA nos hace pensar aún más en la patología. La biopsia que arrojó el resultado positivo de las células de RS nos confirman el diagnostico lo que nos hace comenzar a preparar el tratamiento para el paciente.

Impresión diagnóstica: Linfoma de Hodgkin

Plan: se le administrara líquidos por VI para restaurar el estado hidroeléctrico del paciente.
Comenzar a administrarle el tratamiento al paciente contra VIH.
Preparar al paciente para iniciar el tratamiento contra el cáncer, quimioterapia y radioterapia.
Hacer una cita con oncología para el tratamiento con radioterapia.

Medicamentos:

Doxorrubicina administrar 60-75 mg/m² cada 21 días (primera dosis 13 de octubre de 2023)
Amprenavir 1200 mg/12 horas (primera dosis 13 de octubre de 2023 10:38 pm).
Ketoconazol 200 mg/24 horas VO.

Revisar la evolución del paciente y tenerlo en vigilancia.
Ponerle una dieta hiperproteica e hipercalórica para lidiar con la desnutrición.
Hidratar constantemente al paciente.
Mantenerlo en aislamiento por la alta probabilidad de infectarse con cualquier patología.

Se debe tomar un electrocardiograma.
Dar su medicamento a la hora estipulada.

Reportar cualquier eventualidad y mantener en vigilancia.

¡Gracias!

Médico tratante: MIP Carlos Rodrigo Velasco Vázquez

Lesión Renal Aguda

HOJA DEL MÉDICO

Nombre: David Gómez López

Cama No.: 2

Médico tratante: MIP Carlos Rodrigo Velasco Vázquez

Fecha y hora	EVOLUCIÓN
27.08.2023 17:30 horas TA: 120/85 mmHg FC: 100 lpm Temp: 38°C SO ₂ :90% Dx: Sepsis e Insuficiencia Cardíaca Aguda Tx: Antibióticos	<p data-bbox="781 352 1114 380">Nota de evolución matutina</p> <p data-bbox="331 422 1567 663">Paciente: paciente masculino de 73 años de edad que se dedica a la reparación de autos. Ha estado en el servicio de urgencias durante los últimos 4 días por un cuadro de sepsis, derivado de una infección del 4° y 5° dedo del pie derecho con mal tratamiento inicial. El paciente refiere que es portador desde hace más de 20 años de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemia y cardiopatía isquémica desde hace más de 20 años. No hay historia de consumo de tabaquismo, alcohol ni toxicomanías. Sin embargo desde hace dos días ha comenzado a sentir un dolor muy fuerte en la espalda lumbar. Ha estado reteniendo líquidos y su estado de salud empeora.</p> <p data-bbox="331 705 1567 1020">Subjetivo: el paciente refiere que últimamente ha padecido fiebre, escalofríos, una respiración rápida (taquipnea), siente los latidos de su corazón muy rápidos (taquicardia), ha presentado un sarpullido en el abdomen y se siente confundido además de que se ha sentido un poco desorientado los últimos días. También refiere que en los últimos días ha sentido dolor en el pie derecho, en especial en las articulaciones de los dedos 4° y 5°. Siente una sensación de prurito intensa acompañado de dolor y ardor. de manera abrupta de igual forma comenzó a sentir dolor en la espalda lumbar. Le cuesta estar acostado y se preocupa por su estado de salud. El paciente tolera la vía oral, se encuentra con uresis anómala tanto en color como en volumen, tiene una canalización en el brazo izquierdo, cuenta con evacuaciones normales.</p> <p data-bbox="331 1062 1567 1661">Objetivo: paciente con fiebre de 38°C. Tensión arterial de 120/85mmHg, frecuencia cardiaca de 100 lpm, peso de 75 kg. Se encuentra con un paciente aleta, con un estado general comprometido, levemente desorientado, y responde al interrogatorio de manera lenta y confusa. A la exploración física tenemos un paciente normocéfalo, con adecuada implantación de cabello y vello corporal de acuerdo a edad y sexo. No presenta fracturas ni cicatrices que evidencien traumas. Cuenta con un cuello cilíndrico sin anomalías ni presencia de adenomegalias, estructuras anatómicas normales sin variaciones. Tórax cilíndrico, con un leve aumento de la masa corporal en el panículo adiposo ventral. Los ruidos cardiacos anormales con un leve soplo sistólico. Campos pulmonares sin presencia de estertores ni sibilancias. Abdomen sin anomalías, motilidad intestinal adecuada. regiones abdominales sin presencia de dolor a la palpación superficial, media o profunda. En la exploración de la espalda lumbar encontramos el hallazgo de dolor a la palpación en los lugares habituales del riñón. Con signo de Jordano positivo en ambos riñones. Genitales íntegros, testículos normales, sin alteraciones. No circuncidado. No hay alteraciones en el tamaño o consistencia de los huesos. En la extremidad inferior derecha, especialmente en el pie, en los dedos 4° y 5° hay presencia de necrosis desde la porción proximal de la articulación media del pie hasta la porción más distal de los mismos dedos. La infección tiene presencia de pus, secreciones que son fuertes y de mal olor. Hay presencia de eritema en toda la periferia de la necrosis pero no llega hasta la articulación de Lisfranc.</p> <p data-bbox="331 1703 987 1730">En los laboratoriales tenemos los siguientes resultados:</p> <ul data-bbox="380 1738 748 1875" style="list-style-type: none">- Leucocitos: 13.00x10³ u/L- Eritrocitos 4.00x10³u/L- Hemoglobina 12.00 g/dL- Hematocrito 41 <p data-bbox="331 1883 678 1911">Tasa de filtración glomerular:</p> <ul data-bbox="380 1919 532 1946" style="list-style-type: none">- TEFG: 36 <p data-bbox="331 1955 391 1982">EGO:</p> <ul data-bbox="380 1990 683 2018" style="list-style-type: none">- Na en orina 21 meq/L

- Urea 21
- BUN 13
- Creatina 1.5

Análisis: el paciente se encuentra en un estado delicado y con urgencia de atención. Los síntomas y signos que manifiesta hacen referencia a una sepsis derivada de la infección que cursa en el miembro inferior derecho, la misma sepsis es la que derivó al paciente a daño renal. Según el antecedente de la sepsis presente y los laboratoriales que nos presentan una baja en el rendimiento de la filtración glomerular del riñón así como el aumento de los desechos eliminados por el riñón (creatina, BUN y urea) nos dan énfasis al diagnóstico de la insuficiencia renal aguda derivada de la sepsis. El paciente tiene riesgo de caer en un shock séptico y a una falla renal. Se le administrará un tratamiento empírico contra la infección mientras se obtienen los resultados de hemocultivo para saber a qué organismo nos enfrentamos exactamente. Se debe informar a los familiares sobre los riesgos que cursa el paciente y el posible riesgo de amputación si la infección no se controla.

Impresión diagnóstica: Sepsis e Insuficiencia Renal Aguda Derivada de la sepsis

Plan: se le administrará al paciente un tratamiento antibiótico empírico contra la infección o sepsis que presenta. se le administrará de manera intravenosa. Se le monitoreará para vigilar que el paciente no caiga en una arritmia por el desequilibrio de iones plasmáticos. Se sugiere dieta hipoproteica, con contenido de azúcares controlado y con el aporte mínimo de lípidos para evitar el déficit de ácidos grasos esenciales. Importante para controlar el nivel de desechos en el plasma por la insuficiencia renal.

Medicamentos:

Oxacilina 1.5 g c/6 horas VI por 4 días (1° dosis 27/08/2023, 8:00 pm).

Clindamicina 600 mg c/6 horas VI por 4 días (1° 27/08/2023 dosis 8:00 pm).

Revisar la presión arterial del paciente cada hora y la temperatura corporal. Monitorear la capacidad de la respiración y la saturación de oxígeno y reportar cualquier anomalía que surja de manera inmediata. Realizar un lavado de pie diabético y desinfección de los dedos infectados. Revisar la composición de la orina y realizar un EGO cada 12 horas.

Se debe realizar un hemocultivo.

Se debe realizar una gasometría.

Se debe tomar un electrocardiograma.

Se debe realizar una medición de la glucosa.

Se debe realizar un EGO/12 horas.

Reportar cualquier eventualidad y mantener en vigilancia.

¡Gracias!

Médico tratante: MIP Carlos Rodrigo Velasco Vázquez

Lesión Renal Crónica

HOJA DEL MÉDICO

Nombre:

Cama No.: 7

Médico tratante: MIP Carlos Rodrigo Velasco Vázquez

Fecha y hora	EVOLUCIÓN
<p>27.08.2023 17:30 horas</p> <p>TA: 140/90 mmHg</p> <p>FC: 91 lpm</p> <p>Temp: 37.5°C</p> <p>SO₂: 90 %</p> <p>Dx: Lesión renal Crónica/DMT2/Hipertensión</p> <p>Tx: DTM2, Hipertensión y IRC</p>	<p style="text-align: center;">Nota de evolución</p> <p>Paciente: paciente femenino de 55 años de edad que se dedica a ser cocinera en un puesto de comida rápida. Llego a consulta de urgencias por un estado de hiperglicemia de 1 día de evolución. Ella refiere que ha sido diagnosticada con diabetes mellitus tipo 2 hace 10 años atrás pero que no lleva buen apego al tratamiento. Por su ambiente la dieta que lleva no es la recomendada y en ocasiones se le olvida tomar su medicamento (que es Metformina). La paciente tiene una cefalea intensa, desmayo y mal estado de salud. Es por eso que se decidió ingresar al servicio de urgencias.</p> <p>Subjetivo: la paciente nos refiere que desde el día de ayer comenzó con una cefalea intensa casi insoportable, náuseas y vómitos, además de visión borrosa y malestar general. La paciente menciona además que desde hace unos meses cuando bebe mucha agua o come en exceso en su trabajo comienzan a hincharse sus pies y que le llevan un par de días para regresar a su estado normal. Menciona también que desde hace 6 meses ha estado perdiendo peso de manera progresiva, ha padecido de calambres y piernas inquietas. Nos menciona a la interrogación dirigida que su padre falleció de un problema en los riñones cuando tenía 50 años. También menciona sobre el problema ocular, que comenzó a ver borroso de manera bruta y que ha estado perdiendo la capacidad visual.</p> <p>Objetivo: - FC: 91 lpm. - TA: 140/90 mmHg. – FR: 19 rpm. – Saturación de O₂: 90%. – Temp.: 37.5°C – Peso corporal 65 kg. – Talla: 168 cm.</p> <p>A la exploración física tenemos a paciente femenino de 55 años de edad con mal estado general a la inspección. Se ve pálida con la piel áspera y con dificultad para la respuesta a la entrevista.</p> <p>A la exploración física tenemos alteración en el fondo de ojo.</p> <p>A la inspección de la cabeza la encontramos normocéfala con buena implantación del cabello buen movimiento motor de ojos e isocoria. Odios con pabellón auricular completo, nariz en buen funcionamiento con permeabilidad. Mucosa bucal semihidratada sin defectos de nacimiento. A la inspección del cuello encontramos un cuello cilíndrico sin anomalías ni presencia de adenomegalias ni cadenas ganglionares. En la extremidad superior encontramos estructuras morfológicamente estables, sin alteraciones. Movilidad estable y sin alteraciones. Tenemos un tórax simétrico, cilíndrico sin alteraciones y a la palpación no encontramos adenomegalias ni cadenas ganglionares. A la auscultación no encontramos alteraciones en los focos aórticos ni en los focos pulmonares. Sin presencia de crepitaciones ni sibilancias. En la exploración mamaria no se encuentran alteraciones. En la exploración axilar no se encuentran alteraciones. En las extremidades inferiores se encuentran morfológicamente alteradas con un aumento en las dimensiones con presencia de edema, signo de Godete positivo. En los pies encontramos de igual manera el edema. En cuanto a la movilidad de las extremidades inferiores no encontramos ninguna alteración.</p> <p>Análisis: la paciente se encuentra en un estado delicado y con urgencia de atención. De entrada podemos descifrar que tiene una crisis hiperglucémica. Los laboratorios nos indican que tiene una glucemia de 220 mg/dL por lo que iniciaremos el abordaje controlando la hiperglucemia con eso esperamos que los síntomas que están causando el malestar disminuyan. Algo que nos llamó la atención fue que al realizarle un EGO la tasa de filtración glomerular se calculó en valores disminuidos con un margen de 46 mL/min/1.75m²) lo que nos hace pensar en una posible falla en la fisiología renal. esto podríamos confirmarla por la diabetes de larga evolución no controlada y la presencia de una posible hipertensión que fue encontrada de hallazgo porque la paciente no se sabía posible hipertensa. En los estudios de imagen encontramos un riñón con características más pequeñas que lo normal lo que nos confirma de</p>

nuevo el diagnóstico de IRC. los estudios de creatinina arrojaron valores anómalos en pico ascendente de 6.16 mL/min/1.73m².

Impresión diagnóstica: DMT2, Insuficiencia Renal Crónica, Posible Hipertensión.

Plan: para comenzar a tratar a la paciente lo primero que haremos será regular el estado de glicemia a valores aceptables. Se le informo sobre la intención de aplicarle insulina pero rechazo rotundamente el tratamiento lo que conlleva a disminuirla con metformina. La presión arterial aumentada la manejaremos con ARA II y de esa manera esperamos mejorar la funcionalidad renal.

Medicamentos:

Metformina 500 mg/12 horas vía oral (primera dosis 20:47 pm).

Losartan 50 mg/24 horas (primera dosis 22:00 pm)

Revisar la presión arterial del paciente cada hora y la temperatura corporal. Monitorear la capacidad de la respiración y la saturación de oxígeno y reportar cualquier anomalía que surja de manera inmediata. Valoración con el nutriólogo y otorgarle una dieta hipoproteica e hipocalórica.

Se debe realizar una gasometría.

Se debe tomar un electrocardiograma.

Se debe realizar una medición de la glucosa cada 2 horas.

Realizar un examen de orina de 24 horas.

Reportar cualquier eventualidad y mantener en vigilancia.

¡Gracias!

Médico tratante: MIP Carlos Rodrigo Velasco Vázquez