

Universidad del sureste

Campus Comitán

Licenciatura en Medicina Humana

Nota Medica

Medicina Interna

Dr. Gerardo Cancino Gordillo

Vazquez López Josue

5to semestre

Grupo B

Comitán de Domínguez Chiapas el día 15 de octubre del año 2023

NOMBRE DEL PACIENTE:
SEXO: masculino
EDAD: 5 años

EXPEDIENTE:
NO. CAMA: 05

FECHA: 6/10/2023
HORA: 10:30 AM

	Evolución
<p>PESO: 11 kg TA: 120/80 FC: 159 lpm FR: 19 rpm TEMP: 38.6 °C SO2: 98%</p> <p>DX: Leucemia Linfoide Aguda</p> <p>TX: 30mg/12h Furosemda 40 mg/12h y terapia de inducción de remisión.</p>	<p>PACIENTE: Femenino Edad: 5 años Domicilio: San Sebastián de Comitán de Domínguez Chiapas Ingreso: 06-10-2023 Hora: 10:30 AM</p> <p>Se trata de paciente masculino de 5 años ingresado a urgencias hace 5 días por haber presentado vómitos en distintas ocasiones y astenia que ha ido en aumento desde hace una semana y la madre se refería a notar una pérdida de peso evidente de aproximadamente 2.5 kg.</p> <p>Síntomas: La madre refiere que por la noche el paciente presenta con sudoración nocturna, astenia, vomito, debilidad y un dolor en abdomen, y acompañado con insomnio, anorexia, epistaxis, y llanto recurrente.</p> <p>Objetivo: Se presentaba Palidez cutáneo-mucosa marcada. Bien hidratada y con buena perfusión., Mucosas húmedas. Faringe sin hallazgos. No se palpan adenopatías, sin alteraciones parte del cuerpo. No presenta signos meníngeos. Auscultación cardiaca no se auscultan soplos. Auscultación pulmonar: campos normo ventilados. Buena entrada de aire bilateral. Abdomen blando. No se objetiva defensa. Se palpa hepatomegalia y esplenomegalia. Peristaltismo conservado, hepatoesplenomegalia. En la inspección se encuentran hematomas en extremidad superior izquierda y en zonas pretibiales de extremidades inferiores (con traumatismos leves según refiere la madre). No petequias. No se palpan adenopatías axilares ni supraclaviculares.</p> <p>Análisis: Valora su sintomatología se solicita biometría hemática y se encuentra anemia, trombocitopenia, neutropenia, linfocitosis; tiempos de coagulación y química sanguínea.</p> <p>Plan: En dietas: Continuar con dieta normal, abundantes líquidos. Se recomienda consumir alimentos preparado como Caldo de pollo con vegetales, 4 tortillas, agua de frutas, agua natural y gelatinas o costeles de frutas. Soluciones: Administrar suero glucosado al 8 % de mantenimiento. Medicamentos: Omeprazol 5 g/m en perfusión continua durante 24 horas. CGE: control de infecciones, control de los síntomas, manejo de las diarrea, vigilar estado de conciencia. En higiene: el paciente debe bañarse con agua templada, cepillarse 3 veces al día después de comer. Pendientes: BH de control y valoración de médico internista para canalizar a tercer nivel. Reportar al médico por cualquier cosa que presenta al paciente.</p>

NOMBRE DEL PACIENTE:

EXPEDIENTE:

FECHA: 7/10/2023

SEXO: masculino

NO. CAMA: 02

HORA: 10:30 AM

EDAD: 64 años

	Evolución
<p>PESO: 11 kg TA: 120/80 FC: 159 lpm FR: 19 rpm TEMP: 38.6 °C SO2: 98%</p> <p>DX: Leucemia Linfoide crónica</p> <p>TX:</p> <p>*Paracetamol 1gr IV c/8 hrs *Candesartan 8mg VO c/12 hrs *Ceftriaxona 1gr IV C12 hrs (12-10-23) (1)</p>	<p>PACIENTE: Masculino Edad: 64 años Domicilio: Centro de Comitán de Domínguez Chiapas</p> <p>Ingreso: 07--10-2023 Hora: 12:00 Pm del día</p> <p>Se trata de paciente masculino de 64 años, de vendedor de cosas de mercado, con antecedentes de diabetes mellitus, con arritmia cardíaca, además de úlceras gástricas. Recibe tratamiento crónico con omeprazol, candesartán e insulina. Acudió al servicio de urgencias por astenia, anorexia, sensación nauseosa y dolor en epigastrio de una semana de evolución atendido por medico particular.</p> <p>Síntomas:</p> <p>El Px que se encuentra despierto, responde a preguntas realizadas, refiere haber tenido mucho agotamiento con cuadros febriles de 39 C°, y se encuentra con deterioro del estado 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, orina y evacuaciones normales hasta el momento</p> <p>Objetivo:</p> <p>A la exploración física no se encuentran adenopatías externas e interna, 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 sin compromiso.</p> <p>Análisis: Aspirado de médula ósea correspondientes a LMA. -Mielograma: Hiper celular con infiltración blástica 61 %, promielocitos 3 %, mielocitos 1,5 %, segmentados 4,3 %, eosinófilos 1 %, basófilos 3 %, monocitos 16% y linfocitos 4 %. Estudio citogenético de muy mal pronóstico. Se le realizaron estudios de laboratorio, arrojando lossiguientes 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.</p> <p>Plan:</p> <ol style="list-style-type: none">1. sol fisiológico de 500ml por 7 horas2. Dieta: Pecho de pollo a la plancha con arroz y verduras (normosòdico), 4_6 tortillas, abundante líquido de agua de frutas y natural.3. CGE y SVPT<ul style="list-style-type: none">• Vigilar diuresis y conteo de líquidos, emesis.• Vigilar estado de conciencia del Px.

NOMBRE DEL PACIENTE:

EXPEDIENTE:

FECHA: 8/10/2023

SEXO: Masculino

NO. CAMA: 04

HORA: 11:40 AM

EDAD: 72 años

FECHA Y HORA	Evolución
08-10-2023 11:40 AM PESO: 77kg TA: 132/80 FC: 68 lpm FR: 19 rpm TEMP: 38.5°C SO2: 93% DX: Lesión renal aguda TX: Paracetamol 30mg/8hrs Omeprazol 25mg/12 hrs Ceftriaxona 60 mg/6 hrs	PACIENTE: Masculino Edad: 72 años Ingreso: 08-10-2023 Hora: 3:40 PM Síntomas: El paciente acude refiriendo edema de miembros inferiores que tuvo inicio aproximadamente hace una semana, por lo que se auto medicó ibuprofeno para intentar aliviar La hinchazón, empeorando el edema. Consiguiente a esto refiere comenzar a presentar dolor severo nivel de epigastrio que intentó aliviar con paracetamol, obteniendo cesamiento parcial. Por último, refiere el comienzo de disnea y ortopnea hace 4 días, acudiendo a urgencias médica. Objetivo: Se encuentra paciente orientado, Glasgow de 16 puntos. A exploración física se encuentra cráneo sin alteraciones, cuello cilíndrico normal, ingurgitación yugular leve. Corazón arrítmico sin soplos. Campos pulmonares normales. Abdomen globoso con presencia significativa de panículo adiposo; normoperistalsis. Edema en miembros inferiores con mejoría. Análisis: <ul style="list-style-type: none">• Se realiza en estudio EGO encontrando urea 166, creatinina con aumento de un 76%, Orina escasa, espumosa.• Hb 7.6, PlaQ 216 mil, Hto 22.79, leu 11.97, neu 8.07, urea 149, Cr 2.38, CT 128, Gluc 115, Alb 1.84, K 4.6, TG 168, PCR 67.5, VLDL 34.• Familiares ampliamente informados con un Dx Lesión Renal Aguda Plan: Dieta baja en carbohidratos por vía oral, pollo cocido con vegetales, con abundante liquido de agua fruta y agua simple. Solución salina 0.9% 1000cc para 12 horas. Medicamentos: Paracetamol 30mg/8hrs Omeprazol 25/12 h Ceftriaxona 60 mg/6hrs CGE: <ul style="list-style-type: none">• Vigilancia del estado del paciente• Reportar al interno en caso de aumento en miembros inferiores e incremento repentino del dolor renal intensa. Pendiente: realizar estudios como: Gammagrafía y Albumina y GFR de ambos riñones

NOMBRE DEL PACIENTE:

EXPEDIENTE:

FECHA: 9/10/2023

SEXO: Masculino

NO. CAMA: 07

HORA: 9:10 PM

EDAD: 60 años

NOMBRE DEL PACIENTE:

SEXO: masculino

FECHA Y HORA	Evolución
09-10-2023 9:10 PM PESO: 85 kg TA: 143/90 FC: 100 lpm FR: 26 rpm TEMP: 37.8 °C SO2: 95% DX: Lesión renal crónica TX: Paracetamol 35mg/8hrs Ceftriaxona 65 mg/6 hrs Estudio: <ul style="list-style-type: none">• Gammagrafía• Albumina• GFR	<p>PACIENTE: Masculino Edad: 60 años Ingreso: 07-10-2023</p> <p>P: Masculino de 50 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.</p> <p>S: El paciente refiere haber iniciado con los síntomas hace 1 semanas con disminución en la producción de orina y dolor intensa de miembros inferiores lado derecho, elevaciones de la presión arterial el cual no tiene tratamiento, dice estar cansado, por las mañanas tiene náuseas en todo el día y por las noches le da dolor de los pies, hace 5 días empezó con edema de los miembros inferiores.</p> <p>O: 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: El paciente se encuentra orientado, se le administro paracetamol de 25 mg vía oral por fiere alta 37.8 °C. Y se le debe realizar estudios de laboratorio: hemograma completo, proteinuria, creatinina elevada y urea electrolitos.</p> <p>Dx: Lesión renal crónica Familiares ampliamente informados.</p> <p>Plan: Dieta: restricción de proteínas, fosfato y potasio. Sopa de verduras, 4 piezas de tortillas, tomar demasiada agua Impurificada, gelatina. CGE y SVPT</p> <ul style="list-style-type: none">• Vigilar el estado de conciencia• Vigilar presión arterial• Vigilar emesis y edema de miembros superiores• Vigilar el Dolor intensa de riñones <p>Estudios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Gammagrafía• Albumina• GFR <p>Pendientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Estudios de laboratorio: de sangre y Orina

NOMBRE DEL PACIENTE:

EXPEDIENTE:

FECHA: 10/10/2023

SEXO: Masculino

NO. CAMA: 08

HORA: 07:40 PM

EDAD: 48 años

FECHA Y HORA	Evolución
<p>09-10-2023 9:10 AM PESO : 80 kg TA: 135/80 FC: 72 lpm FR: 19 rpm TEMP: 37. 2 °C SO2: 95%</p> <p>DX: Linfoma de no Hodking</p> <p>TX: CHOP</p>	<p>Paciente: Masculino Edad: 48 años Ingreso: 09-10-2023</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. Síntomas: 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 Familiares ampliamente informados.</p> <p>P: Dieta: normal equilibrada y normosódica. Carne roja, Pollo hervido con verdura, Abundantes líquidos, Agua y te. .</p> <p>Tratamiento: CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona) + Rituximab</p> <p>Vigilancia del Px:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vigilar estados de alerta• Interconsulta con el oncólogo• Informar al médico en turno en caso de complicaciones.