



UDS

Mi Universidad

Notas de médicas.

Joshua Daniel Mazariegos Pérez.

Notas médicas.

2° parcial.

Medicina Interna.

Dr. Gerardo Cancino Gordillo.

Medicina Humana

5° semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas a 14 de octubre del 2023.

Leucemia mieloblastica aguda.

Fecha de ingreso: 13 de octubre del 2023.

Nombre: XXXXXXXXXX

Exp. No.000000255

Cama: 05

Médico tratante: Dr. Gerardo Cancino Gordillo.

Fecha y hora.	Evolución.
<p>13/10/2023. 13:15 p.m.</p> <p>TA: 110/85 mmHg Temp: 37.9°C FC: 110 lxm FR: 18 rxm SatO2%: 94%</p>	<p>Personal. Paciente masculino de 63 años de edad. Su tiempo de estancia es de 2 días. Diagnóstico previo de anemia hemolítica secundaria a deficiencia de hierro.</p> <p>Subjetivo. El paciente ingresó a consulta al servicio de urgencia señalando que en los últimos 2 meses se ha sentido cansado, sin ganas de realizar sus actividades diarias. A demás refiere dolor intenso en los huesos, seguido de dolor de cabeza recurrente. Refiere que sus familiares lo han notado pálido los últimos 10 días; además menciona que cada vez que se golpea mínimamente los moretones son muy evidentes. De igual manera menciona que había presentado dolor en hipocondrio derecho y en flanco derecho y que últimamente siente que se llena muy rápido al comer. Actualmente el paciente se encuentra en un estado de pérdida de peso moderado, no tolera los alimentos. Continúa con fiebre y recientemente se le ha visto diaforético y con tos con expectoraciones.</p> <p>Objetivo. A la exploración física, se observa cavidad bucal enrojecida, encías con tono violáceos, engrandecidas y con sangrado. Cavidad nasal sin alteraciones; región ocular sin presencia alteraciones. A la exploración neurológica el paciente se encuentra con Glasgow 14/15, con cefalea intensa, no refiere mareos ni nauseas. Se encontró presencia de linfadenopatía en la región del cuello, piel y tegumentos poco profundas, con llenado capilar disminuido; en extremidades superiores e inferiores se encuentran equimosis. Al explorar el sistema respiratorio se observa una amplexión y amplexación disminuida; a la auscultación pulmonar se escucha roncus. Al explorar sistema cardiovascular en focos cardiacos no se ausculta alguna anormalidad, pero si hay presencia de taquicardia.</p>

Fecha y hora.	Evolución.
<p>13/10/2023. 13:15 p.m.</p> <p>TA: 110/85 mmHg Temp: 37.9°C FC: 110 lxm FR: 18 rxm SatO2%: 94%</p>	<p>En exploración de abdomen se palpa hígado aumentado de tamaño que nos indica una hepatomegalia.</p> <p>A la exploración del sistema digestivo paciente refiere pérdida de apetito y disfagia. No hay presencia de un cuadro diarreico, náuseas y regurgitación.</p> <p>Análisis.</p> <p>Al primer día de ingresar a urgencias, se mandaron a pedir laboratorios de biometría hemática, donde se observó un recuento de leucocitos <5.000/ml. Con afección en Neutrófilos y una hemoglobina 7.03 g/dl.</p> <p>Se realizó química sanguínea, mostrando una elevación moderada del ácido úrico.</p> <p>Se realiza una prueba de funcionalidad Hepática (PFH) donde se muestra una elevación mínima de TGO, TGP y LDH.</p> <p>Se realiza un perfil de coagulación completo donde se muestra un conteo bajo de plaquetas.</p> <p>En los estudios de imagen se realizó una radiografía de tórax PA donde se observa compromiso bronquial radiopaco en ambos pulmones.</p> <p>Se le realiza un electrocardiograma el cual no muestra ninguna alteración en la conducción y frecuencia del corazón.</p> <p>Se realizó realizaron estudios de marcadores inmunológicos, donde se presentó una expresión del gen CD19 y mieloperoxidasa.</p> <p>Se realizó un aspirado de medula ósea y biopsia de sangre periférica, el cual muestra células mieloblasticas con bastón de Auer, una mayor infiltración de leucocitos inmaduros.</p> <p>El paciente no se ha presentado más datos de alarma, al ingreso se presentó con fatiga marcada, cefalea, dolor osteomuscular, con piel y tegumentos pálidos, con equimosis en extremidades; y con un dolor en hipocondrio derecho y flanco derecho.</p> <p>A los 20 minutos de su ingreso en la exploración física se encontraron hallazgos como cavidad bucal enrojecida, encías inflamadas y sensibles con sangrado; se palpo un hígado agrandado (hepatomegalia), y se observó una linfadenopatía en cuello.</p> <p>15 horas después del ingreso se observó al paciente con intolerancia a la comida, con pérdida de peso marca, tos con expectoraciones, taquicardico y con diaforesis marcada, fue mandado a hospitalización.</p> <p>Se diagnosticó una Leucemia Mieloblastica aguda, seguida de una anemia hemolítica secundaria a ferropenia.</p> <p>El paciente desde su estancia ha ido mejorando conforme a la cefalea, dolor osteomuscular disminuido y debido a la dieta se controló la pérdida de peso.</p> <p>Plan médico.</p> <p>Al ingreso en hospitalización se mantuvo con dieta líquida.</p> <p>El no tolerar los alimentos se incluyó dieta parenteral con solución mixta con vena permeable (4:00 am, 100ml)</p>

Fecha y hora.	Evolución.
<p>13/10/2023. 13:15 p.m.</p> <p>TA: 110/85 mmHg Temp: 37.9°C FC: 110 lxm FR: 18 rxm SatO2%: 94%</p>	<p>Se manda a quimioterapia con citarabina 100 mg/m² IV durante 7 días y daunorrubicina 60 mg/m² durante 7 días. Se realiza terapia con HCT alogénico. Se realizan transfusiones plaquetarias manteniendo recuento de plaquetas >10.000/micro litros. Realizan transfusiones sanguíneas para mantener hemoglobina >70-80 g/dl Se inicia profilaxis con antibióticos contra bacterias gramnegativos.</p> <p>Para los cuidados de enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales por turno. • Registrar curva tensional. • Realizar deambulaci3n asistida. • Vigilar adenomegalia en cuello. • Vigilar equimosis y hematomas. <p>Gracias. No se encuentra ning3n pendiente. Y el paciente hasta el momento permanece estable.</p> <p>Nombre del m3dico: Dr. Gerardo Cancino Gordillo</p> <p>----- Firma del medico</p>

Linfoma linfoblástica aguda.

Fecha de ingreso: 12 de octubre del 2023.

Nombre: XXXXXXXXXX

Exp. No. 000000256

Cama: 06

Médico tratante: Dr. Gerardo Cancino Gordillo.

Fecha y hora.	Evolución.
<p>12/10/2023. 10:00 a.m.</p> <p>TA: 125/90 mmHg Temp: 38 °C FC: 115 lxm FR: 23 rxm SatO2%: 96%</p>	<p>Personal. Paciente pediátrica femenina de 6 años de edad, su tiempo de estancia es de 5 días. Sin diagnósticos previos. Al su ingreso la madre menciona que la paciente se ve cansada, duerme todo el día, presenta debilidad al levantarse, moretones sin causa subyacente, llanto al mover sus articulaciones y desmayos sin pérdida de conciencia. La madre menciona que en ocasiones la paciente deja de respirar por breves periodos de tiempo.</p> <p>Subjetivo. Actualmente la paciente se encuentra irritable, con lipotimia, tos con expectoraciones y escurrimiento nasal, con dolor de pecho. De igual manera presenta epistaxis. Presenta disminución del apetito y dolor abdominal. Y con una marcada diaforesis. Paciente presente una infección de vías respiratorias consistente a una bronquitis.</p> <p>Objetivo. En la exploración física paciente se presenta normo céfalo, con cierre completo de fontanelas, con pabellón auricular bien implantados; mucosas nasales no permeables; faringe irritada y enrojecida; ojos simétricos sin alteraciones en la visión; piel y tegumentos bien perfundidos con llenado capilar de 2 segundos. Cuello cilíndrico con presencia de adenopatías poco voluminosas; en extremidades superiores e inferiores hay presencia de petequias rosadas y equimosis sin causa aparente. En la exploración respiratoria se auscultan sibilancias debido a una obstrucción de las vías respiratorias, y a la auscultación cardiaca no se auscultan ruidos patológicos, pero sí taquicardia. En abdomen se observa una distensión, con la palpación el paciente refiere dolor en el flanco derecho.</p> <p>Análisis. Se realizaron pruebas de laboratorio de biometría hemática en el cual se espera encontrar leucocitosis, aumentados de glóbulos rojos y eosinofilia, correspondientes a cuadro anémico. De igual manera se realizan pruebas de marcadores inmunológicos donde se detecta una expresión de genes CD19 y CD22. Posterior se realiza un aspirado de médula ósea y biopsia de sangre periférica en el cual se espera encontrar una infiltración de blastos en la médula ósea mayor a un 20% correspondientes a la línea linfocítica. Con base a los estudios se dio el diagnóstico de Leucemia Linfoblástica aguda de células B.</p>

Linfoma de Hodgkin.

Fecha de ingreso: 11 de octubre del 2023.

Nombre: XXXXXXXXXX

Exp. No. 000000257

Cama: 04

Médico tratante: Dr. Gerardo Cancino Gordillo.

Fecha y hora.	Evolución.
<p>11/10/2023. 10:00 a.m.</p> <p>TA: 120/85 mmHg Temp: 37.8°C FC: 90 lxm FR: 19 rxm SatO2%: 97%</p>	<p>Personal. Paciente masculino de 16 años de edad, con una estancia de 3 días. Acudió a consulta por presentar fiebre no cuantificable, sudoración nocturna, pérdida de peso. A demás presento manchas rojas de piel sin causa aparente en rodillas.</p> <p>Subjetivo Actualmente el paciente se encuentra con fiebre de Pel-Ebstein, sensación de picazón intenso, descamación de la piel y hemorragias de la vía nasal. Aun presenta machas rojas en piel. Pero la pérdida de peso es controlable. Conforme a la sudoración nocturna, aun se sigue presentando.</p> <p>Objetivo. En la exploración física, el paciente se encuentra normo céfalo, con pabellones auriculares bien implantado; ojos simétricos, sin alteraciones en el campo de visión; cabello pigmentado y sin presencia de pérdida del mismo; en cavidad oral, se encuentra integra, mucosas permeables; cavidad nasal sin ninguna anormalidad. En cuello se encuentra integro, sin presencia de adenomegalias o manchas patológicas. En la exploración de piel y tegumentos se encuentra una atrofia ictiosiforme en piernas y antebrazos; al igual con un llenado capilar del 4 segundo; con presencia de eritema nodoso en rodillas. En tórax se observa presencia de adenomegalias de 2 cm de diámetro en zona mediastinal; al auscultar focos cardiacos no hay presencia de ruidos patológicos; y sin compromiso respiratorio. Mientras que en la exploración de abdomen se encuentra integro, sin distención o presencia de alguna adenomegalia; no presenta dolor a la palpación.</p> <p>Análisis. Se realizaron laboratorios de biometría hemática donde se encontró recuento bajo de glóbulos rojos, leucocitos, plaquetas y linfocitos. En la química sanguínea se observó una elevación del ácido úrico. De igual manera se realiza VSG donde los resultados fueron más de >50 dando una enfermedad. Se realizaron prueba de VIH el cual salió negativo. Pero en los estudios inmunohistoquimicos se encontró expresión de genes PAX5, CD15 y CD30. Posteriormente se realizó un aspirado de medula ósea y una biopsia/frotis de sangre periférica, en la cual se esperaba encontrar infiltración de linfocitos policrómales, eosinofilos, neutrófilos y macrófagos; pero de igual manera se encontró células lacunares, con núcleos multiloburales con abundante citoplasma pálido indicativo de células de Reed Sternberg.</p>

Linfoma de no Hodgkin.

Fecha de ingreso: 09 de octubre del 2023.

Nombre: XXXXXXXXXX

Exp. No. 000000258

Cama: 03

Médico tratante: Dr. Gerardo Cancino Gordillo.

Fecha y hora.	Evolución.
<p>09/10/2023. 10:00 a.m.</p> <p>TA: 120/85 mmHg Temp: 38.6°C FC: 90 lxm FR: 19 rxm SatO2%: 97%</p>	<p>Personal. Masculino caucásico de 66 años de edad, con tiempo de estancia de 6 días. Acudió a consulta por presentar sudoración nocturna, pérdida de peso y fiebre no cuantificable. De igual manera menciona que sintió un bulto en el estómago el cual no presenta dolor al tocarlo, pero observo que va creciendo conforme pasaban los días. Fue diagnosticado con mononucleosis infecciosa.</p> <p>Subjetivo. Actualmente el paciente se encuentra con fiebre de 38.6, al igual que fatiga marcada, inflamación de garganta y sarpullido. Continua sudoración nocturna, pero con pérdida de peso controlada. Y presenta bulto agrandado en región umbilical.</p> <p>Objetivo. En la exploración física el paciente se encuentra normo céfalo, con pabellones auriculares bien implantados, sin hundimientos; ojos simétricos y sin alteraciones en la visión; faringe irritada y enrojecida, con amígdalas inflamadas. Estado neurológico intacto, si parestesias, sin nauseas, mareos. En cuello no hay presencia de adenomegalias o alguna otra deformación. En piel y tegumentos se encuentra petequias, bien perfundidos con buen llenado capilar, sin presencia de adenomegalias en extremidades superiores e inferiores, no presenta lesiones ni fracturas. En la exploración de tórax no hay presencia de deformaciones, ni adenomegalias; a la auscultación respiratoria no se ruidos patológicos; en la exploración de focos cardiacos no se escucha ninguna anormalidad. En abdomen se encuentra presencia de adenomegalia en región umbilical indoloro y con crecimiento progresivo. De igual manera a la palpación se encuentra hepatoespenomegalia.</p> <p>Análisis. Se realizó biometría hemática donde se espera encontrar un aumento en linfocitos, y los demás valores de células sanguíneas se encuentran bajas teniendo una leucocitopenia, trombocitopenia y bajo recuento de glóbulos rojos. De igual manera se realizaron Pruebas de Funcionamiento Hepático (PFH) en donde se encontró una elevación de beta 2-microglobulina y un aumento en lactato deshidrogenasa sérica. En marcadores inmunológicos se detecta una expresión de CD19, CD20 y CD79a, al igual que una hiperexpresion de BCL2. Se realiza prueba de virus de Epstein barr, el cual sigue positivo.</p>

Fecha y hora.	Evolución.
<p>09/10/2023. 10:00 a.m.</p> <p>TA: 120/85 mmHg Temp: 38.6°C FC: 90 lxm FR: 19 rxm SatO2%: 97%</p>	<p>Se realiza estudios de gabinete como radiografía simple de abdomen para verificar la extensión del tumor, y un USG para verificar tiene contenido vascular.</p> <p>Debido a la expresión de marcadores inmunológicos, se realizó una biopsia en la zona tumoral y frotis de sangre periférica, donde se encontraron células neoplásicas heterogéneas, con células grandes, cromatina vesicular y núcleos predominantes.</p> <p>Por los siguientes laboratorios se dio el diagnostico de Linfoma de no Hodgkin de tipo linfoma difuso de linfocitos B grandes.</p> <p>Paciente desde su ingreso presento un aumento de la adenomegalia umbilical.</p> <p>Plan e indicaciones médicas.</p> <p>Se indica una dieta hipercalórico/hiperproteica progresiva para reponer la pérdida de peso.</p> <p>Se administra solución de cloruro de sodio para la reposición de líquidos.</p> <p>Como tratamiento terapéutico se indica quimioterapia con rituximab, régimen de ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona (R-CHOP) 1 ciclo completo por 3 semanas.</p> <p>Como indicaciones de enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar signos vitales por turno. • Vigilar agrandamiento de linfadenopatía. • Vigilar estado neurológico. • Cuantificar peso por turno. • Cuantificar fiebre. • Vigilar evolución de sarpullido. <p>No hay ningún pendiente, y reporte sin eventualidades en el peso, sin presencia de 2 o más linfadenopatías.</p> <p>Gracias.</p> <p>Dr. Gerardo Cancino Gordillo.</p> <hr style="width: 20%; margin-left: 0;"/> <p>Firma del médico.</p>

Lesión renal aguda.

Fecha de ingreso: 08 de octubre del 2023.

Nombre: XXXXXXXXXX

Exp. No. 000000259

Cama: 08

Médico tratante: Dr. Gerardo Cancino Gordillo.

Fecha y hora.	Evolución.
<p>08/10/2023. 10:00 a.m.</p> <p>TA: 136/96 mmHg Temp: 38.6°C FC: 120 lxm FR: 19 rxm SatO2%: 97%</p>	<p>Personal. Masculino de 55 años de edad, con tiempo de estancia de 7 días. Acudió por presentar síntomas de debilidad, náuseas, confusión, cansancio y taquicardia, además de edema en miembros inferiores. Cuenta con diagnóstico previo de insuficiencia cardiaca derecha con tratamiento.</p> <p>Subjetivo. Actualmente el paciente se encuentra hipertenso, taquicardico, con náuseas y vómitos, fatiga y debilidad, confusión y desde su ingreso presenta una disminución en la excreción de orina desde hace 2 días. Sigue presente el edema de miembros inferiores.</p> <p>Objetivo. En la exploración física se encuentra paciente normo céfalo, pabellones auriculares bien implantados; ojos simétricos, sin afectación en el campo de visión; mucosas de cavidad bucal permeables. A la exploración neurología se encuentra paciente confundido, con mareos y nauseas. En cuello se observa ingurgitación yugular, sin adenopatías y cilíndrico. Se observa en piel y tegumentos buena perfusión, con llenado capilar de 1 segundo; en extremidades inferiores se observa edema con fóvea de 1cm de profundidad. En tórax no se observan deformaciones en mediastino y esternal; en la auscultación respiratoria se escuchan pulmones ventilados, con amplexión y amplexación normales; en la auscultación cardiaca hay presencia de 3 ruidos, hay presencia de taquicardia. Al explorar abdomen, hay presencia de hepatomegalia marcada levemente.</p> <p>Análisis. Se realizó biométrica hemática, el cual los valores se encuentran dentro del rango establecido. Posteriormente se realizó química sanguínea el cual muestra una elevación en la creatinina sérica o BUN. Se realizó la gasometría arterial para verificar presencia de acidosis o alcalosis metabólica o respiratoria. Además, se valoró EGO para evaluar daño renal, verificando si hay presencia de proteinuria. De igual manera se realizan pruebas de electrolitos séricos para verificar si hay hiperpotasemia, hipercalcemia o hipocalcemia. En los estudios complementarios se realiza un Electrocardiograma que muestra presencia de onda T hiperaguda, picuda y simétrica o alteraciones por electrolitos. Además se realizan radiografías de tórax para ver el compromiso cardiaco y si existe una cardiomegalia; de igual manera se realiza ecografía renal buscando alguna lesión renal o presencia de algún agente que obstruya el uréter y verificar el tamaño de los riñones.</p>

Lesión renal crónica.

Fecha de ingreso: 07 de octubre del 2023.

Nombre: XXXXXXXXXX

Exp. No. 000000260

Cama: 09

Médico tratante: Dr. Gerardo Cancino Gordillo.

Fecha y hora.	Evolución.
<p>07/10/2023. 15:00 a.m.</p> <p>TA: 138/96 mmHg Temp: 37.6°C FC: 112 lxm FR: 16 rxm SatO2%: 95%</p>	<p>Personal. Masculino de 67 años de edad, con tiempo de estancia de 9 días. Acudió a consulta por presentar anorexia, fatiga extrema, debilidad generalizada y taquicardia. Además, menciona presentar la necesidad de orinar varias veces durante la noche.</p> <p>Subjetivo. Actualmente el paciente muestra proteinuria, taquicardia, presión arterial elevada y compromiso neurológico como nauseas, mareos y confusión.</p> <p>Objetivo. A la exploración física el paciente se encuentra normo céfalo, con pabellones auriculares bien implantados; ojos simétricos sin ninguna alteración en el campo de visión. En estado neurológico se presenta confundido, con nauseas, mareos y con agilidad mental disminuida. En cuello se presenta cilíndrico, sin ninguna adenomegalia y sin otras alteraciones. Piel y tegumentos bien perfundidos y con buen llenado capilar. En tórax no se presenta deformidades ni adenopatías. A la auscultación respiratoria se encuentra pulmones moderadamente ventilados. Mientras que en los focos cardiacos no se observa ninguna alteración. En abdomen no se encuentra ninguna alteración, perístalsis normal, sin signos de bazuqueo, y sin observar ascitis.</p> <p>Análisis. Se realizaron laboratorios como prueba de filtrado glomerular, la creatinina esta aumentada nos señala un daño renal; además de valorar EGO para verificar la presencia de albuminuria. A demás, se verifica la tasa de filtrado glomerular para demostrar un valor de <60 ml/min. Se realiza ecografía para ver tamaños de riñones, los cuales si son pequeños y esclerosados indican un daño renal crónico. Conforme a los laboratorios y gabinete, el diagnóstico es enfermedad renal crónica.</p> <p>La evolución del paciente ha ido mejorando conforme al tratamiento.</p> <p>Plan e indicaciones. Para mejor el filtrado glomerular evitar la progresión del daño renal, con una dieta que limite líquido, reducir el consumo de sal y potasio. En los medicamentos utilizados se recomienda inhibidores de SGLT para reducir el riesgo de enfermedad renal crónica, combinando con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, hierro intravenoso y diálisis.</p>

