



**Rojas Velázquez Joan Natael**

**Cancino Gordillo Gerardo**

**Notas medicas**

**Medicina Interna**

**5°B**

Comitán de Domínguez Chiapas a 15 de octubre de 2023

## NOTA MEDICA

Nombre: Felipe Castellano Pérez  
Cama: 3

Exp:01  
Servicio:

Fecha  
11/10/2023

Prescripción

12:00 hrs  
TA:125/80  
FC: 70  
FR: 12  
Temp:  
38.6°C

**P**  
Masculino de 68 años, agricultor, relativamente bien de salud, fumaba ocasionalmente y es alérgico al metamizol, no recibió vacunas durante su infancia. con antecedentes familiares de diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica. Refiere que fue diagnosticado con litiasis renal hace 10 años, sin otros antecedentes personales de importancia.

**S**  
Acude a cita 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.

**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.

**A**  
Masculino en la sexta década de la vida, sin morbilidades el cual se le hacen 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:

Biometría hemática: hemoglobina <10.5g/100ml. Leucocitos >15000ul. Linfocitos <600/ul.

Química sanguínea: albumina <4g/100ml

Velocidad de eritrosedimentación: <30

Tomografía por emisión de positrones: no hay afectaciones extraganglionares ni infiltrado en medula ósea.

Tomografía computarizada: ganglios linfáticos agrandados, hiperdensa en región cervical.

Biopsia: células de Reed-Sternberg positivas

Pronóstico reservado a evolución

IDx: Linfoma de Hodgkin

P

Dieta normal equilibrada

1.Doxorrubicina: 30mg/m<sup>2</sup> semanal

2.Vinblastina: 3,7mg/m<sup>2</sup>

3.Bleomicina: 250 x 10<sup>3</sup> UI

4.Dacarbazina: 250mg/m<sup>2</sup> durante 5 días cada 3 semanas

Vigilar datos de alerta

Interconsulta con el oncólogo



Joan Natael Rojas Velázquez

Nombre y firma del  
Médico Responsable

### NOTA MEDICA

Nombre: Alfonso Guadalupe Lopez Villa  
Cama:1

Exp:02  
Servicio:

Fecha  
11/01/2023

Prescripción

10:00hrs  
TA:120/80  
FC: 65  
FR: 12  
Temp:  
36.5°C

P

Paciente de 76 años ingresada a consulta 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, edema, disfagia, tos seca, astenia y pérdida de peso son razón aparente.

S

Paciente presenta aumento de tamaño de ganglios linfáticos de cuello y axila, acude por fiebre, sudores nocturnos, sensación de cansancio, pérdida de peso sin razón conocida, sarpullido y dolor torácico. con un mes de evolución.

O

A la exploración se encuentra aumento de volumen en la cara, con ligera cianosis, palidez cutáneomucosa, además de lesiones de aspecto blanquecino en la lengua y faringe. 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 lesión tuberculosa "escrófula", con drenaje de material serohemático. orientado en lugar y persona reflejos pupilares íntegros.

A

Biometría hemática: Hemoglobina: 9,7 g/L Leucocitos: 9,9 x 10<sup>9</sup> L  
Segmentados: 0,70 Eosinófilos: 0,00 Linfocitos: 0,26  
Química sanguínea: Glucemia: 4,7 mmol/L Creatinina: 114 mmol/L  
Transaminasa glutámico-pirúvica: 145 mmol/L Colesterol: 4,3 mmol/L  
Urato: 451 mmol/L Lactato deshidrogenasa: 569 mmol/L Fosfatasa alcalina: 314 mmol/L

Biopsia: células de Reed-Sternberg negativas

IDx: Linfoma No hodgking

P

Dieta normal equilibrada

Vigilar estados de alerta  
Interconsulta con el oncólogo

Gracias

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Joan Natael Rojas Velázquez', written in a cursive style.

Joan Natael Rojas Velázquez

Nombre y firma del  
Médico Responsable

### NOTA MEDICA

Nombre: Alejandra Sandoval Pérez  
Cama: 6

Exp:03  
Servicio:

Fecha  
01/10/2023

Prescripción

13:00hrs  
TA:125/80  
FC: 70  
FR: 13  
Temp:36.8°C

P

Paciente femenina de 5 años ingresado a urgencias hace 4 días por presentar vómitos frecuentes y disminución de su actividad actual con astenia en aumento de 1 semanas de evolución, madre refiera impresión de pérdida de peso en las últimas semanas.

S

Paciente presenta sudoración nocturna, debilidad, astenia y adinamia, vómitos, hepatoesplenomegalia, pérdida de apetito, gingivorragia y llanto que calma con presencia de la madre.

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. 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. 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 hueco popliteo.

A

Con la sintomatología presente se solicita biometría hemática y se encuentra trombocitopenia, neutropenia, anemia, linfocitosis; tiempos de coagulación y química sanguínea.

IDx: Leucemia linfocítica aguda

P

Continuar con dieta normal

Soluciones: Administrar suero glucosado al 5 % de mantenimiento.

Medicamentos: Metotrexato 5 g/m en perfusión continua durante 24 horas.

Pendiente BH de control y valoración de médico internista para canalizar a 3er nivel.

Reportar eventualidades al interno



Joan Natael Rojas Velázquez

Nombre y firma del  
Médico Responsable

### NOTA MEDICA

Nombre: Feliz Brayan Méndez Hernández  
Cama: 8

Exp:04  
Servicio:

Fecha  
11/04/2023

Prescripción

17:00hrs  
TA:130/90  
FC: 77  
FR: 13  
Temp: 38°C

**P**  
Masculino de 60 años, bebedor ocasional con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus. Acudió al servicio de urgencias por astenia, anorexia, sensación nauseosa y dolor en epigastrio de una semana de evolución atendido por medico particular en su lugar de trabajo.

**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, debido a que se encuentra hospitalizado debido a patología actual, la preocupación 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, normocéfalo con adecuada implantación del cabello, tegumentos pálidos, pupilas normoreflexicas a estímulos luminosos, pabellones auriculares íntegro, fosas nasales permeables, dentadura conservada con presencia de caries.

**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 costa. Abdomen con presencia de hematomas resto sin compromiso.

**A**  
Px se encuentra delicado deprimido con mal pronóstico por su avanzada edad, comorbilidad y estudio citogenético de muy mal pronóstico. A las 24 h del ingreso, presentó un síndrome febril sin evidencia de foco con hemocultivos positivos para Staphylococcus schleiferi sensibles a penicilina, el cual se informa a familiares 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:



BH: Hemoglobina 9 gr/dl, hematocrito 30,1 %, VCM 102 fl, reticulocitos  $12 \times 10^9 / l$ , plaquetas  $93 \times 10^9 / l$ , leucocitos  $38 \times 10^9 / l$  (blastos 44 %, promielocitos 12 %, mielocitos 2 %, metamielocitos 2 %, cayados 3 %, segmentados 2 %, eosinófilos 1 %, basófilos 1 %, monocitos 26 %, linfocitos 7 %).

Tiempos de coagulación normal.

Quimica sanguineal: LDH: 2.826 U/l, úrico 13 mg/dl, urea 66 mg/dl, creatinina 1,78 mg/dl.

**IDX:** Leusemia mieloide aguda, Diabetes mellitus tipo 2. Hipertencion arterial sistémica

P

Dieta normal

Candesartan 8mg VO c/12 hrs

Aspirina protec 100mg VO c/24 hrs.

Janumet 50/1000mg VO c/12 hrs.

Ceftriaxona 1gr IV C12 hrs (12-10-23) (1)

MNB, (1ml combivent + 2cc sol fisiológica) C/8 hrs 3 dias.

Paracetamol 1gr IV c/8 hrs

Vigilar estado de conciencia del paciente.

Pendiente BH de control

Reportar eventualidades al interno

Gracias



Joan Natael Rojas Velázquez

Nombre y firma del  
Médico Responsable

### NOTA MEDICA

Nombre: Antonio Maximino Gómez Andrade  
Cama: 5

Exp:01  
Servicio:

Fecha  
18/09/2023

Prescripción

20:00 hrs  
TA:120/80  
FC: 69  
FR: 12  
Temp:  
36.6°C

P:  
Masculino de 45 años de edad, alcohólico, fumador activo. Se presenta a consulta por 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

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 1 veces, hace 5 días empezó con edema en miembros inferiores.

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.

A:  
El paciente se encuentra orientado, se le administro captopril de 25 mg vía oral. Y se le debe realizar estudios de laboratorio: hemograma completo, proteinuria, creatinina y urea electrolitos

IDx: Lesión renal crónica

P:  
Dieta: restricción de proteínas, fosfato y potasio.  
Captopril 25 mg dos veces al día.  
CGE y SVPT  
Vigilar el estado de conciencia y presión arterial  
Vigilar emesis y edema de miembros superiores  
Pendiente estudios de laboratorio  
Reportar eventualidades

¡¡¡Gracias!!!

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Joan Natael Rojas Velázquez', written in a cursive style.

Joan Natael Rojas Velázquez

Nombre y firma del  
Médico Responsable

## NOTA MEDICA

Nombre: Felipe Castellano Pérez  
Cama: 3

Exp:01  
Servicio:

Fecha  
21/06/2023

### Prescripción

11:00 hrs  
TA:120/80  
FC: 75  
FR: 13  
Temp: 36°C

P

Paciente masculino de 58 años acude a urgencias por presentar edema de miembros inferiores, disminución en la diuresis. sin datos de cardiopatías con consumo de alcohol ocasionalmente.

S

Paciente presenta desde hace más de 20 días un cuadro de náuseas y vómitos abundantes junto con deposiciones diarreicas (4 o 5 al día) líquidas y sin productos patológicos. No refiere sensación diatérmica. El paciente si refiere haber disminuido la diuresis en los últimos días.

Hace dos días, acude a su médico de atención primaria que le receta Primperán y diuréticos por disminución de la diuresis. Ante la no mejoría del cuadro acude a Urgencias.

O

Consciente y orientado en espacio, tiempo y persona. Buen estado general, normoperfundido, deshidratado. Eupneico  
Cabeza y cuello: normal, no se palpan adenopatías, tiroides normal. Carótidas rítmicas y simétricas. No se auscultan soplos. Tórax: normal sin masas palpables, murmullo vesicular conservado  
Abdomen: Blando, globuloso y depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda. No se palpan masas ni megalias. Ruidos intestinales conservados. No se palpa globo vesical. presenta náuseas, debilidad, ritmo cardiaco irregular, edema en miembros inferiores.

A

Se realizó estudios de laboratorio con los siguientes resultados:  
EGO: Glucosa 127 mg/dl (70-110) Urea 408 mg/dl (5-50) Creatinina 10.4 mg/dl (0.6-1.3) Na<sup>+</sup> 136 mEq/L (135-145) k<sup>+</sup> 5.6 mEq/L (3.5-5.0)

DATOS BIOQUÍMICOS: Ph 5.5, Albúmina ++, Glucosa NEGATIVO

Familiares ampliamente informados.

IDx: Lesión renal aguda

P

Dieta baja en carbohidratos por vía oral, pollo hervido con vegetales, agua simple.

Medicamentos: Nifedipino 30mg/12h

Furosemida 40 mg/12h

Omeprazol 40/12 h

Vigilancia del estado del paciente.

Pendientes

Reevaluación del estado renal del paciente.

Reportar al interno

Gracias



Joan Natael Rojas Velázquez

Nombre y firma del  
Médico Responsable