

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DE INTERNADO MÉDICO EN EL  
HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN EN EL PERIODO  
ENERO 2023 – DICIEMBRE 2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA**

**PRESENTADO POR**

**ASTRID CAROLINE NARRO ALVARADO**

**ASESOR**

**HECTOR CABALLERO VERA**

**LIMA - PERÚ**

**2024**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada  
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA  
HUMANA**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DE INTERNADO MÉDICO  
EN EL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN EN  
EL PERIODO ENERO 2023 – DICIEMBRE 2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICA CIRUJANA**

**PRESENTADO POR**

**ASTRID CAROLINE NARRO ALVARADO**

**ASESOR  
DR. HECTOR CABALLERO VERA**

**LIMA - PERÚ  
2024**

## **JURADO**

**Presidente: HECTOR MIGUEL LAMILLA VADEZ**

**Miembro: LINCOLN FLORENCIO BLACIDO TRUJILLO**

**Miembro: GIOVANNA ITALA AGUILAR OLIVA**

## **DEDICATORIA**

Este trabajo va dedicado principalmente a Dios, que me dio la bendición de terminar la carrera, cuidándome durante todos estos años; además, a todas las personas que me apoyaron en el transcurso de estos difíciles años dándome palabras de aliento.

En especial, a mis padres Víctor Narro Gálvez y Amparo Alvarado Aliaga; a mi abuela, Olga Aliaga; a mi ángel en el cielo, mi abuelo Digno Silva; a mis hermanos y tíos.

Así mismo, va dedicado a mis nueve cointernos que hicieron de este año el más increíble, superando toda expectativa de este proceso.

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar, a la Universidad de San Martín de Porres, por darme la oportunidad de ser parte de la gran familia académica, como poder estudiar la carrera profesional de Medicina Humana; a todo docente por el cual su conocimiento ha llegado hoy a dar frutos en mí y que me brindaron su apoyo y unas palabras de aliento para conseguir los logros que consigo hoy.

Al Hospital Nacional Guillermo Almenara, por darme la increíble oportunidad de hacer el internado médico, un año de total aprendizaje, experiencias y una gran cantidad de amistades que me llevo en el corazón.

A los doctores, por el cual mi desempeño académico y humano se ha visto influenciado para lograr el profesionalismo y calidez que ahora me caracteriza.

## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA</b>	iii
<b>AGRADECIMIENTO</b>	iv
<b>RESUMEN</b>	vii
<b>ABSTRACT</b>	viii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	8
<b>CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	10
<b>CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b>	25
<b>CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	26
<b>CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	41
<b>CONCLUSIONES</b>	43
<b>RECOMENDACIONES</b>	44
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	45

## RESUMEN

El siguiente informe relata la experiencia vivida en estas cuatro rotaciones en un centro de alto nivel resolutivo como es el Hospital Nacional Guillermo Almenara dónde se maneja área hospitalización y de emergencia, ambas son de alto nivel de trabajo y de complejidad, donde se desenvuelve la gran capacidad que tienen los médicos asistentes para confrontar los problemas por los cuales acuden los pacientes. **Objetivo:** Informar mi experiencia como interna de un hospital de alta complejidad y brindar conocimiento de la importancia de desarrollar el internado Médico de manera presencial en un hospital nivel III o mayor. **Materiales y métodos:** La población de estudio fueron pacientes que acudieron al Hospital Nacional Guillermo Almenara en el periodo de enero de 2023 a diciembre de 2023. **Conclusiones:** El internado es la última etapa del desarrollo como médico, pero es la más importante en la formación de la carrera, porque se realizan las prácticas preprofesionales utilizando todo lo aprendido teóricamente además de interactuar con las pacientes de una manera que desenvolvemos empatía y solidaridad con ellos, así evolucionamos a médicos capaces y empáticos.

**Palabras claves:** Internado médico, Cirugía General, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Pediatría.



## ABSTRACT

The following report relates the experience lived in these four rotations in a high-level hospital, what the Guillermo Almenara National Hospital is like, where the hospitalization and emergency areas are managed, both being areas of high level of work and level of complexity, where the great ability of attending physicians to face the problems for which patients come. **Objective:** To report my experience as an intern in a highly complex hospital and provide knowledge of the importance of developing the Medical internship in person in a level III or higher hospital. **Materials and methods:** The study population was patients who attended the Guillermo Almenara National Hospital in the period from January 2023 to December 2023. **Conclusions:** The medical internship is the last stage of development as a doctor, but it is the most important in the formation of the career, because the pre-professional practices are carried out using everything learned theoretically in addition to interacting with patients in a way that develops empathy and solidarity with them, thus we evolve into capable and empathetic doctors.

**Keywords:** Medical internship, General Surgery, Internal Medicine, Gynecology and Obstetrics, Pediatrics.

NOMBRE DEL TRABAJO

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONA  
L DE INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPIT  
AL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA I  
R**

AUTOR

**ASTRID CAROLINE NARRO ALVARADO**

RECUENTO DE PALABRAS

**13971 Words**

RECUENTO DE CARACTERES

**77873 Characters**

RECUENTO DE PÁGINAS

**85 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**2.8MB**

FECHA DE ENTREGA

**Mar 24, 2024 7:02 PM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Mar 24, 2024 7:03 PM GMT-5**

### ● 8% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 8% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

### ● Excluir del Reporte de Similitud

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo relatará en diferentes capítulos la experiencia en el Internado Médico en un hospital de alto nivel de resolución luego de pandemia por COVID-19.

El internado de medicina inició el 1 de enero del año 2023, en el hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Reconocido como Instituto de salud especializado nivel III-2, ubicado en el distrito de La Victoria perteneciendo a la Red Almenara administrado por el grupo EsSalud, se logró a través de un examen elaborado por el grupo EsSalud según ranking de notas. Este hospital cuenta con 57 servicios médicos especializados y más de 140 consultorios para la atención de pacientes, atendiendo actualmente, aproximadamente, 50 290 pacientes contando con áreas de laboratorio, farmacia, anatomía patológica, el área de diagnóstico por imágenes cuenta con ecografía, rayos X, tomografía y resonancia por lo cual estuvo en primera línea durante la emergencia sanitaria por la pandemia

Posteriormente a la elección de plazas para desarrollar el internado médico, se citó a los alumnos para una capacitación durante la primera semana donde se nos explicó medidas de bioseguridad, responsabilidades del interno, el correcta lavado de manos, del EPP, de contacto con el paciente y del uso de la mascarilla en ambiente hospitalario, entre otros.

El primer día del internado médico se inició el 1 de enero de 2023 a las seis de la mañana en el servicio de ginecobstetricia donde fuimos presentados ante los residentes de primer año los cuales iban a estar como responsables de nuestro desarrollo, se nos explicó los las responsabilidades que íbamos a tener en el servicio, el desarrollo de las actividades académicas, la distribución en el servicio ya que íbamos a rotar entre el servicio de ginecología y el servicio de obstetricia, esto debido a que en este hospital estos están por separado, fuimos presentados antes los asistentes los cuales nos recibieron con toda la positividad para un desarrollo óptimo durante los tres meses de rotación.

El internado en el último año de la carrera de medicina Humana, donde los alumnos acuden a sus prácticas preprofesionales en un hospital de alto nivel de complejidad donde desarrollan cuatro rotaciones durante un año completo, las cuatro se dividen en Cirugía General, Medicina Interna Pediatría y Gineco Obstetricia, los alumnos ya no llaman clases teóricas solo las prácticas en el hospital en los cuales se pueden desarrollar actividades académicas como exposiciones trabajos de investigación a cargo de los médicos asistentes de dicha área en el hospital, es decir, ya no hay clases dictadas por la universidad.

En el periodo, los alumnos van desde las seis de la mañana hasta aproximadamente las ocho de la noche a desarrollar estas prácticas sin contar las guardias nocturnas en las cuales los alumnos se quedan a desarrollar la Emergencia, donde se nos deja cargo de tópicos procedimientos observación de pacientes, prácticamente los alumnos pasan más de 12 horas al día en el hospital los 365 días del año, exactamente tres meses en cada rotación.

El Internado médico demuestra la diferencia que se vivió en años anteriores a causa de la pandemia y la desventaja que pudieron tener internos de años anteriores que desarrollaron su internado médico en centros de salud de menor complejidad como postas médicas. A diferencia de realizar tu internado en el grupo EsSalud, realizarlo en Minsa conlleva a una rotación de primer nivel de atención el cual limitaría a un menor tiempo en las rotaciones grandes quitándole quizá la oportunidad a los internos de desenvolverse adecuadamente en estos rubros.

## **CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL**

En el internado médico, el alumno desarrolla responsabilidades con el paciente y con los superiores, está a cargo del desarrollo de historias clínicas, de evoluciones diarias, a cargo de realizar el plan a seguir con el paciente, cumplir con todos los requisitos para que el paciente pueda desarrollar o realizarse procedimientos o u operaciones quirúrgicas, todo bajo la supervisión de su residente.

En esta etapa, pasan todas las emociones conocidas y desconocidas, el interno se enfrenta a situaciones de estrés y frustración, hay oportunidades donde se siente que no es capaz, hay oportunidades donde se siente que ha fallado y queda la sensación de que se pudo hacer más cuando un paciente no se recupera como se desea. Días donde se llega a sentir que no se es lo suficiente, con ganas de rendirse, de retirarse, sin embargo, se tiene la dicha de sobrellevar estas emociones con tus compañeros (cointernos) incluso se puede llegar a tener motivaciones de parte de los superiores y tras seguir avanzando y corrigiendo los errores cometidos, se siente que la carrera es una de las más bonitas y la satisfacción de haber dado lo máximo para que tu paciente se recupere y ver que sale de alta con una sonrisa en la cara y sin perder sus capacidades funcionales no tiene explicación ni comparación, cuando agradece por lo brindado en la atención, cuando te dice que gracias a ti se ha recuperado a pesar de que en realidad haya sido uno más del trabajo en equipo con asistentes y residentes; no obstante, el interno el que más ve al paciente por ejemplo: son los primeros que ven antes de la visita para preguntar, ¿cómo amaneció?, ¿cómo ha estado durante la visita?, ¿después de la visita? para explicarle que se le va a realizar ciertos exámenes, hacerle firmar consentimientos o a la realización de sus curaciones diarias, siempre el interno va a ser quien más ve el paciente y cuando él te agradece al final de su estadía hospitalaria o en Emergencia tras atenciones y atenciones es demasiado gratificante.

## **1.1 Rotación en Ginecología y Obstetricia**

La primera rotación por la que se empezó fue de Ginecología y Obstetricia. En el hospital Guillermo Almenara se dividen dos departamentos, comenzando con la rotación de obstetricia fue demasiado impactante el hecho de que la carga es bastante alta el nivel de pacientes con patologías complejas era mayor que en cualquier otro hospital, muy poco se veían gestantes sin antecedentes de embarazo de alto riesgo, en el servicio se veían aquellas que contaban con antecedentes maternos importantes o la gestación se haciendo amenazada por una patología o por una emergencia por ejemplo en el servicio era muy frecuente la preeclampsia incluyendo la complicación del síndrome de HELLP, de pacientes con gestación múltiples donde acudían por presentar por ejemplo la transfusión feto fetal, óbito de uno de los fetos, oligohidramnios y polihidramnios, y muchas otras patologías

Las guardias nocturnas fueron cada 4 días pues al ser un grupo de 10, se dividió para hacer guardias de 2 personas, pues uno estaba en tópicos de emergencia, mientras el otro atendía en hospitalización ante cualquier emergencia, teniendo aproximadamente 8 guardias al mes.

Ya que es un hospital de mayor nivel resolutivo es considerado uno de referencia, por lo que los casos eran mayormente diagnosticados en hospitales de menor nivel y referidos a este u hospitalizados por consultorio externo, por lo que casos de preeclampsia eran tratados de manera oportuna, las afectaciones en gestaciones múltiples eran controladas, sin embargo, no escapan los casos excepcionales.

### **Caso clínico n.º 1**

Paciente mujer de 32 años, M F C R, G1 P0000, edad gestacional 37 semanas 0 días según ecografía del primer trimestre, acude a la emergencia del hospital almenara referida del hospital Voto Bernales para descarte de preeclampsia ya que paciente acude a dicha emergencia refiriendo leve cefalea occipital asociado a presión arterial de 160/110 mmHG, negando sangrado vaginal, pérdida de líquido amniótico, sensación de alza térmica y refiriendo

persistencia de movimientos fetales; negando epigastralgia. sin antecedentes médicos de importancia, al examen físico se evidencia funciones biológicas conservadas y funciones vitales con presión de 160/110 mmHg, piel tibia al tacto, llenado capilar menor a 2 segundos, abdomen con altura uterina de 34cm, feto en longitudinal cefálico derecho según Leopold, con dinámica uterina ausente y movimientos fetales, a la especuloscopia no se evidencia sangrado vaginal ni líquido amniótico, al tacto vaginal cuello posterior cerrado largo, se evidencia reflejo rotuliano aumentado, estado de consciencia óptimo.

Se realiza ecografía de emergencia evidenciando feto único activo en LC con 144 de latidos cardiacos por minuto, placenta fúndica anterior grado III, cantidad de líquido amniótico adecuado con eje vertical máximo: 4cm, sugerente a una preeclampsia con signos de severidad, por lo que se programa a cesárea de emergencia, solicitando riesgo quirúrgico a medicina brindando "riesgo quirúrgico II", firmando consentimiento informado para acto quirúrgico y solicitando paquetes globulares, plasma fresco congelado y plaquetas por la alta posibilidad de utilización dentro de sala. Se prepara a paciente haciendo uso de sulfato de magnesio 4mg endovenoso en 100cc de cloruro de sodio al 9% en 20 minutos, seguido de 10mg en 1000cc de cloruro de sodio al 9% calculando 1g/hora, usando antibiótico profilaxis con cefazolina 2g endovenoso, y control de presión arterial con nifedipino 10mg, indicando monitorización continua de presión arterial, de diuresis, signos de intoxicación por sulfato de magnesio, mientras se espera turno quirúrgico y como indicaciones postquirúrgicas. (Anexo 1)

En sala de operaciones se realiza incisión pfannestiel y diéresis de pared por planos hasta cavidad uterina, se realiza histerotomía segmentaria transversa extrayendo producto en cefálico con dificultad por deflexión de III grado, evidenciando liquido sanguinolento, extracción dirigida de la placenta enviada a anatomía patológica, exteriorización uterina e histerorrafia en 1 plano, revisión de hemostasia y síntesis de pared por planos, concluyendo cirugía exitosa. (Anexo 2)

Durante observación paciente despierta ventilando espontáneamente con herida quirúrgica cubierta con gasa seca con funciones vitales adecuadas por lo que pasa a piso de hospitalización sin complicaciones, continuando con

infusión de sulfato de magnesio a dosis de mantenimiento hasta completar, paciente con recuperación rápida sin signos de eclampsia, con mejoría clínica evidente al 3.<sup>er</sup> día con indicaciones de alta médica explicando signos de alarma. (Anexo 3)

## **Caso clínico n.º 2**

Paciente mujer de 28 años, AYCA, G1 P0000, edad gestacional 34 semanas 6 días según ecografía del primer trimestre, acude a la emergencia del hospital almenara referida del hospital Voto Bernales para descarte de preeclampsia, refiriendo hace 10 días acudir a clínica refiriendo prurito generalizado a predominio de manos acompañado de dolor tipo contracción esporádico de 1 a 2 veces al día, negando sangrado vaginal, pérdida de líquido amniótico, con laboratorio de ácidos biliares en 17.2 por lo que inicio tratamiento con ácido ursodesoxicólico por 10 días refiriendo leve mejoría de síntomas, en controles prenatales diagnóstico de diabetes gestacional, al examen físico funciones biológicas conservadas y funciones vitales con valores normales, al examen físico piel tibia, hidratada con rastros de excoriaciones por rascado intenso, abdomen con altura uterina de 35cm, sin dinámica uterina, a la especuloscopia no se evidencia sangrado vaginal ni líquido amniótico en canal vaginal, al tacto vaginal no se evidencian cambios cervicales, se realiza ecografía de emergencia evidenciando feto único activo en longitudinal cefálico izquierdo con 142 latidos cardiacos por minuto, placenta corporal anterior grado II, cantidad de liquida amniótico adecuado, eje vertical máximo 7cm, cervicometría 30mm. En examen laboratorial se hace el hallazgo de anemia leve microcítica, hipocrómica, con plaquetopenia leve, elevación de fosfatasa alcalina y transaminasas. Diagnostico sugerido de colestasis intrahepática gestacional por lo que se hospitaliza iniciando tratamiento con ácido ursodesoxicólico 500mg vía oral cada 12 horas acompañado de clorfenamina 4mg vía oral cada 8 horas y condicional endovenoso en caso de prurito intenso. Anexo 4

Ingres a hospitalización, a la mañana siguiente se evidencia presión arterial de 160/90 acompañado de tinitus en ambos oídos, por lo que se agrega diagnóstico de preeclampsia, sin embargo, debido a laboratorio anterior de



elevación de transaminasas, plaquetopenia y anemia se considera preeclampsia con signos de severidad con criterios de síndrome de HELLP, por lo que se procede a programación quirúrgica de emergencia, a la espera de sala quirúrgica se inicia antibiótico profilaxis con cefazolina 2g endovenoso, riesgo quirúrgico por parte de medicina consiguiendo riesgo quirúrgico Goldman II, se solicitan paquetes globulares, plasma fresco congelado y plaquetas por alta posibilidad de uso durante sala de operaciones. Anexo 5

En sala de operaciones se realiza incisión pfannestiel y diéresis de pared por planos hasta cavidad uterina, se realiza histerotomía segmentaria transversa extrayendo producto encefálico, evidenciando liquido sanguinolento, extracción dirigida de la placenta enviada a anatomía patológica, exteriorización uterina e histerorrafia en 2 planos, se coloca 600ug de misoprostol intrarrectal para contracción, se realiza revisión de hemostasia y síntesis de pared por planos, concluyendo cirugía exitosa con sangrado de 700cc aproximadamente. En observación postoperatoria inmediata responde al llamado, ventila espontáneamente, hemodinámicamente estable, evaluada por medicina intensiva quienes no sugieren intervención por su servicio. Anexo 6

En hospitalización, paciente ingresa a unidad de cuidados especiales, se realiza monitorización continua, uso de nifedipina para manejo de presión arterial, analgesia endovenosa, vigilancia de signos de eclampsia; al control laboratorial se evidencia disminución significativa de hemoglobina, pero mejoría de plaquetas y transaminasas. Con mejoría clínica se inicia administración de hierro sacarato 200mg en 250cc de cloruro de sodio al 9 % en 1 hora 2 veces a la semana por 2 de estas, al transcurso de los días se evidencia mejoría clínica por lo que se sugiere alta pronta, con indicaciones y vigilancia de signos de alarma, continuación de hierro sacarato ambulatorio y tratamiento antihipertensivo, acudir a controles ambulatorios. Anexo 7

## 1.2 Rotación en Cirugía

En el cambio de rotación en el mes de abril tocó labores realizadas en cirugía general, la rotación se dividió en 3 servicios de los 5 que cuenta el hospital, Cirugía de emergencia, Cirugía de Páncreas, Cirugía e Hígado, Cirugía de Colon y cirugía de estómago y esófago. En este caso, el primer mes fue enfocado a hospitalización de cirugía de Emergencia que en este servicio se atienden a los postoperados de emergencia aquí se ve muchos casos de apendicitis, colecistitis aguda y obstrucciones intestinales los cuales van a tener una suma importancia el diagnóstico oportuno en el tópic de emergencia para llegar de manera oportuna a sala quirúrgica, en este servicio lo se contaba con la supervisión de un residente de primer año, en el siguiente mes de rotación tocó el área de cirugía de páncreas de los casos más frecuentes son canceres, Siendo la cirugía más frecuente realizar la Wipple, cuál tuvo alta tasa de éxito en este hospital por los médicos que posee este servicio, en este servicio solo se contaba con un residente de tercer año, pero se unió una rotante de cirugía pediátrica. En la último mes de rotación fue en el servicio de Cirugía de Hígado en el cual vamos a ver patologías más frecuentes el hepatocarcinoma, quistes hidatídicos, patologías vesiculares crónicas, aquí se contaba con un residente de primer año, una residente de segundo año y una residente rotante.

Durante las guardias se tenían labores como suturas de menor a mayor complejidad, siendo más frecuente accidentes laborales, cambio de sondas vesicales en casos de no contar con urólogo de guardia, colocación de sonda nasofaríngea en casos de obstrucciones, sacar AGA, preparación del paciente para sala que consistía en exámenes de laboratorio, asegurar el consentimiento informado, transfusión de paquetes globulares de ser necesario, conseguir riesgo quirúrgico.

A diferencia de otros hospitales, este contaba en emergencia con servicio como Traumatología, Neurocirugía, Oftalmología, Servicios de Cirugía Especializada, Urología y Otorrinolaringología, quienes contaban con su

personal de guardia, por lo que al llegar casos se resolvían de manera personalizada con el servicio a través de interconsultas.

### **Caso clínico n.º 1**

Paciente mujer de 49 años, A L F M, ingresa a la emergencia del hospital Almenara el 6 de abril de 2023 presentando un tiempo de enfermedad de 4 horas refiriendo dolor tipo cólico de moderada intensidad a nivel de cuadrante superior derecho que irradia hacia la espalda, asociado a náuseas sin vómitos, niega ingesta de grasas, niega sensación de alza térmica, único antecedente de importancia cesareada 3 veces. Al examen físico se evidencia piel tibia al tacto con llenado capilar menor a 2 segundos, ventilando espontáneamente con saturación de 96 % murmullo vesicular adecuado, abdomen ligeramente distendido, ruidos hidroaéreos aumentados, blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, con signos Murphy positivo y Blumberg negativo, se solicita ecografía abdominal que evidencia vesícula biliar de tamaño incrementado 104mmx40xx de forma conservada, paredes de 3.8mm conteniendo lito de 18mm hacia el bacinete sugerente de signos de colecistitis aguda litiásica (Anexo 8), exámenes laboratoriales no alterados por lo que se inicia tratamiento analgésico escopolamina 20mg + dimenhidrinato 50mg endovenoso, con datos impresiona colecistitis aguda por lo que pasa al tóxico de cirugía, sin mejoría clínica se programa a cirugía, se inicia tratamiento antibiótico profilaxis con ceftriaxona 2g endovenosos además de metronidazol 500mg endovenoso, analgésico usando metamizol 1g endovenoso y protector gástrico usando omeprazol 40mg endovenoso mientras se espera turno quirúrgico, se preparan consentimiento informado, riesgo quirúrgico por medicina interna indicando "riesgo quirúrgico I" y solicitud de paquetes globulares de ser necesario en el acto quirúrgico. (Anexo 9)

En sala se realiza colecistectomía laparoscópica donde se hace el hallazgo de vesícula de 10x5cm aproximadamente con paredes engrosadas de 4mm con hidrocolecisto, lito enclavado en bacinete de 2.5cm aproximadamente, triangulo hepatocístico fibrosado con arteria y conducto cístico único. Se realiza disección de triangulo hepatocístico con clampaje de arteria y conducto

cístico y posterior sección, disección de vesícula de lecho hepático con hidrodisección y energía monopolar, se coloca dren tubular en zona de lecho vesicular, se procede al cierre concluyendo exitosamente la cirugía. (ANEXO 10)

Al pase a hospitalización paciente recuperada refirió leve dolor en heridas operatorios tolerable, continua con tratamiento antibiótico endovenoso y analgésico, al día siguiente presenta mejoría clínica evidente por lo que sugiere alta médica pronta con retiro de dren e indicaciones de cuidados postoperatorios. (Anexo 11)

### **Caso clínico n.º 2**

Paciente varón de 16 años, J V O Y, ingresa a la emergencia del hospital almenara el 01 de mayo del 2023 presentando tiempo de enfermedad de 2 días de dolor abdominal en epigastrio que migra a fosa iliaca derecha asociado a náuseas y vómitos de contenido alimenticio, además refiere sensación de alza térmica no cuantificada. Niega antecedentes de importancia. Al examen físico se evidencia fascia dolorosa, piel tibia al tacto, con llenado capilar menor a 2 segundos, ventilando espontáneamente con murmullo vesicular adecuado sin ruidos agregados, abdomen excavado poco depresible doloroso a la palpación en flanco derecho y fosa iliaca derecha presentando signo de Mc Burney positivo y signo de Blumberg positivo, estado de consciencia adecuado, orientado en tiempo, espacio y persona (Anexo 12). Como dato adicional refiere el día anterior acudir a policlínico de origen por emergencia donde se le realiza ecografía abdominal que evidencia: íleo segmentario en fosa iliaca derecha, doloroso a la ecopresión asociado a cambio de la ecogenicidad de la grasa mesentérica sin liquido libre en cavidad abdominal sugerente de apendicitis aguda, además de toma de laboratorios con valores hemograma alterado: leucocitosis (16.320), segmentados 73% y abastionados 2% el cual no representa desviación izquierda pero se acompaña de proteína c reactiva elevada (23.850), al utilizar la escala de Alvarado reconocemos los ítems de migración del dolor, náuseas y vómitos, dolor en cuadrante inferior derecho, rebote positivo, fiebre, leucocitosis, dando un puntaje de 8 puntos, siendo todos los signos antes mencionados

compatibles con apendicitis aguda por lo que acude a centro de mayor nivel. (Anexo 13)

En Hospital Almenara, se cataloga como emergencia, por lo que se programa para cirugía de emergencia iniciando antibioticoterapia profilaxis usando ceftriaxona 2g además de metronidazol 500mg, analgésico usando metamizol 1g endovenoso y protector gástrico usando omeprazol 40mg endovenoso esperando sala quirúrgica, se preparan consentimiento informado y solicitud de paquetes globulares necesarios en el acto. (ANEXO 12)

En sala se realiza apendicetomía laparoscópica donde se hace el hallazgo de apéndice cecal de 7x1cm necrosada en toda su extensión, perforada en tercio proximal, con la base indemne, plastronada hacia pared abdominal junto con asas intestinales y liquido purulento en fondo de saco y en fosa iliaca derecha de aproximadamente 80cc, se intensa control de meso apendicular con energía bipolar y monopolar numerosas veces sin éxito por lo que se decide su conversión de la cirugía a abierta realizando una incisión tipo Rocky Davis logrando la exéresis de la pieza con éxito concluyendo la cirugía correctamente. (Anexo 14)

Al pase de hospitalización la paciente continua con tratamiento antibiótico con mejoría rápida por lo que se sugiere alta pronta con uso de ciprofloxacino 500mg vía oral cada 12 horas por 7 días y metronidazol 500mg vía oral cada 8 horas por 7 días además de analgésico usando paracetamol 1g vía oral cada 8 horas por 5 días. (Anexo 15)

### **1.3 Rotación en Pediatría**

La rotación en pediatría se divide en tres segmentos, servicio de hospitalización, servicio de emergencia pediátrica y servicio de neonatología.

Se divide un mes en cada servicio, hospitalización al igual que rotaciones anteriores, dedicarse a la realización de historias clínicas, evoluciones diarias, cumplir con el plan para que se cumplan procedimiento de los pacientes, envío

de interconsultas, curaciones y mantener al asistente el tanto de la evolución de los pacientes; es de las rotaciones donde se tenía permitido la salida un poco más temprano de lo normal pues se quedaba un residente como retén para observar a los pacientes hasta las siete de la noche.

La rotación de emergencia pediátrica, era básicamente acudir a tópico de emergencia para atender a los pacientes que acudían diariamente, se distribuye dos internos por turno, se tenía un turno en la mañana que era de ocho de la mañana dos de la tarde y un turno en la tarde de dos de la tarde hasta las ocho de la noche, qué entraba el interno de guardia de ocho de la noche a ocho de la mañana y así diariamente, se vieron afecciones frecuentes en el área emergencia como fiebre que no calmaba, resfríos, diarreas y vómitos, sin embargo, también habían situaciones un poco más complicadas, neonatos con ictericia, crisis asmática, neumonías virales o bacterianas, intoxicaciones, casos de dengue, convulsiones febriles y al ser un hospital de referencia también se reciben casos con diagnóstico más complicados como por ejemplo, cardiopatías congénitas, hidrocefalia, defectos de tubo neural, gemelo siameses. Siendo de vital importancia resolver los casos lo más pronto posible o derivar al área especializada de manera pronta para su evaluación y tratamiento, siendo de suma importancia el manejo rápido en Emergencia cómo con inyecciones de metamizol, hidratación endovenosa, nebulizaciones o lo que se necesite según cada situación.

En la rotación de neonatología, se tienen 3 labores, que son recepción del recién nacido, atención de neonatos en la unidad de intermedios y atención en la unidad de alojamiento conjunto; en la recepción del recién nacido se acudía partos vaginales y cesáreas para recibir al recién nacido y realizarle los pasos de atención inmediata del recién nacido, pasos cómo secar aspirar estimular primordialmente para realizar los pasos oportunos en caso necesite RCP neonatal no ser así se continúa con la atención como por ejemplo clampaje del cordón umbilical, profilaxis oftalmológica, profilaxis hemorrágica, mediciones antropométrica y valoración del Apgar. Para ello se debía conocer el contexto del recién nacido como por ejemplo atención materna oportuna,

controles prenatales, complicaciones durante el embarazo, afectaciones maternas que podrían perjudicar al recién nacido y conocimiento de grupo y factor de la madre.

### **Caso clínico n.º 1**

Paciente mujer de 9 años, SKSG, acude a la emergencia acompañado de su madre quien indica que menor presenta, desde hace 2 días, tos seca, rinorrea; además, el día de la atención inicia con fiebre y dificultad respiratoria, diagnosticada con asma, teniendo hospitalizaciones por crisis asmática moderada, siendo las últimas 2 semanas antes, padre con diagnóstico de asma, hermano con diagnóstico de asma, madre con tumor desmoide con metástasis pulmonar y hermana con parálisis cerebral y tumor torácico. Al examen físico con funciones vitales ligeramente aumentados con taquicardia, taquipnea, saturación de 93 %. Piel ligeramente pálida, llenado capilar menor a 2 segundos, orofaringe congestiva sin placas, uso de músculos accesorios, presencia de tiraje subcostal, intercostal y retracción xifoidea, a la auscultación sibilantes en ambos campos pulmonares acompañado de subcrépitos escasos en bases de ambos campos pulmonares, resto sin alteraciones.

Se realiza radiografía de tórax evidenciando refuerzo parahiliar bilateral, al control laboratorial se evidencia leucocitosis (13.91) con abastados 4 %, neutrófilos 77 % por lo que se sospecha de insuficiencia respiratoria aguda por crisis asmática moderada complicada con neumonía atípica, se procede a la hospitalización de emergencia, uso de hidratación con dextrosa al 5 % 1000cc con 40cc de cloruro de sodio al 20 % y 10cc de cloruro de potasio al 20 % a 70cc por hora, nebulización con salbutamol 29 gotas en 5cc de cloruro de sodio al 9 % 3 sesiones cada 20 minutos, luego cada 2 horas, antibioticoterapia con azitromicina 8ml vía oral cada 24 horas, corticoterapia sistémica con metilprednisolona 60mg endovenoso dosis de carga, luego 15mg endovenoso cada 6 horas, uso de inhaladores como bromuro de ipratropio 6 puff en 3 sesiones cada 20 minutos, luego cada 4 horas, dejando oxigenoterapia condicional a saturación menor de 93 %, a la evaluación después de 3 horas se evidencia mejoría clínica, paciente sin distrés respiratorio con saturación de 96% usando cánula binasal 2L, manteniéndose

afebril hasta el momento, continua con sibilantes y subcrépitos difusos, sin taquipnea sin tirajes, se considera el diagnóstico de crisis asmática moderada mal controlada con persistencia de broncoespasmo, se inicia tratamiento con sulfato de magnesio 1.5g en 50cc de cloruro de sodio al 9% pasar en 40 minutos y acetilcisteína 200mg vía oral cada 8 horas (Anexo 16). A la reevaluación al día siguiente paciente con mejor patrón respiratorio, sin taquipnea, sin taquicardia, ventilando espontáneamente, saturando 95 a 97 % sin uso de oxígeno complementario, no tiraje, persistencia de subcrépitos y sibilantes escasos, por lo que se sugiere alta médica con continuación de terapia antibiótica ambulatoria con azitromicina 8ml vía oral cada 24 horas, prednisona 25mg vía oral 8 am y 4 pm, acetilcisteína 200mg vía oral cada 8 horas y continuar con inhalador salbutamol 4 puff cada 3h por 2 días, luego cada 4 horas por otros 2 días, luego cada 6 horas por 3 días; al terminar acudir a consultorio externo para tratamiento de mantenimiento y preventivo por médico tratante y reevaluación de neumonía atípica en resolución. (Anexo 17)

## **Caso clínico n.º 2**

Paciente RN masculino de 10 días acude a emergencia del hospital almenara referido de consultorio externo por presencia coloración amarillenta en mucosas y piel hasta las rodillas, madre refiere buena técnica de lactancia, antecedente de recién nacido a término de 38 semanas y presencia de cefalohematoma, madre grupo y Rh: AB+ y neonato: A+, al examen físico funciones vitales en valores normales, piel ictericia hasta rodillas y conjuntivas, cabeza con cefalohematoma parietal derecho de 2.5cm aproximadamente, hemorragia conjuntival en ojo izquierdo, resto sin alteraciones, se realiza exámenes de laboratorio con el hallazgo de hemoglobina de 19.4, bilirrubina total 20.4 a predominio indirecto, glutamil transferasa elevada, fosfatasa alcalina elevada (ANEXO 18), por lo que se solicita evaluación por neonatólogo de guardia quien indica que paciente requiere fototerapia y cuidados por lo que se hospitaliza en piso de neonatología (Anexo 19)

En hospitalización realiza fototerapia encontrando disminución de bilirrubinas, con peso de 3195g, siendo el de nacimiento 3500g, evidenciando no



recuperación de peso, por lo que se sospecha de mala técnica de lactancia o por leche materna, brindando charla a madre para mejorar de esta técnica y /o complementar con formula láctea. (Anexo 20). A la reevaluación se evidencia bilirrubina total de 13.76, fuera de rango de necesidad de fototerapia, por lo que se brinda alta médica con indicaciones y vigilancia de signos de alarma (Anexo 21).

#### **1.4 Rotación en Medicina Interna**

La ultima rotación fue medicina interna, Al igual que en las demás rotaciones se acudió días anteriores para la distribución correspondiente ya que contamos con cuatro pabellones de medicina en los cuales se van a distribuir entre dos a tres internos por servicio. Se nos distribuyó en grupos de guardia donde un interno por grupo de aproximadamente 10 residentes de diferentes áreas clínicas que involucraba medicina interna reumatología psiquiatría cardiología neumología neurología y otras más. Al igual que las demás rotaciones implica la realización de historias clínicas, evolución de los pacientes y cumplimiento del tratamiento médico y/o curaciones en caso requiera.

En emergencia eran frecuentes casos de neumonía, infecciones virales o bacterianas como faringitis, hemorragias digestivas, constipación; sin embargo, también se veían otros afecciones un poquito más complejas como por ejemplo tuberculosis, acudían pacientes que tenían patologías de fondo como tipo linfomas o algún otro tipo de cáncer que desencadenaba cualquier tipo de infección viral o bacteriana como potencialmente grave. Asimismo, se veían casos como ACV, infartos, pie diabéticos complicados, alteraciones psiquiátricas que atentaban contra la salud física del paciente frecuentemente acudían pacientes portadores de catéter venoso central por patología de fondos como enfermedad renal crónica, con infección en sitio de inserción. Los que necesitaban necesariamente observación se quedaban en el área de emergencia sin embargo pacientes que necesitaban hospitalario pasaban a pabellón de hospitalización para continuar su tratamiento médico mientras se estudiaba patologías de fondo o complicaciones.

Durante el último mes, aumentaron casos de COVID- 19 por lo que se recalcó el uso de los implementos necesarios durante la distancia en emergencia de todo el personal médico, sin embargo, no llegaban a verse complicaciones o casos severos

Durante la hospitalización se manejaba tratamiento específico de los pacientes, evaluaciones por otros servicios por patologías siguientes, se hacían curaciones como por ejemplo los pacientes con pie diabético, úlceras por presión, gangrena de Fournier, abscesos complicados entre otros asimismo se realizan procedimientos como toracocentesis, paracentesis, Punción lumbar siempre bajo la supervisión del residente a cargo. Las actividades académicas por parte de los asistentes nos dieron aproximadamente entre dos a tres exposiciones mensuales sobre casos vistos en la estancia hospitalaria, investigaciones actualizadas para posible manejo mejorado para cada paciente, asimismo también exponían los residentes de piso temas un poco más específicos importante para un mejor control del tratamiento de los pacientes.

### **Caso clínico n.º 1**

Paciente mujer de 21 años, MDCFR, ingresa a la emergencia del Hospital Almenara con un tiempo de enfermedad de 5 días, refiriendo dolor abdominal tipo cólico en cuadrante superior derecho que irradia hacia la espalda en dirección como un cinturón, acompañado de náuseas y vómitos persistentes de contenido alimentario, refiere automedicarse con dimeticona e ingesta de infusiones herbales sin mejoría clínica, por el contrario, se exacerba ante la ingesta de alimentos, por lo que decide acudir al nosocomio, con antecedente de litiasis vesicular es evaluada en tópico de cirugía por sospecha de colecistitis aguda, al examen físico presenta piel icterica y pálida, tibia al tacto, abdomen levemente distendido, ruidos hidroaéreos ligeramente disminuidos, dolor a la palpación en hipocondrio derecho con signo de Murphy positivo y Blumberg negativo (Anexo 22), al control laboratorial se evidencia elevación de transaminasas (TGO:425 TGP:707) y elevación de enzimas pancreáticas (amilasa: 4669 y lipasa: mayor a 40 mil), en ecografía se evidencia hidrops vesicular asociado a calculo en vesícula y barro vesicular además de

dilatación del colédoco (Anexo 23) por lo que es derivada al tópico de Medicina Interna, evaluado por gastroenterólogo de guardia quien no descarta posibilidad de coledocolitiasis por lo que se solicita tomografía que evidencia inflamación del páncreas, catalogado como Baltazar E y colédoco dilatado (Anexo 24), por lo que se procede a la hospitalización con indicación hidratación con dextrosa al 5 % 1000cc con 20cc de cloruro de sodio al 20 % y 10cc de cloruro de potasio al 20 % a un ritmo de 60cc por hora, acompañado de un inhibidor de bomba de protones como omeprazol 40mg endovenoso cada 24 horas y analgésicos como escopolamina 20mg endovenoso cada 8 horas y tramadol 100mg con 50mg de dimenhidrinato endovenoso condicional a dolor moderado, sin embargo, por persistencia de cuadro clínico se administra morfina 10mg endovenoso cada 8 horas, presentando mejoría clínica y disminución de valores laboratoriales, aun así se continua con dieta oral cero y administración de líquidos endovenosos, (Anexo 22) se realiza colangioresonancia que no evidencia dilatación de vía biliar intrahepática ni extrahepática, colédoco de calibre conservado, se observa hallazgos sugestivos a proceso inflamatorio pancreático intersticial (Anexo 25) con dicho resultado se suspende posibilidad de CPRE, es evaluada por cirugía de páncreas por hallazgos sugestivos de lesión pancreática, sin embargo no se evidencia dilatación del conducto de Wirsung, ni colecciones peripancreáticas por lo que no es tributario a manejo quirúrgico pancreático, sugerente a proceso por cuadro litiasico vesicular por lo que se postula a paciente posibilidad de colecistectomía laparoscópica por dicho servicio (Anexo 26), sin embargo, al ser paciente con antecedente de cesárea reciente decide continuar procedimiento por consultorio externo por lo que se brinda retiro voluntario, brindándole analgesia vía oral. (Anexo 27)

## **Caso clínico n.º 2**

Paciente varón de 55 años, CHR, con antecedentes de adenocarcinoma primario de colon ascendente y adenocarcinoma con células en anillo de sello primario de antro gástrico III irresecable, portador de ileostomía, acude a la emergencia por presentar un tiempo de enfermedad de 2 meses de melena y dolor moderado en hemiabdomen superior, sintomatología se presenta

posterior a procedimiento de colonoscopia, hace 1 semana se asocia náuseas con vómitos en escasas ocasiones, generando debilidad generalizada y persistencia de melena en bolsa de colostomía, al examen físico se evidencia piel pálida, ictericia, abdomen con ruidos hidroaéreos aumentados, presencia de ileostomía funcionando, estado de conciencia adecuado, orientado en espacio, tiempo y persona (Anexo 28), en control laboratorial se evidencia hemoglobina de 4.9 g/dl, hematocrito del 15 %, leucocitosis sin desviación izquierda, plaquetas en 542 mil (Anexo 29) por lo que se hospitaliza en área de observación de emergencia para la transfusión de 02 paquetes globulares, así mismo, es evaluado por gastroenterólogo de guardia quien refiere no ser tributario para manejo endoscópico por patología de fondo sugiriendo embolización por radiología intervencionista (Anexo 30). Se realiza angiografía abdomen con contraste para evaluar arteria sangrante, se toman controles laboratoriales evidenciando mejoría de la hemoglobina elevándose a 9.6 g/dL, sin embargo, se hospitaliza en área de hospitalización para continuar observación, ingresando como paciente con diagnóstico de hemorragia digestiva alta causada por antecedente de adenocarcinoma primario de colon ascendente y adenocarcinoma con células en anillo de sello primario de antro gástrico III irresecable (Anexo 31), se solicitan controles laboratoriales que evidencian disminución de hemoglobina a 6.8g/dl (Anexo 32) por lo que se realiza embolización con exclusión de vasculatura anómala sin complicaciones, posterior a ello se evidencia mejoría clínica y laboratorial, no se evidencia presencia de melena en bolsas de colostomía por lo que se plantea alta médica a paciente (Anexo 33).

## **CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA**

El hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen, antes llamado del obrero, se ubica en Av. Miguel Grau 800 en el distrito de La Victoria en el departamento de Lima, categorizado como Instituto de salud especializado nivel III-2 por el Ministerio de Salud, inaugurado el 10 de febrero de 1941, enfocado atender a la población obrera asegurada de Lima y Callao con una capacidad de 542, distribuidos de la siguiente manera: 160 camas en medicina general, 160 camas de cirugía, 150 camas de tuberculosis, 60 camas para maternidad y 12 camas en Emergencia. Siendo el primer director en bacteriología y enfermedades tropicales.

En 1981, con la fundación del Instituto peruano de seguridad social, ahora llamado EsSalud, se le cambio el nombre a Guillermo Almenara en memoria de su principal director.

Actualmente, cuenta con la capacidad de 57 servicios médicos especializados y más de 140 consultorios para la atención de pacientes, enfocado a atender a la población asegurada, cónyuges, hijos menores de 18 años o mayores de 18 años con discapacidad.

Actualmente se ha convertido en uno de los líderes en operaciones de alta complejidad devolviendo si la esperanza de vida a miles de pacientes y sus respectivas familias, ha sido reconocido internacionalmente dentro de las 10 hospitales del Perú con mejor equipo de Latinoamérica.

Durante este año, 2023, se realizaron 26 585 intervenciones quirúrgicas, de las cuales 17 174 fueron cirugías de mayor y mediana complejidad, 6359 fueron intervenciones de Emergencia y se atendió de manera ambulatoria aproximadamente 575 421 consultas médicas de diferentes servicios especializados.

Luego de tres años sin la presencia de internos, se vuelve a aceptar por convocatoria a través de un examen riguroso de 100 preguntas 40 internos distribuidos 10 para cada rotación.

## **CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

### **3.1 Rotación en Ginecología y Obstetricia**

La primera rotación fue Ginecología y Obstetricia, haciendo énfasis en el servicio de obstetricia. Entre las múltiples enfermedades vistas, Preeclampsia fue una de las más importantes, es el desorden del embarazo asociado con el inicio de la presentación de hipertensión que inicia luego de las 20 semanas de gestación, acompañada de proteinuria, definida como >300mg de proteínas en la muestra recolectada en orina de 24 horas, esta condición puede estar asociada a factores de riesgo determinados que aumentan la posibilidad de su presentación, por ejemplo, hipertensión crónica, IMC alta, edad materna avanzada, FIV, enfermedades crónicas como Lupus (1). Se estima que la preeclampsia complica entre 2 a 8 % de embarazos a nivel mundial; en América Latina, los trastornos hipertensivos son los causantes del 26 % de muertes maternas, a nivel nacional entre 2022 a 2023, los trastornos hipertensivos fueron la segunda causa directa de muerte materna, siendo en el 2022 representando el 22 % (2). Se consideran criterios diagnósticos de preeclampsia combinación de clínica y laboratorial, siendo Presión Arterial Sistólica >140mmHg y Presión Arterial Diastólica <90mmHg, mayor a 20 semanas de gestación, tomado en dos ocasiones a un diferencia mínima de 4 horas, esto asociado a proteinuria >300mg en orina de 24 horas, o en caso de no presentar proteinuria, se acompaña de trombocitopenia el cual se considera plaquetas <100 mil, enfermedad renal con creatinina >1.1mg/dl, alteración en la función hepática mostrando elevación de transaminasas con un valor de 2 veces el valor normal y la presentación de edema pulmonar. Teniendo criterios de severidad adicionando una PAS >160mmHg PAD >110 mmHg acompañado de cefalea, escotomas, fotopsia y tinitus. Con respecto al tratamiento dependerá del bienestar fetal y clínica materna, de no haber criterios de severidad se procede a manejo conservado con vigilancia de bienestar fetal y control de presión arterial, en caso necesario usando Nifedipino 10mg a 20mg cada 6 horas, teniendo como meta culminar la

gestación a las 37 semanas. De encontrarse alterado alguna de los mencionados, el tratamiento oportuno es la culminación del embarazo, siendo mínimo las 34 semanas luego de la colocación de corticoide para la maduración pulmonar fetal, en el manejo intraparto se hace uso de Sulfato de Magnesio, 4 a 6 gramos dosis de carga en 30 minutos y 1 a 2 gramos cada hora como dosis de mantenimiento las primeras 24 horas como profilaxis de convulsiones vigilando los signos de toxicidad por magnesio, los cuales son la pérdida del reflejo patelar el cual disminuye o se pierde, parálisis respiratoria y paro cardiaco, teniendo como antídoto o forma de corrección el Gluconato de Calcio al 10 % y el uso de Furosemida para acelerar la excreción renal del sulfato de magnesio. (1)

Otra de las enfermedades importantes más vistas en el servicio fue la Colestasis Intrahepática Gestacional, ocurre en el II y III trimestre de embarazo y es caracterizada por la presencia de prurito sin rash a predominio nocturno de localización preferentemente palmo-plantar y la elevación de ácidos biliares, la incidencia se ha estimado en un rango de 0.3 a 15% en varias poblaciones. La causa sigue siendo un tema desconocido, sin embargo, lo que se conoce son riesgos que desencadenan esta condición, por ejemplo, el parto pretérmino, la presentación de meconio fluido, la muerte fetal intrauterina como principales. El marcador más específico y sensible de la colestasis intrahepática gestacional es la concentración de Ácidos Biliares total en sangre, usando como punto de corte 10  $\mu$ moles/litro, la información sugiere que el riesgo para complicaciones fetales tiene punto de corte de 40  $\mu$ moles/litro, de muerte fetal intrauterina está asociado a una concentración de ácidos biliares por encima de 100  $\mu$ moles/litro. El tratamiento inicial por considerar en la Colestasis intrahepática gestacional es el farmacológico, el cual tiene dos potenciales objetivos, reducir los síntomas maternos del prurito y reducir el riesgo de resultados perinatales adversos, usando como fármaco de primera línea el ácido ursodesoxicólico a una dosis de 15mg/kg/día dividido en 3 tiempos, siendo frecuentemente el uso de 300mg de 2 a 3 veces al día. Se recomienda culminar la gestación a las 34 semanas a pacientes con un nivel de Ácidos Biliares >100 micro moles y la presentación de alguna de los

siguientes criterios: Prurito materno insoportable e incesante no aliviado con farmacoterapia, antecedente de muerte fetal antes de las 36 semanas por CGI, la enfermedad hepática preexistente o aguda con evidencia clínica o laboratorial con empeoramiento de la función hepática. (3)

Por último, la enfermedad más frecuente es ruptura prematura de membranas, se define como la ruptura de membrana amniótica antes de las 37 semanas, ocurriendo en 8 % de embarazos a Nivel Mundial y complica embarazos pretérminos de 2 a 3 %. Esta puede ocurrir por una variedad de causas, el tabaquismo, polihidramnios, infección urinarias y vaginales, antecedente de RPM, trauma abdominal directo, estado socioeconómico bajo, lupus, IMC bajo y anemia. (4) se puede ser diagnosticado bajo anamnesis y examen físico, el cual debe ser realiza de una forma que minimice el riesgo de infección, por lo que el tacto vaginal, el cual tiene un alto riesgo de infección, se encuentra contraindicado. Idealmente el diagnostico de RPM se confirma a la visualización de líquido amniótico pasando por el canal cervical a la especuloscopia, entre otras técnicas (test de helecho, test de nitracina). La presencia de RPM representa un riesgo de presentar complicaciones maternas como corioamnionitis, desprendimiento prematuro de placenta, infección postparto y complicaciones fetales las cuales están asociadas a la prematuridad como el distrés respiratorio, sepsis, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante y alteración del neurodesarrollo. Dentro del manejo realizado por nuestro hospital y siguiendo la guía del ACOG el cual se basa en tratamiento antibiótico, reposo absoluto, monitoreo fetal, de encontrarse antes de las 34 semanas la administración de corticoide para la maduración pulmonar fetal y control laboratorial de hemograma y reactantes de fase aguda. El tratamiento antibiótico se basa en la administración de ampicilina 2g cada 6 horas por 48 horas acompañado de la administración de eritromicina 250mg cada 8 horas por 10 días. La corticoterapia se basa a la administración de Betametasona 12mg intramuscular cada 12 horas por 2 dosis o Dexametasona 6mg intramuscular cada 12 horas por 4 dosis. En caso de presentar alteración de bienestar fetal a través del NST o de alteraciones maternas como taquicardia, fiebre o alteración laboratorial sugerentes de



infección a corioamnionitis se debe proceder a la culminación del embarazo por la mejor vía. (5)

### **3.2 Rotación en Cirugía**

En la segunda rotación vamos a destacar las patologías más comunes que se vieron en el área de emergencia ya que fueron de la mayor cantidad en proporción a diferencia de otras patologías. Comenzamos hablando por apendicitis, se considera la inflamación del apéndice cecal, pequeña prolongación desarrollado a partir del ciego considerado órgano vestigial rico en tejido linfoide, siendo una de las principales causas de dolor abdominal agudo de posibilidad quirúrgica en niños y adultos, con discreto predominio en sexo masculino abarcando todas las edades, siendo más frecuente entre los 20 y 30 años, incluyendo gestantes siendo más frecuente en el II trimestre de embarazo; se puede deber a diferentes causas siendo más frecuente en niños la hiperplasia linfoide y en adulto la obstrucción por fecalitos. Depende de la fase se determina el grado de severidad y de urgencia quirúrgico, la primera fase llamada congestiva o catarral, es la leve con inflamación de mucosa, la 2.<sup>da</sup> fase flemonosa presenta ulceración de mucosa, la 3.<sup>ra</sup> purulenta, presenta exudado purulento en luz intestinal y por último la 4.<sup>a</sup> es la gangrenosa donde el tejido se encuentra gangrenado incluso llegando a estar perforado generando peritonitis pudiendo ser focalizada en un cuadrante o generalizada a todo el abdomen.

El principal síntoma por lo que acuden los pacientes a emergencia es el dolor abdominal que inicialmente es difuso a nivel de epigastrio y que luego se intensifica migrando hacia cuadrante inferior derecho, presentando la triada migratoria de Kocher, específicamente en fosa iliaca izquierda, teniendo punto de referencia McBurney, que al ser examinado se considera signo de McBurney positivo si presenta dolor a la digitopresión, otro signo a tener en cuenta es el de Blumberg donde el paciente va a sentir dolor a la descompresión en la fosa iliaca derecha, otro signo es el signo del Psoas, el paciente va a dolor a la elevación de la pierna derecha, este es característico

en la apendicitis de variante retrocecal; como otros síntomas, pero inespecíficos que se agregan son náuseas, vómitos, fiebre, anorexia, sin embargo, se debe considerar que la clínica es variable y no en todos los casos se presenta con los mismos síntomas esto debido a la variabilidad anatómica del apéndice cecal, teniendo presentaciones atípicas más frecuente en niños, gestantes y adultos mayores, siendo este último grupo etario el que corre más riesgo de morbimortalidad.

Para el diagnóstico se usa frecuentemente exámenes laboratoriales como hemograma con alteración leucocitaria con desviación izquierda con alteración de los reactantes de fase aguda, otros exámenes auxiliares se considera ecografía abdominal para evaluar la inflamación del apéndice o siendo el gold standar el uso de tomografía con contraste. Como criterio diagnóstico se usa la escala de Alvarado, que usa valores clínicos, laboratoriales dando una puntuación que, si la sumatoria es de 7 o más puntos el paciente requiere cirugía de emergencia, ya que se considera cursa con apendicitis aguda, con 5 y 6 puntos el paciente cursa con una probable apendicitis y se requerirá de valoraciones seriadas tanto clínica como de laboratorio, así como de algunos estudios por imágenes (TAC O TEM). Si el puntaje es de 1 a 4 existe una muy baja probabilidad de apendicitis, la importancia de diagnosticar oportunamente es de suma importancia, por la posibilidad de complicaciones de apendicitis complicada como peritonitis localizada o generalizada aumentando el riesgo de morbimortalidad de los pacientes. El tratamiento primordialmente es el acto quirúrgico, prefiriendo una apendicetomía laparoscópica a una convencional pues reduce el riesgo de infecciones postoperatorias y reduce el tiempo hospitalario postoperatorio, incluso el tiempo para que el paciente retorne a su actividad diaria, acompañado de antibioticoterapia tanto como profilaxis pre y postoperatoria como tratamiento cuando se encuentre en 2da fase o más (6) (7) (8).

Otra enfermedad bastante desarrollada en emergencia fue la Colecistitis Aguda, es la inflamación de la vesícula biliar ocasionada por la obstrucción de litos principalmente, y en menor frecuencia por la formación de barro biliar,

siendo uno de los principales motivos de consulta en tópicos de cirugía de emergencia a nivel nacional, este se va a determinar según el grado y duración de la obstrucción, siendo de menor duración catalogado como cólico biliar y siendo de mayor duración aumenta la presión vesicular desencadenando la respuesta inflamatoria aguda agregándole disminución del flujo vascular de la pared vesicular debido a la distensión hace que se te catalogue como colecistitis aguda. Alrededor del 50% de los pacientes presentan compromiso bacteriano por la bilis acumulada. Afecta en mayor proporción a mujeres que a varones, siendo el grupo etario más frecuente entre 40 a 50 años.

El cuadro clínico presenta dolor abdominal agudo localizado en cuadrante superior derecho, constante, que no calma con analgésicos, con una duración mayor de 5 horas, frecuentemente irradiado a la espalda acompañado de otros síntomas como náuseas, vómitos y fiebre. Al examen físico se evidencia el signo de Murphy, consta de dolor a la palpación en hipocondrio derecho, específicamente a nivel del punto de Murphy ubicado en la intersección de la línea medio-clavicular con el reborde costal, que aumenta a la inspiración profunda debido al desplazamiento del diafragma que desplaza el hígado y la vesícula biliar. En adultos mayores no se suele tener la presentación típica por lo que se sugiere que en esos casos se realiza una colecistectomía ambulatoria en los pacientes diagnosticados con colelitiasis, ya que al llegar al cuadro de colecistitis aguda aumenta el riesgo de morbimortalidad. El criterio diagnóstico se basa en la guía de criterios de Tokio, actualizado en 2018, el cual tiene una sensibilidad de 91,2 % y especificidad de 96,9 %, considerado *gold* estándar para el diagnóstico de esta patología, el cual consiste en signos clínicos locales de inflamación, signos laboratoriales sistémicos de inflamación y hallazgos de imágenes, al cumplir 2 de los 3 ítems se considera sospecha de enfermedad, teniendo lo 3 ítems se considera diagnóstico definitivo, (9)

Los signos laboratoriales para considerares un hemograma patológico con neutrofilia con desviación izquierda acompañado del aumento de reactantes

de fase aguda como proteína C reactiva, los hallazgos imagenológicos se observan por ecografía evidenciando el signo de Murphy ecográfico, engrosamiento de la pared vesicular >4mm, aumento del diámetro vesicular >8cm, presencia del lito vesicular, presencia de edema pericolicística, o por tomografía, con hallazgos similares. Con el diagnóstico definitivo se procede a la hospitalización para recibir tratamiento de fluidoterapia, analgesia, antibioticoterapia y programación quirúrgica de emergencia, recomendado el uso de laparoscopio por disminución de infecciones en sitio operatorio, disminuye el tiempo de hospitalización posoperatoria, además que disminuye la morbilidad, sin embargo, tiene alto riesgo de lesión de vía biliar principal, por lo que se realiza bajo profesionales con experiencia, de presentarte alteraciones anatómicas quirúrgicas o dificultad para continuar con el procedimiento no se duda la conversión a cirugía abierta(10) (11).

### **3.3 Rotación en Pediatría**

Esta rotación se debió en 3 segmentos, siendo hospitalización, emergencia y neonatología, en la rotación de emergencia, uno de los casos más frecuentes eran las crisis asmáticas, episodios en los que empeoran los síntomas habituales del paciente con diagnóstico de asma o en algunos casos se presenta como inicio de la enfermedad, son consideradas de las urgencias médicas en el tópico de pediatría más frecuentes, se presentan de manera progresiva o abrupta, se puede desencadenar ante la exposición de agentes alérgicos, ante la presencia de alguna infección viral o como presentación de una mala adherencia al tratamiento, la fisiopatología de la crisis consta en la hiperreactividad del asma acompañado de inflamación y obstrucción reversible de la vía aérea generando dificultad respiratoria acompañado de clínica como sibilancias, tos y en algunos casos dolor torácico.

Es de suma importancia su diagnóstico preciso para el tratamiento oportuno evitando la estancia hospitalaria, por eso se hace el uso del triángulo pediátrico en emergencia, en este caso se ve alterado con dificultad respiratoria, acompañado de una buena historia clínica, valoración de escalas válidas y la toma de signos vitales se consigue un buen manejo en urgencias.

Una de las escalas más utilizadas en el tópic de pediatría fue *pulmonary score* que utiliza los ítems de frecuencia respiratoria, presencia de sibilancias y el uso de músculos accesorias, brindando un puntaje según las características del paciente, dando un puntaje total, siendo menor a 3 considerado leve, entre 4 a 6 considerado moderado y mayor de 6 considerado como grave.

El tratamiento fundamentalmente se basa en la reversión del broncoespasmo de manera inmediata mediante el uso de broncodilatadores inhalados, el fármaco más utilizado por su efecto rápido es el salbutamol, alcanzando su pico máximo a los 30 minutos, administrándose con el uso de un inhalador presurizado y una aerocámara o mediante nebulización, teniendo igual tasa de efectividad, sin embargo, el primero tiene menores efectos adversos, la dosis varía según el grado de severidad, siendo leve se indica de 2 a 4 pulsaciones con cámara cada 20 minutos por 1 hora, luego se reevalúa al paciente, de encontrarse mejoría se brinda indicaciones de alta, de no presentar mejoría se considera como moderada, en esta condición se calculó de 6 a 8 pulsaciones con cámara cada 20 minutos por 1 hora además del uso de corticoide sistémico, pudiendo ser vía oral si presenta buena tolerancia usando prednisona o prednisolona con una dosis inicial de 1-2mg/kg o en caso no presentar tolerancia oral, uso de intravenoso con metilprednisolona a dosis inicial de 1-2mg/kg, luego se reevalúa al paciente, de no presentar respuesta se continua dosis de salbutamol y se agrega bromuro de ipratropio indicando 2 a 6 pulsaciones cada 20 minutos por otra hora, de continuar con sintomatología se procede a hospitalización añadiendo sulfato de magnesio endovenoso una dosis única de 40mg/kg en perfusión lenta de 20 minutos para prevenir estancia prolongada, monitorizando funciones vitales por efectos adversos como hipotensión recordando que su uso se encuentra contraindicado en pacientes con insuficiencia renal; en casos severos, es decir con una puntuación mayor de 6 en la escala *pulmonary score*.

Se indica salbutamol en solución para nebulización a una dosis de 0.15mg/kg con oxígeno en flujos altos como 6 a 8 litros, añadiendo el uso de bromuro de

ipratropio y el uso de corticoide sistémico siendo la mejor vía endovenosa manteniendo una monitorización de signos vitales continuo por una hora, en caso de no presentar mejoría se añade el uso de sulfato de magnesio endovenoso, al no presentar mejoría el manejo será hospitalario a considerar soporte ventilatorio y/o manejo en unidad de cuidados intensivos pediátricos, considerando signos de gravedad extrema: trastorno de consciencia, bradicardia, bradipnea, hipotensión, tórax silente y cianosis central.

En algunos casos el uso de oxigenoterapia sobre todo para estabilizar al paciente inestable, en casos de crisis grave o en pacientes con gran trabajo respiratorio o en grado de hipoxemia se administración debe ser húmeda, con dispositivos como cánulas binasales o mascara de oxígeno simple a la menor concentración de oxígeno manteniendo una saturación ideal >92%. En pacientes con mejoría se indica el alta médica con indicaciones como salbutamol en aerosol cada 4 a 6 horas por 3 a 5 días, a criterio de médico tratante acompañado de corticoide sistémico de 3 a 5 días indicando la reevaluación por médico tratante a los 5 días para culminar tratamiento y posibilidad de cambio de tratamiento de mantenimiento y preventivo. (12)(13)

Otra enfermedad frecuente en el tópico de emergencia fue dengue, justamente porque se presentó brote entre los pacientes pediátricos. Enfermedad transmitida por el virus *Flaviviridae* del género *Flavivirus* que utiliza como vector al zancudo *Aedes aegypti*, se transmite cuando un mosquito hembra no infectada pica un humano enfermo y al picar luego a un humano sano le transmite la enfermedad, en un periodo de incubación de 4 a 10 días. Los factores de riesgo de agravar la enfermedad se determinan por una infección secundaria, la raza, presencia de enfermedades crónicas y la edad siendo los niños pequeños quienes tengan menor capacidad compensatoria a la extravasación del plasma capilar por lo que pueden llegar a ser más propensos de llegar a shock.

Los síntomas más frecuentes por presentar se catalogaran en 3 fases, siendo la primera la fase febril duración corta aproximadamente entre 2 a 7 días,

acompañado de cefalea holocraneada, dolor retro-ocular asociado a fotofobia, mialgias, dolores articulares, anorexia, dolor abdominal, vómitos, rash maculopapular o escarlatiforme, la fase crítica que puede ocurrir en cualquier momento entre los 3 a 7 días de enfermedad, signos taquicardia, aumento de llenado capilar en algunos casos, hemoconcentración petequias, extravasación plasmática presencia de edema generalizado y/o derrame pleural, oliguria, en casos severos sangrado frecuentemente nasal.

En fase de recuperación con una duración de 2 a 3 días cuando termina la crítica, se evidencia mejoría clínica y laboratorial, se puede presentar un segundo rash maculopapular y pruriginosa frecuente en esta fase. En menores de 1 año infectados la mortalidad es elevada presentando manifestaciones atípicas del dengue, siendo síntomas respiratorios, convulsiones febriles, diarreas de las más frecuentes, los trastornos hidroelectrolíticos son frecuentes en este grupo poblacional ya que cuentan con mayor volumen de líquidos, otros signos frecuentes es la hepatoesplenomegalia siendo hasta siete veces más frecuente. El shock se expresa con hipotermia, letargo o irritabilidad, frialdad distal, taquicardia y disminución de la presión arterial. Los criterios diagnósticos se evaluarán según laboratorio como trombocitopenia, aumento de hematocritos, leucopenia, aumento en las transaminasas e imágenes que evidencian derrame pleural o hepatomegalia.

Como criterios diagnósticos se considera un caso probable de dengue sin signos de alarma a todo niño con fiebre sin foco aparente de 7 días o menos que viva o haya visitado territorio con brotes de dengue o con la presencia de vector dentro de los 14 días antes del inicio de los síntomas, por otro lado, caso probable con signos de alarma como dolor abdominal intenso, vómitos persistentes, acumulación clínica de líquidos, sangrado de mucosas y/o piel de cualquier tipo, letargia o agitación, lipotimia, hepatomegalia o signos laboratoriales como aumento del hematocrito y en casos probables de dengue grave si es que presentan signos de choque hipovolémico, dificultad

respiratoria, sangrado grave, compromiso grave de órganos, miocarditis, trastorno de consciencia, aumento de transaminasas mayor a 1000 UI.

El caso se confirma bajo criterios diagnóstico en pruebas laboratoriales como la prueba molecular, Elisa antígeno NS1, ELISA Ig M, entre otras. El tratamiento dependerá de las manifestaciones y circunstancias catalogándose como grupo A, como tratamiento ambulatorio, grupo B dividido en B1 a quienes ameritan observación sin hospitalización B2 quienes ameritan observación con hospitalización y grupo C los pacientes con shock; a los pacientes del grupo A se les recomienda hidratación abundante por vía oral recomendado leche, jugo de frutas o suero oral ya que administrar agua sola puede generar desequilibrio hidroelectrolítico, reposo en casa y uso de mosquitero, en casos de fiebre y malestar general se recomienda uso de medios físicos o en caso paracetamol 10 a 15mg/kg por día cada 4 a 6 horas, asimismo la vigilancia de signos de alarma. Los pacientes del grupo B1, son aquellos que cuentan con factores de riesgo que podrían agravar la enfermedad como asma, obesidad, enfermedades crónicas o menores de 2 años, en ellos se recomienda de igual manera la administración de líquidos abundantes por vía oral, en caso de intolerancia considerar la vía intravenosa, se usa la fórmula de Holliday y Seagar para calcular la cantidad de líquidos para mantener hidratado al paciente, siendo el lactato de Ringer el líquido más sugerido seguido de cloruro de sodio al 9%, en estos pacientes el monitoreo de funciones vitales será importante de registrar y de igual manera la observación de signos de alarma.

Los pacientes del grupo B2, aquellos que presenta algunos de los signos de alarma con presencia o caída de fiebre, en ellos la observación será mediante hospitalización pues además del control estricto de funciones vitales, será se suma importancia el control laboratorial de hemograma para la visualización del hematocrito, la administración de solución cristaloide a 10ml/kg de manera inmediata en la primera hora, luego como mantenimiento se reduce el goteo a 5-7ml/kg/ hora por las siguientes 2 a 4 horas, luego con reducción de 3-5ml/kg/hora por 2 a 4 horas más, de presentar mejoría se mantiene a un



volumen de 2-4ml/kg/ hora, manteniendo control laboratorial y de funciones vitales, de presentar mejoría en las siguientes 48 horas se puede considerar la tolerancia oral y posibilidad de manejo ambulatorio, de no presentar mejoría de manejar en el plan del grupo C, como dengue grave, pacientes que se encuentren en shock por la extravasación de plasma que ameriten atención en unidad de cuidados intensivos, por lo que a su atención en UCI el paciente amerita mínimo 2 accesos periféricos, oxigenoterapia, catéter urinario, monitoreo constante de funciones vitales, control laboratorial hemograma, bioquímico, gases arteriales y control imagenológico.

La hidratación por vía intravenosa se ha catalogado como el tratamiento más eficaz para evitar las muertes, por lo que la administración de solución cristaloide se inicia con un bolo de 20ml/kg en 15-30 minutos, de presentar mejoría disminuyendo signos de choque o aumento de diuresis se disminuirá el volumen de líquido a razón de 10ml/kg/hora por 1 hora, de continuar con mejoría el goteo disminuida a 5-7ml/kg/hora por 1 a 2 horas más, posterior disminuir a 3-5ml/kg/hora por las siguientes 2 a 4 horas, finalizando con volumen de 2-3ml/kg/h por 24 a 48 horas manteniendo monitorización constante, sin embargo, en casos de no presentar mejoría luego del primer bolo se procede a repetir un segundo bolo a razón de 10-20ml/kg en 1 a 2 horas, de no persistir mejoría se administra un tercer bolo de la misma razón continuando con solución de acuerdo a necesidad, en casos de no evidenciar mejoría se procede al uso de inotrópicos como noradrenalina o adrenalina mientras se descarta presencia de hemorragia oculta, infecciones asociadas o shock séptico. En aquellos pacientes que presenten hemorragias graves, hematocrito disminuido de manera súbita se debe considerar la transfusión de paquetes globulares con una concentración de 5-10ml/kg o sangre fresca a razón de 10-20ml/kg, asimismo se evalúa la función de coagulación del paciente, en laboratorio se solicita el tiempo de protrombina (TP), tiempo parcial de tromboplastina activada (TTPa) y el fibrinógeno, si este último es menor a 100mg/dl se debe priorizar la administración de crioprecipitados (1U/10kg) en cambio de ser mayor a dicho valor con un TP y TTPa mayor de 1,5 su valor normal, se valora la transfusión de plasma fresco congelado a un

volumen de 10ml/kg en 30 minutos. No se debe considerar el uso de plaquetas a pesar de evidenciar plaquetopenia, pues esta no se ha evidenciado relacionado con aumento de hemorragias, pues suele ser transitoria. (14) (15) (16)

### **3.3 Rotación en Medicina Interna**

En esta última rotación el tópico de medicina era de donde venía el 90 % de los pacientes que pasaban a hospitalización, tópico con mucha afluencia de pacientes donde nos regíamos 10 residentes y un interno. Siendo de los tópicos más caóticos se tenían cuadros clínicos frecuentes que eran de manejo cotidiano como por ejemplo la pancreatitis aguda, desorden inflamatorio producto de la acción alterada de las enzimas proteolíticas y la activación intracelular, de la cual puede generar alteración multiorgánica, la pancreatitis aguda es una de las principales causas gastrointestinales que ameritan hospitalización con una incidencia anual de 15-36 por cada 100 mil personas, la tasa de mortalidad general del 5 al 15% en casos de pancreatitis aguda grave, la etiología principal está asociada con la patología biliar, principalmente asociado a cálculos biliares representando el 28 al 38 % de todos los casos de pancreatitis aguda, sin embargo, existen otras causas importantes en frecuencia como por ejemplo pancreatitis asociada a alcohol representa entre el 19 al 41 % de los casos y en menor porcentaje las idiopáticas(17)

Los mecanismos por los cuales se puede desencadenar una pancreatitis aguda aún se encuentran lejos de ser claros, sin embargo, existen múltiples eventos intracelulares que pueden desencadenarla, de los principales podemos destacar la activación prematura de las enzimas pancreáticas principalmente de la tripsina que se da la por la vía de activación del tripsinógeno la cual genera una lesión pancreática que genera el mecanismo de daño y muerte de las células acinares, sin embargo, existen otros mecanismos genéticos y bioquímicos por los que se podrían presentar este cuadro(18) El cuadro clínico característico en la emergencia es el dolor

abdominal epigástrico que se irradia a espalda el cual se presenta en el 40 al 70% de los pacientes otra característica del dolor es que aumenta en decúbito supino y la posición antálgica que suele presentar el paciente es reposo y flexión ventral, náuseas en el 90% de los pacientes, acompañado de vómitos, en hallazgos en el examen físico pueden presentar dolor a la palpación en epigastrio y ausencia de ruidos hidroaéreos, , otros signos que se presentan en el examen físico que muestran mayor grado de severidad son los signos de Cullen, presencia de equimosis periumbilical, Grey Turner, equimosis cutánea en flancos, asociados a pancreatitis hemorrágica.

Actualmente el diagnóstico clínico requiere cumplir 2 de los 3 criterios de Atlanta, el primero es dolor abdominal compatible con pancreatitis aguda, el segundo es, niveles séricos de amilasa y lipasa que superen 3 veces el valor normal, y el tercero es hallazgos imagenológicos compatibles con pancreatitis aguda. (19) generalmente se considera que la ecografía es el método diagnóstico adecuado para la fase temprana de la patología, principalmente para la detección de los cálculos biliares y/o coledocolitiasis, en fase tardía normalmente entre los 48 a 72 horas desde la presentación del cuadro clínico, tanto la tomografía computarizada como la resonancia magnética, se consideran las modalidades de diagnóstico por imágenes a elegir principalmente para evaluar la etiología, complicaciones, extensión de la enfermedad y seguimiento posterior, es importante recalcar la falta de respuesta al tratamiento conservador dentro de los 48 a 72 hora, requiere la necesidad de una tomografía computarizada.

Los pilares del tratamiento de la pancreatitis aguda son la reanimación con fluidos, una adecuada nutrición y tratamiento al dolor. Se ha demostrado que la reanimación temprana con fluidos reduce la mortalidad en los pacientes con pancreatitis aguda, la administración de ello debe ser guiado y reevaluado mediante el estado hemodinámico del paciente, evitar la sobrecarga de fluidos la cual tiene efectos contraproducentes, dentro de los fluidos preferidos a utilizar en este cuadro con los cristaloides isotónicos, ya sea solución salina o el lactato de ringer, con respecto a la nutrición se recomienda la nutrición

enteral para prevenir falla intestinal y complicaciones asociadas a infecciones esto debido a que este tipo de nutrición mantiene la barrera mucosa intestinal y evita la traslocación bacteriana que genera necrosis pancreática, se debe evitar la nutrición parenteral total, sin embargo, esta se puede considerar de manera parcial con el fin de alcanzar los requerimientos calóricos y proteicos en casos de intolerancia oral, además tanto la alimentación gástrica como yeyunal pueden administrarse de forma segura. (20)

En paciente con pancreatitis aguda de etiología biliar causado por coledocolitiasis, a la mejoría clínica sin presencia de colangitis y desinflamación del páncreas se resuelve el cuadro clínica con técnica de CPRE (colangiopancreatografía retrograda endoscópica) y casos de persistencia de cálculos biliares posibilidad de colecistectomía; el deterioro clínico o en caso de sospecha de pancreatitis necrotizante infectada son indicaciones para realizar drenaje percutáneo a las 4 semanas de iniciada la sintomatología del cuadro.

Otros de los casos más frecuente a atender en la emergencia del tópico de medicina eran cuadros de hemorragias digestivas, siendo más frecuentes las de vía digestiva alta, se define como el sangrado entre la boca hasta el ángulo del ligamento de Treitz, se considera como una emergencia médica común a nivel internacional y representa una mortalidad entre el 2 al 10% de pacientes, la incidencia de hemorragia digestiva alta es de 60 a 80 por cada 100 mil personas, siendo las ulcera pépticas una de las causas más frecuentes, llegando a ser hasta la mitad de los casos, sin embargo, existen otras causas asociadas que con frecuentes en nuestro entorno y en admisión de emergencia, tales como las hemorragias variceales en pacientes con antecedente de cirrosis y/o hipertensión portal, cáncer, síndrome de mallory Wells y esofagitis.

Los factores de riesgo asociados más comunes: antecedente de episodio similar con un riesgo relativo de 13.5, el uso de anticoagulantes 12.7, el uso de AINES 5.8 y edad avanzada 5.6 (21) Los signos y síntomas de hemorragia

digestiva alta pueden incluir dolor abdominal mareos, síncope, hematemesis y melena, siendo estos dos últimos los más significativos; para valorar riesgo de hemorragia digestiva alta de origen variceal se debe indagar enfermedad hepática existente, infección por Hepatitis viral y consumo de alcohol.

En el examen físico se debe incluir el estado hemodinámico, la presencia de rigidez, dolor abdominal o signo de rebote, y la evaluación del color de las heces, el objetivo de la evaluación inicial es determinar el grado de severidad del sangrado, además, el posible origen del sangrado, esto con el fin de guiar las decisiones de manejo tales como hospitalización, transfusión y exámenes diagnósticos. Dentro de los exámenes diagnósticos, los laboratoriales más importantes incluyen hemograma, panel metabólico, perfil de coagulación, perfil hepático sin olvidar el grupo y factor, por otro lado, los pacientes que presentan hemorragia digestiva alta deben ser estratificados según factores de riesgo y presentación clínica, los pacientes que se consideran como de alto riesgo son los que cursan con inestabilidad hemodinámica, la cual se manifiesta la mayor parte de las veces con anemia severa la cual requiere de manejo y monitoreo por unidad de cuidados intensivos en pacientes hospitalizados con hemorragia digestiva alta, se debe colocar de preferencia dos vías periféricas de largo calibre, por alto riesgo de aspiración se debe considerar la intubación endotraqueal en pacientes con cuadro de hematemesis con cuadro de estado mental alterado, se debe realizar una reanimación agresiva con fluidos por que disminuye sustancialmente la tasa de mortalidad de estos pacientes.

La transfusión sanguínea debe considerarse en pacientes con una hemoglobina menor a 7mg/dL, la transfusión de plaquetas debe ser administrado en pacientes con hemorragia activa con valores de plaquetas menores a 150 mil, en casos de endoscopia urgente puede ser realizado con un INR menor a 2.5 y la decisión de revertir y/o detener la anticoagulación debe ser bajo análisis de riesgo/beneficio en pacientes con prevención de tromboembolismo, además de esto los pacientes deben iniciar con altas dosis de bomba de protones; el octriotide, el cual es un análogo de somatostatina,

debería ser administrado en pacientes con sangrado variceal agudo porque mejora la eficacia de la terapia endoscópica con el fin de alcanzar la hemostasia, la administración de antibiótico tales como ceftriaxona se debe indicar en pacientes con antecedentes de cirrosis esto acompañado del tratamiento endoscópico, teniendo que ser menos de las 24 horas de presentado el inicio del sangrado.

La clasificación de Forrest es una herramienta para utilizar para describir los hallazgos endoscópicos en paciente con sangrado asociado a ulcera péptica, además de valorar el riesgo de resangrado según el tipo de lesión, después de la evaluación endoscópica, los pacientes deben ser considerados como de bajo riesgo de resangrado y el manejo debe ser con inhibidores de bomba de protones dos veces al día como mantenimiento hasta posterior a las 72 horas del tratamiento endoscópico (22).

## **CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

El internado médico es la etapa final de la carrera de Medicina Humana, luego de dos años de pandemia, de haberse limitado de prácticas presenciales, de llevar clases virtuales, se ha visto una deficiencia en algunas áreas en los internos por lo que fue fundamental ponerle el 100 % cada día para aprender y mejorar, así llevarle una adecuada atención a los pacientes y demostrar a los asistentes la capacidad del estudiante, aunque actualmente el interno no está las 24 horas del día del hospital como antiguamente se tenía conocimiento del desarrollo de este, las competencias han aumentado, la tecnología que tienen diferentes hospitales son ventajas y desventajas al mismo tiempo, actualmente se considera de suma importancia el trato de los superiores pues a lo que antes era considerado como la mayor muestra de respeto hacia ellos actualmente puede ser catalogado como acoso o maltrato hacia el estudiante, por lo que se debe considerar que las enseñanzas de antes no son las mismas que las de ahora, asistentes y mismos residentes buscan cambiar “el modelo del queso suizo” pues lo que se busca es conseguir buenos profesionales y buenos seres humanos.

Realizar las prácticas de Internado en el hospital Guillermo Almenara Irigoyen ha representado una carga bastante alta pero con un nivel de satisfacción y aprendizaje que supera cualquier expectativa de un interno ingresante, la ventaja de ser acompañada por unos increíbles internos que se apoyaban cuando se necesitaban, unos residentes que siempre se encontraban a disposición para aprendizaje, que brindan simulaciones para al momento de realizarlo con el paciente tengamos el menor porcentaje de error, realización de actividades académicas donde se pierde el miedo a las presentaciones en público además de la oportunidad para revisar actualizaciones de los temas más frecuentes en emergencia u hospitalización así como se recibía la corrección o en todo caso comentarios añadiendo más información para poder entender y procesar la información adecuadamente.

Al ser un hospital de mayor complejidad se contaba con todas las herramientas necesarias para contribuir para un buen análisis y diagnóstico de los pacientes, sin embargo, al ser un establecimiento con gran demanda de paciente en oportunidades se contaba con una lista larga de espera para que los pacientes puedan ser intervenidos.

A pesar de todo lo anterior, el internado ha sido una experiencia demasiado enriquecedora, pues se ha permitido absorber lo positivo como reconocer lo negativo del área, del personal y de los superiores, un año lleno de conocimientos, de bastante practica que ayudará para los afrontar los obstáculos que vengan en el futuro para así cumplir las metas individuales.



## CONCLUSIONES

1. El internado es el paso más importante en área de prácticas del estudiante de medicina, es el año donde se vuelve protagonista de su carrera, desenvuelve lo conocimientos que adquirió en los 6 años anteriores, desarrolla lo aprendido y adquiere conocimiento práctico.
2. Desarrollar el internado médico en un hospital nivel III tiene una gran ventaja a diferencia de realizarlo en un centro de salud de menor complejidad, pues las enfermedades suelen tener mayor complejidad, la posibilidad de observar las diferentes especialidades ayuda a ampliar el conocimiento; asimismo, permite consolidar la idea de una segunda especialidad.
3. El manejo en emergencia en los 4 tópicos de las diferentes rotaciones representó una parte de lo que se verá cuando se realice el Serums ayudando al interno a desenvolverse en el área, encontrar el conocimiento para la identificación rápida de patologías y la destreza de brindar tratamiento específico para prevenir la hospitalización de los pacientes.
4. En el internado, el trabajo en equipo se vuelve un pilar importante para su desarrollo, el manejo en conjunto con personal de enfermería, personal técnico y médicos de otras especialidades para brindar la mejor atención al paciente volviéndose un trabajo multidisciplinario demuestra que el ser humano es complejo.
5. Tener casos complejos donde el destino del paciente lastimosamente estaba escrito, enseña que no siempre se puede conseguir curar a los pacientes, sin embargo, buscar disminuir el dolor, el sufrimiento, acompañar al paciente nos regresa el lado humano que en ocasiones por estrés o cansancio se olvida.

## RECOMENDACIONES

1. La educación del estudiante de medicina inicia desde el primer ciclo de la carrera, todas las clases realizadas son importantes, no necesariamente para el internado o desarrollando la profesión, pero aprender cada una de ellas ayuda a entender conceptos más adelante, brinda una base para los conocimientos posteriores; por ello, la importancia de recibir todo el conocimiento y no dejar de repasarlo, pero para ello se necesita del apoyo de la facultad a desarrollar, con buenas prácticas, buenas clases y buenos docentes, brindando las herramientas necesarias para el desarrollo del buen estudiante.
2. El internado médico debería regresar a ser 100 % en hospital, los 12 meses del año, pues el conocimiento adquirido dividido entre centros de salud y hospital no se llega a concretar adecuadamente en el estudiante, a menor tiempo de realización de este, menor es el tiempo en las especialidades y por ende la probabilidad de no captar todo el conocimiento necesario para la realización.
3. En casos de hospitales con rotación solo dividida en 4, ginecología y obstetricia, cirugía, medicina y pediatría, debería permitir la posibilidad de hacer subrotaciones por especialidades por ejemplo traumatología, otorrinolaringología, urología, pues también llegan emergencias de esas áreas en Serums y el interno que no ha rotado por esos servicios tiene desventaja de conocimiento y eso es riesgo para los pacientes a atender.
4. A las facultades, realizar clases académicas desde el inicio del internado para fomentar el estudio hacia el Examen Nacional de Medicina (ENAM), con tiempo y con el personal calificado se puede desarrollar un mejor estudiante postulante y eso aumenta el puesto de la universidad en los rankings.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. American College of Obstetricians and, Gynecologists' Committee on Practice Bulletins. Gestational Hypertension and Preeclampsia. ACOG. 133(202):25.
2. Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín epidemiológico del Perú. Vol. 32 - september 18. 2023. Disponible en: [https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin\\_202318\\_07\\_095847.pdf](https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202318_07_095847.pdf)
3. Lee RH, Greenberg M, Metz TD, Pettker CM. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #53: Intrahepatic cholestasis of pregnancy: Replaces Consult #13, April 2011. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 1 de febrero de 2021;224(2):B2-9.
4. Garg A, Jaiswal A. Evaluation and Management of Premature Rupture of Membranes: A Review Article. Cureus [Internet]. 24 de marzo de 2023 [citado 08 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/125620-evaluation-and-management-of-premature-rupture-of-membranes-a-review-article>
5. Ehsanipoor, R., & Pettker, C. M. (2020). Prelabor Rupture of Membranes. ACOG Practice Bulletin, Number 217 Practice Guideline. Obstet Gynecol, 135(3), 80-97.
6. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Manejo de la Apendicitis Aguda: Guía en Versión Corta. Lima: EsSalud; 2022. [https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2022/12/GPC-manejo-de-Apendicitis-aguda\\_Version-corta.pdf](https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2022/12/GPC-manejo-de-Apendicitis-aguda_Version-corta.pdf).

7. Sociedad de Cirujanos de Chile. Guía de Práctica Clínica Apendicitis Aguda [Internet]. 2018. 62 p. Disponible en: <https://www.socich.cl/wp-content/uploads/2020/05/GUIA-APENDICITIS-AGUDA.pdf>
8. Mendoza, J. Dolores Velázquez, César Godínez Rodríguez, and M. A. V. Guerrero. "Evaluación prospectiva de la Escala de Alvarado em el diagnóstico de apendicitis aguda." *Cir Gen* 32.1 (2010): 17-23.
9. Yokoe M, Hata J, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *Journal of hepato-biliarypancreatic sciences*. 2017.
10. Colecistitis aguda [Internet]. [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-continuada-8-pdf-S1578155011700110>
11. Guzmán Calderón E, Carrera-Acosta L, Aranzabal Durand S, Espinoza Rivera S, Trujillo Loli Y, Cruzalegui Gómez R, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la colelitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis en el Seguro Social del Perú (EsSalud). *Revista de Gastroenterología del Perú*. enero de 2022;42(1):58-69.
12. Paniagua Calzon, N., & Benito Fernández, J. (2020). Diagnóstico y tratamiento de la crisis asmática en Urgencias. *Protoc diagn ter pediatr*, 1, 49-61.
13. Instituto de evaluación de tecnologías en salud e investigación. Guía de práctica clínica para el manejo de la crisis asmática en niños y adolescentes: Guía en Versión Corta. Lima: EsSalud; 2023 [Internet]. Disponible en: [https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2023/12/GPC-Asma-en-ninos-y-adolescentes\\_Version-corta.pdf](https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2023/12/GPC-Asma-en-ninos-y-adolescentes_Version-corta.pdf)

- 14.** Organización Panamericana de la Salud. Dengue: guías para la atención de enfermos en la región de las Américas. [Internet]. 2016. 144 p. 2da edición. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28232/9789275318904\\_esp.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28232/9789275318904_esp.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  
- 15.** Norma Técnica De Salud Para La Atención Integral De Pacientes Con Dengue En El Perú. Resolución Ministerial. NTS N° 211-2024-MINSA/DGIESP-2024 March 06. Instituto Nacional de Salud [citado el 08 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6007546/5323501-r-m-175-2024-minsa-y-nts-211-dgiesp.pdf?v=1709834791>
  
- 16.** Pavlicich V. Dengue: revisión y experiencia en pediatría. Archivos de Pediatría del Uruguay. junio de 2016;87(2):143-56.
  
- 17.** Chatila AT, Bilal M, Guturu P. Evaluation and management of acute pancreatitis. World J Clin Cases. 6 de mayo de 2019;7(9):1006-20.
  
- 18.** Singh P, Garg PK. Pathophysiological mechanisms in acute pancreatitis: Current understanding. Indian J Gastroenterol. mayo de 2016;35(3):153-66.
  
- 19.** Hu JX, Zhao CF, Wang SL, Tu XY, Huang WB, Chen JN, et al. Acute pancreatitis: A review of diagnosis, severity prediction and prognosis assessment from imaging technology, scoring system and artificial intelligence. World J Gastroenterol. 7 de octubre de 2023;29(37):5268-91.
  
- 20.** Leppäniemi A, Tolonen M, Tarasconi A, Segovia-Lohse H, Gamberini E, Kirkpatrick AW, et al. 2019 WSES guidelines for the management of

severe acute pancreatitis. World Journal of Emergency Surgery. 13 de junio de 2019;14(1):27.

**21.** Wilkins T, Wheeler B, Carpenter M. Upper Gastrointestinal Bleeding in Adults: Evaluation and Management. *afp*. 1 de marzo de 2020;101(5):294-300.

**22.** Kamboj AK, Hoversten P, Leggett CL. Upper Gastrointestinal Bleeding: Etiologies and Management. *Mayo Clinic Proceedings*. 1 de abril de 2019;94(4):697-703.

# ANEXOS

## ANEXO 1

<b>Acto Medico</b> 8975770	(10176964-13/03/2024 10:19-10.56.1.188)		
<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>CHAVEZ ROSAS MARIA FATIMA</b>	<b>Nro Historia Clinica</b>	1705328
<b>Doc. de Identidad</b>	D.N.I. 48248241 Sexo FEMENINO	<b>Tipo de Paciente</b>	ASEGURADO EMERGENCIA
<b>CAS de Atencion</b>	H.N. G. ALMENARA	<b>Tipo de Seguro</b>	OBLIGATORIO
<b>Fecha de Ingreso</b>	02/08/2023 Edad 32 A 2 M 28 D	<b>Plan de Salud</b>	
<b>Area Hospitalaria</b>	URGENCIAS / EMERGENCIA	<b>Servicio Hosp.</b>	OBSTETRA

<b>Número de Atencion:</b>	3	<b>Fecha de Atencion:</b>	02/08/2023
----------------------------	---	---------------------------	------------

<b>Fecha de la Atención</b>	02/08/2023	<b>Hora de la Atención</b>	12:10
<b>Profesional Asistencial</b>	QUISPEZ HERRERA CARLOS	<b>Servicio del Profesional</b>	OBSTETRIC.ALTRIESGO
<b>Colegiatura</b>	42873		

[Informe UCI](#)

### Anamnesis (10176964-13/03/2024 10:19-10.56.1.188)

### Evolución (10176964-13/03/2024 10:19-10.56.1.188)

<b>Signos Vitales:</b>				<b>ESCALA GLASGOW</b>	
Presión Arterial (mm Hg)	160 / 100	Frecuencia Cardiaca (Latidos x Min)	78	Ver Grafica	AD -----
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	18		RV -----
Temperatura Corporal (°C)	37,0				RM -----
<b>Antropometría:</b>					TOTAL <b>0</b>
Peso (Kg)	96,000	Talla (M)	1,58	IMC	38,455
Perímetro Abdominal	0,0				

#### G1P0

FUR: 12/11/2022  
ECO IT: 06.02.23 (11 SEM 5 DIAS) ---> 37 SEM 0 DIAS

ANTECEDENTES:  
MEDICOS: NIEGA  
QX: NIEGA  
RAMS: NIEGA

TE: 2H  
PACIENTE DERIVADA DEL HOSPITAL VOTO BERNALES POR DESCARTE DE PREECLAMPSIA, AL MOMENTO PACIENTE REFIERE LEVE CEFALEA OCCIPITAL, ASOCIADO A PRESION ARTERIAL DE 160/100 MMHG, NIEGA SANGRADO VAGINAL, NIEGA PERDIDA DE LQUIDIO AMNIOTICO, NIEGA SAT. PERCIBE MOV FETALES. NIEGA EPIGASTRALGOA.

AL EXAMEN FISICO: AREG  
ABDOMEN: AU 34CM SPP LCD MF PRESENTES DU AUSENTES LCF 144 LPM  
ESPECULOSCOPIA: NO SW, NO PLA  
TACTO VAGINAL: CUELLO POSTERIOR CERRADO LARGO  
SNC: LOTEP, EG 15/15  
ROT +++/+++

ECOGRAFIA DE EMG  
FETO UNICO ACTIVO EN LCD, LCF 144 LPM  
PLACENTA FUNIDCA ANTERIOR GRADO III, LA ADECUADO: EVM 4 CM  
PF: 3253 GR, P73

IMP DX:  
G1P0 37 SEM 0 DIAS X ECO IT  
THE PREECLAMPSIA CON SIGNOS DE SEVERIDAD  
NO TRABAJO DE PARTO

### Diagnostico (10176964-13/03/2024 10:19-10.56.1.188)

Código	Descripción	Tipo
O14.1	PREECLAMPSIA SEVERA	PRESUNTIVO

Prioridad de Atención: PRIORIDAD III - URGENCIA MAYOR

### Plan de Trabajo (10176964-13/03/2024 10:19-10.56.1.188)

### Indicaciones (10176964-13/03/2024 10:19-10.56.1.188)

NPO  
MGSO4 2 AMP + CL NA 0.9% 100CC --> EV EN 20 MIN  
MGSO4 5 AMP + CL NA 0.9% 1000CC --> EV 1 G/H  
CEFAZOLINA 2 GR EV PRE SOP  
NIFEDIPINO 10 MG VO PRN PA > 160/110 MMHG  
NIFEDIPINO 10 MG VO STAT  
CONTROL DE PESO DIARIO  
CONTROL DE DIURESIS POR TURNO  
CONTROL DE PA EN HOJA APARTE CADA 2 H  
SONDA FOLEY PERMEABLE  
VIGILANCIA DE SIGNOS DE INTOXICACION POR MGSO4  
CRUZAR 02 PG, 05 PFC, 05 PLAQUETAS  
CO (DU + LCF)  
AUTOCONTROL DE MOV FETALES  
CFV + OSA  
SE PROGRAMA CESAREA

Resultado de la Atención: TRANSFERENCIA HOSPITALIZACION Tipo de Atención: ATENCION EMERGENCIA

## ANEXO 2

Acto Medico 8977566		(10176964-13/03/2024 10:17-10.56.1.189)	
Apellidos y Nombres	CHAVEZ ROSAS MARIA FATIMA	Nro Historia Clinica	1705328
Doc. de Identidad	D.N.I. 48248241 Sexo FEMENINO	Tipo de Paciente	ASEGURADO EMERGENCIA
CAS de Atencion	H.N. G. ALMENARA	Tipo de Seguro	OBLIGATORIO
Fecha de Ingreso	02/08/2023 Edad 32 A 2 M 28 D	Plan de Salud	
Area Hospitalaria	CENTRO QUIRURGICO	Servicio Hosp.	OBSTETRIC.ALTRIESGO

Datos de la Operación				(10176964-13/03/2024 10:17-10.56.1.189)	
Fecha Programada	02/08/2023	Inicio de Operacion	14:55	Tiempo de Uso	00:00
Tiempo de Anestesia	00:00	Termino de Operacion	15:40		
Tipo de Herida	HERIDA TIPO I	Egreso de Sala	PACIENTE CONTINUA EN SERVICIO		
Operaciones			Diagnóstico		
<b>Código</b>	<b>Descripción del Procedimiento, Examen o Perfil</b>		<b>Código</b>	<b>Descripción Diagnóstico</b>	
59514	SOLAMENTE PARTO POR CESAREA.		O14.1	PREECLAMPSIA SEVERA	
Anestesia			Profesional		
<b>Código</b>	<b>Descripción de la Anestesia</b>		<b>D.N.I.</b>	<b>Profesional</b>	<b>Especialista</b>
407	BLOQUEO SUBDURAL SIMPLE - RAQUIDEA		40843113	CRUCES CASTILLO, KARINA - Colegiatura: 51709	CIRUJANO PRINCIPAL
			72325956	YRIGOTIN PEREZ, YAMIL Y - Colegiatura:	CIRUJANO ASISTENTE

CIRUGIA: CESAREA

Descripción de Hallazgos

- RN VIVO A LAS 15:01 HRS, DE SEXO MASCULINO. APGAR 8-9, PESO 3770 GR5 TALLA 51, PC 35.5, PA 32
- PLACENTA: NORMOINSERTA
- LIQUIDO AMNIÓTICO: LIQUIDO SANGUINOLENTO
- CORDÓN UMBILICAL: +- 50 CM 2A 1V
- HALLAZGOS: NINGUNO
- SANGRADO APRÓX: 600 CC

Descripción del Procedimiento

- POSICIÓN DE DDO - AA + CCE
- INCISIÓN PFANNSTIEL
- DIÉRESIS DE PARED POR PLANOS HASTA CAVIDAD
- COLOCACIÓN DE VALVA SUPRAPUBICA
- HISTEROTOMÍA SEGMENTARIA TRANSVERSA
- EXTRACCIÓN DEL PRODUCTO EN CEFÁLICO
- EXTRACCIÓN DIRIGIDA DE LA PLACENTA
- EXTERIORIZACIÓN UTERINA
- HISTERORRAFIA EN 01 PLANO
- REVISIÓN DE HEMOSTASIA Y RECUENTO DE GASAS COMPLETAS
- SÍNTESIS DE PARED POR PLANOS:
- PERITONEO: CATGUT
- MUSCULO: CATGUT
- APONEUROSIS: VICRYL
- TCSC: CATGUT
- PIEL: NYLON

Incidencias en Sala

DIFICULTAD A LA EXTRACCION FETAL POR DEFLEXION DE III GRADO

Envío de muestra a patología

SI



**ANEXO 3**

<b>Acto Medico</b> 8978692	(10176964-13/03/2024 10:18-10.56.1.189)		
<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>CHAVEZ ROSAS MARIA FATIMA</b>	<b>Nro Historia Clinica</b>	1705328
<b>Doc. de Identidad</b>	D.N.I. 48248241 Sexo FEMENINO	<b>Tipo de Paciente</b>	ASEGURADO EMERGENCIA
<b>CAS de Atencion</b>	H.N. G. ALMENARA	<b>Tipo de Seguro</b>	OBLIGATORIO
<b>Fecha de Ingreso</b>	02/08/2023 Edad 32 A 2 M 28 D	<b>Plan de Salud</b>	
<b>Area Hospitalaria</b>	HOSPITALIZACION	<b>Servicio Hosp.</b>	OBSTETRIC.ALTRIESGO

Número de Atención: 8 Fecha de Atención: 05/08/2023

**Fecha de la Atención** 05/08/2023 **Hora de la Atención** 08:53  
**Profesional Asistencial** CHAVARRIA LOLI DENESI **Colegiatura:** 42672  
**Especialidad Interconsultiva**

[Informe UCI](#)

**Anamnesis (10176964-13/03/2024 10:18-10.56.1.189)**

**Examen Clínico (10176964-13/03/2024 10:18-10.56.1.189)**

<b>Signos Vitales:</b>			<b>ESCALA GLASGOW</b>	
Presión Arterial (mm Hg)	131 / 81	Frecuencia Cardiaca (Latidos x Min)	87	Ver Grafica
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	18	AO .....
Sat. O2	98	FIO2	0,21	RV .....
Temperatura Corporal (°C)	36,6			RM .....
<b>Antropometría:</b>				TOTAL <b>0</b>
Peso (Kg)	93,000	Talla (M)	1,68	IMC
Perímetro Abdominal	0,0			32,950

PACIENTE DE 32 AÑOS CON LOS DIAGNÓSTICOS:

1. PO 3D DE CESÁREA POR PREECLAMPSIA CON SIGNOS DE SEVERIDAD

S) PACIENTE REFIERE LEVE DOLOR A LA MOVILIZACION A NIVEL DE HO, NIEGA SAT, NIEGA OTROS SIGNOS PREMONITORIOS DE ECLAMPSIA, NIEGA OTRAS MOLESTIAS.

O) AL EXAMEN: BEG, REN, HIDRATADA.  
 PIEL: TIBIA, LLENADO CAPILAR < 2SEG.  
 TORAX Y CV: MV PASA BIEN EN AHT, NO SE AUSCULTAN RALES.  
 MAMAS: BLANDAS, SECRETANTES DE ESCASO CALOSTRO  
 ABD: B/D, RHA (+), DOLOR A LA PALPACION DE ZONA PERI INCISIONAL. SE PALPA ÚTERO CONTRAIDO POR DEBAJO DE CU, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.  
 HO: BORDES AFRENTADOS, SIN SIGNOS DE FLOGOSIS, NI SECRECIONES  
 GE: LOQUIOS HEMATICOS DE ADECUADO VOLUMEN PARA TIEMPO PUERPERAL, SIN MAL OLOR.  
 SNC: LOTEP, EG 15/15  
 MMII: SIN EDEMAS, ROT (+)

A) PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, CON ADECUADO CONTROL DE PA CON TERAPIA ANTIHIPERTENSIVA INSTAURADA, EN SU PO MEDIANO DE CESÁREA POR PREECLAMPSIA CON SIGNOS DE SEVERIDAD. EN ACTO QUIRÚRGICO SE REPORTA DIFICULTAD DE LA EXTRACCION DEL FETO POR DEFLEXION, CURSA SIN COMPLICACIONES. SE LE REALIZA CONTROL LABORATORIAL SIN ALTERACIONES. EVOLUCION CLINICA FAVORABLE, PACIENTE EN CONDICIONES DE ALTA.

\* 02.08.23: HB: 12.1, LEUCO: 6.43, AB 0%, PQT: 185MIL, CREA: 0.51, GLU 148, ALB 3.5, BT: 0.56, GGT: 40, FA: 278, TGO: 40, TGO: 56, DHL 139  
 CONTROL POST SOP: HB: 9.6, LEUCO: 8.5, AB 0%, PQT: 185MIL, CREA: 0.18, GLU 132, ALB 2.3, BT: 0.23, GGT: 46, FA: 163, TGO: 34, TGP: 38, DHL 252

P)  
 ALTA CON INDICACIONES  
 CONTROL POR CONSULTA EXTERNA EN 7 DIAS  
 SE EXPLICAN SINTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA

**Diagnostico (10176964-13/03/2024 10:18-10.56.1.189)**

Código	Descripción	Nombre Tipo Diagnóstico
O82.1	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	DEFINITIVO
O14.1	PREECLAMPSIA SEVERA	DEFINITIVO

**Plan de Trabajo (10176964-13/03/2024 10:18-10.56.1.189)**

**Indicaciones (10176964-13/03/2024 10:18-10.56.1.189)**

\*\*RP DE ALTA\*\*  
 PARACETAMOL 500MG VO CADA 8 HORAS X 3 DIAS  
 SAL FERROSA 1 TAB VO CADA 24 HORAS X 30 DIAS  
 DIMETICONA 40 GTS VO CONDICIONAL HINCHAZON ABDOMINAL

Resultado de la Atención ALTA MEDICA Tipo de Atención VISITA HOSPITALARIA

## ANEXO 4

<b>Acto Medico 9092175 (10176964-13/03/2024 10:52-10.56.1.189)</b>			
Apellidos y Nombres	<b>CORTEZ ALDAZ ALEXSA YENIFER</b>	Nro Historia Clínica	1341275
Doc. de Identidad	D.N.I. 76622350 Sexo FEMENINO	Tipo de Paciente	ASEGURADO REFERIDO
CAS de Atención	H.N. G. ALMENARA	Tipo de Seguro	OBLIGATORIO
Fecha de Ingreso	29/08/2023 Edad 28 A 5 M 1 D	Plan de Salud	
Area Hospitalaria	URGENCIAS / EMERGENCIA	Servicio Hosp.	OBSTETRA

  

Número de Atención:	2	Fecha de Atención:	29/08/2023
---------------------	---	--------------------	------------

  

<b>Fecha de la Atención</b>	29/08/2023	<b>Hora de la Atención</b>	15:11
Profesional Asistencial	BENITES ALVAREZ JOSE Servicio del Profesional	OBSTETRIC.ALT.RIESGO	
Colegiatura	34290		

[Informe UCI](#)

  

<b>Anamnesis (10176964-13/03/2024 10:52-10.56.1.189)</b>	
<b>Evolución (10176964-13/03/2024 10:52-10.56.1.189)</b>	

<b>Signos Vitales:</b>		<b>ESCALA GLASGOW</b>	
Presión Arterial (mm Hg)	120 / 60	Frecuencia Cardiaca (Latidos x Min)	78 Ver Grafica
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	18
Temperatura Corporal (°C)	36,6		
<b>Antropometría:</b>			
Peso (Kg)	77,000 Talla (M) 1,59 IMC		30,457
Perímetro Abdominal	0,0		

**REEVALUACION:**  
 NST: CATEGORIA I, DU: AUSENTE  
 LABS: HB: 9,9 L: 3,95 AB: 0% PLAQUETAS: 137 TGO: 145 TGP: 161 CR: 0,47 G: 96 / EX URINA: SAS  
 ECOGRAFIA ABDOMINAL: NO SE APRECIA DILATACION DE LAS VIAS BILIARES POR ESTE METODO DE ESTUDIO. ECOGRAFIA ABDOMINAL SIN HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS.

**ANTECEDENTES:**  
 MEDICOS: DIABETES GESTACIONAL?? CIG ?  
 RAMS: NIEGA  
 CX: INJERTO DE AMBAS PIERNAS POR ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO

G1P0  
 FUR: 29.12.2023  
 ECO IT: 03.04.2023 13 SS 5D  
 EG: 34 SS 6 D X ECO IT

TE: 10 DIAS  
 PACIENTE REFIERE QUE HACE 10 DIAS PRESENTA PRURITO GENERALIZADO A PREDOMINIO DE MANOS + DOLOR TIPO CONTRACCION ESPORADICO (1-2 VECES AL DIA). PERCIBE MF, NIEGA SV, NIEGA PLA.

26/08/23 ACUDIO A CLINICA PARTICULAR CON MISMA SINTOMATOLOGIA DONDE REALIZAN ECOGRAFIA EVIDENCIANDO "CUELLO CORTO" POR LO QUE FUE HOSPITALIZADA PARA MONITOREO RECIBIENDO TTO POR 10 DIAS CON AC. URSODESOXICOLICO.

22/08/23: AC. BILIARES: 17.2 VR (0-6)

AL EXAMEN FISICO: AREG, AREH, AREN  
 PIEL: T,H,E, LLENADO CAPILAR MENOR 2 SEGUNDOS  
 ABDOMEN: AU 35 CM, MF (+), DU (-)  
 ESPECULOSCOPIA: NO SV, NO PLA  
 TACTO VAGINAL: SIN CAMBIOS CERVICALES  
 SNC: LOTEP, EG 15/15

ECOGRAFIA DE EMG:  
 FETO UNICO ACTIVO EN LCI, LCF 142 LPM. PLACENTA CORPORAL ANTERIOR GRADO II , LA ADECUADO: EVM 7 CM ILA: 21.  
 PF: 3549 +- 532 G P100

CERVICOMETRIA 30 MM

IMP DX:  
 G1P0 DE 34 SS 6 D X ECO IT  
 COLESTASIS INTRAHEPATICA GESTACIONAL  
 DIABETES GESTACIONAL  
 FETO GEG

P) SE HOSPITALIZA PARA ESTUDIO Y MONITOREO MATERNO FETAL  
 IC GASTROENTEROLOGIA, IC ENDOCRINOLOGIA, SS ECOGRAFIA MEDICINA FETAL

<b>Diagnostico (10176964-13/03/2024 10:52-10.56.1.189)</b>		
Código	Descripción	Tipo
O24.9	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA, EN EL EMBARAZO	PRESUNTIVO
O99.6	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO QUE COMPLICAN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	PRESUNTIVO
O36.6	ATENCION MATERNA POR CRECIMIENTO FETAL EXCESIVO	PRESUNTIVO

Prioridad de Atención PRIORIDAD IV - URGENCIA MENOR

### Plan de Trabajo (10176964-13/03/2024 10:52-10.56.1.189)

**Indicaciones (10176964-13/03/2024 10:52-10.56.1.189)**

DIETA FRACCIONADA 1800 KCAL + LAV  
 VS  
 ACIDO URSODESOXICOLICO 2 TAB VO CADA 12 HRS  
 CLORFENAMINA 1 TAB VO CADA 8 HRS  
 CLORFENAMINA 1 AMP EV PRN PRURITO INTENSO  
 CO (DU + LCF )  
 AUTOCONTROL DE MF  
 CFV + OSA  
 HGT EN AYUNAS Y 2 HRS POST PANDRIAL  
 VIGILAR SIGNOS DE ALARMA Y COMUNICAR

Resultado de la Atención TRANSFERENCIA HOSPITALIZACION Tipo de Atención ATENCION EMERGENCIA

## ANEXO 5

Acto Medico 9095358		(10176964-13/03/2024 10:56-10.56.1.189)	
Apellidos y Nombres	CORTEZ ALDAZ ALEXSA YENIFER	Nro Historia Clinica	1341275
Doc. de Identidad	D.N.I. 76622350 Sexo FEMENINO	Tipo de Paciente	ASEGURADO REFERIDO
CAS de Atencion	H.N. G. ALMENARA	Tipo de Seguro	OBLIGATORIO
Fecha de Ingreso	29/08/2023 Edad 28 A 5 M 1 D	Plan de Salud	
Area Hospitalaria	HOSPITALIZACION	Servicio Hosp.	OBSTETRIC.ALTRIESGO

Número de Atencion: 3 ⏪ ⏩ Fecha de Atencion: 30/08/2023 📅 🔍 ⏪ ⏩

Fecha de la Atención: 30/08/2023 Hora de la Atención: 09:28  
 Profesional Asistencial: FLORES LOPEZ LILIANA Colegiatura: 44138  
 Especialidad Interconsulta:

[Informe UCI](#)

### Anamnesis (10176964-13/03/2024 10:56-10.56.1.189)

### Examen Clínico (10176964-13/03/2024 10:56-10.56.1.189)

Signos Vitales:		Escala Glasgow	
Presión Arterial (mm Hg)	160 / 90	Frecuencia Cardíaca (Latidos x Min)	87 Ver Grafica
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	18
Sat. O2	99	FIO2	0,21
Temperatura Corporal (°C)	36,5		
<b>Antropometría:</b>			
Peso (Kg)	0,000 Talla (M) 0,00 IMC		
Perímetro Abdominal	0,0		

PACIENTE DE 28 AÑOS CON LOS SIGUIENTES DX:

- G1P0 DE 35 SS 0 D X ECO IT
- PREECLAMPSIA CON SIGNOS DE SEVERIDAD: SINDROME DE HELLP
- COLESTASIS INTRAHEPÁTICA GESTACIONAL
- DIABETES GESTACIONAL
- FETO GEG

(S) PACIENTE REFIERE TINNITUS EN AMBOS OIDOS, NIEGA SV O PLA.

(O) AREG, AREN, AREH. EN ESPONTÁNEO. AFEBRIL.  
 - TYP: MV PASA POR ACP. NO RALES  
 - CV: RC RÍTMICOS. NO SOPLOS  
 - ABD: AU 35 CM, SPP LCI, MF (+), DU (-), NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN EN HIPOCONDRIOS DER.  
 - GE: NO SV, NO PLA.  
 - SN: LOTEPE. ECG: 15/15.

(A) PACIENTE CON LOS DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS, SE EVIDENCIA EN VISITA PA EN 160/90, ASIMISMO, SE EVIDENCIA SINDROME DE HELLP YA QUE CUENTA CON ANALÍTICA CON TRANSAMINASAS ELEVADAS (TGO 145, TGP 161) Y, PLAQUETOPENIA (137K) Y ANEMIA (9.9), POR LO QUE SE PROGRAMA PARA CESÁREA DE EMG. EVOLUCIÓN ESPERANTE.

(P)  
 SE PROGRAMA PARA CESÁREA  
 SS SET DE PREECLAMPSIA  
 IC MEDICINA INTERNA PARA RQ  
 CRUZAR 2 PG, 5 POOL DE PLAQUETAS, 5 PLAQUETAS POR AFÉRESIS  
 SS NST

### Diagnostico (10176964-13/03/2024 10:56-10.56.1.189)

Código	Descripción	Nombre Tipo Diagnóstico
Z35.9	SUPERVISIÓN DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	PRESUNTIVO

### Plan de Trabajo (10176964-13/03/2024 10:56-10.56.1.189)

### Indicaciones (10176964-13/03/2024 10:56-10.56.1.189)

NPO  
 VS  
 CEFAZOLINA 2 GR PRE SOP  
 MISOPROSTOL 4 TAB PRN INTERCURRENCIAS EN SOP  
 ACIDO URSODESOXILICO 2 TAB VO CADA 12 HRS  
 CLORFENAMINA 1 TAB VO CADA 8 HRS  
 CRUZAR 2 PG, 5 POOL DE PLAQUETAS, 5 PLAQUETAS POR AFÉRESIS  
 SF PERMEABLE  
 CONTROL ESTRICTO DE PA CADA 2 H  
 CONTROL DE DIURESIS POR TURNO  
 CO (LCF + DU)  
 AUTOCONTROL DE MOVIMIENTOS FETALES  
 CFV + OSA  
 HGT EN AYUNAS Y 2 HRS POST PANDRIAL  
 VIGILAR SIGNOS DE ALARMA Y COMUNICAR

Resultado de la Atención: PACIENTE CONTINUA EN SERVICIO Tipo de Atención: VISITA HOSPITALARIA

## ANEXO 6

Acto Medico	9095997	(10176964-13/03/2024 10:58-10.56.1.188)
Apellidos y Nombres	<b>CORTEZ ALDAZ ALEXSA YENIFER</b>	Nro Historia Clínica 1341275
Doc. de Identidad	D.N.I. 76622350 Sexo FEMENINO	Tipo de Paciente ASEGURADO REFERIDO
CAS de Atención	H.N. G. ALMENARA	Tipo de Seguro OBLIGATORIO
Fecha de Ingreso	30/08/2023 Edad 28 A 5 M 2 D	Plan de Salud
Area Hospitalaria	CENTRO QUIRURGICO	Servicio Hosp. OBSTETRIC.ALTRIESGO

Datos de la Operación		(10176964-13/03/2024 10:58-10.56.1.188)	
Fecha Programada	30/08/2023	Inicio de Operacion	18:50
Tiempo de Anestesia	00:00	Termino de Operacion	19:50
Tipo de Herida	HERIDA TIPO I	Egreso de Sala	PACIENTE CONTINUA EN SERVICIO
		Tiempo de Uso	00:00

Operaciones		Diagnóstico	
Código	Descripción del Procedimiento, Examen o Perfil	Código	Descripción Diagnóstico
59514	SOLAMENTE PARTO POR CESAREA.	O14.9	PREECLAMPSIA, NO ESPECIFICADA

  

Anestesia		Profesional		
Código	Descripción de la Anestesia	D.N.I.	Profesional	Especialista
407	BLOQUEO SUBDURAL SIMPLE - RAQUIDEA	72325956	YRIGGIN PEREZ, YAMILY - Colegiatura: 84499	CIRUJANO ASISTENTE
		70614102	SALAZAR GOMEZ, ARACELI V.	CIRUJANO ASISTENTE

CIRUGIA: CESAREA

Descripción de Hallazgos

- RN VIVO A LAS 18:59 HRS, DE SEXO MASCULINO. APGAR 9-9, PESO 3875 GR5 TALLA 51, PC 36.3, PA 35
- PLACENTA: NORMOINSERTA
- LIQUIDO AMNIÓTICO: CLARO
- CORDÓN UMBILICAL: +- 50 CM, 2A1V
- HALLAZGOS: VASOS SANGRANTES /ABERRANTES AL DESPRENDERSE PLACENTA. SE COLOCA PUNTOS CRUZADOS
- SANGRADO APRÓX: 600 CC

Descripción del Procedimiento

- POSICIÓN DE DDO - AA + CCE
- INCISIÓN PFANNSTIEL
- DIÉRESIS DE PARED POR PLANOS HASTA CAVIDAD
- COLOCACIÓN DE VALVA SUPRAPUBICA
- HISTEROTOMÍA SEGMENTARIA TRANSVERSA
- EXTRACCIÓN DEL PRODUCTO EN CEFÁLICO
- EXTRACCIÓN DIRIGIDA DE LA PLACENTA
- EXTERIORIZACIÓN UTERINA
- HISTERORRAFIA EN 02 PLANOS
- REVISIÓN DE HEMOSTASIA Y RECUENTO DE GASAS COMPLETAS
- SÍNTESIS DE PARED POR PLANOS:
- PERITONEO: CATGUT
- MUSCULO: CATGUT
- APONEUROSIS: VICRYL
- TCSC: CATGUT
- PIEL: NYLON

Incidencias en Sala

\*\* SE COLOCA 600 UG DE MISOPROSTOL IR.

Envío de muestra a patología

Si

Pieza Quirúrgica

## ANEXO 7

<b>Acto Medico 9095358 (10176964-13/03/2024 10:59-10.56.1.188)</b>			
Apellidos y Nombres	<b>CORTEZ ALDAZ ALEXSA YENIFER</b>	Nro Historia Clínica	1341275
Doc. de Identidad	D.N.I. 76622350 Sexo FEMENINO	Tipo de Paciente	ASEGURADO REFERIDO
CAS de Atención	H.N. G. ALMENARA	Tipo de Seguro	OBLIGATORIO
Fecha de Ingreso	29/08/2023 Edad 28 A 5 M 1 D	Plan de Salud	
Area Hospitalaria	HOSPITALIZACION	Servicio Hosp.	OBSTETRIC.ALTRIESGO

Número de Atención: 18 Fecha de Atención: 03/09/2023

Fecha de la Atención: 03/09/2023 Hora de la Atención: 05:34  
 Profesional Asistencial: TALLEDO COLAN RENZO Colegiatura: 63761  
 Especialidad Interconsulta:

[Informe UCI](#)

### Anamnesis (10176964-13/03/2024 10:59-10.56.1.188)

### Examen Clínico (10176964-13/03/2024 10:59-10.56.1.188)

<b>Signos Vitales:</b>			<b>ESCALA GLASGOW</b>	
Presión Arterial (mm Hg)	120 / 60	Frecuencia Cardíaca (Latidos x Min)	74	Ver Grafica
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	16	AO -----
Sat. O2	98	FIO2	0,21	RV -----
Temperatura Corporal (°C)	36,9			RM -----
<b>Antropometría:</b>			TOTAL 0	
Peso (Kg)	0,000	Talla (M)	0,00	IMC
Perímetro Abdominal	0,0			

PACIENTE DE 28 AÑOS CON LOS SIGUIENTES DX:  
 - PO DE 4 D DE CESÁREA POR PRECLAMPSIA CON SIGNOS DE SEVERIDAD + SD HELLP, COLESTASIS INTRAHEPÁTICA GESTACIONAL  
 - DIABETES GESTACIONAL  
 - ANEMIA MODERADA (HB 8.3)

S) PACIENTE NO REFIERE MOLESTIAS. OBSTETRIZ NO REPORTA INTERCURRENCIAS  
 PIEL: T,H,E. LLC < 2 SEG. PRESENCIA DE CICATRICES ATRÓFICA EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES.  
 TCSC: NO EDEMAS  
 CV: RCR Y R. NO SOPLOS  
 TYP: MV PASA BIEN EN AHT, NO RA  
 ABD: B/D. ÚTERO CONTRAÍDO POR DEBAJO DE CICATRIZ UMBILICAL. DOLOR LEVE A LA PALPACIÓN PROFUNDA DE PLANOS ADYACENTES.  
 HO AFRONTADA SIN SIGNOS DE FLOGOSIS, NO SECRECIONES  
 GE: LOQUIOS HEMÁTICOS ESCASOS  
 TV: DIFERIDO  
 SNC: LOTER. EG: 15/15

LAB 02.09:GGT 29, PROT 4.7, TGO 47, TGP 72, PLAQ 286000

A) PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, HB EN 8.3 G/DL POR LO QUE HEMATOLOGIA DEJA INDICACIONES, AYER SE DECIDIÓ ESPACIAR TERAPIA ANTIHIPERTENSIVA DE NIFEDIPINO CON LA FINALIDAD DE OBSERVAR Y RETIRO PROGRESIVO DEBIDO A QUE PACIENTE TIENE PA OPTIMAS, CON SET DE PREECLAMPSIA (02.09) SIN ALTERACIONES CUENTA CON HIPOALBUMINEMIA E HIPOPROTEINEMIA APARENTEMENTE POR PERDIDAS DEBIDO A PATOLOGIA DE FONDO, PACIENTE CON EVOLUCION FAVORABLE, EN CONDICIONES DE ALTA.

P)  
 ALTA CON INDICACIONES  
 ANTIHIPERTENSIVOS  
 HEMATINIICIOS PARENTERALES+  
 CONTROL POR CCEE DE OBSTETRICIA

### Diagnostico (10176964-13/03/2024 10:59-10.56.1.188)

Código	Descripción	Nombre Tipo Diagnóstico
Z48.8	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	PRESUNTIVO

### Plan de Trabajo (10176964-13/03/2024 10:59-10.56.1.188)

### Indicaciones (10176964-13/03/2024 10:59-10.56.1.188)

ALTA CON INDICACIONES  
 CEFUROXIMA 500 MG CADA 12H  
 NIFEDIPINO 10 MG CADA 12 HORAS  
 IBUPROFENO 400 MG 1 TB VO CADA 8 HORAS POR 4 DIAS, LUEGO PRN DOLOR  
 HIERRO SACARTO 100MG 2 AMPO2 EN 250cc 5F ev en 1 hora 2v/ss por 2 semanas ( PRIMERA DOSIS 02.096)  
 CONTROL POR CONSULTORIO EXTERNO  
 SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA

Resultado de la Atención: PACIENTE CONTINUA EN SERVICIO Tipo de Atención: VISITA HOSPITALARIA

## ANEXO 8

<b>Acto Medico 8448703 (46980990-13/03/2024 11:53-10.56.1.189)</b>			
Apellidos y Nombres	FUERTES MELGAR ADA LUZ	Nro Historia Clínica	969695
Doc. de Identidad	D.N.I. 10112443 Sexo FEMENINO	Tipo de Paciente	ASEGURADO EMERGENCIA
CAS de Atención	H.N. G. ALMENARA	Tipo de Seguro	OBLIGATORIO
Fecha de Ingreso	06/04/2023 Edad 49 A 0 M 11 D	Plan de Salud	
Area Hospitalaria	URGENCIAS / EMERGENCIA	Servicio Hosp.	CIRUGIA GENERAL 5

Número de Atención: 1 ← → Fecha de Atención: 06/04/2023 📅 🔍 ← →

Fecha de la Atención	06/04/2023	Hora de la Atención	03:18
Profesional Asistencial	AGUILAR MENDIVIL JOSE	Servicio del Profesional	MED.EMER.Y DESASTRES
Colegiatura	53486		

[Informe UCI](#)

**Anamnesis (46980990-13/03/2024 11:53-10.56.1.189)**

ANTEC: NIEGA  
 RAMS: NIEGA  
 TE: 4HORAS  
 DOLOR DE HCD QUE IRRADIA A ESPALDA, ASOCIADO A NAUSEAS, NIEGA INGESTION DE GRASAS, NIEGA FIEBRE, NIEGA VOMITOS

**Examen Clínico (46980990-13/03/2024 11:53-10.56.1.189)**

<b>Signos Vitales:</b>		<b>ESCALA GLASGOW</b>	
Presión Arterial (mm Hg)	0 / 0	Frecuencia Cardíaca (Latidos x Min)	0 Ver Grafica
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	0
Temperatura Corporal (°C)	0,0		
<b>Antropometría:</b>			
Peso (Kg)	0,000 Talla (M) 0,00 IMC		0
Perímetro Abdominal	0,0		

ABD: RHA AUMENTADOS, B/D DOLOROSO EN HCD, MURPHY POSITIVO, MCBURNEY NNEG, NO PERITONEAL

**Diagnostico (46980990-13/03/2024 11:53-10.56.1.189)**

Código	Descripción	Tipo
R10.1	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	PRESUNTIVO

Prioridad de Atención PRIORIDAD IV - URGENCIA MENOR

**Plan de Trabajo (46980990-13/03/2024 11:53-10.56.1.189)**

SS ECO ABDOMINAL, HEMOGRAAMA, PCR  
 ESCOPOLAMINA 1 AMP EV + DIMENHIDRINATO 1 AMP EV STAT

**Indicaciones (46980990-13/03/2024 11:53-10.56.1.189)**

Resultado de la Atención	PACIENTE CONTINUA EN SERVICIO	Tipo de Atención	ATENCION EMERGENCIA
--------------------------	-------------------------------	------------------	---------------------

## ANEXO 9

Apellidos y Nombres	<b>FUERTES MELGAR ADA LUZ</b>	Nro Historia Clínica	969695
Doc. de Identidad	D.N.I. 10112443 Sexo FEMENINO	Tipo de Paciente	ASEGURADO EMERGENCIA
CAS de Atención	H.N. G. ALMENARA	Tipo de Seguro	OBLIGATORIO
Fecha de Ingreso	06/04/2023 Edad 49 A 0 M 11 D	Plan de Salud	
Area Hospitalaria	URGENCIAS / EMERGENCIA	Servicio Hosp.	CIRUGIA GENERAL 5

Número de Atención: 5 Fecha de Atención: 06/04/2023

Fecha de la Atención	06/04/2023	Hora de la Atención	13:21
Profesional Asistencial	REYES OBANDO LUIS	Servicio del Profesional	CIRUGIA GENERAL 5
Colegiatura	63720		

[Informe UCI](#)

**Anamnesis (46980990-13/03/2024 11:52-10.56.1.187)**

**Evolución (46980990-13/03/2024 11:52-10.56.1.187)**

<b>Signos Vitales:</b>		<b>ESCALA GLASGOW</b>	
Presión Arterial (mm Hg)	0 / 0	Frecuencia Cardíaca (Latidos x Min)	0 Ver Grafica
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	0
Temperatura Corporal (°C)	0,0		
<b>Antropometría:</b>			
Peso (Kg)	0,000 Talla (M) 0,00 IMC		
Perímetro Abdominal	0,0		
			<b>TOTAL 0</b>

ANTEC MEDICOS : NIEGA  
 ANTEC QUIRURCOS : NIEGA  
 RAMS: NIEGA  
 TE: 4HORAS  
 DOLOR DE HCD QUE IRRADIA A ESPALDA, ASOCIADO A NAUSEAS, NIEGA INGESTION DE GRASAS, NIEGA FIEBRE,INGRESA A EMG POR PERSISTENCIA DE DOLOR ABDOMINAL Y DE SINTOMAS PREVIAMENTE MENCIONADOS

AL EXAMEN FISICO :

ABDOMEN : DISTENDIDO . DOLOR A LA PALPACION EN CSD . MURPHY POSITIVO NO SIGNOS PERITONEALES  
 SNC : ECG 15 PUNTOS

ECO : SIGNOS DE COLECISTITIS E HIDROPS VESICULAR

DX: COLECISTITIS AGUDA

PLAN : SE PROGRAMA PARA SOP

**Diagnostico (46980990-13/03/2024 11:52-10.56.1.187)**

Código	Descripción	Tipo
R10.1	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	PRESUNTIVO

Prioridad de Atención PRIORIDAD IV - URGENCIA MENOR

**Plan de Trabajo (46980990-13/03/2024 11:52-10.56.1.187)**

**Indicaciones (46980990-13/03/2024 11:52-10.56.1.187)**

1. NPO
2. NACL 0.9 % 1LT PASAR I-II-III
3. CEFTRIAXONA 2 GR EV C/24H
4. METRONIDAZOL 500 MG EV C/8H
5. METAMIZOL 1 GR EV C/8H
6. OMEPRAZOL 40 MG EV C/24H
7. CEV + BHE

**\*\*CONCLUSIÓN:**  
 SIGNOS DE COLECISTITIS AGUDA LITIASICA  
 HIDROPS VESICULAR

## ANEXO 10

Acto Medico 8449229		(10176964-13/03/2024 11:04-10.56.1.186)	
Apellidos y Nombres	FUERTES MELGAR ADA LUZ	Nro Historia Clinica	969695
Doc. de Identidad	D.N.I. 10112443 Sexo FEMENINO	Tipo de Paciente	ASEGURADO EMERGENCIA
CAS de Atencion	H.N. G. ALMENARA	Tipo de Seguro	OBLIGATORIO
Fecha de Ingreso	06/04/2023 Edad 49 A 0 M 11 D	Plan de Salud	
Area Hospitalaria	CENTRO QUIRURGICO	Servicio Hosp.	CIRUGIA GENERAL 5

Datos de la Operación		(10176964-13/03/2024 11:04-10.56.1.186)																			
Fecha Programada	06/04/2023	Inicio de Operacion	18:40																		
Tiempo de Anestesia	03:30	Termino de Operacion	21:50																		
Tipo de Herida	HERIDA TIPO I	Egreso de Sala	PACIENTE CONTINUA EN SERVICIO																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #0056b3; color: white;"> <th colspan="2">Operaciones</th> </tr> <tr style="background-color: #0056b3; color: white;"> <th>Código</th> <th>Descripción del Procedimiento, Examen o Perfil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>47562</td> <td>LAPAROSCOPIA QUIRURGICA, CON GUIA TRANSHEPATICA, COLECISTECTOMIA.</td> </tr> </tbody> </table>		Operaciones		Código	Descripción del Procedimiento, Examen o Perfil	47562	LAPAROSCOPIA QUIRURGICA, CON GUIA TRANSHEPATICA, COLECISTECTOMIA.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #0056b3; color: white;"> <th colspan="2">Diagnóstico</th> </tr> <tr style="background-color: #0056b3; color: white;"> <th>Código</th> <th>Descripción Diagnóstico</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>K81.0</td> <td>COLECISTITIS AGUDA</td> </tr> </tbody> </table>		Diagnóstico		Código	Descripción Diagnóstico	K81.0	COLECISTITIS AGUDA						
Operaciones																					
Código	Descripción del Procedimiento, Examen o Perfil																				
47562	LAPAROSCOPIA QUIRURGICA, CON GUIA TRANSHEPATICA, COLECISTECTOMIA.																				
Diagnóstico																					
Código	Descripción Diagnóstico																				
K81.0	COLECISTITIS AGUDA																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #0056b3; color: white;"> <th colspan="2">Anestesia</th> </tr> <tr style="background-color: #0056b3; color: white;"> <th>Código</th> <th>Descripción de la Anestesia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>104</td> <td>ANESTESIA GENERAL CON INTUBACION ENDOTRAQUEAL</td> </tr> </tbody> </table>		Anestesia		Código	Descripción de la Anestesia	104	ANESTESIA GENERAL CON INTUBACION ENDOTRAQUEAL	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #0056b3; color: white;"> <th colspan="3">Profesional</th> </tr> <tr style="background-color: #0056b3; color: white;"> <th>D.N.I.</th> <th>Profesional</th> <th>Especialista</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>45309142</td> <td>REYES OBANDO, LUIS - Colegiatura: 63720</td> <td>CIRUJANO PRINCIPAL</td> </tr> <tr> <td>70928167</td> <td>RÍOS GONZÁLES, HELEN - Colegiatura:</td> <td>CIRUJANO ASISTENTE</td> </tr> </tbody> </table>		Profesional			D.N.I.	Profesional	Especialista	45309142	REYES OBANDO, LUIS - Colegiatura: 63720	CIRUJANO PRINCIPAL	70928167	RÍOS GONZÁLES, HELEN - Colegiatura:	CIRUJANO ASISTENTE
Anestesia																					
Código	Descripción de la Anestesia																				
104	ANESTESIA GENERAL CON INTUBACION ENDOTRAQUEAL																				
Profesional																					
D.N.I.	Profesional	Especialista																			
45309142	REYES OBANDO, LUIS - Colegiatura: 63720	CIRUJANO PRINCIPAL																			
70928167	RÍOS GONZÁLES, HELEN - Colegiatura:	CIRUJANO ASISTENTE																			
Descripción de Hallazgos	DIAGNOSTICO PREOPERATORIO : COLECISTITIS AGUDA DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO : EL MISMO CIRUGIA REALIZADA: COLELAP CIRUJANO PRINCIPAL : DR REYES O. ASISTENTES : R2 RÍOS R1 MUÑOZ																				
Descripción del Procedimiento	HALLAZGOS : VESICULA DE 10X 5 CM APROX CON PAREDES ENGROSADA DE 4MM CON HIDROCOLECISTO. LITO ENCLAVADO EN BACINETE DE 2.5 CM APROX. TRINAGULO HEPATOCISTICO FIBROSADO CON ARTERIA Y CONDUCTO CISTICO UNICO. HIGADO COLOR ROJO VINOSO ,FRIBALE AL ROCE DE SUPERFICIE LISA. 1. AA+CCE. INCISION TRANSUMBILICAL , NEUMOPERITONEO CON AGUJA DE VERESS. COLOCACION DE T1 2. COLOCACION DE T2, T3 Y T4 BAJO VISION DIRECTA. IDENTIFICACION DE HALLAZGOS. 3. DISECCION DE TRIANGULOHEPATOCISTICO . IDENTIFICANDO ARTERIA Y CONDUCTO CISTICO. CLIPAJE DE ESTOS CON POSTERIOR SECCION. 4. DISECCION DE VESICULA DE LECHO HEPATICO CON HIDRODISECCION Y ENERGIA MONOPOLAR. 5. COLOCACION DE PIEZA EN BOLSA DE GUANTE. EXTRACCION POR T1. 6. CIERRE DE T1 POR PLANOS. POSTERIOR COLOCACION DE DREN TUBULAR EN ZON DE LECHO VESICULAR. 7. CIERRE DE OTROS TROCARES PIEL CON NYLON 3/0 8. PACIENTE TOLERA EL PROCEDIMIENTO PASA A URPA																				
Incidencias en Sala	NINGUNA																				
Envio de muestra a patologia	SI																				
Pieza Quirurgica	VESICULA BILIAR																				



## ANEXO 11

<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>FUERTES MELGAR ADA LUZ</b>	<b>Nro Historia Clínica</b>	969695
<b>Doc. de Identidad</b>	D.N.I. 10112443 Sexo FEMENINO	<b>Tipo de Paciente</b>	ASEGURADO EMERGENCIA
<b>CAS de Atención</b>	H.N. G. ALMENARA	<b>Tipo de Seguro</b>	OBLIGATORIO
<b>Fecha de Ingreso</b>	07/04/2023 Edad 49 A 0 M 12 D	<b>Plan de Salud</b>	
<b>Area Hospitalaria</b>	HOSPITALIZACION	<b>Servicio Hosp.</b>	CIRUGIA GENERAL 5

Número de Atención: 1 Fecha de Atención: 08/04/2023

**Fecha de la Atención** 08/04/2023 **Hora de la Atención** 07:10  
**Profesional Asistencial** REYES OBANDO LUIS **Colegiatura:** 63720  
**Especialidad Interconsulta**

[Informe UCI](#)

**Anamnesis (10176964-13/03/2024 11:05-10.56.1.189)**

**Examen Clínico (10176964-13/03/2024 11:05-10.56.1.189)**

<b>Signos Vitales:</b>				<b>ESCALA GLASGOW</b>	
Presión Arterial (mm Hg)	0 / 0	Frecuencia Cardíaca (Latidos x Min)	0	Ver Grafica	AO -----
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	0		RV -----
Sat. O2	0	FIO2	0,00		RM -----
Temperatura Corporal (°C)	0,0				<b>TOTAL 0</b>
<b>Antropometría:</b>					
Peso (Kg)	0,000	Talla (M)	0,00	IMC	0
Perímetro Abdominal	0,0				

PACIENTE DE 49 AÑOS CON LOS DX:  
 PO 2D DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA CON GUIA TRANSHEPÁTICA

HALLAZGOS: VESÍCULA DE 10X 5 CM APROX CON PAREDES ENGROSADA DE 4MM CON HIDROCOLECISTO. LITO ENCLAVADO EN BACINETE DE 2.5 CM APROX. TRINAGULO HEPATOCÍSTICO FIBROSADO CON ARTERIA Y CONDUCTO CÍSTICO ÚNICO. HIGADO COLOR ROJO VINOSO. FRIBALE AL ROCE DE SUPERFICIE LISA.

S) PACIENTE REFIERE LEVE DOLOR ABDOMINAL A NIVEL DE HO, NIEGA OTRAS MOLESTIAS, NIEGA SIGNOS DE ALARMA.

O) EXAMEN FÍSICO: AREG, AREH, AREN  
 TYP: SIMETRICO, MV PASA BIEN EN ACP  
 ABD: B/D, DOLOROSO A LA PALPACIÓN PROFUNDA, RHA +  
 SNC: LOTEPE, G 15/15

A) PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, NO PRESENTA SIGNOS DE ALARMA EN EL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN, EN RECUPERACIÓN FAVORABLE.

P) CUIDADOS POST OPERATORIOS  
 ALTA PROBABLE

**Diagnostico (10176964-13/03/2024 11:05-10.56.1.189)**

Código	Descripción	Nombre	Tipo Diagnóstico
Z54.0	CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA		PRESUNTIVO

**Plan de Trabajo (10176964-13/03/2024 11:05-10.56.1.189)**

**Indicaciones (10176964-13/03/2024 11:05-10.56.1.189)**

TOLERANCIA ORAL + DLA EN LA TARDE  
 METAMIZOL 1GR EV CADA 8H  
 OMEPRAZOL 40MG EV CADA 24H  
 CFV + OSA

**Resultado de la Atención** ALTA MEDICA **Tipo de Atención** VISITA HOSPITALARIA

## ANEXO 12

<b>Acto Medico 8556043 (10176964-13/03/2024 11:11-10.56.1.187)</b>			
Apellidos y Nombres	ORE YPANAQUE JESUS VICTOR	Nro Historia Clínica	1688074
Doc. de Identidad	D.N.I. 62374589 Sexo MASCULINO	Tipo de Paciente	ASEGURADO EMERGENCIA
CAS de Atención	H.N. G. ALMENARA	Tipo de Seguro	OBLIGATORIO
Fecha de Ingreso	01/05/2023 Edad 16 A 4 M 19 D	Plan de Salud	
Area Hospitalaria	URGENCIAS / EMERGENCIA	Servicio Hosp.	CIRUGIA GENERAL 5

Número de Atención: 1 Fecha de Atención: 01/05/2023

Fecha de la Atención	01/05/2023	Hora de la Atención	19:26
Profesional Asistencial	YEPEZ ADRIANZEN RAUL Servicio del Profesional		CIRUGIA GENERAL 5
Colegiatura	39044		

Informe UCI

**Anamnesis (10176964-13/03/2024 11:11-10.56.1.187)**

TE: 2 DIAS  
 PACIENTE ACUDE POR CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL INICIALMENTE "EN BOCA DE ESTÓMAGO" SEGUN REFIERE, POSTERIORMENTE DOLOR MIGRA A FIDER ASOCIADO A NAUSEAS Y VÓMITOS ADEMÁS DE SAT

ANT MED: NIEGA  
 ANT QX: NIEGA  
 RAMS: NIEGA

**Examen Clínico (10176964-13/03/2024 11:11-10.56.1.187)**

<b>Signos Vitales:</b>		<b>ESCALA GLASGOW</b>	
Presión Arterial (mm Hg)	0 / 0	Frecuencia Cardíaca (Latidos x Min)	0 Ver Grafica
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	0
Temperatura Corporal (°C)	0,0		
<b>Antropometría:</b>			
Peso (Kg)	0,000 Talla (M) 0,00 IMC		0
Perímetro Abdominal	0,0		

REG, VENTILANDO ESPONTANEAMENTE  
 ABD: EXCAVADO, POCO DEPRESIBLE DOLOROSO A LA PALPACIÓN EN FLANCO DER Y FI DER, MC BURNEY (+), BLUMBERG (+)  
 SNC: LOTEPE

ECOGRAFIA: ILEO SEGMENTARIO EN FOSA ILIACA DERECHA, DOLOROSA A LA ECOPRESION ASOCIADO A CAMBIO DE LA ECOGENICIDAD DE LA GRASA MESENTERICA ADYACENTE. SE OBSERVA ESTRUCTURA TUBUAR NO COMPRESIBLE, DOLOROSA A LA ECOPRESION DE HASTA 11.7 MM  
 NO LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD ABDOMINAL.

IMP DX:  
 APENDICITIS AGUDA

**Diagnostico (10176964-13/03/2024 11:11-10.56.1.187)**

Código	Descripción	Tipo
K35.9	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	DEFINITIVO

Prioridad de Atención PRIORIDAD III - URGENCIA MAYOR

**Plan de Trabajo (10176964-13/03/2024 11:11-10.56.1.187)**

PASA A OBSERVACIÓN  
 COMPLETAR PRE QX

**Indicaciones (10176964-13/03/2024 11:11-10.56.1.187)**

1. NPO
2. NAACL 0.9% 1000 CC + KCL 20%.....I,II
3. CEFTRIAXONA 2 GR EV CD 24 HRS
4. METRONIDAZOL 500 MG EV CD 8 HRS
5. METAMIZOL 1 GR EV CD 8 HRS
6. OMEPRAZOL 40 MG EV CD 24 HRS
7. CFV

Resultado de la Atención	PACIENTE CONTINUA EN SERVICIO	Tipo de Atención	ATENCION EMERGENCIA
--------------------------	-------------------------------	------------------	---------------------

## ANEXO 13

Acto Medico 7891826		(46980990-13/03/2024 11:46-10.56.1.188)	
Apellidos y Nombres	ORE YPANAQUE JESUS VICTOR	Nro Historia Clinica	1143273
Doc. de Identidad	D.N.I. 62374589 Sexo MASCULINO	Tipo de Paciente	ASEGURADO EMERGENCIA
CAS de Atencion	H.II.L.NORTE-CALLAO	Tipo de Seguro	OBLIGATORIO
Fecha de Ingreso	01/05/2023 Edad 16 A 4 M 19 D	Plan de Salud	
Area Hospitalaria	URGENCIAS / EMERGENCIA	Servicio Hosp.	CIRUGIA GENERAL

Numero de Atencion 1 

### Exámenes Auxiliares Solicitados (46980990-13/03/2024 11:46-10.56.1.188)

Solicitud Nro	1771448	Fecha de Solicitud	01/05/2023
Codigo	86140 PROTEINA C-REACTIVA		
Indicaciones			
INF:			FECHA RESULTADO: 01/05/2023
MUESTRA:	SUERO		
Resultados	1 PROTEINA C REACTIVA (PCR)	mg / dl	23.850

Codigo	85025 HEMOGRAMA AUTOMATIZADO (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, ERITROCITOS, LEUCOCITOS Y PLAQUETAS) FORMULA DIFERENCIAL AUTOMATIZADA DE LEUCOCITOS		
Indicaciones			
INF:			FECHA RESULTADO: 01/05/2023
MUESTRA:	SANGRE TOTAL		
Resultados	1 LEUCOCITOS	MIL/MM3	16.320 M: 4.16 - 10.57 MIL/MM3 F: 4.16 - 10.57 MIL/MM3
	2 ERI	MILL/MM3	4.92 M: 3.88 - 5.60 MILL/MM3 F: 3.88 - 5.60 MILL/MM3
	3 HB	G/DL	15.4 M: 14 - 16 G/DL F: 12 - 14 G/DL
	4 HTC	%	44.4 M: 42 - 50% F: 37 - 42%
	5 VCM	UM3	90.2 M: 80 - 100 UM3 F: 80 - 100 UM3
	6 HCM	PG	31.3 M: 27 - 32 PG F: 27 - 32 PG
	7 CCMH	G/DL	34.7 M: 32 - 36 G/DL F: 32 - 36 G/DL
	8 PLAQUETAS	MIL/MM3	189.000 M: 150 - 450 MIL/MM3 F: 150 - 450 MIL/MM3
	9 MIELOCITOS	%	M: 0% F: 0%
	10 METAMIELOCITOS	%	M: 0% F: 0%
	11 ABASTONADOS	%	02 M: 0 - 5% F: 0 - 5%
	12 SEGMENTADOS	%	73 M: 55 - 75% F: 55 - 75%
	13 EOSINOFILOS	%	00 M: 0 - 4% F: 0 - 4%
	14 BASOFILOS	%	00 M: 0 - 2% F: 0 - 2%
	15 LINFOCITOS	%	15 M: 25 - 35% F: 25 - 35%
	16 MONOCITOS	%	10 M: 0 - 8% F: 0 - 8%

Codigo	76700 ECOGRAFIA ABDOMINAL, RASTREO B Y/O EN TIEMPO REAL CON DOCUMENTACION DE LA IMAGEN; COMPLETA.	
Indicaciones	DC APENDICITIS AGUDA VS LITIASIS RENAL	
INF:	<b>HÍGADO: DE FORMA Y CONTORNOS NORMALES. ECOGENICIDAD CONSERVADA. NO EVIDENCIA DE LESIONES FOCALES. NO DILATACIÓN DE VÍAS BILIARES INTRA HEPÁTICAS. VESÍCULA BILIAR DE ASPECTO CONSERVADO, NO LITIASIS. PORTA: 8 MM COLÉDOCO: 4 MM. PÁNCREAS: CABEZA Y CUERPO DE ECOGENICIDAD CONSERVADA. BAZO DE FORMA, TAMAÑO Y ECOGENICIDAD CONSERVADA. AMBOS RIÑONES DE FORMA, TAMAÑO Y ECOGENICIDAD HABITUAL. SENOS RENALES NO DILATADOS. NO SE OBSERVAN CÁLCULOS. VEJIGA DE MORFOLOGÍA Y ECOGENICIDAD CONSERVADA SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA.</b>	
Resultados	<b>ILEO SEGMENTARIO EN FOSA ILIACA DERECHA, DOLOROSA A LA ECOPRESION ASOCIADO A CAMBIO DE LA ECOGENICIDAD DE LA GRASA MESENTERICA ADYACENTE. SE OBSERVA ESTRUCTURA TUBUAR NO COMPRESIBLE, DOLOROSA A LA ECOPRESION DE HASTA 11.7 MM NO LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD ABDOMINAL.</b>  <b>IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: SIGNOS COMPATIBLES CON APENDICITIS AGUDA. CORRELACIONAR CON EXÁMENES DE LABORATORIO.</b>	

## ANEXO 14

Acto Medico 8556186 (-13/03/2024 11:13-10.56.1.186)	
Apellidos y Nombres	<b>ORE YPANAQUE JESUS VICTOR</b>
Doc. de Identidad	D.N.I. 62374589 Sexo MASCULINO
CAS de Atencion	H.N. G. ALMENARA
Fecha de Ingreso	02/05/2023 Edad 16 A 4 M 20 D
Area Hospitalaria	CENTRO QUIRURGICO
Nro Historia Clinica	1688074
Tipo de Paciente	ASEGURADO EMERGENCIA
Tipo de Seguro	OBLIGATORIO
Plan de Salud	
Servicio Hosp.	CIRUGIA GENERAL 5

Datos de la Operación (-13/03/2024 11:13-10.56.1.186)			
Fecha Programada	02/05/2023	Inicio de Operacion	02:50
Tiempo de Anestesia	00:00	Termino de Operacion	05:35
Tipo de Herida	HERIDA TIPO I	Egreso de Sala	PACIENTE CONTINUA EN SERVICIO
			Tiempo de Uso 00:00

Operaciones		Diagnóstico	
Código	Descripción del Procedimiento, Examen o Perfil	Código	Descripción Diagnóstico
44970	LAPAROSCOPIA QUIRURGICA, APENDICECTOMIA.	K35.9	APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA

  

Anestesia		Profesional		
Código	Descripción de la Anestesia	D.N.I.	Profesional	Especialista
104	ANESTESIA GENERAL CON INTUBACION ENDOTRAQUEAL	47159696	SUAREZ ZUMAETA, LUIS - Colegiatura: 71080	CIRUJANO PRINCIPAL
		46842956	ARAPA CARRATAL RIANCA - Colegiatura:	CIRUJANO ASISTENTE

Descripción de Hallazgos

CIRUGIA REALIZADA: APENDICECTOMIA LAPAROSCOPICA CONVERTIDA  
 CIRUJANO PRINCIPAL: DR SUAREZ ASISTENTES: MR2 ARAPA MR1 PALACIOS

HALLAZGOS: APENDICE CECAL DE 7X1 CM NECROSADA EN TODA SU EXTENSION, PERFORADA EN TERCIO PROXIMAL, BASE INDEMNE. PLASTRONADA HACIA PARED ABDOMINAL JUNTO CON ASAS INTESTINALES. LIQUIDO PURULENTO EN FONDO DE SACO Y EN FID (80 CC).

AA+CCE  
 INCISION TRANSLUMBILICAL  
 NEUMOPERITONEO CERRADO CON AGUJA DE VERESS  
 COLOCACION DE T1 UMBILICAL, T2 SUPRAPUBICO Y T3 EN FII  
 ASPIRACION DE LIQUIDO PURULENTO  
 LIBERACION LABORIOSA DE ASAS INTESTINALES Y APENDICE CECAL ( CON INADECUADO NEUMOPERITONEO)  
 SE INTENTA CONTROL DE MESO APENDICULAR CON ENERGIA BIPOLAR Y MONOPOLAR NUMEROSAS VECES SIN EXITO, ANTE DIFICULTAD SE DECIDE CONVERSION DE LA CIRUGIA.

Descripción del Procedimiento

INCISION TIPO ROCKY DAVIS  
 APERTURA DE CAVIDAD POR PLANOS  
 SE IDENTIFICA APENDICE CECAL, SE REALIZA CONTROL DE MESO ESCALONADO HASTA BASE CON POSTERIOR LIGADURA CON SEDA 0 Y SECCION CON BISTURI FRIO.  
 EXERESIS DE PIEZA  
 REVISION DE HEMOSTASIA  
 CIERRE DE PARED CON PLANOS.  
 PACIENTE TOLERA ACTO QUIRURGICO Y PASA A URPA

Incidencias en Sala

PROBLEMAS TECNICOS CON PINZA BIPOLAR Y HOOK, TROCARES QUE NO PERMITEN ADECUADO NEUMOPERITONEO POR LO QUE SE DECIDE CONVERSION.

Envío de muestra a patología

Si

Pieza Quirurgica

APENDICE CECAL

## ANEXO 15

<b>Acto Medico 8557836</b>		(-13/03/2024 11:14-10.56.1.189)	
Apellidos y Nombres	ORE YPANAQUE JESUS VICTOR	Nro Historia Clínica	1688074
Doc. de Identidad	D.N.I. 62374589 Sexo MASCULINO	Tipo de Paciente	ASEGURADO EMERGENCIA
CAS de Atención	H.N. G. ALMENARA	Tipo de Seguro	OBLIGATORIO
Fecha de Ingreso	02/05/2023 Edad 16 A 4 M 20 D	Plan de Salud	
Area Hospitalaria	HOSPITALIZACION	Servicio Hosp.	CIRUGIA GENERAL 5

Número de Atención:	1		Fecha de Atención:	03/05/2023	
---------------------	---	--	--------------------	------------	--

**Fecha de la Atención:** 03/05/2023      **Hora de la Atención:** 06:53  
**Profesional Asistencial:** YEPEZ ADRIANZEN RAUL      **Colegiatura:** 39044  
**Especialidad Interconsulta:**

Informe UCI

**Anamnesis** (-13/03/2024 11:14-10.56.1.189)

**Examen Clínico** (-13/03/2024 11:14-10.56.1.189)

<b>Signos Vitales:</b>				<b>ESCALA GLASGOW</b>	
Presión Arterial (mm Hg)	115 / 75	Frecuencia Cardíaca (Latidos x Min)	68	Ver Grafica	AO -----
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	16		RV -----
Sat. O2	98	FiO2	0,21		RM -----
Temperatura Corporal (°C)	36,5				<b>TOTAL 0</b>
<b>Antropometría:</b>					
Peso (Kg)	0,000	Talla (M)	0,00	IMC	0
Perímetro Abdominal	0,0				

CIRUGIA REALIZADA: APENDICECTOMIA LAPAROSCOPICA CONVERTIDA

CIRUJANO PRINCIPAL: DR SUAREZ ASISTENTES: MR2 ARAPA MR1 PALACIOS

HALLAZGOS: APENDICE CECAL DE 7X1 CM NECROSADA EN TODA SU EXTENSION, PERFORADA EN TERCIO PROXIMAL, BASE INDEMN. PLASTRONADA HACIA PARED ABDOMINAL JUNTO CON ASAS INTESTINALES. LIQUIDO PURULENTO EN FONDO DE SACO Y EN FID (80 CC).

CIRUGIA 5 CAMA 245

PACIENTE DE 16 AÑSO CON LOS DX DE :

PO 27 HRS APENDICECTOMIA LAPAROSCOPICA CONVERTIDA

S: PACIENTE REFIERE LEVE DOLOR EN HO, NIEGA SAT, ENFERMERIA NO REPORTA INTERCURRENCIAS

O: AL EXAMEN FISICO: AREG, AREN, AREH  
 PIEL: TIBIA, HIDRATADA, ELASTICA  
 TYP: TORAX SIMETRICO, AMPLEXACION ADECUADA Y SIMETRICA DE AHT, MV AUDIBLE EN AHT  
 ABD: B/D, MINIMO DOLOR A LA PALPACION PROFUNDA  
 SNC: LOTEP

A: PACIENTE CON LOS DX MENCIONADOS, SE ENCUENTRA AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, TOLERA DIETA, NIEGA MOLESTIAS. ENFERMERIA NO REPORTA INTERCURRENCIAS

P:  
 ANALGESIA  
 ATB

**Diagnostico** (-13/03/2024 11:14-10.56.1.189)

Código	Descripción	Nombre Tipo Diagnóstico
254.0	CONVALENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA	PRESUNTIVO

**Plan de Trabajo** (-13/03/2024 11:14-10.56.1.189)

**Indicaciones** (-13/03/2024 11:14-10.56.1.189)

1. DB+ LAV
3. CIPROFLOXACINO 500 MG VO C 12 HRS X 7DIAS
4. METRONIDAZOL 500 MG VO CD 8 HRS X 7 DIAS
5. PARACETAMOL 500 MG 2 TAB VO C 8HRS X 5 DIAS
6. DIMETICONA 40 GOTAS VO C 8HRS
7. CFV

**Resultado de la Atención:** ALTA MEDICA      **Tipo de Atención:** VISITA HOSPITALARIA

## ANEXO 16

Acto Medico 9069605 (-13/03/2024 11:22-10.56.1.188)			
Apellidos y Nombres	SILVERA GOMEZ SHARON KIM	Nro Historia Clínica	1200217
Doc. de Identidad	D.N.I. 78379843 Sexo FEMENINO	Tipo de Paciente	ASEGURADO EMERGENCIA
CAS de Atencion	H.N. G. ALMENARA	Tipo de Seguro	PENSIONISTA
Fecha de Ingreso	23/08/2023 Edad 9 A 8 M 2 D	Plan de Salud	
Area Hospitalaria	URGENCIAS / EMERGENCIA	Servicio Hosp.	PEDIATRIA

  

Número de Atencion:	1	Fecha de Atencion:	23/08/2023
---------------------	---	--------------------	------------

  

Fecha de la Atención	23/08/2023	Hora de la Atención	17:38
Profesional Asistencial	SANCHEZ VALDERA LESLY Servicio del Profesional PEDIATRIA		
Colegiatura	68481		

[Informe UCI](#)

  

Anamnesis (-13/03/2024 11:22-10.56.1.188)	
HISTORIA CLINICA	
TE : 2 DIAS	
MADRE DE MENOR INDICA QUE HACE 2 DIAS INICIA CON TOS , RINORREA ,EL DIA DE HOY INICIA CON FIEBRE Y INCREMENTO DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA POR ELLO LA TRAE A EMERGENCIA	
ANTECEDENTES:	
PRE NATALES: CUARTA GESTACIÓN, COMPLICACIONES DURANTE LA GESTACIÓN: NIEGA.	
NATALES: NACIDA DE PARTO CESÁREA POR CA PREVIA. EG: 39SEM. PESO AL NACER: 3.800GR. LLANTO AL NACER.	
POST NATALES: RECIBIÓ FM MIXTA. INMUNIZACIONES: COMPLETAS.	
ENF. PREVIAS: ASMA, DEPRESIÓN. ULTIMA HOSPITALIZACION 4/08 ( POR CRISIS ASMÁTICA MODERADA)	
RAM: NIEGA.	
FAMILIARES: MADRE 48A, NEUROFIBROSARCOMA, TUMOR DESMOIDE + METÁSTASIS PULMONAR. PADRE 48A, PADECE DE ASMA. HERMANO 31A, PADECE DE ASMA. HERMANA 21A, PARÁLISIS CEREBRAL + TUMOR TORÁCICO.	

  

Examen Clínico (-13/03/2024 11:22-10.56.1.188)	
Signos Vitales:	
Presión Arterial (mm Hg)	0 / 0
Presión Venosa Central (cm H2O)	0
Temperatura Corporal (°C)	36,5
Antropometría:	
Peso (Kg)	32,000 Talla (M) 0,00 IMC 0
Perímetro Abdominal	0,0

ESCALA GLASGOW	
AO	-----
RV	-----
RM	-----
TOTAL	0

AL EXAMEN FISICO : DESPIERTA VENTILANDO CON DISTRES RESPIRATORIO MODERADO SO2 93% FC:124 X FR: 26X  
 PIEL: THE, PÁLIDEZ +/+++, MUCOSA ORAL HÚMEDA, LLC < 2 SEG.  
 OF: CONGESTIVA, NO EXUDADOS.  
 TYP: TIRAJE SC, IC, LEVE SE , SIBILANTES EN AMBOS TIEMPOS DIFUSOS EN ACP, SUBCRÉPITOS ESCASOS EN BASES DE AHT  
 ABD: RHA +, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO MASAS.  
 NEU: DESPIERTA, EG: 15/15. NO SIGNOS MENÍNGEOS, NI DE FOCALIZACIÓN.

IMP DX:  
 - INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA  
 - CRISIS ASMÁTICA MODERADA  
 - NEUMONÍA ATÍPICA

RX TORAX: 9FIC . RFFIFR7O PARAHII TAR RII ATFRAI  
 PLAN :  
 -SE HOSPITALIZA  
 -NBZ CONTINUA CON SALBUTAMOL  
 -INICIO DE CORTICOTERAPIA  
 - OXIGENOTERAPIA PARA MATENER SAT O2 >92%  
 - MAÑANA IC PATOLOGIA DEL DESARROLLO PARA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA  
 -SOLOCITAR EXAMENES DE LAB  
 -REEVALUACION  
 -GASOMETRIA CONTROL SEGUN EVOLUCION CLINICA

  

Diagnostico (-13/03/2024 11:22-10.56.1.188)		
Código	Descripción	Tipo
J45.9	ASMA, NO ESPECIFICADO	PRESUNTIVO

Prioridad de Atención PRIORIDAD III - URGENCIA MAYOR

  

Plan de Trabajo (-13/03/2024 11:22-10.56.1.188)	
W: 32KG, SC: 1.1	
RP:	
- DIETA BLANDA A TOLERANCIA + LAV	
- DX 5% X 1000CC + CLNA 20% 40CC + CLK 20% 10CC --> 70CC/H	
- AZITROMICINA 8ML VO CADA 24 HORAS (FI: 23/08/23)	
- METILPREDNISOLONA 60MG EV STAT, LUEGO 15MG EV CADA 6 HORAS	
- NBZ: SALBUTAMOL 20 GTS + SSF 5CC --> I - II - III (CADA 20 MIN), LUEGO CADA 2 HORAS	
- BROMIURO DE IPATROPIO 6 PUFF --> I - II - III (CADA 20 MIN), LUEGO CADA 4 HORAS	
- OXIGENOTERAPIA PARA MANTENER SO2 > 93%	
- POSICION SEMISENTADA	
- FISIOTERAPIA RESPIRATORIA	
- CFV + OSA + BHE	

  

Indicaciones (-13/03/2024 11:22-10.56.1.188)			
Resultado de la Atención	PACIENTE CONTINUA EN SERVICIO	Tipo de Atención	ATENCION EMERGENCIA

**ANEXO 17**

<b>Acto Medico 9069605 (-13/03/2024 11:25-10.56.1.188)</b>			
Apellidos y Nombres	<b>SILVERA GOMEZ SHARON KIM</b>	Nro Historia Clínica	1200217
Doc. de Identidad	D.N.I. 78379843 Sexo FEMENINO	Tipo de Paciente	ASEGURADO EMERGENCIA
CAS de Atención	H.N. G. ALMENARA	Tipo de Seguro	PENSIONISTA
Fecha de Ingreso	23/08/2023 Edad 9 A 8 M 2 D	Plan de Salud	
Area Hospitalaria	URGENCIAS / EMERGENCIA	Servicio Hosp.	PEDIATRIA

Número de Atención: 8 Fecha de Atención: 24/08/2023

<b>Fecha de la Atención</b>	24/08/2023	<b>Hora de la Atención</b>	20:58
<b>Profesional Asistencial</b>	VILLANUEVA SAMANIEGO ROSA	<b>Servicio del Profesional</b>	PEDIATRIA
<b>Colegiatura</b>	70422		

[Informe UCI](#)

**Anamnesis (-13/03/2024 11:25-10.56.1.188)**

**Evolución (-13/03/2024 11:25-10.56.1.188)**

<b>Signos Vitales:</b>				<b>ESCALA GLASGOW</b>	
Presión Arterial (mm Hg)	0 / 0	Frecuencia Cardíaca (Latidos x Min)	0 Ver Grafica	AO	-----
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	0	RV	-----
Temperatura Corporal (°C)	0,0			RM	-----
<b>Antropometría:</b>				<b>TOTAL 0</b>	
Peso (Kg)	0,000 Talla (M) 0,00 IMC		0		
Perímetro Abdominal	0,0				

**EVOLUCION NOCTURNA**

S)MADRE REFIERE QUE MENOR SE ENCUENTRA MUCHO MEJOR , TOLERA VIA ORAL , ORINA+ DEPO -

O) Fc 100 FR 22 T 37° sat 95-97% fio 21  
 Despierta activa llc<2seg  
 Piel: mucosas hidratadas. rosadas  
 torax:no tirajes , subcrepitos y sibilantes insporatorios escasos  
 abd: bd rha+ no dolor a la palpacion  
 neurologico: lotep pupilas circla

A)sharon de 9 años con los dx:  
 - SOB RRECURRENTE  
 - NEUMONÍA ATÍPICA  
 - EPISODIO DEPRESIVO MODERADO

Cursa con los siguiente problemas:  
 - hemodinamico: estable  
 - Respiratorio: rx de torax 24/08:patron intersticial bilateral, no atelectasia, probl neumonia atipica ppor grupo etareo, se inicio destete de oxigenos de la tarde no incremento de diestrees respiratorio sto 97% fio 21  
 - Infeccioso: lec 13.91 neut 77% linf 11% aba 4% pct (-),  
 - Hematologico: hb 14.2 plaq 235mil  
 - psiquiatrico: paciente con episodio depresivo modera pendiente evaluacion por especialidad

Plan:  
 - alta con indicaciones medisa  
 -se sugiere control por psiquiatria infanto juevenil y control por pediatria por su policlinico  
 -signsode alarma

**Diagnostico (-13/03/2024 11:25-10.56.1.188)**

Código	Descripción	Tipo
J98.0	ENFERMEDADES DE LA TRAQUEA Y DE LOS BRONQUIOS, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	PRESUNTIVO

Prioridad de Atención PRIORIDAD III - URGENCIA MAYOR

**Plan de Trabajo (-13/03/2024 11:25-10.56.1.188)**

**Indicaciones (-13/03/2024 11:25-10.56.1.188)**

salbutamol 4 puff  
 prednisona  
 acetilcisteina  
 azitromicina

<b>Resultado de la Atención</b>	ALTA MEDICA	<b>Tipo de Atención</b>	ATENCION EMERGENCIA
---------------------------------	-------------	-------------------------	---------------------

## ANEXO 18

<b>Acto Medico</b>	<b>9156490</b>	<b>(46980990-13/03/2024 11:36-10.56.1.188)</b>
Apellidos y Nombres	TOLEDO CABALA R.N.	Nro Historia Clínica 1711079
Doc. de Identidad	NEONATO 14506456502 Sexo MASCULINO	Tipo de Paciente NEONATO (HIJO DE ASEGURADO)
CAS de Atención	H.N. G. ALMENARA	Tipo de Seguro TERCERO
Fecha de Ingreso	12/09/2023 Edad 0 A 0 M 10 D	Plan de Salud
Area Hospitalaria	URGENCIAS / EMERGENCIA	Servicio Hosp. PEDIATRIA

Número de Atención:	1	Fecha de Atención:	12/09/2023
---------------------	---	--------------------	------------

<b>Fecha de la Atención</b>	12/09/2023	<b>Hora de la Atención</b>	12:27
<b>Profesional Asistencial</b>	CAVERO ZEVALLOS ADA	<b>Servicio del Profesional</b>	PEDIATRIA
<b>Colegiatura</b>	14885		

Informe UCI

<b>Anamnesis</b>	<b>(46980990-13/03/2024 11:36-10.56.1.188)</b>
PROCEDE SANTA ANITA	
PACIENTE QUIEN VA A CONSULTORIO DE NEONATOLOGIA, ACUDE PARA CONTROL DE BILIRRUBINAS.	
ANTEC: PARTO NORMAL CEFALOHEMATOMA	

<b>Examen Clínico</b>	<b>(46980990-13/03/2024 11:36-10.56.1.188)</b>
-----------------------	--

<b>Signos Vitales:</b>		<b>ESCALA GLASGOW</b>
Presión Arterial (mm Hg)	0 / 0	AO -----
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	RV -----
Temperatura Corporal (°C)	0,0	RM -----
<b>Antropometría:</b>		<b>TOTAL 0</b>
Peso (Kg)	0,000 Talla (M) 0,00 IMC	
Perímetro Abdominal	0,0	

PACIENTE DESPIERTO, ACTIVO, NO DISTRÉS, SATO2 98%.  
 - PIEL: THE, LLC < 2 SEG, NO PALIDEZ, MUCOSAS HIDRATADAS. ICTERICIA HASTA MUSLOS.  
 - CABEZA: CEFALOHEMATOME PARIETAL DERECHO DE 2.5CM APROX. HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL OJO IZQUIERDO.  
 - OF: ERITEMATOSA, CONGESTIVA, NO PLACAS  
 - TYP: NO TIRAJES, MV PASA BIEN EN AHT, NO ESTERTORES  
 - CV: RCR DE BUEN TONO, NO SOPLOS  
 - ABD: RHA (+), B/D, TIMPANISMO CONSERVADO, NO DOLOR.  
 - NEURO: DESPIERTO, REACTIVO, NO DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO

<b>Diagnostico</b>	<b>(46980990-13/03/2024 11:36-10.56.1.188)</b>
--------------------	--

Código	Descripción	Tipo
P59.9	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	PRESUNTIVO

Prioridad de Atención PRIORIDAD IV - URGENCIA MENOR

<b>Plan de Trabajo</b>	<b>(46980990-13/03/2024 11:36-10.56.1.188)</b>
------------------------	--

SS HGMA, P. HEPATICO

<b>Indicaciones</b>	<b>(46980990-13/03/2024 11:36-10.56.1.188)</b>
---------------------	--

<b>Resultado de la Atención</b>	PACIENTE CONTINUA EN SERVICIO	<b>Tipo de Atención</b>	ATENCION EMERGENCIA
---------------------------------	-------------------------------	-------------------------	---------------------

Codigo	82247	DOSAJE DE BILIRRUBINA; TOTAL
Indicaciones		
Resultados	INF: MUESTRA: SUERO	FECHA RESULTADO: 12/09/2023
	1 BILIRRUBINA TOTAL	20.48 mg/dl M: 0.2-1.3 F: 0.2-1.3 Hrs.:2:1
Codigo	82248	DOSAJE DE BILIRRUBINA; DIRECTA
Indicaciones		
Resultados	INF: MUESTRA: SUERO	FECHA RESULTADO: 12/09/2023
	1 BILIRRUBINA DIRECTA	0 mg/dl M: 0.0-0.3 F: 0.0-0.3 Hrs.:2:4
Codigo	82250	BILIRRUBINA; TOTAL DIRECTA E INDIRECTA
Indicaciones		
Resultados	INF: MUESTRA: SUERO	FECHA RESULTADO: 12/09/2023
	1 BILIRRUBINA INDIRECTA	19.28 mg/dl M: 0.0-1.1 F: 0.0-1.1 Hrs.:2:1



## ANEXO 19

<b>Acto Medico 9156490</b>		<b>(46980990-13/03/2024 11:39-10.56.1.189)</b>	
Apellidos y Nombres	TOLEDO CABALA R.N.	Nro Historia Clinica	1711079
Doc. de Identidad	NEONATO 14506456502 Sexo MASCULINO	Tipo de Paciente	NEONATO (HIJO DE ASEGURADO)
CAS de Atencion	H.N. G. ALMENARA	Tipo de Seguro	TERCERO
Fecha de Ingreso	12/09/2023 Edad 0 A 0 M 10 D	Plan de Salud	
Area Hospitalaria	URGENCIAS / EMERGENCIA	Servicio Hosp.	PEDIATRIA

Número de Atencion:	3	<input type="button" value="←"/> <input type="button" value="→"/>	Fecha de Atencion:	12/09/2023	<input type="button" value="🗓️"/> <input type="button" value="🔍"/> <input type="button" value="←"/> <input type="button" value="→"/>
---------------------	---	---	--------------------	------------	--

Fecha de la Atención	12/09/2023	Hora de la Atención	16:07
Profesional Asistencial	AGUERO CARRASCO KARENINA	Servicio del Profesional	NEONATOLOGIA
Colegiatura	35674		

[Informe UCI](#)

**Anamnesis (46980990-13/03/2024 11:39-10.56.1.189)**

**Evolución (46980990-13/03/2024 11:39-10.56.1.189)**

<b>Signos Vitales:</b>				<b>ESCALA GLASGOW</b>	
Presión Arterial (mm Hg)	0 / 0	Frecuencia Cardiaca (Latidos x Min)	0 Ver Grafica	AO	-----
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	0	RV	-----
Temperatura Corporal (°C)	0,0			RM	-----
<b>Antropometría:</b>				TOTAL 0	
Peso (Kg)	0,000	Talla (M)	0,00	IMC	
Perímetro Abdominal	0,0				

SE EVALUA PACIENTE PROCEDENTE DE CONSULTORIO EXTERNO  
 RN CON ICTERICIA HASTA PIERNAS, BT:20.5, PREMATURO TARDIO DE 36 SEMANAS, EN RANGOS DE FOTOTERAPIA.  
 PLAN:  
 -SE HOSPITALIZA PARA FOTOTERAPIA Y SUS CUIDADOS.

**Diagnostico (46980990-13/03/2024 11:39-10.56.1.189)**

Código	Descripción	Tipo
P59.9	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	PRESUNTIVO

Prioridad de Atención PRIORIDAD IV - URGENCIA MENOR

**Plan de Trabajo (46980990-13/03/2024 11:39-10.56.1.189)**

**Indicaciones (46980990-13/03/2024 11:39-10.56.1.189)**

Resultado de la Atención	Tipo de Atención	INTERCONSULTA
--------------------------	------------------	---------------

**ANEXO 20**

<b>Acto Medico 9158583 (46980990-13/03/2024 11:40-10.56.1.189)</b>			
Apellidos y Nombres	TOLEDO CABALA R.N.	Nro Historia Clínica	1711079
Doc. de Identidad	NEONATO 14506456502 Sexo MASCULINO	Tipo de Paciente	NEONATO (HIJO DE ASEGURADO)
CAS de Atencion	H.N. G. ALMENARA	Tipo de Seguro	TERCERO
Fecha de Ingreso	12/09/2023 Edad 0 A 0 M 10 D	Plan de Salud	
Area Hospitalaria	HOSPITALIZACION	Servicio Hosp.	NEONATOLOGIA

Número de Atencion: 2 ◀ ▶ Fecha de Atencion: 13/09/2023 📅 🔍 ▶

Fecha de la Atención: 13/09/2023 Hora de la Atención: 09:12  
 Profesional Asistencial: MERINO ALVARADO BERTHA Colegiatura: 23576  
 Especialidad Interconsulta:

[Informe UCI](#)

**Anamnesis (46980990-13/03/2024 11:40-10.56.1.189)**

**Examen Clínico (46980990-13/03/2024 11:40-10.56.1.189)**

<b>Signos Vitales:</b>				<b>ESCALA GLASGOW</b>	
Presión Arterial (mm Hg)	0 / 0	Frecuencia Cardiaca (Latidos x Min)	0	Ver Grafica	AO -----
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	0		RV -----
Sat. O2	0	FI02	0,00		RM -----
Temperatura Corporal (°C)	0,0				TOTAL 0
<b>Antropometría:</b>					
Peso (Kg)	0,000	Talla (M)	0,00	IMC	0
Perímetro Abdominal	0,0				

INTERMEDIOS 3  
 EDAD 11 DIAS  
 DX: RNAT DE 38 55 AEG / CEFALOHATOMA PARIETAL DERECHO EN REMISION 3X3CM / HIPERBILIRRUBINEMIA MF P/ POR LECHE MATERNA  
 PN: 3500 G PESO HOY: 3195 (-305G / DELTA: - 8.7%)  
 G RH M: AB+ / G RH RN: A+  
 (S)PACIENTE PROCEDENCIA DE EMERGENCIA PED.RECIBE LMD BUENA SUCCION, EN FOTOTERAPIA, O+/D+  
 (O)SV: FC 140, T ° 36.8°C, FR 50, AREG, BAJO FOTOTERAPIA, SIN D.R., BPMV/ACP, RC /RR NO SOPLOS, ABDOMEN NO DISTENDIDO, B/D, NO HE, RHA PTES, T Y R PTES. FONT ANT NT, CEFALOHATOMA PARIETAL DER 3X3CM, FREATIVO A ESTIMULO.  
 (A)PROBLEMAS:  
 \*HEMATOLOGICO:BT DE INGRESO 20.48 BI 19.48 .NO INCOMPATIBILIDAD ABO, ICTRICIA MF P/ POR LM. TIENE BT DE HOY 6AM AUN NO RESULTADOS. CONTINUA EN FOTOTERAPIA.12/09 PLAQ 361,000 , HB 19.4G% HTO 55.5%  
 \*NUTRICIONAL: 100% VO TOLERA, DELTA PESO DENTRO DE LO ESPERADO  
 \*METABOLICO:NO TIENE HGT  
 \*INFECCIOSO:12/09 HM 9170 AB 0% , NO TIENE PCR.  
 (P)  
 CONTINUA FOTOTERAPIA  
 RECLAMAR BT-F DE 6AM  
 VIGILAR TOLERANCIA ORAL

**Diagnostico (46980990-13/03/2024 11:40-10.56.1.189)**

Código	Descripción	Nombre Tipo Diagnóstico
P12.0	CEFALOHATOMA DEBIDO A TRAUMATISMO DEL NACIMIENTO	DEFINITIVO
P59.9	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	DEFINITIVO

**Plan de Trabajo (46980990-13/03/2024 11:40-10.56.1.189)**

**Indicaciones (46980990-13/03/2024 11:40-10.56.1.189)**

EDAD 11 DIAS  
 PESO ACTUAL 3,195  
 VT 150CC/ KG/DIA  
 1. LM Y/O FL 14%: 60 CC CADA 3 HORAS  
 2.FOTOTERAPIA Y CUIDADOS  
 3.MONITOREO INTERMEDIOS 3  
 4.RECLAMAR RESULTADOS BT-F 6AM HOY

Resultado de la Atención: PACIENTE CONTINUA EN SERVICIO Tipo de Atención: VISITA HOSPITALARIA

## ANEXO 21

<b>Acto Medico 9158583 (46980990-13/03/2024 11:41-10.56.1.189)</b>			
Apellidos y Nombres	TOLEDO CABALA R.N.	Nro Historia Clinica	1711079
Doc. de Identidad	NEONATO 14506456502 Sexo MASCULINO	Tipo de Paciente	NEONATO (HIJO DE ASEGURADO)
CAS de Atencion	H.N. G. ALMENARA	Tipo de Seguro	TERCERO
Fecha de Ingreso	12/09/2023 Edad 0 A 0 M 10 D	Plan de Salud	
Area Hospitalaria	HOSPITALIZACION	Servicio Hosp.	NEONATOLOGIA

Número de Atencion: 3 ← → Fecha de Atencion: 13/09/2023 📅 🔍 ← →

Fecha de la Atención: 13/09/2023 Hora de la Atención: 12:38  
 Profesional Asistencial: MERINO ALVARADO BERTHA Colegiatura: 23576  
 Especialidad Interconsulta:

Informe UCI

**Anamnesis (46980990-13/03/2024 11:41-10.56.1.189)**

**Examen Clínico (46980990-13/03/2024 11:41-10.56.1.189)**

<b>Signos Vitales:</b>			<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em;"> <b>ESCALA GLASGOW</b>            AO -----            RV -----            RM -----  <b>TOTAL 0</b> </div>	
Presión Arterial (mm Hg)	0 / 0	Frecuencia Cardiaca (Latidos x Min)		0 Ver Grafica <span style="font-size: 0.8em;">📉</span>
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min		0
Sat. O2	0	FiO2		0,00
Temperatura Corporal (°C)	0,0			
<b>Antropometría:</b>				
Peso (Kg)	0,000 Talla (M) 0,00	IMC	0	
Perímetro Abdominal	0,0			

SE REEALUA A PACIENTE:  
 BT 6 AM: 13.76 MG/DL (NO RANGO DE FOTOTERAPIA)  
 PLAN:  
 ALTA MEDICA CON INDICACIONES  
 SE EXPLICA SIGNOS DE ALARMA  
 CITA POR CCEE

**Diagnostico (46980990-13/03/2024 11:41-10.56.1.189)**

Código	Descripción	Nombre Tipo Diagnóstico
P59.9	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	PRESUNTIVO

**Plan de Trabajo (46980990-13/03/2024 11:41-10.56.1.189)**

**Indicaciones (46980990-13/03/2024 11:41-10.56.1.189)**

EDAD 11 DIAS  
 PESO ACTUAL: 3,195  
 VT 150CC/ KG/DIA  
 LM Y/O FL 14%: 60 CC CADA 3 HORAS

Resultado de la Atención: ALTA MEDICA Tipo de Atención: VISITA HOSPITALARIA

## ANEXO 22

<b>Acto Medico 9418147 (46980990-13/03/2024 12:11-10.56.1.188)</b>			
Apellidos y Nombres	FACHIN RIVERA MARIA DEL CARMEN	Nro Historia Clínica	1689793
Doc. de Identidad	D.N.I. 73764932 Sexo FEMENINO	Tipo de Paciente	ASEGURADO EMERGENCIA
CAS de Atención	H.N. G. ALMENARA	Tipo de Seguro	OBLIGATORIO
Fecha de Ingreso	09/11/2023 Edad 21 A 9 M 5 D	Plan de Salud	
Area Hospitalaria	URGENCIAS / EMERGENCIA	Servicio Hosp.	MED.EMER.Y DESASTRES

  

Número de Atención: 4	Fecha de Atención: 09/11/2023
-----------------------	-------------------------------

  

<b>Fecha de la Atención</b>	09/11/2023
<b>Profesional Asistencial</b>	AGURTO CEIJAS CELIA Servicio del Profesional MED.EMER.Y DESASTRES
<b>Colegiatura</b>	65355

[Informe UCI](#)

  

<b>Anamnesis (46980990-13/03/2024 12:11-10.56.1.188)</b>
--

  

<b>Evolución (46980990-13/03/2024 12:11-10.56.1.188)</b>
--

<b>Signos Vitales:</b>		<b>ESCALA GLASGOW</b>	
Presión Arterial (mm Hg)	0 / 0	Frecuencia Cardíaca (Latidos x Min)	0 Ver Grafica
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	0
Temperatura Corporal (°C)	0,0		
<b>Antropometría:</b>			
Peso (Kg)	0,000 Talla (M) 0,00 IMC		0
Perímetro Abdominal	0,0		

  

TOPICO 2  
 PACIENTE MUJER DE 21 AÑOS  
 ANTECEDENTES: LITIASIS VESICULAR  
 ANTECEDENTES QUIRURGICOS: CESAREA HACE 1 MES  
 RAMS: NIEGA  
 MED HAB: NIEGA  
 T.E: 4 DIAS  
 SINTOMAS: DOLOR ABDOMINAL, NAUSEAS, VÓMITOS  
 RELATO: PACIENTE REFIERE QUE DESDE HACE 4 DIAS PRESNETA DOLOR ABDOMINAL ASOCIADO A NAUSEAS, VÓMITOS PERSISTENTES, ACUDE POR PERSISTENCIA DE SINTOMAS. FUE EVALUADA POR CX QUIEN DERIVA A TOPICO 2 DEBIDO A EXAMENES DE LABORATORIO ALTERADOS.

AL EXAMEN: PACIENTE INGRESA EN SILLA DE RUEDAS, REG, REN, MEH, AFEBRIL, VENTILA ESPONTANEAMENTE  
 PIEL Y MUCOSAS: ESCLERAS ICTERICAS +/-  
 TCSC: NO EDEMAS  
 TYP: MV PASA EN ACP, NO ESTERTORES  
 CV: RCR, TAQUICARDICOS, NO SOPLOS  
 ABD: B/D, DOLOR EN HCD, EPIGASTRIO, RHA PRESENTES  
 SNC: LOTEP, NO FOCALIZACION

EX AUX: HB 12.88, LEU 6.78, PLAQ: 341,000, PCR 10.4, G 115, C 0.5, U: 16, TGO: 425, TGP: 707, AMILASA: 4669, LIPASA >40000  
 ECOGRAFIA ABDOMINAL: 1. HIDROPS VESICULAR ASOCIADA A LITIASIS VESICULAR Y MODERADA CANTIDAD DE BARRO BILIAR.  
 2. COLEDOCO DILATADO NO SE DESCARTA COLEDOCO LITIASIS DISTAL.

IMP DX:  
 - PANCREATITIS AGUDA  
 - SND ICTERICO  
 - D/C COLEDOLITIASIS  
 - HIDROPS VESICULAR  
 - LITIASIS VESICULAR X HC

PLAN:  
 SE HOSPITALIZA  
 HIDRATAACION EV  
 ANALGESIA  
 IC GASTROENTEROLOGIA

## ANEXO 23

Codigo	82247	DOSAJE DE BILIRRUBINA; TOTAL					
Indicaciones	INF:			FECHA RESULTADO:	09/11/2023		
Resultados	MUESTRA: SUERO						
	1 BILIRRUBINA TOTAL	4.06	mg/dl	M: 0.2-1.3 F: 0.2-1.3			Hrs:4:59
Codigo	82248	DOSAJE DE BILIRRUBINA; DIRECTA					
Indicaciones	INF:			FECHA RESULTADO:	09/11/2023		
Resultados	MUESTRA: SUERO						
	1 BILIRRUBINA DIRECTA	1.68	mg/dl	M: 0.0-0.3 F: 0.0-0.3			Hrs:4:59
Codigo	82250	BILIRRUBINA; TOTAL DIRECTA E INDIRECTA					
Indicaciones	INF:			FECHA RESULTADO:	09/11/2023		
Resultados	MUESTRA: SUERO						
	1 BILIRRUBINA INDIRECTA	1.03	mg/dl	M: 0.0-1.1 F: 0.0-1.1			Hrs:4:59
Codigo	82977	DOSAJE DE GLUTAMIL TRANSFERASA, GAMMA (GGT)					
Indicaciones	INF:			FECHA RESULTADO:	09/11/2023		
Resultados	MUESTRA: SUERO						
	1 GGT	506	U/L	M: 15.0-73.0 F: 12.0-43.0			Hrs:4:59
Codigo	84075	DOSAJE DE FOSFATASA, ALCALINA					
Indicaciones	INF:			FECHA RESULTADO:	09/11/2023		
Resultados	MUESTRA: SUERO						
	1 FOSFATASA ALCALINA (FAL)	410	U/L	M: 38.0-126.0 F: 38.0-126.0			Hrs:4:59
	MUESTRA: SUERO PRE DIALISIS						

Codigo	84450	ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) (SGOT)					
Indicaciones	INF:			FECHA RESULTADO:	09/11/2023		
Resultados	MUESTRA: SUERO						
	1 TGO	425	U/L	M: 15.0-46.0 F: 15.0-46.0			Hrs:4:59
Codigo	84460	TRANSFERASA; AMINO ALANINA (ALT) (SGPT)					
Indicaciones	INF:			FECHA RESULTADO:	09/11/2023		
Resultados	MUESTRA: SUERO						
	1 TGP	707	U/L	M: 0.0-50.0 F: 0.0-35.0 MUJERES: <35 HOMBRES: <50			Hrs:4:59
Codigo	82150	AMILASA					
Indicaciones	INF:			FECHA RESULTADO:	09/11/2023		
Resultados	MUESTRA: SUERO						
	1 AMILASA	4669	U/L	M: 30.0-110.0 F: 30.0-110.0			Hrs:4:59
	MUESTRA: LIQUIDO ASCITICO						
Codigo	83690	DOSAJE DE LIPASA					
Indicaciones	INF:			FECHA RESULTADO:	09/11/2023		
Resultados	MUESTRA: SUERO						
	1 LIPASA	>40000	U/L	M: 23.0-300.0 F: 23.0-300.0			Hrs:5:13

<b>Acto Medico 9418147 (46980990-13/03/2024 12:15-10.56.1.186)</b>			
Apellidos y Nombres	FACHIN RIVERA MARIA DEL CARMEN	Nro Historia Clinica	1689793
Doc. de Identidad	D.N.I. 73764932 Sexo FEMENINO	Tipo de Paciente	ASEGURADO EMERGENCIA
CAS de Atencion	H.N. G. ALMENARA	Tipo de Seguro	OBLIGATORIO
Fecha de Ingreso	09/11/2023 Edad 21 A 9 M 5 D	Plan de Salud	
Area Hospitalaria	URGENCIAS / EMERGENCIA	Servicio Hosp.	MED.EMER.Y DESASTRES

Numero de Atencion 7

### Exámenes Auxiliares Solicitados (46980990-13/03/2024 12:15-10.56.1.186)

Solicitud Nro 1666439 Fecha de Solicitud 09/11/2023

Codigo	76700.01	ECOGRAFIA ABDOMINAL COMPLETA SUPERIOR	
Indicaciones	INF:	ECOGRAFIA ABDOMINAL SUPERIOR:	FECHA RESULTADO: 09/11/2023
Resultados		<p>- HÍGADO DE TAMAÑO Y FORMA NORMAL. PARÉNQUIMA SIN LESIONES FOCALES EVIDENTES. NO DILATACIÓN DE LAS VÍAS BILIARES.</p> <p>- PORTA CONSERVADA Y COLÉDOCO DILATADO MIDE 8.2MM.</p> <p>- VESÍCULA BILIAR A DISTENSIDA DE 10,5 CM X 4.6 CM DE PAREDES CONSERVADA MUESTRA UN LITO DE 8.5 MM ASOCIADO A MODERADA CANTIDAD DE BARRO BILIAR</p> <p>- PÁNCREAS MUESTRA CABEZA DE DISCRETA MENOR ECOGENICIDAD RESTO DE PÁNCREAS NO EVALUABLE POR INTERPOSICIÓN GASEOSA.</p> <p>- BAZO DE TAMAÑO Y MORFOLOGÍA CONSERVADA.</p> <p>- VESÍGA VACUA.</p> <p>- NO LIQUIDO LIBRE.</p> <p><b>**CONCLUSIÓN:</b></p> <p>1. HIDROP5 VESICULAR ASOCIADA A LITIASIS VESICULAR Y MODERADA CANTIDAD DE BARRO BILIAR.</p> <p>2. COLEDOCO DILATADO NO SE DESCARTA COLEDOCO LITIASIS DISTAL.</p>	

## ANEXO 24

<b>Acto Medico 9418147 (46980990-13/03/2024 12:18-10.56.1.187)</b>			
Apellidos y Nombres	FACHIN RIVERA MARIA DEL CARMEN	Nro Historia Clínica	1689793
Doc. de Identidad	D.N.I. 73764932 Sexo FEMENINO	Tipo de Paciente	ASEGURADO EMERGENCIA
CAS de Atención	H.N. G. ALMENARA	Tipo de Seguro	OBLIGATORIO
Fecha de Ingreso	09/11/2023 Edad 21 A 9 M 5 D	Plan de Salud	
Area Hospitalaria	URGENCIAS / EMERGENCIA	Servicio Hosp.	MED.EMER.Y DESASTRES

  

Número de Atención:	5		Fecha de Atención:	09/11/2023
---------------------	---	--	--------------------	------------

  

Fecha de la Atención	09/11/2023	Hora de la Atención	10:03
Profesional Asistencial	SAYAJO MENDOZA FIORELLA Servicio del Profesional GASTROENTEROLOGIA		
Colegiatura	64359		

Informe UCI

  

<b>Anamnesis (46980990-13/03/2024 12:18-10.56.1.187)</b>	
<b>Evolución (46980990-13/03/2024 12:18-10.56.1.187)</b>	

<b>Signos Vitales:</b>				<b>ESCALA GLASGOW</b>
Presión Arterial (mm Hg)	0 / 0	Frecuencia Cardíaca (Latidos x Min)	0	AO -----
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	0	RV -----
Temperatura Corporal (°C)	0,0			RM -----
<b>Antropometría:</b>				TOTAL 0
Peso (Kg)	0,000	Talla (M)	0,00	
Perímetro Abdominal	0,0			

GASTROENTEROLOGIA - GUARDIA DIURNA. MOTIVO: SUGERENCIAS  
 PACIENTE MUJER DE 21 AÑOS CON ANTECEDENTE DE LITIASIS VESICULAR  
 INGRESA POR CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL TIPO OPRESIVO A NIVEL DE HCD Y EPIGASTRIO ASOCIADO A NAUSEAS Y VOMITOS DESDE HACE 4 DIAS.

AL EXAMEN  
 DESPIERTA,LOTEP EG 15  
 PIEL ICTERICIA +  
 ABD: BD DOLOROSO A LA PALPACION EN HCD, NO SIGNOS PERITONEALES

EXAM. AUXILIARES  
 ECO ABD 9/11: HIDROPS VESICULAR ASOCIADA A LITIASIS VESICULAR Y MODERADA CANTIDAD DE BARRO BILIAR. COLEDOCO DILATADO NO SE DESCARTA  
 COLEDOCOLITIASIS DISTAL.  
 LAB 9/11: LEU 6.78, PLAQ: 341,000, PCR 10.4, BT 4.06 BD 1.6 GGTP 506 FA 410 TGO: 425, TGP: 707, AMILASA: 4669, LIPASA >40000

SUGERENCIAS  
 PROGRESAR DIETA SEGUN TOLERANCIA. ANALGESIA E HIDRATACION.  
 INFORMAR TAC ABDOMINAL, DE NO SER CONCLUYENTE PARA COLEDOCOLITIASIS, SOLICITAR ESTUDIO INTERMEDIO (COLANGIORMN 5/C O ECOENDOSCOPIA)  
 REEVALUACION A SOLICITUD.

  

<b>Diagnostico (46980990-13/03/2024 12:18-10.56.1.187)</b>		
<b>Código</b>	<b>Descripción</b>	<b>Tipo</b>
K85.9	PANCREATITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	PRESUNTIVO

Prioridad de Atención PRIORIDAD III - URGENCIA MAYOR

<b>Plan de Trabajo (46980990-13/03/2024 12:18-10.56.1.187)</b>	
<b>Indicaciones (46980990-13/03/2024 12:18-10.56.1.187)</b>	

Resultado de la Atención	Tipo de Atención	INTERCONSULTA
--------------------------	------------------	---------------

Codigo	74177 TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE ABDOMEN Y PELVIS, CON MATERIAL(ES) DE CONTRASTE	
Indicaciones	DC COLECISTITIS AGUDA	
Resultados	<p style="font-size: small; margin: 0;">INF.: TOMOGRAFIA DE ABDOMEN COMPLETO CON CONTRASTE                  FECHA DE ESTUDIO: 09/11/2023                  FECHA RESULTADO: 10/11/2023</p> <p style="font-size: x-small; margin: 0;">*****                  - HIGADO DE TAMAÑO Y MORFOLOGIA CONSERVADA. PARENQUIMA HOMOGENEO SIN EVIDENCIA DE LESIONES FOCALES SOLIDAS NI QUISTICAS. LEVE DILATACION DE LAS VIAS BILIARES INTRAHEPATICAS Y DE LA VIA BILIAR PRINCIPAL LA CUAL LLEGA HASTA LOS 12 MM DE CALIBRE A NIVEL DE SU PORCION PERIPANCREATICA SIN PODER DEFINIR LITIASIS.                  - VESICULA BILIAR MODERADAMENTE DISTENDIDA, MUESTRA CONTENIDO HIPERDENSO EN RELACION A LITIASIS.                  - ESTOMAGO DISTENDIDO, PAREDES SIN APARENTES ALTERACIONES.                  - PANCREAS DE CONTORNOS LOBULADOS BIEN DEFINIDOS SIN EVIDENCIAR LESIONES FOCALES NI DILATACION DEL WIRSUNG. SE OBSERVA INCREMENTO DE LA GRASA PERIPANCREATICA Y PRESENCIA DE COLECCIONES HIPODENSAS PEQUEÑAS, UNA POR DELANTE DE LA CABEZA Y LA OTRA EN EL ESPACIO PARARENAL ANTERIOR DEL LADO IZQUIERDO.                  - BAZO, SUPRARENALES Y RINONES DE MORFOLOGIA CONSERVADA SIN HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS.                  - ASAS INTESTINALES DELGADAS Y GRUESAS SIN ALTERACIONES EN PAREDES NI CONTENIDO.                  - VEJIGA URINARIA A MODERADA REPLECION, PAREDES DELGADAS, CONTENIDO HIPODENSO HOMOGENEO SIN LITIASIS.                  - UTERO LATERALIZADO A LA IZQUIERDA DE TAMAÑO Y MORFOLOGIA NORMAL. PRESENCIA DE LIQUIDO EN DOUGLAS.                  - RETROPERITONEO: ESTRUCTURAS VASCULARES DE CALIBRE CONSERVADO. NO ADENOPATIAS.                  - PARED ABDOMINAL SIN ALTERACIONES.                  *****                  CONCLUSION:                  - COLELITIASIS.                  - DILATACION DE VIAS BILIARES INTRA Y EXTRAHEPATICAS SIN PODER DESCARTAR COLEDOCOLITIASIS, SE SUGIERE AMPLIAR ESTUDIOS.                  - SIGNOS DE PANCREATITIS AGUDA BALTHAZAR E, A CORRELACIONAR CON HALLAZGOS CLINICOS Y DE LABORATORIO.                  - PEQUEÑA CANTIDAD DE LIQUIDO LIBRE EN DOUGLAS.</p>	

**ANEXO 25**

<b>Acto Medico 9424300</b>		<b>(46980990-13/03/2024 12:25-10.56.1.188)</b>	
Apellidos y Nombres	<b>FACHIN RIVERA MARIA DEL CARMEN</b>	Nro Historia Clinica	1689793
Doc. de Identidad	D.N.I. 73764932 Sexo FEMENINO	Tipo de Paciente	ASEGURADO EMERGENCIA
CAS de Atencion	H.N. G. ALMENARA	Tipo de Seguro	OBLIGATORIO
Fecha de Ingreso	10/11/2023 Edad 21 A 9 M 6 D	Plan de Salud	
Area Hospitalaria	HOSPITALIZACION	Servicio Hosp.	MEDICINA INTERNA 2

Numero de Atencion 56

**Exámenes Auxiliares Solicitados (46980990-13/03/2024 12:25-10.56.1.188)**

Solicitud Nro 1672796 Fecha de Solicitud 14/11/2023

Codigo	74320.01 COLANGIORESONANCIA		
Indicaciones	DC COLEDOCOLITIASIS SIN CONTRASTE		
INF.:	<b>NOMBRE : FACHIN RIVERA MARIA DEL CARMEN</b> <b>EDAD : 21 AÑOS</b> <b>FECHA : 18/11/23</b> <b>ESTUDIO : COLANGIORESONANCIA Y RESONANCIA DE ABDOMEN</b> <b>CODIGO : 73764932</b>		FECHA RESULTADO: 20/11/2023
Resultados	<p><b>TÉCNICA.</b></p> <p><b>SE REALIZÓ RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR EN UN MAGNETO SUPERCONDUCTOR USANDO SECUENCIAS DE PULSO GRADIENTE ECO-FLASH T1 EN FASE SIMPLE, EN TURBO SPIN ECO T2, ASÍ COMO COLANGIORESONANCIA EN 2D Y 3D, OBTENIÉNDOSE CORTES AXIALES, CORONALES Y SAGITALES.</b></p> <p><b>HALLAZGOS.</b></p> <p><b>HÍGADO DE TAMAÑO NORMAL DE 135 MM EN LÓBULO DERECHO, PARÉNQUIMA HOMOGÉNEO SIN EVIDENCIA DE LESIONES FOCALES. MUESTRA INTENSIDAD DE SEÑAL CONSERVADA. DUCTOS BILIARES INTRAHEPÁTICOS MUESTRAN DISTRIBUCIÓN HABITUAL, DESTACÁNDOSE.</b></p> <p><b>CONDUCTO HEPÁTICO DERECHO DE 2 MM, HEPÁTICO IZQUIERDO DE 3 MM.</b></p> <p><b>CONDUCTO HEPÁTICO COMÚN DE 4 MM.</b></p> <p><b>COLÉDOCO SUPRA PANCREÁTICO DE 4MM,</b></p> <p><b>COLÉDOCO INTRAPANCREÁTICO DE 5 MM CON TERMINACIÓN DE SU CALIBRE AFILADA.</b></p> <p><b>VESÍCULA BILIAR DE TAMAÑO CONSERVADO, PAREDES LEVEMENTE ENGROSADAS DE 4MM CON ALGUNOS LITOS EN SU INTERIOR QUE MIDEN 5MM.</b></p> <p><b>CONDUCTO CÍSTICO DE CALIBRE CONSERVADO MUESTRA INSERCIÓN BAJA</b></p> <p><b>VENA PORTA DE CALIBRE HABITUAL, SIN ALTERACIONES EN SU TRAYECTO.</b></p> <p><b>PÁNCREAS LEVEMENTE INCREMENTADO DE TAMAÑO, CON LEVE PÉRDIDA DE LAS LOBULACIONES Y LEVE INCREMENTO DE LA INTENSIDAD DE SEÑAL EN T2 Y T2FS. EL CONDUCTO PANCREÁTICO PRINCIPAL (WIRSUNG), NO MUESTRA SIGNOS DE DILATACIÓN EN SU CALIBRE.</b></p> <p><b>RIÑONES DE TAMAÑO, MORFOLOGÍA E INTENSIDAD DE SEÑAL CONSERVADA. NO HAY EVIDENCIA DE IMÁGENES QUIÍSTICAS.</b></p> <p><b>BAZO PROMINENTE DE 12MM</b></p> <p><b>LAS GLÁNDULAS SUPRARRENALES Y ELEMENTOS REPRESENTADOS DEL TUBO DIGESTIVO SE MUESTRAN SIN ALTERACIONES.</b></p> <p><b>NO OBSERVAMOS IMÁGENES SUGESTIVAS DE ADENOPATÍAS.</b></p> <p><b>CONCLUSIÓN</b></p> <p><b>1- VÍA BILIAR INTRA Y EXTRAHEPÁTICA DE CALIBRE Y DISTRIBUCIÓN CONSERVADA. EN PARTICULAR NO SE OBSERVA COLEDOCOLITIASIS.</b></p> <p><b>2- COLECISTOPATÍA LITIÁSICA SIN SIGNOS DE AGUDEZA.</b></p> <p><b>3- HALLAZGOS SUGESTIVOS DE PROCESO INFLAMATORIO PANCREÁTICO INTERSTICIAL EVOLUTIVO.</b></p> <p><b>4- PROMINENCIA ESPLÉNICA.</b></p>		

## ANEXO 26

<b>Acto Medico 9424300 (46980990-13/03/2024 12:23-10.56.1.188)</b>	
Apellidos y Nombres	FACHIN RIVERA MARIA DEL CARMEN
Doc. de Identidad	D.N.I. 73764932 Sexo FEMENINO
CAS de Atencion	H.N. G. ALMENARA
Fecha de Ingreso	10/11/2023 Edad 21 A 9 M 6 D
Area Hospitalaria	HOSPITALIZACION
Nro Historia Clinica	1689793
Tipo de Paciente	ASEGURADO EMERGENCIA
Tipo de Seguro	OBLIGATORIO
Plan de Salud	
Servicio Hosp.	MEDICINA INTERNA 2

Número de Atencion: 48 Fecha de Atencion: 20/11/2023

Fecha de la Atención: 20/11/2023 Hora de la Atención: 13:25  
 Profesional Asistencial: KOMETTER BARRIOS FRITZ Colegiatura: 19755  
 Especialidad Interconsulta: CIRUGIA GENERAL 1

Informe UCI

**Anamnesis (46980990-13/03/2024 12:23-10.56.1.188)**

**Examen Clínico (46980990-13/03/2024 12:23-10.56.1.188)**

<b>Signos Vitales:</b>			<b>ESCALA GLASGOW</b>	
Presión Arterial (mm Hg)	0 / 0	Frecuencia Cardiaca (Latidos x Min)	0	Ver Grafica
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	0	AO -----
Sat. O2	0	FIO2	0,00	RV -----
Temperatura Corporal (°C)	0,0			RM -----
<b>Antropometría:</b>			TOTAL 0	
Peso (Kg)	0,000	Talla (M)	0,00	IMC
Perímetro Abdominal	0,0			

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE PANCREATITIS AGUDA MODERADAMENTE SEVERA, CON TIEMPO DE ENFERMEDAD DE 2 SEMANAS CUMPLIDAD CUENTA CON INFORME DE RESONANCIA QUE INDICA PÁNCREAS LEVEMENTE INCREMENTADO DE TAMAÑO, CON LEVE PÉRDIDA DE LAS LOBULACIONES Y LEVE INCREMENTO DE LA INTENSIDAD DE SEÑAL EN T2 Y T2FS. EL CONDUCTO PANCREÁTICO PRINCIPAL (WIRSLUNG), NO MUESTRA SIGNOS DE DILATACIÓN EN SU CALIBRE. NO SE OBSERVAN COLECCIONES PERIPANCREATICAS EN ULTIMA RESONANCIA.

**Diagnostico (46980990-13/03/2024 12:23-10.56.1.188)**

Código	Descripción	Nombre Tipo Diagnóstico
K85.9	PANCREATITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	PRESUNTIVO

**Plan de Trabajo (46980990-13/03/2024 12:23-10.56.1.188)**

SE SUGIERE:  
 1. COMPLETAR PREQUIRURGICOS Y RIESGO QUIRURGICO PARA COLECISTECTOMIA  
 2. REEVALUACION CON LO ANTERIOR

**Indicaciones (46980990-13/03/2024 12:23-10.56.1.188)**

Resultado de la Atención: Tipo de Atención INTERCONSULTA



## ANEXO 27

Acto Medico 9424300 (46980990-13/03/2024 12:33-10.56.1.189)			
Apellidos y Nombres	FACHIN RIVERA MARIA DEL CARMEN	Nro Historia Clínica	1689793
Doc. de Identidad	D.N.I. 73764932 Sexo FEMENINO	Tipo de Paciente	ASEGURADO EMERGENCIA
CAS de Atención	H.N. G. ALMENARA	Tipo de Seguro	OBLIGATORIO
Fecha de Ingreso	10/11/2023 Edad 21 A 9 M 6 D	Plan de Salud	
Area Hospitalaria	HOSPITALIZACION	Servicio Hosp.	MEDICINA INTERNA 2

  

Número de Atención:	53		Fecha de Atención:	21/11/2023	
---------------------	----	--	--------------------	------------	--

  

Fecha de la Atención	21/11/2023	Hora de la Atención	10:02
Profesional Asistencial	CARRASCO BURGOS ROCIO	Colegiatura:	23505
Especialidad Interconsulta			

Exoneración Retiro Voluntario
Informe UCI

Anamnesis (46980990-13/03/2024 12:33-10.56.1.189)	
Examen Clínico (46980990-13/03/2024 12:33-10.56.1.189)	

<p><b>Signos Vitales:</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">Presión Arterial (mm Hg)</td> <td style="width: 10%;">100 / 60</td> <td style="width: 30%;">Frecuencia Cardíaca (Latidos x Min)</td> <td style="width: 10%;">82</td> <td style="width: 10%;">Ver Gráfica </td> </tr> <tr> <td>Presión Venosa Central (cm H2O)</td> <td>0</td> <td>Frecuencia Respiratoria x Min</td> <td>19</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sat. O2</td> <td>95</td> <td>FI02</td> <td>0,21</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Temperatura Corporal (°C)</td> <td>36,7</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>Antropometría:</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Peso (Kg)</td> <td>0,000</td> <td>Talla (M)</td> <td>0,00</td> <td>IMC</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Perímetro Abdominal</td> <td>0,0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Presión Arterial (mm Hg)	100 / 60	Frecuencia Cardíaca (Latidos x Min)	82	Ver Gráfica	Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	19		Sat. O2	95	FI02	0,21		Temperatura Corporal (°C)	36,7				Peso (Kg)	0,000	Talla (M)	0,00	IMC	0	Perímetro Abdominal	0,0					<p><b>ESCALA GLASGOW</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>AO</td> <td>4: Espontánea</td> </tr> <tr> <td>RV</td> <td>5: Orientado y conversación coherente</td> </tr> <tr> <td>RM</td> <td>6: Obedece órdenes verbales</td> </tr> <tr> <td><b>TOTAL</b></td> <td><b>15</b></td> </tr> </table>	AO	4: Espontánea	RV	5: Orientado y conversación coherente	RM	6: Obedece órdenes verbales	<b>TOTAL</b>	<b>15</b>
Presión Arterial (mm Hg)	100 / 60	Frecuencia Cardíaca (Latidos x Min)	82	Ver Gráfica																																					
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	19																																						
Sat. O2	95	FI02	0,21																																						
Temperatura Corporal (°C)	36,7																																								
Peso (Kg)	0,000	Talla (M)	0,00	IMC	0																																				
Perímetro Abdominal	0,0																																								
AO	4: Espontánea																																								
RV	5: Orientado y conversación coherente																																								
RM	6: Obedece órdenes verbales																																								
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>																																								

  

MEDICINA 2 // GRUPO B // 3BE - CAMA 753 DRA CARRASCO

PACIENTE DE 21 AÑOS CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS:

1- PANCREATITIS AGUDA MODERADA-SEVERA BALTHAZAR E  
2- LITIASIS VESICULAR

S: PACIENTE DESPIERTA, REFIERE TOLERANCIA DE DOLOR, TOLERANCIA DE VIA ORAL, ASI MISMO MUESTRA PREOCUPACIÓN POR MENOR HIJO. ENFERMERIA NO REPORTA INTERCURRENCIAS

O: AL EXAMEN FISICO: REGULAR ESTADO GENERAL, REGULAR ESTADO NUTRICIONAL, REGULAR ESTADO HIDRATACIÓN  
PIEL: TIBIA, HIDRATADA, ELÁSTICA. LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS, NO PALIDEZ, NO ICTERICIA.  
CV: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS DE BUENA INTENSIDAD. NO SOPLOS.  
TYP: MURMULLO VESICULAR PASA BIEN EN AMBOS CAMPOS PULMONARES. NO RUIDOS AGREGADOS.  
ABD: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL. RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES.  
SNC: LÚCIDA, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA. NO SIGNOS MENÍNGEOS, NO SIGNOS DE FOCALIZACIÓN.

5/11: LEU 9.02, NEU 80%, LINF 18%, HB 12.73, PLAQ 319000, PCR <5, AMI 102.7, LIP 58, BT 0.32, FA 119, GGT 20  
9/11: LEU 6.78, NEU 68%, LINF 24%, HB 12.88, PLAQ 341000, PRC 10, AMI 4669, LIP >40000, BT 4.06, FA 410, GGT 506  
13/11: PCR 35.93, LIP 483, AMI 101, BT 0.89, FA 307.61, GGT 269.35  
16/11: LEU 5.07, NEU 53.60%, LINF 38%, HB 11.9, PLAQ 454000, PCR 11.7, AMI 102, LIP 494

A: PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, VENTILA ESPONTÁNEAMENTE SIN APOYO OXIGENATORIO, AFEBRIL AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN. PACIENTE CON MEJORÍA CLÍNICA, CON VALORES INFLAMATORIOS EN DESCENSO, SE EFECTIVIZÓ COLANGIORESONANCIA POR SOSPECHA DE COLEDOCOLITIASIS, EL CUAL DESCARTA PATOLOGÍA PERO CONFIRMA LITIASIS VESICULAR. FUE EVALUADA POR CIRUGIA DE PANCREAS QUIENES INDICAN REQUIERE MANEJO QX. SE CONVERSA CON PACIENTE QUIEN PREOCUPADA POR MENOR HIJO SOLICITA CONTINUAR MANEJO POR CONSULTORIO EXTERNO. SE BRINDA ALTA CON TRANSFERENCIA AL SERVICIO DE CIRUGÍA DE PANCREAS Y MEDICINA INTERNA.

P:

- ALTA MEDICA CON INDICACIONES
- SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA
- CITA POR CONSULTORIO EXTERNO DE CIRUGIA DE PANCREAS Y MEDICINA 2
- SE BRINDA CITT

DESCANSO MEDICO: CONTINGENCIA DE ENFERMEDAD COMUN  
OCUPACIÓN: ATENCIÓN AL CLIENTE VIA TELEFONICA  
LUGAR DE TRABAJO: ALLUS SPAIN S.L SUCURSAL DEL PERU  
FECHA DE INICIO: 09/11/2023  
FECHA DE TERMINO: 06/12/2023

Diagnostico (46980990-13/03/2024 12:33-10.56.1.189)		
Código	Descripción	Nombre Tipo Diagnóstico
K85.9	PANCREATITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	PRESUNTIVO
K80.1	CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS	PRESUNTIVO

Plan de Trabajo (46980990-13/03/2024 12:33-10.56.1.189)	
Indicaciones (46980990-13/03/2024 12:33-10.56.1.189)	
DIETA BLANDA	
PARACETAMOL 1G VO CONDICIONAL A DOLOR	

Resultado de la Atención RETIRO VOLUNTARIO Tipo de Atención VISITA HOSPITALARIA

## ANEXO 28

<b>Acto Medico 9317275</b>			
<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>HERNANDEZ RODRIGUEZ CESAR ALBERTO</b>	<b>Nro Historia Clinica</b>	959818
<b>Doc. de Identidad</b>	D.N.I. 09314853 Sexo MASCULINO	<b>Tipo de Paciente</b>	ASEGURADO REFERIDO
<b>CAS de Atencion</b>	H.N. G. ALMENARA	<b>Tipo de Seguro</b>	OBLIGATORIO
<b>Fecha de Ingreso</b>	18/10/2023 Edad 55 A 8 M 4 D	<b>Plan de Salud</b>	
<b>Area Hospitalaria</b>	URGENCIAS / EMERGENCIA	<b>Servicio Hosp.</b>	MED.EMER.Y DESASTRES

<b>Número de Atencion:</b>	1	<b>Fecha de Atencion:</b>	18/10/2023
----------------------------	---	---------------------------	------------

<b>Fecha de la Atención</b>	18/10/2023	<b>Hora de la Atención</b>	11:56
<b>Profesional Asistencial</b>	AGUILAR MENDIVIL JOSE	<b>Servicio del Profesional</b>	MED.EMER.Y DESASTRES
<b>Colegiatura</b>	53486		

[Informe UCI](#)

**Anamnesis**

ANTECEDENTES:NM COLON Y NM ESTOMAGO, RECIBIO 10 SESIONES DE QUIMIOTERAPIA HACE 1 MES. ANTECEDENTE DE HDB, HB 9 POST TRANSFUSION 02 PG  
 ALERGIAS: NIEGA  
 INTERVENCIONES QX:ESTOMAGO, COLON PORTADOR DE COLOSTOMIA

PACIENTE ACUDE REFIRIENDO DOLOR MODERADO A NIVEL CII, Y SECRECION NEGRUZCA POR BOLSA DE COLOSTOMIA, DESDE HACE 3 DIAS DEPOSICIONES NEGREAS POR VIA ANAL. DEBILIDAD.

**Examen Clínico**

<b>Signos Vitales:</b>		<b>ESCALA GLASGOW</b>	
Presión Arterial (mm Hg)	100 / 60	Frecuencia Cardiaca (Latidos x Min)	90 Ver Grafica
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	18
Temperatura Corporal (°C)	36,6		
<b>Antropometría:</b>			
Peso (Kg)	0,000	Talla (M)	0,00 IMC
Perímetro Abdominal	0,0		

AO 4: Espontánea  
 RV 5: Orientado y conversación coherente  
 RM 6: Obedece órdenes verbales  
**TOTAL 15**

**EXAMEN FISICO:**  
 PIEL: TIBIA . PALIDEZ +++/+++  
 TYP: MV PASA BIEN AHT, NO RALES. SAT 97. %. FIO 21%. NO TIRAJE.  
 CV: RCR REGULARES, BI , NO SOPLOS  
 ABD: RHA +, B/D, DOLOR A NIVEL DE CID, BOLSA DE COLOSTOMIA RESIDUOS NEGRUZCOS  
 NEURO: LOTEP, GLKASGOW 15, NO FOCALIZACION, NO MENINGISMO.

PACIENTE CON MELENA .DESDE HACE 3 DIAS. PASA. SS GAA Y EXAMENS AUXILIARES  
 AGA: PH: 7.44 PC02 31. HB 5.1. K: 3,74 NA 133. LACT 1,31, CH03 22. PAFI 521.

PACIENTE VARON DE 55 AÑOS DE E DAD CON LOS PROBLEMAS:

HDA  
 DC ANEMIA SEVERA  
 PORTADOR DE COLOSTOMIA. .  
 TUMOR ALIGNO DE ESTOMAGO .

<b>Diagnostico</b>		
Código	Descripción	Tipo
R10.4	OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	PRESUNTIVO

Prioridad de Atención PRIORIDAD III - URGENCIA MAYOR

**Plan de Trabajo**

SS BASALES + AGA  
 INH PRATONES.  
 IC GASTROENTEROLOGIA ---SS EDA.  
 PASAR 2 PG SANGRE.

**Indicaciones**

NPO  
 CLNA 1000CC -----I  
 OMEPRAZOL 40 MG EV CADA 12 HRS  
 ACIDO TRANEXAMICO 1 AMPEV CADA 8 HRS .  
 CONTROL DES ANGRADO  
 CFV

<b>Resultado de la Atención</b>	PACIENTE CONTINUA EN SERVICIO	<b>Tipo de Atención</b>	ATENCION EMERGENCIA
---------------------------------	-------------------------------	-------------------------	---------------------

## ANEXO 29

<b>Acto Medico 9317275</b>			
Apellidos y Nombres	HERNANDEZ RODRIGUEZ CESAR ALBERTO	Nro Historia Clinica	959818
Doc. de Identidad	D.N.I. 09314853 Sexo MASCULINO	Tipo de Paciente	ASEGURADO REFERIDO
CAS de Atencion	H.N. G. ALMENARA	Tipo de Seguro	OBLIGATORIO
Fecha de Ingreso	18/10/2023 Edad 55 A 8 M 4 D	Plan de Salud	
Area Hospitalaria	URGENCIAS / EMERGENCIA	Servicio Hosp.	MED.EMER.Y DESASTRES

Numero de Atencion 12 ◀ ▶

### Exámenes Auxiliares Solicitados

Solicitud Nro	2196927	Fecha de Solicitud	18/10/2023	
Codigo	85025 HEMOGRAMA AUTOMATIZADO (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, ERITROCITOS, LEUCOCITOS Y PLAQUETAS) FORMULA DIFERENCIAL AUTOMATIZADA DE LEUCOCITOS			
Indicaciones	INF: FECHA RESULTADO: 18/10/2023			
	MUESTRA: SANGRE TOTAL			
	1 LEUCOCITOS	12.69	10 <sup>3</sup> /uL	M: 3.600-10.200 F: 3.800-11.800- Hrs.16:39
	2 HEMATIES	1.84	10 <sup>6</sup> /uL	M: 4.060-5.630 F: 3.630-4.920- Hrs.16:39
	<b>HIPOCROMIA 3+ ANISOCITOSIS 2+ POLICROMATOFILIA 1+</b>			
	3 HEMOGLOBINA	4.96	g/dL	M: 12.500-16.300 F: 10.900-14.300- Hrs.16:39
	4 HEMATOCRITO	15.02	%	M: 36.700-47.100 F: 31.200-41.900- Hrs.16:39
	5 VCM	81.33	fl	M: 73.000-96.200 F: 75.500-95.300- Hrs.16:39
	6 HCM	26.84	pg	M: 23.800-33.400 F: 24.700-32.800- Hrs.16:39
	7 CHCM	32.99	g/dL	M: 32.500-36.300 F: 32.300-35.600- Hrs.16:39
	8 RDW - CV	20.87	%	M: 12.100-16.200 F: 12.300-17.700- Hrs.16:39
	9 RDW - SD	61.25	fl	M: 36.500-45.900 F: 37.600-50.300- Hrs.16:39
	10 PLAQUETAS	542	10 <sup>3</sup> /uL	M: 152.000-348.000 F: 179.000-408.000- Hrs.16:39
Resultados	11 MPV	6.83	fl	M: 7.400-11.400 F: 7.900-10.800- Hrs.16:39
	12 NEUTROFILOS %	79	%	M: 43.500-73.500 F: 42.700-76.800- Hrs.16:39
	13 LINFOCITOS %	10	%	M: 15.200-43.300 F: 16.000-45.900- Hrs.16:39
	14 MONOCITOS %	6	%	M: 5.500-13.700 F: 4.300-10.900- Hrs.16:39
	15 EOSINOFILOS %	3	%	M: 0.800-8.100 F: 0.500-7.000- Hrs.16:39
	16 BASOFILOS %	2	%	M: 0.200-1.500 F: 0.200-1.300- Hrs.16:39
	22 NEUTROFILOS ABSOLUTO	10.03	10 <sup>3</sup> /uL	M: 1.700-7.600 F: 1.900-8.200- Hrs.16:39
	23 LINFOCITOS ABSOLUTO	1.27	10 <sup>3</sup> /uL	M: 1.000-3.200 F: 1.100-3.100- Hrs.16:39
	24 MONOCITOS ABSOLUTO	0.76	10 <sup>3</sup> /uL	M: 0.300-1.100 F: 0.200-0.690- Hrs.16:39
	25 EOSINOFILOS ABSOLUTO	0.38	10 <sup>3</sup> /uL	M: 0.000-0.500 F: 0.000-0.500- Hrs.16:39
	26 BASOFILOS ABSOLUTO	0.25	10 <sup>3</sup> /uL	M: 0.000-0.100 F: 0.000-0.100- Hrs.16:39
	27 PDW	16.11	-	Hrs.16:39
	28 PCT	0.3703	%	M: 0.108-0.282 F: 0.108-0.282- Hrs.16:39

## ANEXO 30

Acto Medico 9317275			
Apellidos y Nombres	HERNANDEZ RODRIGUEZ CESAR ALBERTO	Nro Historia Clinica	959818
Doc. de Identidad	D.N.I. 09314853 Sexo MASCULINO	Tipo de Paciente	ASEGURADO REFERIDO
CAS de Atencion	H.N. G. ALMENARA	Tipo de Seguro	OBLIGATORIO
Fecha de Ingreso	18/10/2023 Edad 55 A 8 M 4 D	Plan de Salud	
Area Hospitalaria	URGENCIAS / EMERGENCIA	Servicio Hosp.	MED.EMER.Y DESASTRES

  

Número de Atencion:	2	◀ ▶	Fecha de Atencion:	18/10/2023	📅 🔍 ▶
---------------------	---	-----	--------------------	------------	-------

  

Fecha de la Atención	18/10/2023	Hora de la Atención	15:01
Profesional Asistencial	JUNES PEREZ SONIA	Servicio del Profesional	GASTROENTEROLOGIA
Colegiatura	73551		

Informe UCI

**Anamnesis**

**Evolución**

<b>Signos Vitales:</b>				<b>ESCALA GLASGOW</b>
Presión Arterial (mm Hg)	0 / 0	Frecuencia Cardiaca (Latidos x Min)	0 Ver Grafica 📈	AO -----
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	0	RV -----
Temperatura Corporal (°C)	0,0			RM -----
<b>Antropometría:</b>				<b>TOTAL 0</b>
Peso (Kg)	0,000 Talla (M) 0,00 IMC		0	
Perímetro Abdominal	0,0			

<Gastroenterología>

Paciente varon de 55 años con Dx de NM gastrico primario y NM colon, en tto con QT . Portador de colostomia

TEM 21/3/23 CONCLUYE: VOLUMINOSA TUMORACION SA NIVEL DEL ANTRO Y CUERPO GASTRICO ASI COMO EN ANGULO ESPLENICO DEL COLON , EN AMBOS CASOS SUGESTIVOS DE PERSISTENCIA DE ENFEMEDAD , TEM CEREBRO, PULMONES , NO SECUNDARISMO

Acude por HDA

AGA Hb: 5.1

Hemograma : pendiente . INR : 0.9

Comentario:

Paciente con NM gástrico que cursa con HDA. En este contexto, paciente no es tributario de procedimiento endoscopico por la causa de fondo. De presentar sangrado digestivo activo asociado a inestabilidad hemodinamica, solicitar evaluacion por Rx intervencionista o Cirugía

**Diagnostico**

Código	Descripción	Tipo
R10.4	OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	PRESUNTIVO

Prioridad de Atención PRIORITY III - URGENCIA MAYOR

**Plan de Trabajo**

**Indicaciones**

Resultado de la Atención	Tipo de Atención	INTERCONSULTA
--------------------------	------------------	---------------

## ANEXO 31

<b>Acto Medico 9317275</b>			
<b>Apellidos y Nombres</b>	HERNANDEZ RODRIGUEZ CESAR ALBERTO	<b>Nro Historia Clinica</b>	959818
<b>Doc. de Identidad</b>	D.N.I. 09314853 Sexo MASCULINO	<b>Tipo de Paciente</b>	ASEGURADO REFERIDO
<b>CAS de Atencion</b>	H.N. G. ALMENARA	<b>Tipo de Seguro</b>	OBLIGATORIO
<b>Fecha de Ingreso</b>	18/10/2023 Edad 55 A 8 M 4 D	<b>Plan de Salud</b>	
<b>Area Hospitalaria</b>	URGENCIAS / EMERGENCIA	<b>Servicio Hosp.</b>	MED.EMER.Y DESASTRES

Número de Atencion: 11		Fecha de Atencion: 20/10/2023	
------------------------	--	-------------------------------	--

<b>Fecha de la Atención</b>	20/10/2023	<b>Hora de la Atención</b>	20:01
<b>Profesional Asistencial</b>	FERNANDEZ SANCHEZ CHRISTIAN	<b>Servicio del Profesional</b>	MED.EMER.Y DESASTRES
<b>Colegiatura</b>	45217		

Informe UCI

### Anamnesis

### Evolución

<b>Signos Vitales:</b>		<b>ESCALA GLASGOW</b>									
Presión Arterial (mm Hg)	111 / 68	Frecuencia Cardíaca (Latidos x Min)	72 Ver Grafica								
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	18								
Temperatura Corporal (°C)	37,0										
<b>Antropometría:</b>											
Peso (Kg)	0,000	Talla (M)	0,00 IMC								
Perímetro Abdominal	0,0										
		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"><b>AO</b></td> <td>4: Espontánea</td> </tr> <tr> <td><b>RV</b></td> <td>5: Orientado y conversación coherente</td> </tr> <tr> <td><b>RM</b></td> <td>6: Obedece órdenes verbales</td> </tr> <tr> <td><b>TOTAL</b></td> <td><b>15</b></td> </tr> </table>		<b>AO</b>	4: Espontánea	<b>RV</b>	5: Orientado y conversación coherente	<b>RM</b>	6: Obedece órdenes verbales	<b>TOTAL</b>	<b>15</b>
<b>AO</b>	4: Espontánea										
<b>RV</b>	5: Orientado y conversación coherente										
<b>RM</b>	6: Obedece órdenes verbales										
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>										

\*\*\*\*\* GUARDIA NOCTURNA 20/10/23 - SALA OBSERV 1º PISO - SILLA 46 \*\*\*\*\*  
 CEL: 933473495

PACIENTE VARON DE 55 AÑOS CON DX DE:  
 1. ANEMIA MODERADA HB 9.64 POST TRASNSFUSION X 2  
 2. HDA ACTIVA X3  
 3. TUMORACIÓN DE COLON IZQUIERDO A NIVEL DEL ÁNGULO ESPLÉNICO DE EAD: D/C NM DE COLON IZQUIERDO.  
 3.1 ANTECED ADENOCARCINOMA PRIMARIO DE COLON ASCENDENTE (A NIVEL DEL ÁNGULO HEPÁTICO) EC IIIA (T3N1M0) (FEBRERO 2008)  
 3.2 ANTECED ADENOCARCINOMA CON CELULAS EN ANILLO DE SELLO PRIMARIO DE ANTRO GASTRICO III IRRESECCABLE (cT4aN1M0) (FEBRERO 2008) G3  
 4. DOLOR ONCOLOGICO  
 5. PORTADOR DE COLOSTOMIA

(S) PACIENTE REFIERE NO PRESENTAR MOLESTIAS, NO NUEVO SANGRADO RECTAL  
 PERSONAL DE ENFERMERIA NO REPORTA INTERECURRENCIAS

(O) PAC REG-REH-REN, AFEBERIL, VENTILA ESPONTANEAMENTE FIO 21% SAT 98%  
 PIEL: T/H/E, LLC < 2 SEG, PALIDEZ MARCADA ++/+++  
 TYP: MV PASA BIEN A CP. NO RALES.  
 CV: RC RITMICOS, NF, NO SOPLOS.  
 ABD: RHA . + BD. NO IMPRESIONA DOLOR (PAC EN SILLA DE RUEDAS)  
 SNC: DESPIERTO, ORIENTADO, NO FOCALIZA

TEM 21/3/23: VOLUMINOSA TUMORACION A NIVEL DEL ANTRO Y CUERPO GASTRICO ASI COMO EN ANGULO ESPLÉNICO DEL COLON , EN AMBOS CASOS SUGESTIVOS DE PERSISTENCIA DE ENFERMEDAD, TEM CEREBRO, PULMONES , NO SECUNDARISMO.

(A) PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, EVOLUCION ESTACIONARIA, SE LE TRANSFUNDIO 2 PG CON LO QUE HB SUBE A 9.6, EVALUADO POR GASTRO QUIENES INDICAN NO TRIBUTARIO DE MANEJO ENDOSCOPICO POR CAUSA DE FONDO. DE PRESENTAR SANGRADO DIGESTIVO ACTIVO EVALUACION POR RX INTERVENMNCIONISTA O CIRUGIA. EVALUADO POR RX INTERVENCIÓNISTA QUIEN SOLICITAN ACTUALIZAR ANGIOTEM DE ABDOMEN SUPERIOR EL CUAL SE HA EFECTIVIZADO PENDIENTE REEVALUACION POR LA ESPECIALIDAD PARA POSIBILIDAD DE PROGRAMACION

(P) SEGUIR IBP A DOBLE DOSIS  
 MONITOREO DE SANGRADO  
 I/C ONCOLOGIA  
 I/c RADIOLOGIA INTERVENCIÓNISTA  
 SS HB Y HTO

Diagnostico		
Código	Descripción	Tipo
C18.9	TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA	DEFINITIVO

Prioridad de Atención PRIORIDAD III - URGENCIA MAYOR

### Plan de Trabajo

### Indicaciones

1. DIETA LIQUIDA AMPLIA + LAV + MODULO PROTEICO (3)
2. VS
3. TRAMADOL 50 MG + DIMENHIDRINATO 50 MG + 100 CC NACL 0.9% --} EV C/8 HRS
4. OMEPRAZOL 40MG C/12H EV
5. CFV + BHE

<b>Resultado de la Atención</b>	PACIENTE CONTINUA EN SERVICIO	<b>Tipo de Atención</b>	ATENCION EMERGENCIA
---------------------------------	-------------------------------	-------------------------	---------------------

## ANEXO 31

<b>Acto Medico 9330917</b>			
<b>Apellidos y Nombres</b> HERNANDEZ RODRIGUEZ CESAR ALBERTO		<b>Nro Historia Clínica</b> 959818	
<b>Doc. de Identidad</b> D.N.I. 09314853	<b>Sexo</b> MASCULINO	<b>Tipo de Paciente</b> ASEGURADO EMERGENCIA	
<b>CAS de Atención</b> H.N. G. ALMENARA		<b>Tipo de Seguro</b> OBLIGATORIO	
<b>Fecha de Ingreso</b> 21/10/2023	<b>Edad</b> 55 A 8 M 7 D	<b>Plan de Salud</b>	
<b>Area Hospitalaria</b> HOSPITALIZACION		<b>Servicio Hosp.</b> MEDICINA INTERNA 2	

**Número de Atención:** 2 **Fecha de Atención:** 21/10/2023

**Fecha de la Atención** 21/10/2023 **Hora de la Atención** 07:25  
**Profesional Asistencial** CHAVEZ MEDINA DENISE **Colegiatura:** 35497  
**Especialidad Interconsulta**

[Informe UCI](#)

### Anamnesis

### Examen Clínico

#### Signos Vitales:

Presión Arterial (mm Hg)	100 / 60	Frecuencia Cardíaca (Latidos x Min)	68	Ver Gráfica
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	28	
Sat. O2	95	FiO2	0,21	
Temperatura Corporal (°C)	36,4			

#### Antropometría:

Peso (Kg)	0,000	Talla (M)	0,00	IMC	0
Perímetro Abdominal	0,0				

#### ESCALA GLASGOW

AO	4: Espontánea
RV	5: Orientado y conversación coherente
RM	6: Obedece órdenes verbales
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>

MEDICINA 2 // GRUPO C // 3BE - CAMA 735.A  
 CEL: 933473495

PACIENTE VARON DE 55 AÑOS CON LOS SIGUIENTES PROBLEMAS:

- TUMORACIÓN DE COLON IZQUIERDO A NIVEL DEL ÁNGULO ESPLÉNICO DE EAD: D/C NM DE COLON IZQUIERDO.
- 1.1.- ANTECED ADENOCARCINOMA PRIMARIO DE COLON ASCENDENTE (A NIVEL DEL ÁNGULO HEPÁTICO) EC IIIA (T3N1M0) (FEBRERO 2008)
- 1.2.- ANTECED ADENOCARCINOMA CON CELULAS EN ANILLO DE SELLO PRIMARIO DE ANTRO GÁSTRICO III IRRESECCABLE (cT4aN1M0) (FEBRERO 2008) G3
2. HDA ACTIVA X 1
3. ANEMIA MODERADA X 2
4. DOLOR ONCOLÓGICO
5. PORTADOR DE COLOSTOMIA

(S)

PACIENTE REFIERE NO PRESENTAR MOLESTIAS, NO CUADRO DE SANGRADO RECTAL. PERSONAL DE ENFERMERIA NO REPORTA INTERCURRENCIAS

(O) REG REH REN, AFEBRIL, VENTILA ESPONTANEAMENTE AIRE AMBIENTE  
 PIEL: T/H/E, LLC < 2 SEG, PALIDEZ MARCADA ++/+++ ICTERICIA MARCADA  
 TYP: MV PASA BIEN A CP. NO RALES.

CV: RC RITMICOS, NF, NO SOPLOS.  
 ABD: RHA . + BD. NO IMPRESIONA DOLOR. COLOSTOMIA CON RESIDUOS SANGUINOLENTOS  
 SNC: DESPIERTO, ORIENTADO, NO FOCALIZA

TEM 21/3/23: VOLUMINOSA TUMORACION A NIVEL DEL ANTRO Y CUERPO GASTRICO ASI COMO EN ANGLULO ESPLÉNICO DEL COLON , EN AMBOS CASOS SUGESTIVOS DE PERSISTENCIA DE ENFEMEDAD, TEM CEREBRO, PULMONES , NO SECUNDARISMO.

(A)

PACIENTE HEMODINAMICAMENTE COMPENSADO, AFEBRIL AL MOMENTO. INGRESA CON HB 8.6, SE LE TRANSFUNDIO 2 PG CON LO QUE HB SUBE A 9.6, NUEVO CONTROL DE AYER HB 8.35. EN EVALUADO POR GASTRO QUIENES INDICAN NO TRIBUTARIO DE MANEJO ENDOSCOPICO POR CAUSA DE FONDO. DE PRESENTAR SANGRADO DIGESTIVO ACTIVO EVALUACION POR RX INTERVENCIÓNISTA O CIRUGIA. EVALUADO POR RX INTERVENCIÓNISTA QUIEN SOLICITAN ACTUALIZAR ANGIOTEM DE ABDOMEN SUPERIOR, EL CUAL FUE TOMADO AYER POR LO QUE SE SOLICITA REEVALUACION CON LO SOLICITADO. PACIENTE EN EVOLUCION ESTACIONARIA.

(P)

MONITOREO DE SANGRADO  
 I/C ONCOLOGIA, RADIOTERAPIA  
 I/C RADIOLOGIA INTERVENCIÓNISTA

### Diagnostico

Código	Descripción	Nombre Tipo Diagnóstico
C18.9	TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA	PRESUNTIVO

### Plan de Trabajo

#### Indicaciones

- DIETA LIQUIDA AMPLIA + 3 MODULO PROTEICO
- NACL 0.9% 1000 CC --> I
- TRAMADOL 50 MG + DIMENHIDRINATO 50 MG + 100 CC NACL 0.9% --> EV C/8 HRS
- OMEPRAZOL 40MG C/12H EV

**Resultado de la Atención** PACIENTE CONTINUA EN SERVICIO **Tipo de Atención** VISITA HOSPITALARIA

## ANEXO 32

<b>Acto Medico 9330917</b>			
<b>Apellidos y Nombres</b>	HERNANDEZ RODRIGUEZ CESAR ALBERTO	<b>Nro Historia Clinica</b>	959818
<b>Doc. de Identidad</b>	D.N.I. 09314853 Sexo MASCULINO	<b>Tipo de Paciente</b>	ASEGURADO EMERGENCIA
<b>CAS de Atencion</b>	H.N. G. ALMENARA	<b>Tipo de Seguro</b>	OBLIGATORIO
<b>Fecha de Ingreso</b>	21/10/2023 Edad 55 A 8 M 7 D	<b>Plan de Salud</b>	
<b>Area Hospitalaria</b>	HOSPITALIZACION	<b>Servicio Hosp.</b>	MEDICINA INTERNA 2

Numero de Atencion 21 ◀ ▶

### Exámenes Auxiliares Solicitados

**Solicitud Nro** 2206414 **Fecha de Solicitud** 23/10/2023

<b>Codigo</b>	85018 RECUENTO SANGUINEO; HEMOGLOBINA				
<b>Indicaciones</b>					
<b>Resultados</b>	INF:				FECHA RESULTADO: 23/10/2023
	MUESTRA: SANGRE TOTAL				
	2 HEMOGLOBINA	6.8	g/dL	M: 14.5-18.5	Hrs.15:5

<b>Codigo</b>	85025 HEMOGRAMA AUTOMATIZADO (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, ERITROCITOS, LEUCOCITOS Y PLAQUETAS) FORMULA DIFERENCIAL AUTOMATIZADA DE LEUCOCITOS				
<b>Indicaciones</b>					
<b>Resultados</b>	INF:				FECHA RESULTADO: 23/10/2023
	MUESTRA: SANGRE TOTAL				
	1 GLÓBULOS BLANCOS	13.09	10 <sup>9</sup> /μL	M: 4-10	Hrs.15:5
	3 NEUTRÓFILOS (%)	79.1	%	M: 55-65	Hrs.15:5
	4 LINFOCITOS (%)	5.5	%	M: 25-40	Hrs.15:5
	5 MONOCITOS (%)	7.5	%	M: 2-10	Hrs.15:5
	6 EOSINÓFILOS (%)	1.9	%	M: 0.5-5	Hrs.15:5
	7 BASÓFILOS (%)	1.1	%	M: 0-2	Hrs.15:5
	10 BASTONES(%)	4	%	M: 0-5	Hrs.15:5
	11 METAMIELOCITOS(%)	0	%		Hrs.15:5
	12 MIELOCITOS(%)	0	%		Hrs.15:5
	13 PROMIELOCITOS(%)	0	%		Hrs.15:5
	14 BLASTOS(%)	0	%		Hrs.15:5
	15 NEUTROFILOS (#)	10.47	10 <sup>9</sup> /μL	M: 1.6-7	Hrs.15:5
	16 LINFOCITOS (#)	0.72	10 <sup>9</sup> /μL	M: 1-4.4	Hrs.15:5
	17 MONOCITOS (#)	0.98	10 <sup>9</sup> /μL	M: 0.3-1	Hrs.15:5
	18 EOSINÓFILOS (#)	0.25	10 <sup>9</sup> /μL	M: 0-0.5	Hrs.15:5
	19 BASÓFILOS (#)	0.14	10 <sup>9</sup> /μL	M: 0-0.2	Hrs.15:5
	22 HEMATIES	2.52	10 <sup>6</sup> /μL	M: 5-6.5	Hrs.15:5
	24 HEMOGLOBINA	6.8	g/dL	M: 14.5-18.5	Hrs.15:5
	26 HEMATOCRITO	21.0	%	M: 45-55	Hrs.15:5
	27 VCM	83.5	μm <sup>3</sup>	M: 80-100	Hrs.15:5
	28 HCM	26.9	pg	M: 27-31	Hrs.15:5
	29 CHCM	32.4	g/dL	M: 30-36	Hrs.15:5
	30 RDWC	17.2	%	M: 11.5-15.5	Hrs.15:5
	35 VPM	8.7	μm <sup>3</sup>	M: 7.4-11	Hrs.15:5
	36 PDW	15.2	%	M: 10-18	Hrs.15:5

## ANEXO 33

<b>Acto Medico 9330917</b>			
Apellidos y Nombres	HERNANDEZ RODRIGUEZ CESAR ALBERTO	Nro Historia Clinica	959818
Doc. de Identidad	D.N.I. 09314853 Sexo MASCULINO	Tipo de Paciente	ASEGURADO EMERGENCIA
CAS de Atencion	H.N. G. ALMENARA	Tipo de Seguro	OBLIGATORIO
Fecha de Ingreso	21/10/2023 Edad 55 A 8 M 7 D	Plan de Salud	
Area Hospitalaria	HOSPITALIZACION	Servicio Hosp.	MEDICINA INTERNA 2

Número de Atencion: 21	Fecha de Atencion: 02/11/2023
------------------------	-------------------------------

Fecha de la Atención	02/11/2023	Hora de la Atención	07:19
Profesional Asistencial	CHAVEZ MEDINA DENISE	Colegiatura:	35497
Especialidad Interconsulta			

Informe UCI

### Anamnesis

#### Examen Clínico

##### Signos Vitales:

Presión Arterial (mm Hg)	110 / 75	Frecuencia Cardiaca (Latidos x Min)	68	Ver Grafica
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	16	
Sat. O2	98	FIO2	0,21	
Temperatura Corporal (°C)	36,5			
<b>Antropometría:</b>				
Peso (Kg)	0,000	Talla (M)	0,00	IMC
Perímetro Abdominal	0,0			

##### ESCALA GLASGOW

AO	-----
RV	-----
RM	-----
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>

MEDICINA 2 // GRUPO C // 3BE - CAMA 735.A  
CONTACTO: 933473495

VARON DE 55 AÑOS CON LOS PROBLEMAS:

- 1.- TUMORACIÓN DE COLON IZQUIERDO A NIVEL DEL ÁNGULO ESPLÉNICO DE EAD: D/C NM DE COLON IZQUIERDO.
- 1.1.- ANTECED ADENOCARCINOMA PRIMARIO DE COLON ASCENDENTE (A NIVEL DEL ÁNGULO HEPÁTICO) EC IIIA (T3N1M0) (FEBRERO 2008)
- 1.2.- ANTECED ADENOCARCINOMA CON CELULAS EN ANILLO DE SELLO PRIMARIO DE ANTRO GASTRICO III IRRESECCABLE (cT4aN1M0) (FEBRERO 2008) G3
2. HDA NO ACTIVA X 1 RESUELTA POST EMBOLIZACION
3. ANEMIA MODERADA X 2 RESUELTA POST EMBOLIZACION
4. DOLOR ONCOLOGICO
5. PORTADOR DE COLOSTOMIA FUNCIONANTE
6. ICTERICIA OBSTRUCTIVA X 1
7. DNCP
- 7.1 HIPOALBUMINEMIA SEVERA

(S) PACIENTE DESPIERTO, REFIERE MEJORIA DE SENSACION NAUSEOSA. ENFERMERIA NO REPORTA INTERCURRENCIAS.

(O) REG REH MEN, AFEBRIL, VENTILA ESPONTANEAMENTE AIRE AMBIENTE.  
PIEL: T/H/E, LLC < 2 SEG, PALIDEZ MARCADA +/+++ ICTERICIA (+/+++)  
TYP: MY PASA BIEN AHT. NO RALES.  
CV: RC RITMICOS, NF, NO SOPLOS.  
ABD: RHA . + BD. NO IMPRESIONA DOLOR. COLOSTOMIA CON DEPOSICIONES BLANDAS NO RASGOS DE SANGRE.  
SNC: DESPIERTO, ORIENTADO, NO FOCALIZA

**\*\* TEM 21/3/23: VOLUMINOSA TUMORACION A NIVEL DEL ANTRO Y CUERPO GASTRICO ASI COMO EN ANGULO ESPLÉNICO DEL COLON , EN AMBOS CASOS SUGESTIVOS DE PERSISTENCIA DE ENFERMEDAD, TEM CEREBRO, PULMONES , NO SECUNDARISMO.**

(A)  
PACIENTE CON LOS DX PLANTEADOS, ESTABLE Y AFEBRIL AL MOMENTO. INGRESA POR CUADRO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA. SE LE REALIZA EMBOLIZACION CON EXCLUSION DE VASCULATURA ANOMALA SIN COMPLICACIONES, POSTERIORMENTE VOLVIO A PRESENTAR EPISODIO MELENICO EN BOLSA DE COLOSTOMIA. ACTUALMENTE SIN CAIDA DE HEMOGLOBINA CONTROL. BUENA EVOLUCION CLINICA Y LABORATORIAL, EN CONDICIONES DE ALTA

(P)  
ALTA MEDICA CON INDICACIONES  
CONTROL POR CONSULTA EXTERNA DE ONCOLOGIA Y TERAPIA DEL DOLOR

#### Diagnostico

Código	Descripción	Nombre Tipo Diagnóstico
C18.9	TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA	DEFINITIVO

#### Plan de Trabajo

##### Indicaciones

PARACETAMOL 1 GR VO C 8 HRS X 6 DIAS  
TRAMADOL 8 GOTAS VO C 8 HRS X 6 DIAS  
RAMITIDINA 1 TB VO C 24 HRS NOCHE  
METOCLOPRAMIDA 1 TB VO C 8 HRS X 6 DIAS

Resultado de la Atención ALTA MEDICA      Tipo de Atención VISITA HOSPITALARIA