



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MEDICO EN EL AÑO 2021-2022  
EN EL CENTRO MÉDICO NAVAL “CIRUJANO MAYOR SANTIAGO  
TÁVARA – CMST”**

**PRESENTADO POR**

**LUIS GUILLERMO GARRO BOHORQUEZ  
SARAH GABRIELA YAIPÉN CHANCAFE**

**ASESOR**

**ROLANDO MARTÍN VARGAS CHANG**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL PARA OPTAR EL  
TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA- PERÚ**

**2022**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual  
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



**USMP** | FACULTAD DE  
UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTÍN DE PORRES | **MEDICINA HUMANA**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MEDICO EN EL AÑO 2021-2022  
EN EL CENTRO MÉDICO NAVAL “CIRUJANO MAYOR  
SANTIAGO TÁVARA – CMST”**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**LUIS GUILLERMO GARRO BOHORQUEZ  
SARAH GABRIELA YAIPÉN CHANCAFE**

**ASESOR**

**DR. ROLANDO MARTÍN VARGAS CHANG**

**LIMA- PERÚ**

**2022**

## **JURADO**

**Presidente:** M. E. Karim Elizabeth Ugarte Rejavinsky

**Miembro:** M. E. Carlos Morales Paitan

**Miembro:** M. E. Graciela Pílares Barco

## **DEDICATORIA**

A nuestros padres,

por formarnos con valores y convertirnos en las personas que somos ahora, por sus sacrificios para velar por nuestro bienestar, por enseñarnos a ser perseverantes, a afrontar las adversidades con serenidad y a dar lo mejor de nosotros cada día.

## **AGRADECIMIENTOS**

Al Centro Médico Naval “CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA”, por abrirnos sus puertas y ser parte de toda esta etapa que nos forma como futuros médicos.

A nuestros maestros, residentes y asistentes que nos inculcaron su sabiduría y nos ayudaron a reforzar nuestros conocimientos.

A nuestros abuelos, quienes son nuestra fuerza y corazón para seguir adelante

A nuestros cointernos, quienes fueron nuestro apoyo en el hospital durante todo este tiempo, y por las experiencias y momentos compartidos que quedarán en nuestros recuerdos.

# ÍNDICE

	Págs.
Portada.....	i
Jurado .....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimientos .....	iv
Índice.....	v
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL .....	3
Pediatría.....	3
Cirugía general.....	14
Medicina interna .....	18
Ginecoobstetricia.....	22
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA .....	27
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL .....	28
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA .....	31
CONCLUSIONES.....	32
RECOMENDACIONES .....	33
FUENTE DE INFORMACIÓN.....	34
ANEXOS.....	35
Anexo 1. Caso clínico 2: pediatría .....	35

Anexo 2. Caso clínico 2: pediatría .....	35
Anexo 3. Caso clínico 4: pediatría .....	36
Anexo 4. Caso clínico 4: pediatría .....	36
Anexo 5. Caso clínico 4: pediatría .....	37
Anexo 6. Caso clínico 4: pediatría .....	37
Anexo 7. Caso clínico 3: medicina interna .....	38

## RESUMEN

El Centro Médico Naval es una institución que brinda servicios de salud y ofrece atención integral y de la mejor calidad. Cada inicio de año abre las puertas a los estudiantes del área de la salud para que puedan realizar sus prácticas preprofesionales. El presente trabajo narra los casos clínicos que se consideran más relevantes.

**Objetivos:** La importancia de esta etapa es aplicar nuestros conocimientos en la práctica diaria como profesionales de medicina humana. Ejercer la medicina basada en evidencia y aplicarla con un manejo integral.

**Metodología:** La recolección de datos y experiencias propias están basadas en las rotaciones en los servicios de pediatría, cirugía general, medicina interna y ginecoobstetricia.

**Conclusiones:** Pese al temor por la incertidumbre de la pandemia se llegó a realizar de manera satisfactoria el internado; superando nuestras expectativas.

## **ABSTRACT**

The Naval Medical Center is an institution that provides health services and offers comprehensive care of the best quality. Every beginning of the year, it opens the doors to students in the health area to realize their pre-professional internships. The present work narrates the clinical cases that are considered most relevant.

**Objectives:** The importance of this undergraduate stage is to apply our knowledge in daily practice as human medicine professionals. Practice evidence-based medicine and apply it in comprehensive management.

**Methodology:** the collection of data and own experiences are based on rotations in the services of pediatrics, general surgery, internal medicine and gynecology and obstetrics.

**Conclusions:** Despite the fear of the uncertainty of the pandemic, the medical internship was carried out satisfactorily; exceeding our expectations.

## INTRODUCCIÓN

El Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távora”, es una institución de salud nivel III, la cual está a cargo de la Dirección de Salud de la Marina, y fue inaugurada el 4 de julio del año 1956, durante la gestión ministerial del vicealmirante Roque A. Saldias Maninat (1).

El Centro Médico Naval “CMST” ofrece servicios de salud, atención integral y de la mejor calidad. Cuenta con un equipo altamente capacitado y con tecnología de última generación, que atiende a todo el personal naval en actividad, retirado y a familiares, con el fin de mantenerlos psicológica y físicamente activos para su servicio o trabajo, contribuyendo de la mejor manera a cumplir con los objetivos de la institución en el área de la salud (1).

Como todos los años, el Centro Médico Naval abre las puertas a todos los estudiantes de medicina que se encuentran cursando el último año para brindar sus instalaciones y poner a disposición su personal en busca de formación integral de los futuros médicos, con el objetivo que los internos apliquen todos los conocimientos adquiridos durante los años de carrera

El hospital cuenta con un grupo de 80 internos que fueron elegidos mediante una convocatoria donde se consideraba el promedio académico, el resultado de un examen general de temario médico, y una entrevista personal, que se realizó a inicios del 2021.

Luego de la selección el hospital ofreció charlas introductorias sobre temas importantes como normas de bioseguridad, lavado de manos, contexto COVID 19, etc. El internado se inició en mayo del 2021 y en una realidad diferente a la de otros años, ya que nos encontramos en medio de una pandemia donde, como hemos podido ser testigos, el sector salud fue el más comprometido y afectado.

La pandemia del COVID 19 obligó a todas las facultades de medicina a replantear el método de enseñanza; de la presencialidad se pasó al trabajo en línea, que en gran parte contribuyó a que las actividades académicas no cesen, pero fue un gran obstáculo, en vista que los estudiantes de medicina no pudieron realizar sus prácticas hospitalarias.

El decreto de estado de emergencia hizo que tanto las autoridades del sector salud como de las facultades tomaran decisiones para reiniciar el internado, así como también salvaguardar la integridad y salud de los internos, frente al gran riesgo que significaba exponerse ante la situación.

Lamentablemente se tuvo que posponer un mes a causa de una segunda ola, y replantear su reinicio, en vista que, según la nueva normativa, era requisito estar vacunado para realizar las actividades del internado (2).

En estas circunstancias, se disminuyó el tiempo de las guardias y el aforo de internos en ciertas áreas como pediatría y gineco-obstetricia. El reto era poner en práctica lo aprendido previamente en las aulas de la facultad, respetando los principios éticos que demanda el primer nivel de atención en un sistema de salud con precariedades, pero también con oportunidades, teniendo en cuenta que algunos de los manejos terapéuticos en nuestro medio, son costosos, o de carácter limitado.

## **CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

Este último año de pregrado de la carrera de medicina es donde se consolida los fundamentos teóricos, debido a que se pone en práctica lo estudiado en años previos, por ello resulta importante realizar el internado médico.

### **Pediatría**

La rotación de pediatría fue la primera que tuvimos durante la etapa del internado. El objetivo fue aprender el manejo integral de los pacientes en la edad pediátrica, planear, aplicar los conocimientos previos, emplear el método científico en el estudio de los problemas de la salud, y realizar el manejo adecuado según la evidencia, además de reforzar lo aprendido en línea, ya que debido a la pandemia las clases personales y las prácticas hospitalarias fueron suspendidas. Dentro de ello se expondrá el manejo de cuatro casos clínicos resaltantes de la rotación.

### **Caso clínico 1**

Paciente femenina adolescente de 13 años con iniciales FVP, con tiempo de enfermedad de 4 días, su madre informó que su hija presentó epistaxis que no cedía a la compresión, por lo que acude a la emergencia del Hospital del Niño donde la estabilizan, y posteriormente le realizan la transferencia al CMST.

El día del ingreso, presentó vómitos porráceos (400 cc aproximadamente) camino a la emergencia. La paciente cuenta con antecedente de cauterización por epistaxis a los 6 años, y padre con síndrome de Gilbert. Al realizársele examen físico presenta taquipnea (35 rpm) y taquicardia (115 lpm), acompañada de una palidez marcada, el resto del examen sin alteraciones. En los exámenes de laboratorio, al ingreso se revela anemia moderada (Hb 9 g/dl), normocítica, normocrómica, leucocitosis con neutrofilia, resto de hemograma, tiempo de sangría y coagulación; TP, TPT, fibrinógeno, bilirrubinas totales, urea, creatinina, glucosa basal, enzimas hepáticas, PCR, electrolitos dentro de los rangos aceptables.

Debido al estado de la paciente se decide pasar a observación de emergencia para antibiótico parenteral, que se inicia con Ceftriaxona 2 g EV cada 12 horas, y Clindamicina 60 mg EV cada 6 horas. Al día siguiente en observación

gastroenterología indica impresión diagnóstica de hemorragia digestiva alta, se indica transfundir 2 paquetes globulares, y debido a que al control presentó Hb 7 g/dl, se le realiza endoscopia alta sin presentar sangrado activo.

Se hizo interconsulta al servicio de otorrinolaringología para descartar que el foco sea vía aérea superior, luego se le toma una TEM toraco-abdomino sin contraste, observándose múltiples nódulos subsolidos de localización centrolobulillar, con distribución peribronquiolar, que comprometen principalmente la región peribroncovascular bilateral que respeta las áreas subpleurales, y una consolidación pulmonar en segmento medial. Con la TEM se descartan procesos infecciosos como tuberculosis o neumonía, por lo que se sugiere descartar etiología autoinmune. Debido a que no representa sangrado activo ni foco aparente, se sugiere ampliar estudios, y se da pase a piso de hospitalización para manejo de la anemia por sangrado.

Al primer día de hospitalización presenta mejoría en los exámenes de laboratorio: Hb 9 g/dl. Se le solicita radiografía de tórax, BK en esputo, BK aspirado gástrico, hemocultivo, VSG, ANCA, ANA, anti-ADN, anti-SM, CC4, CC3, BCG, angioTEM de tórax. Este último muestra persistencia de infiltrado nodular centrolobulillar pulmonar bilateral, de probable naturaleza inflamatoria de tipo vasculítico, no hay evidencia de tromboembolismo pulmonar.

Al segundo día refiere tos esporádica, malestar al ingerir alimentos por sabor amargo y no realiza deposiciones por 7 días posteriores, presentando cuadro estacionario, los resultados solicitados anteriormente se presentaron dentro de rango de normalidad. El décimo día presenta un episodio de sangrado activo catamenial de aproximado 500 cc, por lo que se transfunde 4 paquetes de plasma fresco (2 unidades cada 12 h), ácido tranexámico, vitamina K por 3 días y control de TP y TPP, en la noche se encuentra con los siguientes resultados: Hb 10,4 g/dl, Hto 31%, VCM 87,8 fL, HCM 29.5 pg, plaquetas 190 000, leucocitos 5 600/mm<sup>3</sup>, segmentados 89%, linfocitos 10%, monocitos 1%, TP 13 s, TPT 31.1 s., presentando mejoría clínica, el 12vo día presenta leve sangrado catamenial, manteniéndose en estudio y cuadro estacionario, hasta el día 20 de hospitalización, donde presenta menor cantidad de deposiciones y refiere que requiere mayor esfuerzo por lo que se le suministra polietilenglicol.

En la madrugada del siguiente día refiere mayor esfuerzo y dolor al pujo, asociado a irritabilidad por lo que se le prescribe enema evacuante, presentando mejoría, se programa junta médica indicando fibrobroncoscopía (FBC) y requisitos solicitados por anestesiología, se le realiza el día 24 a la FBC y videolaringoscopia, donde se muestra mucosa irritable al paso FBC en cavidad de bronquio izquierdo, se toma muestra de lavado bronquial, se suspende la toma de biopsia por alto riesgo de sangrado, pero se realiza lavado bronquio alveolar.

Luego, se le indica Ácido tranexámico EV, Codeína EV, Dexametasona EV y observación en piso. En la noche del día 28 llegan los resultados de anatomía patológica donde se observa frotis moderadamente celular, con abundantes macrófagos espumosos cargados de hemosiderina, escasas células respiratorias sin atipia. No se observan células neoplásicas, coloración Ziehl Neesen no contributorio.

Al día siguiente pasa para manejo terapéutico para hemosiderosis pulmonar mediante prednisona e inhaladores, se le agrega hierro sacarato para el manejo de la anemia. Al no presentar molestias post procedimiento y mostrar mejoría es dada de alta. Se conversa con los padres sobre el diagnóstico y pronóstico reservado, y se les informa sobre la necesidad de que a la joven se le realicen estudios posteriores para descartar lesiones en bronquio izquierdo.

## **Caso clínico 2**

Paciente masculino de preescolar de 4 años, acude a la emergencia debido a que su familia nota que su hijo presentó ictericia hace 2 días, a las 24 horas notan ictericia en piel y escleras, dolor abdominal y acolia, niegan fiebre.

Al examen físico paciente despierto, colaborador, afebril, se observa ictericia marcada desde la cabeza hasta muslos, abdomen globoso, ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda. Se palpa hígado a 4 cm por debajo del reborde costal. Los exámenes de laboratorio revelan lo siguiente: BT 8.45 mg/dl, BD 5.92 mg/dl, BI 2.53 mg/dl, fosfatasa alcalina 554.3 U/L, TGO 2452 U/L, TGP 2595 U/L, amilasa, electrolitos, serológicos (IgM hepatitis A) en rango de normalidad, hemograma, PCR, lipasa sérica, creatinina, glucosa, sedimento urinario sin alteraciones.

Se decide pasarlo a piso de hospitalización para mayores estudios por cuadro de hiperbilirrubinemia aguda, a descartar proceso infeccioso versus autoinmune. Al primer día de hospitalización se le indica ecografía abdominal donde menciona signos de colecistopatía de morfología no biliar, evaluado por gastroenterología el 2do día, solicitando exámenes serológicos para descartar patología infecciosa, siendo no reactivo (hepatitis B y C, TORCH: CMV, rubeola, toxoplasma, sífilis; brucella sp, virus de Epstein Barr).

El tercer día presenta orina colurica y deposición de consistencia aparentemente normal, afebril, ictericia marcada en escleras, torso, abdomen y muslo, es evaluado por hematología indicando colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM) y exámenes auxiliares para carga viral de hepatitis A, B y C, anti músculo liso, ANA, control de TP, TTP e INR además de interconsulta con reumatología y gastroenterología. Se encuentra TP y TTP prolongado con 16.4 y 44.1 segundos, respectivamente; INR dentro de rangos normales.

En el resultado de inmunología especial se informa positivo para anti músculo liso (ASMA) 1/160, y no reactivo en los demás resultados solicitados, siendo sugerente de hepatitis crónica activa.

En el informe de la CPRM se informa de esplenomegalia, vesícula colapsada con paredes engrosadas (aspecto edematoso con extensión a vías biliares intrahepáticas), probable proceso inflamatorio secundario a hepatitis viral. Al quinto día, la ictericia se extiende las plantas de pies y palmas. La sospecha de hepatitis viral es alejada por los exámenes solicitados, donde reporta que no se encuentra en rangos detectables.

Sin embargo, se encuentra IgG reactivo (122 DU/dl) para CMV, y también se solicita alfa 1 antitripsina encontrándose en rangos normales. Presenta evolución tórpidas y estacionarias hasta el día 7 donde familiar presenta prurito, tos y episodio febril, en el examen físico se encuentran ruidos agregados en tórax y pulmón, describiéndose como MV disminuido en ambos campos pulmonares y subcrepitos en ambas bases, a predominio de hemitórax derecho disminuyendo progresivamente hasta el día 12. El día 8 tuvo un episodio de vómito (100 ml) por medicamento, no deposiciones por 4 días, se solicita examen de anti

mitocondriales (AAM) y anti LKM1 (liver/kidney microsomal) encontrándose no reactivo (6.74 U/ml e inferior a 1/10, respectivamente).

Al 14vo día es evaluado por neumología pediátrica, sugiriendo diagnóstico de síndrome obstructivo bronquial, indicando budesónida y salbutamol 2 puff cada 8 horas. Es programado para la noche entrar a biopsia hepática (20/07) mediante radiología intervencionista posterior pase a cuidados intermedios, donde se le realiza exámenes de laboratorio para evaluar el perfil hepático. Se recogen resultados post procedimiento, donde se le administró ácido ursodesoxicólico: TGO 1059.6; TGP 882.7; BT 5.94; BD 4.23; BI 1.71; FA 253.2; GGTP 116; y hemograma: Hb 13; leucocitos 16 530; plaquetas 254 000; PCR 0.73. mostrándose una caída de las transaminasas y de la bilirrubina, y se decide pase a piso de hospitalización.

La paciente presenta una evolución en los días siguientes, donde se recoge el resultado de anatomía patológica, reportando parénquima hepático que conserva la arquitectura, hepatocitos balonados con núcleo central, citoplasma amplio eosinófilo que contiene pigmento biliar con formación de microlagunas, espacios sinusoidal dilatado, vena centro lobulillar conservada con ausencia de necrosis, espacio porta distorsionado con infiltrado difuso de linfocitos de grado moderado que rebalsa la membrana limitante, contiene algunos eosinófilos y ocasionales neutrófilos segmentados, presencia de tracto fibrosos periportales alrededor de la vena centrolobulillar sin formar puentes (grado 1 de fibrosis); concluyendo con colestasis severa, altamente sugerente de hepatitis autoinmune.

Presenta resultado de proteinograma sérico: proteínas totales disminuidas, hipoproteinemia discreta, disproteinemia marcada, aumento de la región alfa 1, alfa 2 y gamma, disminución de la región beta, concluyendo con proceso inflamatorio crónico activo.

Por protocolo del proceso intervencionista se le realiza una ecografía donde se observa parénquima hepático conservado sin hallazgos patológicos, no se muestran hematomas subcapsulares ni en zona de punción, ni líquido en espacio de Morrison.

Mediante el manejo conjunto con el servicio de gastroenterología se le inicia tratamiento con prednisona 2 mg/kg/día y posibilidad de adicionar azatioprina. Además, se toma perfil hepático con los siguientes resultados: TGO 882.1; TGP 1309.8; BT 4.99; BD 3.50; BI 1.49; FA 287.1; GGTP 116; electrolitos hiperkalemia (5.96), resto sin alteraciones; hemograma en rango de normalidad.

Teniendo un cuadro favorable, debido a que presenta una disminución de las transaminasas y bilirrubina (Anexo 1 y 2). Se recoge resultado de laboratorio sin mostrar reactividad para hepatitis E, anti HEV ac IgG y ac IgM. Debido a la persistencia de la trombocitosis, se le realiza interconsulta al servicio de hematología, sugiriendo que es una reacción esperada del proceso inflamatorio por HAI, por lo que no requiere tratamiento adicional, y se le suministra Azatioprina siendo tolerada, luego se solicita apoyo a nutrición por el aumento del peso (+11.5%) por el uso de corticoides prolongado, se sugiere dieta hipograsa, hiperproteica sin lácteos. Posteriormente es reevaluado por gastroenterología pediátrica con perfil hepático en mejoría, sin alteraciones a nivel de laboratorio, con clara mejoría con respecto al ingreso, por lo que se le da de alta, y se le indica que continúe su medicación de Prednisona, Azatioprina, se suspende el ácido ursodesoxicólico, y se sugiere su posterior evaluación por consultorio externo, por lo que se decide el alta hospitalaria.

### **Caso clínico 3**

Paciente preescolar de 4 años con iniciales ECO que presentó hace 24 horas dolor abdominal, por lo que acude a la emergencia pediátrica del CEMENA. Como antecedente refiere que hace 3 meses presenta distensión abdominal y pérdida de peso aproximadamente de 3 kg, no acudió al hospital por desconocimiento, y por temor a infectarse por la pandemia de COVID19.

Al efectuarle el triaje, presentó un cuadro febril (38,2°C). Cuando se le somete al examen físico, se encuentra abdomen batraciano con circulación colateral, evidente masa abdominal de 12 x 10 cm en epigastrio asociado a dificultad respiratoria, se palpa hígado debajo de 7 cm debajo del reborde costal, no doloroso a la palpación, por lo que se le solicita una ecografía de abdomen, donde se observa una masa hepática, asociada a múltiples lesiones nodulares dependientes del lóbulo hepático derecho, generando efecto de masa.

Al estudio Doppler es de escasa vascularidad, masa de 67 x 47 mm con múltiples lesiones menores de 35 x 26 mm, por lo que se sugiere un estudio de TEM de tórax y abdomen para determinar la infiltración. Se observa mejor el aspecto neofornativo, y se aprecia el efecto de masa sobre órganos adyacentes, la metástasis nodular en parénquima pulmonar asociado a adenopatías mediastinales y perihiliares.

Debido al cuadro clínico y los estudios de imágenes, se diagnostica un hepatoblastoma por lo que se hospitaliza para ampliar estudios y se estudia la posibilidad de una referencia al INEN, para quimioterapia intrainstitucional y un tratamiento especializado. Se solicita perfil bioquímico (bilirrubina elevada a predominio directo; urea, creatinina, glucosa, electrolitos, enzimas hepáticas, ácido úrico y amilasa, dentro de rangos de normalidad). En el hemograma se detecta anemia moderada (Hb 8.8 gr/dl) normocítica, normocrómica, trombocitosis (723 mil), leucocitosis (18 870), segmentados 69%, perfil de coagulación normal. Se observa elevación de FA, DHL, transaminasas, anemia microcítica hipocrómica.

Al 2do día se recogen resultados de inmunología, reactivo para HBsAg; sin alteración para HBsAc, Anti HBcAg, hepatitis C, COVID 19; se solicita marcadores tumorales AFP > 60 500, CEA 1.94, BHCG < 0.2. Se iniciar Ceftriaxona 600 mg EV cada 12 horas. Oncología indica iniciar plan con oncología pediátrica, gastroenterología sugiere completar estudios para ayuda diagnóstica etiológica para manejo y pronóstico, no sugiere biopsia por riesgo de diseminación.

El quinto día de hospitalización se observa un aumento del perímetro abdominal, se solicita CVC y se deja receta para quimioterapia (cisplatino 50 ug 3 unidades, doxorubicina 3 unidades), pero previamente se busca eliminar todos los posibles focos infecciosos del paciente, debido al efecto secundario de inmunosupresión.

Se toman cultivos y potenciales auditivos evocados (el examen revela audición normal: BERA muestra de onda con composición morfológica, ampliación normal ondas V hasta estímulos de 20 decibeles en ambos oídos, buena conducción neurofisiológica VIII PC bilateral), por lo que se decide iniciar quimioterapia y

derivar al hospital de INEN para un manejo más especializado, el paciente recibe quimioterapia según protocolo de SIOPEL IV, posterior al avance clínico de la clínica tumoral y disminución de AFP ingresa a tratamiento quirúrgico en INEN, realizando una hepatectomía transversa superior derecha más parche de epiplón, con la anatomía patológica de Hepatoblastoma mixto epitelial y mesenquimal, con 70% de necrosis tumoral, invasión linfovascular ausente, márgenes quirúrgicos libres.

El paciente es contrareferido para que pueda ser hospitalizado para continuar tratamiento con quimioterapia con esquema de rescate, con dosis de ataque de VCR 1,5 mg/ml, pasando a 1 mg EV en bolo como mantenimiento, agregándose IRINOTECAN 50 mg/ml por 5 días. Tras el transcurso no presenta interurrencias y completa esquema, tolera la vía oral, no diarrea, sus exámenes de laboratorio revelan mejoría, por lo que se le da de alta, y se indica manejo por consultorio externo a pediatría y oncología.

#### **Caso clínico 4**

Paciente escolar femenina de 13 años que ingresa a la emergencia pediátrica por debilidad generalizada, caracterizada por la imposibilidad de mantenerse de pie desde hace 3 días. La madre informa que su hija presenta conductas de ejercicio excesivo, sensación de culpa tras ingerir alimentos, y agrega que presenta amenorrea desde octubre del 2020.

Informa además que fue evaluada por médico internista mediante teleconsulta, a pesar de seguir un régimen nutricionista en mayo del 2021 refiere que aun presenta pérdida de peso. Al examen la paciente presenta caquética, ausencia de tejido celular subcutáneo, mal estado general, mal estado nutricional, mal estado hídrico, con bradicardia, peso de 35 kg, talla 1.65 m, IMC 12.9, con frialdad distal, palidez marcada, seca, poco elástica, acrocianosis.

Presenta lesiones petequiales a nivel toraco abdominal. Zonas hiperpigmentadas, petequias en tórax, abdomen y muslos; lesiones de cicatrices lineales en antebrazos, úlceras interdigitales en pies, edema en manos y tercio distal de miembros inferiores; abdomen excavado con RHA presentes, no doloroso a la palpación, debilidad muscular proximal y distal, atrofia muscular,

sistema respiratorio, cardiovascular y neurológicos sin otros hallazgos contributorios.

Se plantea el diagnóstico de anorexia nerviosa y desnutrición severa, por lo que se decide hospitalizar a la paciente, sugiriendo dieta líquida amplia a tolerancia, más fluidoterapia con dextrosa 5% a 58 cc/h, se muestra bradicardia sinusal y QT 0.5.

La paciente fue evaluada por el servicio de cardiología sin sugerencia de usar algún medicamento. Se solicita sugerencias al servicio de psiquiatría, indicándole Fluoxetina 20 y acompañado de medidas adicionales como sujeción de miembros, restricción de visitas familiares y amigos, manejo conjunto con USNA (unidad soporte nutricional avanzado) y pediatría. Fue examinada por USNA, y se le diagnosticó desnutrición proteica somático-severa y visceral moderada, con pérdida de peso severa.

Por tal razón, para su recuperación, se establece una meta calórica de 1225 kcal, 42 gr/día de proteínas, para la nutrición se inicia fórmula polimérica 15ml/h por 20 horas, con el objetivo de progresar según tolerancia. En cambio, se sugiere que se le realice consultas en psiquiatría para evaluar y tomar medidas adicionales.

Se decide optar por nutrición enteral total (NET) por sonda nasogástrica (SNG) con alterna péptido 15 ml/h por 20 horas. En piso de psiquiatría, se le agrega la nutrición indicada más fluidoterapia a 55cc/h mediante Dextrosa 5% (1000cc) con NaCl 20% a 40cc y KCl al 20% a 15cc, más Ranitidina 35 mg EV c/8h.

Al día siguiente, en de psiquiatría se aumenta el NET a 30ml. Sin embargo, la paciente presenta hipomagnesemia e hipofosfatemia, por riesgo de síndrome de realimentación pasa a UCI de intermedios pediátrica, y se le detecta bradicardia (47 lpm).

Sin alteración del sensorio, se indica la suspensión de NET y la sujeción de miembros, las visitas son permitidas, se inicia nutrición por SNG con fórmula polimérica 21% 15 cc/h, omeprazol 40 mg EV c/24h.

Se suspende la Ranitidina, y se prescribe Ácido fólico, Tiamina, Fosfokalium 10 mmol en 300 cc de NaCl al 0.9% en un periodo de 8 horas, poligelina 300 cc EV,

se aumenta la concentración del formula polimérica a 25% y la velocidad a 20cc/h al siguiente día. La paciente se encuentra alerta, con debilidad generalizada, y un cuadro clínico estacionario. Dentro de los controles rutinarios de UCI (Anexo 3 y 4) presenta a trombocitopenia (66 000) por lo que se realiza interconsulta con hematología, además se observa elevación de transaminasas, dejándose exámenes serológicos. Tres días después se reevalúa, concluyendo con trombocitopenia secundaria a falla hepática, sugiriendo Ácido fólico 1 gr/día, y hidroxicobalamina EV c/24h x 7 días.

La paciente estuvo 5 días en UCI intermedios de pediatría. Dentro de su estancia presentó un cuadro aparentemente estable con estreñimiento, que mejora con la colocación de un enema para evacuar, por lo que es trasladada a un piso de hospitalización.

Debido a la elevación de transaminasas previamente comentada, es evaluada por gastroenterología (Anexo 4), y por el servicio de USNA. Gastroenterología solicita reevaluar con control en 72 horas y realizar una ecografía abdominal.

USNA sugiere reiniciar NET y reducir volumen a 10 cc/h, realizar un control de electrolitos, perfil hepático, urea creatinina, nitrógeno ureico en orina de 24 horas. La paciente permanece en piso hospitalario una semana. En su estancia, se solicita interconsulta al servicio de Nefrología solicitando exámenes (Anexo 5) y en el examen de orina se observa leucocitosis, una proteinuria de 24 horas de 11.6 mg/24h, por lo que se sugiere solicitar depuración de Cr y proteinuria en orina de 24 h, examen de orina y urocultivo (sin sonda vesical para evitar contaminación polimicrobiana), y una reevaluación con resultados.

Además, en la ecográfica abdominal se observan los riñones con incremento de ecogenicidad a descartar insuficiencia renal crónica, hígado graso grado 1, ascitis. En su 7mo día en piso, la paciente presenta disminución de la diuresis, se le coloca sonda Foley, se agrega que enfermería reporta que la paciente obstruía la SNG.

Por tal razón, se realiza junta médica que decide suspender el uso de la fluoxetina por la falla hepática, la enferma es sometida a un manejo multidisciplinario, liderado por gastroenterólogo pediatra con experiencia en el

campo nutricional. La estancia debe ser en UCI pediátrica, para brindar un monitoreo estricto, ante la posibilidad de requerir procedimientos invasivos.

En la UCI pediátrica se sube progresivamente el NET al valor anterior, sugerido por USNA, además agregan control estricto de glicemia, control diario de electrolitos. Solicita dosaje de Vit B12, A, D, ácido fólico, hierro sérico, saturación de transferrina, ferritina, cortisol, perfil tiroideo, zinc, C3-C4, recomienda 1 ampolla de multivitamínicos, y una evaluación cardiológica.

Ese mismo día la paciente presenta movimientos oculares divergentes y desconexión con el entorno, se le realiza un hemoglucotest revelando hipoglicemia de 25 mg/dl, por lo que se le administra 2 ampollas de Dextrosa al 33%, mejorando rápidamente, por lo que se solicita IC al servicio de neurología, sugiriendo monitores de conciencia, evaluación por psiquiatría.

Se piensa descartar en falla multiorgánica, al día siguiente presenta deterioro de la conciencia por lo que es intubada y se le realiza un análisis de gases arteriales (Anexo 6) hallándose una alcalosis respiratoria descompensada con ácido láctico en 1.4, se le toma un urocultivo y hemocultivo. Se muestra gran deterioro clínico con los siguientes diagnósticos: encefalopatía metabólica hipoglucemia, falla hepática aguda de etiología a determinar, encefalopatía hepática, sepsis punto de partida urinario, trastorno de coagulación, anemia multifactorial. Dentro del manejo se considera el inicio de cobertura antibiótica con Piperacilina/tazobactam 2.4 gr EV c/8h, poligelina 100 cc EV.

La paciente no mejora con el tratamiento recibido, presentando un episodio de hipokalemia por lo que se agrega retos de potasio, y uso de poligelina por presentar presión arterial disminuida. En la tarde presenta paro cardiorrespiratorio, por lo que se le indica maniobras de resucitación más aplicación de Adrenalina y Atropina en dos ciclos. Tras no responder ante las maniobras por 31 minutos, se deja constancia de fallecimiento de la paciente, posterior al urocultivo se aísla *Klebsiella pneumoniae*.

La causa de fallecimiento se atribuye a shock séptico, falla multiorgánica, paro cardiorrespiratorio y muerte.

## **Cirugía general**

La rotación de cirugía general fue la segunda durante el internado, servicio en el cual se encargan del diagnóstico y tratamiento de patologías quirúrgicas y/o realización de procedimientos que lo requieran.

El servicio de cirugía está conformado por grandes profesionales, que junto con otras especialidades realizan un trabajo multidisciplinario a favor del bienestar y salud del paciente.

### **Caso clínico 1**

La paciente mujer de 24 años acude a la emergencia con un tiempo de enfermedad de 24 horas, caracterizado por dolor abdominal tipo cólico con una intensidad 8/10 que se inicia en epigastrio y se irradia a cuadrante inferior derecho, asociado a náuseas y vómitos de contenido alimentario en más de 10 episodios, por persistencia de los síntomas acude a la emergencia.

Tiene el antecedente patológico de esquizofrenia en el año 2013. En la actualidad se trata con Clozapina 100 mg 3 tabletas cada 24 horas, Biperideno 2 mg cada 12 y Clonazepam 1 mg cada 24 horas. FUR 21/08/21. El examen de funciones vitales se encuentra dentro del rango normal. El abdomen se observa distendido, blando, globuloso, emana ruidos hidroaéreos presentes disminuidos en intensidad, resistencia a la palpación, Mc Burney positivo. El resto de los sistemas sin alteración.

Los exámenes de laboratorio revelan un hemograma patológico, con una marcada leucocitosis sin desviación izquierda y PCR en niveles elevados de 163.45. Además, se le realizó una ecografía abdominal donde se confirma el diagnóstico de apendicitis aguda.

La paciente es hospitalizada para ser intervenida quirúrgicamente, se le indica NPO y se administra cefazolina 2 gr 30 minutos antes de SOP. Los hallazgos operatorios demuestran apéndice cecal perforado y liquido purulento de aproximadamente 200 cc. en fondo de saco.

Finalmente, la operación efectuada resultó en una apendicetomía laparoscopia por apendicitis aguda complicada por perforación, peritonitis generalizada y colocación de 3 drenes penrose. La paciente inicia un tratamiento antibiótico con

Piperaciclina/tazobactam 4.5 mg. EV cada 6 horas durante 5 días y analgesia con Ketoprofeno 100 mg EV cada 8 horas. Es importante continuar el tratamiento psiquiátrico en este caso, ya que la suspensión brusca del uso de la Clozapina puede causar mayor sintomatología de la esquizofrenia, lo cual complicaría el estado de la paciente.

En este caso se interconsulta al servicio de psiquiatría indicó que se continúe con la clozapina sublingual. La paciente no presentó complicación alguna durante los días de hospitalización, por lo que es dada de alta.

## **Caso clínico 2**

Paciente varón de 67 años, refiere que desde hace 4 años es diagnosticado de hernia inguinal por examen de imagen tomado en control prostático, asintomático. Desde hace 3 años presenta sensación de masa en región inguinal izquierda, de consistencia blanda, asociada a dolor local con una intensidad 6/10 que se irradia a hipogastrio y testículo izquierdo, la que aumenta al realizar esfuerzos y pujo, pero cede al reposo.

Además, afirma que dicha patología limita sus actividades diarias, niega cambios inflamatorios y/o de coloración y nota progresión en el tamaño desde el último año, motivo por el cual acude a CEMENA para programación de cirugía electiva. Entre sus antecedentes patológicos encontramos: Hipertensión arterial desde hace 30 años en tratamiento actual con Atenolol 100 mg 1/2 tableta VO cada 24 horas, Hidroclorotiazida 25 mg 1 tableta VO cada 24 horas, diabetes mellitus desde hace 10 años en tratamiento actual con Metformina 850 mg. ½ tableta VO cada 12 horas, cáncer de próstata diagnosticado en el 2017 en tratamiento actual con Bicalutamida 150 mg 1 tableta VO cada 24 horas y Neodecapeptyl 1 ampolla IM cada 3 meses, niega COVID 19, alérgico a uso de metronidazol.

Entre las cirugías previas tenemos: apendicetomía convencional en el año 2006, prostatectomía en el año 2017, colecistectomía laparoscópica en el año 2021. El Paciente se encuentra con funciones vitales estables, con aparente buen estado general. El examen físico abdominal presenta formación globulosa, muestra 4 heridas operatorias de 0.5 a 1 cm en región umbilical, epigastrio y flanco derecha e izquierda, incisión Rocky Davis en fosa iliaca derecha y cicatriz mediana

infraumbilical, blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, y dolor a la palpación profunda en hipogastrio.

En la región inguinal se palpa masa de 5 x 3 cm de consistencia blanda en región inguinal izquierda que reduce al decúbito, maniobra de Valsalva negativo, Landívar positivo, sin signos de flogosis ni cambios de coloración, anillo inguinal de 2 cm de diámetro aproximadamente.

Dentro del plan de trabajo se le solicita exámenes auxiliares los cuales no muestran alteración alguna. La cirugía programada fue una hernioplastia inguinal convencional vs laparoscópica, se deja al paciente en NPO a partir de las 22 horas previo a la cirugía, se administra profilaxis antibiótica con cefazolina 2 gr EV 30 minutos antes, micción pre SOP y vendaje muslo pedio con vendas elásticas.

La operación efectuada fue una hernioplastía inguinal convencional, debido a que el paciente presentaba una gran cantidad de bridas y adherencias producto de las cirugías anteriores, pasa a sala de recuperación post cirugía para ser monitoreada y posterior a eso es llevada a sala de hospitalización para continuar manejo analgésico y vigilar signos de alarma. Se le explica que es primordial usar calzoncillo suspensor desde el día 1 post operatorio, también evitar cargar peso y realizar actividades físicas que demanden esfuerzo intenso, mejorar la alimentación y consumir dieta rica en fibra. Luego de presentar evolución es dado de alta, y se le programa un control por consultorio externo 7 días después.

### **Caso clínico 3**

Paciente mujer de 63 años con las iniciales LRR refiere un tiempo de enfermedad de 11 meses caracterizado por distensión abdominal, asociada a pirosis posterior a ingesta de comidas copiosas, motivo por el cual acude al gastroenterólogo, quien le solicita una ecografía abdominal estableciendo el diagnóstico de esteatosis hepática, asociado a litiasis y poliposis vesicular. Refiere que 5 meses antes del ingreso presenta dolor tipo cólico en epigastrio e hipocondrio derecho, asociado a náuseas que no conllevan a vómitos.

Se solicita consulta por servicio de cirugía general donde se le solicitan exámenes prequirúrgicos para programación de cirugía electiva. Entre los

antecedentes patológicos encontramos: Diabetes mellitus e hipotiroidismo desde hace 6 años, nódulos tiroideos hace 7 años, niega reacciones alérgicas medicamentosas. Respecto a los antecedentes quirúrgicos: histerectomía hace 30 años, legrado uterino hace 35 años, anexectomía bilateral hace 15 años y tiroidectomía total hace 7 años. La paciente se encuentra con funciones vitales estables. Al efectuársele examen físico se observa una cicatriz cervical anterior de aproximadamente 4 cm, y una cicatriz suprapúbica de 15 cm por antecedentes quirúrgicos. Resto de aparatos sin alteraciones. Evaluada por el servicio de cardiología y endocrinología para una intervención quirúrgica, se realizan los exámenes de laboratorio correspondientes los cuales no arrojan alteraciones.

El reporte operatorio indica que la operación efectuada fue una colecistectomía laparoscópica por una colecistitis crónica calculosa, donde los hallazgos operatorios fueron vesícula biliar de 6 x 3 cm con abundante barro biliar, arteria cística única, conducto cístico único y el resto de órganos sin alteraciones. Al término del procedimiento es llevada a sala de recuperación para monitoreo y control de funciones vitales. Luego pasa a sala de hospitalización sin complicaciones con tratamiento analgésico, y posterior a eso es dada de alta por con indicaciones de dieta blanda, analgesia horaria para calmar el dolor- si es que aún persiste- y control en una semana para el retiro de puntos.

#### **Caso clínico 4**

Paciente mujer de 55 años con un tiempo de enfermedad de 3 días señala que posterior a colecistectomía laparoscópica sintió que el dolor abdominal a predominio de hipogastrio e hipocondrio derecho fue en aumento, acompañado de náuseas y vómitos biliosos (17 veces por día), además no tolera vía oral motivo por el cual vuelve a la clínica donde fue operada. Refiere que no le administraron tratamiento, por lo que solicita su alta voluntaria e ingresa al hospital por emergencia. Entre sus antecedentes quirúrgicos tenemos cesárea anterior en dos ocasiones, monorrena por donación en el 2019 y colecistectomía laparoscópica. Niega antecedentes patológicos.

Al examen físico paciente se encuentra en aparente regular estado general, con una fascie dolorosa, el abdomen se encuentra distendido, blando, depresible,

ruidos hidroaéreos disminuidos en intensidad, doloroso a la palpación superficial y profundo en epigastrio e hipocondrio derecho. Presenta signos de irritación peritoneal.

Se le coloca una sonda nasogástrica a gravedad con un residuo gástrico mayor a 1000 cc de contenido gastro bilioso. Asimismo, se le realiza una tomografía abdominal con hallazgos compatibles con asa intestinal pexeada a zona umbilical. El servicio de cirugía lo califica como un abdomen agudo quirúrgico, y el paciente es programada para sala de operaciones de emergencia. Se realizan los exámenes de laboratorio y riesgos prequirúrgicos, e ingresa a SOP.

La operación efectuada fue una laparotomía exploratoria, dren Penrose, rafia intestinal, adherenciólisis por obstrucción intestinal por bridas y adherencias y asa intestinal pexeada. Los hallazgos operatorios fueron asas delgadas distendidas con adherencias de yeyuno con punto de sutura a región umbilical, múltiples bridas y adherencias en línea media supraumbilical, yeyuno distal con estrechamiento por brida, asas distendidas proximales, asas colapsadas distales a aproximadamente a dos metros de la válvula ileocecal y líquido libre serohemático de aproximadamente 500 cc en cavidad.

Luego es llevada a sala de recuperación para vigilar signos de alarma y control de funciones vitales para luego ser llevado a hospitalización. Durante los días post operatorios presenta picos febriles en dos oportunidades que ceden con la administración de Metamizol 1 gr. EV. Posteriormente se le prescribe un tratamiento antibiótico con Ceftriaxona 2 gr. EV cada 24 horas y Metronidazol 500 mg. cada 8 horas EV. Se envía interconsulta a unidad de nutrición del Hospital Naval, y se solicita evaluación por su servicio para nutrición parenteral. Concluye su tratamiento antibiótico, y tras no presentar complicaciones en su estancia hospitalaria, se le da de alta precoz con controles semanales por consultorio externo.

### **Medicina interna**

La rotación de medicina interna incluía el manejo integral de los pacientes mayores de 18 años. Es el servicio con mayor afluencia de pacientes, los cuales posterior a la evaluación del servicio y estabilización, podrían ser distribuidos de acuerdo con la especialidad encargada para un manejo específico de la etiología.

En numerosas ocasiones el servicio participaba en el manejo conjunto de diversos pacientes de las áreas clínicas como neumología, cardiología, gastroenterología, neurología, entre otros.

En los diversos casos clínicos observados, se han escogido las entidades más prevalentes en el servicio en piso de hospitalización.

### **Caso clínico 1**

Paciente adulta mayor de 91 años con iniciales EFV, con antecedente de Alzheimer, hace 1 semana presenta dificultad respiratoria, somnolienta con compromiso del sensorio y saturación <89%, se le toma antígeno COVID 19 con resultado positivo, presenta anemia moderada normocítica, normocrómica según hemograma solicitado, se decide hospitalizar a la paciente por su mal estado general.

Se decide manejar con CBN a 5L, a los días posteriores se solicita pancultivo por presentar fiebre de origen desconocido, debido a que se aleja la posibilidad diagnóstica por SARS COV2, por disociación según la historia natural de la enfermedad y los periodos de patogenicidad. Posterior a los resultados se encuentra con un sedimento patológico (leucocituria, hematuria), por lo que se solicita un urocultivo. Se le inicia tratamiento con Ceftriaxona 1 gr. EV cada 24 horas por 5 días, luego del resultado del urocultivo negativo se le da de alta hospitalaria a la paciente.

### **Caso clínico 2**

Mujer 51 años, que se desempeña como docente, se le realiza una TAC toracoabdominal debido a dolor abdominal intenso, donde se observan de manera incidental nódulos pulmonares de aspecto neoplásico. Como antecedentes de importancia presenta carcinoma basocelular en el oído externo derecho, tratado con radioterapia y diverticulosis colónica.

Por presentar una imagen sugerente a neoplasia de pulmón acuden al establecimiento para ampliar estudios (programar biopsia por aspiración pulmonar). Se realiza interconsulta con el servicio de radiología intervencionista donde se realiza BIPA mediante tomografía para tomar muestra y enviarlo a anatomía patológica. Post procedimiento se evidencia neumotórax leve a

predominio de base derecha, por lo que se decide manejar el dolor con ketoprofeno 100 mg EV cada 8 horas, oxígeno por CBN a 2L/min, por no encontrarse complicaciones al día siguiente, se le da de alta hospitalaria para manejo por consultorio externo.

### **Caso clínico 3**

Paciente ama de casa de 47 años, procedente de Comas, sin antecedente de importancia, refiere que hace 5 horas presenta súbitamente dolor abdominal tipo cólico en epigastrio de intensidad 8/10, que se irradia en todo el abdomen e intensificándose hasta 10/10 asociado a escalofríos, náuseas, vómitos de contenido bilioso y sensación de alza térmica por lo que acude a EMG.

Durante el examen se detectan ruidos hidroaéreos presentes, pero disminuidos en intensidad y frecuencia, abdomen no doloroso a la palpación profunda ni superficial, no masas, no McBurney, no Blumberg, hemodinámicamente estable, con exámenes auxiliares (Anexo 7) evidenciándose elevación de bilirrubina (BT 2.03, a predominio de BD), elevación de fosfatasa alcalina, GGT, y transaminasas y leucocitosis (19 mil), donde se descarta abdomen agudo quirúrgico, y se decide hospitalizarla ante el cuadro de colangitis aguda para tratamiento antibiótico EV, control, analgesia y estudios complementarios, indicando ceftriaxona + metronidazol, NPO, e hidratación EV 80 cc/h.

Al primer día hospitalizado refiere haber despertado por náuseas y 4 episodios de vómitos de contenido bilioso, acompañado de dolor abdominal leve. El servicio de enfermería reporta un pico febril de 38° C en la mañana, sin embargo, al someterse al examen el paciente no presenta dolor frente a la palpación profunda, se la nota icterica, se le maneja con Ceftriaxona 2gr EV cada 24h más Metronidazol 500 mg EV cada 8h por 7 días, continua en NPO y se sube la hidratación EV a 100 cc/h, Ranitidina 50 mg EV cada 24h, Dimenhidrinato 50 mg EV cada 8h, Metamizol condicional a fiebre. Ese mismo día presenta otro pico febril en la tarde el cual cede con metamizol y otro episodio subfebril en la noche. Despierta afebril, pero con sensación de nausea constante.

Al control de bilirrubinas se encuentra hiperbilirrubinemia, aumento de la GGT, PCR, sospechando en estasis biliar por lo que solicita ecografía y RMN. Sin embargo, se encuentra inoperativo sin fecha operativa por lo que se solicita TAC

abdominal c/contraste, por la persistencia de síntomas y alteración de valores de laboratorio se sospecha en colestasis extrahepática, buscando descartar colecistitis aguda litiásica, donde se confirma con ecografía, mostrándose vesícula biliar distendida 88 x 27 mm, de pared engrosada con litiasis en su interior de 6 mm. Al 4to día de su estancia, presenta mejoría clínica y respuesta favorable al tratamiento. Al mantenerse estacionario, con cumplimiento del esquema antibiótico se le da de alta del servicio y hospitalaria para control por consultorio externo de cirugía y programación de colecistectomía.

#### **Caso clínico 4**

Paciente varón de 63 años, militar en retiro, natural de EE. UU., procedente de Surco, acude con TE de 1 día caracterizado por dolor abdominal intensidad de 9/10, de tipo cólico en FII, manejado con hioscina, niega SAT, niega náuseas/vómitos, niega diarrea, acude a la EMG con resultado de ecografía concluyente de enfermedad diverticular. Con antecedente de apendicetomía convencional, HTA diagnosticado hace 2 años en tratamiento con Bisoprolol y Telmisartan, sin vacunación previa contra SARS COV2.

Al examen de funciones vitales dentro de rango de normalidad, presenta abdomen globuloso, doloroso a la palpación superficial a predominio de FII, por lo que se decide hospitalizar por manejo antibiótico EV con Ceftriaxona 2 gr EV c/24 h, Metronidazol 500 mg EV c/8 h, Ranitidina 50 mg EV c/12h, con dieta blanda hiposódica. Ingresa con diagnóstico de enfermedad diverticular aguda por ecografía, hepatopatía crónica difusa por ecografía, hiperplasia prostática II y obesidad tipo 1.

Al primer día presenta mejor tolerancia del dolor, luego refiere erupción a nivel dorsal del brazo izquierdo, que se presenta por 2 horas después de administración de contraste para TEM. Se le administra hidrocortisona y clorfenamina, además presentó pico febril en la noche, por lo que se pone en NPO.

Al 2do día de hospitalización se evidencia por TEM diverticulitis aguda: Hinchey modificada IA, en colon descendente. Su estado progresa con dieta líquida amplia. El paciente tiene una evolución por lo que se progresa de dieta, además se plantea el alta por el servicio, y continuar el tratamiento ATB por VO con

Ceftriaxona 500 mg a tableta cada 12 horas por 5 días + Metronidazol 500 mg VO 1 tableta cada 8h por 5 días, control ambulatorio por el servicio de urología para manejo y seguimiento de HBP, y se le receta Tamsulosina 0.4 mg VO cada 24 horas, por 5 días.

### **Ginecoobstetricia**

La rotación de ginecología obstetricia fue la última del internado. Esta especialidad se encarga de la salud integral de la mujer a lo largo de toda su vida, tanto en el diagnóstico y tratamiento de patologías de los órganos reproductivos, así como la etapa del embarazo, parto y puerperio.

### **Caso clínico 1**

Paciente de 29 años con iniciales CM, gestante inicial de 5 semanas 3 días, acude a emergencia por presentar dolor en fosa iliaca izquierda que se irradia a zona lumbar desde hace dos días, asociado a sangrado escaso. Entre los antecedentes gineco obstétricos encontramos: menarquía a los 12 años, ciclos regulares, régimen catamenial 4 x 30 días, inicio de vida sexual a los 21 años, fecha de última regla 17/12/21, con formula obstétrica G2P0010. Presentó un embarazo ectópico en el año 2016.

En la emergencia se le indica un examen de BHCG que arroja como resultado 1574 mUI/mL compatible con una gestación de 5 semanas aproximadamente, además se le realiza una ecografía transvaginal donde se muestra engrosamiento endometrial de 21 mm en su diámetro mayor y liquido libre en fondo de saco de Douglas. Previamente es evaluada donde encuentran al examen funciones vitales dentro del rango normal. A la especuloscopia se observa sangrado oscuro escaso y al tacto vaginal cérvix no dilatado.

Los exámenes de laboratorio reportan hemoglobina de 12.6 gr/dl y hematocrito de 36.5%. A la paciente se le hospitaliza con el diagnóstico de aborto incompleto vs embarazo ectópico para vigilar signos de alarma y control de BHCG seriado, sin embargo, continúa con dolor pélvico y sangrado de escasa cantidad, y niega otras molestias asociadas. Se le realiza control de BHCG el día 1 y 3 de hospitalización con los siguientes resultados: 1674 mUI/mL y 2647 mUI/mL, respectivamente, los cuales muestran el aumento de los valores por lo que se decide realizarle una ecografía transvaginal control, donde se halla un

endometrio engrosado de 21.6 mm, ovario izquierdo de 29 x 22.7 x 27 mm con imagen anecogénica de 15 mm (probable cuerpo lúteo), en espacio para ovárico izquierdo se observa una imagen redonda con halo hiperecogénico de 12 mm.

Se concluye embarazo de localización incierta, continuar BHCG seriado y control ecográfico. El 5 día de hospitalización se le realiza otro examen de BHCG con resultado de 3547 mUI/mL y control ecográfico, donde los hallazgos fueron formación sacular de 15 x 12 mm y vesícula de 4 mm, cuerpo lúteo de 25 x 16 mm.

Se estableció un diagnóstico de embarazo ectópico no complicado, de tipo asintomático y se le explicó el tratamiento a seguir con metrotexate, y control de BHCG hasta resolución del cuadro. Se inicia el tratamiento con Metrotexate 50 mg IM STAT, seguido de un control de BHCG en 72 h el cual reveló como resultado 5100 mUI/mL.

En ese momento se le realizó otra ecografía transvaginal con los siguientes hallazgos: ovario izquierdo con cuerpo lúteo en zona para ovárica izquierda e imagen anecogénica de 18 mm con escasa vascularidad. Se agrega a la paciente una segunda dosis de metrotexate, y de no ver resultados se plantea la probabilidad de una laparoscopia exploratoria. 48 horas después de última dosis de metrotexate la paciente presenta un dolor intenso, tipo cólico en fosa iliaca izquierda con una intensidad 10/10 que no se calma con analgésicos. Al efectuársele examen físico abdominal, presenta un dolor a la palpación superficial en hipogastrio y fosa iliaca izquierda, signo del rebote positivo.

Posterior a ello, la paciente es programada para una laparoscopia exploratoria por embarazo ectópico complicado, encontrándose en el anexo izquierdo: trompa adherida a pared abdominal y dilatada, con masa violácea de aproximadamente 4 cm con sangrado escaso, ovario con quiste de aproximadamente 2 cm cubierto por adherencias, en el derecho, ovario normal, trompa tortuosa, útero de aproximadamente 8 cm sin alteración aparente, tejido inflamatorio y cicatricial en pared posterior. Tras su evolución en sala de recuperación, la paciente pasa a sala de hospitalización, a la espera de una respuesta satisfactoria al cuadro presentado.

## **Caso clínico 2**

Paciente mujer de 27 años, con las iniciales de BR acude a la emergencia con un tiempo de enfermedad de 3 días caracterizados por escalofríos, sensación de alza térmica y dolor tipo punzante en herida operatoria (cesárea) de intensidad 5/10. Además, refiere que 1 día antes del ingreso presenta secreción serohemática con mal olor.

Entre los antecedentes gineco obstétricos encontramos menarquía a los 10 años, régimen catamenial 5/28 días, fecha de ultima regla 25/04/21, último Papanicolau en el año 2017, formula obstétrica G2P1011. Tuvo un aborto a las 6 semanas de gestación en el año 2019, por lo cual fue intervenida quirúrgicamente para un legrado uterino, y actualmente es paciente post operada de CSTI por DCP, por gestación de 40 semanas. La paciente se encuentra con funciones vitales estables, con aparente regular estado general. Al practicársele examen físico, se detectan en el abdomen ruidos hidroaéreos positivos, el que se encuentra blando, depresible, doloroso a la palpación superficial, presencia de vesículas a nivel de herida operatoria, bordes eritematosos y secreción seropurulenta mal oliente.

Posteriormente es hospitalizada por infección del sitio operatorio, y se inicia tratamiento antibiótico con Oxacilina 1 gr EV, cada 6 horas y Gentamicina 160 mg EV cada 24 horas. Asimismo, se indica curación diaria en la herida operatoria con alcohol al 70%. Al responder favorablemente al tratamiento, es dada de alta por el servicio.

### **Caso clínico 3**

Paciente mujer de 36 años con las iniciales NR, refiere que hace unas semanas presenta dolor abdominal bajo persistente, motivo por el cual acude al ginecólogo donde le realiza una ecografía con el hallazgo de quiste de ovario izquierdo, asimismo en el examen físico, durante la especuloscopia se observa lesión en el cuello uterino que, al realizar una biopsia, resulta una displasia leve focal NIC I.

Dentro de los antecedentes gineco obstétricos presenta menarquía a los 11 años, régimen catamenial 5 x 28 días, fecha de última regla 11/01/22, método anticonceptivo: ninguno, primera relación sexual a los 19 años, última relación sexual hace aproximada una semana, fórmula obstétrica G2P2002. Respecto a los antecedentes quirúrgicos: apendicetomía laparoscópica en el 2017, cesárea en el 2018, fractura de pie izquierdo en el 2020. Hábitos nocivos: tabaco (diario) aproximadamente 2 cigarrillos por día. Paciente llega al servicio de G-O para hospitalizarse con el diagnóstico de quiste anexial izquierdo vs teratoma / NIC I y se programa para sala de operaciones, previo riesgo quirúrgico y completar exámenes de laboratorio. La operación efectuada fue laparoscopia exploratoria con anexectomía izquierda por teratoma anexial izquierdo.

Los hallazgos operatorios fueron útero de aspecto adenomiósico, superficie con fibrina a predominio en cara posterior, anexo derecho: ovario normal. Trompa con quistes de Morgani menor a 1 cm, anexo izquierdo: ovario con quiste complejo con contenido graso, pelos de aproximadamente 3 x 3 cm que compromete  $\geq 80\%$  de la superficie ovárica, trompa normal, fondo de saco posterior con líquido citrino. También se le realizó un cono leep, donde se halló vagina amplia y cérvix con lesión granulomatosa peri orificial y eritema. Se plantea estudio anatomopatológico de tumoración anexial y lesión en cérvix.

La paciente pasa a sala de recuperación, y horas después es llevada a clínica de oficiales para tratamiento analgésico, responde favorablemente y es dada de alta.

#### **Caso clínico 4**

Paciente mujer de 28 años con las siglas TLL, ingresa a la emergencia con un tiempo de enfermedad de 2 semanas. Refiere dolor en zona pélvica, tipo cólico con una intensidad 8/10, que cede parcialmente con antiinflamatorios, además también presenta secreción vaginal abundante mal oliente. Dentro de los antecedentes gineco obstétricos encontramos menarquía a los 15 años, régimen catamenial 4 x 21-28 días, fecha última regla 28/01/22, método anticonceptivo:

ampolla mensual (mesagina), primera relación sexual a los 18 años, última relación sexual hace 2 meses, fórmula obstétrica G0P0000.

Dentro de los antecedentes patológicos indica que el año pasado (2021) tuvo una infección del tracto urinario en dos oportunidades con tratamiento. El examen físico reveló paciente se encuentra con funciones vitales estables, con aparente regular estado general y posición antálgica. Al tacto vaginal presenta dolor a la movilización de anexos y a la especuloscopia se evidencia cérvix eritematoso y flujo vaginal de regular cantidad. Se le realiza una ecografía transvaginal donde se detectan signos ecográficos que sugieren salpingitis derecha. Además, se le realizan exámenes de laboratorio: sedimento urinario leucocitos 2 - 5 x campo, hematíes 5 – 10 x campo, uratos amorfos.

La paciente es hospitalizada con el diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria, e inicia un tratamiento antibiótico con clindamicina 600 mg EV cada 8 horas, Metronidazol 500 mg EV cada 12 horas. Se le agrega analgesia con Ketoprofeno 100 mg EC cada 12 horas, y óvulos de nistatina/metronidazol, 1 cada 24 h por la noche durante 5 días. Paciente con evolución y buen estado general, con indicaciones de alta al término del tratamiento.

## **CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA**

El CMST es una Institución Prestadora de Servicios de Salud Nivel (IPRESS) ubicada en la Av. República de Venezuela s/n, en el distrito de Bellavista, Callao. (3). Es una IPRESS, Cuenta 4 áreas geográficas importantes para diversos ámbitos de la atención médica, el centro geriátrico lugar de hospitalización, el área de consultorio externo de nefrología y oncología, el área consultorios externos conocido como “rotonda”, el edificio de hospitalización que también cuenta con los servicios de emergencia pediátrica y adulta. Cerca de la emergencia de adultos, está el área de diagnóstico por imagen donde se encuentra el resonador magnético y tomógrafos, herramientas de gran ayuda.

La Dirección de Salud de la Marina es el ente que administra el sistema de salud naval, bajo su dirección están las demás IPRESS. El aseguramiento naval se da mediante la IAFAS marina, que permite gestionar los fondos (3,4). El seguro médico naval brinda cobertura al personal militar en situación de actividad, situación de disponibilidad, situación de retiro, sus derechohabientes, así como los Cadetes y Alumnos de los Centros de Formación de las Instituciones Armadas (5).

Dentro de las labores como internos, para el cumplimiento de los pendientes, hemos conocido diversas áreas médicas y diagnosticas. Debido a la pandemia por COVID 19, muchas de estas fueron suspendidas temporalmente, pero tuvimos la dicha de presenciar sus reaperturas, y asimismo poder conocer otras áreas y servicios del hospital.

### **CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

El periodo de internado 2021 constó de 10 meses debido a la pandemia, divididos en 4 segmentos: Pediatría, Cirugía general, Medicina interna y Ginecología-Obstetricia, servicios por los cuales aprendimos una serie de procedimientos, y aplicamos todos los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera.

Empezamos la rotación por el servicio de pediatría, en donde nos recibieron con mucho entusiasmo por enseñarnos cada conocimiento y experiencia adquirido por ellos. Pasamos gran parte de esta realizando guardias de 12 horas en la emergencia donde vimos una serie de patologías, unas más frecuentes que otras, como la enfermedad diarreica aguda, crisis asmáticas, intoxicación alimentaria, faringitis, infección por COVID 19, traumatismos, entre otros. Aprendimos a realizar el manejo adecuado y precoz para darle el tratamiento correcto y oportuno a estas enfermedades, así como también lograr una buena comunicación entre los padres y los médicos, ya que ellos son los encargados de administrar los cuidados y medicamentos necesarios brindados por el personal de salud para revolver el cuadro por el cual acuden a la emergencia.

La siguiente rotación fue cirugía general, donde el ritmo de trabajo era totalmente diferente, demandaba más tiempo y requería mayor exigencia por la cantidad de pacientes tanto para cirugías electivas como para las de emergencia, donde el trabajo del interno consistía en verificar todo el proceso de hospitalización, exámenes prequirúrgicos, consentimientos informados, evolución del paciente post cirugía, entre otros. El servicio se dividió en cirugía general, urología y traumatología, por los cuales aprendimos y realizamos diferentes procedimientos como colocación de yesos, sondas Foley, retiro de catéter venoso central, suturas, curaciones, así como también el acceso a sala de operaciones que nos permitiría observar, aprender y muchas veces intervenir con la supervisión de nuestros asientes y residentes.

La siguiente fue medicina interna, donde se dividió en sub-rotaciones, y estaba conformada por grupos de 4, y cada dos semanas se rotaba aleatoriamente por las diferentes salas. El interno se encargaba de ver la evolución del paciente, así

como también de agilizar interconsultas o procedimientos que se requerían, intentando hablar directamente con el asistente del servicio solicitante y sustentar la solicitud de apoyo, en casos complejos o de manejo multidisciplinario, para así lograr un manejo integral.

El servicio se caracteriza por ser integral, ya que evalúa muchas condiciones de los pacientes como la nutrición, la cual estaba encargada por el servicio de USNA, el manejo de enfermedades previas, criterio quirúrgico respecto a algunas patologías, el uso de radiología intervencionista, uso racional del tratamiento farmacológico especialmente de antibióticos, criterios para activar clave y solicitar apoyo a UCI, entre otros.

Por último, la rotación de ginecología obstetricia fue una experiencia totalmente nueva, ya que debido a la pandemia este segmento lo llevamos en línea y no tuvimos la oportunidad de realizar prácticas hospitalarias. Ginecología obstetricia es un área donde vemos todo tipo de casos, desde la alegría de recibir a un bebé, hasta la tristeza de la pérdida acompañada de un ambiente parco. Este servicio cuenta con equipos de una tecnología avanzada como el ecógrafo, máquinas de monitoreo y bienestar fetal que cubren las necesidades y sirven de gran ayuda para el seguimiento y control de las pacientes en etapa de gestación. Además, se encuentra junto al servicio de neonatología, lo cual agiliza el proceso del parto, momento en el cual se necesita la atención de las dos especialidades para el manejo de la puérpera y del recién nacido.

Desde el inicio del internado se percibió un orden y disciplina en cada actividad, posteriormente se fue descubriendo el nivel de infraestructura y grado de equipamiento con tecnologías de punta que permiten realizar un trabajo seguro, complementado con los procedimientos y registros de los controles de los pacientes ambulatorios y hospitalizados.

Durante la participación en el grupo de internado año 2021-2022 se ha podido demostrar el nivel de preparación académica de los internos y al haber tenido la oportunidad de estar en contacto directo con el paciente en los diferentes casos y tipos de enfermedades estas situaciones han contribuido a complementar la vivencia y experiencia de los acontecimientos, y sobre todo aprender de los

profesionales de la salud que en todo momento brindaron las orientaciones y enseñanzas para el mejor desempeño y oportuna toma de decisión.

Haber tenido la oportunidad de rotar por las diversas especialidades, ha ayudado a descubrir el interés, afinidad y capacidad para realizar una especialización posterior.

El Hospital Naval además de ser un centro con las mejores instalaciones e infraestructura, cuenta con los mejores profesionales de salud, que resultaron ser los mejores maestros durante toda esta etapa, y quienes con la mejor voluntad nos guiaron para lograr ser profesionales ejemplares.

## **CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

Retomar a las practicas presenciales durante toda esta etapa del internado refuerza la parte teórica, permite tener mayor seguridad y agilidad para enfrentarse a las situaciones que cotidianamente se dan en un establecimiento de salud. Nos ha permitido conocer el sistema sanitario naval y un poco sobre su organización e historia. Entender la administración naval frente a los temas de salud, como los descansos médicos, las condiciones de la vida militar, la jerarquía militar, entre otros.

Lo más destacado era la prevención en toda su dimensión, sin embargo, al ser un centro de tercer nivel principalmente llegaban casos para recuperación, con el objetivo de volver al personal funcional y que pueda retomar a sus actividades rutinarias, especialmente si eran alumnos o estaban en servicio militar, debido a que presentan actividades diarias.

Como estudiantes de medicina debíamos estar constantemente actualizados en los manejos de las patologías de los pacientes. Por ello los residentes organizaban actividades académicas donde nos encargaban preparar exposiciones sobre temas específicos, para luego discutirlos y completar con el conocimiento de ellos, agregado a un asistente presente.

Existieron ocasiones en las cuales, a pesar de dar el máximo esfuerzo, no había posibilidad de recuperar la salud del paciente debido al avance de la enfermedad, siendo doloroso ya que eran personas con las cuales llegamos a empatizar, quedando como enseñanza que el mejor acto médico es la prevención, para así evitar las complicaciones y progresiones de la enfermedad.

Ante la realidad observada, como en toda institución prestadora de servicios de salud cabe resaltar que aún quedan cosas por mejorar en varios aspectos, desde el sistema administrativo, hasta la organización y comunicación en los diferentes servicios.

## **CONCLUSIONES**

Se pudo lograr un internado satisfactorio, pese al temor por la suspensión debido al contexto de la pandemia. Si bien se reajustaron los horarios, la demanda de pacientes fue en aumento y con ello las prácticas hospitalarias.

La satisfacción de este internado no solo comprende la parte educativa y laboral, sino también la relación médico - paciente, la cual saca a flote nuestro lado humano y empático con los pacientes, los cuales estarán siempre presentes en nuestras memorias y experiencias vividas.

Esta fase ha superado nuestras expectativas, dándonos la seguridad que requeríamos para las siguientes etapas en nuestra carrera profesional.

## **RECOMENDACIONES**

El estudiante de medicina que esté próximo a realizar el internado debe estar preparado a poner en práctica los conocimientos adquiridos en las aulas universitarias tomando en cuenta que la relación médico- paciente debe ser un acto primordial en la vida de todo médico, debiendo tener la actitud de querer apoyar, aprender y sobre todas las cosas ser empáticos.

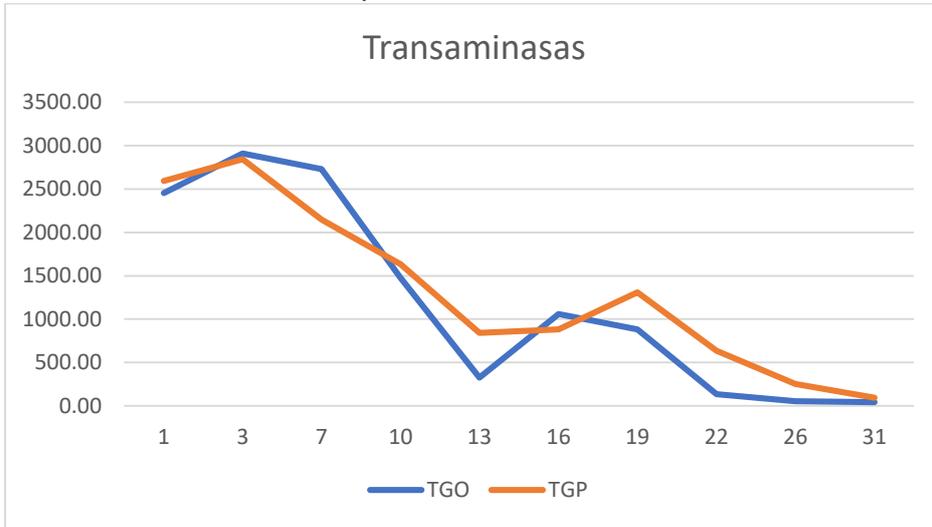
Todo interno de medicina debe mantener la concentración en las indicaciones de los docentes, médicos asistentes y residentes que con paciencia y optimismo enseñan y explican la parte teórica asociada a la práctica determinada por los procedimientos que se realizan.

## FUENTE DE INFORMACIÓN

1. Disamar. Nosotros [Internet]. [citado 9 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.disamar.mil.pe/nosotros/>
2. ASPEFAM. Pronunciamiento [Internet]. 2021. Disponible en: [https://www.aspefam.org.pe/prensa/pronunciamiento\\_31.05.2021.pdf](https://www.aspefam.org.pe/prensa/pronunciamiento_31.05.2021.pdf)
3. Marina de Guerra del Perú. Disamar [Internet]. [citado 9 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.disamar.mil.pe/dicemena/>
4. Ministerio de Salud. Conoce más sobre Susalud y cómo protege los derechos en salud de los peruanos [Internet]. [citado 9 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/14866-conoce-mas-sobre-susalud-y-como-protege-los-derechos-en-salud-de-los-peruanos>
5. IAFAS-FOSMAR. Sobre Nosotros [Internet]. IAFAS FOSMAR. [citado 9 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://iafasfosmar.pe/nosotros>

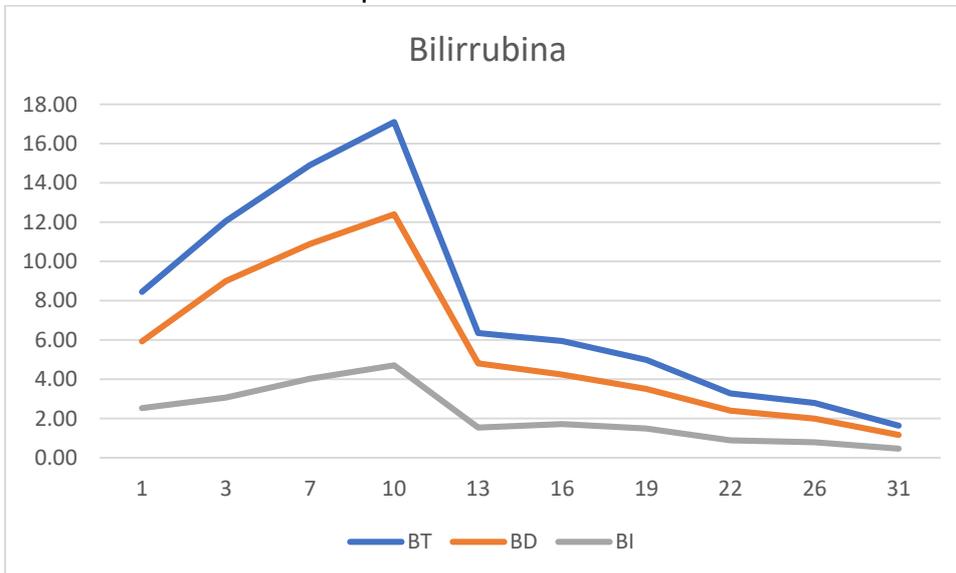
## ANEXOS

### Anexo 1. Caso clínico 2: pediatría



Niveles de transaminasas según evolución clínica por fecha de hospitalización. TGO: Aspartato aminotransferasa; TGP: alanina aminotransferasa

### Anexo 2. Caso clínico 2: pediatría



Niveles de bilirrubinas, según evolución clínica por fecha de hospitalización. BT: bilirrubinas totales; BD: bilirrubinas directas; BI: bilirrubinas indirectas

Anexo 3. Caso clínico 4: pediatría

Hemograma	Ingreso	DH4	DH5	DH7	DH9	DH11
Hb	12.9	13	12.9	11	10.9	9.4
Plaq	156 000	58 000	66 000	98 000	101 000	100 000
Leu	8 310	5 420	4 440	-	2 760	6 690
Bastones	170	50	0	-	0	0
Segmentados	5 730	4 010	68%	-	1 820	4 950
Linfocitos	1080	1 080	27%	-	8 000	1 400

Cuadro resumen de hemograma según día de hospitalización. DH: día de hospitalización

Anexo 4. Caso clínico 4: pediatría

Perfil hepático	Ingreso	DH5	DH7	DH10	DH12	DH12	DH14	DH15
TGO	169	94.5	1554	2207	1218	986.9	474.6	393.4
TGP	215	167.6	1031	1857	1716	1835	1151	1142
BT			1.04		0.68	0.87	0.96	
BD			0.39		0.26	0.32	0.43	
BI			0.65		0.42	0.55	0.53	
FA						501.5	378.5	
GGTP			142			207	161	
Proteínas totales	3.8		4.6				3.6	3.9
Albumina	2.78		3.18				2.43	2.62
Globulina	1		1.4				1.1	1.3

Cuadro resumen de las enzimas hepáticas y proteínas totales, según día de hospitalización. DH: día de hospitalización; BT: bilirrubinas totales; BD: bilirrubina directa; BI: bilirrubina indirecta; FA: fosfatasa alcalina; GGT: gama glutamil transferasa; TGO: transaminasa oxalacética; TGP: transaminasa pirúvica

Anexo 5. Caso clínico 4: pediatría

Orina	DH11	DH13	DH14
Leucocitos	15 - 20	0 - 2	5 - 10
Gérmenes	Abundante	Escasas	3
Hematíes	1 - 2	0 - 2	30 - 50
Nitritos	Negativo		

Cuadro resumen del sedimento urinario según día de hospitalización. DH: día de hospitalización

Anexo 6. Caso clínico 4: pediatría

AGA	Ingreso	DH4	DH14	DH15	DH15
Hb	11.8	13.34	6.7	9.15	7
FiO2	21	21	21	60	35
pH	7.48	7.46	7.52	7.58	7.51
PCO2	30.4	39.5	22.5	19.4	22.8
PO2	110.3	111.5	199	253.9	134.1
TCO2	24.2	24.8	19.8	16.5	19.3
HCO3	23	28.2	19.1	18	18.6
Beb	0.7	4.5	-4.1	-4.1	-4.9
BE e c f	-0.7	4.2	-3	-2.9	-3.4
%SO2C	98.9	98.9	99.8	99.9	99.4
SBC	25.1	27.5	21.9	22	21.6
Ac láctico			1.2	1.4	1.2

Cuadro resumen del análisis de gases arteriales según día de hospitalización.

Anexo 7. Caso clínico 3: medicina interna

	Ingreso	DH2	DH4	DH5	DH7
BT	2.03	4.32	2.3	1.29	0.89
BD	1.01	2.67	1.69	0.79	0.44
BI	1.07	1.65	0.61	0.5	0.45
FA	233	218	259.9	269.6	285
GGT	215	283	303	327	360
TGO	245	204	203.9	130.6	99.4
TGP	168	337.1	343.9	291.2	206.3
PCR	2.57	184.4		53	11.19
PCT	0.22	1.6			

Cuadro resumen de las enzimas hepáticas y reactantes de fase aguda, según día de hospitalización. DH: día de hospitalización; BT: bilirrubinas totales; BD: bilirrubina directa; BI: bilirrubina indirecta; FA: fosfatasa alcalina; GGT: gama glutamil transferasa; TGO: transaminasa oxalacetica; TGP: transaminasa pirúvica; PCR: proteína C reactiva; PCT: procalcitonina