



Universidad del sureste
Campus Comitán
Lic. Medicina humana



Dr. Juan Carlos Gómez Vázquez.

Medicina Interna

Resúmenes

Mauricio Antonio Pérez Hernández

5ªA

Índice

Introducción.....	3
Norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.....	4-5
Anemias.....	6-9
Hemostasia.....	10-11
Síndrome de colon irritable.....	12-13
Diarrea aguda.....	14-15
Enfermedad inflamatoria intestinal.....	16-19
Conclusión.....	20
Bibliografía.....	21

A lo largo de esta unidad, se abordaron temas fundamentales en el ámbito de la salud, con un enfoque en la normativa y diversas patologías de relevancia clínica. Se inició con el estudio de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, la cual establece los lineamientos para la integración, uso y conservación del expediente clínico, un documento esencial en la atención médica. Posteriormente, se exploraron diversas condiciones hematológicas, como las anemias, trastornos caracterizados por una disminución en la cantidad o funcionalidad de los glóbulos rojos, y los mecanismos de hemostasia, fundamentales en el proceso de coagulación y prevención de hemorragias. En el ámbito gastrointestinal, se analizaron patologías frecuentes como el síndrome de colon irritable, un trastorno funcional que afecta la calidad de vida de los pacientes, así como la diarrea aguda, una afección común con múltiples etiologías. Además, se profundizó en la enfermedad inflamatoria intestinal, un conjunto de padecimientos crónicos que incluyen la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, con un impacto significativo en la salud de quienes las padecen. El estudio de estos temas permitió comprender su fisiopatología, diagnóstico y tratamiento, brindando una visión integral de su importancia en la práctica clínica y reforzando el conocimiento adquirido a lo largo del semestre.

de fe

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente Clínico

El expediente clínico es un conjunto de documentos que contienen la información médica, personal y de salud de un paciente, que se debe mantener de manera ordenada y confidencial. Es importante para el seguimiento de la salud del paciente.

• Objetivos

1. Establecer los requisitos para la creación, manejo, conservación y resguardo de los expedientes clínicos.

2. Asegurar la protección de la información del paciente, garantizando su confidencialidad y privacidad.

Lo que incluye o debe contener un expediente clínico debe ser información relacionada con el dx, tx, evolución, estudios realizados.

• Tipo, Nombre y domicilio del establecimiento y en su caso, nombre de la Institución a la que pertenece.

• Historia Clínica

◦ Registro de consultas, procedimientos y diagnósticos.

◦ Resultados de estudios clínicos y de laboratorio.

◦ Prescripciones médicas.

◦ Notas de evolución.

• Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de registrar toda la información de manera clara y precisa.

Los Directores de las Instituciones de salud deben asegurar que se mantenga la confidencialidad y el acceso adecuado al expediente.

• El acceso al expediente clínico debe ser restringido. Solo el paciente y el personal autorizado pueden tener acceso.

En caso de que sea necesario compartir la información con otros médicos, se debe contar con el consentimiento del paciente.

Los expedientes deben guardarse en condiciones que aseguren su conservación a largo plazo (mínimo 5 años después de la última atención).

En caso de que los documentos sean digitales, se deben tomar medidas para evitar su alteración y garantizar su acceso.

Dieta } Indicaciones
Exámenes } Rubros.

- Instrumento para la protección de la salud de un paciente

- Doc. escrito
- Graficos, Imagenologicos
- Electronicos
- Magneticos

- Objetivos

Integración, uso, manejo archiva, conservación, propiedad, fiabilidad y confiabilidad del expediente clínico.

- Campo Aplicación

Todo el campo profesional (público, social, privado u consultorios).

- Referencias + Importantes

NOM-003-SSA2-1993

NOM-005-SSA2-1993

NOM-006-SSA2-1993

NOM-006-SSA3-2011

Nom-007-SSA2-1993

Nom-010-SSA2-2010

Nom-013-SSA2-2006

Nom-031-SSA2-1999

◦ Tipos de notas y características de algunas

1. Nota Urgencia

2. Nota Ingreso

3. Nota evolución

- Definiciones

◦ Atención médica "Examen"

◦ Carta consentimiento informado

◦ Establecimientos para atención médica

◦ Expediente clínico.

◦ Hospitalización

◦ Interconsulta

◦ paciente

◦ Prorogatio

◦ Referencia - Contrareferencia.

◦ Resame clínico

◦ Urgencia

◦ Usuario.

◦ Notas medicas

Anemias.

dfel

Ferropénicas

- Afecta a personas de todas las edades.
- Consecuencia de la insuficiencia de hierro en la dieta, su pérdida debido a hemorragias o por aumento de su demanda.
- La insuficiencia da lugar a una disminución en la síntesis de hemoglobina y la consiguiente afectación de la entrega de oxígeno.
- El equilibrio de hierro se mantiene con la absorción de 1-2 mg diarios para reponer el hierro perdido en las heces.
- Las razones + frecuentes de Insuf. de hierro en adultos: Es la pérdida crónica de sangre.

- En hombres y mujeres menopáusicas, la sangre puede perderse por hemorragia gastrointestinal secundaria a úlcera péptica, lesiones vasculares, polipos intestinales, hemorroides o cáncer.
- En la lactancia, las 2 principales causas son las bajas concentraciones de hierro al nacimiento como resultado de deficiencias maternas y una dieta que consista en leche de vaca, la cual es baja en hierro absorbible.

M.C.

- ✓ Transferte Insuficiente de hierro, oxígeno y hemoglobina.
- ✓ Fatiga, palpitaciones, disnea, angina y taquicardia.
- ✓ Se puede desarrollar una pica u ansiedad.
- ✓ Deformidad de crecimiento de los uñas llamada coiloniquia, lengua lisa, irritación en las comisuras de los labios y a veces Disfagia.

Dx y Tx

Δ Laboratorio de CHCM y VCM.

- ✓ Para prevenir la Insuf. de hierro es una preocupación 1^{ra} en lactantes y niños.
- ✓ Evitar la leche de vaca, ofrecer suplementos de hierro a lactantes de 4-6 meses de edad y consumir fórmulas y cereales fortificados con hierro según recomendaciones para lactantes menores de 1 año de edad.

Tx: Incrementar la ingesta de hierro en la dieta y administrar hierro complementario.

150-200 mg de Hierro al día

Scribe

"Sulfato Ferroso"

Megaloblasticas:

- Son células x sx de ADN distorsionado que produce eritrocitos agrandados (VCM > 100 fl.)
- Las Insuf. de Vit-B y ácido fólico son los padecimientos frecuentes relacionados con anemias megaloblasticas
- Se desarrollan con lentitud, a menudo hay pocos síntomas hasta que la anemia está muy avanzada.

* A. Por Insuf. Vit-B₁₂

- También conocida como Ciberlamina
- 2 Reacciones importantes en los humanos
- Es esencial para la síntesis de ADN y maduración nuclear, que a su vez da lugar a la maduración y división eritrocíticas normales.
- Vitamina B Impide que los Ácidos grasos aromáticos
- Esta anomalía puede predisponer a la desintegración de la mielina y producir algunos de las complicaciones neurológicas de la Insuf. de Vit-B₁₂.
- Se encuentra en todos los alimentos de origen animal.
- Complejo Vit B - Fx Intrínseco: protege la Vit-B₁₂ de la digestión por enzimas Intestinales.
- La Vit-B₁₂ se separa del Fx Intrínseco y es transportada por la enzima hacia la circulación. Ahí se une con su proteína portadora Transcobalamina II, que transporta Vit-B₁₂ a sus sitios de reserva y tisulares.

✓ La anemia perniciosa es una forma específica de anemia megaloblastica causada por gastritis.

✓ Otra causa son Gastrectomía, resección ileal, inflamación o neoplasias en íleon terminal, sx de mala absorción

M.C

- Anemia moderada o grave e ictericia grave.
- Cambios neurológicos.
- parosteas simétricas de los pies y dedos.
- pérdida del sentido vibratorio y de posición.
- Casos Graves: Función cerebral alterada.
- Confusión, demencia, cambios neuropsiquiátricos
- Cambios hemáticos.

Dx

Detección de AC de cel. parietales y Fx Intrínseca

Tx

Inyecciones Intramusculares, aerosoles Intranasales o dosis Orales de Vit-B12

Insof. por Acido Fólico.

Acido Fólico: necesario para síntesis de ADN y maduración de eritrocitos y Insof. produce el mismo tipo de cambios megaloblasticos en los glóbulos Rojos que los que se observan en la anemia por Insuficiencia de la Vit-B12.

- VCM Incrementado \rightarrow CH normal.
- Síntomas similares \rightarrow Sin alteraciones neurológicas.

* Causas:

- Desnutrición o Falta A. fólico en dieta.
- Mala absorción de A. fólico también puede ser causa de SX como enfer. celíaca u alteraciones intestinales.

* Embarazo

↑ Necesidad de A. fólico

- M. en edad de procrear que sean sexualmente activas, se aconseja de Ingerir 0.4 mg de A. fólico para mantener una concentración adecuada en caso a fin de prevenir las anomalías del tubo neural en su descendencia.

Hemolíticas.

Δ Destrucción prematura de eritrocitos

Δ Retención Corporal de hierro y otros productos de la destrucción de hemoglobina.

Δ Incremento de la eritropoyesis

1) Anemia x Insur. de hierro: Eritrocitos microcíticos e hipocromicos, característicos de esta misma.

2) Anemia megaloblastica: Eritrocitos macrocíticos y deformes

3) Anemia de cel. falciformes: Eritrocitos de forma anormal
Vistos en la anemia de cel. falciformes.

4) Normal: Eritrocitos normocíticos y normocromicos

5) Hemolisis Intravascular: - Fraccante

Se debe a la fijación del complemento en las reacciones a transfusión
Lesiones mecánicas y fx. tóxicas.

6) Hemolisis extravascular: Cuando los glóbulos rojos se vuelven menos deformables, lo que dificulta su paso por los sinusoides esplénicos. Se caracterizan de hemolisis extracelular
Incluye anemia e ictericia.

fff

Hemostasia → Se refiere a la detención del flujo de sangre, se divide en 3 etapas

① Vasokonstricción del vaso (Dura minutos u horas)

La lesión de un vaso sanguíneo hace que el músculo liso vascular se contraiga en la pared del vaso. Esto reduce de forma instantánea el flujo de la sangre por la rotura del vaso. Los reflejos nerviosos locales y los factores humorales locales: como TXA₂, que se liberan de las plaquetas contribuyen a la vasoconstricción.

✓ Vasokonstrictor + patosa es la endotelina.

✓ La prostaciclina liberada x el endotelio produce vasodilatación e inhibe la agregación plaquetaria en el endotelio. Circulante no lesionado.

② Formación de tapón plaquetario

Segundo después de la lesión del vaso, el FVW, que es liberado del endotelio, se une a los receptores plaquetarios y ocasiona la adhesión de las plaquetas a las fibras de colágeno expuestas como las plaquetas se adhieren a la fibras de colágeno en la pared vascular dañada, se activa y liberan ADP y TXA₂, el ADP y TXA₂ atraen plaquetas adicionales.

- Vida media de una plaqueta 8-12 días
- Concentración normal plaquetaria: 150.000 - 400.000 x microlitro
- Producción de plaquetas controlada x trombopoyetina → ligando Ripon, músculo liso y médula ósea.
- Plaquetas: Sin núcleo, forma esférica, membrana plasmática cubierta x capa de glicoproteínas - glicolípidos y proteínas coagulación.
- Glicoproteínas: IIb/IIIa (GPIIb/IIIa) se une a fibrinógeno.
- Activa y misma: Mantiene forma de plaquetas

③ Coagulación sanguínea

Es un proceso complejo que comprende la activación secuencial de varios factores en la sangre.

* Hay 2 vías de coagulación.



1. La vía Intrínseca comienza con la circulación y se inicia con la activación del Factor Circulante 8.

2. La vía Extrínseca que se activa mediante una Lipoproteína Celular llamada "Factor tisular" que se expone cuando se lesionan los tejidos ambas vías conducen a la activación del Factor X, la conversión de protrombina en trombina y de fibrinogeno en las hebras de fibrina insolubles que mantienen unido el coágulo.

Además tiene lugar los dos procesos siguientes que permiten la disolución del coágulo recién formado

✓ Extrínseca : 15 seg.

✓ Intrínseca : 1-6 min.

✓ La coagulación está regulada X : Antitrombina III inactiva los factores de coagulación y neutraliza la trombina, Factor Xa

✓ Las proteínas C : Actúan como anticoagulante se produce en el hígado y previene tromboembolismos / Inactiva Fx 5y8

✓ Las proteínas S : Acelera la acción de la proteína C
Deficiencia de proteínas C y S : Riesgo de tromboembolismos

Valores normales de proteínas :

H : 0,6 - 1,30

M : 0,5 - 1,2

✓ Fármacos como warfina y heparina son anticoagulantes:

- previene altas tasas tromboembolismos.

- TVP y EP

- Afecta la vit-K y ↓ la capacidad para participar en la síntesis de los Fx K dependientes

Sx de colon Irritable

AA

- El SII es una afección crónica común que afecta al 20-30% de los Px con opresos gastrointestinales.
- Se desconoce la fisiopatología exacta, pero, puede implicar cambios en la motilidad gastrointestinal, hipersensibilidad visceral y permeabilidad gastrointestinal alterada.
- La afección se presenta con cambios recurrentes e inespecíficos en los movimientos intestinales y síntomas abdominales.
- Los criterios Dx de Roma IV, que se basan en alteraciones en los hábitos intestinales, se utiliza para Dx el SII.
- Los estudios de laboratorio y las imágenes no revelan anomalías.
- El tx consiste en modificaciones dietéticas y la administración de medicamentos basados en los síntomas (Antidiarreicos, laxantes antiespasmódicos).

Etiopatogenia

Es desconocida. Se han postulado alteraciones de la motilidad intestinal, fenómenos de hipersensibilidad visceral, factores psicológicos, mecanismos inflamatorios sutiles y crasa disfunción del eje cerebrointestinal.

Clinica

- Dolor abdominal recurrente
- Extrainmune
- Hinchazón y distensión abdominal.
- ↑ Estreos
- Inicio de los síntomas a partir de los 50 años
- Fiebre
- Pérdida de peso no intencionada
- Síntomas nocturnos.
- Sangre en heces.
- Diarrea tras Ingesta previa de ATB
- Antecedentes personales de cáncer de colon.

DX Criterios de Roma IV para el SII

Presencia de dolor abdominal recurrente que debe estar presente al menos un día a la semana

- o Se asocia a la defecación
- o Esta relacionado con un cambio en la frecuencia de las deposiciones.
- o Esta relacionado con un cambio en la consistencia de las deposiciones.

Tx

- ✓ Buena Relación médico - Px
- ✓ Alimentación: Rica en Fibra - Estrésimiento
- ✓ ~~Fibra~~ → X Hinchazón
- ✓ Dieta sin gluten
- ✓ Dieta Baja en FODMAP

Farmacológicamente.

- Espasmolíticos
- Fibra o Laxantes
- Antidiarreicos
- Linaclotide
- Antidepresivos tricíclicos.

Diarrea Aguda

JK

La diarrea aguda se caracteriza por la evacuación de heces líquidas o semilíquidas tres o más veces al día, con duración inferior a dos semanas.

Etiología: Las causas más comunes incluyen infecciones virales (como rotavirus y norovirus), bacterianas (Salmonella, Shigella, Escherichia coli) y parasitarias (Giardia lamblia). Otros factores pueden ser la ingestión de alimentos contaminados, agua no potable o el uso de ciertos medicamentos como antibióticos.

Fisiopatología: Resultado de un desequilibrio entre la absorción y la secreción de agua y electrolitos en el intestino. Los agentes infecciosos pueden dañar la mucosa intestinal o producir toxinas que alteran el transporte de líquidos, llevando a una mayor secreción o menor absorción y por ende a deposiciones líquidas.

Clinica: Son evacuaciones frecuentes y líquidas, que pueden acompañarse de dolor abdominal, fiebre, náusea y vómito. En casos de infecciones bacterianas, es posible la presencia de sangre o moco en las heces. La deshidratación es una complicación seria, especialmente en niños y ancianos.

DX: Se basa en la historia clínica y E.Física, en casos leves, no suelen requerirse pruebas adicionales. Sin embargo, si hay síntomas severos, diarrea persistente, signos de deshidratación o presencia de sangre en heces, pueden realizarse estudios como Coprocultivos, análisis de heces para detectar parásitos y pruebas de laboratorio para evaluar el estado general del paciente.

Tx

1. Evaluación del estado de hidratación

• Sin deshidratación: El Dx presenta signos vitales normales y no muestra anteceden de deshidratación

✓ Hidratación

✓ Evitar alimentos irritantes o altos en grasa.

✓ Medidas preventivas

✓ Uso Antibióticos si es necesario.

Tepache más provera Diarrea

Coproparasitología

Enfermedad Inflammatoria Intestinal

APL

Definición Grupo de enfermedades que corren con inflamación del tubo digestivo y que agrupa a la enfermedad de Crohn y a la colitis ulcerosa y a la colitis Inclasificable.

Epidemiología:

- Incidencia ambos sexos 15-35 años.
- ↑ Rx Uroz
- Colitis ulcerosa ↑ frecuente.

Etiopatogenia

- Etiología desconocida
- Genéticos: (25%), familiar 1er grado que este afectado, afecta (Blancos y Judios).
- Crohn ligado al Cromosoma 16 (mutación en gen NOD2).

Infecciones

(EC) → Respuesta anormal, reactiva, inflamatoria, ante la flora bacteriana intestinal normal.

Inmunológicos: participación factores

Intrínsecos

- Genéticos
- Autoinmunes

Ambientales

- Infección
- Dieta
- Toxicos
- Tabaco

Fx Inmunológicos Responsables

- Asociación a agammaglobulinemia y alta deficiencia de IgA.
- En la EC detección de AC (Anti-Saccharomyces cerevisiae) ASCA
- En la CU → los P-ANCA

Clinica

Colitis ulcerosa → Síndrome rectal

- Retortijones.
- Diarrea (sangre, moco, pus) Diurna y nocturna
- Tenesmo rectal
- Incontinencia fecal.

EC

- Fiebre
- pérdida de peso
- Dolor abdominal

- Fiebre
- Taquicardia
- Hipotensión.
- Dolor intenso.

° Proctitis: Afectación circunscrita en recto (15 cm del desde el cóxiter anal).

° Colitis líquida: Afectación de recto, sigmo y colon descendente hasta el ángulo esplénico

° Colitis extensa: la inflamación rebasa el ángulo esplénico incluyendo la pancolitis.

Megacolon tóxico >5,5 cm Complicación + típica

* Enf. de Crohn

✓ Heterogéneos

✓ Diarrea >6 semanas

✓ Dolor abdominal

✓ pérdida peso

✓ Dx metabólica

Patrones Clínicos

° Inflamatorio: Diarrea, dolor abdominal.

° Estenosante: a nivel ileocecal que provoca clínica de crisis suboclusivas.

° Fístulizante: Ø Anales Ø Fístulas cetero (Entéricas, urinarias, genitales, cutáneas)

↳ Formación de abscesos.

30% Dx con EC desarrollan

Enfermedad perianal.

↳ Incluye fístulas, fisuras y abscesos.

Manifestaciones extraintestinales de la EI

↳ + Frecuentes en la EC que la CU (excepto el problema Gangrenoso, la colagitis gangrenosa y el colangiocarcinoma más frecuentes en la CU).

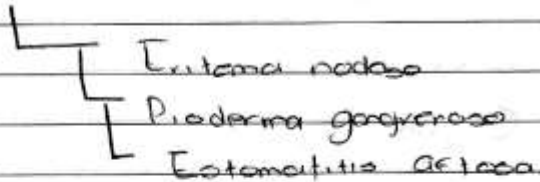
↳ se dividen en 2 parciales o dependientes.

↓
Tx del brote de la enfermedad Intestinal

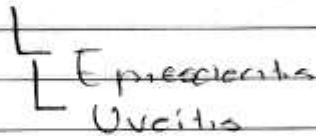
↓
Tx específico

Manifestaciones Articulares 20%

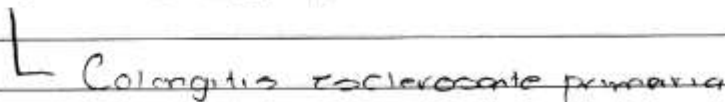
Manifestaciones Dermatológicas 15%



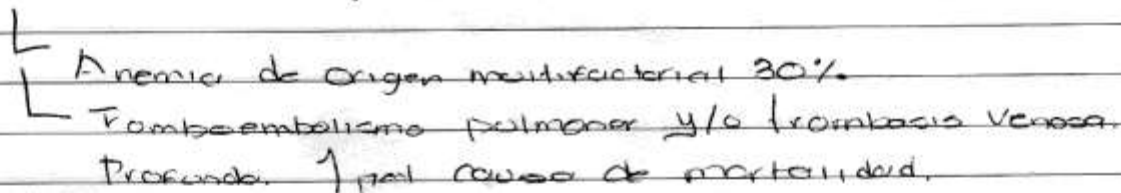
° Manifestaciones oculares (<10%) + frecuente en EC.



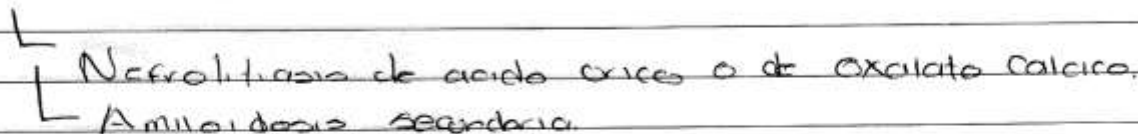
Manifestaciones hepatobiliares.



Manifestaciones hematológicas



Manifestaciones Neurológicas



Diagnostico

✓ Clínicos

✓ Radiológicos

✓ Endoscópicos

✓ Análisis patológicos.

Colonoscopia e ileoscopia con toma de Biopsias.

"Calprotectina — marcador inflamatorio de la mucosa"

Tratamiento "AMIR"

Aminosalicilatos (5-ASA)

Brotos leves a moderados de CU

Mezcladura ejemplo Espoma

Corticoides

Brotos moderados a graves de CU y CE

Antibióticos

Enf. perianal

EC con patrón fistulizante

EC con fiebre

Inmunomoduladores

Mantenimiento CU y EC (Corticodependiente o corticorefractario)

EC con patrón fistulizante

Biologicos

Brotos corticorefractarios de CU y EC

El desarrollo de esta unidad ha permitido ampliar la comprensión de aspectos clave en la práctica médica, abordando tanto la normativa en el manejo de la información clínica como diversas patologías de importancia en la atención de los pacientes. La revisión de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 destacó la relevancia del expediente clínico como un documento indispensable para garantizar la continuidad y calidad de la atención médica. Asimismo, el análisis de trastornos hematológicos, como las anemias y los procesos de hemostasia, permitió profundizar en su impacto sobre la salud y en la importancia de un diagnóstico y tratamiento oportunos. En el ámbito gastrointestinal, se estudiaron enfermedades de gran prevalencia como el síndrome de colon irritable, la diarrea aguda y la enfermedad inflamatoria intestinal, lo que facilitó la comprensión de sus mecanismos fisiopatológicos y su abordaje clínico. El conocimiento adquirido en esta unidad no solo enriquece la formación académica, sino que también refuerza las habilidades necesarias para la práctica profesional. La integración de estos temas permitirá a los futuros profesionales de la salud enfrentar con mayor preparación los retos clínicos, contribuyendo así a una atención médica más eficaz y basada en la evidencia.

Bibliografía

Eduardo Franco Díez. Manual AMIR de Digestivo y Cirugía General. Madrid: Academia AMIR, 11ª ed., ISBN: 9788417567026.

Beatriz merino rodriguez, m. r. (4ta edicion). *Manual CTO en medicina y cirugía*.

Feldman, M., Friedman, L. S., & Brandt, L. J. (2020). *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease* (11th ed.). Elsevier.