



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL  
EXPERIENCIA MÉDICA DURANTE LA PANDEMIA SARS COVID 2,  
REALIZADO EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA  
2021, LIMA PERÚ**

**PRESENTADO POR  
NIKOLE ESTEFANY VEGA BURGA  
KAREN PAOLA VILCHEZ OLIVA**

**ASESOR  
LUIS DANIEL MARES CHÁVARRI**

**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 MEDICINA HUMANA  
SAN MARTÍN DE PORRES

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL  
EXPERIENCIA MÉDICA DURANTE LA PANDEMIA SARS  
COVID 2, REALIZADO EN EL HOSPITAL NACIONAL  
ARZOBISPO LOAYZA 2021, LIMA PERÚ**

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

**PRESENTADO POR**

**NIKOLE ESTEFANY VEGA BURGA  
KAREN PAOLA VILCHEZ OLIVA**

**ASESOR  
DR. LUIS DANIEL MARES CHÁVARRI**

**LIMA, PERÚ**

**2022**

## **JURADO**

**Presidente:** Ugarte Rejavinsky Karim

**Miembro:** Morales Paitan Carlos

**Miembro:** Pilares Barco Graciela

## **DEDICATORIA**

A nuestros padres, por ser las personas más importantes de nuestras vidas, por ser nuestros modelos a seguir, enseñándonos que todo es posible en la vida con esfuerzo y dedicación.

## ÍNDICE

<b>PORTADA</b>	<b>i</b>
<b>JURADO</b>	<b>ii</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>iii</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>vii</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>ix</b>
<b>CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	<b>1</b>
<b>ROTACIÓN DE GINECO OBSTETRICIA</b>	<b>1</b>
<b>ROTACIÓN DE PEDIATRÍA</b>	<b>7</b>
<b>ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA</b>	<b>11</b>
<b>ROTACIÓN DE CIRUGÍA</b>	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b>	<b>21</b>
<b>CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	<b>23</b>
<b>ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA</b>	<b>23</b>
<b>ROTACIÓN DE PEDIATRÍA</b>	<b>27</b>
<b>ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA</b>	<b>34</b>
<b>ROTACIÓN DE CIRUGÍA</b>	<b>40</b>
<b>CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	<b>47</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>48</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>49</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>50</b>

## RESUMEN

El presente trabajo de suficiencia profesional ha sido realizado por dos internas de medicina de la Universidad de San Martín de Porres, en base a la experiencia teórico práctica adquirida durante el internado médico en el periodo de julio a diciembre del 2021, en las ramas más importantes de la carrera, Ginecología-obstetricia, Pediatría, Medicina interna y Cirugía general en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Este trabajo es una breve descripción de los casos más frecuentes durante las cuatro grandes rotaciones, asimismo se describen las actividades realizadas durante el internado médico, centrándose en el diagnóstico y tratamiento oportuno.

**Objetivo:** Poner en práctica los conocimientos obtenidos durante el pregrado y reforzarlo con la experiencia adquirida durante el internado médico, permitiendo un mejor desempeño a futuro.

**Metodología:** Recopilación de casos clínicos observados con mayor frecuencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el período de julio a diciembre del 2021.

**Conclusiones:** El internado médico es una etapa esencial para la formación profesional de todo médico, siendo este el fin de la etapa universitaria. Es la piedra fundamental para adquirir nuevos conocimientos sobre el diagnóstico

y tratamiento de las patologías más frecuentes. Esta etapa estuvo limitada por la actual pandemia en la que vivimos, producida por el virus SARS COV 2, a pesar de ello, es fundamental el razonamiento teórico-práctico aprendido en cada rotación, extrapolarlo a las últimas guías de práctica clínica, para hacer una mejor medicina basada en evidencia.

**Palabras claves:** Internado médico, Gineco obstetricia, Pediatría, Medicina interna, Cirugía general.

## ABSTRACT

This professional proficiency work has been carried out by two interns of medicine from the University of San Martín de Porres, based on the practical theoretical experience acquired during the medical internship in the period from July to December 2021, in the most important branches of the career, Gynecology-obstetrics, Pediatrics, Internal Medicine and General Surgery at the Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

This work consists of a brief description of the most frequent cases during the four great rotations, as well as the activities carried out during the medical internship, focusing on diagnosis and timely treatment.

**Objective:** Put into practice the knowledge obtained during the undergraduate course and reinforce it with the experience acquired during the medical internship, allowing better performance in the future.

**Methodology:** Compilation of clinical cases most frequently observed at the Archbishop Loayza National Hospital during the period from July to December 2021.

**Conclusions:** The medical internship is an essential stage for the professional training of all doctors, this being the end of the university stage. It is the fundamental stone to acquire new knowledge about the diagnosis and treatment of the most frequent pathologies. This stage was limited by the

current pandemic in which we live, produced by the SARS COV 2 virus, despite this, the theoretical-practical reasoning learned in each rotation is essential, extrapolating it to the latest clinical practice guidelines, to make a best evidence-based medicine.

**Keywords:** Medical internship, Gynecology and obstetrics, Pediatrics, Internal medicine, General surgery.

## INTRODUCCIÓN

El Hospital Nacional Arzobispo Loayza es el hospital más grande del Perú, con un gran prestigio en el campo médico, que continúa siendo un referente para el resto de establecimientos de salud de nuestro país. Brinda facilidades para la atención oportuna de gran cantidad de personas de escasos recursos económicos, que no cuentan con ningún tipo de seguro y deben acudir a los hospitales del Estado para lograr la recuperación de su salud y rehabilitación. Además, es un hospital docente que promueve la enseñanza e investigación de manera continua y eficaz.

Es un órgano descentralizado de la Dirección de Salud V de Lima Ciudad. La visión del hospital al 2021 es “ser un equipo humano de excelencia en la atención de sus pacientes, usuarios y familia que actúa con bondad, calidez, empatía y contribuye a su calidad de vida, alivio, satisfacción y felicidad.”

Debido a su prestigio y alto nivel académico fue elegido como sede de internado, siendo esta etapa considerada en el Perú, el séptimo y último año de la carrera de Medicina Humana. A inicios del año 2021, el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) no se pronunciaba acerca de los lineamientos para el comienzo del internado, sin embargo, exigían como requisito la vacunación de todos los internos de ciencias de la salud para el inicio de sus prácticas hospitalarias.

Según la Resolución Ministerial N°561-2021, el MINSA estableció que el proceso de vacunación en todos los internos iniciaría el 1 de mayo del 2021. Asimismo, el 21 de junio se aprobaron los “Lineamientos para el desarrollo de las actividades de los internos de ciencias de la salud 2021 en el marco de la Emergencia sanitaria”, iniciando las prácticas hospitalarias el 5 de julio y finalizando el 30 de abril del 2022.

Actualmente, según lo establecido en el plan de estudio, se determinó que la duración del internado sería de 10 meses, siendo 5 meses en un establecimiento de salud de primer nivel y el resto en un hospital de mayor complejidad.

El internado antes de la pandemia se caracterizaba por asistir todos los días de la semana desde las 7 am hasta las 7pm, variando según la especialidad. Sin embargo, la pandemia trajo cambios importantes, disminuyendo así las horas de práctica hospitalaria con el fin de evitar algún contagio en los internos, siendo el horario de lunes a sábado de 7am a 1pm o de 1pm a 7pm con guardias diurnas semanales, que variaban según la rotación. Finalmente, los establecimientos de salud (EESS) se encargaban de entregar los equipos de protección personal (EPP) a los internos asignados al establecimiento de salud.

## **CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL**

### **ROTACIÓN DE GINECO OBSTETRICIA**

#### **CASO 1: HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL**

Paciente de sexo femenino, 34 años, acude a emergencia por presentar desde hace aproximadamente 1 año, sensación de “bulto” en abdomen, indolora. Desde hace 6 meses sufre alteración en régimen catamenial, sangrado pasó de 3-4 días a 10 días utilizando 5-6 paños diarios, asociado a dolor tipo cólico de moderada intensidad. Hace 3 días presenta dolor abdominal en hipogastrio por lo que decide acudir al hospital.

Niega antecedentes quirúrgicos. Antecedentes gineco-obstétricos: menarquia a los 15 años, fecha de última regla 30 de julio del 2021. Régimen catamenial: 3-4/regular. Primera relación sexual a los 23 años. Última relación sexual 15/07/21. Refiere 1 pareja sexual. Tiene antecedentes de dismenorrea y dispareunia. Último examen de Papanicolaou (PAP) 11/08/2020. G1P0010, aborto 1 mes gestación. Infección urinaria hace 3 años. Flujo vaginal de color amarillo y prurito. Niega uso de anticonceptivos orales combinados (ACO).

Examen físico: Presión arterial 100/60 mmHg, frecuencia cardiaca 80 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, temperatura 36.5°C. Talla 1.50 m. Peso 55 Kg. Índice de masa corporal 24.4 kg/m<sup>2</sup>. Piel y mucosas: piel

térmica, hidratada, elástica, Llenado capilar menos a 2 segundos. Mamas: simétricas, turgentes acorde con sexo y edad. Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos sobreagregados. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos. Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, se palpa masa de consistencia dura, poco móvil, de aproximadamente 30 cm, que impresiona depender del útero. Genitourinario: puño percusión lumbar negativo y puntos renoureterales superior y medios negativos. No sangrado por vía vaginal. Neurológico: despierta, lucida, orientada en tiempo espacio y persona. Examen ginecológico: genitales externos adecuados para edad y sexo. En la especuloscopia, vagina amplia y elástica, no hay solución de continuidad. Cérvix fibromuscular de aproximadamente 1.5 cm. Orificio cervical externo (OCE) cerrado, lateralizado a la derecha, con presencia de sangrado transorificial escaso, no hay presencia de masas ni lesiones. Al tacto vaginal no se palpan masas ni lesiones. Útero de aproximadamente 36 cm, doloroso a la palpación bimanual, poco móvil. No se palpan masas en anexos.

Ecografía: útero mide 20x82x132mm con miometrio heterogéneo presentando múltiples miomas subserosos, a nivel corporal posterior de 105 mm y corporal anterior de 142 mm. No se logra diferenciar línea endometrial. Mioma intramural de 40 mm.

En emergencia se realizan exámenes de laboratorio encontrando hemoglobina en 9.8 mg/dl. Se plantea como diagnóstico hemorragia uterina anormal secundaria a miomatosis uterina, y anemia moderada.

Se indica histerectomía abdominal total con previa colocación de catéter *pig tail*. Se solicitan exámenes pre quirúrgicos, tomografía abdominal pélvica con contraste y resultado de PAP. Se administra sulfato ferroso 300 mg cada 12 horas vía oral, y doxiciclina 100 mg cada 12 horas junto con clindamicina-cotrimoxazol 100 mg/100mg 1 óvulo vaginal cada 24 horas.

La tomografía muestra lesiones heterogéneas dependientes de útero, la mayor proviene del fondo uterino, el cual mide aproximadamente 165x208x118 mm, y presenta áreas densas que captan contraste además de

áreas quísticas, a descartar degeneración quística, asimismo por su tamaño, y por la presencia de líquido adyacente a la lesión, descartar neoplasia maligna. No se observan adenopatías.

Se realiza segunda ecografía que concluye la presencia de miomatosis uterina y ovarios normales. Se mide la hormona antimulleriana obteniendo valor de 1.00 ng/ml.

Los exámenes pre quirúrgicos muestran un hemograma con 8,120 leucocitos, plaquetas 525000 mil/mm<sup>3</sup>, hemoglobina 9.8 mg/dl, tiempo de protrombina 13,8 segundos con INR de 1.01, glucosa 92 mg/dl, urea 19 mg/dl, creatinina 0.45 mg/dl, sedimento urinario negativo, urocultivo negativo y serológicos no reactivos. Riesgo cardiológico y neumológico I. Grupo sanguíneo O positivo. PAP negativo para lesiones intraepiteliales o malignidad. Previo al procedimiento, se transfunden 3 paquetes globulares.

## **CASO 2: INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO**

Gestante de 28 años, procedente de Carabayllo, es referida por presentar examen de orina con nitritos y esterasa leucocitaria positivos. Niega síntomas asociados. Percibe movimientos fetales.

Refiere antecedente de infección del tracto urinario pre gestacional y durante la gestación a las 12 semanas. Niega antecedentes quirúrgicos. Menarquia a los 11 años, régimen catamenial 4-5/28-30, G1P000, fecha de ultima regla 7 de diciembre del 2020. Primera relación sexual a los 15 años. No es usuaria de métodos anticonceptivos. Refiere haber tenido 3 parejas sexuales. Pareja estable. Gestación actual de 30 semanas por ecografía de primer trimestre, 5 controles prenatales.

Al examen físico: Frecuencia respiratoria 17 por minuto, frecuencia cardiaca 70 por minuto, temperatura axilar 36.7°C, presión arterial 120/80 mmHg, saturación de oxígeno 98%, peso 60 kg, talla 1.60 m, índice de masa corporal 23.4. kg/m<sup>2</sup>. Piel: térmica, hidratada, elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos. Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos sobreagregados. Aparato cardiovascular: ruidos

cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos. Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación. Neurológico: despierta, orientada en tiempo, espacio y persona.

Examen ginecológico: Altura uterina de 30 cm, presentación fetal en longitudinal cefálico izquierdo, latidos cardiacos fetales 130 por minuto. Orificio cervical externo cerrado con escaso flujo vaginal.

Se solicitaron exámenes auxiliares. Examen de orina con apariencia turbia, pH 6, densidad 1.018, nitritos positivos, leucocitos 20-30 por campo, hematíes 1-2 por campo. El urocultivo muestra *E. coli* 10.000 UFC/ml sensible a nitrofurantoína, ciprofloxacino, ceftriaxona, cefuroxima, amikacina, amoxicilina con ácido clavulánico, ampicilina con sulbactam.

Se plantea como diagnóstico bacteriuria asintomática. Se inicia tratamiento con nitrofurantoína 5 mg/kg/día por 7 días.

### **CASO 3: DISTOPIA GENITAL**

Paciente de sexo femenino con 47 años, refiere “sensación de masa en vagina” desde hace 20 años, que se exacerba al pujo, sin salir del introito vaginal, asociado a incontinencia urinaria de esfuerzo e infecciones urinarias recurrentes. Hace 1 mes, mientras “pujaba” en el baño por constipación, dicho “bulto” protruye por introito vaginal, asociado a sangrado y dolor, por lo cual acude al hospital.

Antecedentes personales: Actualmente no es usuaria de métodos anticonceptivos, fue usuaria de dispositivo intrauterino (DIU) durante 1 año, hace 17 años. Niega diabetes mellitus, hipertensión arterial, tuberculosis, hepatitis y asma. Antecedentes ginecológicos: G2P2002, último parto vaginal en 1994, inicio de relaciones sexuales a los 8 años, 2 parejas sexuales, fecha de última regla: hace 4 días antes del ingreso, régimen catamenial 3/28.

Examen físico: Presión arterial 120/80 mmHg, frecuencia cardiaca 68 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto, temperatura 36,5 °C, talla 150cm, peso 63 kg, índice de masa corporal 28 kg/m<sup>2</sup>. Piel: tibia,

hidratada, elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos. Mamas: simétricas, no se evidencian bultos, deformaciones ni retracciones. No se palpan masas ni adenopatías. Aparato respiratorio: tórax simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no se presenta ruidos agregados. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, buena intensidad. Abdomen: globuloso, blando, depresible, leve dolor en hemiabdomen inferior, ruidos hidroaéreos presentes. Genitourinario: puño percusión lumbar y puntos renoureterales superior y medios negativos. Neurológico: Glasgow 15/15.

Al examen Ginecológico: genitales externos de acuerdo a la edad y sexo, vello púbico con distribución ginecoide, prolapso +/- 13cm, reductible manualmente con leve resequedad al tacto. Especuloscopia: vagina poco humectada, poco elástica, no lesiones, sin solución de continuidad; cérvix: protrusión de aspecto polipoide de aproximadamente 3.5cmx3cm. Al tacto vaginal: cérvix sin sangrado activo transorificiario, útero: tamaño 7cm x 3cm, bordes regulares, no dolor a la palpación, anexos, tanto derecho como izquierdo, no palpables, no masas, no dolor; y fondo de saco no impresiona ocupado, difícil palpación por deformación.

Se plantea como diagnóstico presuntivo distopia grado IV, a descartar infección del tracto urinario. Una vez planteado los diagnósticos presuntivos, se solicitan pruebas complementarias. Hemograma: hemoglobina 8.5 g/dl, 10 420 leucocitos, segmentados 1%, plaquetas 300.000 mil/mm<sup>3</sup>. Examen de orina patológico con nitritos positivos, hematíes presentes, 60 leucocitos por campo y bacterias presentes. Urocultivo con más de 100 000 UFC/ml positivo a *E. coli*.

Se solicita una ecografía transvaginal, la cual no fue factible debido al prolapso que contiene vejiga y útero. Útero mide 78x38x52mm. Bordes uniformes. Miometrio homogéneo. Endometrio ecogénico de 3.6 mm. Ovarios no evaluables, fondo de saco no evaluable.

Se decide hospitalizar a la paciente con posibilidad de procedimiento quirúrgico. Se brinda medidas de soporte básico, hidratación, control de

funciones vitales, analgesia, y se inicia antibioticoterapia con ceftriaxona 2 gramos cada 24 horas por vía endovenosa. Posteriormente, se completan exámenes pre quirúrgicos e ingresa a sala de operaciones para una histerectomía vaginal más colporrafia anteroposterior más cinta transobturadora (HV+CAP+TOT).

Paciente cursa con evolución favorable, dada de alta con antibioticoterapia vía oral y seguimiento por consultorio externo.

#### **CASO 4: VULVOVAGINITIS CANDIDIÁSICA**

Paciente de sexo femenino de 25 años, acude a tópico de Ginecología, por presentar, desde hace 2 días, prurito intenso en zona genital limitando sus actividades, incluso refiere “no poder sentarse”, asociado a descenso vaginal como “leche cortada”, dolor al miccionar y dispareunia.

Antecedentes personales: No usa métodos anticonceptivos. Fuma y bebe de forma esporádica, solo en reuniones sociales. Niega enfermedades crónicas. Antecedentes ginecológicos: G0P0000. Inicio de relaciones sexuales a los 21 años. Fecha de última regla 2 semanas antes del ingreso.

Al examen físico: Presión arterial 120/80 mmHg, temperatura 37°C, frecuencia cardiaca 70 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno 98%. Piel: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos. Mamas: simétricas, no se evidencian bultos, deformaciones ni retracciones. No se palpan masas ni adenopatías. Aparato respiratorio: tórax simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, no se presenta ruidos agregados. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, buena intensidad. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda, ruidos hidroaéreos presentes. Genitourinario: no presenta globo vesical. Puño percusión lumbar y puntos renoureterales superior y medios negativos. Neurológico: Escala de Glasgow 15/15.

Examen ginecológico: genitales externos con eritema, edema e irritación vulvovaginal, a la especuloscopia, presencia de flujo blanco, grumoso, espeso, adherente, como "requesón", inoloro.

Se plantea como diagnóstico presuntivo vaginitis por *Cándida*. Se indica fluconazol 150 mg vía oral dosis única. Además, se solicita un examen en fresco con hidróxido de potasio (KOH), donde se confirma el diagnóstico, evidenciándose las pseudohifas.

## **ROTACIÓN DE PEDIATRÍA**

### **CASO 1: PIELONEFRITIS AGUDA**

Madre llega a emergencia trayendo a su hija de 4 meses de nacida, refiriendo que 3 días antes del ingreso presenta fiebre (temperatura axilar 38°C), que persiste hasta el día del ingreso. Dos días antes del ingreso, se agregan náuseas y vómitos de contenido alimentario en 6 oportunidades durante el día. Un día antes del ingreso, madre acude al Hospital San Bartolomé, donde se le realiza examen de orina completo, demostrando 20-25 leucocitos por campo, 0-3 células epiteliales por campo, 0-2 hematíes por campo. La muestra se obtuvo por catéter vesical. Además, se realiza hemograma completo con 10,400 leucocitos, abastados 18%, y PCR 59.4 mg/dl. El día del ingreso persiste con fiebre (temperatura axilar 39°C), motivo por el que es llevada a emergencia.

Antecedentes personales: edad gestacional 38 semanas, peso al nacer 3340 gr, cesárea por presentación podálica, perímetro cefálico 35 cm, Apgar 9<sup>1</sup>-9<sup>5</sup>. Antecedentes postnatales: levantó la cabeza a los 2 meses. Lactancia materna exclusiva hasta 1 mes de edad. Antecedentes patológicos: displasia de cadera en tratamiento. Niega hospitalizaciones previas, cirugías y transfusiones. Inmunizaciones incompletas para la edad. Niega viajes en los últimos 15 días, niega contacto COVID.

Al examen físico: Frecuencia respiratoria 40 por minuto, frecuencia cardíaca 100 por minuto, saturación de oxígeno 98%, temperatura 38°C. Peso 7.8 kg y talla 65 cm. Perímetro cefálico 41 cm. Despierta, activa, mal estado de higiene, llanto enérgico. Piel: térmica, hidratada, elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos. Aparato respiratorio: murmullo vesicular audible en ambos hemitórax. No ruidos sobreagregados. Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad. No soplos audibles. Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no visceromegalia. Neurológico: fontanela anterior normotensa, despierta.

Se plantea como diagnóstico pielonefritis aguda. Paciente es hospitalizada para manejo posterior. Se indica lactancia materna a libre demanda + fórmula maternizada al 13%, ceftriaxona 80 mg/kg/día en dos dosis endovenoso, paracetamol 80 mg vía oral condicional a temperatura mayor igual a 38°C, cloruro de sodio 0.9% 5 gotas en cada fosa nasal condicional a congestión nasal, y control de funciones vitales.

Durante la estancia, se obtiene resultado de cultivo positivo para *E. coli* mayor a 1000 UFC/ml resistente a cefalosporinas de primera, segunda y tercera generación. Se decide suspender ceftriaxona e iniciar amikacina 15mg/kg/día en dos dosis endovenoso. Enfermería reporta infiltración de vía endovenosa y dificultad para canalizar. Se decide cambiar a amikacina 120 mg intramuscular cada 24 horas.

Es dada de alta luego de no presentar fiebre por 18 horas, con la indicación de acudir a un centro de salud para continuar con antibioticoterapia.

## **CASO 2: BRONQUIOLITIS**

Madre llega a emergencia trayendo a su hijo de 1 año y 9 meses, refiriendo que 7 días antes del ingreso congestión nasal y tos seca. Dos días antes del ingreso, presenta leve agitación y decaimiento. Un día antes del ingreso, se añade vómitos precedidos de tos. El día del ingreso, el cuadro se exagera con dificultad respiratoria, por lo que acude al hospital.

Antecedentes personales: 39 semanas de gestación, parto eutócico, peso al nacer 3100 gr, Apgar 9<sup>1</sup>-9<sup>5</sup>. Alta conjunta a los 2 días. Control de crecimiento y desarrollo: control cefálico a los 3 meses, control torácico a los 6 meses, caminó al año de vida. Inmunizaciones incompletas para la edad. Niega antecedentes patológicos. Niega contacto TBC y COVID 19.

Al examen físico: Frecuencia respiratoria 46 por minuto, frecuencia cardíaca 100 por minuto, saturación de oxígeno 98%, temperatura 37°C, peso 12.8 kg, talla 87 cm, perímetro cefálico 49.5 cm. Piel: térmica, hidratada, elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos. Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax. Sibilantes inspiratorios y espiratorios, tirajes intercostales y subcostales. Índice de Bearman y Pearson 6 puntos. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad. No soplos. Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no visceromegalia. Neurológico: reactivo a estímulos, moviliza las 4 extremidades.

Se plantea como diagnóstico síndrome obstructivo bronquial moderado: bronquiolitis. Se indica salbutamol 100 mg 2 puff cada 6 horas y se solicita radiografía de tórax.

Durante la evolución el paciente se mantiene hemodinámicamente estable, afebril, sin antibioticoterapia, ventilando espontáneamente sin agregar oxígeno, tolera vía oral y neurológicamente estable. Persiste con tos, frecuencia respiratoria 25 por minuto, sibilantes inspiratorios y espiratorios, tirajes subcostales. Radiografía de tórax no muestra datos de interés. Se indica salbutamol de 100 mg 4 puff cada 20 minutos por 1 hora y luego cada 3 horas. Control de frecuencia respiratoria y saturación cada 4 horas. El paciente evoluciona favorablemente, por lo que se indica alta con indicaciones médicas.

### **CASO 3: TOS FERINA**

Madre llega a emergencia trayendo a su hijo de 1 mes de nacido, refiriendo que desde hace 14 días presenta tos con expectoración, vómitos y rinorrea que incrementan con el paso de los días, asimismo refiere que “el pecho le silba”. Durante la emergencia se evidencia tos quintosa con rubicundez facial y desaturación.

Antecedentes personales: lactante menor producto de un embarazo de 39 semanas, Apgar adecuado al nacimiento, peso al nacer 3340 gr, parto vaginal, eutócico, periodo neonatal sin incidencias, alimentación a base de lactancia materna exclusiva.

Al examen físico: sin presencia de signos de deshidratación, temperatura 37°C, frecuencia respiratoria 30 respiraciones por minuto, frecuencia cardíaca 100 latidos por minuto, saturación de oxígeno 96%, a la inspección se observa tiraje intercostal, se auscultan leves sibilancias en ambos hemitórax, asimismo murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax.

Exámenes auxiliares: hemoglobina 11.3 g/dl, hematocrito 31.4%, leucocitos 8650 mm<sup>3</sup>, blastos 0%, promielocitos 0%, mielocitos 0%, metamielocitos 0%, abastionados 0%, segmentados 0%, eosinófilos 3%, basófilos 1%, monocitos 5%, linfocitos: 76%, plaquetas 612 000 mil/mm<sup>3</sup>, y PCR 0.004 mg/dL. Se solicita radiografía de tórax, encontrando espacios intercostales aumentados de tamaño.

Se plantea como diagnóstico presuntivo tos ferina. Paciente pasa a hospitalización por ser lactante menor de 4 meses, en zona de aislamiento, donde se le indica lactancia materna a libre demanda supervisada, azitromicina 170 mg/kg/día vía oral, oxígeno por cánula binasal condicional a saturación menor y/o igual a 92%, monitoreo de tos quintosa y control de funciones vitales. Paciente evoluciona favorablemente, y a la semana es dado de alta.

#### **CASO 4: DIARREA AGUDA ACUOSA**

Madre llega a emergencia trayendo a su hija de 3 años, refiriendo que, desde ayer por la tarde, luego de acudir a fiesta familiar, presenta deposiciones líquidas sin moco y sangre, y vómitos en 4 oportunidades de contenido alimentario, siendo el último hace 2 horas antes del ingreso, rechaza alimentos, sensación de alza térmica, decaída, callada y sedienta. Motivo por el cual madre decide acudir al hospital.

Al examen físico: temperatura 38°C, frecuencia respiratoria 23 respiraciones por minuto, frecuencia cardíaca 110 latidos por minuto. Paciente con aspecto deshidratado, febril e irritable. Cara: ojos hundidos. Piel y tejido celular subcutáneo: mucosas secas, signo de pliegue menor a 2 segundos. Panículo adiposo disminuido. Neurológico: somnolienta, responde a estímulos.

Se plantea como diagnóstico principal diarrea acuosa aguda. Se solicitan exámenes complementarios como hemograma y reacción inflamatoria en heces, con resultados dentro de lo normal.

En tópico se aplica ampolla de metamizol intramuscular y se inicia hidratación fraccionada según tolerancia, con sales de rehidratación oral. En las próximas horas paciente tolera vía oral, evolucionando favorablemente por lo que es dada de alta con indicaciones según el Plan A según guía del MINSA.

## **ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA**

### **CASO 1: PANCREATITIS AGUDA**

Paciente de sexo masculino, 40 años, acude a emergencia refiriendo desde hace 4 días dolor abdominal tipo cólico, a predominio de epigastrio, que no se irradia, de intensidad 6/10, asociado a deposiciones líquidas en 6 ocasiones, sin presencia de sangre o moco. El día del ingreso, el dolor se exagera, se irradia al dorso, asociado a vómitos en 2 ocasiones.

Antecedentes de importancia: alimentación rica en grasas, seis comidas al día, niega ingesta de alcohol o tabaco. Niega antecedentes patológicos y hospitalizaciones.

Al examen físico: paciente hemodinámicamente estable, despierto, sin signos de focalización. Piel térmica, hidratada, elástica, con llenado capilar menor a 2 segundos, no se evidencia ictericia en piel y conjuntivas. No signos de deshidratación. Aparato respiratorio y cardiovascular sin alteraciones. Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, globuloso, doloroso a la palpación profunda en mesogastrio, signos de McBurney, Murphy y rebote negativos. Genitourinario: puntos renoureterales superior y medios negativos.

Se plantea como diagnóstico síndrome doloroso abdominal a descartar pancreatitis aguda, gastroenteritis e infección del tracto urinario. Se solicitan exámenes de laboratorio, incluyendo hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, amilasa, lipasa, electrolitos. Además, prueba antigénica para COVID 19, examen de orina, ecografía abdominal y radiografía de tórax.

Se evidencia aumento de enzimas pancreáticas, amilasa en 600 u/L y lipasa en 360 u/L. El examen de orina no es patológico, prueba rápida no reactiva para COVID 19, ecografía muestra litiasis vesicular. Paciente pasa a hospitalización para manejo posterior.

El diagnóstico definitivo fue pancreatitis aguda leve de probable origen biliar, encontrando score BISAP de 0 puntos, APACHE II de 4 puntos.

El manejo instaurado incluyó hidratación endovenosa, nada por vía oral (NPO), tramadol para calmar el dolor y control de funciones vitales. El paciente evoluciona favorablemente, inicia dieta por vía oral al día siguiente, y fue dado de alta.

## **CASO 2: PIE DIABÉTICO**

Paciente de sexo masculino, 59 años, acude a emergencia, refiriendo que hace 3 semanas sufre caída al ducharse, luego de ello refiere dolor de

moderada intensidad y aumento de volumen en pie izquierdo. Posteriormente, nota secreción blanquecina en planta de pie, de mal olor, asociado a sensación de alza térmica por lo que acude a emergencia.

Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo II diagnosticado en el 2000, con tratamiento irregular con metformina. Tuberculosis pulmonar diagnosticada en el 2013 con tratamiento completo. Niega antecedentes quirúrgicos.

Al examen físico: frecuencia cardiaca 79 por minuto, presión arterial 120/80 mmHg, frecuencia respiratoria 19 por minuto, saturación de oxígeno 99%, temperatura axilar 37. 1°C. Piel: térmica, hidratada, elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos. No se observan edemas. Presencia de úlcera profunda en tercio medio de planta del pie izquierdo de 8 cm de largo y 2 cm de ancho con secreción purulenta. Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares. No ruidos sobreagregados. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad. No soplos. Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible. No doloroso a la palpación. Genitourinario: puño percusión lumbar y puntos renoureterales superior y medios negativos. Neurológico: lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. No signos de focalización.

Se solicitan exámenes auxiliares como hemograma, glucosa, proteínas totales y fraccionadas. Ecografía Doppler de miembros inferiores, AGA y electrolitos. Se obtiene hemoglobina 13.5 g/dl, hematocrito 37%, plaquetas 400000 mil/mm<sup>3</sup>, 21000 leucocitos, abastionados 0%, segmentados 86%, glucosa 160 g/dl, urea 38 mg/dl, albúmina y globulina dentro de rangos normales. El AGA no muestra alteraciones.

La ecografía Doppler arterial de miembros inferiores muestra 6 zonas estenóticas en arteria tibial anterior, posterior y pedia.

Se plantea como diagnóstico principal diabetes mellitus tipo 2 con complicaciones tardías: Pie diabético Wagner tipo III. El manejo incluyó

cloruro de sodio al 0.9% 1000 cc, antibioticoterapia con clindamicina 600 mg endovenoso cada 8 horas y ceftriaxona 2 gr vía endovenosa cada 24 horas. Tramadol 50 mg endovenoso cada 8 horas, dimenhidrinato 50 mg cada 8 horas, metamizol 1gr condicional a temperatura mayor a 38.5° C. Control de glucosa capilar cada 8 horas. Cabecera a 30 grados. Curación diaria de heridas.

Paciente evoluciona sin mejoría clínica. Se decide modificar terapia antibiótica con meropenem 500 mg cada 8 horas, hasta completar 15 días de tratamiento.

### **CASO 3: HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA**

Paciente mujer de 62 años, que ingresa por emergencia con tiempo de enfermedad de 3 días, caracterizado por náuseas y vómitos, hiporexia, dolor abdominal, además refiere deposiciones “negras” pegajosas, malolientes en escasa cantidad en 12 oportunidades, asociado a fatiga y cansancio. Una hora antes del ingreso presenta “vómito con sangre” con coágulos rojo oscuro. Antecedentes personales: diabetes mellitus e hipertensión arterial en tratamiento irregular. Alcohólica crónica y fumadora social. Hospitalización previa por varices esofágicas.

Al examen físico: Presión arterial 100/90 mmHg, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto, frecuencia cardiaca 95 latidos por minuto, temperatura 37°C, saturación de oxígeno 98%, glucosa capilar: 130 mg/dL. Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos. No se evidencian edemas ni ictericia. Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos sobreagregados. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad. No soplos. Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible. No doloroso en la palpación. Genitourinario: puño percusión lumbar y puntos renoureterales superior y medios negativos. Neurológico: despierta, orientada en tiempo, espacio y persona. No signos de focalización. Escala de Glasgow 15/15.

Exámenes auxiliares: glucosa 236 mg/dL, urea 54 mg/dL, creatinina 0.49mg/dL, TGO 53 U/L, TGP 34 U/L, hemoglobina 7.2 g/dL.

El diagnóstico presuntivo en emergencia fue hemorragia digestiva alta, diabetes mellitus tipo 2 no controlada, hipertensión arterial por antecedente y anemia multifactorial.

En emergencia se administró cloruro de sodio al 0.9% 1000cc, iniciando con 500 cc a chorro y luego 45 gotas por minuto. Omeprazol 80 mg endovenoso STAT, luego 40 mg endovenoso cada 12 horas, por último, cloruro de sodio al 0.9% 100 cc más dimenhidrinato 50 mg endovenoso cada 8 horas.

Posteriormente, se realiza endoscopia digestiva alta, donde se visualizan várices esofágicas con ausencia de sangrado activo. La ecografía abdominal evidencia hígado con parénquima granular, ecogenicidad conservada, contornos irregulares, no lesiones focales. Colédoco de 5 mm. Vesícula biliar aproximadamente de 60x25mm de tamaño, con paredes de 3mm y presencia de cálculos. A nivel renal, múltiples quistes en ambos riñones, sin litiasis ni hidronefrosis, es decir, signos de cirrosis hepática.

#### **CASO 4: INFECCIÓN URINARIA NO COMPLICADA**

Paciente de sexo femenino de 45 años, ambulante, procedente de Comas, acude a emergencia porque desde hace 10 días presenta dolor lumbar bilateral tipo cólico, disuria, polaquiuria y tenesmo vesical. Acude a la farmacia y se automedica con flavoxato. Sin embargo, el dolor lumbar y los síntomas miccionales se exacerban, se agrega sensación de alza térmica y náuseas.

Antecedentes ginecológicos: G5P5005, menopausia a los 40 años, último PAP en el 2019, última relación sexual hace 2 semanas, 2 parejas sexuales. Antecedentes patológicos: tuberculosis hace 20 años con tratamiento completo, artrosis de rodilla desde hace 1 año. Se hospitaliza en el 2018 por un cuadro de gastritis. Niega alergias a medicamentos. Niega hábitos nocivos.

Al examen físico: Presión arterial 100/80 mmHg, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto, frecuencia cardíaca 82 latidos por minuto, temperatura 37.8°C, peso 98 Kg y talla 1. 49 cm, índice de masa corporal 44,14 kg/m<sup>2</sup>. Paciente despierta, colaboradora, ventilando espontáneamente, tolera vía oral. Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos. Sistema osteoarticular: movimientos activos y pasivos conservados. Cabeza: normocéfalo, conjuntivas no ictéricas, pupilas isocóricas, lengua poco hidratada. Cuello: No se observan masas a nivel de la tiroides. Tórax y pulmones: amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos sobreagregados. Cardiovascular: no ingurgitación yugular, ruidos cardíacos rítmicos, regulares, no soplos. Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, globuloso, depresible, dolor en fosa iliaca derecha e izquierda a la palpación superficial y dolor en hemiabdomen inferior a la palpación profunda. Signos de Murphy y Mc Burney negativos. Genitourinario: puño percusión positiva, puntos renoureterales superior y medios positivos. Neurológico: despierta, lúcida, orientada en espacio, tiempo y persona.

Se plantea como diagnóstico síndrome doloroso lumbar y abdominal e impresiona una pielonefritis, a descartar litiasis renal; y obesidad mórbida.

Los exámenes auxiliares demuestran hemoglobina 13.6 g/dL, 11 500 leucocitos, bastonados 2%, tiempo de protrombina 14.6 segundos, plaquetas 409 000 mil/mm<sup>3</sup>, glucosa basal 100 g/dl, creatinina 1,07 mg/dl, amilasa 59 u/L, sodio 135 mEq/L, potasio 4.59 mEq/L, cloro 100.9 mEq/L y PCR 20.93 mg/dL. Examen de orina: proteínas 50 mg/dL, pH 6, leucocitos 500 LEU/uL, a la microscopía, hematíes 207/uL, leucocitos 6186/uL y células epiteliales escamosas mayor a 100, confirmando infección del tracto urinario.

Se realiza ecografía de hemiabdomen superior, encontrando lóbulo hepático derecho incrementado de tamaño, con contornos regulares, parénquima homogéneo, no se observan lesiones focales. Vías biliares intrahepáticas no dilatadas, vesícula no distendida, con paredes delgadas, no se observan cálculos en su interior. Colédoco y vena porta de calibres adecuados.

Páncreas y bazo sin alteraciones. No hay líquido libre. El informe ecográfico concluye hepatomegalia y esteatosis hepática.

Se maneja con amikacina 15 mg/kg intramuscular cada 24 horas por 7 días, con evolución favorable y alta pronta.

## **ROTACIÓN DE CIRUGÍA**

### **CASO 1: APENDICITIS AGUDA**

Paciente de sexo masculino, 30 años, acude a emergencia por presentar desde hace 10 horas cuadro caracterizado por dolor abdominal tipo cólico de intensidad 4/10 localizado en epigastrio. Posteriormente, el dolor se exagera a intensidad 9/10, migrando a fosa ilíaca derecha, asociado a náuseas y vómitos, sensación de alza térmica no cuantificada. Decide acudir al hospital al no notar mejoría tras la administración de paracetamol.

Niega antecedentes patológicos y quirúrgicos. Refiere ingesta social de alcohol y tabaco.

Al examen clínico: frecuencia cardíaca 85 por minuto, frecuencia respiratoria 19 por minuto, presión arterial 110/90 mmHg, temperatura axilar 38.5°C, saturación de oxígeno 98%. Piel: térmica, hidratada, elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos. No se evidencia edemas. Aparato Respiratorio: tórax simétrico. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos sobreagregados. Aparato Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad. No soplos. Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha. Signo de Mc Burney positivo y signo de Blumberg negativo. Genitourinario: puño percusión lumbar y puntos renoureterales superior y medios negativos. Neurológico: lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. No signos de focalización.

En emergencia se solicitan exámenes complementarios. Hemograma 12,450 leucocitos, bastonados 14%, segmentados 69%, hemoglobina 14.3 g/dl, hematocrito 41%, plaquetas 160,000 mil/mm<sup>3</sup>, glucosa 98 mg/dl, urea 23, creatinina 1.13 mg/dl, AST 30 U/L y ALT 33 U/L, PCR 3 mg/dL, DHL 250 UI/L. Serológicos no reactivos. Grupo sanguíneo O positivo. El examen de orina no muestra alteraciones. Prueba antigénica no reactiva para COVID-19. Radiografía de tórax normal. Ecografía Abdominal demuestra un apéndice cecal de 7mm de diámetro máximo, a correlacionar con la clínica.

Se plantea como diagnóstico apendicitis aguda no complicada. Se prepara al paciente para apendicectomía.

## **CASO 2: COLECISTITIS AGUDA CALCULOSA**

Paciente de sexo femenino, 40 años, acude a emergencia refiriendo que 1 día antes del ingreso presenta dolor abdominal tipo cólico, en cuadrante superior derecho, de intensidad 5/10, que se irradia al hombro derecho posterior a la ingesta de 2 salchipapas con huevo frito y gaseosa, cuadro cede tras la administración de paracetamol. Seis horas antes del ingreso, dolor aumenta de intensidad a 9/10, y se asocia a vómitos de contenido bilioso en cuatro oportunidades, motivo por el cual acude a emergencia.

Niega antecedentes patológicos y quirúrgicos. Dieta rica en carbohidratos. Consumo de alcohol y tabaco todos los fines de semana. Madre y hermana tienen antecedente de litiasis vesicular.

Al examen físico: frecuencia cardíaca 88 por minuto, frecuencia respiratoria 18 por minuto, presión arterial 120/80 mmHg, temperatura axilar 38.5°C, saturación de oxígeno 99%. Irritable, en posición fetal, ventila espontáneamente. Piel: térmica, hidratada y elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos. Aparato Respiratorio: tórax simétrico. Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos sobreagregados. Aparato Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos. Abdomen: ruidos aéreos presentes, blando, depresible, dolor a la palpación

superficial y profunda en hipocondrio derecho. Signo de Murphy positivo. Genitourinario: puño percusión lumbar y puntos renoureterales superior y medios negativos. Neurológico: Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona. No focalización.

En emergencia se solicitan exámenes complementarios. Hemograma demuestra hemoglobina 12.8 g/dL, hematocrito 39.1%, 14.000 leucocitos, plaquetas 290000 mil/mm<sup>3</sup>. Perfil hepático con bilirrubinas totales 0.56 mg/dL, bilirrubina directa 0.16 mg/dL, fosfatasa alcalina 99 UI/L, AST 24 U/L y ATP 33 U/L, amilasa 70 y lipasa 23. PCR 7.5 mg/l. La ecografía abdominal muestra engrosamiento de la pared vesicular de 6 mm y presencia de cálculos con sombra acústica posterior. Presencia de líquido pericolecístico. Vía biliar intrahepática y extrahepática no dilatada.

Se plantea como diagnóstico colecistitis aguda calculosa. El manejo indicado fue hidratación endovenosa, manejo del dolor con ketorolaco, piperacilina-tazobactam y posterior colecistectomía laparoscópica temprana.

### **CASO 3: MORDEDURA DE PERRO**

Paciente de sexo femenino de 34 años, trabaja en clínica veterinaria, acude a tópico de cirugía con tiempo de enfermedad de 2 horas, refiere que sufre mordedura de perro, a nivel de antebrazo, mano derecha y rostro, motivo por el cual acude a emergencia.

Al examen físico: Presión arterial 120/80 mmHg, frecuencia cardiaca 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 17 respiraciones por minuto, temperatura 37 °C, saturación 98%. Piel: lesión en arco ciliar derecho de aproximadamente 2 cm, sin sangrado activo. Se evidencian dos lesiones de más o menos 0.5 cm, de bordes irregulares, a nivel de antebrazo y mano.

Se plantea como diagnóstico herida por mordedura de perro en miembro superior derecho y arco ciliar.

Se realiza curación de la herida con cloruro de sodio, sin sutura, y se transfiere al Centro de Salud más cercano para administración de vacuna antirrábica.

#### **CASO 4: HEMORROIDES TIPO 2**

Paciente varón de 50 años, chofer, con historia de sangrado intermitente desde hace 1 semana, dolor al defecar, refiere sentir “bolsitas” en zona anal. Sufre de estreñimiento crónico y prurito perianal intermitente.

Al examen físico: Presión arterial 130/80 mmHg, frecuencia cardiaca 70 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 18 latidos por minuto, temperatura 37 °C y saturación de oxígeno 98%. Al examen rectal: paquetes venosos prolapsados en radio 5, que se reducen manualmente, además solución de continuidad en radio 6.

Se plantea como diagnóstico presuntivo hemorroides grado III más fisura anal. Paciente pasa a pabellón 3-I para tratamiento quirúrgico, posible hemorroidectomía.

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

El Hospital Nacional Arzobispo Loayza es un centro hospitalario público peruano de tercer nivel (Categoría III-1) administrado por el Ministerio de Salud. Fue fundado hace 473 años por el Primer Arzobispo del Perú y de América, Don Jerónimo de Loayza y Gonzáles, en 1549 como Hospital Santa Ana, e inició prestando servicios de salud exclusivamente a la población indígena y a mujeres con bajos recursos económicos.

Con el paso de los años, al ver el deterioro de las instalaciones, la Beneficencia Pública de Lima, a inicios del siglo XX, decidió construir un moderno hospital, ubicado actualmente en la Avenida Alfonso Ugarte, en el Centro de Lima. Y así, la construcción de este nosocomio se inicia en 1915 y es inaugurado el 11 de diciembre de 1924, bajo el nombre de Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en honor a su fundador.

El centro hospitalario cuenta con una amplia gama de especialidades:

- Medicina Interna
- Especialidades Médicas: Cardiología y Cuidados Coronarios, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Geriátría, Infectología, Inmunoreumatología, Medicina Física y Rehabilitación, Nefrología, Neumología, Neurología, Salud Mental
- Cirugía General

- Especialidades Quirúrgicas: Cirugía Cabeza, Cuello y Maxilofacial, Cirugía Plástica y Quemados, Cirugía Torácica y Cardiovascular, Cirugía Vascular Periférico y Angiología, Neurocirugía, Oftalmología, Ortopedia y Traumatología, Otorrinolaringología, Urología
- Ginecología y Obstetricia: Ginecología, Obstetricia, Oncología Ginecológica y Mama, Reproducción Humana
- Pediatría: Neonatología y Pediatría
- Anestesiología y Centros Quirúrgicos
- Patología Clínica y Banco de Sangre: Servicio de Bioquímica, Servicio de Hematología, Servicio de Inmunoserología, Servicio de Microbiología, Servicio de Banco de Sangre.
- Anatomía Patológica
- Diagnóstico por Imágenes: Servicio de Radiología, Servicio de Ecografía, Servicio de Medicina Nuclear
- Consulta Externa por Hospitalización
- Emergencia y Cuidados Críticos: Servicio de Emergencia, Servicio de Cuidados Críticos
- Otras especialidades: Nutrición, Farmacia, Enfermería, Servicio Social y Estomatología

Sin embargo, algunas especialidades fueron desplazadas con la llegada del COVID19, dando prioridad a servicios como la Unidad de Cuidados Intensivos.

## **CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

### **ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA**

#### **CASO 1: HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL**

En el caso 1 se evalúa a una paciente con el diagnóstico de miomatosis uterina, que acude a emergencia por presentar sensación de bulto y sangrado uterino anormal desde hace 1 año.

El sangrado uterino anormal es una preocupación ginecológica común y afecta a mujeres de todas las edades. Puede ser causada por una patología uterina estructural como los fibromas, pólipos endometriales, adenomiosis, neoplasias, o causas no uterinas como disfunción ovulatoria, trastornos de la hemostasia o medicamentos.

Los leiomiomas uterinos son los tumores pélvicos más frecuentes en las mujeres, derivan de las células del músculo liso del miometrio. Son hormono dependientes. Se clasifican según su ubicación en el útero, pudiendo ser submucosos, intramurales, subserosos o cervicales.

La mayoría son pequeños y asintomáticos. Los síntomas están relacionados con el número, el tamaño y la ubicación de los tumores, pueden clasificarse en tres categorías, sangrado menstrual abundante o prolongado, síntomas

relacionados con el volumen como presión pélvica y dolor, y disfunción reproductiva incluyendo infertilidad, aborto espontáneo, complicaciones obstétricas. El sangrado uterino anormal y los cólicos menstruales son los síntomas más comunes y ocurren en aproximadamente el 26 al 29% de todas las pacientes.

El diagnóstico se basa en un examen pélvico y los hallazgos de una ecografía transvaginal compatibles. Los miomas se ven en la ecografía generalmente como masas redondeadas bien delimitadas, hipoecoicas, frecuentemente con sombra. No se requiere confirmación anatomopatológica para proceder al manejo, excepto en los casos en que se sospeche otra lesión. El tratamiento está dirigido a resolver o reducir los síntomas asociados a las lesiones.

El deseo de tener hijos se evalúa antes de elegir cualquier tratamiento. Aquellas que no desean una gestación a futuro y tienen síntomas persistentes relacionados, o que desean un tratamiento quirúrgico, pueden optar por la histerectomía o miomectomía.

Las indicaciones para manejo quirúrgico incluyen marcado dolor, sangrado uterino asociado a anemia, infertilidad, tumores mayores de 10 centímetros.

## **CASO 2: BACTERIURIA ASINTOMÁTICA**

Las infecciones del tracto urinario son muy comunes durante el embarazo. La bacteriuria asintomática se define como la presencia de mayor y/o igual a 105 UFC/ml en el examen de orina, sin clínica compatible con una infección urinaria. Generalmente ocurre durante el primer trimestre del embarazo.

La ausencia de un tratamiento precoz se asocia a mayor probabilidad de complicaciones perinatales. El embarazo desencadena la relajación del músculo liso, que conlleva a la dilatación ureteral, facilitando el ascenso de bacterias desde la vejiga hasta el riñón, explicando así el aumento de casos de infección urinaria alta.

Toda gestante debe recibir antibioterapia en base a los resultados del cultivo, y cultivos de seguimiento para confirmar la ausencia de infección. Las opciones terapéuticas disponibles incluyen betalactámicos, nitrofurantoína y fosfomicina. Las dosis varían, nitrofurantoína 50-100 mg cada 6 horas; cefalexina 250-500 mg cada 6 horas; amoxicilina/ácido clavulánico 500/250 mg cada 8 horas; amoxicilina 500 mg cada 8 horas; trimetropin/sulfametoxazol 160/800 cada 12 horas. La duración del tratamiento es de 7 días.

### **CASO 3: DISTOPIA GENITAL GRADO IV**

El caso 3 describe a una mujer perimenopáusica, multípara con diagnóstico de distopia genital grado IV.

El prolapso de órganos pélvicos (POP) se define como una hernia de órganos pélvicos hacia o más allá de las paredes vaginales. Es una condición muy frecuente en mujeres añosas, sobre todo si tienen factores de riesgo como multiparidad, obesidad, histerectomía, raza y origen étnico, también ciertas condiciones que generen aumento de la presión intraabdominal, como el estreñimiento crónico, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, anomalías del colágeno y antecedentes familiares.

La mayoría de las pacientes se quejan de presión vaginal o pélvica y/o sensación de “bulto vaginal” o “algo que se le cae de la vagina”, además puede estar acompañado de síntomas urinarios, como la incontinencia urinaria de esfuerzo, sensación de incompleto vaciamiento, incluso retención urinaria completa. También reportan disfunción defecatoria, como el estreñimiento, urgencia e incontinencia fecal incluso al mantener relaciones sexuales, asimismo disfunción sexual, efectos adversos sobre el orgasmo o satisfacción sexual. Cabe resaltar que la clínica no siempre va de la mano con el grado del prolapso.

El POP se diagnostica con el examen pélvico junto con la clínica. Actualmente se utiliza el sistema de clasificación *POP-Q*, que determina el grado del prolapso. Existen cuatro grados:

- Grado 0: Sin prolapso
- Grado 1: La parte más externa del prolapso está a más de 1 cm por sobre el himen
- Grado 2: La parte más externa del prolapso está entre -1 y +1 cm con respecto al himen
- Grado 3: La parte más externa del prolapso está a menos de 2 cm sobre el largo vaginal total
- Grado 4: Procidencia genital

El tratamiento es individualizado, de acuerdo a los síntomas de cada paciente y el impacto en su calidad de vida. Las mujeres sintomáticas pueden tener un manejo expectante, o tratarse con terapias conservadoras o quirúrgicas.

La elección del manejo va a depender tanto del paciente, cumplimiento del manejo conservador, tolerancia a la cirugía, edad, grado de distopía, dolor pélvico preoperatorio, así como las cirugías pélvicas.

El manejo expectante se reserva a aquellas que pueden tolerar sus síntomas y prefieran no tratarse.

El manejo conservador es la opción de primera línea en todas las mujeres con POP, ya que el tratamiento quirúrgico conlleva mayor riesgo de complicaciones y recurrencias, incluyendo pesarios vaginales, ejercicios de los músculos del piso pélvico y terapia con estrógenos vaginales tópicos perioperatorios. Sin embargo, en aquellas en las que ha fracasado el manejo conservador se optará por la intervención quirúrgica.

#### **CASO 4: VULVOVAGINITIS CANDIDIÁSICA**

El caso 4 describe a una paciente con diagnóstico de candidiasis vulvovaginal. La vulvovaginitis candidiásica no es considerada una enfermedad venérea. Pese a ello, es la segunda causa más común de vaginitis, y representa aproximadamente un tercio de estas.

La enfermedad se produce por el crecimiento excesivo de *Cándida spp.*, siendo la especie más frecuentemente aislada *Cándida albicans*, que es responsable del 80 al 92 % de los episodios.

Si bien la infección ocurre de forma esporádica, también se han identificado ciertos factores de riesgo como diabetes mellitus, uso de antibióticos, embarazo, terapia de reemplazo hormonal, corticoterapia, VIH y genética.

El síntoma más característico es el prurito intenso, también es muy común el ardor, dolor y la irritación vulvar que pueden acompañarse o no de disuria o dispareunia. En el examen ginecológico, los genitales externos a menudo revelan eritema de la vulva y mucosa vaginal, además de edema vulvar. Generalmente se visualiza un flujo blanco, espeso, adherido a las paredes vaginales y grumoso (como cuajada o requesón), sin olor o con un olor mínimo.

La evaluación en consultorio consiste en tomar una muestra de la pared lateral vaginal y el flujo, evaluar el pH vaginal y realizar una microscopía. También se puede realizar un examen en fresco, adicionando hidróxido de potasio al 10%, facilitando el reconocimiento de levaduras o pseudohifas, siendo este método el preferido.

El tratamiento en ausencia de complicaciones es fluconazol 150 mg por vía oral en dosis única. Las infecciones no complicadas suelen responder en un par de días, se aconseja evitar tener relaciones sexuales durante el tratamiento, ya que puede empeorar la inflamación.

## **ROTACIÓN DE PEDIATRÍA**

### **CASO 1: PIELONEFRITIS AGUDA**

La infección urinaria se define como la proliferación de microorganismos en el tracto urinario, asociado a manifestaciones clínicas compatibles. Representa

la infección bacteriana más común en niños menores de 2 años. La tasa varía según la edad, el sexo y el estado de la circuncisión. La causa más frecuente es *E. coli*, que representa el 80% de los casos.

La clínica en niños pequeños puede ser inespecífica, incluyendo fiebre, irritabilidad, síntomas gastrointestinales como vómitos, diarrea, y mala alimentación. Muchas veces la fiebre puede ser la única manifestación en lactantes.

Todo paciente con sospecha debe ser evaluado precozmente, con el objetivo de recibir tratamiento oportuno para evitar la cicatrización renal. Se debe solicitar un examen completo de orina y cultivo para diagnóstico y manejo antibiótico específico.

La terapia antimicrobiana depende de la edad, gravedad, presencia de vómitos, duración de la fiebre, y los patrones de resistencia antimicrobiana. Se recomienda que el manejo empírico brinde una cobertura adecuada para *E. coli*. La mayoría de los niños mayores de dos meses pueden tratarse de manera ambulatoria, sin embargo, los lactantes menores de dos meses, con urosepsis, inmunocomprometidos, con vómitos o incapacidad para tolerar vía oral, o los que no respondan a la terapia ambulatoria deben ser hospitalizados. La terapia parenteral empírica de primera línea incluye cefalosporinas y aminoglucósidos. El tratamiento definitivo se basa en los resultados del urocultivo y patrones de sensibilidad. Los antibióticos empleados incluyen ceftriaxona de 50 a 75 mg/kg cada 24 horas por vía endovenosa, ampicilina 100 mg/kg/día endovenosa repartido en cuatro tomas, gentamicina 7.5 mg/kg/día endovenosa repartido en tres tomas, cefotaxima 150 mg/kg/día endovenosa dividido en tres a cuatro dosis. Generalmente se cambia a manejo oral cuando el paciente tolera los líquidos orales y ha estado afebril durante 24 horas.

En este caso, la lactante de 4 meses es traída a emergencia por presentar síntomas inespecíficos como fiebre de 38°C asociado a náuseas y vómitos, con un examen de orina patológico. No luce tóxica, en mal estado de higiene.

Se decide hospitalizar, iniciando tratamiento empírico con ceftriaxona endovenosa. Durante los dos primeros días de antibioticoterapia no hubo mejoría clínica, la lactante continuaba con fiebre a predominio matutino. Al tercer día se obtiene cultivo que demuestra resistencia a este antibiótico, motivo por el cual se decide cambiar de fármaco. La paciente se mantuvo afebril por 18 horas, deciden darle de alta con la condición de acudir al nosocomio para continuar la antibioticoterapia por 5 días. Esta acción fue inadecuada ya que se debió esperar al menos 24 horas para posterior alta.

## **CASO 2: BRONQUIOLITIS**

La bronquiolitis se define como un cuadro de dificultad respiratoria en menores de 2 años, que inicia con síntomas respiratorios altos y posterior compromiso de vías respiratorias bajas, lo que resulta en sibilancias y/o crepitantes.

Generalmente es de origen viral, siendo el virus sincitial respiratorio la causa más frecuente, seguido del rinovirus. La edad gestacional menor de 36 semanas, tener menos de 12 semanas de vida, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las anomalías congénitas y anatómicas de las vías respiratorias, la cardiopatía congénita e inmunosupresión son factores de riesgo para desarrollar enfermedad la forma grave y/o complicaciones.

El diagnóstico es clínico, con pródromo viral de las vías respiratorias superiores seguido de manifestaciones como taquipnea, aleteo nasal, retracción torácica, sibilantes o crepitantes. Los exámenes auxiliares como la radiografía de tórax no son necesarios para confirmar el diagnóstico, sin embargo, resultan útiles ante la sospecha de complicaciones, coinfecciones o para diagnósticos diferenciales.

El manejo primario incluye hidratación con fluidos isotónicos por riesgo de hiponatremia, oxígeno suplementario ante saturación de oxígeno menor a 92%, elevación de la cabecera, aspiración de secreciones, alimentación por sonda nasogástrica en pacientes deshidratados y desnutridos. No se recomienda administrar de forma rutinaria broncodilatadores inhalados a lactantes y niños en el primer episodio.

En este caso, el paciente sin antecedentes, es traído por presentar cuadro que inicia con síntomas respiratorios altos como tos, congestión nasal, con el pasar de los días el cuadro se exacerba, con dificultad respiratoria, agitación y decaimiento. Al examen físico taquipnea, tirajes intercostales y subcostales, sibilantes inspiratorios y espiratorios, se obtienen 6 puntos en la Escala de Severidad de Bronquiolitis Aguda (ESBA), catalogando como síndrome obstructivo bronquial moderado. Al percibirse el curso clínico de la enfermedad, y teniendo en cuenta que es su primer episodio de sibilancias sin otra causa que pueda explicar el proceso, se diagnostica como bronquiolitis, y se decide hospitalizar al paciente para manejo posterior.

### **CASO 3: TOS FERINA**

El caso 3 presenta a un lactante menor de 1 mes de nacido traído por su madre por presentar desde hace 14 días tos, vómitos post tusígenos, rinorrea y sibilancias. Se plantea como diagnóstico tos ferina y pasa a hospitalización con tratamiento antibiótico con azitromicina.

La tos ferina, también conocida como "la tos de los 100 días", es una patología del aparato respiratorio con alta tasa de contagio, causada por el cocobacilo gram negativo *Bordetella pertussis*.

La morbimortalidad es alta en los niños, sobre todo en los lactantes. El periodo de incubación de *B. pertussis* varía entre 1 a 3 semanas, pero por lo general es de 7 a 10 días. Los grupos con mayor riesgo de morbimortalidad son los lactantes, niños pequeños con vacunas incompletas, y adultos mayores.

Se transmite a través de gotitas respiratorias al toser, estornudar o compartir espacios durante periodos largos.

El cuadro clínico varía según la edad e inmunidad del paciente, ya sea por la vacunación o infección natural previa. La tos ferina clásica se divide en tres etapas:

- Etapa catarral: similar a una infección viral con tos leve y rinorrea, la fiebre es poco común; si está presente, suele ser de bajo grado. La tos aumenta gradualmente en lugar de mejorar. Generalmente dura entre 1 a 2 semanas.
- Etapa paroxística: los ataques de tos se vuelven más severos. Puede acompañarse de arcadas, cianosis y dificultad para respirar. También se puede evidenciar vómitos post tusígenos. Esta etapa puede durar de 2 a 8 semanas.
- Etapa de convalecencia: la tos desaparece después varias semanas o meses.

Se debe sospechar en todo lactante menor de 4 meses con tos paroxística, generalmente sin fiebre significativa, rinorrea, apnea, convulsiones, cianosis, vómitos post tusígenos y neumonía.

El diagnóstico es clínico, y se puede diagnosticar sin pruebas de laboratorio, siempre y cuando cumplan con alguno de los siguientes criterios:

- Tos aguda de mayor o igual a 2 semanas asociado a paroxismos, grito inspiratorio, vómitos posterior a tos, apnea, con o sin cianosis; ó
- Tos aguda de cualquier duración y un vínculo epidemiológico

La decisión de hospitalizar a un lactante o preescolar depende del grado de dificultad respiratoria, manifestada por taquipnea, retracciones, aleteo nasal, gruñidos y uso de músculos accesorios, neumonía, incapacidad para alimentarse, cianosis o apnea con o sin tos.

El tratamiento antibiótico de elección son los macrólidos. La azitromicina se prefiere en lactantes menores de 1 mes, y en mayores de 1 mes, se puede emplear cualquiera. Trimetoprim-sulfametoxazol es una alternativa para aquellos con alguna contraindicación o que no toleren los macrólidos. Las guías recomiendan administrar azitromicina por 5 días, 14 días para eritromicina, 7 días para claritromicina y 14 días para trimetoprim-sulfametoxazol.

#### **CASO 4: DIARREA AGUDA ACUOSA**

En el último caso de pediatría se presenta una niña de 3 años con un cuadro clínico caracterizado por deposiciones líquidas sin moco y sangre, asociado a vómitos y sensación de alza térmica. Se plantea como diagnóstico enfermedad diarreica aguda (EDA) y se maneja según el Plan B del MINSA.

A nivel nacional, constituye una causa importante de morbimortalidad en los primeros cinco años de vida, fundamentalmente por la deshidratación. En el año 2016, la prevalencia de diarrea en Perú en niños menores de 36 meses de edad disminuyó del 17.4% al 15%.

La diarrea es multifactorial, principalmente por condiciones sociosanitarias y de higiene inadecuadas, que conlleva al consumo de productos contaminados.

El diagnóstico es clínico, se realiza a través de la anamnesis y exploración física detallada. La deshidratación se clasifica de acuerdo a la clínica. Existen 3 grados de deshidratación:

- Sin signos de deshidratación (menor al 5%): alerta, ojos normales, boca y lengua húmedas, lágrimas presentes, bebe normal, signo de pliegue desaparece de inmediato. Se sigue el PLAN A
- Algún grado de deshidratación (5-10%): irritable, ojos hundidos, mucosas secas, lágrimas escasas, bebe rápido y ávidamente, signo de pliegue desaparece lentamente menor a 2 segundos. Cuando hay 2 o más signos, se trata con el PLAN B
- Deshidratación grave (mayor a 10%): letárgico o inconsciente, ojos muy hundidos y secos, mucosas secas, ausencia de lágrimas, incapaz de beber o lactar, signo de pliegue desaparece muy lentamente mayor a 2 segundos. Cuando hay 2 o más signos, pero uno de ellos es signo clave, se trata con el PLAN C

La guía del MINSA menciona que se debe pedir exámenes auxiliares como reacción inflamatoria en heces, coprocultivo, coprofuncional o examen parasitológico seriado sólo en ciertos casos, por ejemplo, en las EDA que duran más de siete días, sospecha de presencia de bacteriemia o sepsis, presencia de sangre y moco, o que haya alguna inmunosupresión con desnutrición moderada o severa, o lactante menor de 3 meses.

El estudio de imágenes sólo debe reservarse en ciertos casos especiales, como la intususcepción en el lactante, íleo paralítico, entre otros.

Las sales de rehidratación oral (SRO) constituyen el tratamiento ideal para manejar cualquier grado de deshidratación. Se recomienda utilizar SRO de baja osmolaridad, por boca a libre demanda, como mínimo 50 a 100 ml/Kg de peso en 3 a 4 horas. Continuar con la lactancia materna, ya que es la piedra angular para la recuperación y prevención de la EDA y la desnutrición.

No se debe interrumpir la alimentación habitual durante la diarrea, en caso contrario esta debe reanudarse lo más pronto posible. De preferencia se debe consumir alimentos bien cocidos, blandos, y con paciencia, para evitar vómitos y/o rechazo a los alimentos. Deben evitarse alimentos con mucho azúcar porque empeoran el cuadro. Se debe capacitar a los padres de familia acerca de la preparación de las SRO. Si vomita en plena rehidratación, esperar 10 minutos, y continuar de forma más pausada. Se debe controlar al paciente cada 2 horas, hasta que se confirme la ausencia de deshidratación. Los pacientes serán dados de alta siempre y cuando se descarten signos de deshidratación. Si no hay mejoría clínica, seguir con el Plan B por 2 horas más y posteriormente reevaluar. En caso no responda al tratamiento o el cuadro empeore pasar al Plan C.

Si se presentan problemas como vómitos persistentes, se puede emplear sonda nasogástrica, administrando una dosis de 50 a 100 ml/Kg en 4 horas en goteo (gastroclisis).

## **ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA**

### **CASO 1: PANCREATITIS AGUDA**

La pancreatitis aguda consiste en la inflamación del páncreas, caracterizado por dolor abdominal y la elevación de enzimas pancreáticas.

La etiología es muy variada, sin embargo, el consumo crónico de alcohol y los cálculos biliares son las más frecuentes. El requisito central para la aparición de la enfermedad es la activación de enzimas proteolíticas intraacinares, lo que finalmente conduce a una lesión autodigestiva de la glándula.

Las manifestaciones clínicas incluyen dolor abdominal intenso, súbito y persistente en el cuadrante superior izquierdo y en el epigastrio comúnmente, pudiendo irradiarse al dorso, asociado en el 90% a náuseas y vómitos. Los pacientes con pancreatitis aguda grave pueden presentar fiebre, taquipnea, taquicardia, hipoxemia e hipotensión.

El diagnóstico se realiza ante la presencia de dolor abdominal agudo en epigastrio, que se disemina hacia la espalda, con elevación de lipasa y/o amilasa séricas tres veces o más que el límite superior normal. Ante la duda diagnóstica, se debe solicitar una tomografía computarizada abdominal con contraste para definir el cuadro.

La clasificación de Atlanta divide la enfermedad en 3 categorías, pancreatitis aguda leve; pancreatitis aguda moderadamente grave, caracterizada por insuficiencia orgánica transitoria con resolución en menos de 48 horas y/o complicaciones locales o sistémicas sin insuficiencia orgánica persistente; y pancreatitis aguda grave, donde la insuficiencia orgánica es persistente.

El pronóstico se evalúa mediante scores como BISAP, RANSON y MARSHALL. El score de BISAP asigna 1 punto por cada uno de los siguientes durante las primeras 24 horas, nitrógeno ureico en sangre (BUN) mayor a 25 mg/dl, alteración del estado mental, síndrome de respuesta inflamatoria

sistémica (SIRS), edad mayor de 60 años o presencia de derrame pleural. La mortalidad es menor al 1% en aquellos con un puntaje igual a cero, y del 22% en los pacientes que obtengan cinco puntos, un puntaje mayor a 2 es de mal pronóstico. Los criterios de Ranson consisten en 11 parámetros, cinco se evalúan al ingreso y seis se evalúan durante las siguientes 48 horas. Durante la admisión se evalúa LDH, leucocitos, edad mayor a 55 años, glucosa y AST. A las 48 horas se evalúa la presión parcial de oxígeno (PaO<sub>2</sub>), valores de calcio, hematocrito, elevación de urea, déficit de bases y déficit de líquidos. La mortalidad es del 0 al 3% cuando la puntuación es menor a 3, del 11 al 15% cuando la puntuación es mayor o igual a 3 y del 40% cuando la puntuación es mayor o igual a 6, un puntaje mayor a 3 es de mal pronóstico. La puntuación de APACHE II tiene 12 variables fisiológicas, tiene buen valor predictivo negativo para predecir pancreatitis aguda grave, una puntuación mayor a 8 está asociada con una mortalidad del 11 al 18 %. El índice de gravedad tomográfico está basado en el porcentaje de necrosis, inflamación y presencia de líquido, un puntaje mayor a 7 es de mal pronóstico.

El manejo inicial incluye la fluidoterapia, manejo del dolor y soporte nutricional. La antibioticoterapia se reserva en pacientes con infecciones concomitantes, no se recomienda la profilaxis antimicrobiana. La reposición de líquidos agresiva es la intervención inicial más eficaz, se define como la infusión de 5 a 10 ml/kg por hora de solución cristalóide isotónica como suero fisiológico o lactato de Ringer a todos los pacientes, a menos que exista alguna comorbilidad cardiovascular o renal. Se evalúa de forma estricta en las primeras seis horas tras el ingreso hasta completar las 48 horas. Los parámetros para ajustar la fluidoterapia incluyen la clínica, hematocrito y BUN. Para el manejo del dolor se recomiendan opiáceos intravenosos, como morfina y fentanilo. Se prefiere la alimentación por sonda nasoyeyunal a la nutrición parenteral total en pacientes con pancreatitis moderadamente grave.

Se recomienda la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica urgente en menos de 24 horas y esfinterotomía en pacientes con colangitis. En pacientes con pancreatitis por cálculos o barro biliares, la colecistectomía se realiza tras la mejoría clínica.

En el caso clínico, el dolor a predominio del epigastrio, de tipo cólico, intenso asociado a la elevación de las enzimas pancreáticas, amilasa 600 U/L y lipasa en 360 U/L hicieron posible llegar al diagnóstico sin necesidad de realizar el estudio tomográfico. se clasificó como pancreatitis aguda leve. Se obtuvo 0 puntos en el score de BISAP y 4 puntos en el score de APACHE II, por lo que no tenía mal pronóstico. En cuanto al manejo, se realizó hidratación intensa con cloruro de sodio a 250-500 ml/hora o 2-3 L/día, dieta absoluta temprana y analgesia con un opioide débil. La salud del paciente evolucionó favorablemente.

## **CASO 2: PIE DIABÉTICO WAGNER TIPO III**

La diabetes mellitus tipo 2 es el tipo más frecuente, diagnosticándose en más del 90% de los casos, la prevalencia mundial se estima en un 9,3 % en adultos.

La elevación de la glucosa en sangre es secundaria a la pérdida progresiva de secreción de insulina en las células beta, superpuesta a un fondo de resistencia a la insulina, lo que resulta en deficiencia relativa.

El diagnóstico se confirma cuando la hemoglobina glicosilada (HbA1C) y la glucosa plasmática en ayunas están por encima de sus umbrales diagnósticos, como niveles consecutivos de HbA1C mayores de 6,5% o dos niveles consecutivos de glucosa plasmática en ayunas mayor o igual a 126 mg/dL. El valor aleatorio de glucosa en plasma mayor o igual a 200 mg/dL en un paciente con manifestaciones clásicas de hiperglucemia como aumento de la sed, poliuria, pérdida de peso, visión borrosa, ayudan a sospechar el diagnóstico.

El manejo inicial en ausencia de contraindicaciones, incluye metformina asociado a cambios en el estilo de vida. La cantidad no debe exceder su dosis máxima efectiva, generalmente 2000 mg, durante uno o dos meses. Está contraindicada en pacientes con tasa de filtración glomerular inferior a 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. El objetivo glucémico en la mayoría los casos es una hemoglobina glicosilada menor o igual a 7,0%.

Las complicaciones pueden ser agudas o crónicas; agudas como el estado hiperosmolar hiperglucémico, la cetoacidosis diabética y la hipoglicemia. Las complicaciones crónicas pueden ser microvasculares y macrovasculares. Las macrovasculares se asocian a mortalidad, incluyen la enfermedad cerebrovascular, cardiopatía isquémica y arteriopatía periférica, mientras que la retinopatía diabética, la nefropatía y la neuropatía diabética son complicaciones microvasculares.

Las úlceras en pie diabético son una causa importante de morbilidad. La neuropatía, las amputaciones previas, la deformidad del pie que provoca exceso de presión, los traumatismos externos, las infecciones y los efectos de la isquemia crónica son los factores de riesgo asociados.

El primer paso en el manejo es evaluar, graduar y clasificar la úlcera. La escala clínica de Wagner es una de las más utilizadas, se basa en la profundidad y presencia de necrosis. Se divide en 5 grados, grado 0 es un pie sin herida o úlcera, pero con alto riesgo; grado I indica una úlcera superficial; grado II en presencia de una úlcera profunda, con compromiso de tendones; grado III si hay compromiso óseo y/o absceso, osteomielitis o tendinitis; grado IV ante la presencia de gangrena localizada; y grado V si hay gangrena generalizada del pie.

El tratamiento va a depender si está infectada y datos de isquemia. Las úlceras superficiales requieren curación interdiaria. El tratamiento de las úlceras infectadas incluye antibioticoterapia y desbridamiento quirúrgico. La duración del fármaco y su duración varían de acuerdo a la extensión y gravedad de la úlcera. En pacientes con infecciones leves, se sugiere que el régimen antimicrobiano empírico cubra *Streptococcus* y *Staphylococcus aureus*. En pacientes con úlceras profundas, se debe cubrir *estreptococos*, *S. aureus*, bacilos aerobios gramnegativos y anaerobios; finalmente, en infecciones que amenazan las extremidades o evidencia de toxicidad sistémica, se sugiere antibióticos parenterales de amplio espectro, con actividad contra *Streptococcus*, *Staphylococcus aureus* *meticilino resistente*,

bacilos aerobios gramnegativos y anaerobios. El manejo por vía oral se recomienda en lesiones que se extienden a la fascia, mientras que los regímenes parenterales se usan en infecciones más profundas. Los pacientes con algún grado de isquemia deben ser derivados para una posible revascularización. Las úlceras infectadas e isquémicas tienen mayor riesgo de falta de cicatrización y amputación.

### **CASO 3: HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA**

La hemorragia digestiva alta (HDA) se define como el sangrado que se origina en el tubo digestivo, desde la boca hasta el duodeno a la altura del ligamento de Treitz, que se caracteriza con signos específicos, como son la melena, hematemesis o hematoquecia; sin embargo, los síntomas dependen de la causa subyacente.

Existen dos tipos de HDA: variceal y no variceal. El tipo no variceal es la etiología más frecuente, incluye úlceras pépticas, enfermedades erosivas de la mucosa, síndrome de Mallory-Weiss, entre otras. A diferencia de la variceal que se subdivide según la localización de las várices sangrantes, que pueden ser esofágicas o gástricas.

Debido a las complicaciones que trae consigo la HDA, se desarrollaron guías que recomiendan que aquellos con clínica sugerente de HDA y con un puntaje mayor o igual a dos en el índice de Blatchford score pre endoscópico, sean hospitalizados para realizar una endoscopia digestiva alta dentro de las 24 horas siguientes para determinar la etiología y pronóstico. Este índice permite decidir el manejo de forma inmediata o diferida.

El paciente del caso clínico, obtuvo un puntaje de 11 según el score de Blatchford, es decir, un alto riesgo de sangrado gastrointestinal, por lo tanto, requirió intervención médica con trasfusión paquetes globulares ya que presenta hemoglobina en 7.2 mg/dL.

Previo a la endoscopia, se recomienda administrar omeprazol intravenoso 80 mg en bolo seguido de 40 mg cada 12 horas, o una infusión de 8 mg/hora. La endoscopia no debe retrasarse ante la ausencia de omeprazol.

Si se sospecha de una HDA de tipo variceal se deberá utilizar octreótide 0.2 mg/mL intravenoso en bolo de 50 microgramos seguido de infusión de 50 microgramos/hora durante 5 días. La guía recomienda que, en las HDA por várices esofágicas, se debe utilizar idealmente la ligadura con bandas en vez de la escleroterapia. Posteriormente, se realiza el Score de Rockall, que evalúa si el paciente se debe quedar hospitalizado o se debe dar el alta precoz.

#### **CASO 4: INFECCIÓN URINARIA NO COMPLICADA**

Las infecciones del tracto urinario no complicadas se definen ante la presencia de síntomas miccionales, en ausencia de fiebre. Son las infecciones más frecuentes a nivel mundial, afectando sobre todo a las mujeres y extremos de la vida. La causa más frecuente es E. coli.

Se debe sospechar de pielonefritis aguda en aquellos con fiebre o dolor lumbar; ya sea que presenten o no síntomas miccionales. Se recomienda realizar cultivos en aquellos pacientes con sospecha de pielonefritis aguda, episodios recurrentes o que no resuelvan después de finalizar el tratamiento empírico.

En los pacientes con pielonefritis en ausencia de complicaciones, se sugiere dar inicio a la antibioticoterapia empírica guiándose del antibiograma, y si no se tiene la información del perfil de sensibilidad pero tienen una adecuada tolerancia oral, se sugiere iniciar antibioticoterapia empírica ambulatoria con cefalexina 500 mg vía oral cada 6 horas por 7 días o cefuroxima 500 mg vía oral cada 12 horas, por 7 días o sulfametoxazol + trimetoprim 800/160 mg vía oral cada 12 horas, durante 14 días, o amikacina 15 mg/kg intramuscular cada 24 horas por 7 días (dosis máxima 1.5 gr por día).

## **ROTACIÓN DE CIRUGÍA**

### **CASO 1: APENDICITIS AGUDA**

La apendicitis resulta en la inflamación del apéndice vermiforme vestigial, constituye uno de los motivos más frecuentes de abdomen agudo quirúrgico. La obstrucción apendicular es la principal causa. La variabilidad anatómica puede complicar el diagnóstico, ya que la presentación clínica va a reflejar la posición anatómica del apéndice, pudiendo ser retrocecal o pélvica, medial, lateral, anterior o posterior al ciego.

Los síntomas clásicos incluyen dolor abdominal en el cuadrante inferior derecho, anorexia, fiebre, náuseas y vómitos. El dolor abdominal se origina en la región periumbilical con migración posterior al cuadrante inferior derecho. No obstante, no todos los pacientes tendrán dolor abdominal migratorio. El examen físico puede revelar signos que ayudan con el diagnóstico, como el signo de McBurney que se describe como una sensibilidad máxima a 1,5 a 2 pulgadas de la espina ilíaca anterosuperior en una línea recta, desde la espina ilíaca hasta el ombligo. Se entiende como signo de Rovsing al dolor en el cuadrante inferior derecho durante la palpación del cuadrante inferior izquierdo, y es indicativo de irritación peritoneal del lado derecho. El signo del psoas se asocia con una apendicitis retrocecal, se manifiesta por dolor en el cuadrante inferior derecho con extensión pasiva de la cadera derecha. El signo del obturador indica una apendicitis de origen pélvico, se manifiesta por dolor en el cuadrante inferior derecho cuando el médico flexiona la cadera y la rodilla derecha, seguido de la rotación interna de la cadera derecha.

El diagnóstico es clínico, los exámenes auxiliares sirven como apoyo, se debe incluir un hemograma completo, reactantes de fase aguda, examen de orina y radiografía de tórax para descartar otra enfermedad. El 80% de los pacientes presentan leucocitosis con desviación izquierda. La escala de Alvarado ayuda a tomar una decisión con respecto al manejo, aquellos con un puntaje menor a 4, deben ser evaluados para otras posibilidades diagnósticas, una puntuación mayor o igual a 4 requiere una evaluación a fondo, a través de

imágenes. Los criterios incluyen migración del dolor, anorexia o pérdida de apetito, náuseas y/o vómitos, dolor en cuadrante inferior derecho, signo del rebote, aumento de la temperatura mayor a 37.5°C, leucocitosis mayor o igual a 10,000 cc<sup>3</sup>/ml y desviación izquierda.

Los estudios de imágenes refuerzan el diagnóstico, reduciendo la tasa de apendicectomía negativa. La tomografía abdominopélvica es el estándar, idealmente con contraste a menos que el paciente tenga antecedente de insuficiencia renal o alergia al contraste yodado, los hallazgos positivos para apendicitis incluyen un grosor de la pared doble apendicular agrandado mayor a 6 mm, engrosamiento de la pared apendicular mayor a 2 mm y realce de la pared apendicular. La ecografía abdominal se recomienda en niños y gestantes, los hallazgos positivos son los mismos descritos en la tomografía.

El manejo recomendado para la apendicitis no perforada es la apendicectomía, aquellos pacientes que van directamente de la sala de emergencias al quirófano, deben recibir una dosis única de antibióticos profilácticos dentro de una "ventana" de 60 minutos antes de la incisión, los que no se someterán a una apendicectomía hasta la mañana siguiente deben ser hospitalizados, e iniciar antibioticoterapia de amplio espectro endovenoso. La apendicectomía puede ser abierta o laparoscópica, esta última tiene menos infecciones de herida, y menor estancia hospitalaria, pero mayor riesgo de abscesos intraabdominales.

El manejo para los pacientes con apendicitis perforada asociado a compromiso hemodinámico, sepsis, perforación libre o peritonitis generalizada requiere una apendicectomía de emergencia, irrigación y, drenaje de la cavidad peritoneal y, en ocasiones, resección intestinal.

En el caso presentado, el paciente cursa con el cuadro típico de apendicitis aguda incluyendo dolor abdominal en epigastrio que migra a la fosa ilíaca derecha, asociado a náuseas y vómitos, pérdida del apetito y fiebre. Al examen físico tiene signo de McBurney positivo. Los exámenes de laboratorio muestran leucocitosis con desviación izquierda y elevación de reactantes de

fase aguda. El diagnóstico se pudo corroborar a través de los criterios de Atlanta, donde obtuvo 9 puntos. Además, tiene exámenes de laboratorio que sugieren un proceso infeccioso. La ecografía abdominal muestra un apéndice de 7 mm. Al no presentar complicaciones se decide hospitalizar para posterior apendicectomía.

## **CASO 2: COLECISTITIS AGUDA CALCULOSA**

La colecistitis aguda es un proceso inflamatorio de la vesícula biliar, el 90% es secundario a litiasis vesicular, por otro lado, la colecistitis acalculosa representa el 5 al 10%.

Las manifestaciones clínicas incluyen dolor abdominal, generalmente en el cuadrante superior derecho o epigastrio, el cual es prolongado, con una duración mayor de 6 horas, constante y severo, que puede extenderse al hombro derecho o a la zona dorsal. Se asocia a náuseas, vómitos y anorexia. La clínica incluye fiebre, taquicardia, mal estado general, y con frecuencia tendrán un signo de Murphy positivo a la exploración abdominal.

Los exámenes de laboratorio revelan leucocitosis con desviación izquierda, la elevación de la bilirrubina total y fosfatasa alcalina no es frecuente en la colecistitis aguda no complicada. La evidencia de litiasis vesicular asociado a clínica compatible, respaldan el diagnóstico de colecistitis aguda. Sin embargo, se requiere la demostración de engrosamiento o edema de la pared de la vesícula, un signo ecográfico de Murphy, o falta de llenado de la vesícula biliar durante la colescintigrafía para el diagnóstico.

En caso la patología vesicular se confirme, el paciente deberá ingresar al servicio de cirugía para recibir hidratación endovenosa, corrección de cualquier anomalía electrolítica, manejo del dolor y antibióticos empíricos endovenosos. La elección y el momento de la intervención quirúrgica va a depender de la severidad del cuadro y del riesgo general de cirugía del paciente.

Se recomienda la colecistectomía de emergencia en pacientes con fiebre alta, inestabilidad hemodinámica o dolor intratable, a pesar de la terapia antimicrobiana adecuada y el drenaje de la vesícula biliar, o sospecha de colecistitis aguda complicada. Se sugiere la colecistectomía laparoscópica sobre la colecistectomía abierta.

En el caso presentado, la paciente cursa con dolor abdominal a predominio de hipocondrio derecho asociado a náuseas, y vómitos posteriores a la ingesta copiosa de comida. Durante la evaluación se observa abdomen doloroso a la palpación en hipocondrio derecho y signo de Murphy positivo. Se realizan exámenes auxiliares, con presencia de leucocitosis y elevación de PCR. La ecografía abdominal confirmó la sospecha clínica. De esta manera, la paciente cumple con todos los criterios de Tokio 2018 para el diagnóstico de colecistitis aguda. Se decide hospitalizarla para brindar medidas de apoyo, y someterla a una posterior colecistectomía laparoscópica.

### **CASO 3: MORDEDURA DE PERRO**

La rabia es una zoonosis que se trasmite del animal al hombre a través de la inoculación del virus de la rabia, contenido en la saliva de los animales infectados, en la mayoría de los casos por mordeduras.

A nivel nacional tiene una alta tasa de incidencia, siendo el perro el portador más común de la transmisión urbana, y el murciélago hematófago de la transmisión silvestre.

El manejo incluye el lavado de la herida por diez minutos, con abundante agua y jabón, esta no debe ser cerrada con sutura. Sin embargo, de ser necesario, debe de quedar floja y con puntos de afrontamiento, evitando suturar el tejido graso facilitando así el drenaje, y de manera inmediata la profilaxis post exposición, ya sea con la vacuna antirrábica o con suero antirrábico (inmunoglobulina). Asimismo, el animal debe ser localizado, para un monitoreo continuo por diez días.

La profilaxis debe completarse si el animal sospechoso no está disponible para las pruebas u observación. El estado de vacunación de perros y gatos agresores, no deben ser tomados en cuenta para la decisión de la profilaxis del paciente.

La vacuna antirrábica se administra en 5 dosis, los días 0, 3, 7, 14 y 28, por vía intramuscular en la región deltoidea (brazo). En los niños menores de 2 años en la cara externa del muslo. El día 0 corresponde a la primera dosis que se aplica, que puede coincidir con el día en que está persona sufrió el contacto o fue agredida.

La administración de suero antirrábico o inmunoglobulina está indicada solo si la lesión es grave. Es decir, si la mordedura está localizada en la cara, cuero cabelludo, cuello, pulpejos de los dedos de las manos y pies, área genital, lesiones extensas, grandes y profundas. El suero antirrábico, se debe emplear previo a la sutura. La inmunoglobulina debe ser infiltrada rodeando la lesión, se sugiere esperar 30 minutos facilitando así la difusión del suero en los tejidos. Se aplicará inmunización antitetánica de acuerdo al estado vacunal del paciente, se indicarán antibióticos, analgésicos según sean necesarios.

En el caso, la paciente trabaja en una clínica veterinaria, sin ninguna vacuna antirrábica previa, llegó con mordedura de perro en cara, miembro superior y mano derecha de hace 2 horas, se realiza un lavado profundo con cloruro de sodio y yodopovidona de aproximadamente 10 minutos de duración, además se indica profilaxis antibiótica con amoxicilina con ácido clavulánico cada 8 horas por 5 días y analgesia. Se refiere a su centro de salud más cercano para vacunación de vacuna antirrábica y antitetánica de acuerdo al estado vacunal del paciente.

#### **CASO 4: HEMORROIDES TIPO III**

Las hemorroides son paquetes venosos ubicados en el canal anal. El límite para dividir las hemorroides internas y externas viene a ser la línea dentada o pectínea, por encima de esta se localizan las hemorroides internas, son las

más frecuentes, y por debajo, las hemorroides externas. Los factores de riesgo incluyen multiparidad, obesidad, estreñimiento crónico, sedestación prolongada, entre otros.

Para realizar un manejo adecuado de las hemorroides, es necesario conocer la clasificación de las hemorroides internas:

- Grado I: se visualizan en la anoscopia y pueden sobresalir en la luz, pero no protruyen por debajo de la línea dentada.
- Grado II: protruyen fuera del canal anal con la defecación o con el esfuerzo, pero se reducen espontáneamente.
- Grado III: protruyen fuera del canal anal con la defecación o el esfuerzo y requieren reducción manual.
- Grado IV: son irreductibles y pueden estrangularse.

Se deben sospechar en pacientes con sangre roja brillante por el recto, prurito anal y/o dolor perianal de inicio agudo, y se confirman por la visualización de las hemorroides.

El examen físico debe comenzar con una inspección cuidadosa del borde anal y el área perianal en busca de hemorroides externas, internas prolapsadas, fisuras, fistulas, abscesos, neoplasias y condilomas. También es recomendable el tacto rectal en decúbito prono o lateral izquierdo en reposo y con esfuerzo. Debe incluir la palpación de masas, fluctuaciones, sensibilidad y caracterización del tono del esfínter anal.

Se puede realizar anoscopia en aquellos pacientes con sangrado rojo brillante por el recto o en los que se sospecha de hemorroides trombosadas, o en quienes no se detectaron hemorroides en el examen rectal digital. La colonoscopia no está indicada en pacientes con sangrado mínimo por el recto, sin anemia, déficit de hierro, dolor abdominal, diarrea, síntomas sistémicos o factores de riesgo de cáncer colorrectal o alguna enfermedad inflamatoria intestinal.

El tratamiento varía según el grado de las hemorroides. El manejo de las del grado I consiste en modificaciones en la dieta, estilos de vida y medicamentos tópicos u orales para aliviar los síntomas, incluso los baños de asiento. A diferencia de las hemorroides de grado II y III, en las que se realiza un manejo más conservador con ciertas técnicas que incluyen la ligadura con banda elástica, escleroterapia, coagulación infrarroja, e incluso si no funciona se opta por la hemorroidectomía, sobre todo en las del grado III. Sin embargo, en las hemorroides de grado IV que ya son irreductibles y trombosadas se opta en primera instancia por un drenaje y luego por la hemorroidectomía.

En el caso, el paciente de 50 años, chofer, sedentario de larga data, que al examen rectal demuestra paquetes venosos prolapsados en radio 5 y que al tacto rectal se reducen manualmente, además se encontró una solución de continuidad en radio 6, lo cual confirma el diagnóstico de hemorroides grado III más fisura anal. Por lo tanto, se opta por el manejo quirúrgico, la hemorroidectomía.

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

El internado médico que debió iniciar el 1 de enero del 2021 y terminar el 31 de diciembre del mismo año, por circunstancias referente a la pandemia producida por el virus SARS COV 2, comenzó el 5 de julio del 2021, reduciendo las rotaciones a 10 meses, con la oportunidad de rotar 5 meses en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza y 5 meses en un centro de salud de primer nivel. Asimismo, cada una duró aproximadamente 2 meses por especialidad, incluyendo Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Cirugía.

Sin embargo, se limitó el acceso a áreas COVID. A pesar de que los internos acudieron al hospital finalizando la segunda ola, muchos servicios continuaban clausurados, y solamente se atendía por teleconsulta. Por otro lado, se hizo una división entre áreas COVID y No COVID, limitando el número de pacientes que el interno atendía, al igual que el acceso a sala de operaciones y áreas críticas como la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Durante esta etapa los internos de medicina están expuestos a condiciones que no son las ideales, debido al alto riesgo de contagio por COVID19, exponiendo también a su familia, asimismo se encuentran expuestos a accidentes laborales. La pandemia hace evidente la precariedad del sistema de salud del Perú, y demuestra que no estamos preparados para afrontar otra situación como la pandemia producida por SARS COV 2.

## **CONCLUSIONES**

El internado médico es una etapa esencial para la formación profesional de todo médico, siendo este el fin de la etapa universitaria. Constituye la piedra angular para adquirir nuevos conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de las patologías más frecuentes.

## **RECOMENDACIONES**

1. Se recomienda a todas las instituciones prestadoras de salud, salvaguardar el bienestar de todos los futuros internos, ya que son la primera línea de contacto con el paciente.
2. Se recomienda que se continúe brindando todos los equipos de protección personal, y asegurar pruebas de descarte, según sea necesario, para COVID 19 en las futuras promociones.
3. Se recomienda programar más horas académicas, en las cuales se tenga como referencia las guías actualizadas de manejo clínico, resolviendo las dudas que puedan presentarse en el Servicio Rural Urbano Marginal.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hospital Nacional Arzobispo Loayza [Internet]. Perú. 2022. Available in [https://www.hospitalloayza.gob.pe/MVC\\_Controlador/IndexC/indexC.php?acc=AcercaNosotros001](https://www.hospitalloayza.gob.pe/MVC_Controlador/IndexC/indexC.php?acc=AcercaNosotros001)
2. Stewart E., Laughlin-Tommaso S. Abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-age patients: Evaluation and approach to diagnosis. UpToDate. 2022. Available in [https://www.uptodate.com/contents/abnormal-uterine-bleeding-in-nonpregnant-reproductive-age-patients-evaluation-and-approach-to-diagnosis?search=HEMORRAGIA%20UTERINA%20ANORMAL&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/abnormal-uterine-bleeding-in-nonpregnant-reproductive-age-patients-evaluation-and-approach-to-diagnosis?search=HEMORRAGIA%20UTERINA%20ANORMAL&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
3. Stewart E. Uterine fibroids (leiomyomas): Treatment overview. UpToDate. 2022. Available in [https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-treatment-overview?search=miomas%20uterinos&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-treatment-overview?search=miomas%20uterinos&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
4. Thomas M., Kalpana H. Urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in pregnancy. UpToDate. 2022. Available in [https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy?search=bacteriuria%20asintomatica%20gestante&source=search\\_result&selectedTitle=1~74&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy?search=bacteriuria%20asintomatica%20gestante&source=search_result&selectedTitle=1~74&usage_type=default&display_rank=1).

5. Kenton K. Pelvic organ prolapse in women: Surgical repair of apical prolapse (uterine or vaginal vault prolapse). UpToDate 2022. Available in [https://www.uptodate.com/contents/pelvic-organ-prolapse-in-women-surgical-repair-of-apical-prolapse-uterine-or-vaginal-vault-prolapse?search=prolapso%20vaginal&source=search\\_result&selectedTitle=1~80&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/pelvic-organ-prolapse-in-women-surgical-repair-of-apical-prolapse-uterine-or-vaginal-vault-prolapse?search=prolapso%20vaginal&source=search_result&selectedTitle=1~80&usage_type=default&display_rank=1)
6. Sobel J., Mitchell C. Candida vulvovaginitis: Clinical manifestations and diagnosis. UpToDate. 2022. Available in [https://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=Candidiasis%20vulvovaginal&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=Candidiasis%20vulvovaginal&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)
7. Sobel J. Candida vulvovaginitis: Treatment. UpToDate 2022. Available in [https://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis-treatment?search=Candidiasis%20vulvovaginal%20tratament&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis-treatment?search=Candidiasis%20vulvovaginal%20tratament&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
8. Shaikh N., Hoberman A. Urinary tract infections in infants and children older than one month: Clinical features and diagnosis. UpToDate. 2022. Available in [https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-in-infants-and-children-older-than-one-month-clinical-features-and-diagnosis?search=itu%20en%20lactantes&topicRef=5988&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-in-infants-and-children-older-than-one-month-clinical-features-and-diagnosis?search=itu%20en%20lactantes&topicRef=5988&source=see_link)
9. Shaikh N., Hoberman A. Urinary tract infections in infants older than one month and young children: Acute management, imaging, and prognosis. UpToDate. 2022. Available in [https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-in-infants-older-than-one-month-and-young-children-acute-management-imaging-and-prognosis?search=itu%20en%20lactantes&topicRef=5990&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-in-infants-older-than-one-month-and-young-children-acute-management-imaging-and-prognosis?search=itu%20en%20lactantes&topicRef=5990&source=see_link)
10. Piedra P., Stark A. Bronchiolitis in infants and children: Clinical features and diagnosis. UpToDate. 2022. Available in

- [https://www.uptodate.com/contents/bronchiolitis-in-infants-and-children-clinical-features-and-diagnosis?search=bronquiolitis%20en%20beb%C3%A9s&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=](https://www.uptodate.com/contents/bronchiolitis-in-infants-and-children-clinical-features-and-diagnosis?search=bronquiolitis%20en%20beb%C3%A9s&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=)
11. Piedra P., Stark A. Bronchiolitis in infants and children: Treatment, outcome, and prevention. UpToDate. 2022. Available in [https://www.uptodate.com/contents/bronchiolitis-in-infants-and-children-treatment-outcome-and-prevention?search=bronquiolitis%20en%20beb%C3%A9s&topicRef=6018&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/bronchiolitis-in-infants-and-children-treatment-outcome-and-prevention?search=bronquiolitis%20en%20beb%C3%A9s&topicRef=6018&source=see_link)
  12. Cornia P., Lipsky B. Pertussis infection: Epidemiology, microbiology, and pathogenesis. UpToDate. 2022. Available in [https://www.uptodate.com/contents/pertussis-infection-epidemiology-microbiology-and-pathogenesis?search=tos%20ferina&topicRef=5995&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/pertussis-infection-epidemiology-microbiology-and-pathogenesis?search=tos%20ferina&topicRef=5995&source=see_link)
  13. Yeh S., Mink C. Pertussis infection in infants and children: Clinical features and diagnosis. UpToDate. 2022. Available in [https://www.uptodate.com/contents/pertussis-infection-in-infants-and-children-clinical-features-and-diagnosis?search=tos%20ferina&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H14](https://www.uptodate.com/contents/pertussis-infection-in-infants-and-children-clinical-features-and-diagnosis?search=tos%20ferina&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H14)
  14. Yeh S. Pertussis infection in infants and children: Treatment and prevention. UpToDate. 2022. Available in [https://www.uptodate.com/contents/pertussis-infection-in-infants-and-children-treatment-and-prevention?search=tos%20ferina&topicRef=5995&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/pertussis-infection-in-infants-and-children-treatment-and-prevention?search=tos%20ferina&topicRef=5995&source=see_link)
  15. Ministerio de Salud. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN LOS NIÑOS Y NIÑAS. Resolución Ministerial N°755-2017/MINSA. Disponible en: [file:///C:/Users/DNP/Downloads/188666\\_RM\\_N\\_C2\\_B0\\_755-2017-MINSA.pdf](file:///C:/Users/DNP/Downloads/188666_RM_N_C2_B0_755-2017-MINSA.pdf)

16. Swaroop S. Clinical manifestations and diagnosis of acute pancreatitis. UpToDate. 2022. Available in [https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-pancreatitis?search=PANCREATITIS%20AGUDA&topicRef=5639&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-pancreatitis?search=PANCREATITIS%20AGUDA&topicRef=5639&source=see_link)
17. Swaroop S. Predicting the severity of acute pancreatitis. UpToDate. 2022. Available in [https://www.uptodate.com/contents/predicting-the-severity-of-acute-pancreatitis?search=PANCREATITIS%20AGUDA&topicRef=5652&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/predicting-the-severity-of-acute-pancreatitis?search=PANCREATITIS%20AGUDA&topicRef=5652&source=see_link)
18. Swaroop S. Management of acute pancreatitis. UpToDate. 2022. Available in [https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=PANCREATITIS%20AGUDA&topicRef=5639&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=PANCREATITIS%20AGUDA&topicRef=5639&source=see_link)
19. Inzucchi I., Lupsa B. Clinical presentation, diagnosis, and initial evaluation of diabetes mellitus in adults. UpToDate. 2022. Available in [https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-initial-evaluation-of-diabetes-mellitus-in-adults?search=diabetes%20mellitus&topicRef=1761&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-initial-evaluation-of-diabetes-mellitus-in-adults?search=diabetes%20mellitus&topicRef=1761&source=see_link)
20. Wexler D. Overview of general medical care in nonpregnant adults with diabetes mellitus. UpToDate. 2022. [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-general-medical-care-in-nonpregnant-adults-with-diabetes-mellitus?search=complicaciones%20diab%C3%A9ticas&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-general-medical-care-in-nonpregnant-adults-with-diabetes-mellitus?search=complicaciones%20diab%C3%A9ticas&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
21. Wexler D. Initial management of hyperglycemia in adults with type 2 diabetes mellitus. UpToDate. 2022. Available in <https://www.uptodate.com/contents/initial-management-of-hyperglycemia-in-adults-with-type-2-diabetes->

- mellitus?search=tratamiento%20diabetes%20tipo%202&source=search\_result&selectedTitle=1~150&usage\_type=default&display\_rank=1
22. Armstrong D., De asla R. Management of diabetic foot ulcers. UpToDate. 2022. [https://www.uptodate.com/contents/management-of-diabetic-foot-ulcers?search=pie%20diabetico&topicRef=1749&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/management-of-diabetic-foot-ulcers?search=pie%20diabetico&topicRef=1749&source=see_link)
23. Weintrob A., Sextin D. Clinical manifestations, diagnosis, and management of diabetic infections of the lower extremities. UpToDate. 2022. Available in [https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-management-of-diabetic-infections-of-the-lower-extremities?sectionName=Empiric%20therapy&search=pie%20diabetico&topicRef=8175&anchor=H48099014&source=see\\_link#H48099014](https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-management-of-diabetic-infections-of-the-lower-extremities?sectionName=Empiric%20therapy&search=pie%20diabetico&topicRef=8175&anchor=H48099014&source=see_link#H48099014)
24. IETSI. Guía de Práctica Clínica para la Evaluación y Manejo de la Hemorragia Digestiva Alta. Guía en Versión Corta. GPC N°6. Perú, diciembre 2017
25. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación del Seguro Social del Perú. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de la Infección de Tracto Urinaria no Complicada: Guía en Versión Corta. Lima: EsSalud; 2019
26. Ronald F. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis. UpToDate. 2022. Available in [https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis%20aguda&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)
27. Ronald F., Kang S. Acute appendicitis in adults: Diagnostic evaluation. UpToDate. 2022. [https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-diagnostic-evaluation?sectionName=IMAGING&search=apendicitis%20aguda&topicRef=1386&anchor=H612714599&source=see\\_link#H612714599](https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-diagnostic-evaluation?sectionName=IMAGING&search=apendicitis%20aguda&topicRef=1386&anchor=H612714599&source=see_link#H612714599)

28. Smink D., Soybel D. Management of acute appendicitis in adults. UpToDate. 2022. Available in [https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis%20aguda&topicRef=1386&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis%20aguda&topicRef=1386&source=see_link)
29. Salam F. Acute calculous cholecystitis: Clinical features and diagnosis. UpToDate. 2022. Available in [https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=colecistitis&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=colecistitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
30. Vollmer C., Salam F. Treatment of acute calculous cholecystitis. UpToDate. 2022. Available in [https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?search=colecistitis&topicRef=666&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?search=colecistitis&topicRef=666&source=see_link)
31. Norma técnica de salud para la vigilancia, prevención y control de la rabia humana en el Perú. Norma Técnica de Salud N° 131.MINSA/DIGIESP-V.01. (R.M. N° 024-2017/MINSA) /Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención y Control de Metaxénicas y Zoonosis- Lima: Ministerio de Salud:2017 101: ilustr. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4193.pdf>
32. Bleday R., Breen E. Hemorrhoids: Clinical manifestations and diagnosis. UpToDate. 2022. Available in [https://www.uptodate.com/contents/hemorrhoids-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=hemorroides&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H94222913](https://www.uptodate.com/contents/hemorrhoids-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=hemorroides&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H94222913)
33. Bleday R., Breen E. Home and office treatment of symptomatic hemorrhoids. UpToDate. 2022. Available in <https://www.uptodate.com/contents/home-and-office-treatment-of-symptomatic->

hemorrhoids?search=hemorroides&source=search\_result&selectedTitle=1~150&usage\_type=default&display\_rank=1#H104856039