



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL DE HUAYCÁN -
SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

IRVING ANTONIO CARRASCO MELENDEZ

MARKOS MIRYEL CARRASCO MELENDEZ

ASESOR

JOSE ENRIQUE VILLAREAL PALOMINO

LIMA - PERÚ

2023



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



**INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL DE
HUAYCÁN - SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD 2022-
2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

**IRVING ANTONIO CARRASCO MELENDEZ
MARKOS MIRYEL CARRASCO MELENDEZ**

**ASESOR
DR. JOSE ENRIQUE VILLAREAL PALOMINO**

**LIMA, PERÚ
2023**

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

2023

DEDICATORIA

A los doctores del Hospital de Huaycán, y a mi amigo y colega Jonathan Vega Bonilla por el apoyo brindado durante el internado médico, lo que me permitió un mejor desarrollo y adquisición de competencias por los consejos e información brindada

ÍNDICE

PORTADA	i
DEDICATORIA	ii
ÍNDICE	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	11
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	13
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	25
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES	29
FUENTES DE INFORMACIÓN	30

RESUMEN

El internado médico es una fase que empieza y culmina desde el ciclo número 13 al 14, respectivamente, y corresponde al séptimo año académico de la carrera de Medicina Humana ⁽¹⁾. Este es un periodo en el cual se emplea la teoría adquirida de los años previos, según la malla curricular, y se aplican en forma de prácticas clínicas u hospitalarias, en centros de salud de primer nivel como hospitales, con motivo de desarrollar y obtener las bases para ejercer como profesionales a nivel de la salud, ya sea tanto individual como de las comunidades, este último a través de prácticas periódicas y en el Servicio Rural y Urbano Marginal (Serum) ^(2, 3). El internado correspondiente al año 2022 – 2023 se desarrolló durante la tercera y cuarta ola de la pandemia del COVID-19, con un esquema de vacunación contra el SARS-CoV-2 establecido con casi la totalidad del personal de salud inoculada ⁽⁴⁾, y con la población en proceso de inoculación, además de la crisis política, social y económica por las protestas violentas en diferentes sectores ^(4, 5), y ambiental por el ciclón Yaku que generaron Huaycos, deslizamientos de tierra o activación de quebradas ⁽⁶⁾, ocasionando dificultad al acceso al Hospital de Huaycán como suspensión de actividades del internado médico para salvaguardar la integridad física de los practicantes ⁽⁴⁾. En el siguiente documento se dará a conocer los diferentes casos clínicos presentados y vividos en el Hospital de Huaycán, a través de una descripción y desarrollo de estas; de las 4 especialidades o áreas de Pediatría, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia y Cirugía General. Subsiguientemente, se presenta una descripción del Hospital, así como la labor asistencial de los internos. Por el otro lado, se expondrá las carencias, problemas y/o dificultades como las soluciones a los inconvenientes suscitados para minimizar el impacto.

Palabras clave: Internado médico, prácticas clínicas, especialidades, hospital

ABSTRACT

The medical internship takes place in cycle number 13 and 14 of the seventh academic year of the human medicine career, in which it is a period where the theory obtained in previous years is used to consolidate this knowledge in clinical practice in medical centers. of first level health as in Hospitals, for its future application in daily practice and in the Rural and Marginal Urban Service (SERUM). The internship corresponding to the year 2022 - 2023, was developed during the third and fourth wave of the COVID-19 pandemic, with a vaccination scheme against SARS-CoV-2 established with almost all health personnel inoculated with it, and with the population in the process of being inoculated, in addition to the political - social - economic crisis due to violent protests in different sectors, and environmental due to the Yaku cyclone generating Huaycos, landslides or activation of ravines, causing difficulty in accessing the Huaycán Hospital as suspension of activities of the medical internship to safeguard the physical integrity of the practitioners. The following document will present the different clinical cases presented and experienced during the medical internship at the Hospital de Huaycán, through a description and development of the same of the 4 specialties or areas of Pediatrics, Internal Medicine, Gynecology-obstetrics and General Surgery. Subsequently, a description of the Huaycán Hospital is presented, such as the care work of the inmates. On the other hand, the deficiencies, problems and/or difficulties during the Internship will be exposed as the solutions to the inconveniences raised to minimize the impact.

Keywords: Medical internship, clinical practices, specialties, hospital

NOMBRE DEL TRABAJO

**INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
DE HUAYCÁN - SERVICIOS BÁSICOS DE
SALUD 2022-2023**

AUTOR

**IRVING ANTONIO CARRASCO MELENDE
Z**

RECuento DE PALABRAS

20499 Words

RECuento DE CARACTERES

115707 Characters

RECuento DE PÁGINAS

70 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

138.5KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 14, 2023 12:50 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 14, 2023 12:53 PM GMT-5**● 7% de similitud general**

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

- 7% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

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



Dr. José Enrique Villareal Palomino
Asesor

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3928-9350>

INTRODUCCIÓN

El internado médico se desarrolla en el séptimo año académico de la carrera de medicina humana, en el cual se demuestra y se emplea los conocimientos adquiridos en los 6 años académicos previos de la carrera en el ámbito hospitalario ⁽¹⁾.

Es una etapa o periodo fundamental en asentar las bases y la teoría en la práctica clínica y es de vital importancia para la formación médica por ser un periodo en el que los internos entran en contacto con el proceso de atención de salud ⁽³⁾; además, son testigos de las atenciones efectuadas por los médicos titulares, asistentes, especialistas, residentes y/o personal de salud capacitado donde se adaptarán con el proceso de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de diversas patologías, pero no menos importante, también se participa de primera mano en la prevención de enfermedades y promoción de la salud ⁽³⁾.

El internado médico conformado por cuatro (4) áreas importantes para el aprendizaje de los internos donde adquirirán las destrezas necesarias durante su estadía en el establecimiento de salud, entre los cuales, se encuentran Pediatría, Medicina interna, Cirugía General, y Ginecología y Obstetricia. Estas 4 áreas determinan las rotaciones donde el interno al concluir estas, de manera satisfactoria, se dará por concluido esta etapa ^(1, 2, 3).

Se realizó el internado médico en el Hospital de Huaycán ubicado en el distrito de Ate Vitarte de la Provincia de Lima, el periodo del internado se dio durante la tercera y cuarta ola de la pandemia del COVID-19 ⁽⁴⁾, pero a comparación de los internados previos, ya se contaba con un esquema de vacunación ya establecido donde se cuenta con casi la totalidad del personal de salud inoculada con esta con sus dosis correspondientes de acuerdo al cronograma, y con la población en proceso de inoculación ⁽⁴⁾; asimismo, se suspendió días del internado para salvaguardar la integridad física de los internos, por la crisis generada por las protestas violentas en diferentes sectores, y ambiental, por el

ciclón Yaku generando huaycos, deslizamientos de tierra o activación de quebradas, cuya consecuencia dificultó al acceso al Hospital de Huaycán ^(4, 5, 6).

En el presente trabajo se plasma los diferentes casos clínicos de las 4 áreas de rotación del internado, desarrollada, descrita y realizadas durante el internado con evidencia en las historias clínicas de las mismas, en el cual fueron seleccionadas por su relevancia o por su frecuencia, también se presenta una descripción del periodo cursado en el Hospital de Huaycán.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

En el presente trabajo, se presenta 16 casos clínicos que se manejaron durante las 4 rotaciones, en el cual, forman parte de la experiencia médica adquirida durante el internado en el Hospital de Huaycán.

I.1. Rotación en Pediatría

La primera rotación del internado se inició con Pediatría con una duración de 6 semanas, donde se rotó por los servicios de consultorio externo, emergencias pediátricas, neonatología, alojamiento conjunto y hospitalización.

Caso clínico n.º 1

Paciente de sexo femenino de 3 años y 3 meses de edad, que ingresa al servicio de emergencias pediátricas, traída en brazos de su madre cerca de la media noche, en un estado epiléptico con movimientos tónico-clónicos, por lo que es inmediatamente atendida. A la evaluación de las funciones vitales se encuentra una temperatura cuantificada de 39.8 °C, con el resto de los signos vitales dentro de los valores normales. La paciente es estabilizada con dosis de diazepam y metamizol EV para las convulsiones y fiebre, respectivamente, además se decide colocarle una cánula binasal para proporcionar oxígeno de mantenimiento, y cloruro de sodio por vía endovenosa.

Una vez estabilizada, se decide hospitalizar a la paciente y en paralelo pedir los siguientes exámenes: hemograma completo, examen de orina, urea, creatinina y prueba rápida de COVID-19. Asimismo, la madre refiere que el paciente había empezado cuadros convulsivos desde las 8p. m. del mismo día con intervalos de 30 minutos y así hasta el momento del ingreso a la emergencia. En cuanto a los antecedentes de importancia, refiere hidrocefalia diagnosticada desde el nacimiento con episodios convulsivos frecuentes, hasta la actualidad, sin los controles necesarios.

Caso clínico n.º 2

Paciente, mujer de 8 años que ingresa a la emergencia de pediatría, con su madre, por dolores pélvicos intensos, acompañados de orinas de color amarillo oscuro a

marrón, los cuales empezaron hoy. Funciones vitales dentro de los valores normales en ese momento, no refiere otra manifestación de importancia. A su vez madre refiere que paciente tiene una vejiga neurogénica como resultado de una cirugía por meningocele. Y es así como se decide hospitalizarla con los siguientes exámenes de base: examen de orina, urocultivo y hemograma completo.

Durante la hospitalización y luego de tener los resultados de laboratorio iniciales, se decide iniciar tratamiento farmacológico, así como la valoración de los antecedentes para el cuadro actual.

Antecedentes: Operada de meningocele al nacer, hidrocefalia a los 5 meses de nacida, historia de infecciones urinarias a repetición en los últimos años, retraso en el desarrollo psicomotor en miembros inferiores y vejiga neurogénica como secuela de la cirugía por meningocele antes mencionada.

A los 3 días de hospitalizada se le da de alta con indicaciones, medicamentos para la casa y hojas de referencia para ser reevaluada y controlada por la especialidad en una institución de mayor complejidad para sus cuadros de fondo.

Caso clínico n.º 3

Paciente, varón de 1 año y 1 mes de edad, acude a la emergencia con madre, quien refiere tos, fiebre, congestión nasal, dificultad respiratoria y malestar general desde hace 12 días, la cual fue tratada con antibióticos, remitiendo signos. Luego, a las 48 y a las 24 horas antes del ingreso, repite mismo cuadro, motivo por el cual se decide hospitalizar. Funciones vitales: SatO₂ 91 %, por los demás, estos están dentro de los valores normales.

En hospitalización, se decide estabilizar a la paciente y mantener bajo control las enfermedades de ese momento. Se administró tratamiento farmacológico para la posible neumonía y se continuaron con inhaladores para el problema de dificultad respiratoria. Es dada de alta al quinto día de estadía.

Caso clínico n.º 4

Paciente de 12h de nacido es referido del servicio de Neonatología - alojamiento conjunto al servicio de hospitalización de pediatría por antecedente prenatal de la madre con diagnóstico de sífilis con tratamiento inadecuado. Al examen físico no se hallan alteraciones. Peso, talla y perímetro cefálico adecuados para la edad.

Se realizan exámenes de laboratorio con resultados de RPR reactivos para ambos (4 dil y 32 dil respectivamente); por lo que se decide hospitalizarlo y empezar tratamiento de antibioticoterapia con penicilina G sódica, luego fue dado de alta tras completar 10 días de tratamiento.

I.2. Rotación en Medicina Interna

La rotación de medicina interna fue la segunda, tuvo una duración de 6 semanas. La rotación se realizó en los servicios de tópico de emergencia de Medicina, Unidad de vigilancia intensiva, trauma shock, observación y hospitalización no COVID-19.

Caso clínico n.º 1

Paciente, varón de 61 años que acude a emergencia por dolor en palmas de las manos y plantas de los pies que han ido aumentando progresivamente. Tiempo de enfermedad: 2 años. Entre los signos y síntomas principales tenemos dolor en palmas de ambas manos y plantas de ambos pies, además refiere dolor intenso en glúteo por presencia de masa no identificada. Funciones vitales dentro de los valores normales. Al examen físico, se evalúan las lesiones en los lugares mencionados, denotándose heridas hiperqueratinicas, mal cicatrizadas, con dificultad para la marcha y dolor. En la emergencia, se plantean los siguientes diagnósticos presuntivos:

- Lesiones en partes blandas para descartar causa viral
- Bacteriemia para descartar
- Inmunosupresión para descartar

Razón por la cual, se le piden exámenes preliminares (hemograma completo, PCR) y se toma la decisión de pasar al paciente a un ambiente de observación, sumado a colocación de vía periférica con equipo de venoclisis a una solución de cloruro de sodio, tramadol, metamizol y dimenhidrinato. Pasadas dos horas en observación, valores de hemograma y PCR resultan normales y los dolores aún continúan motivo por el cual el paciente es derivado al área de hospitalización de medicina para continuar estudios.

En la hospitalización, se le solicito al paciente un examen de orina, ecografía abdominal, un examen serológico para descarte de VIH, RPR y glucosa. Los exámenes dieron negativo para VIH y RPR, la ecografía abdominal no mostraba

alteraciones y la glucosa estaba dentro de los valores normales. El paso para seguir fue solicitar una interconsulta a infectología para obtener una sugerencia sobre el manejo. La interconsulta regresa al servicio con la respuesta del especialista, indicando que podría tratarse de una dermatitis infecciosa (Sarna de Noruega) para descartar causa probable por HTLV 1 o 2, por lo que a continuación se solicita una prueba de descarte de HTLV, saliendo esta positivo a HTLV 1, se empieza tratamiento siguiendo las pautas de tratamiento para la dermatitis infecciosa, la cual fue con permetrina 5% en crema y tratamiento antibiótico. Ese mismo día, se realiza un raspado de piel el cual solo detectó presencia de hifas en piel, sin embargo, se continúa permetrina en crema de forma empírica y se pidieron más raspados de piel a lo largo de la estancia en el servicio, además se agregó tratamiento antimicótico a la hoja terapéutica. A los 15 días de hospitalización, paciente refiere mejoría, no dolor y los nódulos hiperqueratinicos en sus palmas y plantas se habían reducido. Se da de alta al paciente, con indicaciones médicas y una indicación para sacar cita por consultorio externo de medicina interna para control y seguimiento de la enfermedad de fondo.

Caso clínico n.º 2

Paciente, varón de 79 años ingresa a la emergencia por aumento súbito de la presión arterial. Tiempo de enfermedad: 3h.

A la evaluación de funciones vitales se encuentra PA en 254/219 mmHg, FR: 30/min, resto de funciones en valores normales. Al examen físico preferencial, paciente viene soporoso despierto, sudoración excesiva, temblor en reposo de miembro superior derecho doble cruz, no se observa focalización. Se maneja como crisis hipertensiva y a continuación se le da dos tabletas de captopril por vía oral STAT mientras el paciente pasa a UVI. A los 20 minutos paciente muestra PA reestablecida con 104/86 sin embargo a la evaluación físico-neurológica se evidencia hemiplejía de lado izquierdo con disminución de fuerza muscular en brazo izquierdo más mioclonías en el mismo. Además, se evidencia una ECG (Escala de Coma de Glasgow) de 12/15, signo de Babinski positivo en lado izquierdo y paciente no responde al habla.

Se plantea como diagnóstico en ese momento: ACV Isquémico. A continuación, se deja fenitoína en 100cc de NaCl, diazepam 10mg condicional a convulsiones

y atorvastatina 80mg IM STAT.

Pasada la hora, paciente presenta mismos diagnósticos planteados (más antecedentes de tumor de partes blandas no especificado en ese momento e hipertensión arterial no controlada), pero se mantiene estable, se evidencia movimientos involuntarios en miembro inferior derecho. Pasa a observación para continuar con las evaluaciones. Se solicitan hemograma completo el cual sale sin alteraciones, y glucosa saliendo está en 200 mg/dl. Se deja adicionalmente a lo dado anteriormente: omeprazol EV, toma de hemoglucotest cada 8 horas y tratamiento con dosis de insulina R.

En la observación (a la mañana siguiente) los diagnósticos planteados son los siguientes:

- ACV Isquémico
- Paciente oncológico no especificado
- HTA no controlada

A la evaluación de rutina, funciones dentro de los valores normales, al examen físico general, NO LOTEPE, Glasgow 10/15, reflejos osteotendinosos disminuidos, hemiparesia de brazo izquierdo con signo de Babinski positivo en pie izquierdo.

En ese momento paciente se encuentra afebril pero no ventila espontáneamente motivo por el cual esta con una cánula binasal con O₂ de 2L. Evolución tórpida, pronóstico reservado. Se suspende el omeprazol y el captopril (dejándolo como solo condicional a PA mayor o igual a 160/90 mmHg), se deja Losartán 50mg vía oral cada 12 horas y tomar HGT cada 4 horas.

Caso clínico n.º 3

Paciente adulto mayor ingresa por emergencia presentando sensación de alza térmica de unas 6 horas de duración, vómitos de contenido alimentario de unos 600 cc, deshidratación moderada, alteración en su estado de conciencia y posee bolsa de drenaje con contenido sanguinolento. Refiere como antecedente padecer de cáncer vesicular diagnosticado hace 3 semanas, no indica si está en tratamiento. Se le toma funciones vitales: T°: 36.5 °C, PA: 77/61 mmHg, FC: 97 lpm, FR: 30x' Sat: 95 %.

Se coloca en observación debido a la hipotensión que está presentando a la hora de la evaluación, también se pide exámenes de laboratorio como hemograma, PCR, perfil hepático, examen de orina, urea y creatinina. Se desea descartar si el

paciente está sepsis.

Se recoge los resultados, se aprecia hemoglobina 8.7, aumento en los leucocitos: > 20000 y el PCR está en 9.4. se evalúa al paciente, persiste la hipotensión. Por lo tanto, se decide hospitalizarlo con el diagnóstico de sepsis.

En el primer día de hospitalización, se hace interconsulta a cirugía debido a la bolsa de drenaje y su antecedente de cáncer vesicular para valoración y conducta a seguir. Según su evaluación refiere paciente caquético, icterico, con 2 drenajes a nivel epigástrico y flanco derecho en donde se evidenció en un contenido pseudobilioso y en la del epigastrio bilis con contenido hemático. Actualmente deshidratado. Ellos sugieren tratamiento paliativo y control de signo vitales. Coordinar con cirugía oncológica para su valoración. Se le solicitó exámenes de laboratorio, su hemoglobina bajó a 7.5 considerando anemia moderada.

Al tercer día, se le realiza una ecografía abdominal, donde señala piocolecisto asociado a litiasis vesicular, lesiones en el lóbulo hepático izquierdo de aspecto sospechoso, gastropatía inflamatoria e incremento de meteorismo intestinal. Paciente se encuentra en regular estado general con evolución estacionaria. Continúa las mismas indicaciones.

Al quinto día, se le toma un examen de laboratorio saliendo una hemoglobina de 5.0 por lo que pasa de anemia moderada a severa y se le gestiona los papeles en banco de sangre para su transfusión. Se coordina interconsulta con gastroenterología para su evaluación por posible hemorragia digestiva alta. Paciente tiene pronóstico reservado.

El sexto día el servicio de Gastroenterología responde la interconsulta, manifiesta que el paciente puede tener una hemorragia digestiva baja, estar cursando con anemia severa por lo que se le indica 3 paquetes globulares, control laboratorial y referirlo a un centro con mayor capacidad resolutive. Ese mismo día se hace las gestiones y se trasladó al hospital Hipólito Unanue.

Caso clínico n.º 4

Paciente, mujer de 17 años acude a la emergencia en compañía de su tía y hermano por haber ingerido 19 tabletas de paracetamol, ingresa con náuseas, vómitos y dolor abdominal. Refiere que no lo hizo con intenciones suicida, sino quería saber qué pasaría si toma esa cantidad. Sus funciones vitales están dentro de los rangos normales. Se procede a darle el antídoto para la intoxicación con

paracetamol, N acetilcisteína, luego es puesta en observación para su mejor control.

Se solicita los siguientes exámenes: control por AGA, hemograma, bioquímicos, tiempo de coagulación, control de electrolito. También se hace interconsulta a psiquiatría y a psicología. Los resultados no muestran alguna alteración. Sobre las interconsultas psiquiatría refiere que la paciente un TLP, sugieren control por consultorio externo al igual que la madre de la chica y que le den alta hospitalaria para que pueda ser atendida en consultorio.

La interconsulta de psicología refiere que la paciente está pasando por un trastorno depresivo debido a sucesos traumáticos de la infancia, al igual que no se siente comunicada con su madre para poder hablar de sus problemas. Sugiere control por consultorio externo en psicología y psiquiatría. La paciente es dada de alta y seguirá control en consultorio externo por psicología y psiquiatría.

I.3. Rotación en Ginecología y Obstetricia

Fue la tercera rotación del internado con una duración de 6 semanas, donde se rotó por los servicios de consultorio externo, emergencia ginecológica y obstétrica, alojamiento conjunto, patología y centro obstétrico.

Caso clínico n.º 1

Paciente, mujer de 34 años ingresa a emergencia de Ginecología y Obstetricia por dolor pélvico, referida del servicio de Ecografía con conclusión de descartar embarazo ectópico derecho y correlacionar con clínica y beta-HCG, tras ecografía transvaginal. En la emergencia, la paciente refiere dolor pélvico de moderada intensidad con irradiación a hipogastrio al transcurrir del tiempo, con antecedente de amenorrea de 5 semanas aproximadamente (La paciente no recuerda con exactitud), con funciones vitales estables (Temperatura 36.9 °C, presión arterial 90/60 mmHg, frecuencia cardíaca 88 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto y saturación de oxígeno de 98 %), al examen físico preferencial dirigido a nivel abdominal presenta abdomen timpánico, no distendido, ruidos hidroaéreos positivos, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda y superficial en hipogastrio; a nivel genitourinario, no se evidencia signos de sangrado vaginal; y a nivel del sistema nervioso central, despierta, reactiva,

responde a estímulos, escala de Glasgow 15/15 y lucida orientada en tiempo, espacio y persona, tras el cual, se le da el diagnóstico presuntivo de Tumoración Anexial a descartar embarazo ectópico derecho, se le solicita hemograma completo y beta-HCG; En los resultados, se observó beta-HCG positiva con 12.21 mUI/ml y los otros, sin alteraciones. Por consiguiente, dolor pélvico con beta-HCG positiva y masa heterogénea de 56.87 x 44.47 x 47.86 mm de bordes irregulares en ovario derecho, se decide hospitalizar, en el transcurso de esta, la paciente presentó sangrado vaginal leve, y se solicita exámenes prequirúrgicos completos con sus interconsultas respectivas a Medicina Interna, Obstetricia y Anestesiología para riesgo quirúrgico y anestesiológico para su entrada a sala de operaciones (SOP) de manera conjunta con el departamento de cirugía general para laparotomía exploratoria con salpingectomía derecha; con resultados sin alteraciones y apta para entrar, la paciente es llevada a SOP, al terminó del procedimiento quirúrgico, Gineco-obstetricia realizó una Laparotomía Exploratoria más salpingectomia derecha (remoción del embarazo ectópico) con hallazgos de útero de 6 x 7 cm, masa anexial derecha compatible con embarazo ectópico con coagulo en cavidad de 200 cc aproximadamente y sangrado activo, el cual, fue controlado; y Cirugía General, realizo revisión y hemostasis más drenaje Penrose con hallazgos de asas intestinales normales, mesocolon sin lesiones y sangrado escaso en ovario derecho que fue contralado, ambos sin complicaciones de importancia; además, se entrega la muestra de tejido para anatomía patológica para ser enviada al Hospital Hipólito Unanue. Posteriormente, se le brindó los cuidados postoperatorios oportunos, con hemograma control (Hematocrito 39 % y hemoglobina 12.8 g/dL), sin complicaciones postoperatorias.

Caso clínico n.º 2

Gestante de 40 semanas con 1 día por ecografía del primer trimestre, de 17 años, que se realiza ecografía abdominal obstétrica donde se evidencia feto único, activo, genitales externos compatibles con sexo masculino, con movimientos fetales presentes, en posición longitudinal cefálico derecho, latido cardiacos fetales de 145 latidos por minuto, con ponderado fetal de 4060 gramos +/- 10 % y percentil de crecimiento de 83 %, es referida a emergencia, donde la paciente se encuentra asintomática, con movimientos fetales presentes y altura uterina de 34 cm, sin dinámica uterina, no se evidencia sangrado vaginal, ni se observa perdida

del tapón mucoso y del líquido amniótico, al tacto vaginal sin cambios cervicales, y con funciones vitales estables (Temperatura 36.5 °C, presión arterial 126/70 mmHg, frecuencia cardíaca 96 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 19 respiraciones por minuto y saturación de oxígeno de 98%), donde se le explica a la paciente y a los tutores legales sobre las complicaciones perinatales y del puerperio que conlleva la macrosomía fetal, incompatibilidad céfalo pélvica y otras complicaciones asociadas al embarazo adolescente, y al comprenderlo y con las autorizaciones correspondientes, se hospitaliza con los diagnósticos de primigesta de 40 semanas 1 día por ecografía del primer trimestre, no trabajo de parto, macrosomía fetal y adolescente, y se solicita exámenes prequirúrgicos completos con sus interconsultas respectivas a medicina interna, obstetricia y anestesiología para riesgo quirúrgico y anestesiológico para su entrada a sala de operaciones (SOP) para la realización de cesárea programada; con los resultados positivos sin alteraciones, se procede a la cesárea. El procedimiento se llevó a cabo sin complicaciones, con hallazgos de recién nacido vivo con su atención inmediata y su entrega a pediatría, en el cual, el neonato obtuvo un peso de 4100 gramos. Posteriormente, se le brindó los cuidados del puerperio inmediato de manera oportuna, con hemograma control (hematocrito 30 % y hemoglobina 10.4 g/dL), sin complicaciones postoperatorias.

Caso clínico n.º 3

Multigesta de 36 años, de 38 semanas 6 días por ecografía del primer trimestre, G4 P2012, sin antecedentes personales ni quirúrgicos de importancia, 8 controles prenatales, exámenes de laboratorio sin alteraciones. Paciente llega a la emergencia, refiriendo dolor tipo contracciones uterinas de moderada intensidad, percibe movimientos fetales, niega pérdida de líquido amniótico y sangrado vaginal. Al examen físico, dirigido presenta mamas simétricas, blandas, sin signos de flogosis, no secretoras; a nivel abdominal, blando, depresible, útero grávido ocupado por feto único, altura uterina de 35 cm, SPP (situación/posición/presentación) longitudinal cefálico izquierdo, latidos cardíaco fetales de 145 latidos por minuto, movimientos fetales presentes con dinámica uterina de 3/10'+++/50"; a nivel genitourinario, no presencia de líquido amniótico ni sangrado vaginal, al tacto vaginal presenta dilatación de 9 cm, incorporación de 95 %, altura de presentación – 2 y membranas integra, motivo por el cual, ingresa

a centro obstétrico con los diagnósticos de multigesta de 38 6/7 SS por ecografía del primer trimestre, edad materna avanzada y fase activa de labor de parto. En centro obstétrico, se inicia monitoreo materno fetal y se apertura partograma; a los 31 min, se evalúa a la paciente presentando al tacto vaginal dilatación de 10 cm, incorporación 100 %, altura de presentación – 1 y membranas íntegras, con sensación de pujo constante que pasa a camilla de parto para la atención y se realiza la higiene perineal previa. Posteriormente, se da el proceso del parto por vía vaginal, recién nacido femenino con Apgar 9 – 9 y llanto vigoroso. Luego se le administro 10 UI de oxitocina IM STAT, previa verificación de no presentar otro feto, para manejo activo del alumbramiento. Se realiza el clampaje tardío del cordón umbilical, se coloca un frasco de NaCl 0.9 % de 1000 cc más 30 UI de oxitocina, y se produce el alumbramiento con placenta y membranas completas, tipo schultze; a continuación, se revisa el canal vaginal y se evidencia desgarro perineal de grado I donde se procede a sutura, además, se realiza masaje uterino. Finalmente, la paciente queda en reposo y control de puerperio inmediato.

Caso clínico n.º 4

Gestante de 35 años, primigesta de 12 semanas por ecografía del primer trimestre, acude a la emergencia de gineco-obstetricia refiriendo náuseas y vómitos persistentes e incoercibles (10 vómitos por día), epigastralgia leve- moderada y no tolera la vía oral desde hace 2 días, que no le permite alimentarse. Además, niega antecedentes personales, antecedentes quirúrgicos y reacción adversa a medicamentos, con funciones vitales estables (Temperatura 36.8 °C, presión arterial 110/70 mmHg, frecuencia cardíaca 69 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 16 respiraciones por minuto y saturación de oxígeno de 98 %). Al examen físico dirigido a nivel de piel y faneras presenta piel tibia, leve deshidratación, elástica, mucosas rosadas, no palidez, no ictericia, no cianosis; a nivel abdominal, altura uterina de 13 cm, blando, depresible, ocupado, signo de Murphy (-) y signo de rebote (-); a nivel genito-urinario, no presenta sangrado vaginal ni pérdida de líquidos. También, se le realiza barrido ecográfico, donde se evidencia embarazo doble - monocorial biamniótico, y se solicita perfil hepático, examen de orina, hemograma completo, análisis de gases arteriales y electrolitos, y se deja con tratamiento endovenoso de dextrosa al 5 % 1000 cc, Cloruro de Sodio - ClNa 20 % (02 ampollas), Cloruro de Potasio - ClK 20 % (01 ampolla),

dimenhidrinato 50 mg (lento y diluido) cada 6 horas y ranitidina 50 mg cada 8 horas. A las 6 horas aproximadamente, se reevalúa a la paciente con resultados de hemoglobina de 10.7 g/dL, plaquetas de 194 000 mm³, leucocitos de 3490 mm³, abastones 0%, glucosa de 93 mg/dL, TGO 77 UI/L, TGP 126 UI/L, bilirrubina total 1.0 mg/dL, Sodio (Na) 131 mmol/L, Potasio (K) 3.6 mmol/L, Cloro (Cl) 102 mmol/L, Bicarbonato (HCO₃) 21.5 mmol/L, demás resultados sin alteraciones, asimismo la paciente refiere el cese de los vómitos tras la administración de los medicamentos pero con persistencia de las náuseas, motivos por los cuales, se decide su traslado a piso con indicaciones de continuar con hidratación endovenosa, dimenhidrinato y ranitidina, ingresando con los diagnósticos de primigesta de 12 semanas por ecografía del primer trimestre, embarazo doble - monocorial biamniótico, hiperémesis gravídica e hiponatremia leve (Trastorno hidroelectrolítico).

I.4. Rotación en Cirugía

La última rotación fue en Cirugía General con una duración de 6 semanas, en la cual, los internos rotaron por Consultorio Externo, Emergencia, Observación y hospitalización de Cirugía General y Traumatología.

Caso clínico n.º 1

Paciente, acude a la emergencia de cirugía refiriendo haber sufrido múltiples heridas por mordedura de perro desconocido, callejero en ambos miembros superiores y en miembro inferior derecho, además por presentar sangrado por las mismas. Por consiguiente, se llamó al área de Epidemiología y se prosiguió con el interrogatorio correspondiente sobre el incidente, para el llenado posterior de la ficha epidemiológica de reporte por mordedura de animal. Al examen físico dirigido, a nivel de piel y faneras presenta piel tibia, hidratada, elástica, no palidez, no ictericia, no cianosis y con llenado capilar menor igual a 2 segundos; a nivel del sistema óseo-mio-articular, heridas de bordes irregulares sangrantes de 7 x 3 cm en miembro superior derecho, 5 x 3 cm en miembro superior izquierdo y 3 x 2 cm en miembro inferior derecho, con movilidad conservada de los dedos de ambas manos, con limitación funcional a la flexión de ambos brazos por el dolor; a nivel

del sistema nervioso central, despierto, reactivo, responde a estímulos, lucido orientado en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni signos de focalización. Asimismo, presento funciones vitales estables (Temperatura 37° C, presión arterial 100/70 mmHg, frecuencia cardiaca 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto, saturación de oxígenos de 98%). Por tal motivo, el plan de trabajo a seguir fue curación, sutura (Afrontado parcialmente), dieta completa más líquidos a voluntad, vía salinizada, ceftriaxona 2 gr endovenoso cada 24 horas, clindamicina 600 mg endovenoso cada 8 horas, metamizol 1 gr endovenoso cada 8 horas, omeprazol 40 mg endovenoso cada 24 horas, control de funciones vitales cada 8 horas, esquema de vacunación postexposición contra la rabia (Día 0, 3, 7, 14 y 28), vacuna antitetánica y pasa a hospitalización para continuar con curación diaria con tratamiento antibiótico. Al quinto día de hospitalización sin complicaciones en zonas de lesión, curación diaria, tratamiento antibiótico y por mejoría clínica se le da alta médica con indicaciones, en el cual, continua con tratamiento farmacológico por vía oral (Cefuroxima 500 mg cada 12 horas, Clindamicina 300 mg cada 8 horas, y naproxeno sódico 550 mg cada 12 horas, todo por 7 días), y control y curación por consultorio externo de cirugía general.

Caso clínico n.º 2

Paciente, mujer, de 47 años, costurera, IMC = 32 kg/m² (obesidad grado I), diagnosticada con litiasis vesicular (2011) y con síndrome ansioso – depresivo (2022), con reacción adversa a las Quinolonas (Ciprofloxacino), ingesta diaria de pancreatina/dimeticona (desde 2018), sertralina y clonazepam (desde setiembre – 2022), cesárea (1995) como antecedente quirúrgico. Asimismo, múltiples ingresos a emergencia por cólico biliar, en el cual, recibió tratamiento sintomático. Actualmente, la paciente refiere dolor abdominal tipo cólico de intensidad 8/10, con localización en Hipocondrio derecho con irradiación a región escapular del mismo lado, tras la ingesta de comidas con alto contenido graso y copiosas, que aumenta a la sedestación y se atenúa en decúbito supino. Motivo por el cual, acude a consultorio externo de cirugía general, donde se le coordina para cirugía programada. Previamente a la cirugía, se le hospitaliza a la paciente, en preparación para entrada a sala de operaciones (SOP). Funciones vitales preoperatorio-estables (Temperatura 36.8 °C, presión arterial 120/70 mmHg,

frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno 98 %). Al examen físico dirigido, a nivel de piel y faneras presenta piel tibia, hidratada, elástica, mucosas rosadas, no palidez, no ictericia, no cianosis, llenado capilar ≤ 2 "; a nivel cardiovascular, ruidos cardiacos rítmicos (RCR), de buena intensidad (BI), no soplos; a nivel abdominal; abdomen globoso, timpánico (Sonoridad conservada), ruidos hidroaéreos positivos (RHA +), blando, depresibles, dolor a la palpación profunda y superficial en hipocondrio derecho, signo de Murphy positivo; a nivel del sistema nervioso central, despierta, reactiva, escala de Glasgow 15/15, lucida orientada en tiempo, espacio y persona. Además, a la ecografía abdominal superior presenta vesícula biliar de 54 x 30 mm, pared vesicular de 2 mm y conducto colédoco de 2 mm. También, se evidencia múltiples imágenes hiperecogénicas redondeadas que miden entre 2 y 7 mm, que ocupan el 50% del contenido vesicular, dejan sombra acústica posterior y se desplazan al cambio de posición. Por último, en los exámenes auxiliares de laboratorio preoperatorio presenta hematocrito de 37.9 %, hemoglobina de 12.7 g/dL, leucocitos 6030 mm³, plaquetas 206 000 mm³, PCR de 2 mg/dL, fosfatasa alcalina de 135 UI/L y bilirrubina total de 0.38 mg/dL. Posteriormente, ingresa a sala de operaciones con el diagnóstico preoperatorio de colecistitis crónica calculosa y se le realiza colecistectomía con incisión subcostal derecha con hallazgos de vesicular biliar de 8 x 3 cm, conducto cístico de 3 mm y múltiples cálculos, y egresa con el diagnóstico de colecistitis crónica calculosa. Luego, se le brinda los cuidados postoperatorios, y a las horas pasa a hospitalización con indicaciones postoperatorias inmediatas. A las 24 horas, paciente esta hemo dinámicamente estable, afebril, ventila espontáneamente sin dificultad respiratoria, deambula sin dificultad, dolor leve en zona de herida operatoria, con apósitos secos, limpios y sin secreciones, herida operatoria sin signos de flogosis, de evolución favorable, motivo por el cual, se le da alta con indicaciones médicas.

Caso clínico n.º 3

Paciente, varón, 39 años, sin seguro integral de salud, es traído a la emergencia por transeúntes, quienes refieren que sufrió accidente de tránsito en moto lineal por colisión frontal y que estuvo tomando alcohol cuando manejaba, con tiempo de enfermedad de 30 minutos. El paciente refiere dolor de cabeza (Cefalea en

hemisferio derecho a predominio de región occipital derecha), mareos y el cuerpo adolorido, niega otros síntomas, además, presenta funciones vitales estables (Temperatura 36.8 °C, presión arterial 130/70 mmHg, frecuencia cardiaca de 96 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno 98 %). Se procede a colocar collarín cervical. Al examen físico dirigido, a nivel de piel y faneras presenta piel tibia, hidratada, elástica, mucosas rosadas, no palidez, no ictericia, no cianosis, llenado capilar ≤ 2 "; a nivel de cabeza, presenta solución de continuidad por laceración desde región mentoniana hasta región lateral de la comisura labial derecha de 6 x 2 cm comprometiendo musculo adyacente, con escoriaciones y heridas superficiales múltiples en región labial superior y en región frontal; a nivel cardiovascular, ruidos cardiacos rítmicos (RCR), de buena intensidad (BI), no soplos; a nivel pulmonar, amplexación adecuada, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares a nivel abdominal; abdomen globoso, timpánico (Sonoridad conservada), ruidos hidroaéreos positivos (RHA +), blando, depresibles, dolor abdominal leve difuso; a nivel del sistema nervioso central, despierta, reactiva, escala de Glasgow 14/15, lucida orientada en tiempo, espacio y persona. Se le realizo ECO-FAST descartando presencia de líquido libre en cavidad abdominal, con órganos abdominales de aspecto ecográficamente conservados. En la radiografía de cráneo, cervical, tórax y pelvis no se evidencia signos compatibles con fractura ni otras alteraciones. En los exámenes de laboratorio presenta hematocrito de 40%, hemoglobina 13.3 g/dL, leucocitos 9900 mm³, grupo sanguíneo – factor Rh O+, glucosa 119 mg/dL, urea 10 mg/dL, creatinina 0.9 mg/dL y prueba antígena de COVID-19 negativa. Por el cual, el plan de trabajo fue limpieza de la herida, irrigación, retirar cuerpos extraños, sutura de la solución de continuidad, tratamiento analgésico y antibiótico endovenoso, y pasa a observación. A las 12 horas, se reevalúa al paciente donde refiere cefalea tipo punzada en región occipital y en la zona de sutura, niega otros síntomas, en el hemograma control presenta hematocrito de 39 %, hemoglobina de 13.1 g/dL y leucocitos 9830 mm³, y se decide su pase a hospitalización de Cirugía General, donde el paciente refiere sentirse bien, que no posee los recursos económicos para seguir pagando su estancia y los exámenes, y desea su alta voluntaria. Por ende, se le da la alta voluntaria con indicaciones médicas.

Caso clínico n.º 4

Paciente, varón de 48 años, natural de Junín, refiere que hace 4 años se había realizado una ecografía por presencia de masa palpable que protruía en región inguinal izquierda. A los 2 años siguientes, refiere dolor a la evacuación de deposiciones (pujo) de 8-10 en la escala del dolor, además dolorosa a la deambulación y dolor cede al reposo. Es por este motivo que el paciente acude a consultorio de cirugía general, en el cual se le programa para sala de operaciones. Previamente se coordina hospitalización para preparación para la cirugía y se toman datos de historia clínica y exploración física.

Paciente con historia de hipertensión arterial de larga data, actualmente controlada, tomando enalapril 20mg vía oral, niega alergia a medicamentos, cirugías y hospitalizaciones previas, padre tuvo Diabetes Mellitus II y hermano tuvo TBC mucho tiempo atrás. Signos vitales sin alteraciones. Peso 85kg, Talla 1.65m. Al examen físico: abdomen distendido, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no se palpan masas ni visceromegalias, timpánico a la percusión, RHA presentes a la auscultación, tacto rectal diferido. A la evaluación genitourinaria, se palpa hernia inguinal izquierda, no dolorosa a la palpación, de 6x5cm al esfuerzo a la maniobra de Valsalva y maniobra de Landívar positivo. El resto del examen cursa sin alteraciones.

Se establece el diagnóstico de: Hernia Inguinal Izquierda Indirecta. Paciente hemodinámicamente estable, cursa afebril, ventila espontáneamente, sin dificultad respiratoria, deambula sin dificultad, tolera vía oral, no náuseas, no vómitos, de evolución estacionaria.

Posteriormente, ingresa a sala de operaciones con un diagnóstico preoperatorio de hernia inguinal indirecta. La operación duró aproximadamente 45 minutos y no se reportaron complicaciones durante la misma. Los hallazgos durante la operación fueron de un saco herniario de 6cm con un anillo de 2cm cuyo contenido albergaba epiplón, además se encontró un lipoma pre herniario de 4cm. El diagnóstico post operatorio fue de hernia inguinal mixta Nyhus III. El tipo de operación realizada fue una hernioplastia inguinal por técnica de Liechtenstein. Tras la operación se brindan los cuidados postoperatorios inmediatos y luego el paciente es pasado a un ambiente de hospitalización para monitoreo por 24h post operatorio. Pasado este tiempo, paciente se encuentra hemodinámicamente estable, cursa afebril, ventila espontáneamente y con evolución favorable, se le da el alta médica con indicaciones.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Como se describió previamente, se realizó el internado médico en el Hospital de Huaycán, este se inauguró en el año 1971 como Puesto de Salud de Huaycán durante el gobierno del General Manuel Odría ⁽⁴⁾.

Está ubicado en el distrito de Ate-Vitarte de la provincia de Lima en el departamento de Lima, es un hospital que tiene bajo su jurisdicción a la localidad de Huaycán, cuyo nombre oficial es Comunidad Urbana Autogestionaria de Huaycán, así como los centros y puestos de salud ubicados en su localidad ⁽⁴⁾.

El Hospital de Huaycán está categorizado como un establecimiento de salud de nivel II-2, que corresponde a los hospitales y clínicas de atención especializada con capacidad resolutive para cumplir con las necesidades de la población que comprende la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud a través, de los diferentes servicios que se brinda como atención ambulatoria, hospitalización, emergencias, observación, trauma shock y unidad de vigilancia intensiva ⁽⁴⁾.

Las funciones del interno de medicina en el Hospital de Huaycán, tiene como objetivo que adquiera competencias y destrezas para desenvolverse más adelante en su vida profesional, que consiste en la atención integral del paciente, elaboración de la historias clínicas, evolución del paciente, llenado correcto de recetas, órdenes de laboratorio, interconsultas, notas de ingreso, FUA, referencias, contrarreferencias, entre otras, atención inmediata del recién nacido, del parto y en emergencias, toma de muestra de AGA, curación de heridas, suturas, retiro de puntos, cambio de sondas, colocación de vendas, yeso y férulas, entre otras competencias, todo bajo la estricta supervisión de los médicos asistentes o tutores responsables en las diferentes áreas o servicios del Hospital de Huaycán.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1. Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º 1

Se definen crisis o convulsiones febriles, a aquellos episodios convulsivos relacionados a la fiebre, en ausencia de otras patologías como infecciones del SNC, historia familiar de epilepsia o trastornos metabólicos, que puede ocurrir en pacientes pediátricos con edades entre los 6 meses y 5 años ⁽⁷⁾.

Esta patología es frecuente en hombres que en mujeres y se entre los 12 y 24 meses de edad ⁽⁷⁾. Asimismo, es la patología más frecuente vista en las emergencias pediátricas de diversos establecimientos de salud (alrededor del 80 %) lo que representa una parte importante de atenciones realizadas relacionadas a trastornos epilépticos ⁽⁷⁾.

En cuanto a la semiología, la clínica puede ser variable, entre convulsiones de tipo tónicas, clónicas o tónico-clónicas ⁽⁷⁾. La crisis puede ser generalizada o focal, y cualquier otra manifestación adicional dependerá de un correcto examen clínico en el que se pueda valorar el estado general de salud, estado de conciencia, comportamientos del paciente, alteración de los reflejos, alguna alteración en la piel y de los pares craneales ⁽⁷⁾. Dicho esto, algo que caracteriza a una crisis febril es el hecho de que luego de que la convulsión y la fiebre hayan sido manejadas, el paciente se siente totalmente pleno y con un examen neurológico normal ⁽⁷⁾.

Para el diagnóstico de la crisis en sí, además de valorar los diferenciales a través de la clínica ya mencionada, se tiene una clasificación de convulsiones febriles, para determinar el tipo y la posible naturaleza del cuadro, así como para determinar un pronóstico para cuando el paciente crezca en edad ^(7, 8).

Siendo así, tenemos que ^(7, 8, 9):

- **Crisis febril simple (o típica):** Aquella que es generalizada, de duración de menos de 15 minutos y que solo presenta un episodio de crisis en las primeras 24h de enfermedad febril ^(7, 8, 9).
- **Crisis febril compleja (o atípica):** Aquella que es localizada o focal, con duración mayor a 15 minutos y que presenta 2 o más episodios dentro de las primeras 24h de enfermedad febril ^(7, 8, 9).

La terapéutica es básica y consiste en estabilizar a todo paciente que venga a la emergencia, especialmente si está convulsionando en ese momento ^(8, 9). Para hacerlo, será necesario asegurar la vía aérea y suministrar un aporte de oxígeno con aspiración de secreciones a demanda, el control de las funciones vitales en todo momento y contabilizar los tiempos y duraciones de las convulsiones febriles que fueran a darse en el transcurso de la enfermedad ^(7, 8).

Para el tratamiento farmacológico se recomienda el uso de benzodicepinas como el midazolam como fármaco de elección (cuando el paciente venga convulsionando o crisis de duración mayor a 3 minutos) ^(8, 9). En caso no se cuente con el medicamento, se pueden usar otras benzodicepinas como el diazepam ^(8, 9). Se debe administrar medicamentos para controlar la fiebre como metamizol, siempre teniendo en cuenta los valores de las funciones vitales. Mantener siempre al paciente en monitorización ^(8, 9).

Respecto a los criterios de hospitalización, se debería realizar cuando se está ante una convulsión febril atípica o compleja, cuando no se haya podido descartar algún diagnóstico diferencial (por ejemplo, infecciones del SNC) o cuando no se tenga mucha información del caso (anamnesis indirecta escasa o incompleta para confirmar el diagnóstico) ^(8, 9).

Ahora, respecto al caso clínico en sí, estamos ante una paciente de 3 años y 3 meses de edad, femenino, que vino a la emergencia convulsionando, traída en brazos por su madre. Inmediatamente se le atiende. Sospechando que podría ser una convulsión febril, se hacen preguntas mientras se estabiliza a la paciente (colocación de vía aérea a través de cánula binasal, colocación de vía con equipo de venoclisis para pasaje de medicamentos endovenosos como metamizol y diazepam, toma y control de funciones vitales), quien refiere que estuvo así por más de 4 horas, en casa. Sin otras manifestaciones como vómitos o irritabilidad, la madre también relata que los episodios convulsivos fueron más de uno y que la duración de casa uno era mayor a 15 minutos. Con estos datos solamente, ya se puede indagar de que se trata de una crisis febril o convulsiva de tipo compleja, por lo que se decide hospitalizar a la paciente con base a que tiene criterios para ello (como se mencionaba anteriormente, convulsión febril compleja es uno de ellos). Adicionalmente, la madre refiere que no es la primera vez que estos episodios suceden y que de hecho la paciente tiene un antecedente de tratamiento y manejo por hidrocefalia y por retraso en el desarrollo psicomotor.

En hospitalización, la paciente es monitorizada sin ninguna interurrencia durante 5 días hasta el alta médica, momento en el cual se le da una explicación a los familiares de la paciente, sobre la enfermedad, explicando la naturaleza benigna de la misma, así como los signos de alarma por los cuales deberían traer a la paciente a la emergencia en caso se dieran. A su vez se habla sobre sus otros problemas de salud, para lo cual se prepara una hoja de referencia para manejo y control de estas por el especialista.

Medicamentos utilizados durante la estadía en el hospital:

- Diazepam: 2.4mg EV STAT en la EMG; 2.4mg EV condicional a convulsiones, en hospitalización.
- Metamizol: 300mg EV STAT en la EMG; 300mg EV condicional a temperatura mayor a 38.5 °C, en hospitalización.
- Paracetamol: 7.5ml por vía oral c/8h, en la hospitalización
- Oxígeno: para mantenimiento de SatO2 no menor a 92 %

Caso clínico n.º 2

Las infecciones del Tracto Urinario (ITU) son una de las patologías más vistas en el servicio de pediatría y en emergencia ⁽¹⁰⁾. Afecta más a niños que a niñas y su prevalencia se invierte conforme incrementa la edad. Las formas más comunes de ITU son ⁽¹⁰⁾:

- **ITU baja:** aquellas infecciones que solo se limitan a la vejiga y uretra ⁽¹⁰⁾. Entre su sintomatología más común destacan trastornos miccionales como disuria, polaquiuria, incontinencia urinaria, tenesmo, etc ⁽¹⁰⁾.
- **ITU alta:** aquellas infecciones que llegan al tracto urinario superior, es decir, por encima de la vejiga (uréteres, parénquima renal, cálices renales), la sintomatología más frecuente en estos casos es la fiebre ⁽¹⁰⁾.
- **ITU atípica:** es una ITU alta que evoluciona de forma diferente ⁽¹⁰⁾. La sintomatología incluye a la anteriormente mencionada, pero puede haber otras manifestaciones como oliguria, presencia de masa abdominal baja o vesical y ser refractario al tratamiento ⁽¹⁰⁾.

La etiología menciona que el *E. coli* es la bacteria más frecuentemente relacionada a las infecciones del tracto urinario (80 a 90 % de todas las ITU en el paciente pediátrico), seguido por otros microorganismos como *Proteus mirabilis*, *Klebsiella*

pneumoniae, etc. ⁽¹⁰⁾.

Los factores de riesgo de la enfermedad incluyen aquellos relacionados al medio ambiente como la higiene, al estilo de vida como en el caso de paciente con estreñimiento, y factores hereditarios y congénitos como la fimosis en el caso de los niños y la vejiga neurogénica, relacionado a otras enfermedades de fondo como meningocele o mielomeningocele (pacientes con espina bífida) ⁽¹¹⁾. En el caso de la vejiga neurogénica, al no ser capaces de controlar sus esfínteres y sistema vesical en su totalidad, la paciente tiende a desarrollar infecciones urinarias más frecuentes, aunado a la aparición de reflujo vesico ureteral (RVU) ^(10, 11).

El tratamiento para las infecciones variará dependiendo del agente etiológico encontrado en los exámenes, con mayor importancia en el cultivo de orina y antibiograma, además el manejo se hará manejando y viendo los factores de riesgo y controlando las funciones vitales ⁽¹⁰⁾. Finalmente, los criterios de hospitalización dependerán de los factores de riesgo que presente la paciente y si las enfermedades o manifestaciones actuales los hacen aptos para hospitalizar ⁽¹⁰⁾.

Respecto al caso clínico, se trata de una paciente de 8 años, de sexo femenino, que acude acompañada de su madre a emergencias por un fuerte dolor abdominal bajo (hipogastrio) con orinas de color amarillo oscuro a marrón, los cuales empezaron el mismo día. No refieren otras molestias. A la toma de los signos vitales, cursa afebril, y el resto de las funciones es normal. Al interrogatorio por antecedentes y el relato, la madre cuenta que ella tiene vejiga neurogénica como secuela de un mielomeningocele operado al nacimiento, además desarrolló hidrocefalia tiempo atrás y tiene historia de desarrollo psicomotor alterado en miembros inferiores.

Tomando todo esto en consideración (más la valoración de factores de riesgo según antecedentes) es que el médico decide hospitalizar a la paciente, en paralelo a la solicitud de exámenes de laboratorio base: hemograma completo, examen de orina, urocultivo, urea y creatinina.

El mielomeningocele es una malformación en el desarrollo del encubrimiento de la médula espinal cuyas causas exactas aún se desconocen pero que está relacionado a una entidad conocida como espina bífida ⁽²⁾. La espina bífida puede generar una meningocele, mielocelo o mielomeningocele ⁽²⁾. Normalmente es de aparición en la región lumbar, es decir a nivel de la columna lumbosacra, por lo

que, si están comprometidos los nervios raquídeos a ese nivel, puede dejar alteraciones a nivel de las estructuras que estos inervan, siendo las alteraciones más comunes los problemas relacionados al control neurogénico de la vejiga (vejiga neurogénica), lo cual puede generar un reflujo vesicoureteral, que es lo que hace que la paciente sea más propensa a las infecciones urinarias a repetición ⁽²⁾. En este caso, la paciente desarrolló una ITU baja como consecuencia de una estasis provocada por un reflujo vesicoureteral, debido a la vejiga neurogénica como secuela de su cirugía por mielomeningocele que tuvo al nacimiento. La paciente estuvo hospitalizada 3 días, en los que se monitorearon sus controles vitales, colocaron tratamiento antibiótico (de amplio espectro y luego de confirmar que en el urocultivo la bacteria identificada era sensible a casi todos los medicamentos; así que, en este caso, se aplicó ceftriaxona 2g EV c/24h) y se hicieron interconsultas a Medicina Física y Rehabilitación y a Neurología Pediátrica (este último en forma de hoja de referencia en el momento del alta)

Caso clínico n.º 3

La neumonía es otra de las grandes enfermedades más comunes a nivel mundial y a nivel nacional, siendo la principal causa de mortalidad infantil en menores de 5 años en el Perú (16 %) ⁽¹²⁾. Su etiología más frecuente es la viral (60 %) mientras que de las bacterianas hay que mencionar que su agente etiológico más común es el neumococo ⁽¹²⁾.

Hay que considerar los factores de riesgo para neumonía como los ambientales (higiene adecuada, hacinamiento, etc.), de estilos de vida (como inmunizaciones incompletas, contacto frecuente con personas enfermas, ausencia de lactancia materna exclusiva, etc.) y factores genéticos que abarcan enfermedades respiratorias que hacen que el paciente sea más propenso a desarrollar neumonía ⁽¹²⁾.

Para hacer el diagnóstico de la enfermedad hay que tener en cuenta no solo la clínica que es muy importante, sino también los exámenes auxiliares y el correcto discernimiento de la enfermedad con los diagnósticos diferenciales ⁽¹²⁾.

Entonces, en la clínica podemos denotar que, en todos los grupos etarios, las manifestaciones más frecuentes serán taquipnea, tos y fiebre, siendo la taquipnea el signo más sensible sugerente de neumonía (tomar en cuenta que su sensibilidad y especificidad disminuyen a partir de los 5 años en adelante) ⁽¹²⁾.

Entre las otras manifestaciones, vamos a encontrar a un paciente con rinorrea, dificultad respiratoria y uso de músculos accesorios (tirajes) ⁽¹²⁾.

Respecto al diagnóstico diferencial, hay que tomar en cuenta las siguientes enfermedades ⁽¹²⁾:

- Asma
- Bronquiolitis
- Aspiración de cuerpo extraño
- Alteraciones metabólicas - respiratorias
- Anomalías anatómicas - congénitas

Los exámenes auxiliares no cargan tanto peso diagnóstico como lo es la clínica en neumonía, así que exámenes como hemograma completo, VSG y PCR son más que nada utilizados para un seguimiento durante el transcurso de la enfermedad, para valorar la evolución de esta ⁽¹²⁾.

Para los criterios de hospitalización se considerarán los siguientes ⁽¹²⁾:

- Mal estado general
- Una SatO₂ inferior a 92 %
- Signos evidentes de dificultad respiratoria (tirajes, aleteo nasal, apnea, etc.)
- Comorbilidades
- Lactantes menores de 6 meses (a este grupo etario se les considera siempre como neumonía grave)
- Fracaso en la terapia ambulatoria luego de las 48 a 72 horas

En cuanto al manejo, entre las consideraciones generales, hay que siempre brindar oxigenoterapia, basado en los valores de saturación de oxígeno y mantener vía aérea si fuera necesario hasta el fin del tratamiento/hasta el alta. El manejo farmacológico dependerá del grupo etario ⁽¹⁾. Para efectos del caso clínico mencionaremos que para los grupos etarios de 2 meses a 12 años en niños y en niñas el tratamiento incluye: ampicilina, cloranfenicol, penicilina G sódica o cefalosporinas de tercera generación como ceftriaxona o cefuroxima ⁽¹²⁾.

Luego monitorearemos funciones vitales, tolerancia oral, movimiento de secreciones y patrón respiratorio como parte del plan de trabajo ⁽¹²⁾.

En el contexto del caso clínico presente, tenemos a un paciente varón de 1 año y 1 mes que acude a la emergencia llevado por su madre, quien refiere tos, fiebre (no cuantificada en ese momento), congestión nasal, dificultad respiratoria y malestar general desde hace 12 días, el cual fue tratado en un hospital con

antibióticos (incluyendo nombres como azitromicina y salbutamol), remitiendo los signos con el paso de los días. Sin embargo, 48h y 24h antes del ingreso, paciente repite el mismo cuadro, motivo por el cual acudieron a emergencia. Las funciones vitales medidas en la emergencia arrojaban un valor de 91 % y la clínica indicada que paciente no estaba en un buen estado general de salud. La temperatura estaba en 38 °C, la frecuencia respiratoria en 52/min y los demás signos vitales dentro de los valores normales. Tomando todo lo anterior en cuenta es que se decide hospitalizar al paciente. Como dato adicional para los antecedentes, al preguntar a la madre por más datos, ella menciona que el niño ya había estado en tratamiento para síndrome obstructivo bronquial cuando tenía 4 meses de vida, requiriendo soporte farmacológico por nebulización. Paciente además tiene hermano mayor que padeció de neumonía cuando este tenía 9 meses.

Con los datos anteriores y tomando en cuenta lo que dicen las guías de práctica podemos decir que el paciente no solo mantiene un síndrome obstructivo bronquial sin resolver, sino que ahora se agrega el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, la cual requiere manejo y control en paralelo con las otras enfermedades actuales, motivo por el cual es válida la decisión de internar al paciente.

Durante su estadía de 5 días, el paciente tuvo una baja en la SatO₂ al 88% el primer día, el cual requirió oxigenoterapia en conjunto con fármacos inhaladores como salbutamol e hidrocortisona, también se agrega paracetamol por vía oral para controlar y mantener al paciente afebril, así como tratamiento antibiótico usando ampicilina como fármaco de elección, por vía endovenosa, sin mencionar que el paciente estuvo con sales de rehidratación oral durante su estadía hasta el momento del alta.

Caso clínico n.º 4

La sífilis congénita es una enfermedad multisistémica producida por el patógeno *Treponema pallidum* y puede ser transmitida desde la placenta al feto ^(13, 14). El riesgo de que el recién nacido adquiera la enfermedad de la madre aumenta hasta un 80 % cuando la madre ha tenido la sífilis activa durante el embarazo y no se ha tratado o ha tomado el tratamiento, pero incompleto ^(13, 14).

Los problemas de salud que podría acarrear de no tratar la sífilis congénita en el recién nacido incluyen hepatomegalia, lesiones eruptivas en la piel (vesicular - ampollosa), osteocondritis y retraso en el crecimiento ^(13, 14).

El diagnóstico se confirma a través de exámenes de laboratorio, específicamente, examen serológico para sífilis (RPR o VDRL) tanto a la madre como al niño ^(13, 14). Un resultado que representa el cuádruple de los valores titulados de espiroquetas en la prueba del niño confirma el diagnóstico de sífilis congénita activa ^(13, 14).

El tratamiento (hospitalario) consiste en aplicación de penicilina G sódica (50,000 UI por kg/dosis) por 10 días ^(13, 14). En caso haya alguna alergia a la penicilina, se puede dar claritromicina, e intentar desensibilizar al paciente de las penicilinas ^(13, 14).

En el caso clínico, estamos ante un recién nacido varón, de tan solo unas horas de vida, que pasó del servicio de neonatología a la hospitalización de pediatría debido a que la madre tiene historia de sífilis en tratamiento incompleto durante la gestación. Hasta este punto ya tenemos un criterio claro para hospitalizar y tratar a este paciente. Se decide tomar una prueba serológica de sífilis y los resultados basales en ese momento arrojaron 4 dil para él bebe y 32dil para la madre. Como habíamos mencionado antes, los valores titulados de la madre tienen que ser igual o superior a 4 veces los valores en el niño para confirmar el diagnóstico de sífilis congénita. Y en efecto, la madre tenía 8 veces más los valores del niño por lo que se decide empezar tratamiento farmacológico con penicilina G sódica durante 10 días, en los cuales se controlaron peso y talla, ganancias o pérdidas ponderales, balance hídrico, funciones vitales y exámenes control. No hubo ningún problema o complicación durante la estadía del niño, y al alta, se le insiste a la madre una interconsulta al servicio de infectología para reevaluación, control y tratamiento de su sífilis, además de consejería de cómo cuidar a su bebe en este caso en particular.

III.2. Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º 1

La sarna de noruega es una ectoparasitosis cutánea altamente contagiosa, causada por el acaro *Sarcoptes scabiei* ⁽¹⁵⁾. Este acaro está presente en las superficies de la piel en una cantidad masiva ⁽¹⁵⁾. Como referencia, la sarna común mantiene una cantidad de 12 a 15 ácaros en el huésped, mientras que, en la sarna de noruega, esta cantidad se eleva a millones de estos ⁽¹⁵⁾. La enfermedad puede

causar lesiones pruriginosas de tipo hiperqueratogénicas a nivel de palmas de las manos y plantas de los pies, pero también es común encontrarlos en otras partes del cuerpo, como, por ejemplo: cara anterior de muñecas, pliegues de codos y rodillas, nuca y en cuero cabelludo. Para diagnosticar la enfermedad debemos tener en cuenta varios factores ⁽¹⁵⁾.

Primero, la historia del paciente. Esto incluye un examen físico exhaustivo, en busca de las lesiones con las características antes descritas ⁽¹⁵⁾. El paciente va a referir dolor o picazón intensas en dichas áreas. Hay que tener en cuenta los antecedentes del paciente, por ejemplo, valorar si el paciente es o no inmunosuprimido debido a otras patologías de mayor calibre como HIV, HTLV 1 y enfermedades desensibilizadoras como Diabetes Mellitus ⁽¹⁵⁾. También valorar antecedentes de lugar de procedencia por posibles orígenes en zonas endémicas para escabiosis ⁽¹⁵⁾.

Segundo, los exámenes o las pruebas que pueden confirmar el diagnóstico, las cuales serían principalmente un examen microscópico de una muestra descamativa de la piel en el área de la lesión, expuesta a hidróxido de potasio como sustancia fijadora y que nos permitirá ver al acaro en la microscopia. Para esto se debe solicitar un examen de raspado de piel ⁽¹⁵⁾.

Tercero, factores de riesgo como la edad, comorbilidades, estilo de vida, higiene y factores socioeconómicos ⁽¹⁵⁾.

El tratamiento consiste en aplicaciones tópicas de permetrina al 5% directamente en las áreas lesionadas ⁽¹⁵⁾. Los resultados son muy efectivos ya que el medicamento destruye la estructura externa e interna del acaro y sus huevecillos, impidiendo la replicación masiva de estos, por lo que se ve una mejoría rápida en lo que las lesiones se reducen y pierden su aspecto hiperqueratínico ⁽¹⁵⁾.

Respecto al caso clínico, estamos ante un paciente varón de 61 años que refiere dolor crónico en palmas de las manos y plantas de los pies desde hace 2 años y que el dolor ha ido aumentando hasta volverse insoportable motivo por el cual acude a emergencia. A la evaluación se confirman lesiones hiperqueratínicas en ambas palmas de las manos y ambas plantas de los pies. Las funciones vitales estaban dentro de los valores normales y al interrogatorio paciente refiere haber estado en tratamiento para COVID-19.

En el contexto de la emergencia se pensó en alguna enfermedad provocada por alguna inmunodeficiencia, dado que es un paciente de edad, además refiere que proviene de Antioquia, ciudad en las afueras de Lima y es una persona con bajo

poder socioeconómico, información que se obtuvo durante el interrogatorio. Es por esta razón que se toma la decisión de pasarlo a observación, mientras se le daba medicamentos para el dolor por vía endovenosa y se le solicitaban exámenes de laboratorio como hemograma completo y PCR.

Al final, el paciente no mostraba mejoría, reflejado en como el dolor todavía persistía, motivo por el cual se decidió hospitalizar al paciente.

En la hospitalización se pidieron pruebas adicionales por sospecha de inmunosupresión, debido a que es propio en estos pacientes (por ejemplo, inmunosupresión por HIV o HTLV) en presentar manifestaciones a nivel de piel como las vistas en este caso. Es por eso por lo que se solicitó exámenes para descartar de VIH y RPR, saliendo estos negativos. Exámenes de orina y glucosa tomadas en paralelo tampoco mostraban alteraciones por lo que se decidió hacer una interconsulta al servicio de infectología.

El infectólogo respondió a la interconsulta señalando que podría tratarse de una dermatitis infecciosa a descartar la sarna de noruega, que como se puede ver en la bibliografía, compartía características similares a las que tenía el paciente al momento del ingreso a emergencia. Además, se indicó realizar un descarte de HTLV ya que manifestaciones en la piel están relacionadas a esta enfermedad también, incluyendo las infestaciones por escabiosis ^(16, 17).

Ese mismo día se pidieron dichas pruebas, además de que por protocolo se realizó un raspado de piel, para confirmar la presencia del acaro en cuestión, *Sarcoptes scabiei*. Al mismo tiempo, al sospechar incluso más sobre la presencia de un acaro como el causante de estas lesiones, se comenzó un tratamiento de forma empírica con Permetrina en crema al 5 % aplicado en las áreas de las lesiones, una aplicación diaria. Sin embargo, los resultados del raspado de piel solo dieron positivo a hifas, es decir, las lesiones solo contenían hongos, por lo que se descartaba totalmente la posibilidad de que el diagnóstico definitivo sea Sarna de Noruega, ya que como se puede apreciar en la bibliografía, el raspado de piel debería mostrarnos la positividad para múltiples de estos ácaros ^(15, 16, 17).

De todos modos y pese a este hecho, se decidió continuar de forma empírica con la permetrina, solo añadiendo antimicóticos, y también antibióticos, esto último debido a que la prueba serológica para HTLV salió positiva(reactiva) para HTLV 1 y ante sospecha de inmunosupresión es recomendado empezar antibioticoterapia empírica ⁽¹⁶⁾.

El paciente finalmente mostró mejoría con la terapéutica actualizada, hasta el día

del alta, que corresponde al día 15 desde su ingreso a hospitalización. Una vez dada el alta además de dejarle medicamentos para continuar tratamiento en casa (analgésicos e ivermectina vía oral en gotas una vez al día por 5 días), se inculca al paciente en ir a consultorio externo de medicina interna para continuar tratamiento de forma ambulatoria, hacer un control y seguimiento a la enfermedad de fondo, en este caso, HTLV 1.

Caso clínico n.º 2

Las crisis hipertensivas son aquellas que manifiestan un aumento súbito en la presión arterial y que pueden producir o no, un daño a nivel de otros órganos blanco ^(18,19). Estas crisis pueden ser variables en cuanto a su gravedad y diagnóstico y generalmente engloban dos grandes grupos con base en las alteraciones encontradas ^(18,19):

Emergencia hipertensiva: aquella en la cual se tiene un aumento de la presión arterial súbita superior a los 180/100 mmHg, y cuya clínica muestra una alteración a nivel de órganos blanco como cerebro, sistema arterial, riñón, hígado, etc. ^(18,19). El manejo es a través de una unidad de cuidados intensivos con tratamiento endovenoso y valoración de las alteraciones de los órganos blancos, afectados ^(18,19).

Urgencia hipertensiva: Es aquella elevación de la PA de forma súbita, pero sin aparente afectación de los órganos blanco ^(18,19). Si se confirma, el manejo puede ser ambulatorio con medicamentos vía oral (en nuestro medio lo más recomendado y usado es una dosis de captopril sublingual 25mg por vía oral y esperar de 10 a 30 minutos, luego medir la PA nuevamente y se espera que esta disminuya) y observación y control de la PA en el momento y en los siguientes días ^(18,19).

Hay que tener en cuenta, que, para diferenciar de ambas, no hay un valor establecido de la PA, por lo que una forma más confiable de diferenciarlas es a través de la confirmación del compromiso de órganos blanco ^(18,19). Para esto se va a requerir de una buena anamnesis (factores no modificables como la edad, raza, etc., antecedentes de enfermedades cardiovasculares u otras afectaciones secundarias, etc., y otros datos como antecedentes familiares o de consumo de medicamentos), examen físico (propios de compromiso de órgano blanco específico, pero tomar en cuenta medición de las funciones vitales y el cómo viene

el paciente a la emergencia) y exámenes complementarios ^(18,19).

Las manifestaciones clínicas iniciales para ambos casos pueden ser muy inespecíficas ^(18,19). Pueden ir desde un paciente totalmente asintomático, a síntomas leves, y hasta síntomas propios de compromiso de algún órgano blanco ^(18,19).

También hay que tener en cuenta los diagnósticos diferenciales con otras entidades que cursen con aumento de la presión arterial como en el caso de aneurismas de arterias cerebrales, tumores cerebrales, feocromocitomas y traumatismos encéfalo craneanos ^(18,19). El diferenciar estas patologías de una crisis hipertensiva real recae y se complementa con una buena evaluación clínica ^(18,19).

Las complicaciones más comunes como resultado de una crisis hipertensiva las tienen las complicaciones cardiovasculares, seguidas por las complicaciones cerebrovasculares ^(18,19). Es por eso por lo que una de las complicaciones importantes (dejando de lado las cardiovasculares) es la relacionada a un accidente cerebrovascular isquémico ^(18,19).

Ante la confirmación de un ACV isquémico, es necesario seguir un orden de evaluación, manejo y control para prevenir que la lesión siga su curso y buscar solucionar el problema en sí ^(18,19). Las pautas necesarias serían ^(18,19):

- Evaluación ABC
 - Vía aérea (A)
 - Respiración (B)
 - Circulación (C)
- Examen físico e historia clínica
 - Preferencial en la evaluación neurológica.
 - Descarte de enfermedad epiléptica por historia clínica.
- Monitoreo de ritmo y frecuencia cardíaca
- Manejo de la presión arterial
- Manejo de la glucemia
 - Diagnóstico diferencial con hipoglucemia
 - Evitar o al menos mantener una glicemia entre valores de 140 a 180 mg/dl
- Manejo de la temperatura corporal
- Oxigenoterapia

- No recomendado de forma rutinaria
- Aplicar cánula binasal ante una SatO₂ menor a 94%
- Hidratación
 - Como medida general en casos de que sea necesario mantener la euvolemia o para hipovolemia evidente.
- Respecto al protocolo de tratamiento ^(18,19):
- Anticoagulantes
 - No recomendados para prevenir daño neurológico temprano ^(18,19).
 - En pacientes con ACV que sea discapacitante, no empezar inmediatamente sino hasta 14 días después y cubrir con antiagregantes plaquetarios para evitar la transformación a hemorragia ^(18,19).
- Estatinas
 - No se recomiendo el uso inmediato a menos que se trate de un ACV isquémico de tipo vascular puro ^(18,19).
 - Dar como dosis de mantenimiento a aquellos pacientes que ya recibían estatinas previo al evento vascular ^(18,19).
- Tratamientos no recomendados
 - No se recomienda el uso de otros neuroprotectores para ACV isquémico ^(18,19).
 - Hay controversia y discrepancias entre diversos autores sobre el uso de anticonvulsivantes de uso profiláctico como la Fenitoína ^(18,19).
 - Por un lado, se menciona que la Fenitoína o el Lorazepam pueden ser usados una única vez como prevención de un posible evento epiléptico relacionado al evento isquémico cerebrovascular, pero que no se recomienda dar dosis de mantenimiento posterior ^(18,19).
 - Por otro lado, algunos autores mencionan que la Fenitoína, otros barbitúricos y las benzodiazepinas pueden enlentecer el proceso de recuperación de los pacientes luego de un ACV debido a que estos medicamentos son inductores hepáticos y compiten en la unión a proteínas con otros medicamentos como antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes, por eso se recomiendo su uso a criterio tomando en cuenta la relación beneficio perjuicio ^(18,19).

Respecto al caso clínico, tenemos a un paciente, varón de 79 años que acudió a

la emergencia por una elevación súbita de la presión arterial ^(18,19). Paciente refería sentirse inestable en ese momento, venía sudando profusamente y con debilidad en todo el cuerpo ^(18,19). Se le tomaron inmediatamente los signos vitales dando como alterado la PA la cual estaba en 254/219 mmHg y una FR de 30 motivo por el cual se pasó al paciente al ambiente de UVI para tratar inmediatamente la hipertensión aguda ^(18,19). Según las guías de práctica y la bibliografía en general ^(18,19). Si se sospecha de un cuadro de crisis hipertensiva no relacionada a compromiso de otros órganos blanco se puede iniciar medicamentos vía oral para bajar los valores de PA. En este caso, eso es lo que hizo el profesional de turno, al darle captopril sublingual y esperar de 20 a 30 minutos ^(18,19).

Mientras el paciente esperaba, se realizó el examen físico y la anamnesis del paciente, recopilando información que más adelante serviría para tener el diagnóstico preciso ^(18,19). De los datos recabados, los datos de importancia fueron: antecedente de hipertensión arterial no controlada, ser paciente oncológico con controles en el INEN ^(18,19). En cuanto al examen físico, el paciente se encontraba en un estado entre soporoso y despierto, había una notable sudoración profusa, los ruidos cardiacos eran normales, los pulsos eran simétricos y sonoros, no había soplos ^(18,19). En la evaluación neurológica paciente mostraba un leve temblor en miembro superior derecho con una escala de Glasgow de 13/15 con alteración en el componente del lenguaje ^(18,19).

Pasado los 30 minutos, y con los datos obtenidos de la historia clínica y examen físico, se realizó una evaluación, empezando con una toma de la PA, la cual ya había disminuido a 106/74 mmHg, sin embargo, al examen físico paciente presenta hemiplejía del lado izquierdo, con movimientos mioclónicos en miembro superior izquierdo y pérdida de fuerza muscular en el mismo ^(18,19). Además, signo de Babinski positivo en pie izquierdo y Glasgow en 12/15 con alteración del habla. Teniendo todo esto en consideración es que se decide pensar en ACV isquémico como diagnóstico planteado y dar tratamiento con base en ello ^(18,19). A continuación, se pasa al paciente a un ambiente de observación para continuar estudios y se le dio fenitoína 100mg por vía EV, diazepam 10mg condicional a episodio convulsivo, atorvastatina 80mg ev, captopril 25mg vía oral condicional a PA mayor a 160/100 mmHg todo esto bajo criterio del médico que se basa en la bibliografía la cual indica que estas son las recomendaciones de lo que hay que hacer con el paciente para mantenerlo estable ^(18,19).

Adicionalmente se solicitó pruebas de glucosa, hemograma completo y control de

funciones vitales con monitoreo ^(18,19). El hemograma se mostró sin alteraciones, mientras que la glucosa estaba en valores de 200 mg dl, motivo por el cual se agrega a la hoja terapéutica dosis de insulina R, omeprazol 40mg por vía ev y toma de HemoglucoTest (HGT) cada 8 horas ^(18,19). Esto sucedió acorde a lo que menciona la bibliografía en relación con la hiperglucemia, en cómo se debe hacer diagnóstico diferencial con entidades como la hipoglucemia y que los valores de glucosa si bien no volverán a la normalidad de inmediato, se deberían mantener por debajo de 200 mg dl ^(18,19).

A la mañana siguiente, en la evaluación de rutina, encuentran a un paciente NO LOTEP, con un Glasgow de 10 15, hemiparesia de brazo izquierdo con movimientos involuntarios, reflejos osteotendinosos se encontraban disminuidos en miembro ipsilateral y signo de Babinski se mantenía positivo en pie izquierdo. La presión arterial no se había elevado y mantuvo valores dentro de la normalidad, paciente cursaba afebril en ese momento, pero no ventilaba bien, motivo por el cual, siguiente el manejo que indica la literatura para estos casos, se decidió proporcionar oxígeno suplementario a través de una cánula binasal a 2L. se suspendió el omeprazol y se cambió el HGT de 8h a evaluar cada 4h. Paciente mostraba evolución tórpida y pronóstico reservado desde ese momento.

Caso clínico n.º 3

La sepsis es un síndrome clínico que tiene anomalías fisiológicas, biológicas y bioquímicas causadas por una respuesta desregulada del huésped a la infección ⁽²⁰⁾. La sepsis y la respuesta inflamatoria resultante pueden provocar el síndrome de disfunción orgánica múltiple y la muerte ⁽²⁰⁾.

Identificación temprana de sepsis tienen pautas sociales que enfatizan la identificación temprana de pacientes infectados que pueden desarrollar sepsis como una forma de reducir la mortalidad relacionada a ella ⁽²⁰⁾. Los dos puntajes más comúnmente utilizados son el puntaje de evaluación breve secuencial de falla orgánica (qSOFA) y el puntaje nacional de alerta temprana ⁽²⁰⁾.

El puntaje qSOFA es fácil de calcular ya que tiene solo tres componentes ⁽²⁰⁾:

- Frecuencia respiratoria ≥ 22 /min
 - Alteración en la mentalidad.
 - Presión arterial sistólica ≤ 100 mmHg
- Puntaje Nacional de Alerta Temprana (NEWS por sus siglas en inglés): Un

sistema de puntaje agregado derivado de seis parámetros fisiológicos ⁽²⁰⁾:

- La frecuencia respiratoria.
- Saturación de oxígeno.
- Presión arterial sistólica.
- La frecuencia del pulso.
- Nivel de conciencia.
- Temperatura.

La puntuación agregada representa el riesgo de muerte por sepsis e indica la urgencia de la respuesta ⁽²⁰⁾.

- 0 a 4: riesgo bajo.
- 5 a 6 – riesgo medio.
- 7 y más: alto riesgo.

Factores de riesgo

La importancia de identificar los factores de riesgo de sepsis se destacó en un estudio epidemiológico que informó que los factores de riesgo de shock séptico eran la quinta causa principal de pérdida de la vida productiva por muerte prematura ⁽²⁰⁾. Los factores de riesgo para la sepsis incluyen ⁽²⁰⁾:

- Ingreso a unidad de cuidados intensivos
 - Bacteriemia.
 - Ancianos (65 años y mayores).
 - Inmunosupresión.
 - Diabetes y obesidad.
 - Cáncer.
 - Neumonía adquirida en la comunidad.
 - Hospitalización previa.
 - Factor genético.
 - Síndrome respiratorio agudo severo-coronavirus-2 (SARS-CoV-2).
- Enfocando al caso se puede aplicar en la emergencia el qxsofa para determinar de forma rápida si el paciente puede estar en un estado de sepsis, el paciente presentó los siguientes signos:
- Frecuencia respiratoria $\geq 22/\text{min}$; su FR era de 30x'
 - Alteración en la mentalidad: llegó desorientado en tiempo y espacio.
 - Presión arterial sistólica ≤ 100 mmHg; tenía una PA: 77/61 mmHg.
- Además, tenía los siguientes factores de riesgos:

- Adulto mayor
 - Antecedente de cáncer vesicular
 - Hospitalización previa por infección bacteriana
 - Inmunodepresión por el cáncer y su tratamiento.
- El paciente además de la alteración sistémica que estaba padeciendo se agrega la anemia moderada a crónica que tuvo durante su hospitalización, requiriendo 3 paquetes globulares y la referencia ha un hospital de mayor capacidad para su internamiento.

Caso clínico n.º 4

El acetaminofén está disponible en cientos de medicamentos recetados y de venta libre ^(21, 22). Aunque es muy seguro cuando se usa en dosis terapéuticas, se ha reconocido que la sobredosis de paracetamol causa necrosis hepática fatal y no fatal. Las dosis supra terapéuticas repetidas pueden causar hepatotoxicidad en niños ^(21, 22).

Cuando se produce la intoxicación en niños o adolescentes normalmente tiene una evolución favorable si es que se le administra dentro de las 8 a 10 horas de la ingesta el antídoto llamado N-acetilcisteína (NAC) ^(21, 22).

Tipos de exposición:

- Intencional: Son frecuentes en adolescentes, se da en un solo evento y alta dosis ^(21, 22). Generalmente, debido a un intento suicida aunque este acto puede generar hepatotoxicidad con mayor frecuencia en comparación si la ingesta fue de forma casual ^(21, 22).
- No intencional: Son comunes en niños más pequeños. Puede ocurrir cuando el niño explora o a la dosificación inapropiada.
Para niños a partir de 12 años y adultos, la dosis terapéutica es de 325-1000 mg una vez cada 4-6 horas (la dosis diaria máxima es de 4 g) ^(21, 22). Las concentraciones séricas terapéuticas varían de 10 a 20 mcg/mL (66 a 132 micromoles/L) ^(21, 22).

La dosis tóxica mínima para una ingestión aguda es de 150 mg/kg para un niño o de 7,5 a 10 g para un adulto ^(21, 22).

Manifestaciones clínicas:

- Etapa I (hasta 24 horas después de la sobredosis): asintomática, pero menos frecuente: náuseas, vómitos y letargo ^(21, 22).

- Etapa II (24 a 72 horas después de la sobredosis): dolor en el cuadrante superior derecho, enzimas hepáticas elevadas, tiempo de protrombina (PT) y relación internacional normalizada de PT ^(21, 22).
- Estadio III (72-96 horas): Signos de insuficiencia hepática y, en casos graves, insuficiencia renal y multiorgánica ^(21, 22). La muerte ocurre con mayor frecuencia en esta etapa ^(21, 22).
- Etapa IV (4-14 días) – recuperación ^(21, 22).

Manejo:

Se hace una descontaminación con carbón activado y la administración del antídoto de acetaminofen, N-acetilcisteína, este antídoto se recomienda a los pacientes con riesgo significativo de hepatotoxicidad después de una sobredosis de paracetamol ^(21, 22).

Administración oral: Consiste en un curso oral de 72 horas administrado como una dosis de carga de 140 mg/kg seguida de 17 dosis de 70 mg/kg cada cuatro horas (dosis total de 1330 mg/kg) ^(21, 22).

Para el caso se administró el antídoto durante 72 horas, luego se hace la referencia para iniciar su tratamiento psicológico ^(21, 22).

III.3. Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º 1

Un embarazo ectópico se define como uno extrauterino, es decir, cuando el óvulo fecundado no se implanta y no crece dentro de la cavidad que normalmente es el útero ^(23, 24). Por el contrario, este se implanta fuera del útero, es en la trompa de Falopio donde ocurre la mayoría, pero también se puede presentar en sitios no tubáricos como a nivel cervical, ovárico intersticial, abdominal, entre otros ⁽²³⁾. También, se le considera como una urgencia obstétrica del primer trimestre del embarazo que puede llegar a ser mortal en esta población, convirtiéndose en una emergencia obstétrica con gran frecuencia en esta ⁽²⁵⁾.

La clínica o sintomatología más común del embarazo ectópico es el dolor abdominal de localización pélvica preferentemente, difuso que se puede irradiar, con presentación, intensidad y características variables, y/o el sangrado vaginal de patrón y volumen variable, intermitente, aunque se puede presentar como episodio único o continuo que generalmente está precedido por amenorrea, en el primer trimestre, aunque en algunas oportunidades puede ser asintomático ⁽²³⁾. Se debe considerar el diagnóstico de embarazo ectópico en todo paciente en edad

fértil con dolor abdominal y/o sangrado vaginal que tenga las siguientes características ⁽²³⁾:

- Gestante pero no presenta un embarazo intrauterino confirmado ⁽²³⁾.
- Gestación concebida por fecundación in vitro ⁽²³⁾.
- Gestación incierta, especialmente si la amenorrea es mayor de 4 semanas previo al sangrado vaginal actual ⁽²³⁾.

El diagnóstico de embarazo ectópico se puede confirmar en las siguientes situaciones:

Se evidencia un saco gestacional extrauterino con saco vitelino o embrión (con o sin latidos del corazón) en la ecografía transvaginal ⁽²³⁾.

Una Beta-HCG sérica positiva y que no se evidencie productos de la concepción en la aspiración uterina con niveles de beta-HCG subsiguientes que incrementan o se estabilizan ⁽²³⁾.

Se evidencia en la cirugía con confirmación histológica posterior resección de tejido de embarazo ectópico ⁽²³⁾.

Pero en la mayoría de los casos se detectan hallazgos que sugieran, pero no diagnostican un embarazo ectópico, como una masa anexial no homogénea compleja, en el cual, es el hallazgo ecográfico más frecuente en el embarazo ectópico en el 89 % de los casos ⁽²³⁾.

De acuerdo con la clínica, gravedad y la presentación (cuando se descubrió el embarazo ectópico), el tratamiento varía entre medicación con metotrexate o quirúrgico (Laparoscopia, laparotomía exploratoria, salpingostomía y la salpingectomía) ^(23, 26).

En relación con el caso, paciente en edad reproductiva con dolor abdominal pélvico irradiado a hipogastrio con sangrado vaginal leve, amenorrea de 5 semanas aproximadamente y beta-HCG sérica positiva; además, con masa anexial heterogénea de bordes irregulares en ovario derecho y sin presencia de saco gestacional o embrión en cavidad uterina, por ecografía transvaginal, se llegó al diagnóstico de embarazo ectópico ^(23, 24, 26). De acuerdo a lo expuesto anteriormente, para prevenir complicaciones como ruptura, y al presentar una masa anexial mayor de 3 a 4 cm de diámetro además con gran probabilidad de no cumplir con el seguimiento postratamiento médico, no se opta por el tratamiento con metotrexate, por ende, se opta por tratamiento quirúrgico con el propósito de revisar los órganos abdominales y pélvicos como también sangrado activo interno

y al estar hemodinámicamente estable pero con sangrado vaginal leve, se realizó laparotomía exploratoria con salpingectomía derecha para extracción de embarazo ectópico ⁽²⁷⁾.

Caso clínico n.º 2

Macrosomía fetal se considera cuando el peso ponderado fetal es mayor de 4000 a 4500 gramos (o 9 a 10 libras) ⁽²⁸⁾. La macrosomía se relaciona con un mayor riesgo de complicaciones, especialmente trauma o lesión materna y/o fetal durante el parto e hipoglucemia neonatal como también problemas respiratorios ⁽²⁸⁾.

El riesgo de resultados adversos se incrementa a lo largo basado en el grado de macrosomía, es decir, del peso ponderado fetal entre 4000 y 4999 g. A ≥ 5000 g, se eleva el riesgo de mortinatalidad/muerte neonatal ⁽²⁸⁾. Por consiguiente, la presencia de macrosomía es un factor importante para tener en consideración en la toma de decisiones durante el parto (Por ejemplo, si usar fórceps o ventosa frente a un parto por cesárea) ⁽²⁸⁾.

Los riesgos específicos por macrosomía fetal incluyen ⁽²⁸⁾:

- Materno:
 - Trabajo prolongado o detenido
 - Parto vaginal asistido (Se emplea fórceps o ventosa)
 - Parto por cesárea
 - Laceraciones del tracto genital (A nivel vaginal, esfínter anal o recto)
 - Hemorragia post parto
 - Ruptura uterina

Asimismo, la macrosomía se considera como un riesgo obstétrico mayor en países de bajos ingresos donde las pacientes pueden presentar desnutrición durante la etapa de la niñez, en el cual, se puede inhibir el crecimiento de la pelvis a su máximo potencial ⁽¹⁾. Adicionalmente, el embarazo se da antes de que la pelvis esté completamente desarrollada es común y la falta de acceso a los servicios de salud como falta de equipamiento e instalaciones para el parto por cesárea no están disponibles ⁽²⁸⁾.

- Fetales:
 - Distocia de hombro que ocasiona traumatismo en el nacimiento como lesión del plexo braquial y fractura, o asfixia ⁽²⁸⁾.

El examen de ultrasonido bidimensional es el mejor método estándar empleado

para el diagnóstico de macrosomía fetal y grande para la edad gestacional ⁽²⁸⁾. Por otro lado, en tanto más joven es la adolescente, las complicaciones del parto serán más frecuentes ^(29, 30). Principalmente por la falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que generaría mayor incidencia de desproporción cefalopélvica y de distocias de posición como la distocia de hombro, conformando una causa importante de trabajo de parto prolongado y partos vaginales asistidos como con fórceps o partos por cesáreas ^(29, 30).

Referente al caso clínico, se presenta una gestante de 40 semanas 1 día, adolescente (17 años), con ecografía abdominal obstétrica con el diagnóstico de macrosomía fetal (4060 gramos +/- 10%). Como se explica previamente, los fetos macrosómicos, es decir, con un peso mayor de 4000 gramos pueden presentar dificultades y complicaciones traumáticas por una desproporción cefalopélvica o distocia de hombro durante el proceso del parto ^(28, 31). Además, algunas literaturas o autores consideran que un feto macrosómico entre 4000 g a 4499 gramos como una indicación relativa de parto por cesárea ⁽²⁸⁾, pero al mismo tiempo, es una gestante adolescente, en el cual, esta con lleva a una falta de desarrollo de la pelvis materna ocasionando con mayor probabilidad una desproporción cefalopélvica y distocias ^(29, 30). Por tal motivo, se considera el parto por cesárea la mejor opción para evitar las complicaciones mencionadas ^(28, 29, 30, 31).

Caso clínico n.º 3

El trabajo de parto se precisa como contracciones uterinas dolorosas y regulares generando la dilatación progresiva y el borramiento del cuello uterino. El trabajo de parto normal se da en el descenso y eventual expulsión del feto ⁽³²⁾. La paridad, el número de partos después de las 20 semanas, influye en esta serie de etapas o proceso, en consecuencia, las pacientes que han tenido un parto vaginal previo tendrán trabajos de parto más rápidos en comparación a las pacientes nulíparas, como es en el caso de nuestra paciente que ha tenido dos partos vaginales previos ^(32, 33). Por tal motivo, detectar si el trabajo de parto se desarrolla de manera adecuada y optima es un componente esencial de la atención intraparto, establecer el momento del inicio del trabajo de parto, medir su progreso y estimar los factores uterinos, fetales y pélvicos que podrían afectar su curso, y al reconocerlas se podrá iniciar las intervenciones necesarias y oportuna para evitar riesgos mayores de parto operatorio y morbimortalidad materna o neonatal, que

no fue el caso de la paciente ^(32, 33).

El progreso del trabajo de parto dependerá de la etapa y la fase:

Primera etapa: Comprendido entre el inicio del trabajo de parto a la dilatación cervical completa. Esta consta de una fase latente y una fase activa ^(32, 33). La fase latente se caracteriza por un cambio cervical gradual que inicia de las contracciones uterinas regulares y finaliza cuando presenta una dilatación de 4 cm, y la fase activa se caracteriza por un cambio cervical más rápido que inicia desde que presenta una dilatación de 4 cm y finaliza con una dilatación completa de 10 cm ^(32, 33).

Segunda etapa: Comprendido entre la dilatación cervical completa a la expulsión del feto ^(32, 33).

Tercera etapa: Comprendido entre la expulsión del feto y la expulsión de la placenta ^(32, 33).

Según la Asociación Nacional para la Seguridad Materna sugiere valorar la presencia de los siguientes factores al realizar el diagnóstico de fase activa de labor de parto:

Contracciones regulares ^(32, 33).

Incorporación o borramiento cervical significativo (≥ 80 por ciento) ^(32, 33).

Dilatación cervical de al menos 4 a 5 cm más cambio cervical documentado, (Por lo general, las gestantes entran a la fase activa de labor de parto cuando presentan de 4 a 6 cm de dilatación) ^(32, 33).

Con lo expuesto anteriormente, podemos describir que la paciente llegó a la emergencia en la fase activa de la primera etapa (FALP), con una dilatación de 9 cm, incorporación de 95% y contracciones uterinas de maneras regulares ^(32, 33). A los 31 min, la paciente con una dilatación de 10 cm, incorporación de 100% y sensación de pujo finaliza la primera etapa, y comienza la segunda etapa es decir el descenso y expulsión del feto, donde previamente se le preparo y fue llevada a la camilla del centro obstétrico para continuar con el proceso ^(32, 33). Posteriormente, con el nacimiento del producto finaliza la segunda etapa y comienza la tercera etapa es decir el alumbramiento, previa verificación de no presentar otro feto, se realiza el clampaje tardío del cordón umbilical, se coloca un frasco de NaCl 0.9 % de 1000 cc más 30 UI de oxitocina, y se produce el alumbramiento con placenta y membranas completas, dando por concluido la tercera etapa y el trabajo de parto ^(32, 33). Por último, después del trabajo de parto se da los cuidados del puerperio inmediato ^(32, 33).

Caso clínico n.º 4

La hiperémesis gravídica se manifiesta como la forma grave de las náuseas y vómitos durante el primer trimestre del embarazo que impactan sobre el estado general de la paciente. Caracterizado por náuseas y vómitos persistentes e incoercibles, descartando que sea de etiología orgánica, afectando la correcta y adecuada alimentación de la gestante ⁽³⁴⁾. Está asociada a ⁽³⁴⁾:

Pérdida de peso (> 5 % del peso pregestacional) ⁽³⁴⁾.

Deshidratación ⁽³⁴⁾.

Cetonuria ⁽³⁴⁾.

Alteraciones en el equilibrio hidroelectrolítico y metabólico ⁽³⁴⁾.

La etiología de las náuseas y vómitos propias del embarazo es desconocida, siendo de etiología multifactorial con mayor probabilidad. Los factores implicados son los siguientes ⁽³⁴⁾:

- Hormonales.
- Neurológicos.
- Alérgicos o inmunológicos.
- Psicológicos
- Alteración del pH gástrico.
- Infección por *Helicobacter pylori*.
- Déficit de piridoxina.

Se consideran como factores de riesgo ⁽³⁴⁾:

- Embarazo molar o embarazo múltiple (Por un incremento de la masa placentaria).
- Antecedente de hiperémesis gravídica en embarazos previos.
- Nuliparidad.
- Obesidad.

Por lo general, el diagnóstico clínico se da por exclusión, basado en la presentación clínica y en ausencia de otras enfermedades ⁽³⁴⁾.

- Náuseas y vómitos intensos de predominio matinal.
- Sialorrea, y alteración del apetito y del gusto.
- Epigastralgias, y en algunas oportunidades hematemesis por desgarro de la mucosa gastroesofágica (síndrome de Mallory-Weiss).

- Aliento fétido o con olor a frutas.
- Pérdida de peso

Criterios de internamiento ⁽³⁴⁾. -

- Duración prolongada de los síntomas.
- Pérdida de peso objetiva (> 5 % del peso pregestacional).
- Deshidratación clínica.
- Alteraciones hidroelectrolíticas.
- Deterioro nutricional o metabólico progresivo.

El plan de trabajo consiste en corregir la deshidratación, el desbalance electrolítico y la función renal, mejorar los síntomas, terapia farmacológica y psicoterapia de apoyo ⁽³⁴⁾.

Tratamiento de la deshidratación y alteraciones electrolíticas ⁽³⁴⁾.

- Hidratación y sueroterapia: 2000-3000 cc/24 h de acuerdo con el estado clínico y peso corporal de la gestante (30 - 40 cc/kg/día), alternando suero fisiológico con glucosados al 5 %. Además, debemos tener en consideración conseguir una diuresis mayor de 1000 cc/24 horas ⁽³⁴⁾.

Generalmente se suele asociar un antiemético, un antiácido, vitaminas y un ansiolítico ⁽³⁴⁾:

- Glucosa.
- Dimenhidrinato 50 mg (lento y diluido) endovenoso cada 6 horas.
- Metoclopramida 10 mg endovenoso cada 8 horas.
- Ranitidina 50 mg endovenoso cada 8 horas.
- Diazepam 10 mg intramuscular o endovenoso (En casos de ansiedad).
- Esteroides: como tratamiento alternativo en gestantes con Hiperémesis gravídica refractaria, como la Metilprednisolona 16 mg cada 8 horas por 3 días hasta por dos semanas ⁽³⁴⁾.

Referente al caso clínico, paciente primigesta que presenta náuseas y vómitos persistentes e incoercibles, sin causa orgánica aparente, que le impide la adecuada alimentación, asociado a trastorno hidroelectrolítico (Hiponatremia leve), y embarazo múltiple (embarazo doble - monocorial biamniótico) sin partos vaginales previos (nulípara) como factores de riesgo; como resultado, se le diagnostica con Hiperémesis gravídica ⁽³⁴⁾. Por tal motivo, se le administra tratamiento endovenoso de dextrosa al 5% 1000 cc, Cloruro de Sodio - ClNa 20 % (02 ampollas), Cloruro de Potasio - ClK 20 % (01 ampolla), dimenhidrinato 50 mg (lento y diluido) cada 6 horas y ranitidina 50 mg cada 8 horas, y al presentar

duración prolongada de los síntomas, deshidratación y trastorno hidroelectrolítico como criterios de internamiento, se decide su hospitalización y su pase a piso para continuar con tratamiento ⁽³⁴⁾.

III.4. Rotación en Cirugía General

Caso clínico n.N° 1

Una mordedura se define como una herida o punción realizada por los dientes o cualquier parte de la boca (Cavidad oral) de un organismo vivo ⁽³⁵⁾. Las mordeduras de animales específicamente las mordeduras de perros representan un gran problema de salud pública en diferentes sectores del país, incluyendo la localidad de Huaycán ^(35, 36).

Hay que tener en cuenta el patrón de las heridas ocasionadas por la mordedura, entre las cuales pueden ser laceración, abrasión, heridas punzantes, aplastamiento, avulsión y amputación ^(35, 37). Asimismo, se documenta cada una de las características de las heridas como la localización, la profundidad, la extensión, el ancho, y la presencia de cuerpos extraños ^(35, 37). Además, evaluar el área distal a la lesión con el objetivo de comprobar la integridad neurovascular. También se debe evaluar la extensión y flexión en articulaciones con el objetivo de poder identificar defectos pequeños o parciales en tendones, y/o fracturas ^(35, 37). La complicación más frecuente por mordedura de perro es la infección de la herida, debido a que presenta una combinación entre microorganismos patógenos anaerobios y aerobios del 30 % al 60 %. Asimismo, el número de especies de patógenos va a estar en relación con el tipo de lesión que se presente ⁽³⁵⁾. Los patógenos con mayor frecuencia encontrada en las lesiones por mordedura de perro son *Pasteurella spp.*, *Staphylococcus spp.* (Incluido MRSA) y *Streptococcus spp* ⁽³⁵⁾.

Patógenos aerobios y anaerobios más comunes en lesiones por mordedura de perro	
Aerobios	Anaerobios
<i>Pasteurella spp.</i>	<i>Fusobacterium spp.</i>
<i>Pasteurella multocida</i>	<i>Bacteroides spp.</i>
<i>Pasteurella canis</i>	<i>Porphyromonas spp.</i>
<i>Streptococcus spp.</i>	<i>Prevotella spp.</i>

<i>Staphylococcus spp.</i>	<i>Propionibacterium</i>
<i>Neisseria spp.</i>	<i>Preptostreptococcus</i>
<i>Capnocytophaga</i>	
<i>canimorsus</i>	
<i>Moraxella spp.</i>	

Fuente y adaptado de: Flores F, et al. Actualizaciones en la mordedura de perro. Acta Médica Grupo Ángeles [Internet]. 2020 [Consultado 26 Mar 2023]; 18 (3): 284 – 289.

Para tener un tratamiento óptimo y adecuado se deberá tener la siguiente información detallada como el tiempo desde la exposición, el lugar, las circunstancias, especie del animal con el estado de salud actual, y en la exploración física datos como el número de lesiones cutáneas, la localización, la profundidad, la extensión, el ancho, y la presencia de cuerpos extraños, infecciones subcutáneas, hematomas y/o fracturas ^(35, 37).

Para el tratamiento o abordaje de herida, las guías recomiendan emplear analgésicos para proceder con una adecuada y correcta exploración de la lesión y manejo del dolor subsiguiente al tratamiento ^(35, 37). El tratamiento consiste en limpieza de la herida, irrigación (Evitar la irrigación con presión alta con el fin de no lastimar los tejidos, también para no inocular de manera profunda las bacterias o cuerpos extraños), debridación, retiro de cuerpos extraños, sutura (según criterio médico, entre otras razones), tratamiento antibiótico, vacuna antitetánica (Se administrará obligadamente toxoide tetánico a pacientes con esquema completo que no hayan recibido una dosis entre cinco y 10 años; en caso de no haber recibido ninguna dosis en más de 10 años, la vacuna deberá aplicarse nuevamente), vacuna antirrábica (según algunos criterios) y hospitalización (si lo requiere) ^(35, 37).

La sutura de la herida o es un tema en discusión y de controversia por diversos autores debido al riesgo de infección, en el cual, se tiene en cuenta diversas situaciones y características para su uso ^(35, 37). Aunque todavía no hay un consenso sobre si suturar o no en algunas situaciones, pero por lo general, el manejo temprano y oportuno parece estar en relación con rangos menores de infección y con resultados estéticos deseables ^(35, 37). Habitualmente, se sugiere tratar las heridas con cierre por segunda intención para disminuir el riesgo de infección, pero actualmente existen estudios o artículos médicos en las que se aprecia que el cierre por primera intención no necesariamente eleva su incidencia

(35). Actualmente, existen propuestas para el cierre primario en heridas faciales, grandes, múltiples, de gran extensión, desfigurantes o con menos de ocho a 12 horas de evolución (35). La probabilidad de infección depende de las características y sitio de la herida, así como de las del individuo (35).

La profilaxis y terapia antibiótica es un tema controversial en estos tipos de pacientes (35, 38). Se ha indicado en (35, 38):

- Heridas punzantes profundas (35, 38).
- Mordeduras en cara, manos y área genital (35, 38).
- Lesiones en las que se haya realizado cierre por primera intención (35, 38).
- En lesiones próximas a articulaciones (35, 38).
- Heridas con manejo tardío (6-12 horas en brazos o piernas y con 12-24 horas en cara) (35, 38).
- En pacientes inmunocomprometidos (35, 38).

Por otro lado, de acuerdo con algunos estudios, han mostrado resultados que la profilaxis antibiótica no disminuye significativamente las infecciones, excepto en las heridas en mano, cuyo manejo profiláctico suele disminuir la incidencia de 28 a 2 % (35).

Para el manejo antibiótico se tiene en cuenta (35):

Esquemas para manejo antibiótico		
Antibiótico de elección	Espectro antimicrobiano	Situación clínica
Amoxicilina/ácido clavulánico	<i>S. aureus MS</i> , <i>Pasteurella spp.</i> , <i>E. corrodens</i> , <i>Prevotella</i> y <i>Porphyromonas spp.</i>	No alérgicos a penicilinas
Clindamicina + trimetoprima/sulfametoxazol o cefalosporina tercer generación + clindamicina o meropenem en monoterapia	<i>Staphylococcus spp. MS</i> , <i>Streptococcus spp.</i> , <i>anaerobios</i> , <i>Pasteurella spp</i>	Alérgicos a penicilina
Trimetoprima/sulfametoxazol	Aerobios, poca cobertura contra anaerobios	Paciente embarazada antes del

		tercer trimestre
Penicilina + clindamicina o vancomicina (SARM) + piperacilina/tazobactam	<i>Staphylococcus spp. MS, Streptococcus spp., anaerobios.</i>	Celulitis
Cefalosporina tercera generación + metronidazol o clindamicina, meropenem o moxifloxacino en monoterapia	<i>SARM, Streptococcus spp., Pasteurella spp. y anaerobios</i>	Tendosinovitis
Vancomicina + cefalosporina de cuarta generación o meropenem + vancomicina	<i>SARM, Pasteurella spp. y otras bacterias anaerobias</i>	Osteomielitis
MS = meticilino-sensible, SARM = <i>S. aureus</i> resistente a meticilina.		

Fuente y adaptado de: Flores F, et al. Actualizaciones en la mordedura de perro. Acta Médica Grupo Ángeles [Internet]. 2020 [Consultado 26 Mar 2023]; 18 (3): 284 – 289.

Para la aplicación de la vacuna antirrábica, se debe tener en cuenta una serie de factores para iniciar la profilaxis postexposición, que son ⁽³⁸⁾:

- La probabilidad epidemiológica de que el animal comprometido este con rabia ⁽³⁸⁾.
- La gravedad de la exposición ⁽³⁸⁾.
- Las características clínicas de los animales ⁽³⁸⁾.
- La disponibilidad para el análisis de laboratorio y la observación ⁽³⁸⁾.

Por tal motivo, en casos graves de exposición por mordedura de perro conocido y sin signos de rabia, la vacunación antirrábica se aplicaría hasta el quinto día de la mordedura, suspendiéndose si el perro termina el periodo de observación sin presentar sintomatología durante 10 días ^(35, 38). Por otro lado, la profilaxis postexposición debe completarse si el animal sospechoso no se encuentra disponible, está ausente, ha huido o de paradero desconocido para las pruebas o la observación ^(35, 38).

Los criterios de ingreso hospitalario para el tratamiento quirúrgico y/o tratamiento antibiótico endovenoso incluye los siguientes signos de ⁽³⁵⁾:

- Sepsis ⁽³⁵⁾.
- Celulitis de instauración precoz (menor a 23 horas) ⁽³⁵⁾.

- Linfangitis o linfadenitis ⁽³⁵⁾.
- Tenosinovitis ⁽³⁵⁾.
- Artritis séptica ⁽³⁵⁾.
- Osteomielitis ⁽³⁵⁾.

También en aquellos pacientes que tengan lesiones que invaden la dermis, heridas con repercusión funcional y cosmética, heridas punzantes profundas, y heridas que no mejoran tras aplicación de tratamiento antibiótico ambulatorio ^(35, 37).

De acuerdo con lo expuesto previamente, en relación al caso clínico, se llamó de manera inmediata al área de Epidemiología para su reporte epidemiológico de caso de mordedura de perro, al mismo tiempo, se realizó la historia clínica y el examen físico para terminar las características de la herida, donde se identificó que el perro callejero de raza pitbull con paradero desconocido ocasionó heridas múltiples profundas de gran extensión por laceración en miembros superiores y herida por laceración poco profunda y diámetro pequeño en miembro inferior derecho, además no se evidenció presencia de cuerpos extraños ^(35, 36, 37). Por tal motivo, el plan de trabajo fue limpieza de la herida, irrigación, sutura por primera intención en miembros superiores (afrentada parcialmente), tratamiento antibiótico endovenoso (ceftriaxona 2 gr endovenoso cada 24 horas, clindamicina 600 mg endovenoso cada 8 horas), y hospitalización, esto debido a criterio médico, por presentar heridas múltiples profundas de gran extensión en miembros superiores y por posibilidad de complicaciones de las heridas mencionadas ^(35, 37, 38). Asimismo, se le aplicó la vacuna antitetánica porque no ha recibido una dosis en más de 10 años, y se le aplicó el esquema de vacunación antirrábica profiláctica postexposición debido a que animal involucrado ha huido y es de paradero desconocido para su observación ^(35, 38).

Caso clínico n.º 2

La colecistitis crónica calculosa (CCC) es el término empleado para explicar la infiltración de células inflamatorias crónicas de la vesícula biliar que se analiza en estudios histopatológicos ⁽³⁹⁾. Además, se relaciona con la presencia de cálculos biliares y se cree que es consecuencia de ataques recurrentes o irritación mecánica que conllevan a fibrosis y engrosamiento de la vesícula biliar ^(39, 40). Por otro lado, algunos autores y guías la definen como la inflamación crónica o de larga data de la vesícula biliar, casi siempre como consecuencia por la presencia de

cálculos biliares y que presenta eventos previos de colecistitis aguda ^(40, 41).

La presencia de cálculos biliares obstruye de forma intermitente el conducto cístico, generando cólicos biliares recurrentes ^(39, 40). Estos episodios de dolor no siempre están en relación con inflamación vesicular en sí, y el grado de la inflamación no se asocia con la intensidad o la frecuencia del cólico biliar ^(39, 40). Los pacientes pueden tener hipersensibilidad en los cuadrantes superiores (Hipocondrio derecho y/o epigastrio) del abdomen que se puede irradiar a región escapular, pero en general no tienen fiebre ^(39, 40, 41, 42). La fiebre asociada a otros criterios mencionados en los criterios de Tokio sugiere colecistitis aguda. Una vez que el paciente empieza a presentar episodios, es probable que vuelvan aparecer ^(39, 40, 41, 42).

Criterios de Tokio para Colecistitis aguda	
A	<p>Signos de Inflamación Local:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Signo de Murphy. 2. Masa, dolor o defensa en Hipocondrio derecho.
B	<p>Signos de Inflamación Sistémica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fiebre. 2. Proteína C reactiva (PCR) elevada. 3. Recuento de GB elevados.
C	<p>Hallazgo Imagenológico característico de Colecistitis Aguda:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pared vesicular mayor a 4 mm 2. Aumento del tamaño de la vesícula biliar (Longitud mayor a 8 cm y diámetro mayor a 4 cm). 3. Cálculos biliares retenidos. 4. Imagen en doble halo. 5. Murphy ecográfico positivo. 6. Líquido perivesicular.
Diagnóstico sospechoso: Un ítem de A + un ítem de B	
Diagnóstico definitivo: Un ítem de A + un ítem de B + un ítem de C	

Fuente y adaptado de: Yegros C, Feltes S, Beatriz D, Fretes N. Aplicación de criterios de Tokio para el diagnóstico de colecistitis aguda en el Departamento de Urgencia Adultos del Hospital Nacional, Itauguá. Rev Nac Itauguá [Internet]. 2021 [Consultado 26 Mar 2023]; 13 (1).

El diagnóstico se realiza en pacientes con antecedentes de cólicos biliares recurrentes y evidencias ecográficas de litiasis vesicular ⁽⁴⁰⁾. El tratamiento sería la colecistectomía por vía laparoscópica (COLELAP), se indica para prevenir o evitar la recurrencia de los síntomas y las complicaciones biliares adicionales ^(39, 40, 41).

En relación con el caso clínico, con lo expuesto anteriormente, la paciente presentó episodios recurrentes de cólicos biliares o de dolor abdominal en hipocondrio derecho irradiado en algunas oportunidades a región escapular derecha, motivo por el cual, presenta varios ingresos a emergencia ^(39, 40, 41). Al tener el diagnóstico de litiasis vesicular desde el 2011 y que aparezca o aumente el dolor abdominal tipo cólico de intensidad moderada – grave en hipocondrio derecho con irradiación a región escapular del mismo lado, tras la ingesta de comidas con alto contenido graso y copiosas, de larga data ^(39, 40, 41). Asimismo, por no presentar criterios para colecistitis aguda, se le diagnostica con Colecistitis crónica calculosa ⁽⁴²⁾. Para prevenir la recurrencia de los síntomas, mejorar la calidad de vida y evitar complicaciones biliares futuras, se procede a colecistectomía convencional ya que el hospital no cuenta con torre de laparoscopia para colecistectomía laparoscópica ^(39, 40).

Caso clínico n.º 3

Las lesiones traumáticas pueden oscilar desde heridas menores o leves aisladas hasta lesiones complejas que pueden comprometer múltiples sistemas de órganos ⁽⁴³⁾. Todos los pacientes con trauma deben pasar por una evaluación sistemática para optimizar los resultados y disminuir el riesgo de lesiones no descubiertas ⁽⁴³⁾. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los traumatismos ocasionados por accidentes de tránsito representaron 1,25 millones de muertes en el 2014, y se proyecta que para el 2030 y se eleven a la tercera causa de discapacidad a nivel global ⁽⁴³⁾.

Algunas características del paciente como la obesidad, edad avanzada y las principales comorbilidades se relacionan con graves resultados después de un trauma ⁽⁴³⁾. En aquellos que han sufrido accidente de tránsito con hemorragia significativa, un score disminuido en la escala de coma de Glasgow (GCS) y una edad más avanzada se relacionan de forma independiente con una mortalidad incrementada ⁽⁴³⁾.

Por el contrario, muy pocos pacientes fallecen posteriormente a las primeras 24 horas después de la lesión ⁽⁴³⁾. Adicionalmente, la mayoría de las muertes ocurren dentro de las primeras cuatro horas o en el lugar del accidente del tránsito ⁽⁴³⁾.

Los diferentes tipos de mecanismos los predisponen a lesiones específicas ⁽⁴³⁾. Asimismo, ciertos mecanismos contundentes de alto riesgo, incluidos peatones atropellados por automóviles, accidentes graves, accidentes de motocicleta y caídas mayores a 6 metros, se han asociado con una mayor mortalidad y morbilidad ⁽⁴³⁾.

Las guías realizadas por la “Advanced Trauma Life Support (ATLS)” proporcionan un enfoque claro, organizado y simple cuando involucra a un paciente con lesiones graves ⁽⁴³⁾. En las guías, se organiza de acuerdo con las lesiones que inmediatamente amenacen la vida del paciente, en el cual, se realiza siguiendo un orden ⁽⁴³⁾:

- Evaluación y protección de la vía aérea (Estabilizar la columna cervical en el momento oportuno) ⁽⁴³⁾.
- Evaluación de la respiración y la ventilación (Conservar una oxigenación adecuada) ⁽⁴³⁾.
- Evaluación de la circulación (Controlar la hemorragia y conservar una perfusión adecuada de órganos diana) ⁽⁴³⁾.
- Evaluación de la discapacidad (Efectuar una evaluación neurológica básica) ⁽⁴³⁾.
- Exposición, con control ambiental ⁽⁴³⁾.

En relación con el caso clínico, se procedió de acuerdo a las guías propuestas por la ATLS, se estabilizó la columna cervical con collarín, se evaluó la respiración y ventilación donde ventila espontáneamente sin dificultad respiratoria sin necesidad de intubación endotraqueal, a su vez, se evaluó la circulación, en el cual, no presentaba sangrando abundante excepto en la herida en región facial ni presento signos de hemorragia como palidez o hipotensión, y se evaluó la discapacidad, donde el paciente obtuvo una escala de Glasgow de 14/15 ⁽⁴³⁾. Inmediatamente se procedió a realizar un ECO-FAST, donde no se evidenció líquido libre en cavidad abdominal y sin lesión de órganos dianas, y en la radiografía de cráneo, columna cervical, tórax y pelvis sin signos compatibles con fracturas ni otras alteraciones o patologías ocasionadas por el impacto ⁽⁴³⁾. Por último, se procedió con la limpieza, irrigación, retiro de cuerpos extraños y sutura de herida en región mentoniana hasta región lateral de la comisura labial derecha de 6 x 2 cm, y se pasa a

observación para monitoreo de funciones vitales y de signos de alarma ⁽⁴³⁾.

Caso clínico n.º 4

Las hernias son aquellas en las que se halla un defecto en la continuidad de la pared abdominal, la cual se traduce en formación de un saco herniario por fuera de dicho defecto ^(44, 45). Estos sacos pueden o no contener parte de las estructuras que estas albergaban antes de formarse el saco, como, por ejemplo: vísceras, epiplón, estructuras vasculares, etc. ^(44, 45). Según su frecuencia en aparición las más frecuentes son las inguinales, seguidas de las umbilicales, luego las incisionales o postquirúrgicas, femorales y epigástricas ^(44, 45).

Tienen su origen en el orificio del musculo pectíneo, cuyos límites son: el musculo recto abdominal, la rama iliopubiana y el músculo iliopsoas ^(44, 45). Pueden ser directas o indirectas ^(44, 45). Las indirectas son aquellas en las que atraviesa el orificio inguinal profundo por dentro del conducto inguinal y del cremáster y se va a ubicar lateral a los vasos epigástricos y al triangulo de Hesselbach ^(44, 45). La clínica indica que se puede detectar o palpar la hernia a través de la maniobra de Valsalva y es efectiva en el 95 % de los casos ^(44, 45). Puede resultar complicada en casos en los que el paciente presente un caso de obesidad mórbida ^(44, 45).

La cirugía de elección es la hernioplastia, de preferencia la técnica de Liechtenstein (colocación de malla plana) ^(44, 45). Las características pueden ser valoradas según la clasificación de Nyhus, la cual va de la siguiente manera ^(44, 45):
Tipo I: cuando la hernia inguinal es indirecta con un anillo profundo de tamaño y configuración normales ⁽⁴⁵⁾.

Tipo II: es una hernia inguinal indirecta con un anillo ensanchado pero que no invade la pared posterior, la cual es de características normales. El saco herniario no llega al escroto ⁽⁴⁵⁾.

Tipo III: hernias que incluyen una debilidad de la pared posterior y pueden ser tanto directas como indirectas ⁽⁴⁵⁾.

IIIa: protrusión de cualquier hernia directa, medial a los vasos epigástricos y con debilidad de la fascia transversalis ⁽⁴⁵⁾.

IIIb: hernias indirectas con anillo grande y dilatado, las cuales pueden ser mixtas también y el saco herniario puede llegar hasta el escroto ⁽⁴⁵⁾.

IIIc: hernias crurales con debilidad de la pared posterior ⁽⁴⁵⁾.

Tipo IV: aquellas que son recidivantes ⁽⁴⁵⁾.

Luego de la cirugía, el paciente puede ser dado de alta si: tolera vía oral, deambula sin dificultad y casi inmediatamente después de la operación, medidas adecuadas de apoyo como vendas elásticas y suspensores, sale de alta a las 4 horas del PO. En el contexto del caso clínico, se trata de un paciente de 48 años, masculino, proveniente de Junín, que refería dolor a nivel inguinal izquierdo desde hace 4 años que iba empeorando de forma progresiva. A través de una ecografía abdominal tomada en ese entonces se diagnosticó al paciente de hernia inguinal indirecta, motivo por el cual se acerca a consultorio de cirugía general para coordinar y programar la cirugía de esta. Posteriormente se hospitaliza al paciente como parte de las preparaciones preoperatorias, luego se procedió a obtener la historia clínica y hacer una evaluación física preferencial. En la cual, efectivamente a través de la realización de la maniobra de Valsalva, se pudo palpar a nivel inguinal izquierdo de aproximadamente 6x5cm, no dolorosa a la palpación, el resto del examen físico pasa con normalidad y sin alteraciones. Como parte de la historia clínica se descubre que el paciente es hipertenso en tratamiento actual con enalapril y además es obeso. Estos factores de riesgo pueden dificultar la cirugía, sin embargo, durante la preparación para la cirugía se hicieron las interconsultas respectivas para riesgo quirúrgico al cardiólogo, los cuales resultaron positivo y con pase para realizarla. Ya en la cirugía en sí se realizó una incisión transversa en la cual se termina encontrando una inguinal mixta izquierda de tipo Nyhus IIIb, que según la clasificación con el mismo nombre, se refiere a una con componentes tanto directos como indirectos, con un anillo ensanchado de 2cm y un saco de 6cm de longitud. La operación resultó satisfactoria y sin ninguna complicación durante la misma. La técnica que se utilizó fue la hernioplastia por técnica de Liechtenstein, en la cual se pone una malla hecha de material biocompatible para cerrar y proteger la debilidad de la pared abdominal por donde salió la hernia. Luego del PO, el paciente es monitoreado hasta el momento del alta, en el cual ya puede caminar sin dificultad, tolera vía oral, funciones vitales estables, hemodinámicamente estable, se le da de alta con indicaciones médicas para la casa, reposo de 7 a 14 días y seguimiento por consultorio de Cirugía General en un mes.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico inició sin ningún problema; en el 2022, aún se hablaba de prevención para COVID-19 de forma muy relevante y además es el año en que empezó a propagarse la viruela del mono con fuerza ^(1, 2, 3). Sin embargo, esto no generó ningún inconveniente para los internos, ya que el hospital nos proveía con EPP a demanda para todo su personal ^(1, 2, 3). Las medidas y los protocolos sobre qué hacer cuando tratábamos con un posible caso de viruela del mono ya estaban establecidas y era algo menos desconocido para nosotros, ya que, al menos el personal de salud como médicos y enfermeros, ya tenían la experiencia de cómo tratar con casos de tipo epidemiológicos por como pasamos experiencias similares desde que empezó la pandemia COVID-19 allá en el 2020 ^(1, 2, 3).

De todos modos, nosotros como internos, no teníamos permitido tratar con pacientes con este tipo de enfermedades, lo cual ya estaba regulado por normativas enviadas por nuestras respectivas universidades ⁽¹⁾. Y a pesar de eso, nunca nos sentimos limitados, salvo las áreas aisladas para pacientes COVID-19 y de viruela del mono, de aprovechar cada área del hospital para nuestro aprendizaje ^(1, 2, 3, 4).

Algo que hay que denotar, y que no es un inconveniente directo del hospital, es que nuestro internado seguía siendo especial, respecto a los internados prepandemia, debido a que este duraba 10 meses y no un año, y, de estos, la mitad del periodo correspondía a rotar en centros de salud de nivel I, es decir, el internado consistía en realizar 5 meses en centros de salud de primer nivel de atención entre I 2 a I 4, y los otros 5 en hospitales ^(1, 2). Esto suponía un recorte de tiempo hospitalario importante, ya que la mayor parte de la experiencia y conocimientos para el futuro deberían venir de aquellas rotaciones hechas en los hospitales, sin desmerecer aquellos meses aprovechados en centros de salud ^(1, 2).

Por supuesto, esto también estaba sujeto a directivas universitarias, aunque, objetivamente 5 meses es un periodo muy incompleto para una adecuada obtención de experiencia hospitalaria ^(1, 2). Sin embargo, dejando de lado ese detalle, el Departamento de Docencia y Educación hizo un excelente trabajo en mantener estable y bajo control el internado médico, pese a las épocas de pandemia por las que aún pasamos y, por supuesto, pese a que en estas últimas

semanas (marzo 2023), el ciclón Yaku tergiversó nuestras rutas hacia el hospital, debido a las fuertes lluvias, y al hecho de que Huaycán era una zona de riesgo por las crecidas de los huaicos, inundaciones de calles, avenidas y viviendas, y bloqueo de caminos que dificultaron nuestra llegada al ^(4, 6).

CONCLUSIONES

El internado médico es probablemente la etapa más universal de la carrera de Medicina Humana. Es universal porque el estudiante, a través de sus labores en el hospital, llega a consolidar la mayor parte, sino todos los aspectos requeridos para ser un profesional que ejerce la carrera de manera óptima, todo en un año de estudios que abarca la esencia de lo adquirido en los anteriores.

Desde adquirir conocimientos prácticos que no se verían de la misma manera que en la teoría hasta crear conexiones con aquellos otros trabajadores de otras áreas de la salud, formando así un médico con amplia formación integral, experiencia y conocimiento, que no solo servirá para cuando ofrezca sus servicios individuales, sino que también podrá aportar a la mejora de la realidad del país en el sector salud. Este hecho, hace que nos sintamos agradecidos con aquellos quienes fueron nuestros maestros y tutores durante esta etapa de vida, ya que sus enseñanzas fueron las que más experiencia nos ofrecieron y no solo para nuestra profesión, sino para la vida misma.

RECOMENDACIONES

Se recomienda y se incita a que los internos creen algún nivel de conexiones con otros personales en salud, debido a que, aunque no es evidente, al momento de culminar esta etapa y ya estén trabajando, el factor social será muy importante para la comunicación del médico ya sea con el personal en salud con el que esté trabajando en ese momento como con los pacientes.

Se recomienda al Hospital de Huaycán reforzar el manejo y administración de los recursos en la obtención de equipos y en el establecimiento de ambientes para procedimientos de diferentes índoles; por ejemplo, sería recomendable coordinar la obtención de equipos de laparoscopia (torre laparoscópica) y un nuevo ambiente quirúrgico en el cual realizarlos.

Se hace un llamado al gobierno para que también se enfoquen los recursos en la obtención de mejores equipos e infraestructura para sus hospitales de nivel II a nivel nacional, ya que de este modo se podría aligerar la carga o sobrecarga en los servicios de salud entre redes hospitalarias, lo cual nos permitirá realizar una atención en salud más adecuada y organizada.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Chang J, Gaviliano R. Resolución Rectoral n.º420-2022-CU-R-USMP [Internet]. Perú: USMP-FMH; 2022 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: <https://medicina.usmp.edu.pe/wp-content/uploads/2022/10/RR.420-2022-CU-R-USMP.pdf>
2. MINSA. Directiva administrativa n.º33J – MINSA/DIGEP – 2022 [Internet]. Perú: USMP-FMH; 2022 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/RM-351-2022-MINSA.pdf>
3. Taype Rondán A, Tataje Rengifo G, Arizabal A, Alegría Hernández S. Percepción de médicos de una universidad de Lima sobre su capacitación en procedimientos médicos durante el internado. An Fac med [Internet]. 2016 [citado el 29 de julio del 2022]; 77(1):31-8. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832016000100006&script=sci_arttext
4. Hospital de Huaycán. Sección de noticias [Internet]. Perú: Hospital de Huaycán; 2023 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: https://hospitalHuaycán.gob.pe/vistas/comunicaciones/evento_noticia.php
5. La República. Protestas en Lima: cientos de manifestantes marchan desde Huaycán hacia el centro de Lima [Internet]. Perú: LaRepública; 2023 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: <https://larepublica.pe/sociedad/2023/01/30/protestas-en-lima-cientos-de-manifestantes-marchan-Huaycán-el-centro-de-lima-nvb-30229>
6. CanalN. Huaycán: mototaxi fue arrastrado por huaico [Internet]. Perú: CanalN; 2023 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: <https://canaln.pe/actualidad/Huaycán-mototaxi-fue-arrastrado-huaico-n459621>
7. INSN. Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de la Epilepsia en Pediatría [Internet]. Perú: INSN; 2020 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php%3Fpdf%3D2020/RD%2520N%25C2%25B0%2520000234-2020-DG-INSNSB%2520EPILEPSIA%2520EN%2520PEDIATRIA%2520v02.pdf&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>

8. Victorio M. Convulsiones febriles [Internet]. USA: MSD Manuals; 2021 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-neurol%C3%B3gicos-infantiles/convulsiones-febriles>
9. HCH. Resolución directoral 369-2021-HCH/DG [Internet]. Perú: HCH; 2021 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2021/RD/RD_369-2021-HCH-DG.pdf
10. INSN. Resolución Directorial n.º 117/2017/INSN-SB [Internet]. Perú: INSN; 2017 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2017/RD-117-2017.pdf>
11. Falchek S. Espina Bífida [Internet]. USA: MSDManuals; 2018 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/anomal%C3%ADas-cong%C3%A9nitas-del-sistema-nervioso/espina-b%C3%ADfida>
12. MINSA. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de neumonía en las niñas y los niños [Internet]. Perú: MINSA; 2019 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1226891/493120200811-2899800-ia382r.pdf?v=15971843723>
13. MINSA. Norma técnica de salud para la profilaxis de la transmisión madre-niño del VIH y la sífilis congénita [Internet]. Perú: Minsa; 2008 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1206_DGSP278.pdf
14. Tesini B. Sífilis congénita [Internet]. USA: MSD Manuals; 2022 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/pediatr%C3%ADa/infecciones-en-reci%C3%A9n-nacidos/s%C3%ADfilis-cong%C3%A9nita>
15. Castillo R, et al. Sarna costrosa (Sarna Noruega): reporte de cinco casos. Dermatol Per [Internet]. 1998 [Consultado 26 Mar 2023]; 8 (1): 37 – 41. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v08_n1/sarna.htm
16. Palencia S, Pinilla B, Tous F. Dermatitis infecciosa asociada a HTLV-1: dermatosis a tener en cuenta en pacientes de zonas endémicas. Aten Primaria

- [Internet]. 2020 [Consultado 26 Mar 2023]; 52 (10): 785 – 786. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S021265672030024X>
17. MayoClinic. Sarna [Internet]. USA: MayoClinic; 2022 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/scabies/symptoms-causes/syc-20377378>
18. HNAL. Guía de práctica clínica: Diagnóstico, tratamiento y control de Crisis Hipertensiva [Internet]. Perú: HNAL; 2020 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1916387/R.D.%20N%C2%BA%20002-HNAL-D-2021.pdf.pdf?v=1622231571>
19. Esnaloa M, Gregori L. Protocolo de manejo inicial del Ataque Cerebrovascular (ACV) Isquémico Agudo [Internet]. Argentina: Esnaloa M, Gregori L; 2020 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/protocolo-manejo-inicial-ataque-cerebro-cardiovascular.pdf>
20. Nevier R. Síndromes sépticos en adultos: epidemiología, definiciones, presentación clínica, diagnóstico y pronóstico [Internet]. USA: Parsons P; 2023 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/sepsis-syndromes-in-adults-epidemiology-definitions-clinical-presentation-diagnosis-and-prognosis?search=sepsis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
21. Dart R, Herad K. Manejo de la intoxicación por acetaminofén (paracetamol) en niños y adolescentes [Internet]. USA: Burns M; 2023 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acetaminophen-paracetamol-poisoning-in-children-and-adolescents?search=intoxicacion%20por%20paracetamol&source=search_result&selectedTitle=3~145&usage_type=default&display_rank=3
22. Dart R, Herad K. Manifestaciones clínicas y diagnóstico de la intoxicación por acetaminofén (paracetamol) en niños y adolescentes [Internet]. USA: Burns M; 2023 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acetaminophen-paracetamol-poisoning-in-children-and-adolescents?search=intoxicacion%20por%20paracetamol&source=search_result&selectedTitle=3~145&usage_type=default&display_rank=3

- adolescents?search=intoxicacion%20por%20paracetamol&source=search_result&selectedTitle=4~145&usage_type=default&display_rank=4
23. Tulandi T, et al. Embarazo ectópico: manifestaciones clínicas y diagnóstico [Internet]. USA: Poder L, Schreiber C; 2023 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=embarazo%20ect%C3%B3pico&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
24. MayoClinic. Embarazo ectópico [Internet]. USA: MayoClinic; 2022 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/ectopic-pregnancy/symptoms-causes/syc-20372088>
25. Rivera C, et al. Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico tubario. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2022 [Consultado 26 Mar 2023]; 85 (6): 697 – 708. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v85n6/0717-7526-rchog-85-06-0697.pdf>
26. Dulay A. Embarazo ectópico [Internet]. USA: MSD Manuals; 2022 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/embarazo-ect%C3%B3pico>
27. Mejía J. Beneficios del uso de metotrexato vs. del tratamiento quirúrgico en pacientes con embarazo ectópico no complicado en el instituto nacional materno perinatal durante los años 2014-2015 [Internet]. Perú: Mejía J; 2018 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/1285/192-JMEJ%C3%8DA.pdf?sequence=1>
28. Abramowicz J, Ahn J. Macrosomia fetal [Internet]. USA: Levine D; 2023 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/fetal-macrosomia?search=macrosom%C3%ADa%20fetal&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
29. Diaz A, et al. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2002 [Consultado 26 Mar 2023]; 67 (6): 481 – 487. Disponible en:

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000600009

30. Bendezú G, et al. Características y riesgos de gestantes adolescentes. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 2016 [Consultado 26 Mar 2023]; 62 (1). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000100002
31. Cochrane. Inducción del parto al final o cerca del final del embarazo para bebés sospechosos de ser muy grandes (macrosomía) [Internet]. España: Cochrane; 2016 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD000938/PREG_induccion-del-parto-al-final-o-cerca-del-final-del-embarazo-para-bebes-sospechosos-de-ser-muy#:~:text=Las%20mujeres%20con%20un%20feto,parto%20quir%C3%BArgico%20o%20una%20ces%C3%A1rea.
32. Santin A, Ehsanipoor R. Trabajo de parto: descripción general de la progresión normal y anormal [Internet]. USA: Berghella V, Barss V; 2023 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/labor-overview-of-normal-and-abnormal-progression?search=trabajo%20de%20parto&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H3739890281
33. Mittelmark R. Evolución de la paciente obstétrica [Internet]. USA: MSDManuals; 2021 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: [https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/abordaje-de-la-mujer-embarazada-y-atenci%C3%B3n-prenatal/evaluaci%C3%B3n-de-la-paciente-obst%C3%A9trica#:~:text=La%20paridad%20es%20el%20n%C3%BAmero,que%20importe%20la%20causa%20\(p](https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/abordaje-de-la-mujer-embarazada-y-atenci%C3%B3n-prenatal/evaluaci%C3%B3n-de-la-paciente-obst%C3%A9trica#:~:text=La%20paridad%20es%20el%20n%C3%BAmero,que%20importe%20la%20causa%20(p)
34. Guevara E, et al. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología [Internet]. Perú: Guevara E; 2018 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
35. Flores F, et al. Actualizaciones en la mordedura de perro. Acta Médica Grupo Ángeles [Internet]. 2020 [Consultado 26 Mar 2023]; 18 (3): 284 – 289. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2020/am203i.pdf>
36. Sanchez A, Manco L, Gutierrez R. Plan de campaña de vacunación antirrábica canina Hospital de Huaycán: Van Can – 2021. [Internet]. Perú: MINSA-HH; 2021.

- 2021 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.hospitalHuaycán.gob.pe/SIESMAR/Archivos/Comunicaciones/NormasLegales/normaLegal-1609212132181460.pdf>
37. Blahd W, Husney A, Romito K, Connor M. Mordeduras de animales y de humanos: Cuándo se necesitan puntos de sutura [Internet]. Perú: Healthwise; 2022 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/mordeduras-de-animales-y-de-humanos-sig49735#:~:text=Si%20es%20posible%20que%20se,si%20la%20herida%20es%20grande.>
38. Bustamante J, et al. Norma técnica de salud para la vigilancia, prevención y control de la rabia humana en el Perú [Internet]. Perú: Bustamante J, et al.; 2017 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4193.pdf>
39. Zakko S, Afdhal N. Colecistitis calculosa aguda: características clínicas y diagnóstico [Internet]. USA: Chopra S; 2023 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=colecistitis%20cronica%20calculosa&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
40. Lindenmeyer C. Colecistitis crónica [Internet]. USA: MSDManuals; 2021 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-hep%C3%A1ticos-y-biliares/trastornos-de-laves%C3%ADcula-biliar-y-los-conductos-biliares/colecistitis-cr%C3%B3nica>
41. Guzmán E, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la colelitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis [Internet]. Perú Vera A, et al.; 2018 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Colelitiasis_Version_Corta.pdf
42. Yegros C, Feltes S, Beatriz D, Fretes N. Aplicación de criterios de Tokio para el diagnóstico de colecistitis aguda en el Departamento de Urgencia Adultos del Hospital Nacional, Itauguá. Rev Nac Itauguá [Internet]. 2021 [Consultado 26 Mar 2023]; 13 (1). Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-81742021000100031

43. Raja A, Zane R. Manejo inicial del trauma en adultos [Internet]. USA: Moreira M; 2023 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/initial-management-of-trauma-in-adults?search=accidente%20de%20transito&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
44. HEVES. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de hernia inguinal [Internet]. Perú: HEVES; 2018 [Consultado 26 Mar 2023]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3435750/13.%20gu%C3%ADa%20para%20el%20diagn%C3%B3stico%20y%20tratamiento%20de%20Hernia%20Inguinal.pdf.pdf>
45. Carrera N, Camacho M. Tipo de hernia inguinal encontrado en la población general, según la clasificación de Nyhus. Cirujano General [Internet]. 2018 [Consultado 26 Mar 2023]; 40 (4). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2018/cg184e.pdf>