



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**DESARROLLO DEL INTERNADO MEDICO EN LOS  
HOSPITALES NACIONALES ARZOBISPO LOAYZA E  
HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL PERIODO 2021 – 2022**

**PRESENTADO POR  
JOYCE ALEXANDRA SABRERA GREMYOS  
JEANPIERRE FRANCIS SACHA GUTIERREZ**

**ASESOR  
EDGAR RUIZ SEMBA**

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

**LIMA– PERÚ  
2022**



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

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

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



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

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**DESARROLLO DEL INTERNADO MEDICO EN LOS  
HOSPITALES NACIONALES ARZOBISPO LOAYZA E  
HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL PERIODO 2021 – 2022**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR  
SABRERA GREMYOS JOYCE ALEXANDRA  
SACHA GUTIERREZ JEANPIERRE FRANCIS**

**ASESOR  
Dr. EDGAR RUIZ SEMBA**

**LIMA, PERÚ**

**2022**

## **JURADO**

**Presidente:** Dra. Ugarte Rejavinsky Karim Elizabeth

**Miembro:** Dr. Morales Paitan Carlos

**Miembro:** Dra. Pilaes Barco Graciela

## **DEDICATORIA**

A nuestros padres, los principales pilares en nuestras vidas, por acompañarnos, y guiarnos todos estos años. En eterno reconocimiento a su sacrificio-

## **AGRADECIMIENTOS**

A los doctores de los centros de salud y sedes hospitalarias por todas las experiencias y enseñanzas brindadas durante el internado médico.

## ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Jurados</b>	II
<b>Dedicatoria</b>	III
<b>Agradecimientos</b>	IV
<b>Índice</b>	V
<b>Resumen</b>	VI
<b>Abstract</b>	VII
<b>INTRODUCCIÓN</b>	VIII
<b>CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	1
<b>CAPÍTULO II. CONTEXTO</b>	33
<b>CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	35
<b>CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	47
<b>CONCLUSIONES</b>	48
<b>RECOMENDACIONES</b>	49
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	50

## RESUMEN

El presente informe describe las experiencias adquiridas en el internado médico julio - abril del 2021 - 2022 durante la pandemia del COVID - 19; en el último año de la carrera de medicina humana se realiza el internado médico que está conformado por cuatro rotaciones esenciales: Medicina Interna, Pediatría, Cirugía general y Ginecología - Obstetricia. Los autores de este trabajo desarrollaron su internado en establecimientos pertenecientes al Minsa bajo las modalidades de “Internado Clínico” en hospitales e “Internado Comunitario” en establecimientos de primer nivel de atención. Los Campos Comunitarios se desarrollaron desde el primero de julio del 2021 en los C. S La Huayrona y C. S Santa Clara; en dichos centros la atención brindada se ajusta a la realidad y necesidades de la población perteneciente a la jurisdicción respectiva, por medio de citas programadas para consultorio externo y Servicio de emergencia. La población tiene acceso a un servicio de salud de alta calidad; donde se busca disminuir la incidencia de enfermedades incidiendo en prevención y promoción de salud, el desarrollo de estrategias sanitarias y campañas programadas en puntos específicos; aparte de ejecutar todas estas actividades.

El primero de diciembre del 2021 los internado se desarrolló en los centros de salud pasaron a las sedes hospitalarias como el Hospital Nacional Arzobispo Loayza y el Hospital Nacional Hipólito Unanue para continuar el internado médico con las rotaciones de cirugía, ginecología-obstetricia, medicina y pediatría bajo un enfoque más especializado y dirigido.

**Objetivo:** Compartir las experiencias adquiridas durante el internado médico.

**Metodología:** Detallar un grupo de casos clínicos selectos desarrollados durante el internado médico.

**Conclusiones:** El internado médico es la última etapa de formación del estudiante de medicina en el cual se pone en práctica los conocimientos obtenidos a través de los años, en este periodo la finalidad es consolidar habilidades y destrezas tanto en el manejo médico y quirúrgico.

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



## ABSTRACT

This report describes the experiences acquired in the medical internship July - April 2021 - 2022 during the COVID - 19 pandemic; In the last year of the human medicine career, the internal doctor is made, who is satisfied by four essential rotations: Internal Medicine, Pediatrics, General Surgery and Gynecology - Obstetrics. The authors of this work develop their internship in establishments belonging to the MINSA under the modalities of "Clinical Internship" in hospitals and "Community Internship" in first level care establishments. The Community Fields were developed from July 1, 2021 in C. S La Huayrona and C. S Santa Clara; In these centers, the care provided is adjusted to the reality and needs of the population belonging to the respective jurisdiction, through scheduled appointments for external consultation and Emergency Service, the population had access to a high quality health service; where the aim is to reduce the incidence of diseases by focusing on prevention and health promotion, the development of health strategies and campaigns scheduled at specific points. Apart from executing all these activities, the health centers had to implement an area aimed at the care of COVID 19 patients.

On December 1, 2021, the internships took place in the health centers and were transferred to hospitals such as the Archbishop Loayza National Hospital and the Hipólito Unanue National Hospital to continue the medical internship with rotations in surgery, gynecology-obstetrics, medicine and pediatrics. under a more specialized and targeted approach.

**Objective:** Share the experiences acquired during the medical internship.

**Methodology:** Detail a group of selected clinical cases developed during the medical internship.

**Conclusions:** The medical internship is the last stage of training of the medical student in which the knowledge obtained over the years is put into practice, in this period the purpose is to consolidate skills and abilities in both medical and surgical management.

**Keywords:** Internship, General surgery, Gynecology and Obstetrics, Internal Medicine and Pediatrics.

## INTRODUCCIÓN

El internado médico se desarrolla durante el séptimo año de la carrera de Medicina Humana en el Perú, al ser el último año de formación académica se consolidan los conocimientos teóricos y prácticos en un equipo multidisciplinario, se consolida la relación médico - paciente, se aprende a realizar el trámite administrativo asistencial del centro de salud y sede hospitalaria, además se ejecutan otras actividades como manejo del tiempo, trabajo en equipo y toma de decisiones con el fin de lograr la mejor solución en beneficio del paciente; todas estas actividades se efectúan bajo la supervisión del médico a cargo del servicio.

El internado médico corresponde a las prácticas pre profesionales de los estudiantes de medicina por ende es vital que se realice de forma presencial cuatro rotaciones que son “los pilares” de toda la carrera los cuales son: Medicina interna, Pediatría, Cirugía y Ginecología - Obstetricia.

El Hospital Arzobispo Loayza se ubica en el Cercado de Lima, en la avenida Alfonso Ugarte, fue inaugurado en 1924. Es un hospital III-1 perteneciente a Lima Diris Centro, es considerado el “hospital general más grande del Perú” con una trayectoria muy extensa y tradición de servicio reflejada en la gran variedad de especialidades con la que cuenta hasta la actualidad.

El Hospital Nacional Hipólito Unanue se ubica en el Agustino, en la avenida César Vallejo, fue fundado en 1949. Es un Hospital III-1 perteneciente a Lima Diris Este, fue llamado así en honor a José Hipólito Unanue y Pavón, precursor de la independencia y pionero de la medicina peruana; además este hospital tiene varias denominaciones como el “Hospital General del tórax” o “Hospital Sanatorio N° 1 de Tuberculosis”.

La pandemia del COVID -19 ha impactado de manera radical el sistema de salud peruano y la percepción sanitaria global. El internado durante la cuarentena se aperturó de manera progresiva en los distintos organismos sanitarios dentro de nuestro territorio, se implementaron medidas de bioseguridad y requerimientos específicos como la aplicación de vacunas y el uso de pruebas confirmatorias de COVID -19. Las instituciones antes mencionadas acataron los lineamientos sanitarios durante la pandemia, uno

de ellos menciona la disminución del aforo en los establecimientos con el fin de prevenir y controlar posibles brotes provocados por la aglomeración de usuarios, estrategia que mostró resultados muy positivos con respecto a la progresión de la pandemia.

Los autores de este informe desarrollaron rotaciones en Cirugía, Ginecología-Obstetricia, Medicina y Pediatría en los hospitales respectivos en un horario ajustado a las necesidades del servicio respectivo.

El Ministerio de Salud del Perú formuló en el año 2022 los lineamientos necesarios para garantizar la seguridad de los internos aperturando espacios en establecimientos de primer nivel de atención considerado actualmente de alta relevancia en la formación de profesionales de la salud bajo el enfoque de salud comunitaria, por ese motivo durante la pandemia se dio oportunidad a que el internado se desarrolle dentro de Redes Integradas de Salud a nivel nacional.

Durante el internado se contó con la tutoría y supervisión de un profesional de salud asignado a cada estudiante con la finalidad de asegurar los campos clínicos y comunitarios, como acciones diagnósticas y terapéuticas establecidos en los lineamientos del Minsa, así como la seguridad de todos los internos involucrados.

## **CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

El desarrollo del internado médico es de vital importancia en la vida de todo estudiante de medicina, el interno se encontrará en situaciones donde se tendrá que usar los conocimientos adquiridos en los años anteriores bajo la supervisión de personal de salud capacitado. Además, se adquirirán las competencias necesarias para tratar de manera satisfactoria los padecimientos de los pacientes presentes en los servicios, así mismo se aprenderá el flujograma de atención presente en cada servicio y el funcionamiento conjunto con los servicios administrativos y de mantenimiento hospitalario interno.

Es necesario entender que el internado médico brinda la visión en primera persona de la capacidad resolutive de cada entidad hospitalaria, las virtudes y limitaciones de cada servicio y la progresión o complicación propia de cada paciente.

Cada servicio mencionado significa una diversidad de retos para el interno, donde se busca la adaptación y desarrollo en cada rotación.

En cirugía general y ginecología-obstetricia el interno es el encargado de las necesidades diarias de cada paciente asignado, como la toma de muestras, la gestión de los resultados de laboratorio, el plan terapéutico diario y corregido en cada visita médica, la programación a sala de operaciones, el manejo postoperatorio y finalmente el “alta” del paciente.

En medicina y pediatría, el interno está presente desde la captación de pacientes por consultorio externo, el internamiento hospitalario, la terapéutica hospitalaria y el manejo entre especialidades mediante las interconsultas y finalmente el alta médica.

Es importante señalar que la situación del interno cambió durante la pandemia; se tuvo que adaptar a las necesidades del servicio, de tal manera que se programaron turnos de guardias y turnos normales de acuerdo al número de internos disponible y a la demanda de pacientes en cada uno de los pabellones antes mencionados, lo que indica que los turnos varían de acuerdo a cada servicio.

## 1.1 Casos Clínicos de Cirugía

### Caso 1

Paciente mujer de 48 años, natural de Cuzco, procedente de Los Olivos, religión católica, ocupación ama de casa, estado civil casada, con antecedentes patológicos HTA (-) DM (-) asma (-) TBC (-) y antecedentes quirúrgicos: cesárea hace 11 años en el hospital La Maternidad de Lima presentó un tiempo de enfermedad de 2 días, inicio insidioso, curso progresivo.

Paciente refiere que desde hace 2 días presentó dolor abdominal difuso asociado a hiporexia, náuseas y vómitos, niega sensación de alza térmica; posteriormente noto que el dolor se localizó en fosa iliaca derecha y que aumentó de intensidad 8/10 pese al uso de analgésicos motivo por el cual acude a emergencia del HNAL.

Al examen físico presentó AREG, AREN, AREH, piel T/H/E llenado capilar <2", leve palidez +/-+++; en tórax y pulmones el murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se encuentran ruidos agregados; en aparato cardiovascular se encontró ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos; presentó abdomen globuloso, cicatriz suprapúbica transversa por antecedente de cesárea, RHA(+), blando, depresible, dolor a palpación profunda en fosa iliaca derecha, Mc burney (+), Rovsing (+), no signos peritoneales, timpanismo, matidez hepática conservada.

Al examen neurológico Glasgow 15/15, LOTEP.

Exámenes:

Grupo sanguíneo O Rh +, prueba antigénica SARS - COV 2 no reactiva, Hemoglobina: 12.9 g/dL, leucocitos: 12 180  $mm^3$  , bastonados 0%, PCR: 3.2

Ecografía abdominal con útero y ovarios ecográficamente conservados, en fosa iliaca derecha se encuentra una imagen tubular L: 41 mm con AP: 10 mm, pared engrosada de hasta 2mm, asociado a leve incremento de la ecogenicidad de la grasa mesentérica adyacente compatible con proceso inflamatoria apendicular agudo. No presencia de líquido libre.

Impresión diagnóstica: Apendicitis Aguda

Plan: Hospitalización, Preparar para SOP.

### Terapéutica PRE SOP

- 1) NPO
- 2) ClNa 9% 1000 cc + ClNa 20 %
- 3) Omeprazol 40 mg c/24h ev
- 4) Ceftriaxona 2g c/24h ev
- 5) Preparar para SOP
- 6) Vendaje de miembros inferiores y colocación de sonda foley N 14 para pase a SOP
- 7) Riesgos quirúrgicos: cardiológico, neumológico y anestesiológico
- 8) Control de funciones vitales

Durante el procedimiento quirúrgico se realizó una incisión transversa en fosa iliaca derecha, disección por planos hasta cavidad, identificación de hallazgos, ligadura del meso apendicular, apendicectomía con muñón libre, control y revisión de hemostasia, cerrado por planos hasta piel.

Hallazgos: apéndice cecal 9 x 2 cm supurada en toda su extensión con base no friable.

### Impresión diagnóstica POST SOP

- 1) Post operada de apendicectomía incisional por apendicitis aguda no complicada.

### Terapéutica Post operatoria

- 1) NPO
- 2) Dextrosa 5% 1000 cc
- 3) NaCl 0.9% 1000 cc
- 4) Omeprazol 40mg c/24h ev
- 5) Ciprofloxacino 400 mg c/12h ev
- 6) Metronidazol 500mg c/8h ev
- 7) Metoclopramida 10 mg c/8h ev
- 8) Desketoprofeno 50 mg c/8h ev
- 9) Control de funciones vitales + deambulación asistida
- 10) Progresión de la dieta e indicaciones de alta.

## Caso 2

Paciente mujer de 50 años natural y procedente de Lima, con estudios superiores técnicos completos, religión católica, ocupación ama de casa, estado civil conviviente, con antecedentes patológicos: DM2 (-), TBC (-) Asma (-), COVID - 19 (+) en marzo del 2021, HTA (+) desde hace 5 años con tratamiento de captopril 25 mg c/24h, litiasis vesicular diagnosticada en octubre del 2021, presentó un tiempo de enfermedad de 10 días, inicio insidioso, curso progresivo.

Paciente con antecedente de litiasis vesicular desde octubre del 2021, presento desde la fecha dolor tipo cólico en hipocondrio derecho esporádico de intensidad 4/10, refiere que desde hace 10 días luego de ingesta copiosa de alimentos el dolor tipo cólico aumenta de intensidad con el transcurso de los días, se asocian náuseas y vómitos, niega sensación de alza térmica; por lo tanto acude a consultorio particular donde recibe analgesicos por via endovenosa; el dolor cede pero regresa con mayor intensidad 8/10, se agregan hiporexia y malestar general por tal motivo la paciente acude a emergencia del HNAL.

Al examen físico presentó AREG, AREN, AREH, piel T/H/E llenado capilar <2", palidez +/-+++, en tórax y pulmones el murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no hay ruidos agregados; en aparato cardiovascular se encontró ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos; presentó abdomen globuloso, RHA(+), blando depresible, dolor a palpación profunda en hipocondrio derecho, Murphy (+), no signos peritoneales, timpanismo, matidez hepática conservada.

Al examen neurológico Glasgow 15/15, LOTEP.

Exámenes:

Grupo sanguíneo O Rh+, prueba antigénica SARS - COV 2 no reactiva, Hemoglobina: 14.9 g/dL , leucocitos: 17 080  $mm^3$ , abastionados: 2%, TP: 14.3, INR: 1.06, plaquetas: 356 000, glucosa: 95 mg/dL, urea: 20 mg/dL, creatinina: 0.6 mg/dL, TGO: 19, TGP: 22, FA: 74 UI/L, amilasa : 34 U/L, lipasa: 40 U/L.

La ecografía abdominal mostró el hígado de tamaño normal , contornos regulares, parénquima homogéneo, vías biliares intrahepáticas no dilatadas;

vesícula distendida de 80 x 60 mm, paredes engrosadas de 6 mm , con litiasis de 25 mm. Colédoco: 4 mm y vena porta 11mm calibres adecuados.

Impresión diagnóstica

- 1) Colecistitis aguda Calculosa
- 2) HTA controlada

Terapéutica PRE SOP

- 1) NPO
- 2) Enalapril 10 mg c/8h vo + 1 tableta de captopril 25mg si PA >160/110 mmHg
- 3) Omeprazol 40 mg c/24h ev
- 4) Hioscina 20 mg c/8h ev
- 5) Cefazolina 1g ev
- 6) Preparar para SOP
- 7) Vendaje de miembros inferiores
- 8) Riesgos quirúrgicos: cardiológico, neumológico y anestesiológico
- 9) Control de funciones vitales

Durante el procedimiento quirúrgico se realizó una incisión transumbilical, insuflación del neumoperitoneo, revisión de cavidad, colocación de trocares mediante la técnica francesa, identificación de vesícula biliar de paredes engrosadas, disección del triángulo de Calot; identificación, clipado y sección de arteria cística y conducto cístico, se procede a la colecistectomía con hook; lavado, aspiración y drenaje; control y revisión de hemostasia, extracción de vesícula con bolsa; cierre de portales, cura plana y colocación de drenajes

Hallazgos: vesícula biliar de aproximadamente 10 cm con paredes engrosadas.

Impresión diagnóstica POST SOP

- 1) Post operada de colelap por Colecistitis vesicular
- 2) HTA controlada

Terapéutica Post sop

- 1) NPO
- 2) Dextrosa 5% 1000cc +Nacl 20% 2 amp + Metamizol 1 amp I / II / III



- 3) Omeprazol 40 mg c/24h ev
- 4) Ceftriaxona 2 g c/24h ev
- 5) Desketoprofeno 50 mg c/8h ev
- 6) Metoclopramida 10 mg c/8h ev
- 7) Tramadol 50 mg ev condicional a dolor intenso
- 8) Control de funciones vitales

#### Terapéutica Post sop tardío

- 1) Dieta blanda, hipograsa, a la tolerancia oral
- 2) Paracetamol 1g c/8h vo condicional a T >38°C
- 3) Tramadol 50mg sc condicional al dolor
- 4) Ciprofloxacino 500mg c/12h vo
- 5) Captopril 10 mg c/12h vo
- 6) Control de funciones vitales + deambulaci3n asistida
- 7) Alta con indicaciones m3dicas.

#### **Caso 3:**

Paciente mujer de 20 a1os es referida al HNHU del hospital de Huayc3n con un tiempo de enfermedad de 2 horas para posibilidad quir3rgica por presentar herida por proyectil de arma de fuego en fosa iliaca izquierda sin aparente orificio de salida; presenta dolor abdominal difuso de intensidad 6/10, niega n3useas y v3mitos.

Paciente portador de v3a perif3rica al examen f3sico present3 AREG, AREN, AREH; piel y TCSC: tibia, hidratada, el3stica, llenado capilar < a 2 segundos, en t3rax y pulmones el murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados; aparato cardiovascular: ruidos cardiacos r3tmicos de buena intensidad, no soplos; present3 abdomen: plano, blando, depresible, RHA(+), dolor a la palpaci3n profunda en todos los cuadrantes, timp3nico. No signos peritoneales.

aparato genitourinario: PPL (-), PRU(-); al examen neurol3gico Glasgow 15/15, LOTEP.

Ex3menes auxiliares: hemoglobina: 7.1 g/dL, leucocitos: 10 800 mm<sup>3</sup>, hematocrito: 22.2 %, INR: 1.45, CK: 290 U/l, BT: 0.59 mg/dL, BI: 0.42 mg/dL.

En la radiografía de abdomen de pie se evidencia proyectil en cavidad abdominal ubicada en fosa iliaca izquierda.

Impresión diagnóstica: Trauma abdominal abierto por PAF

Manejo Preoperatorio

- 1) Recambio de vía periférica en miembro superior derecho, preparación para SOP con sonda nasogástrica N 14, sonda Foley N 14 y vendas elásticas en miembros inferiores.
- 2) Evaluación pre anestésica, riesgos quirúrgicos: cardiológico y neumológico.
- 3) Manejo conjunto con servicio de Ginecología y Urología.

Hallazgos intraoperatorios:

Al ingresar a cavidad se evidencia: líquido inflamatorio de 200 cc, adherencias laxas entre epiplón y asas intestinales, perforación intestinal de 5 cm a 90 cm de la válvula ileocecal, perforación en espejo a nivel de ovario derecho con escaso sangrado, perforación en polo superior de vejiga de 5 cm. Se evidencia proyectil a la revisión. Se procede a lavado peritoneal con abundantes litros de líquido tibio y sutura en tejido afectado. Se colocó drenaje presión negativa dirigido a fosa iliaca izquierda.

Impresión diagnóstica POST SOP:

- 1) Trauma abdominal abierto por PAF: Trauma intestinal + trauma vesical + trauma de ovario derecho.

Plan de trabajo:

- 1) Analgésicos.
- 2) Antibióticos.
- 3) Permeabilidad de sonda nasogástrica y sonda foley.
- 4) Transfusión de 2 paquetes globulares y exámenes de control.
- 5) Monitoreo de drenaje.
- 6) Deambulación independiente y/o asistida.
- 7) Curación de heridas.

Luego de realizarle una laparotomía exploratoria la paciente presentó un abdomen plano, RHA(+), blando depresible con leve dolor a la palpación superficial en herida operatoria mediana supra e infraumbilical sin evidencia

de signos de flogosis, dren penrose en fosa iliaca derecha con secreción serohemática, timpánico, matidez hepática conservada.

Terapéutica Post sop:

- 1) NPO por 3 días luego se progreso la dieta + SNG a gravedad que se clampo al tercer día de hospitalización.
- 2) Dextrosa 5% por 1000 cc + NaCl 20 % 2 ampollas + KCl 20 % 1 ampolla por 3 días
- 3) Omeprazol 40 mg ev c/24h
- 4) Ciprofloxacino 400 mg ev c/12h
- 5) Metronidazol 500 mg ev c/8h
- 6) Metoclopramida 10 mg ev c/8h
- 7) Metamizol 1g ev c/8h
- 8) Ácido tranexámico 1g ev c/8h por 5 días
- 9) Vitamina K 1 ampolla c/12h ev por 5 días
- 10) Control de funciones vitales
- 11) Alta con indicaciones médicas 9 días después de operación .

#### **Caso 4**

Paciente masculino de 63 años, natural y procedente del Agustino, con secundaria completa, religión católica, ocupación carpintero, estado civil casado; presentó un tiempo de enfermedad de 2 días, inicio insidioso, curso progresivo.

Paciente cursa con tumoración inguinal derecha desde hace varios años, pero actualmente cursa con dolor de gran intensidad 8/10; además refiere que a pesar de reducir la tumoración esta vuelve a protruir.

Al examen Físico: PA: 90/60 mmHg, Fc: 18 por min, Fr 23 por min, T: 36 °C, con AREG, AREN, AREH; Piel: T/H/E, llenado capilar <2', no palidez, no cianosis; en tórax y pulmones el murmullo vesicular pasa bien por ambos pulmonares no hay ruidos agregados, en el aparato cardiovascular se encontró ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: globuloso, RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda y superficial, timpánico, matidez hepática conservada.

Región inguinal derecha: masa ovalada de 8x7 cm de diámetro, dolorosa a la palpación superficial, reductible con maniobra de taxis, posteriormente Landívar positivo y protrusión con maniobra de Valsalva.

Aparato genitourinario: PPL (-), PRU (-), SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15, no focalización.

Exámenes auxiliares: Hemoglobina: 13 g/dL, prueba antigénica SARS COV 2 no reactiva, leucocitos 5 400  $mm^3$ , abastados:0%, segmentados:0%, linfocitos:0%; examen de orina: leucocitos: 2-5 por campo, nitritos negativos.

En la ecografía abdominal ante la maniobra de Valsalva se identificó dilatación del anillo inguinal profundo derecho de 5 mm así como protrusión de contenido.

Impresión diagnóstica:

Hernia inguinal directa reductible incoercible.

Manejo PRE SOP:

- 1) NPO e inmovilización del paciente.
- 2) Vía salinizada
- 3) Cefazolina 2g EV
- 4) Metamizol 1.5g EV condicional dolor intenso

Durante la laparotomía exploratoria se realizó una incisión de 6 cm desde la sínfisis hacia la espina iliaca derecha; disección de TCSC, fascia de scarpa e identificación de aponeurosis de oblicuo mayor; disección de soma por planos, identificación de hallazgos, reducción de saco herniario, preparación de defecto herniario con técnica de Liechtenstein, uso de malla; cierre de pared abdominal por planos. El paciente toleró el acto quirúrgico y pasó a URPA.

Manejo Postoperatorio

- 1) Dextrosa 5% 1000cc +Nacl 20% 2 amp + KCl 1 amp I / II / III
- 2) Omeprazol 40 mg c/24h ev
- 3) Ceftriaxona 2 g c/24h ev
- 4) Desketoprofeno 50 mg c/8h ev

- 5) Metoclopramida 10 mg c/8h ev
- 6) Tramadol 50 mg ev condicional a dolor intenso
- 9) Control de funciones vitales
- 10) Progresión de la dieta
- 11) Alta con indicaciones medicas

## **1.2 Casos Clínicos de Pediatría**

### **Caso 1**

Edad: 1 año 3 meses, sexo femenino, procedencia: El Agustino

TE: 2 semanas, inicio: insidioso, curso: progresivo, motivo principal: fiebre.

Paciente acude con madre a emergencia referido por centro de salud por picos febriles diarios, cediendo parcialmente con paracetamol.

Paciente evaluada en 3 ocasiones por emergencia en otro nosocomio, catalogada con diagnóstico de virosis, rinofaringitis y manejado con paracetamol.

Funciones biológicas: apetito disminuido, sed conservada, sueño conservado, orina disminuida, deposiciones conservadas, peso conservado.

Antecedentes:

- 1) prenatales: CPN > 6
- 2) Natales: parto cesáreo por embarazo en vías de prolongación, peso al nacer: 4 kg, llanto al nacer y alta conjunta.
- 3) Postnatales: niega hospitalizaciones, neurodesarrollo adecuado, niega cirugías previas, niega RAMS, vacunas completas para la edad.
- 4) Epidemiológicos: niega viajes recientes, cría un perro hace 1 mes, vivienda de material noble, 3 personas, 1 habitación.
- 5) Familiares:
  - Madre de 25 años, secundaria completa, aparentemente sana, ocupación vendedora.
  - Padre de 27 años, secundaria completa, aparentemente sano, ocupación mototaxista.

Examen Físico: FC: 102 por min, FR: 28 por min, T: 38.1, Sat O2: 98%.

Paciente activa en AREG, AREH, AREN

Piel: T/H/E llenado capilar < 2", no cianosis, palidez ++/+++ , en tórax y pulmones el murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax , no ruidos agregados , no tirajes; en el aparato cardiovascular se encontró ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

Abdomen: Globuloso, blando, depresible, RHA (+), no distendido, no doloroso a la palpación.

Genitales femeninos adecuados.

SNC: Despierta, activa, reactiva a estímulos, no focalización.

Exámenes auxiliares:

- Hb: 12.8 g/dL, prueba antigénica SARS COV - 2 no reactiva.
- Hemograma: leucocitos 31 400  $mm^3$  (Abastoados :2%, segmentados:79%, linfocitos:18%).
- PCR: 19.2 mg/dl, aglutinaciones negativas paratífico O, H , A , B y Brúcela
- Examen de orina: leucocitos: 50-80 por campo, nitritos positivos.
- Ecografía abdominal sin hallazgos patológicos.

Hallazgos

- Síndrome febril persistente
- Examen de orina patológico
- Leucocitosis + reactante de fase aguda alterado

Presunción diagnóstica

- Síndrome febril
- D/c ITU alta
- D/c Pielonefritis aguda

Manejo:

- Vía salinizada
- Ceftriaxona 456 mg ev c/24h (50mg/kg/día)
- Paracetamol 135 mg vo si  $T > 38^{\circ}C$
- Solicitar urocultivo y hemocultivo
- Hospitalización

Evolución: La paciente evoluciona favorablemente, la fiebre cede al segundo día, el hemograma y los reactantes de fase agua se normalizan; durante el 4 día de hospitalización se obtiene urocultivo positivo para E.coli sensible a

trimetoprim/sulfametoxazol, nitrofurantoína, fosfomicina, ciprofloxacino, gentamicina, amikacina, ceftriaxona. Hemocultivo negativo.

-Al quinto día paciente reúne criterios de alta.

## **Caso 2:**

Edad: 1 año 4 meses, sexo masculino, procedencia: Cercado de Lima

TE: 2 días, inicio: insidioso, curso: progresivo, motivo principal: dificultad respiratoria.

Paciente acude con madre a emergencia por leve dolor esternal, dificultad respiratoria, congestión nasal y tos esporádica.

Funciones biológicas: apetito disminuido, sed conservada, peso conservado, diuresis conservada, sueño conservado.

Antecedentes:

- 1) Prenatales: CPN > 6, Serología no reactiva, ITU (-)
- 2) Natales: parto eutócico, peso de nacimiento 3200 mg, llanto al nacer, EG > 37semanas
- 3) Postnatales: niega hospitalizaciones, neurodesarrollo adecuado, niega cirugías previas, niega RAMS, vacunas completas para la edad.
- 4) Epidemiológicos: contacto COVID (-), contacto TBC (-).

Examen Físico: FC: 120 por min, FR: 30 por min, T: 36.5°C, SatO<sub>2</sub>: 93%.

Paciente activo en AREG, AREH, AREN

Piel: T/H/E llenado capilar < 2", no cianosis, palidez +/-

Tórax y pulmones: disnea leve, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, se auscultan sibilancias al final de la espiración a predominio derecho. No tirajes.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

Abdomen: Globuloso, blando, depresible, RHA (+), no distendido, no doloroso a la palpación.

Genitales masculinos adecuados.

SNC: Despierto, activo, reactivo a estímulos, no focalización.

Exámenes auxiliares:

- Hb: 13.4 g/dL, prueba antigénica SARS - COV 2 no reactiva.

- Hemograma: leucocitos  $2\ 400\ mm^3$  (Abastionados: 0%, segmentados: 0%, linfocitos: 0%)
- Examen de orina: sangre oculta (-), glucosa (-), proteínas (-), cetonas (-), urobilinógeno (-), bilirrubina (-), nitritos (-), pH 5, densidad 1020, leucocitos 0 - 2 por campo, hematíes 0 - 2 por campo.

Impresión diagnóstica:

- SOB crisis moderada

Manejo Hospitalario:

- 1) NPO
- 2) dextrosa 5% 1000 cc + Nac 20% 40 cc+ Kcl 20% 10 cc (15 gotas por minuto)
- 3) salbutamol 100 mg, 6 puff c/20 min por 3 veces; luego c/ 3 horas.
- 4) O2 x CBN sí SatO2 < 92%
- 5) Prednisona vo 6 mg (8 am) y 5 mg (4pm)
- 6) Monitoreo de FR y SatO2
- 7) CFV + OSA

Evolución:

- El paciente evoluciona favorablemente, hemodinámicamente estable, SatO2 98% el segundo día de hospitalización, Fio2 al 21%, Fr:20 x min.
- paciente continúa con el uso de broncodilatadores y corticoides 2 días más.
- paciente reúne criterios de alta con indicaciones.
- madre del paciente es capacitada para el correcto uso de broncodilatadores inhalados y corticoides.

### **Caso 3:**

Edad: 14 años, sexo femenino, procedencia: cerro de pasco

TE: 4 días, inicio: insidioso, curso: progresivo,

motivo principal: hiporexia, náuseas, vómitos, ictericia.

Paciente acude por presentar 4 días antes del ingreso cefalea, hiporexia, SAT, náuseas y vómitos de contenido alimenticio 2 veces al día. 1 día antes del ingreso náuseas y vómitos persisten en misma frecuencia y paciente nota ictericia en escleras y mucosas y además coluria.



El día del ingreso los síntomas persisten por lo que acude a emergencia de HNAL. El paciente no reporta otras molestias y niega ingesta de comida de dudosa procedencia.

funciones biológicas. apetito conservado, sed conservada, peso conservado, diuresis conservada, deposiciones disminuidas, sueño conservado.

-FUR: 2 semana antes del ingreso y niega inicio de Relaciones sexuales.

Antecedentes:

- 1) prenatales: CPN>6, Serología no reactiva, Itu(-),
- 5) Natales: parto eutócico, peso de nacimiento 3700 mg, llanto al nacer.
- 6) Postnatales: niega hospitalizaciones, neurodesarrollo adecuado, niega cirugías previas, niega rams. vacunas completas para la edad.
- 7) epidemiológicas: viajó actualmente a lima hace 2 semana, contacto COVID (-), contacto TBC(-)

Examen Físico: Fc 92 por min, Fr 19 por min, T 37°C, sat 98%.

Paciente activo en AREG, AREH, AREN al examen físico:

Piel: T/H/E llenado capilar<2', mucosas hidratadas, no cianosis, ictericia ++/+++

T y P: disnea leve, Mv (+) en ambos campos pulmonares, se auscultan sibilancias al final de la espiración a predominio derecho. no tirajes.

CV: RCR de BI, no soplos.

Abd: Globuloso, B/d, RHA (+), hígado a 2cm de RCD, no distendido, no doloroso a la palpación.

GU: PPL (-), PRU (-)

SN: Despierto, activa, reactiva a estímulos, no focalización.

Exámenes auxiliares:

-prueba antigénica sars-cov 2=no reactiva. Hb=14.6, Hto=42.7, plaquetas 327000

-hemograma: leucocitos 6560 (A:1%, seg:55%, linfoc:3%, eosinofilos:0%)

-TP=15.4 ; INR=1.15 ; TTPA= 52.8 ; BT=13.98 mg / dl; BD=11.73 mg/ dl ; BI=2.25 mg/ dl; TGO=543 U/L , TGP=1735 U/L.

-Glucosa=99, Urea=10, Crea=0.63,

-examen de orina: sangre oculta (-), glucosa (-), proteínas (-), cetonas (-), urobilinógeno (-), bilirrubina (-), nitritos (-), pH 5, densidad 1020, leucocitos 0-2 por campo, hematíes 0-2 por campo.

-Ecografía abdominal: engrosamiento de pared de la vesícula biliar asociado a edema perivesicular, sin evidencia de litiasis en su interior, resto de órganos evaluados con características ecográficas normales.

### Impresión Diagnóstica

-Síndrome Ictérico, D/c Hepatitis A

a) Manejo Hospitalario previo a resultados de serología

1) NPO

2) dextrosa 5% 1000cc+Nac 20% 40cc+Kcl 20% 10cc(15 gotas por min)

3) Ranitidina 50mg ev c/8h

4) CFV + OSA + BHE

5) se solicita serología IgM VHA

b) Resultados de Serología: IgM-VHA(+),HBsAg(-),HBeAg(-),anti-HBe(-),anti-Hbs(+), anti-VHC(-).

c) Manejo posterior a resultados de serología

i) manejo sintomático y evitar que contagie a otros pacientes

ii) El paciente debe ser manejado por consultorio externo siempre y cuando no presente insuficiencia hepática o signos de deshidratación.

iii) El paciente debe ingerir abundante agua, evitar fármacos hepatolesivos, ante fiebre recurrir al metamizol.

iv) Se recomienda vitamina k 10mg c/24h por 2 días.

v) uso de ranitidina u omeprazol

vi) la mayoría de pacientes evolucionan favorablemente

### **Caso 4:**

Edad: 7 años, sexo femenino, procedencia: cerro de pasco

TE: 5 días, inicio: insidioso, curso: progresivo,

motivo principal: fiebre, erupciones, dolor abdominal, irritabilidad.

Paciente acude por presentar 5 días antes del ingreso por presentar picos febriles de 38° y 40° 3 veces al día aproximadamente que no cede con antipiréticos los cuales persisten hasta el día del ingreso. 3 días antes el ingreso se añade dolor a nivel cervical y dolor de garganta acompañado de tos seca. 2 días antes del ingreso se le añade congestión ocular, erupciones pápulo eritematosas en manos y pies. 1 día antes del ingreso aumenta eritema en palmas y plantas. El día del ingreso se añade lengua roja, eritema en labios con descamaciones, dificultad respiratoria. Por estos motivos es llevado a emergencias de HNAL.

Funciones biológicas. apetito disminuido, sed conservada, peso conservado, diuresis conservada, deposiciones conservada, sueño conservado.

Antecedentes:

- 2) prenatales: CPN= 10, Serología no reactiva, Itu(-),
- 8) Natales: parto eutócico, peso de nacimiento 3300 mg, llanto al nacer.
- 9) Postnatales: niega hospitalizaciones, neurodesarrollo adecuado, niega cirugías previas, niega rams. vacunas completas para la edad.
- 10) epidemiológicas: contacto COVID (-), contacto TBC(-)

Examen Físico: Fc 110 por min, Fr 20 por min, T 37.5°C, sat 98%.

Paciente activo en AREG, AREH, AREN al examen físico:

Piel: T/H/E llenado capilar < 2', mucosas hidratadas, no cianosis, ictericia +/+++

Cara: inyección conjuntival bilateral, eritema labial, lengua en fresa, papilas linguales congestivas, exantema polimorfo.

T y P: Mv (+) en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. no tirajes.

CV: RCR de BI, no soplos.

Abd: Globuloso, B/d, RHA (+), no distendido, no doloroso a la palpación.

GU: PPL (-), PRU (-)

SN: Despierto, activa, reactiva a estímulos, no focalización.

Exámenes auxiliares:

-prueba antigénica sars-cov 2=no reactiva. Hb=12, Hto=29.2, plaquetas 297000

-hemograma: leucocitos 12560 (A:0%, seg:0%, linfoc:0%, eosinofilos:0%)

-TP=15.1 ; INR=1.10 ; TTPA= 52.8 ; BT=5.16 ; BD=4.89 ; BI=0.27 ; TGO=105 , TGP=1735.

-Glucosa=99, Urea=10, Creatinina=0.63, Na=130, K= 3.5 , Cl=99  
Proteína=6.05, Albúmina=3.39, Globulina=2.66,

-examen de orina: sangre oculta (-), glucosa (-), proteínas (-), cetonas (-), urobilinógeno (-), bilirrubina (-), nitritos (-), ph 5.1, densidad 1010, leucocitos 0-2 por campo, hematíes 0-2 por campo.

-Dímero D= 3.84

-CPK MB=13, Troponina T=0.008, DHL=248, Ferritina=391, PCR: 17.8

-Ecografía abdominal: globuloso, blando depresible, RHA +, no doloroso a la palpación. Ecocardiograma: no se evidencia afección coronaria, miocárdica, valvular y pericárdica, no se evidencia Aneurismas: no se evidencia Ectasia, no se evidencia Alteraciones cualitativas de alteración coronaria.

Impresión diagnóstica:

- 1) Síndrome febril
- 2) Enfermedad de Kawasaki vs MISC

Manejo Hospitalario:

1)Dieta blanda a tolerancia + leche entera azúcar 5%250cc 3 tomas)

2)vía salinizada

3)dextrosa 5% 1000c + Nacl 20 % 40 cc + Kcl 20% 10cc (50cc/hora

4) omeprazol 10mg ev c/24h

5) Aspirina 150 mg c/6h vo (50mg/kg/d)

6) Inmunoglobulina humana 5% EV; volumen total 560cc (1era hora 7cc/h, 2da hora14 cc/h, 3ra hora 28cc/h, 4ta hora 42cc/h, 5ta hora 56cc/h, 6ta hora hasta terminar 70cc/h (tiempo total 11 horas aprox.) Monitoreo de infusión de Ig.

7) cfv + Osa+BHE

8) Metamizol 350 mg EV condicional T<38°C

Evolución:

- 1) El paciente evoluciona favorablemente.
- 2) Paciente hemodinámicamente estable.
- 3) Las lesiones en manos y pies desaparecen paulatinamente.
- 4) Las lesiones en labios y lengua desaparecen paulatinamente.
- 5) Los valores alterados en exámenes de laboratorio se normalizan en exámenes de control desde el 5 día de hospitalización.
- 6) Paciente reúne criterios de alta.
- 7) Diagnóstico de salida: Enfermedad de Kawasaki Completo (fiebre  $\geq$  5 días y  $\geq$  4 de las 5 características clínicas principales) y por respuesta positiva a tratamiento.

### **1.3 Casos Clínicos de Ginecología y Obstetricia**

#### **Caso 1**

Paciente femenino de 33 años acude a emergencia el 2 de febrero 2022 referida de consultorio externo por ser PVVS y haber cumplido más de 40 semanas de gestación, al examen físico no se evidencia cambios cervicales y cuenta con NST donde se evidencia dinámica uterina 1/20. Motivo por el cual pasa al área de ARO para ser programada.

signos y síntomas de alarma: Niega síntomas premonitorios, niega sangrado vía vaginal, niega pérdida de líquido, niega síntomas premonitorios, niega síntomas urinarios, percibe movimientos fetales.

Antecedentes Gineco-Obstétricos:

Menarquia a los 12 años, Régimen catamenial 4-5/30 días, niega MAC, fecha de última regla 03/05/21. Edad gestacional 40 3/7 por ecografía del 1 trimestre.

G2 P1001

G1: 2013, RNAT, sexo femenino, peso 2920 g, cesárea, Targa.

G2: 2022, gestación actual.

Controles Prenatales: 02 en centro de salud y 06 en HNAL

Última ecografía: a las 40 4/7 semanas; SPP LCI, Ponderado fetal 3326 g, LCF 150x minuto, ILA 12, P < 4.6, Placenta fúndica posterior.

Exámenes auxiliares:

VIH reactivo 10/02, AgHBs No reactivo 10/02, VDRL No Reactivo, Hb: 13 mg/dl

grupo factor: O +

Al examen físico:

PA: 100/60 mmHg, FC 78 x min, Fr 18 x min, T 36.5°C, Peso habitual: 75 kg, Peso actual 91 kg, Delta de peso: +6 kg, talla 1.61 m, IMC 28.93 Kg/m<sup>2</sup>.

Apreciación: AREG, AREN, AREH.

Piel: T/H/E llenado capilar 2', no palidez, no ictericia, no cianosis.

TCSC: No edemas

Tórax y pulmones: MV pasa bien en Ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares de buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: AU: 35cm, MF +/+++, SPP LCI, FCF 150 min, DU 1/20, PPF 3565kg.

GU: PPL (-), PRU (-)

Tacto vaginal: D 0cm, B 0%, E -4, DCP >11.5 cm, DBC >9.5 cm.

Pelvis ginecoide

Diagnóstico: Segundigesta de 40 3/7 x Eco del 1 trimestre.

ARO: PVVS escenario 2 en targa, paridad satisfecha, cesareada anterior 1 vez, sobreganancia ponderal, sobrepeso.

Plan de acción 1:

- 1) NPO
- 2) vendaje en miembros inferiores
- 3) antibioticoterapia profiláctica
- 4) Preparación para sop

Diagnóstico post operatorio

- 1) PO CSTI + BTB
- 2) RNAT de 40 semanas por capurro + PVVS en TARGA

Plan de acción 2:

- 1) analgésicos
- 2) vendaje de mamas
- 3) cabergolina

- 4) hematínicos
- 5) Reunir criterios de alta

## **Caso 2**

Paciente femenino de 35 años acude a emergencia el 08/02 refiriendo pérdida de líquido vía vaginal, al examen físico no se hallan cambios cervicales. Durante la evaluación ecográfica se encuentra un ILA 50cm, con bienestar fetal conservado, irritabilidad uterina en NST. Por lo que se decide su hospitalización en UCIN para monitoreo y manejo.

Niega síntomas premonitorios de preeclampsia, niega sangrado vía vaginal, niega síntomas urinarios, percibe movimientos fetales.

Menarquia a los 12 años, régimen catamenial irregular, MAC uso de ampollas mensuales por 4 años. FUR: 21/07/2021, edad gestacional 28.7 por ecografía del 1er trimestre.

G2 P0010

G1: 2017 legrado uterino por aborto incompleto en clínica particular sin complicaciones.

G2: 2022 gestación actual

Controles prenatales: 03 centro de salud

Última ecografía: a las 29 5/7 semanas; SPP LCI, Ponderado fetal 1604 g, LCF 150x minuto, ILA 50 cm, P < 4.6, Placenta fúndica posterior.

Exámenes auxiliares:

VIH no reactivo, AgHBs No reactivo 10/02, VDRL No Reactivo, Hb: 14 mg/dl  
grupo factor: O +

Al examen físico:

PA: 100/70 mmHg, FC 80 x min, Fr 20 x min, T 36.4°C, Peso habitual: 60 kg, Peso actual 70.5 kg, Delta de peso: +10.5 kg, talla 1.50 m, IMC 26.6 Kg/m<sup>2</sup>.

Apreciación: AREG, AREN, AREH.

Piel: T/H/E llenado capilar 2', no palidez, no ictericia, no cianosis.

TCSC: No edemas

Tórax y pulmones: MV pasa bien en Ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares de buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: AU: 40cm, MF ++/+++, SPP LCI, FCF 153 min, PPF 3565kg.

GU: PPL (-), PRU (-)

Especuloscopia: OCI cerrado con abundante flujo vaginal

Tacto vaginal: D 0cm, B 0%, E Flotante,

Pelvis ginecoide

Ecografía morfológica: Gestación única con visceromegalia, megavejiga.

Diagnóstico:

- 1) Segundigesta Nulipara 29 5/7 por eco del primer trimestre.
- 2) Polihidramnios severo
- 3) Sobrepeso
- 4) vulvovaginitis, candida albicans
- 5) Malformaciones congénitas por ultrasonografía

Plan de acción

- 1) clindamicina 100mg / cotrimoxazol 100mg ovulos via vaginal c/24h
- 2) Efectivizar NST
- 3) Interconsulta neonatología, evaluación de viabilidad y manejo de maduración pulmonar. Perfil Torch,etc.
- 4) Referencia a Servicio de mayor complejidad
- 5) reunir criterios de alta y efectivizar referencia.

### **Caso 3**

Edad: 30 años, sexo femenino, procedencia: cercado de lima

TE: 4 días, inicio: insidioso, curso: progresivo, motivo principal: Dolor Abdominal

Paciente acude por presentar hace 4 días antes del ingreso, dolor abdominal de localización difusa de intensidad 7/10, sin irradiación. con presencia de masa móvil de consistencia blanda en fosa iliaca izquierda de 8 meses de evolución, La paciente refiere aumento de tamaño.

Se realizó ecografía abdomino-pélvica que reporta quiste tabicado de 11x10 cm de ubicación anexial izquierda.

Funciones biológicas. apetito conservado, sed conservada, peso conservado, diuresis conservada, deposiciones conservadas.

epidemiológicas: contacto COVID (-), contacto TBC (-)



Examen Físico: Fc 90 por min, Fr 20 por min, T 37°C, sat 98%.

Paciente activo en AREG, AREH, AREN al examen físico:

Piel: T/H/E llenado capilar < 2", no cianosis, o palidez.

T y P: Mv (+) en ambos campos pulmonares, no tirajes.

CV: RCR de BI, no soplos.

Abd: Globuloso, B/d, RHA (+), no distendido, no doloroso a la palpación.

examen ginecológico: OCE cerrado, no flujos, ni sangrado. fondo de saco libre. se palpa masa en el anexo izquierdo.

SN: Despierto, activa, reactiva a estímulos, no focalización.

Exámenes auxiliares:

-prueba antigénica sars-cov 2=no reactiva. Hb: 13.4

-hemograma: leucocitos 2 400 (A:0%, seg:0%, linfoc:0%)

Antecedentes Gineco-Obstétricos:

Menarquia a los 13 años, Régimen catamenial 3-6/30 días, niega MAC, fecha de última regla 2 semanas antes del ingreso. G0 P0000.

Ecografía pélvica transvaginal Doppler: ovario derecho sin alteraciones, ovario izquierdo con presencia de quiste tabicado de 10x9 cm, ausencia de neovasos grosor de pared de 1,7 mm, grosor de tabique 2,3 mm, IR= 0,8. IP 1.7

CEA antígeno carcino embrionario: 2.15 ng/mL

AFP alfa feto proteína:1.47 IU/mL

HCB sub unidad beta: 1.7 mIU/mL

CA 125: 26.8 U/mL

Impresión diagnóstica:

-Quiste anexial complejo izquierdo

Plan de acción:

-ooforectomía de quiste ovárico izquierdo por laparoscopia.

Anatomía patológica Post quirúrgica:

-muestra de 11x10 cm, lesión quística tabicada compatible con cistoadenoma de características benignas, contenido intacto.

Evolución:

-Paciente pasó a sala de recuperaciones y evolucionó favorablemente a la operación.

- 2 días después la paciente reunió criterios de alta y se solicitó consulta por consultorio externo 7 días después del alta.

#### **Caso 4**

Paciente femenina de 40 años. acude a emergencia 04/11/2021 refiriendo que presenta sangrado desde hace 9 días de moderada cantidad, refieren usar 5 paños grandes por día, acude a emergencia, refiriendo malestar general, mareos, paciente refiere dolor a la palpación abdominal. niega sensación de alza térmica, niega otras molestias.

Ecografía: útero 98 x 50 x 80 mm anteverso central, miometrio heterogéneo, bordes irregulares, presencia de extensa masa heterogénea ubicada en cara posterior de 96x 88x 91 mm, vol 410cc , endometrio 10 mm , Fondo de saco: liquido libre escaso 5cc.

Antecedentes médicos: DM (-), HTA (-), Hepatitis (-), TBC (-), asma (-), ram(-).

Antecedentes quirúrgicos: 2016 Liposucción

Antecedentes gineco-obstétricos: 2005 CSTP x podálico, HNAL.

Menarquia: 12 a, FUR 13/10/2021, Régimen catamenial: 28/ 3 días, G2 P1011.

PA: 120/70, Fc 80, Fr 20 T 36.5°C, Talla 1,67, peso 89 Kg

Aspecto general: AREG, AREN, AREH

Piel y mucosa, T/H/E llenado capilar 2", no palidez, no cianosis.

mamas: simétricas, acorde a sexo y edad.

Aparato respiratorio: Mv pasa bien en AHT, no ruidos agregados.

aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares de buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: Cicatriz por antecedente. Presencia de masa de bordes irregulares, no doloroso a la palpación de aproximadamente 16 cm.

Genito urinario: sangrado vaginal de escasa cantidad transorificial.

Neurológico: Lotep, despierta. glasgow 15/15

Examen ginecológico:

- 1) genitales externos: sin alteraciones de acuerdo a edad y sexo.
- 2) Especuloscopia:
  - vagina: tibia elástica, con introito vaginal sin lesiones.
  - cérvix: Posterior, firme, no lesiones, sangrado escaso.
- 3) Tacto vaginal:
  - cérvix: OCE cerrado sin alteraciones
  - útero: de +- 9 cm , bordes regulares, liso, no doloroso a la PBM
  - anexos. sin alteraciones, no se palpan masas.
  - fondo de saco libre

Exámenes auxiliares:

- prueba antigénica sars-cov 2=no reactiva. Hb: 11.2
- hemograma: leucocitos 2 400 (A:0%, seg:0%, linfoc:0%)

Antecedentes Gineco-Obstétricos:

Menarquia a los 13 años, Régimen catamenial 3-6/30 días, niega MAC, fecha de última regla 2 semanas antes del ingreso. G0 P0000.

Ecografía pélvica transvaginal:

-útero de 98 x 50 x 80 mm anteverso central, bordes uniformes, miometrio heterogeneo, bordes irregulares. Se observa masa heterogénea ubicada en cara posterior uterina de 96 x88x91. vol 410cc.

cavidad uterina, no ocupada. endometrio hiperecogenico de 15 mm

Ovario derecho e izquierdo con características normales.

fondo de saco: presencia de líquido libre escaso 4cc.

Biopsia de tejido endometrial: fragmento de endometrio secretor más contenido hemorrágico, no se observan células neoplásicas.

CEA antígeno carcino embrionario: 3.4 ng/mL

AFP alfa feto proteina:1.30 IU/mL

HCB sub unidad beta: 1.5 mIU/mL

CA 125: 20 U/mL

Impresión diagnóstica:

- 1) HUA, Miomatosis Uterina.

## Plan

- 1) CFV
- 2) Antifibrinolíticos
- 3) Programación a SOP

## Diagnósticos Post operatorios:

- 1) PO de Laparotomía exploratoria con Histerectomía abdominal total por Miomatosis Uterina.

## Hallazgos:

- 1) utero: +- 15 cm de aspecto irregular.

## Evolución

- 1) El paciente evolucionó favorablemente, deambulo con normalidad a partir del 4 día. no presentó complicaciones
- 2) reunio criterios de alta el sexto día, con tratamiento analgesico ambulatorio. se solicitó cita por consultorio externo 7 días después del alta.

## 1.4 Casos Clínicos de Medicina

### Caso 1

Paciente femenino de 73 años, natural de abancay y procedente de lima , acude a emergencia el 2/2/2022 con te 4 días caracterizado por 4 dai dolor lumbar bilateral, se automedica con etoricoxib por 2 días y dolor cede parcialmente . 1 dai se agrega trastorno del sensorio, sensación de alza térmica, reconocía con dificultad a los familiares, motivo por el cual es traída a emergencia del HNAL.

Familiar niega náuseas, vómitos, No convulsiones, no agitación psicomotriz.

#### Antecedentes:

- 1) HTA hace 3 años, dx HNAL tto con losartan 50mg c/24h
- 2) DM2 hace 10 años, dx HNHU tto con metformina 850mg c724h.
- 3) Artritis reumatoide hace 10 años en tto con micofenolato 500 mg/24h y prednisona 5mg /24h

- 4) Hospitalizaciones previas: 2018 en Hnal por ITU + anemia, 2020 en HNAL por anemia severa, 2021 en HNAL por ITU por E.coli Blee, anemia y trastorno del sensorio

PA: 130/80, Fc 80, Fr 20 T 37.5°C

Examen físico:

Paciente AREG, AREN, AREH, ventila espontáneamente sin oxígeno, con vía periférica permeable derecha y sonda foley.

Piel T/H/E llenado cap <2' palidez +/-+++

TyP: Mv pasa bien por AHT, no ruidos agregados.

CV: RCR de buena intensidad, no soplos

GU: PPL (-), PRU (-)

Abd: RHA +, B/D, dolor a la palpación en hipogastrio, no masas.

SNC: despierto, orientado en tiempo y espacio, no focaliza, no signos meníngeos, pupilas Cirla. EG 14/15: Ao: 4: RM: 6; RV: 4.

Impresión diagnóstica:

- 1) trastorno del sensorio en resolución
- 2) D/c ITU a repetición
- 3) DM2 x Hc, D/c Retinopatía diabética, D/cNefropatía diabética
- 4) HTA x Hc
- 5) Artritis Reumatoide x Hc

Examen de laboratorio:

Hb 11.9, leu 9090, bast 2%, segm 7%, urea, 30, crea 0.49,

examen de orina: sangre oculta 2 +, proteínas 500 mg/dl, nitritos negativos, leu 10-20 x campo, hematíes 20-40.

microalbuminuria: 900

Hemoglobina glicosilada: 8.3

factor reumatoideo: 30.7

Proteína C reactiva:0.2

Urocultivo: E.coli sensible a ertapenem, meropenem, amikacina, gentamicina.

LCR cel 5, MN 100%, glu 111, prot 48.8, cult(-)

TEM cerebral no signos isquémicos, y hemorrágicos. leve dilatación ventricular compensatoria.

Terapéutica hospitalaria:

- 1) Dieta Blanda atraumática, hiposódica, hipoglucida + ponche proteico.
- 2) vía salinizada
- 3) amikacina 500mg ev c/24h.
- 4) Prednisona 7.5mg vo c/24h.
- 5) Metotrexato 12.5 vo mg C/viernes.
- 6) AAS 100mg vo c/24h
- 7) losartan 50 mg vo c/12h
- 8) metformina 850mg c/12h (desayuno, almuerzo)
- 9) enoxaparina 40mg sc c/24h
- 10) atorvastatina 40 mg vo c/24h
- 11) HGT c/8h
- 12) CFV

Evolución:

- 1) El paciente evoluciona favorablemente.
- 2) Paciente hemodinámicamente estable.
- 3) El paciente recibe tratamiento antibiótico por 5 días.
- 4) paciente reúne criterios de alta
- 5) se programan citas por consultorio externo de nefrología, oftalmología, reumatología, endocrinología.

Terapéutica ambulatoria:

- 1) Dieta Blanda atraumática, hiposódica, hipoglucida.
- 2) Prednisona 5mg vo c/24h.
- 13) Metotrexato 2.5 vo mg C/lunes, miércoles y viernes.
- 14) AAS 100mg vo c/24h
- 15) losartan 50 mg vo c/12h
- 16) metformina 850mg vo c/12h (desayuno, almuerzo)
- 17) atorvastatina 40 mg vo c/24h

## **Caso 2**

TE 4 días, Forma Inicio: insidioso, curso: progresivo, motivo: Dolor y enrojecimiento en pierna derecha.

Paciente mujer de 22 años refiere que hace 1 semana antes del ingreso sufrió una picadura en la parte posterior del muslo derecho asociado a enrojecimiento. El paciente acude a clínica particular y recibe tratamiento oral que no recuerda, pero con mala evolución en los síntomas. 1 días antes del ingreso los síntomas continuaron y se agregó aumento de volumen y extensión de enrojecimiento. asociado a sensación de alza térmica. Además, refiere normalidad en la diuresis y deposiciones tanto en volumen, consistencia y apariencia. por esos motivos acude a emergencias de HNAL.

Antecedentes:

- 1) niega alergia a algún medicamento
- 2) niega contacto con pacientes COVID , niega contacto con paciente TBC.

funciones biológicas: Fc: 105 lat/min, Fr: 22, T: 38,1°C, Sat, 98% Peso: 65 kg

Examen físico:

Paciente AREG, AREN, AREH, febril, ventila espontáneamente.

Piel T/H/E llenado cap <2' no palidez

Lesión eritematosa de 10 x 10 cm, de bordes irregulares ubicada en parte posterior de muslo derecho, con aumento de tamaño y signos de flogosis.

TyP: Mv pasa bien por AHT, no ruidos agregados.

CV: RCR de buena intensidad, no soplos

GU: PPL (-), PRU (-)

Abd: RHA +, B/D, no doloroso a la palpación en hipogastrio, no masas.

SNC: despierto, orientado en tiempo y espacio, no focaliza, no signos meníngeos, pupilas Cirla. EG 1515

Exámenes auxiliares:

Hb: 13 g dl, 15 200 leucocitos, abastionados 0%, plaquetas 440000 urea, 29, creatinina 0.5

Impresión diagnóstica:

- 1) D/c Celulitis no complicada
- 2) D/c Absceso

Plan de acción:

- 1) Tratamiento empírico precoz.
- 2) Ecografía de partes blandas.

Tratamiento inicial

- 1) Vía salinizada
- 2) Oxacilina 500 mg c/6h endovenoso
- 3) Paracetamol 1g c/8h vo condicional a T >38°C

Evolución:

- 1) El paciente reporta mejoría en la lesión con disminución de tamaño y disminución de la flogosis.
- 2) se recibe reporte ecográfico con ausencia de colección o absceso en zona afectada.
- 3) resultados de hemograma control al cuarto día con valores normales.
- 4) paciente reúne criterios de alta y recibe indicaciones para tratamiento ambulatorio

### **Caso 3**

Paciente varón de 80 años, natural de Huancayo con un tiempo de enfermedad de 5 días caracterizado por tos productiva con expectoración blanquecina, disnea que va progresando asociado a hiporexia. Con sensación de alza térmica. El día del ingreso presenta aumento de la tos en frecuencia y disnea a medianos esfuerzos motivo por el cual es traído a emergencia del HNAL por su hija.

Familiar niega náuseas, vómitos, fiebre. No convulsiones, no agitación psicomotriz.

Antecedentes:

- 5) Fibrosis pulmonar de larga data, 20 años aproximadamente

- kg

Examen físico:

Paciente AMEG, AMEN, AMEH, febril

Piel T/H/E llenado cap <2' no palidez

Typ: mv disminuido en ambos campos pulmonares, crépitos bilaterales.



Abd: globuloso, blando depresible, RHA+, No doloroso a la palpación profunda

GU: PPL (-), PRU (-)

SNC: glasgow 15/15 Lotep

Exámenes auxiliares:

-p.antigénica sars-cov 2=no reactiva. Hb=13.6, plaquetas 420 000

-hemograma: leucocitos 18560 (A:1%, seg:55%, linfoc:3%, eosinofilos:0%)

-Glucosa=80, Urea=11, Crea=0.73, PCR 120 mg/L, procalcitonica 2ng/dL.

-examen de orina: sangre oculta (-), glucosa (-), proteínas (-), cetonas (-), urobilinógeno (-),bilirrubina (-),nitritos (-), ph 5, densidad 1030, leucocitos 0-2 por campo, hematies 0-2 por campo.

-Radiografía de Torax:

presencia de zonas condensación en lóbulo medio derecho con broncograma aéreo con distribución variable

Impresión Diagnóstica

- 1) D/c NAC bacteriana
- 2) D/c Fibrosis infectada

Manejo hospitalario:

- 1) NPO
- 2) Vía salinizada
- 3) Cánula nasal para sat 92-97%
- 4) Ceftriaxona 1g ev c/24h
- 5) bromuro de ipatropio 4 puff c/8h
- 6) salbutamol 2 puff c/8h
- 7) acetil cisteina 200mg c/8h
- 8) Colocación de sonda nasogástrica
- 9) captopril 25mg condicional PA>160/90
- 10) CFV+ BHE

Evolución:

- 1) Paciente estuvo hospitalizado por 8 días

- 2) Paciente evolucionó satisfactoriamente al tratamiento, saturación se normaliza al tercer día, exámenes de laboratorio se normalizaron al sexto día.
- 3) Paciente reunión criterios de alta y continuó con su tratamiento habitual ambulatorio.

#### **Caso 4**

Paciente mujer de 33 años con un tiempo de enfermedad de horas, inicios insidiosos, curso progresivo acude por qué 6 horas antes del ingreso presentó prurito en región abdominal y torácica. 2 horas antes del ingreso los síntomas persisten acompañados de lesiones rojizas en miembro superior e inferior. La paciente niega sensación de alza térmica. Pero señala haber comido marisco previo a la aparición de los síntomas. Por tal motivo acude a emergencias de HNAL.

Funciones biológicas: apetito conservado, sed conservada, deposiciones sin alteraciones, diuresis conservada, sueño conservada.

Al examen físico presentó AREG, AREN, AREH, piel T/H/E llenado capilar <2", no palidez, ni cianosis, presencia de lesiones tipo habon de gran extensión en zona abdominal, en miembros inferiores y en espalda; en tórax y pulmones el murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se encuentran ruidos agregados; en aparato cardiovascular se encontró ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos; presentó abdomen globuloso, blando depresible, RHA +, no doloroso a la palpación, sin signos peritoneales, timpanismo, matidez hepática conservada.

Al examen neurológico Glasgow 15/15, LOTEPE.

Impresión diagnóstica

- 1) urticaria aguda

Manejo médico:

- 1) Dieta hipoalérgica
- 2) vía salinizada
- 3) clorfenamina EV 10 mg, por única vez
- 4) Dexametazona EV 4 mg, por única vez
- 5) clorfenamina vo 4 mg c/12h por 4 días

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

Las experiencias relatadas en el presente informe fueron registradas en el internado realizado entre el periodo 2021-2022. en los dos establecimientos Hospitalarios. El hospital nacional arzobispo loayza y el Hospital nacional hipolito unanue. En un contexto de Lineamiento sanitarios dirigidos a la prevención del aumento de números de infectados por COVID -19, la promoción de vacunas y la adaptación de los establecimientos sanitarios en torno a la Pandemia.

Los requisitos previos para el desarrollo del internado 2021-2022 fue el registro de los datos de los internos en la base de datos del MINSA, donde se contemplaba información de importancia como la ubicación de tu domicilio actual para la agrupación por jurisdicciones tales como DIRIS LIMA CENTRO, DIRIS LIMA ESTE, DIRIS LIMA NORTE y DIRIS LIMA SUR. Asimismo, se solicitó los carnets de vacunación completos estándares, así como los carnets de vacunación COVID con sus respectivas dosis. Se solicitó además información acerca de comorbilidades o de contacto con pacientes COVID previo al inicio de internado. Finalmente, los internos se sometieron a pruebas COVID en cada establecimiento de salud de acuerdo a la normativa interna respectiva.

Los días anteriores al inicio del internado se llevaron a cabo las inducciones en los distintos tipos de servicio de acuerdo a la organización interna de cada establecimiento que brindaba la oportunidad de desarrollo del internado con normalidad. Es importante señalar que solo un pequeño porcentaje de los establecimientos MINSA abrieron sus instalaciones para el desarrollo del internado.

El internado se llevó a cabo con un tutor dispuesto por la universidad que guiaba y asesoraba al interno en las distintas áreas de cada servicio. Se organizaron horarios de asistencia así como actividades académicas previamente coordinadas con el departamento de internado de la universidad.

Las rotaciones abarcaron los servicios de Cirugía, Pediatría, Ginecología-obstetricia y Medicina cada una con un especialista propio de cada servicio.

El manejo del paciente era individualizado y variaba de acuerdo al servicio. ya que abarcaba el uso de laboratorio, imágenes diagnósticas, manejo interdisciplinario, la posibilidad de traslado a unidad de cuidados intensivos, consultorio externo y la posibilidad de sala de operaciones de acuerdo a la patología propia de cada caso.

En muchas situaciones el paciente con resultado COVID reactivo era dispuesto en otro ambiente bajo el manejo de personal especializado con equipo de bioseguridad especializado.

Los servicios estaban siempre en coordinación conjunta ante cualquier aumento de brote y/o infección de algún miembro del personal de salud. Sin interrumpir la terapéutica a los pacientes con manejo médico en proceso.

El panorama mundial reportaba la aparición de nuevas variantes del COVID -19 con comportamientos específicos lo que llevó a las autoridades del MINSA a replantearse las estrategias sanitarias que afectan directamente el desarrollo del internado 2021-2022.

## **CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

### **3.1 Rotación de Cirugía General**

#### **Caso 1:**

Paciente acude a emergencia con dolor abdominal localizado y fiebre cuantificada, al examen físico presentó mc Burney positivo, no se evidenció signos peritoneales, se realizó una ecografía que objetivaba inflamación apendicular.

Se explicó al paciente la gravedad de los hallazgos en el examen físico, laboratoriales y ecográficos. Se comunicaron los motivos quirúrgicos y se coordinó con la sala de operaciones para el manejo adecuado del paciente.

Se hizo un manejo preoperatorio, operatorio y post operatorio de acuerdo a las guías vigentes del abordaje de apendicectomía. En concordancia la evolución del paciente fue favorable.

La apendicectomía es un procedimiento quirúrgico que implica la extracción de tejido inflamatorio apendicular comprometido en su totalidad.

La importancia del diagnóstico y manejo oportuno mejora la esperanza de vida de los pacientes que en su mayoría progresan bien a la intervención. Es importante señalar que no todas las apendicitis se comportan igual tanto en la aparición de los síntomas y en complicación así que el manejo oportuno será de gran importancia.

#### **Caso 2 :**

Paciente femenino de 50 años procedente del Cercado de Lima con antecedente de litiasis vesicular y HTA en tratamiento acude a emergencia por dolor persistente y uso reiterado de analgésicos. Al examen físico se corrobora el cuadro con dolor a la palpación localizado en hipocondrio derecho, no se evidencia ictericia ni signos peritoneales. En el examen de sangre se evidencia aumento significativo en el conteo de leucocitos ni desviaciones.

En la ecografía se identifica litiasis con distensión de vesícula biliar y grosor aumentado de pared, colédoco está sin alteraciones.

El paciente reúne criterios de Colecistitis aguda y se conversa con el paciente con respecto a las posibilidades terapéuticas.

Para realizar la colecistectomía se tiene 2 opciones como el método convencional o abierta y el uso de laparoscopia.

La colecistectomía laparoscópica es cuando se extrae la vesícula Biliar del paciente junto con las litiasis asociadas realizando pequeñas incisiones en la pared abdominal, luego una insuflación del peritoneo, para una siguiente exploración e identificación de Vesícula. La disección de tejido peri vesicular es cauterizado de manera que se realizan incisiones limpias.

Es importante señalar que existen complicaciones asociadas a la Colelap relacionadas a lesiones de vía biliar, litiasis residuales y lesiones de órganos contiguos.

#### Caso 3 :

Paciente mujer de 20 años acude a emergencia por presentar heridas por proyectil de arma de fuego en cuadrante inferior izquierdo y glúteo sin orificio de salida. En paciente contaba con vía periférica y se programa para laparotomía exploratoria.

Se ingresa a cavidad encontrándose líquido intraperitoneal, perforaciones intestinales a nivel de válvula ileocecal, lesión de ovario derecho y polo superior de vejiga. El manejo intraoperatorio fue en conjunto con servicio de Ginecología y Urología. Se realizó lavado de cavidad peritoneal, sutura de tejido afectado y drenaje presión negativa.

El manejo quirúrgico radica en la eliminación del foco infeccioso, reducción de la contaminación en cavidad y tratamiento de infección residual.

La paciente evolucionó favorablemente, no presentó complicaciones, fue dada de alta con indicaciones médicas y se programó visita por consultorio externo 7 días después del alta.

#### Caso 4:

Paciente masculina de 3 años con antecedente de hernia inguinal acude por agudización caracterizada por dolor desde hace 2 días. En emergencia se le reduce la hernia de manera suave y vuelve a protruir a la maniobra de Valsalva. El examen físico y la ecografía son compatibles con hernia inguinal directa incoercible incarcerada dolorosa. Se decide hernioplastia abierta sin

tensión.

Existen técnicas abiertas sin material protésico, con material protésico y técnicas laparoscópicas protésicas.

La técnica de ausencia de tensión en hernioplastia tiene la ventaja de aliviar favorablemente el dolor y evita el riesgo de recurrencia. El uso de material protésico como las mallas de polipropileno refuerzan la pared posterior y el orificio inguinal profundo. La malla debe colocarse en toda la extensión del fenómeno herniario inclusive sobrepasando, desde el pubis pasando por la aponeurosis del oblicuo mayor, rodeando el cordón espermático, hasta el orificio inguinal profundo, teniendo cuidado de no comprimir estructuras importantes como vasos epigástricos y femorales.

La técnica de Liechtenstein es la técnica más usada para la reparación de defectos herniarios inguinales por ser una técnica rápida, reproducible y por requerir pocos cuidados post operatorios.

### **3.2 Rotación de Pediatría**

Caso 1 :

Paciente femenino de 1 años 3 meses acude con fiebre de 2 semanas que no cede con el uso de paracetamol. Por ese motivo acude a emergencias cuantificando una temperatura de 38.1°C. Se le efectivizó hemograma, examen de orina tomada con catéter, PCR. El paciente requirió dosis de paracetamol condicional de fiebre por pico febril registrado en emergencia.

Por los hallazgos de síndrome febril persistente, examen de orina patológico, leucocitosis, reactantes de fase aguda alterado y ausencia de síntomas urinarios bajos la impresión diagnóstica fue Infección del tracto urinario alto no complicado efectivizándose un urocultivo. La ITU es una de las afecciones bacterianas más frecuentes en pediatría, la idea es reducir la posibilidad de daño renal o progresión de la infección con un diagnóstico y tratamiento precoz.

El método de recolección de orina es fundamental para evitar falsos positivos. El tratamiento precoz antibiótico se recomienda en pacientes con probable ITU de forma empírica, la duración del tratamiento varía entre 1 a 2 semanas. El microorganismo más frecuente que genera ITU es la *Escherichia coli*. La terapia antibiótica debe ser dirigida a los bacilos entéricos

gram negativos. Posteriormente se contó con el urocultivo de E. Coli sensible a trimetoprim/sulfametoxazol, nitrofurantoína, fosfomicina, ciprofloxacino, gentamicina, amikacina, ceftriaxona. El paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta al 5to día.

#### Caso 2 :

Paciente masculino de 1 año 4 meses de edad es traído por su madre a emergencias por presentar dificultad respiratoria, leve dolor esternal, congestión nasal y tos esporádica. A la auscultación presenta sibilancia a predominio derecho. ausencia de tirajes. La madre niega sensación de alza térmica. El paciente registra una saturación de 93 en emergencia.

Es importante diferenciar el caso actual de una bronquiolitis ya que el paciente no registra fiebre en ningún momento. Además, la presencia de dificultad respiratoria, presencia de sibilancias y ausencia de otro tipo de sonido respiratorio orientará al diagnóstico a una crisis obstructiva bronquial con tendencia a la desaturación.

El manejo fue específico con puff de salbutamol de manera efectiva, resaltando el hecho que los pacientes pediátricos son malos inhaladores, con el uso de una aerocámara. Es importante resaltar que la nebulización con salbutamol en gotas era una opción válida y necesaria ante ausencia de mejoría. Se usó cánula binasal y se dieron dosis de prednisona en la mañana y en la tarde.

El paciente siguió con el tratamiento y presentó mejoría en la saturación y el dolor esternal.

El paciente fue dado de alta y se le explicó a la madre que continuará con el uso de puff de salbutamol y corticoides 2 días más.

#### Caso 3 :

Paciente de 14 años es llevada a emergencia por presentar ictericia ++/+++, náuseas y vómitos. El paciente niega algún tipo de dolor abdominal.

Dentro de los exámenes de laboratorio encontramos una hemoglobina de 14.-6 g/ dl y un perfil hepático alterado BT=13.98 mg / dl; BD=11.73 mg/ dl ;



BI=2.25 mg/ dl; TGO=543 U/L , TGP=1735 U/L.

Dentro de los exámenes serológicos encontramos IgM-VHA (+) y anti-Hbs (+).

La impresión diagnóstica final es Hepatitis A.

Dentro del manejo se le pide al paciente ingerir abundante líquido y evitar que contagie a otros pacientes, el lavado de manos es fundamental.

Debemos señalar que el paciente no se encontraba en insuficiencia hepática o con signos de deshidratación por tal motivo se efectivizó manejo por consultorio externo.

El uso de fármacos hepatotóxicos estaba proscrito y se recetó dosis de metamizol ante la presencia de fiebre.

Caso 4 :

Paciente femenino de 7 años con un tiempo de enfermedad de 5 días con fiebre, lesiones eritematosas en boca, tronco, manos y pies, dolor abdominal e irritabilidad.

Al examen físico se encuentra inyección conjuntival bilateral, eritema labial, lengua en fresa, papilas linguales congestivas, agrietamiento de los labios y exantema polimorfo.

El paciente es diagnosticado como enfermedad de Kawasaki completo por la presentación de síntomas tan específica.

Existen 3 estadios en la enfermedad de Kawasaki: La fase aguda febril dura hasta 2 semanas, la fase sub aguda donde cede la fiebre pero aumenta el riesgo de presentar infartos, aneurismas y trombocitosis. y la última fase de convalecencia donde se resuelven o persisten los síntomas.

El tratamiento se basa en aspirina e inmunoglobulina humana. Aspirina 150 mg c/6h vo (50mg/kg/d) y Inmunoglobulina humana 5% EV; volumen total 560cc (1era hora 7cc/h, 2da hora 14 cc/h, 3ra hora 28cc/h, 4ta hora 42cc/h, 5ta hora 56cc/h, 6ta hora hasta terminar 70cc/h (tiempo total 11 horas aprox.)

El paciente tuvo una buena evolución debido a que todos sus síntomas mejoraron, el paciente

### 3.3 Rotación de Ginecología y Obstetricia

Caso 1:

Paciente femenina de 33 años segundigesta de 40 3/7 semanas por ecografía de primer trimestre con diagnóstico de post operada CSTI + BTB , RNAT de 40 semanas por Capurro + PVVS en TARGA. Al examen físico el abdomen presenta AU: 35cm, MF +/+++, SPP: LCI, FCF: 150 min, DU:1/20, PPF 3565 kg, en el aparato genitourinario se encontró PPL (-), PRU (-), al realizar tacto vaginal: D 0cm, B 0%, AP - 4, DCP >11.5 cm, DBC >9.5 cm, pelvis ginecoide.

Exámenes auxiliares:

VIH reactivo 10/02, AgHBs No reactivo 10/02, VDRL No Reactivo, Hb: 13 mg/dl, grupo y factor: O +

La gestante con VIH debe recibir atención integral, la cual incluye: acompañamiento, monitoreo y seguimiento de la infección, pruebas de laboratorio, tratamiento antirretroviral y atención del parto.

La prevención de la transmisión materno infantil en la gestante con VIH y su niño se ejecuta acorde el escenario de presentación:

Escenario 1: Gestante con VIH diagnosticada durante un control prenatal o con antecedente de VIH que no recibe TARGA.

Escenario 2: Gestante con VIH que recibió TARGA antes de su embarazo.

Escenario 3: Gestante con VIH diagnosticada durante el trabajo de parto.

En este caso la paciente se encuentra en el segundo escenario, es decir la gestante con VIH estuvo recibiendo TARGA antes de su embarazo por lo tanto el manejo sería:

- Manejo antirretroviral: La gestante continuará con el tratamiento que recibía, se pedirá pruebas de monitoreo de la carga viral a las 6 semanas de haber iniciado o modificado el TARGA y luego cada 3 meses durante el embarazo, además la gestante debe tener una carga viral cuatro semanas antes de la fecha probable de parto.

Si la gestante recibió Efavirenz, se continuará si el tratamiento antirretroviral fue efectivo, es decir presentó una carga viral indetectable y se continuará durante la gestación y después del parto.

- Manejo del parto: Si la carga viral del último mes de embarazo es  $< 1000$  copias/ ml se termina la gestación por vía vaginal; en cambio si la carga viral de cuatro semanas antes de la FPP es  $> 1000$  copias/ ml se culmina el embarazo mediante cesárea.

- Manejo del recién nacido expuesto a VIH: Está contraindicada la lactancia materna y la lactancia cruzada, por ende, se da sucedáneos de leche materna.

El tratamiento profiláctico con zidovudina será dentro de las 6 hasta las 24 horas de nacido. Si la carga viral de la gestante en el último mes del embarazo es  $\geq 1000$  copias/ml, el recién nacido recibirá zidovudina (AZT), lamivudina(3TC) y nevirapina (NVP).

#### Caso 2 :

Paciente femenino de 35 años Segundigesta Nulipara 29 semanas por eco del primer trimestre que ingresa con diagnóstico agudo de vulvovaginitis y diagnóstico crónico de polihidramnios ILA 50 cm, ponderado fetal de 1604g, con bienestar fetal conservado es internada en UCIN para monitoreo y manejo.

La antibioterapia fue Clindamicina 100 g/cotrimoxazol 100g óvulos vía vaginal c/24h.

El polihidramnios es una acumulación excesiva de líquido amniótico, afecta al 2% de las gestaciones. El líquido amniótico está en constante recambio, aumenta en 50 ml en la semana 12, por difusión hasta 400 ml, hasta 1 L a las 38 semanas y 800 ml al término.

#### Caso 2 Gineco y Obstetricia

La causa del polihidramnios se produce por un desequilibrio de ingresos y egresos del líquido amniótico. Dentro de las causas fetales están las malformaciones gastrointestinales. Dentro de las causas maternas tenemos en paciente diabetico o isoimmunización Rh. Dentro de las causas placentarias está el Corioangioma.

El índice del líquido amniótico o ILA es un resultado ecográfico usado en

polihidramnios. Existen 3 niveles de severidad. Severo con un ILA >35, Moderado Con un ILA de 30-34 y un polihidramnios leve con un ILA de 25 a 29.

#### Caso 3:

Paciente femenino de 30 años con dolor abdominal agudo de localización difusa sin irradiación con presencia de masa en fosa iliaca izquierda con 8 meses de evolución. Con ecografía abdominal pélvica compatible con quiste anexial izquierdo de 10x9 cm. Marcadores tumorales negativizados.

El hallazgo intraoperatorio es de Cistoadenoma, que es un tumor ovárico frecuentemente benigno, que se diagnosticó de manera oportuna y se brindó tratamiento, mediante la vía quirúrgica, evitando posibles complicaciones y disminuyendo la mortalidad del paciente.

La presencia de quiste pre menarquia o quiste post menopausia debe ser operado por lo atípico de su presentación y por su posibilidad maligna. En el caso actual se trata de una paciente con diagnóstico previo de quiste en ovario, pero con agudización del dolor y aumento de tamaño. Con características ecográficas benignas, pero con vías de complicación.

Existen criterios ecográficos de benignidad como ser un quiste unilocular o multiloculado liso, carecer de flujo Doppler, carecer de sombra acústica posterior, ausencia de componente sólido, etc. Dentro de los criterios de malignidad la presencia forma sólida e irregular, forma multiloculada irregular, presencia de flujo doppler, líquido libre o ascitis y presencia de estructuras papilares en quiste.

#### Caso 4:

Paciente mujer de 40 años refiere sangrados por canal vaginal de moderada intensidad desde hace 9 días acompañado de dolor a la palpación abdominal. El paciente cuenta con una ecografía donde consta masa heterogénea en cara posterior de 96x88x91 mm. con marcadores tumorales normalizados. Prueba de embarazo negativa. Ausencia de hiperplasia endometrial. La exploración ginecológica no aporta suficientes datos.

El caso fue discutido colectivamente y se decidió realizar una Histerectomía Abdominal total.

Los miomas uterinos o leiomiomas uterinos o fibromas son las tumoraciones

benignas más frecuentes. En raras ocasiones progresa a la malignidad. En el cuadro clínico se expresan mediante sangrados uterinos, dolor pélvico asociado a la compresión y dificultades en la concepción. Dentro de los factores de riesgo encontramos los antecedentes familiares directos, menarquia temprana, nuliparidad.

De acuerdo a la localización los miomas se clasifican en Submucoso, Intramural y Subseroso.

Para la decisión quirúrgica se toma en cuenta la porción afectada del útero, la cantidad de miomas, el tamaño de cada mioma y la edad del paciente.

### **3.4 Rotación de Medicina Interna**

Caso 1:

Paciente femenino polimedicado de 73 años con trastorno del sensorio y con dolor lumbar bilateral. Con sensación de alza térmica. Familiar niega náuseas, vómitos y convulsiones. El paciente tiene historia de HTA con tratamiento desde hace 3 años, Diabetes no insulino dependiente desde hace 10 años, Artritis Reumatoide con tratamiento desde hace 10 años. El paciente registra un ingreso hospitalario anterior por ITU hace 4 años.

Se realiza una valoración integral del paciente, se le somete a un examen físico completo, se realizan exámenes de sangre, examen de orina, microalbuminuria, AGA, glucosa, colesterol total, urea, creatinina, Perfil hepático, PCR, factor reumatoide, hemocultivo, LCR y TEM cerebral.

Una leve leucocitosis evidencia infección, la piuria es un indicador sensible en las infecciones de tracto urinario, un urocultivo positivo de E. coli sensible a la amikacina. Paciente recibió tratamiento antibiótico endovenoso por 5 días.

El paciente fue sometido a análisis especializado de acuerdo a la presencia de múltiples enfermedades crónicas presentes, el paciente fue dado de alta y se solicitó consulta por consultorio externo 7 días después.

Caso 2 :

Paciente mujer de 22 años con dolor, enrojecimiento y aumento de volumen en el muslo derecho asociado a picadura. Ecografía de partes blandas revela ausencia de colección en zona afectada.

Las celulitis son producidas por infecciones bacterianas de manera aguda en piel y tejido celular subcutáneo. Es una inflamación severa que afecta a la dermis y al tejido celular subcutáneo. Es de extensión más profunda que la erisipela. En estas situaciones se debe identificar el mecanismo de entrada como una solución de continuidad, corte en la piel, mordedura, etc. El manejo se basa en la limpieza de la zona afectada acompañada de una antibioticoterapia empírica inicial. El tratamiento de primera línea son las cefalosporinas, ampicilina/sulbactam, amoxicilina/ácido clavulánico por vía endovenosa.

El inicio de presentación son lesiones eritematosas que se expanden en extensión y en profundidad ocasionando una posible obstrucción linfática. Dentro de los rasgos a las microscopias tenemos edema intenso en los tejidos afectados, dilatación vascular y células polimorfonucleares en el drenaje linfático.

El paciente usó oxacilina de 500mg c/6h endovenosa por 5 días. La evolución fue favorable. La lesión disminuyó de tamaño y disminuye la flogosis progresivamente.

Además, se dio paracetamol 1g c/8h condicional a fiebre.

La función renal del paciente no se vio afectada durante el manejo hospitalario.

### Caso 3 :

Paciente de 80 años que acude a emergencias con disnea de medianos esfuerzos acompañada tos con expectoración blanquecina desde hace 5 días antes del ingreso. Familiar refiere que 1 día antes del ingreso paciente presentó fiebre. Paciente padece de fibrosis pulmonar de larga data y cifosis dorsal. En emergencias el paciente presentó una saturación de 92%. Al examen físico se encontraron crépitos bilaterales con ausencia de uso de músculos accesorios. En el examen de sangre se encontró leucocitos de 18560 a 1%, seg: 55%. PCR 120 mg/L, procalcitonina 2ng/dL. En la radiografía de tórax se encontraron zonas de condensación en lóbulo medio derecho con broncograma aéreo de distribución variable.

La impresión diagnóstica indicaba NAC bacteriana

El paciente recibió terapia oxigenatoria por cánula binasal. Se requirió del uso de ceftriaxona 1g c/24h para manejo de la infección, El uso combinado de bromuro de ipratropio y salbutamol para facilitar la respiración. Acetilcisteína para disminuir la viscosidad de secreciones y mejorar el cuadro. Se requirió del uso de sonda nasogástrica.

El paciente estuvo hospitalizado 8 días, evolucionando satisfactoriamente el tratamiento. Normalizó resultados de laboratorio al sexto día.

Posterior a eso recibió tratamiento ambulatorio.

#### Caso 4 :

Paciente mujer de 33 años acude por presentar desde horas lesiones tipo habón en tórax y muslos de gran extensión acompañadas de prurito. con el antecedente de comer mariscos ese mismo día.

La urticaria presenta como lesión principal el habón con una afección de la dermis superficial del tipo evanescente que por lo general dura un máximo de 24 horas. Otro síntoma asociado es el prurito. En la mayoría de casos no deja lesiones residuales o cicatrices. por su duración se clasifican en agudas y crónicas, teniendo las agudas una presentación menor a las 6 semanas. Los mastocitos dentro de su interior contienen gránulos de histaminas. Esta histamina al ser liberada genera la estimulación de vías periféricas nerviosas y genera prurito, a nivel de vasos sanguíneos se produce una vasodilatación que genera Eritema y liberación de líquido lo que genera la aparición de habones. Si afecta a niveles más profundos se podría generar cuadros de angioedema. Dentro del Manejo tenemos la identificación del alergeno causal, así como el tratamiento donde se usa antihistamínicos, corticoides y de ser necesario Adrenalina intramuscular.

El paciente requirió dosis de clorfenamina y dexametasona mostrando una mejoría dentro de las horas siguientes al manejo. El paciente siguió en observación y luego de las reevaluaciones fue dado de alta.

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

Las vivencias hospitalarias y comunitarias son de vital importancia ya que reúnen retos a las habilidades y capacidades del médico en formación.

Las exigencias teóricas previas al internado demandaban mucha investigación en la literatura actual, esta información recolectada se vería puesta a prueba en los pabellones del ámbito hospitalario. Las visitas guiadas dentro de los servicios agrupan una gran cantidad de patologías, así como terapéuticas adquiridas por su practicidad y eficiencia.

Debido al aforo en los espacios públicos el internado se dividió en dos etapas: primer nivel de atención en los centros de salud, segundo y tercer nivel de atención en las sedes hospitalarias.

En el ámbito comunitario la visión y enfoque a los pacientes tendría fines preventivos, promocionales los autores comenzaron las rotaciones de medicina y pediatría en los centros de salud lo cual contaban con un ambiente propicio para el desarrollo del acto médico al contar con tutores empáticos, que transmitían sus conocimientos sobre la parte asistencial y administrativa; además del apoyo emocional que recibieron por parte de los técnicos, licenciadas, personal administrativo y personal de limpieza; todos estos factores permitieron que los internos aprendan sobre el manejo de las patologías y el COVID - 19 en situaciones auténticas.

En diciembre del 2021 se continuaron las rotaciones faltantes en las sedes hospitalarias; días antes del inicio se realizaron inducciones a cargo de los residentes que tenían la misión de enseñar a los internos sobre las normas de convivencia, el manejo de los pabellones, la preparación del paciente a sala de operaciones, las curaciones de heridas, el trámite administrativo, etc. Es importante resaltar que en las sedes hospitalarias donde hay un gran flujo de pacientes; el interno es el encargado de inicio a fin de la evolución de los pacientes y el plan de trabajo, y preparación para sala de operaciones.

Muchas veces los internos junto con los residentes de primer año son los responsables de atender con prontitud y satisfactoriamente las necesidades de los pacientes en un sistema de salud en vías de desarrollo, donde no hay el personal de salud necesario para la atención individualizada de cada paciente.



## CONCLUSIONES

En la formación del profesional médico, el internado es una etapa de mucha importancia en la que se consolidan conocimientos adquiridos durante todos los años de estudios.

En nuestro país existen muchas entidades donde se puede desarrollar el internado, en este caso las instalaciones del Minsa han demostrado tener instalaciones propicias para el desarrollo de los campos clínicos y quirúrgicos necesarios en esta etapa de la carrera.

La composición del internado médico consta de las rotaciones de cirugía, gineco-obstetricia, pediatría y medicina. La organización interna previa de cada servicio permite la docencia en los ámbitos de hospitalización, servicio de emergencia, consultorio externo y sala de operaciones.

Durante las hospitalizaciones, las visitas médicas, la confección de la historia clínica, la terapéutica conjunta con el personal de enfermería, el análisis de la evolución del paciente, la gestión de exámenes auxiliares, la posibilidad quirúrgica de cada paciente, el alta coordinada del paciente y su reevaluación por consultorio externo son parte de las tareas dispuestas al personal en formación durante el internado médico.

Por otro lado, la existencia de actividades académicas en horarios complementarios, charlas, seminarios y capacitaciones brindan información crítica para el correcto desarrollo dentro de los diferentes servicios.

La pandemia por Sars-cov-2 ha influido en el normal funcionamiento del actual internado. Las instituciones encargadas de velar por la salud pública en el Perú, brindaron nuevos lineamientos para el correcto desarrollo del internado durante la emergencia sanitaria.

## RECOMENDACIONES

Cumplir los lineamientos para el adecuado desarrollo del Internado Médico durante el marco de la emergencia sanitaria dispuesto por el Ministerio de Salud mediante las respectivas resoluciones ministeriales.

Cumplir las responsabilidades asumidas por los internos en los distintos servicios asignados, cumpliendo normativa interna y coordinada con cada coordinador responsable de cada rotación.

Respetar la Programación establecida para el personal médico que desarrolla el internado en tiempos de pandemia.

Completar en su totalidad los campos clínicos y quirúrgicos dispuestos por las universidades y centros hospitalarios para un correcto desarrollo del internado médico.

Promover el uso de equipos de protección personal y medidas de bioseguridad con el fin de protegernos y proteger a los pacientes del COVID - 19 u otras enfermedades.

Restablecer el número completo de vacantes de internos previamente reducidas en distintos nosocomios por motivos de aforo disminuido siempre y cuando se reúnan las condiciones sanitarias a nivel nacional.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1) Bolívar-Rodríguez MA, Osuna-Wong BA, Calderón-Alvarado AB, et al. Análisis comparativo de escalas diagnósticas de apendicitis aguda: Alvarado, RIPASA y AIR. *Cir Cir.* 2018; 86(2):169-174.
- 2) Hernández-Cortez Jorge, León-Rendón Jorge Luis De, Martínez-Luna Martha Silvia, Guzmán-Ortiz Jesús David, Palomeque-López Antonio, Cruz-López Néstor et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. *Cir. Gen.* 2019 Mar; 41(1): 33-38.
- 3) Thompson NA. Asociación entre Escala de Alvarado y diagnóstico de apendicitis aguda complicada y no complicada según anatomía patológica en el Centro Médico Naval. *Horiz méd.* 2012 12(2):14–20.
- 4) Ticora MAA, González JDC, Laverde JLG, Álvarez JCS. Escala de Alvarado vs. Escala de Ripasa, desde la perspectiva de la sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de la apendicitis aguda. *Revista Neuronum.* 2020 6(4):263–83.
- 5) Dubón Peniche María del Carmen, Ortiz Flores Anahí. Apendicitis aguda, su diagnóstico y tratamiento. *Rev. Fac. Med. (Méx.).* 2014 Ago ; 57( 4 ): 51-57.
- 6) Ramos Loza Coral Marina, Mendoza Lopez Videla Jhosep Nilss, Ponce Morales Javier Alejandro. APLICACIÓN DE LA GUÍA DE TOKIO EN COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA. *Rev. Méd. La Paz.* 2018; 24(1): 19-26.
- 7) Galván-Montaña A, García-Corral JR, Zubillaga-Mares A, et al. Colectomía laparoscópica en pediatría: resultados de 10 años en un hospital de segundo nivel de la Ciudad de México. *Rev Mex Pediatr.* 2021; 88(3):93-95.
- 8) Roesch-Dietlen F, Pérez-Morales AG, Martínez-Fernández S, Díaz-Roesch F, Gómez-Delgado JA, Remes-Troche JM. Seguridad de la colectomía subtotal laparoscópica en colecistitis aguda. Experiencia en el sureste de México. *Rev Gastroenterol Méx (Engl Ed).* 2019; 84(4):461–6.

- 9) Hernández-García Adriana, Trueba-Lozano Demian, Vázquez-Minero Juan C. El costo de la atención de las lesiones vasculares abdominales por proyectil de arma de fuego. Su impacto en el paciente, su familia y el hospital. *Cir. cir.* 2020 Ago; 88(4): 467-472.
- 10) Perzabal ACT, López JCA, Colín NE, et al. Hernia diafragmática de Bochdalek en un adulto. *Acta Med.* 2022; 20(1):105-107.
- 11) Arap Jorge Abraham. Hernias inguinales y crurales (hernias de la ingle). *Rev Cubana Cir.* 2009 Jun; 48(2).
- 12) Piñeiro PR, Hijano BF, Álvez GF, et al. Extracto del documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. *Rev Latin Infect Pediatr.* 2021; 34(2):62-72.
- 13) Echevarría-Zarate Juan, Sarmiento Aguilar Elsa, Osoro-Plenge Fernando. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. *Acta méd. peruana* .2006 Ene; 23(1): 26-31.
- 14) Delgado FMR. Síndrome Obstructivo Bronquial en el niño menor de 2 años. Área de Salud Integral José Félix Rivas. Estado Cojedes, Venezuela. 2007-2008. *Rev Méd Electrón.* 2012; 34(4):427-438.
- 15) BELLO OSVALDO, SEHABIAGUE GRACIELA, BENÍTEZ PEDRO, LÓPEZ ANA, LOJO ROSA. Síndrome bronquial obstructivo del lactante. Manejo ambulatorio: Experiencia en la Unidad de Terapia Inhalatoria del Departamento de Emergencia Pediátrica del Centro Hospitalario Pereira Rossell. *Arch. Pediatr. Urug.* 2001 Mar; 72( 1 ): 12-17..
- 16) Vélez-Cuervo SM, Villegas-Ortiz, MÁ. Anticoncepción en la paciente con enfermedad hepática, revisión bibliográfica. *Ginecol Obstet Mex.* 2021;89(12):963-970.
- 17) Salmerón J., Gila A. Hepatitis vírica aguda. *Rev. esp. enferm. dig.* 2005 Mar ; 97( 3 ): 213-213.
- 18) Aquino-Villagómez DY, Pila-Aranda G, González-Agosto A, et al. Síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico por SARS-CoV-2 (MIS-C). Experiencia de un Hospital de segundo nivel en Tijuana, Baja California, México. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son.* 2020;37(2):78-86.

- 19) Molina Alpízar Viviana, Umaña Araya Bianca. Enfermedad de Kawasaki. Med. leg. Costa Rica. 2015 Mar; 32(1): 134-137.
- 20) Miaja ÁM, Moral RJ. Ansiedad ante la muerte y afrontamiento en personas viviendo con VIH/SIDA y población general. Rev Mex Invest Psic. 2014;6(1):26-42.
- 21) Mayo Abad Digna. VIH/SIDA en gestantes. Rev Cubana Obstet Ginecol 2005 Dic ; 31( 3 ).
- 22) Palacio Álvarez Santiago, La Fontaine Terry Ernesto, Sánchez Lueiro Mayra, Amil Bacallao Josefina. Comportamiento del polihidramnios en nuestro medio. AMC. 2005 Oct; 9( 5 ): 18-25.
- 23) Sancha MLM, Alemán VP, Cruz JM, et al. Hemangioma hepático gigante en un neonato. Revisión del tema con motivo de la comunicación de un caso. Rev Esp Med Quir. 2010; 15(4):271-277.
- 24) Coto CC, Jiménez VM, Naranjo AS. Teratoma: masa anexial en mujeres jóvenes. Revista Médica Sinergia. 2019; 4(06):31-39.
- 25) Corrales Hernández Yarisdey. Quiste de ovario gigante. Presentación de un caso. Medisur .2012 Ago; 10(4): 304-309.
- 26) Corrales Hernández Yarisdey. Quiste de ovario gigante. Presentación de un caso. Medisur. 2012 Ago. 10( 4 ): 304-309.
- 27) PÉREZ AGUDELO LUIS ERNESTO. HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL: ENFOQUE BASADO EN EVIDENCIAS. REVISIÓN SISTEMÁTICA. rev.fac.med. 2007 Jan; 15(1): 68-79.
- 28) Solà D Vicente, Ricci A Paolo, Pardo S Jack, Guiloff F Enrique. HISTERECTOMÍA: UNA MIRADA DESDE EL SUELO PÉLVICO. Rev. chil. obstet. ginecol. 2006; 71(5): 364-372.
- 29) Valle AJ, Fonseca PFJ, Noblia L. Utilidad de la ecografía en la toma de decisiones sobre la celulitis o absceso de partes blandas. Rev Cub Med Int Emerg. 2020; 19(1):1-6.
- 30) FICA C ALBERTO. Celulitis y erisipela: Manejo en atención primaria. Rev. chil. infectol. 2003; 20(2): 104-110.
- 31) Amin-Blanco N. Accelerated arrival of COVID-19 vaccines, some ethical issues to consider. VaccinMonitor. 2021; 30(2):47-50.

- 32) Arias VLF, Peláez ED, Méndez SG. Aspiration pneumonia. Revista Médica Sinergia. 2021; 6(01):1-13.
- 33) Cofré José, Pavez Daniela, Pérez Regina, Rodríguez Jaime. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento antimicrobiano de la neumonía bacteriana adquirida en la comunidad en pediatría. Rev. chil. infectol. 2019 Ago; 36(4): 505-512.
- 34) García ACB, Guzmán PMG. Urticaria y angioedema asociados a COVID-19: presentación de cuatro casos. Acta Med. 2021; 19:s69-72.
- 35) Tincopa-Wong Óscar W. Urticaria y angioedema: una visión general. Acta méd. peruana. 2014 Abr; 31(2): 111-124.