



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ANÁLISIS DEL INTERNADO MÉDICO Y DESCRIPCIÓN DE LA  
EXPERIENCIA EN 2 INSTITUCIONES: CLÍNICA CENTENARIO  
PERUANO JAPONESA Y HOSPITAL ANTONIO LORENA-CUSCO  
DURANTE LA PANDEMIA COVID19 EN LOS AÑOS 2021 – 2022**

**PRESENTADO POR  
MILAGROS ALEJANDRA TAKAMI RUBIO  
FIRKA GROANNIE VILLENA CASA FRANCA**

**ASESOR  
ALONSO VILLANUEVA LI**

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

**LIMA– PERÚ  
2022**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada  
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ANALISIS DEL INTERNADO MÉDICO Y DESCRIPCIÓN DE LA  
EXPERIENCIA EN 2 INSTITUCIONES: CLINICA CENTENARIO PERUANO  
JAPONESA Y HOSPITAL ANTONIO LORENA-CUSCO DURANTE LA  
PANDEMIA COVID19 EN LOS AÑOS 2021 – 2022**

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

**PRESENTADO POR**

**MILAGROS ALEJANDRA TAKAMI RUBIO  
FIRKA GROANNIE VILLENA CASAFRANCA**

**ASESOR  
DR. ALONSO VILLANUEVA LI**

**LIMA, PERÚ**

**2022**

## **Jurado**

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

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

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

## **Dedicatoria**

A mis abuelos Amelia Soto y Domingo Casafranca, quienes, a pesar de no estar físicamente, fueron son y serán siempre mi fuerza.

A mi padre, por ser el mejor ejemplo a seguir, mi motivo y mi inspiración de vida.

A mi madre por ser siempre un pilar, mi respaldo en cada paso que he dado hasta el día de hoy.

A mi hermano, por su apoyo incondicional.

### **Firka Groannie Villena Casafranca**

A mi madre por ser un ejemplo de dedicación, sacrificio y lucha constante para alcanzar mis objetivos.

A mi padre por su apoyo incondicional, ejemplo de responsabilidad y perseverancia.

### **Milagros Alejandra Takami Rubio.**

## INDICE

<b>Portada</b>	<b>i</b>
<b>Jurado</b>	<b>ii</b>
<b>Dedicatoria</b>	<b>iii</b>
<b>Resumen</b>	<b>v</b>
<b>Abstract</b>	<b>vii</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>ix</b>
<b>CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Cirugía</b>	<b>2</b>
<b>1.2 Ginecología y obstetricia</b>	<b>20</b>
<b>1.3 Pediatría y neonatología</b>	<b>34</b>
<b>1.4 Medicina Interna</b>	<b>47</b>
<b>CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLA LA EXPERIENCIA</b>	<b>67</b>
<b>2.1 Clínica Centenario Peruano Japonesa</b>	<b>67</b>
<b>2.2 Hospital Antonio Lorena -Cusco del MINSA (HAL)</b>	<b>70</b>
<b>CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	<b>73</b>
<b>CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	<b>96</b>
<b>4.1 Clínica Centenario Peruano Japonesa</b>	<b>96</b>
<b>4.2 Hospital Antonio Lorena -Cusco (HAL) del MINSA.</b>	<b>98</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>103</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>104</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>105</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>110</b>

## Resumen

El internado médico es el último año de la carrera de Medicina Humana, donde el alumno accede al sistema hospitalario, con el objetivo de que adquiera habilidades, responsabilidades y conocimientos necesarios para su formación integral.

Durante este periodo se rota por las siguientes especialidades: cirugía, ginecología y obstetricia, pediatría y medicina interna.

Debido a la pandemia por el COVID 19, para el internado del periodo 2021 - 2022 se realizaron modificaciones con respecto a los de años anteriores, las cuales se especificaron en la Resolución Ministerial No 779-2021/MINSA.

A continuación, se detalla el análisis y la experiencia del internado médico en la Clínica Centenario Peruano Japonesa y el Hospital Antonio Lorena- Cusco del MINSA, durante la pandemia COVID19, en los años 2021 - 2022, y se relatan algunos de los casos clínicos vistos durante las rotaciones en las respectivas instituciones.

**Objetivo:** Describir las habilidades, competencias y experiencias adquiridas durante el desarrollo del internado médico, en las distintas especialidades, con la finalidad de obtener el Título Profesional de Médico Cirujano.

**Metodología:** Recopilación de información basada en la evidencia y experiencia clínica, con respecto al manejo de patologías vistas durante las rotaciones.

**Conclusiones:** El internado médico es un periodo fundamental dentro de la formación médica en el Perú, debido a que se adquieren habilidades importantes para el desarrollo del futuro profesional de la salud.

La función del interno de medicina dentro de nuestro sistema de salud es importante para lograr una atención adecuada e integral del paciente, ya que

al estar de forma permanente en las instituciones de salud llega a ser el nexo entre el paciente y el médico.

**Palabras claves:** Clínica Centenario Peruano Japonesa, Hospital Antonio Lorena de Cusco, Internado médico, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna, COVID 19.

## Abstract

The medical internship is the last year of the Human Medicine career, where the student is inserted in the hospital system, with the objective of acquiring skills, responsibilities and knowledge necessary for his integral formation as a physician. During this period, students rotate through the following specialties: surgery, gynecology and obstetrics, pediatrics and internal medicine.

Due to the COVID 19 pandemic, for the internship period 2021 - 2022, modifications were made with respect to previous years' internships, modifications that were specified in Ministerial Resolution No 779-2021/MINSA.

The following details the experience of the medical internship at the Clinical Centenario Peruano Japonesa and the Hospital Antonio Lorena de Cusco, during the period 2021 - 2022, and describes some of the clinical cases seen during the rotations at the respective institutions.

**Objective:** To describe the skills, competencies and experiences acquired during the development of the medical internship, in the different specialties, in order to obtain the Professional Title of Surgeon.

**Methodology:** Compilation of evidence-based information and clinical experience, regarding the management of pathologies seen during rotations.

**Conclusions:** The medical internship is a fundamental period within medical training in Peru since important skills are acquired for the development of the future health professional.

The role of the medical intern within our health system is important to achieve adequate and comprehensive patient care, since being permanently in health institutions becomes the communication link between the patient and the physician.

**Keywords:** clinical Centenario Peruano Japonesa, Hospital Antonio Lorena de Cusco, Medical Internship, Surgery, Gynecology and Obstetrics, Pediatrics, Internal Medicine, COVID 19.

## INTRODUCCIÓN

El internado médico es un programa de prácticas profesionales que se realiza en el último año de la carrera de Medicina Humana, que tiene como finalidad que el alumno aplique los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos en sus años de estudio. En esta etapa, el alumno ingresa al ámbito hospitalario para ampliar su conocimiento médico y adquirir habilidades y responsabilidades que le ayudarán en su formación integral.

Tradicionalmente en el Perú, el internado se desarrollaba en 12 meses calendarios, en donde se rotaba por cuatro servicios: medicina interna, cirugía, pediatría, ginecología y obstetricia, cada uno con una duración de 3 meses.

Sin embargo en el año 2020, tras la llegada de la pandemia por el COVID 19, se canceló temporalmente, durante varios meses la situación de los internos fue incierta hasta que en agosto del 2020, se promulgó el “Decreto de urgencia N°90-2020”, que estableció medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por COVID 19”, en donde el gobierno dispuso la reanudación del programa de internado de las ciencias de la salud, con algunas modificaciones que estarían vigentes durante el estado de emergencia sanitaria.

Como parte de las medidas adoptadas se incluyeron de forma excepcional y durante la vigencia de la emergencia sanitaria, beneficios como un estipendio equivalente a una remuneración mínima vital, equipos de protección personal, seguro de salud y seguro de vida (1). Es bajo estas condiciones que los internos de las ciencias de la salud que fueron enviados a casa al inicio de la pandemia, retomaron sus actividades.

Posteriormente se publica el documento técnico titulado “Lineamientos para el desarrollo de las actividades de los internos de ciencias de la salud 2021 en el marco de la emergencia sanitaria” en donde se determinan requisitos para el desarrollo de las actividades de los internos, estableciendo algunos puntos

a resaltar como lo asignación de los campos de formación a cargo de las DIRIS/ DIREAS/GERESAS, la emisión de contratos para los internos, las horas mensuales a cumplir, y que los internos cuenten con un estipendio mensual(2).

Estos lineamientos fueron aprobados en la resolución ministerial No 779-2021/MINSA.

Finalmente, el internado médico 2021 se inició el 1 de julio del 2021, a nivel nacional, el cual tendría una duración de 10 meses calendario.

En este trabajo presentaremos el análisis y la aplicación teórica- práctica de los conocimientos adquiridos, juntos con las experiencias obtenidas durante el desarrollo del internado medico 2021-2022 en la clínica Centenario Peruano Japonesa y el hospital Antonio Lorena- Cusco del Ministerio de Salud.

## **CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL**

La carrera de Medicina Humana es una de las profesiones que comprende vocación, servicio y empatía; pero también es una carrera exigente, de muchos retos.

La Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres, es una de las más reconocidas a nivel nacional e internacional. Su programa de pre grado consta de 7 años, divididos en 3 años de ciencias básicas, en donde se adquieren los conocimientos teóricos, básicos y esenciales para el entendimiento fisiológico y patológico del ser humano, y también se desarrolla la buena actuación del futuro profesional de salud.

Los siguientes 3 años corresponden a las ciencias clínicas, en donde el estudiante de medicina se pone en contacto con los pacientes, y se familiariza con el entorno hospitalario, con el fin de aplicar los conocimientos teóricos aprendidos, aprendiendo el abordaje de una enfermedad para llegar a un correcto diagnóstico.

El último año de carrera, corresponde al internado, considerado el más importante y el más esperado por los estudiantes, ya que se pone en práctica todo lo aprendido, se adquieren nuevas responsabilidades y habilidades.

En este periodo, el estudiante aprende de la evaluación y manejo de los pacientes no solo a tratar la enfermedad, si no el manejo integral de esta. Además, se aprende a lidiar con las diferentes situaciones que se viven dentro de una institución de salud, que servirán de experiencia tanto en lo académico, profesional y personal.

Se divide en cirugía, ginecología y obstetricia, pediatría y medicina interna, cada una con una duración de dos meses y medio, en donde el estudiante cumple con diferentes funciones, que le permitirán adquirir la experiencia necesaria para su desarrollo como futuro médico.

## 1.1 Cirugía

Durante la rotación de cirugía, el estudiante aprende la evaluación, diagnóstico y manejo de pacientes con patologías quirúrgicas, en las diferentes etapas de su enfermedad.

En emergencia se realiza la atención inmediata del paciente, con patologías quirúrgicas agudas, que requieren de una intervención rápida, también la entrevista al paciente y llenado de la historia clínica de emergencia. Se participa en la toma de decisiones con respecto al manejo inicial y estabilización del paciente, exámenes auxiliares solicitados, riesgos quirúrgicos y preparación para sala de operaciones en caso que la situación lo requiera. En el tópico de emergencia se realizan las suturas y curaciones de heridas, y se decide el manejo posterior de estas.

En los pisos de hospitalización se realiza la evaluación del paciente que ingresa por consultorio externo, para cirugías programadas, así como el manejo postoperatorio, acompañamiento en las visitas diarias con el médico tratante, en donde se observa la evolución del paciente, y se define el plan a seguir, así como de las complicaciones post quirúrgicas, y la necesidad de interconsulta.

Así mismo, se realizan curaciones de heridas post operatorias, cambio de bolsas de colostomía, entre otros procedimientos. Al momento del alta se realiza el llenado de epicrisis e indicaciones de alta, bajo la supervisión del médico tratante.

En sala de operaciones, al ser este un ambiente no contaminado, es importante mantener estrictas medidas de asepsia y antisepsia, por lo que la función del interno es la de asistir con algunos procedimientos sencillos indicados y guiados por el cirujano principal tales como aspiración, sujetar estructuras, cierre de heridas operatorias, y colaborar antes, durante la cirugía y en el post operatorio.

## **Casos clínicos cirugía**

### **Caso 1: Apendicitis aguda**

Nombre: DRMP

Edad: 30 años

Sexo: Masculino

Antecedentes patológicos: Infección COVID 19 en agosto 2021 y enero 2022

Reacción adversa a medicamentos: Dexametasona

Cirugías previas: Septoplastia nasal 5 meses antes del ingreso

Fecha de ingreso: 31/02/2022

Tiempo de enfermedad: 19 horas      Inicio: Insidioso      Curso: Progresivo

Paciente refiere que 19 horas antes del ingreso tuvo náuseas, y vomitó en 4 ocasiones. 12 horas antes del ingreso sintió además dolor abdominal localizado en región periumbilical de intensidad 4/10, por lo que se medica con Gaseovet, sin percibir mejoría de síntomas. 10 horas antes del ingreso dolor migra a fosa iliaca derecha, intensidad aumenta a 8/10, por lo que decide acudir por emergencia de Clínica Centenario Peruano Japonesa.

#### Funciones biológicas

- Apetito: disminuido
- Sed: disminuido
- Sueño: alterado por el dolor
- Orina: sin alteraciones
- Heces: sin alteraciones
- Peso: Conservado

Al examen físico:

PA: 110/60 mmHg      FC: 80 lpm      FR: 20 rpm      T° 36.5°C  
Sat: 99%

Aspecto general: Aparente regular estado general, regular estado de hidratación, buen estado de nutrición, ventila espontáneamente.

- Piel y mucosas: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos, mucosa oral poco hidratada
- TCSC: no edemas
- Linfático: no adenopatías
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: RHA presentes, blando, depresible, dolor a la palpación en FID, McBurney (+) Blumberg (+)
- GU: PPL (-) PRU (-)
- SNC: Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15, no signos meníngeos, no focalización.

Diagnóstico: Síndrome doloroso abdominal d/c apendicitis aguda

Plan:

- NPO
- Cloruro de sodio 0.9% 1 litro I II
- Ceftriaxona 2 gramos EV
- Metamizol 1 gramo AMP
- Ecografía abdomen completo

- Hemograma completo y PCR
- Grupo sanguíneo y RH
- Glucosa
- Creatinina y urea
- Coagulación y sangría
- Antígeno para COVID 19
- Serología preoperatorios

Resultado de exámenes de laboratorio: Leucocitos: 13 790, abastados 0%, segmentados 86%, hemoglobina 15.9 g/dl, PCR 9.16 mg/dl. Los demás exámenes revelan resultados dentro de parámetros normales.

Ecografía abdominal: En fosa iliaca derecha se aprecia formación tubular en saco ciego, con diámetro de 13.6 mm, en relación a apéndice cecal. Asocia cambios inflamatorios de la grasa adyacente. Conclusión: Signos ecográficos en relación a apendicitis no complicada al momento del estudio.

Se decide apendicectomía laparoscópica

Informe quirúrgico

- Diagnóstico preoperatorio: Apendicitis aguda
- Operación propuesta: Apendicectomía laparoscópica
- Hallazgos operatorios: Apéndice flemonoso
- Procedimiento: Abordaje laparoscópico 3 trocánteres (5, 10, 10 mm), disección con electrocauterio y sección del meso apendicular, colocación de 2 hemolock XL proximales y 1 distal. Sección del apéndice en la base, reforzamiento de hemostasia del meso con 1 clip de titanio XL. Extracción del apéndice en bolsa, cierre de portadas por planos.

- Tolera bien acto operatorio

#### Tratamiento post operatorio inmediato

- NPO por 24 horas, luego dieta líquida amplia
- Dextrosa 5% 1000 cc – 35 gotas + hipersodio 01 ampolla + kalium 1 ampolla
- Ceftriaxona 2 gr EV cada 24 horas
- Metronidazol 500 mg EV cada 8 horas
- Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas
- Ketoprofeno 100 mg EV cada 8 horas
- Metoclopramida 10 mg EV cada 8 horas
- CFV + Deambulaci3n

PO1 de apendicectomía laparosc3pica: Paciente AREG, AREH, ABEN, ventilando espontáneamente, refiere tolerar dieta líquida, sensaci3n de distensi3n abdominal y dolor difuso, no eliminaci3n de flatos ni deposiciones.

#### Al examen f3sico

- T3rax y pulmones: MV pasa bien en ambos hemit3rax, no ruidos agregados
- CV: RCR, buena intensidad no soplos audibles
- Abdomen: RHA escasos, ligeramente distendido, resistencia y dolor moderado a la palpaci3n, en hemiabdomen derecho portadas sin signos de flogosis.
- Neurol3gico LOTEP, Glasgow 15, no signos men3ngeos, no focalizaci3n.

Evoluci3n medianamente favorable.

Plan: seguir indicaciones médicas

PO2 de apendicectomía laparoscópica: Paciente ABEG, ABEH, ABEN, ventilando espontáneamente, refiere tolerar dieta blanda, menor dolor abdominal, elimina flatos, no deposiciones.

Al examen físico:

- Tórax y pulmones: MV pasa bien en ambos hemitórax no ruidos agregados
- CV: RCR, buena intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: RHA presentes, blando, depresible, no dolor, portadas sin signos de flogosis.
- Neurológico: LOTEP, Glasgow 15, no signos meníngeos, no focalización.

Evolución favorable.

Plan: Alta con indicaciones médicas.

Indicaciones de alta

- Dieta blanda
- Cefuroxima 500 mg 1 tableta vía oral cada 12 horas por 6 días
- Metronidazol 500 mg 1 tableta vía oral cada 8 horas por 6 días
- Paracetamol 1 gr 1 tableta vía oral, condicional a dolor.

## **Caso 2: Tumor benigno de la glándula tiroides**

Anamnesis:

- Filiación: Paciente mujer de 50 años, natural y procedente de Piura.
- Enfermedad actual:

TE: 2 meses      Inicio: Insidioso      Curso: Progresivo

La paciente refiere que dos meses antes del ingreso, nota tumoración cervical anterior, móvil que protruye con la deglución, por lo que acude a ESSALUD de Piura, donde se realiza ecografía cervical encontrando un nódulo tiroideo de 15 x 8 mm y nódulos más pequeños en lóbulo izquierdo y derecho, motivo por el cual viaja a Lima, y acude al servicio de cirugía de Cabeza y cuello de la institución, en donde le solicitan biopsia, que establece tiroides con nódulo en región ístmica, con signos ecográficos de bajo riesgo de malignidad, isoecogénico de 11.4 x 5 mm de bordes definidos. Se realiza BAAF de dicho nódulo con resultado nódulo coloide con degeneración quística, categoría Bethesda II, razón por la que se plantea manejo quirúrgico.

· Antecedentes:

- Antecedentes patológicos: Dislipidemia, diagnóstico 15 días antes del ingreso en tratamiento con Atorvastatina 20 mg 1 tableta al día.
- Antecedentes quirúrgicos: Cesárea en el 2002
- Antecedentes familiares: Abuelo fallecido con cáncer de colon y cuatro tías con cáncer de mama.
- RAMS: Niega

· Funciones biológicas

- Apetito: Conservado
- Sed: Conservado
- Orina: Sin alteraciones
- Heces: Sin alteraciones
- Sueño: Conservado

## Examen físico

Peso: 64 kg      Talla: 1.68m      PA: 110/70 mmHg      FC: 82 lpm  
FR:18rpm      T 36.5 °C      SAT:98%

Aspecto general: Aparente buen estado general, buen estado de hidratación, buen estado de nutrición, despierta, ventila espontáneamente.

- Piel y mucosas: Piel tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos, mucosas húmedas, normo coloreadas
- TCSC: No edemas
- Linfático: No se palpan adenopatías
- Cabeza: Normocéfala
- Cuello: Cilíndrico, nódulo tiroideo en istmo de 1.5 cm indurado, móvil, no doloroso a la palpación
- Tórax y pulmones: MV pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: RHA presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación
- Neurológico: LOTEP, Glasgow 15, no signos meníngeos, no focalización.

Impresión diagnóstica: Bocio nodular

Se programa para tiroidectomía parcial

## Informe quirúrgico

- Diagnóstico preoperatorio: bocio nodular
- Operación propuesta: tiroidectomía parcial

- Hallazgos operatorios: nódulo en istmo +/- 2 cm indurado, móvil, no adherencias.
- Descripción del procedimiento: Incisión transversa, disección por planos, istmectomía, hemostasia y cierre por planos

Tratamiento post operatorio inmediato:

- NPO
- Dextrosa 5% + 1 Hipersodio --- 2 frascos en 24 horas
- Ketoprofeno 100 mg EV cada 8 horas
- Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas
- Dimenhidrinato 1 ampolla condicional a náuseas y/o vómitos
- CFV + BHE

PO1 Tiroidectomía parcial: Paciente cursa asintomática, no disfonía, herida operatoria seca, no colecciones.

Evolución favorable

Plan: Alta con indicaciones médicas

Indicaciones de alta:

- Dieta blanda
- Ketoprofeno 100 mg 1 tableta cada 12 horas por 5 días
- Omeprazol 20 mg 1 tableta después del desayuno por 5 días

### **Caso 3: Hernia Inguinal Complicada**

Nombre: PHH

Edad: 44 años

Sexo: Masculino

Antecedentes patológicos: niega

Cirugías previas: niega

Fecha de ingreso: 04/02/2022

Tiempo de enfermedad: 1 día      Inicio: Insidioso      Curso: Progresivo

Paciente refiere un tiempo de enfermedad de 8 horas, caracterizado por dolor abdominal leve, tipo opresivo en hemiabdomen inferior derecho que aumenta en horas de la tarde, acompañado de náuseas, por lo que acude al centro de salud de Maras, de donde es referido el 04/2/22 a las 16 horas, ingresando a las 20 horas por emergencia.

Funciones biológicas

- Apetito: conservado
- Sueño: conservado
- Orina: sin alteraciones
- Heces: sin alteraciones
- Peso: Conservado

Al examen físico:

PA: 100/60 mmHg      FC: 86 lpm      FR: 19 rpm      T° 37.4°C  
Sat: 94%

Aspecto general: Aparente regular estado general, regular estado de hidratación, buen estado de nutrición, ventila espontáneamente, lúcido orientado en tiempo espacio y persona.

- Piel y mucosas: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos, mucosas húmedas.
- TCSC: no edemas

- Linfático: no adenopatías
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: RHA presentes, blando, depresible, masa palpable sólida derecha en región inguinal de 3x2 cm, doloroso a la palpación
- GU: PPL (-) PRU (-)
- SNC: Lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15, no signos meníngeos, no focalización.

Diagnóstico: abdomen agudo médico versus quirúrgico, hernia inguinal derecha encarcerada d/c estrangulación de hernia.

Plan:

- Pasa a observación
- NPO
- Cloruro de sodio 0.9% 1 lt > 35 gotas
- Ceftriaxona 2 gramos EV c/24h
- Metamizol 2g EV c/8h
- Ranitidina 50 mg EV c/8h
- Prequirurgicos: Hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, TP, TTPA, Grupo y factor.
- Antígeno para COVID 19
- EKG + riesgo quirúrgico.
- Monitoreo de funciones vitales.

- . PCR

- . Se hospitaliza en cirugía

Resultado de exámenes de laboratorio: Leucocitos: 4 880, abastados 0%, segmentados 75%, hemoglobina 16.6 g/dl, PCR 0,4 mg/dl. Los demás exámenes arrojan resultados dentro de parámetros normales.

05/2/22 06:00 se hospitaliza en piso de cirugía.

05/2/22 07:00 Se decide ingreso a sop

Informe quirúrgico

- . Diagnóstico preoperatorio: hernia inguinal directa derecha complicada
- . Operación propuesta: Hernioplastia
- . Hallazgos operatorios: El mismo
- . Procedimiento: Paciente bajo anestesia previa asepsia y antisepsia y lavado de zona operatoria. Incisión y disección por planos hasta identificar hallazgos, se diseca cordón espermático y se procede a invaginación de contenido epiploico, se realiza rafia de TC con vycril 00, luego se coloca malla polipropileno, según técnica tipo Liechtenstein con nylon 00.
- . Tolera bien acto operatorio

Tratamiento post operatorio inmediato

- . NPO por 6 horas
- . Nacl 0.9% 30 gotas 1000c c/24 h EV
- . Cefazolina 1 gr EV cada 24 horas
- . Metamizol 2g EV c/8h
- . Ranitidina 50 mg EV c/8h
- . Metoclopramida 10 mg EV cada 8 horas

- Monitoreo de funciones vitales

PO1 de hernioplastia por hernia inguinal complicada derecha. Paciente LOTEPE AREG, AREH, ABEN, ventilando espontáneamente, refiere dolor en herida operatoria de moderada intensidad con el cambio de posición.

Al examen físico

- Tórax y pulmones: MV pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados
- CV: RCR, buena intensidad no soplos audibles
- Abdomen: RHA presentes, dolor moderado a la palpación, herida quirúrgica en buen estado, cubierta con gasas secas con escasa secreción serohemática.
- Neurológico LOTEPE, Glasgow 15, no signos meníngeos, no focalización.

Evolución medianamente favorable.

Plan: seguir indicaciones médicas

PO2 de hernioplastia por hernia inguinal complicada derecha: Paciente LOTEPE AREG, AREH, ABEN, ventilando espontáneamente, refiere dolor en herida operatoria de leve a moderada intensidad.

Al examen físico

- Tórax y pulmones: MV pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados
- CV: RCR, buena intensidad no soplos audibles
- Abdomen: RHA presentes, dolor moderado a la palpación, herida quirúrgica en buen estado cubierta con gasas secas sin secreción.
- Neurológico LOTEPE, Glasgow 15, no signos meníngeos, no focalización.

Plan: continuar con las indicaciones.

Indicaciones

- Dieta líquida amplia + dieta blanda
- Cefazolina 1 g 1 tableta vía oral cada 12 horas por 6 días
- Ranitidina 50 mg EV cada 8 horas
- Metoclopramida 10 mg EV cada 8 horas
- CFV + OSA
- Deambulación asistida

PO3 de hernioplastia por hernia inguinal complicada derecha. Paciente LOTEP AREG, AREH, ABEN, ventilando espontáneamente, refiere dolor en herida operatoria de leve moderada intensidad.

Al examen físico

- Tórax y pulmones: MV pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados
- CV: RCR, buena intensidad no soplos audibles
- Abdomen: RHA presentes, dolor leve a la palpación, herida quirúrgica en buen estado cubierta con gasas secas, sin secreción.
- Neurológico LOTEP, Glasgow 15, no signos meníngeos, no focalización.

Plan: Alta con indicaciones médicas.

Indicaciones de alta

- Cefalexina 500 mg 1 tableta vía oral cada 6 horas por 5 días
- Paracetamol 1 gr 1 tableta vía oral, condicional a dolor.

#### **Caso 4: Vólvulo del sigmoides**

Paciente: MZA      Edad: 42 años      Sexo: masculino

Reacción adversa a medicamentos: niega

Antecedentes patológicos: Niega

Cirugías previas: Hernioplastia por hernia umbilical hace 6 años

Fecha de ingreso: 01-02-2022

Tiempo de enfermedad: 2 días aprox. Inicio: insidioso Curso: progresivo

Motivo de ingreso: Paciente ingresa por el servicio de medicina con un cuadro clínico caracterizado por estreñimiento de más o menos dos días, asociado a dolor abdominal y dolor rectal.

#### Funciones biológicas

- Apetito: disminuido
- Sed: conservada
- Orina: ritmo conservado
- Deposiciones: no realiza deposiciones
- Sueño: no alterado

#### Examen físico

PA: 110/60 mmHg FC: 80 lpm FR:18 rpm T 36°C SAT:92%

- Aspecto general: Paciente en AREG, AREN, AREN.
- Piel y mucosas: rosadas, tibia, elástica, llenado cap<2”, no deshidratadas.
- Tórax: MV pasa bien por ACP, no RSA
- CV: RC rítmicos, normofonéticos, no soplos
- Abdomen: globuloso, distendido, RHA +, doloroso a la palpación.
- GU: sin alteraciones
- SNC: LOTEP, no focalizaciones ni signos meníngicos, EG 15/15

Impresión diagnóstica: -Constipación

#### Plan:

- pasa a observación de medicina
- enema evacuante
- s/s hemograma, G-U-C

01-02-2022 REEVALUACION: Se le colocan 3 enemas para evacuar, no realiza deposiciones ni elimina flatos. Se solicita radiografía de abdomen e interconsulta a cirugía general.

01-02-2022 CIRUGIA GENERAL: Responde interconsulta, evalúa al paciente, con RX de abdomen donde se evidencia niveles hidroaéreos.

Impresión diagnóstica: D/c obstrucción intestinal

Plan:

- NPO
- NaCl 9% 500cc a gravedad
- Ceftriaxona 2 gr
- Metamizol 2gr + hioscina 20mg cada 8 horas
- Ranitidina 50mgcada 8 horas
- s/s pre quirúrgicos, EKG
- sonda nasogástrica
- pasa a manejo de cirugía general para preparación para SOP

Informe quirúrgico

- Diagnóstico preoperatorio: Obstrucción Intestinal
- Operación propuesta: Vólvulo del Sigmoides
- Operación: Laparotomía exploratoria (LAPE) +sigmoidectomía+ anastomosis termino terminal + lavado de cavidad + dren laminar
- Descripción del procedimiento: Incisión mediana ampliada, se ingresa hasta cavidad abdominal, se encuentra sigmoides rotado 360° con fusión de mesenterio.
- Hallazgos operatorios: Dolicosigmoides rotado 360° sobre propio meso

Tratamiento post operatorio inmediato:

- NPO

- . Dextrosa 5% + 1 Hipersodio --- 2 frasco
- . Metronidazol 500mg cada 8 horas
- . Metamizol 2 gr cada 24 horas
- . Ketorolaco 60mg cada 8 horas
- . Ranitida 50 mg cada 8 horas
- . Metoclopramida 10 mg cada 8 horas
- . CFV + BHE + OSA

PO1 LAPE + Sigmoidectomía+ anastomosis T-T + lavado de cavidad + dren lamina por vólculo del sigmoides, paciente refiere dolor en sitio operatorio y dolor en hemiabdomen izquierdo de moderada intensidad. Al examen dirigido abdomen presenta ligera distensión, herida operatoria con gasa limpia, dren laminar + bolsa de colostomía con contenido fecaloideo, RHA+

Plan: aumentar analgesia y continuar resto de indicaciones

PO2 LAPE + Sigmoidectomía+ anastomosis T-T + lavado de cavidad + dren lamina por vólculo del sigmoides: paciente refiere que dolor en sitio operatorio y dolor en hemiabdomen izquierdo disminuyo en intensidad. Al examen dirigido abdomen presenta ligera distensión, herida operatoria abierta con gasa con mancha hemática, dren laminar con secreción serohemática 70cc + bolsa de colostomía, RHA++

Plan: continuar antibiótico terapia

PO3 LAPE + Sigmoidectomía+ anastomosis T-T + lavado de cavidad + dren lamina por vólculo del sigmoides: paciente refiere dolor leve a la palpación en hemiabdomen, realizó deposiciones, eliminó flatos. Al examen dirigido abdomen con herida operatoria en buen estado, dren laminar y bolsa de colostomía con contenido serohemático 60cc en 24 horas, RHA+

Plan: continuar antibioticoterapia

PO4 LAPE + Sigmoidectomía+ anastomosis T-T + lavado de cavidad + dren lamina por vólvulo del sigmoides: paciente refiere dolor leve a la palpación en abdomen, sensación de náuseas, realizó deposiciones y elimina flatos. Al examen dirigido abdomen con herida operatoria en buen estado, dren laminar y bolsa de colostomía con contenido serohemático 70cc en 24 horas, RHA+

Plan: continuar antibioticoterapia y deambulación

PO5 LAPE + Sigmoidectomía+ anastomosis T-T + lavado de cavidad + dren lamina por vólvulo del sigmoides: paciente refiere dolor a la palpación en abdomen, difuso, realiza deposiciones y elimina flatos. Al examen dirigido abdomen con herida operatoria en buen estado, dren laminar y bolsa de colostomía con contenido serohemático 55cc en 24 horas, RHA+

Plan: continuar antibioticoterapia, tolerancia oral.

PO6 LAPE + Sigmoidectomía+ anastomosis T-T + lavado de cavidad + dren lamina por vólvulo del sigmoides: paciente refiere dolor leve a la palpación profunda, realizó deposiciones, eliminó flatos, deambula, toleró a vía oral. Al examen dirigido abdomen con herida operatoria en buen estado, dren laminar y bolsa de colostomía con contenido serohemático 50cc en 24 horas, RHA+

Plan: continuar antibioticoterapia, completar antibioticoterapia, posibilidad de alta mañana

PO7 LAPE + Sigmoidectomía+ anastomosis T-T + lavado de cavidad + dren lamina por vólvulo del sigmoides: paciente refiere dolor mínimo a la palpación profundidad, realizó deposiciones, eliminó flatos, tolera vía oral. Al examen dirigido abdomen con herida operatoria en buen estado, dren laminar y bolsa de colostomía con contenido serohemático 50cc en 24 horas, RHA+

Plan: se indica retiro de dren laminar, alta médica con indicaciones

Indicaciones de alta: 09-02-2022

- Dieta blanda
- Paracetamol 500mg cada 8 horas por 3 días

- . Curación de herida diaria en centro de salud
- . Control por consultorio externo de cirugía general en 7 días

## **1.2 Ginecología y obstetricia**

Durante esta rotación, se evalúa a la mujer con patologías ginecológicas. Se realiza el examen correspondiente y el manejo adecuado, considerando que hay patologías que van a requerir manejo médico y otras el manejo quirúrgico. Es importante realizar una entrevista al paciente y el examen físico al momento del ingreso para el correcto llenado de la historia clínica, y de esta manera solicitar los exámenes auxiliares y de imágenes que sean necesarios para un manejo adecuado.

Se interviene con la supervisión del médico de guardia en procedimientos tales como especuloscopia, biopsias, etc. así como la participación en las cirugías ginecológicas y realizar el seguimiento post quirúrgico.

En la rotación de obstetricia, nos enfocamos en el manejo integral de la gestante con la finalidad de asegurar el bienestar materno fetal antes, durante y después del embarazo.

Para lograr lo antes expuesto es importante una evaluación minuciosa de la gestante mediante un adecuado examen físico, tacto vaginal, monitoreo fetal, ecografías obstétricas.

Además, se observan las patologías más comunes, así como el manejo de las emergencias obstétricas tales como hemorragias, amenazas de aborto, trastornos hipertensivos.

Se participa de forma activa y supervisada en la atención durante el trabajo de parto eutócico y por cesárea según sea el caso, también colaboramos en

procedimiento menores como por ejemplo AMEU, legrado uterino, curaciones de heridas post operatorias, entre otros.

## **Casos clínicos ginecología y obstetricia**

### **Caso 5: Cáncer de cérvix**

Paciente: ECC      Edad: 44 años      Sexo: Femenino

Reacción adversa a medicamentos: niega

Antecedentes patológicos: Niega

Antecedentes ginecológicos

FUR: a los 12 años      Menopausia: No corresponde

IRS: 16 años      FUR: 10/07/19(uso de implante) RC: Irregular

FO: G4P4014      EG: No corresponde      PIG: No corresponde

MAC: Implante (2019)      PAP: año 2019

Cirugías previas: Hernioplastia por hernia umbilical hace 6 años

Fecha de ingreso: 05-02-2022

Tiempo de enfermedad: 2 meses aproximadamente      Inicio: insidioso

Curso: progresivo

Motivo de ingreso: Paciente refiere presentar desde hace 2 meses aproximadamente sangrado transvaginal en mínima cantidad, acompañado de dolor pélvico. El sangrado aumenta en cantidad desde hace 3 días, además la paciente señala que siente un olor fétido, por lo que decide acudir de emergencia al hospital Antonio Lorena.

Funciones biológicas

- apetito: conservado
- sed: conservado
- sueño: conservado
- orina: ritmo conservado    aspecto: rojizo
- deposiciones: ritmo sin alteraciones

Al examen físico

PA: 110/70 mmHg    FC: 94 lpm    FR: 18 rpm    T° 36 °C      Sat 93%

- Aspecto general: Despierta, en AREG, AREN, AREN
- Piel y mucosas: tibia, elástica, llenado cap<2", mucosas rosadas

- Tórax: MV pasa bien por ACP, no RSA
- CV: RC rítmicos, taquicárdicos, normofonéticos, sin soplos
- Abdomen: Globoso, blando, depresible, RHA presentes, no doloroso.
- GU: se observa sangrado de color rojo oscuro en regular cantidad
- TV: se palpa tumoración cervical de consistencia dura, ulcerada con sangrado rojo oscuro, y olor fétido
- SNC: LOTEPE, no focalizaciones ni signos meníngeos, EG 15/15

#### Impresión Diagnóstica:

1. Hemorragia uterina anormal D/C tumor maligno de cérvix

#### Plan:

- Hospitalizar en ginecología
- control de sangrado
- Se solicita hemograma completo, grupo y factor, glucosa, urea, creatinina, perfil de coagulación
- Se solicita ecografía transvaginal

#### Indicaciones

- Dieta completa + LOAV
- Reposo absoluto
- NaCl 9% 1000cc como vía
- Ácido tranexámico 1 gr cada 8 horas EV
- Taponamiento vaginal
- I/C a cirugía oncológica
- Reevaluación con resultados
- Control de sangrado

#### Exámenes auxiliares

- Exploración con espéculo: Se observa tumoración ulcerada de 4x4cm sangrante, de aspecto verrucoso
- Laboratorio: hemoglobina: 12.5, hematocrito: 38%, plaquetas: 327000, leucocitos:13010, TTP: 13.7", TTPA: 30.3", INR: 1.01, fibrinógeno:380.00 grupo y factor: o+
- Examen completo de orina: normal
- Pruebas rápidas VIH, SÍFILIS, HEPATITIS B: no reactivas
- Ecografía obstétrica:

Útero: AVF

Dimensiones: L 88.83 T: 29.14 AP:29.91

Miometrio: homogéneo

Endometrio: 3.08 línea endometrial

Ovarios derecho e izquierdo: no se observan

Fondo de saco: libre de líquido

Nota: masa que compromete cérvix de 38 x 53 mm

Conclusión: tumoración cervical de etiología a determinar

#### Hospitalización

- 05-02-22 Dia 1 de hospitalización: Paciente refiere sangrado transvaginal en mínima cantidad de color rojo oscuro, no refiere otra molestia. Al examen físico:

GU: se observa sangrado escaso color rojo oscuro

Resto de sistemas sin alteraciones.

Nota: Se evalúa a paciente para posibilidad de tapón vaginal, no se muestra sangrado activo actualmente, por lo que no es necesario colocación de tapón.

Dx.

1.- Sangrado uterino anormal

2.- d/c tumor maligno de cuello uterino

Plan: continuar con indicaciones e interconsulta a cirugía oncológica

- 06-02-22 Dia 2 de hospitalización: Paciente despierta, refiere disminución del sangrado transvaginal, y no refiere otra molestia. Al examen físico dirigido se observa manchas de sangre rojo oscuro en genitales, no se observa sangrado activo.

Dx.

1.- Sangrado uterino anormal en resolución

2.- d/c tumor maligno de cuello uterino

Pendiente: interconsulta a cirugía oncológica

Plan: continuar indicaciones

- 07-02-22 Dia 3 de hospitalización: Durante la evaluación, la paciente refiere muy escaso sangrado, no refiere otra molestia.  
Al examen físico dirigido: GU: restos hemáticos en genitales externos  
Paciente con evolución estacionaria, a la espera de respuesta de interconsulta cirugía oncológica  
Dx.  
1.-Hemorragia uterina anormal resuelta  
2.- d/c ca de cérvix  
Plan: continuar indicaciones y realizar i/c a cirugía oncológica
- 08-02-22 Dia 4 de hospitalización: paciente durante la evaluación refiere dolor abdomino-pélvico de leve intensidad, no indica otra molestia.  
Al examen físico dirigido:  
Abdomen: globoso, blando, depresible, RHA+, doloroso a la palpación profunda en región abdomino-pélvica  
GU: no se evidencia sangrado activo  
TV: cuello uterino y cara anterior de vagina hasta  $\frac{1}{3}$  medio de textura acartonada.  
08-02-22 Cirugía oncológica: paciente actualmente en regular estado general, no se observa sangrado activo, al tacto vaginal lesiones compatibles con ca de cérvix en estadio IIB, no tributaria de cirugía.  
  
Sugerencias: alta médica y evaluación por consultorio externo de medicina oncológica y radioterapia oncológica para tratamiento.
- 09-02-33 Dia 5 de hospitalización: paciente en AREG, AREH, AREN.  
Refiere leve dolor en región abdomino-pélvica, no refiere otra molestia.  
Al examen físico dirigido: GU: no se evidencia sangrado activo.  
Dx.  
1.- Hemorragia uterina anormal resuelta  
2.- Ca de cérvix estadio IIB  
Paciente en condición de alta por el servicio de ginecología para evaluación por consulta externa de medicina oncológica y radioterapia.

Plan:

- alta médica
- evaluación por consultorio externo de medicina oncológica
- evaluación por consultorio externo de radioterapia

### **Caso 6: Embarazo ectópico complicado**

Paciente: EMC    Edad: 36 años    Sexo: Femenino

Reacción adversa a medicamentos: niega

Antecedentes patológicos: niega

Cirugías previas: niega

Fecha de ingreso: 15-02-22

Tiempo de enfermedad: 5 horas aproximadamente                      Inicio: Brusco

Curso: Progresivo

Motivo de ingreso: Paciente refiere presentar desde hace 5 horas aproximadamente dolor abdominal tipo cólico, localizado en hipogastrio, niega sangrado transvaginal y pérdida de líquido.

Funciones biológicas

- Apetito: disminuido
- Sed: disminuido
- Sueño: disminuido
- Orina: ritmo conservado de aspecto transparente y color claro
- Deposiciones: ritmo conservado, de consistencia normal

Al examen físico:

PA 100/80 mmHg    FC 92 lpm    FR 20 rpm    T° 36.8 °C    Sat 94%

- Aspecto general: despierta, LOTEPE, AREG, AREN, AREH
- Piel y mucosas: rosadas, elástica, turgente, llenado capilar menor de 2 segundos.
- Tórax: sin alteraciones
- cv: sin alteraciones
- Abdomen: RHA presentes, blando depresible doloroso Blumberg +
- gu: sin alteraciones
- snc: sin alteraciones
- tv: útero y anexo dolorosos a la movilización

#### Diagnóstico:

Síndrome doloroso abdominal, a descartar embarazo ectópico  
Quiste anexial externo

#### Plan:

s/s hemograma, grupo y factor, glucosa, urea y creatinina, factores de la coagulación, BHCG cuantitativo, examen completo de orina.

Reevaluar con resultados

Se hospitaliza con resultados

#### Indicaciones:

NPO

Reposo absoluto

NaCl 0.9 % 1000 como vía clorurada.

control de funciones vitales

#### Resultados

- Laboratorio:

E.C.O: negativo.

Hb: 14.2, Hto: 39, PQ: 306, Leu: 10 029, TP: 13,5 TTPA: 31.3, INR: 0.99, G y F: O +, BHCG: 11 940.

- Imágenes:

Ecografía: ovario derecho: imagen quística bilobulada de 36,13 x 35.23 mm, en fondo de saco abundante líquido. Conclusión: D/c embarazo ectópico roto. Quiste anexial izquierdo DEA

#### Hospitalización

- 15/02/22: DH 1: Paciente refiere dolor abdominal intenso en hipogastrio y ambas fosas iliacas, en el examen físico dirigido: abdomen doloroso, signo de rebote +. Dx: embarazo ectópico roto, quiste anexial izquierdo. Plan: preparar para SOP y agregar a terapia Cefazolina.

15/02/22: 21:50 pm paciente ingresa a SOP con el diagnóstico embarazo ectópico complicado + hidrosalpinx derecho + síndrome

adherencial. Reporte operatorio: Se realizó laparotomía exploratoria + salpingectomía parcial bilateral + liberación adherencial. Hallazgos: hemoperitoneo de 800 cc aproximadamente, porción de fimbrias dilatadas sangrantes de lado izquierdo, adherencias de epiplón a cada posterior de útero, tercio proximal y distal derecho dilatados de más o menos 10 x 10 cm torcido y adherido a ovario y ligamento ancho. Muestras se envían a patología. Indicación post SOP: Ceftriaxona, Metamizol, sonda Foley permanente, control de diuresis, solicitud de hb y hto de control en 6 h.

- 16/02/22: DH 2: Paciente refiere dolor de moderada intensidad en Sitio de herida operatoria, al examen dirigido abdomen blando y doloroso, RHA presentes, herida operatoria cubierta con apósitos secos. Diagnóstico: PO1 de lape + salpingectomía parcial bilateral + adherenciolisis por embarazo ectópico complicado + hidrosalpinx derecho. Plan: continuar indicaciones.
- 17/02/22: DH 3: Paciente refiere dolor abdominal en sitio de herida operatoria, sensación nauseosa, Al examen físico: Herida operatoria sin signos de inflamación. Diagnóstico: PO2 de lape + salpingectomía parcial bilateral + adherenciolisis por embarazo ectópico complicado + hidrosalpinx derecho. Plan: continuar indicaciones.
- 18/02/22: DH4: Paciente señala que dolor en herida de sitio operatorio disminuye en intensidad. Al examen físico: Herida operatoria sin signos de inflamación. Diagnóstico: PO3 de lape + salpingectomía parcial bilateral + adherenciolisis por embarazo ectópico complicado + hidrosalpinx derecho. Plan: continuar indicaciones.
- 19/02/22: DH 5: Paciente refiere dolor leve en sitio de herida operatoria al examen físico: herida operatoria en buen estado. Diagnóstico: PO3 de lape + salpingectomía parcial bilateral + adherenciolisis por embarazo ectópico complicado + hidrosalpinx derecho. Plan: alta médica con indicaciones: Metronidazol 500 mg c/8h por 4 días, Cefuroxima 500 mg c/12 h por 2 días, control por CE de ginecología en 5 días y control en C.S en 7 días.

## **Caso 7: Preeclampsia con criterio de severidad**

Paciente: BAR

Edad: 26 años

Sexo: femenino

Reacción adversa a medicamentos: Niega

Antecedentes patológicos: embarazo ectópico 2019

Cirugía: cesárea por embarazo ectópico (2019)

Medicación habitual: niega

Fecha de ingreso: 03-02-2022

Enfermedad actual:

Tiempo de enfermedad: 10 días aproximadamente Inicio: insidioso

Curso: progresivo

Motivo de ingreso: paciente ingresa por emergencia referida del centro de salud de Kiteni-La Convención- Cusco por haber presentado desde el 20 de enero cefalea holocraneana, acompañada de aumento de volumen en miembros inferiores, su presión arterial en el centro de Salud fue de 140/90. Se decide su traslado, e ingresa al hospital Antonio Lorena por emergencia, donde registra una presión arterial de 139/90.

Antecedentes ginecológicos

Menopausia: No corresponde FUR: 16/5/21

FO: G2P0010

EG: 37.4 ss. por FUR

PIG: 3 años.

Funciones biológicas

- apetito: conservada
- sed: conservada
- sueño: alterado
- orina: ritmo habitual aumentado
- deposiciones: ritmo habitual conservado

Al examen físico en la emergencia

FC: 64 lpm FR: 19 rpm PA: 139/90 mmHg T°: 36°C SAT: 92%

- Aspecto general: Paciente despierta en REG
- Cabeza y cuello: cefalea holocraneana intensa
- Tórax: sin alteraciones

- CV: sin alteraciones
- Abdomen: grande, ocupado por útero grávido AU: 31cm LCF: 148 lpm  
DU: esporádica MF: +
- Extremidades: edema en mmii y ss izq. y derecho con fóvea ++, ROT  $\frac{2}{5}$
- TV: cérvix posterior, cuello sin modificaciones
- GU: pelvis ginecoide

#### Impresión Diagnóstica:

- 1.- Segundigesta nulípara 37.4ss x FUR
- 2.- HIE d/c preeclampsia
- 3.- Oligohidramnios
- 4.- No trabajo de parto

#### Plan:

- Se hospitaliza en maternidad
- CINA al 9% 1000cc vía endovenosa
- Control de presión arterial cada 2 horas
- Control de funciones vitales
- Solicitud de perfil de severidad
- NST
- Evaluación por médico de turno con resultados

#### Exámenes auxiliares:

- Perfil de severidad: glucosa: 84, creatinina: 0.77, urea: 31, DHL: 248, TGO: 20, TGP: 14 GGTP: 9
- Hemograma: hb: 13.9, hto: 40%, plaquetas: 264, leucocitos: 10750, grupo y factor: o+
- Ecografía obstétrica:  
Estática y vitalidad fetal: Situación L, Presentación C, Posición I, LCF: 144 lpm  
Biometría: DBP 87, CC 337, LF 73, PF 3123  
Anexos ovulares: placenta lateral izquierda, grado III/III, ILA: 30mm

## Hospitalización:

- 03-02-2022: 23:55pm: Reporte operatorio  
Dx pre operatorio: gestante de 37.4 semanas por FUR, Preeclampsia con criterios de severidad; dx post operatorio: confirmado; operación: cesárea; hallazgos: Recién nacido de sexo masculino, Apgar 7' 8', líquido amniótico claro, placenta normoinserta, sangrado de 500cc aproximadamente  
Reporte anestesiológico: Presión arterial intra sop 144/88  
Indicaciones post operatorio: NPO por 6 horas, CINA 9%+ oxitocina 20 UI, Cefazolina completar 3 dosis, metamizol, nifedipino PRN a PA>160/110 mmHg, alfametildopa, sulfato de magnesio, s/s de hb y hto control, monitoreo de PA cada 4 horas, sonda Foley permanente.
- 04-02-2022: DH 1: paciente refiere cefalea de leve intensidad, dolor en zona de herida operatoria, no presenta signos de vasoespasmo. Al examen dirigido abdomen doloroso a la palpación, herida quirúrgica cubierta con gasa, miembros inferiores edematosos ++, loquios hemáticos escasos.  
PA: 138/84 mmHg, diuresis: 120ml.  
Dx: puérpera inmediata de cesárea por preeclampsia con criterios de severidad  
hb control 12.9, hto control 36%, plaquetas: 126000  
plan: continuar indicaciones
- 05-02-2022: DH 2: paciente refiere cefalea leve, sin otras molestias. Al examen dirigido abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación, útero contraído con AU: 13cm, herida quirúrgica sin signos de inflamación, persisten edemas en mmii, genitourinarios loquios hemáticos escasos.  
PA: 128/80 mmHg  
Dx: puérpera mediata, PO2 cesárea por preeclampsia con criterios de severidad  
Plan: se suspende sulfato de magnesio, se suspende metamizol, se agrega paracetamol, retiro de sonda Foley, s/s batería de preeclampsia y control de plaquetas, el resto igual.

05-02-2022: Se reciben resultados de perfil de severidad para preeclampsia, G-U- C, TGO, TGP, DHL: dentro de rangos normales, plaquetas control; 236000

- 06-02-2022: DH 3: paciente no refiere otras molestias. Al examen dirigido abdomen blando, depresible, leve doloroso a la palpación, útero contraído con AU: 13cm, herida quirúrgica sin signos de inflamación, genitourinarios loquios hemáticos escasos.

PA: 125/80 mmHg

Dx: puérpera mediata, PO3 cesárea por preeclampsia con criterios de severidad

Plan: alta médica con indicaciones: alfametildopa por 7 días, paracetamol por 3 días, control en centro de salud en 5 días.

### **Caso 8: Aborto incompleto**

Paciente: RQO      Edad: 26 años      Sexo: Femenino

Reacción adversa a medicamentos: niega

Antecedentes patológicos: Niega

Antecedentes ginecológicos

FUR: a los 13 años      Menopausia: No corresponde

IRS: 15 años      FUR: 15/01/22      RC: Irregular

FO: G2P1011      EG: No refiere      PIG: 7 años

MAC: No      PAP: nunca

Fecha de ingreso: 17-02-2022

Tiempo de enfermedad: 2 semanas      Inicio: insidioso      Curso: progresivo

Motivo de ingreso: Paciente referida del CS de Acomayo que afirma presentar sangrado transvaginal desde hace 2 semanas, aproximadamente, en mínima cantidad, el cual se ha intensificado notablemente desde hace 3 días, por lo que decide acudir al centro de salud, y de ahí es referida de emergencia al hospital Antonio Lorena.

Funciones biológicas

- apetito: conservado
- sed: conservado
- sueño: conservado
- orina: sin alteraciones      aspecto: normal

- deposiciones: ritmo sin alteraciones

Al examen físico

PA: 110/70 mmHg    FC: 94 lpm    FR: 18 rpm    T° 36 °C    Sat 93%

- Aspecto general: Despierta, en REG, REN, REN
- Piel y mucosas: palidez marcada, tibia, llenado cap<2'', mucosas pálidas
- Tórax: MV pasa bien por ACP, no RSA
- CV: RC rítmicos, taquicárdicos, no soplos
- Abdomen: blando, depresible, RHA presentes, no doloroso.
- GU→TV: cuello central, OCE OCI abiertos, sangrado leve rojo oscuro
- SNC: LOTEPE, no focalizaciones ni signos meníngeos, EG 15/15

Impresión Diagnóstica: Aborto incompleto

Plan:

- Hospitalizar en ginecología
- Se solicita hemograma completo, grupo y factor, glucosa, urea, creatinina, perfil de coagulación

Indicaciones

- DC+LOAV
- CINA 9% 1000cc EV
- Legrado Uterino en ginecología

Exámenes auxiliares

- Laboratorio: hemoglobina: 5.9, hematocrito: 18%, plaquetas: 371000, leucocitos:11014, TTP: 13.5'', TTPA: 37.6'', INR: 0.99, fibrinógeno:438.00 grupo y factor: o+
- Ecografía obstétrica:  
 Útero: AVF  
 Dimensiones: L 82mm T: 47mm AP:52mm  
 Miometrio: heterogéneo  
 Ovarios derecho e izquierdo: normales  
 Fondo de saco: libre  
 Conclusión: aborto incompleto

## Hospitalización

- 17-02-2022: DH 1: pacientes estables, se realiza Legrado Uterino  
Reporte de Legrado uterino 22:00 pm  
Dx pre operatorio: aborto incompleto  
Dx post operatorio: aborto incompleto confirmado  
Procedimiento: legrado uterino (LU)  
Hallazgos: restos trofoblásticos abundantes sin mal olor, durante procedimiento sangrado de 20cc.  
Plan post LU: DC+LOAV, CINA como vía 1000cc, control estricto de sangrado vaginal.
- 18-02-2022: DH 2: paciente refiere pasar la noche tranquila, refiere dolor abdominal. Al examen dirigido abdomen blando, depresible, RHA+, dolor leve a la palpación profunda. GU: no se evidencia sangrado vaginal activo.  
Dx: 1) PO1 de legrado uterino por aborto incompleto  
2) Anemia severa  
Plan: DC+LOAV, CINA como vía 1000cc, control de sangrado vaginal, s/s paquete globular  
18-02-2022: Se realiza transfusión de un paquete globular a las 12pm.  
Se solicita hb y hto control en 6 horas  
18-02-2022: se reciben resultados de hb control 7.2 gr/dL y hto 21%
- 19-02-2022: DH 3: paciente no refiere dolor abdominal, no refiere otra molestia. Al examen físico dirigido no presenta dolor abdomino-pélvico, no se evidencia sangrado transvaginal.  
Dx: 1) PO2 de legrado uterino por aborto incompleto  
2) Anemia severa  
Plan: DC+LOAV, se agrega hierro sacarato 2 ampollas diluidas en 400cc de NaCl 9%, resto de indicaciones igual.
- 20-02-2022: DH 4: paciente no refiere molestias, pasó la noche tranquila. Al examen físico dirigido piel: palidez leve, llenado cap<2'', mucosas rosadas. GU: no se evidencia sangrado.  
hb control: 9 gr/dL.  
Dx: 1) PO3 de legrado uterino por aborto incompleto  
2) Anemia moderada en resolución

Plan: alta médica con indicaciones, sulfato ferroso 500 mg cada 24 horas por 30 días, control por consultorio externo en 7 días.

### **1.3 Pediatría y neonatología**

La rotación por pediatría y neonatología comprendió las áreas de emergencia pediátrica, hospitalización pediátrica, atención inmediata del recién nacido y patologías neonatales.

En emergencia pediátrica, se realiza la evaluación, diagnóstico y manejo oportuno de las patologías más frecuentes, tales como vómitos, enfermedad diarreica aguda, crisis asmática, convulsiones, fiebre, aspiración o ingesta de cuerpos extraños, patologías respiratorias agudas como bronquiolitis, neumonías o rinofaringitis. También se comunica a los padres, de forma asertiva, el plan a seguir para el manejo adecuado del paciente.

En los pisos de hospitalización pediátrica, se acompaña en la visita médica junto con el médico de guardia, donde se realiza el seguimiento de la evolución del paciente y se define el plan a seguir para el manejo de la patología, se realiza la historia clínica, muchas veces de forma indirecta, con información brindada por los padres. También se solicita exámenes auxiliares que apoyen al diagnóstico, de ser necesario solicitar interconsultas a los demás servicios, y al momento del alta realizar la epicrisis, e indicaciones al alta.

En atención inmediata del recién nacido, se recibe, atiende y evalúa al recién nacido, lo que incluye realizar APGAR al minuto y a los cinco minutos, estimar la edad gestacional por Capurro, garantizar un adecuado periodo de adaptación. También se realiza la antropometría, se colocan las vacunas de recién nacido, profilaxis y tamizaje neonatal. Además, se evalúa la necesidad de hospitalización o si pasará a alojamiento conjunto.

En hospitalización neonatal, se ve el manejo de las patologías neonatales más frecuentes como asfixia neonatal, ictericia, taquipnea transitoria, cardiopatías congénitas, sepsis neonatal y se acompaña en la visita médica y vigilar la evolución, así como definir un plan de acción oportuno.

## **Casos clínicos pediatría**

### **Caso 9: Rash dérmico**

- Filiación: Paciente varón de 1 año, natural de Iquitos
- Enfermedad actual

TE: 4 días

Inicio: insidioso

Curso: Progresivo

Madre de paciente refiere que desde 4 días antes del ingreso, nota que hijo presenta lesiones puntiformes eritematosas en todo el cuerpo que con el pasar de las horas se vuelven habones, y nota aumento de volumen de piernas, motivo por el cual acude a CC. SS donde le dan tratamiento con Clorfenamina y es dado de alta, sin embargo, las lesiones persisten, por lo que al día siguiente vuelve al CC. SS y se hospitaliza. Madre refiere que es dado de alta, pero que lesiones no desaparecen, y persiste aumento de volumen de piernas y cara, por lo que decide acudir por EMG de la institución.

- Antecedentes
  - Antecedentes patológicos: hace 2 semanas recibió tratamiento con Amoxicilina/clavulánico + Ibuprofeno por 7 días por amigdalitis aguda.
  - Antecedentes quirúrgicos: niega
  - RAMS: niega
- Medicación habitual: niega
- Funciones biológicas

- Apetito: Disminuido
- Sed: Conservado
- Sueño: Conservado
- Orina: Sin alteraciones
- Heces: Sin alteraciones
- Peso: Conservado

#### Examen físico

Peso: 9.2g      Talla: 0.70m      FC: 94 lpm      FR:32 rpm      T36.5°C  
SAT:98%

Aspecto general: Aparente regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado de nutrición, ventilando espontáneamente.

- Piel y mucosas: Piel tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos, se evidencia lesiones eritematosas en todo el cuerpo tipo habones.
- TCSC: no edemas
- Linfático: no se palpan adenopatías
- Cabeza: Normocéfalo
- Cuello: Cilíndrico, móvil, no se palpan adenopatías
- Tórax y pulmones: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: RHA presentes, blando, depresible, globuloso, no doloroso a la palpación superficial ni profunda

- Extremidades: moviliza 4 extremidades
- Neurológico: Dormido, despierta al estímulo, no signos meníngeos.

Impresión diagnóstica:

- Urticaria refractaria al tratamiento

Plan

- Se solicita hemograma completo
- Clorfenamina maleato 10 mg ampolla
- Dexametasona fosfato sódico 4 mg ampolla

Resultados

- Hemograma: hemoglobina 11.6 g/dl, leucocitos 11.44  $10^3/uL$ , segmentados 30%, resto de hemograma dentro de valores normales.

Se tramita hospitalización a cargo de pediatría

Hospitalización:

Paciente con erupción dérmica. Al examen se encuentra afebril, tolera vía oral, diuresis conservada, no signos de hipoperfusión, hidratado. Presenta lesiones eritematosas, elevadas, que desaparecen a la digitopresión, tipo ronchas y habones en cuerpo y extremidades. Un murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos. Abdomen blando, depresible, no visceromegalia.

Conclusión: Urticaria

Plan:

- Se solicita interconsulta con dermatología y alergia
- Alimentación complementaria III hipoalergénica + líquidos a voluntad

- Dextrosa 5% AD 1000 cc + ClNa 20% 20 cc + ClK 20% 10cc—  
pasar a 25 cc/hora
- Clorfenamina 1.2 mg EV cada 8 horas
- Ranitidina 10 mg EV cada 8 horas
- Metilprednisolona 12 mg EV cada 6 horas
- Cetirizina 3 ml VO cada 24 horas
- CFV + BHE

Respuesta de Dermatología: paciente con antecedente de ingesta de Amoxicilina e Ibuprofeno presenta habones generalizados, escasas lesiones en dorso y dermatografismo sintomático. Diagnóstico: urticaria a medicamentos Penicilinas y AINES. Plan: rotar a medicación oral de Cetirizina por 14 días, Prednisona 15 mg/5ml 2.5 cc 8 am y 1 cc 4pm, por 4 días, luego 2.5 cc 8 am por 4 días y 1.5 cc 8 am por 3 días.

Respuesta de Alergia e inmunología: Paciente cursó con amigdalitis una semana previa a la urticaria, y recibió tratamiento con Amoxicilina/clavulánico + Ibuprofeno, los fármacos usados para el manejo de la amigdalitis podrían ser los causantes del proceso actual, no se asocia a ingesta de alimentos y es el primer episodio. La urticaria aguda puede durar hasta 6 semanas. Plan: continuar con tratamiento indicado, se puede adicionar Levocetirizina en gotas (13 gotas por la mañana), solicitar inmunoglobulina E y panel de alergia, utilizar lipikar sindet durante el baño, aplicar lipikar fluide luego del baño, luego se le da de alta control por consultorio externo.

#### Resultados

- Ig E: 23.7 IU/ml
- Panel de alergias: alergia a leche de vaca

Luego de 3 días hospitalizado, cursa con evolución favorable, las lesiones eritematosas son escasas y se decide darle alta con indicaciones médicas.

## Caso 10: Diarrea disentérica aguda

- Filiación: Paciente varón de 3 años, natural de Lima
- Enfermedad actual

TE: 2 días

Inicio: Insidioso

Curso: Progresivo

Madre de paciente refiere que su niño inicia aproximadamente dos días antes del ingreso un cuadro caracterizado por fiebre de 39.9°C, asociado a deposiciones líquidas con moco y sangre, hasta en 7 oportunidades, hasta el día que llega al Centro de Salud por vómitos en 2 cámaras, motivo por el que acude a EMG de la institución.

- Antecedentes
  - Antecedentes patológicos: niega
  - Antecedentes quirúrgicos: niega
  - RAMS: niega
- Medicación habitual: niega
- Funciones biológicas
  - Apetito: Disminuido
  - Sed: Aumentada
  - Sueño: disminuido
  - Orina: Sin alteraciones
  - Deposiciones: Líquidas con moco y sangre
  - Peso: Conservado

Examen físico

Peso: 11.5g    Talla: 0.70m    PA: 90/60 mmHg    FC: 125 lpm    FR:36 rpm  
T 36.5°C    SAT:98%

Aspecto general: Aparente regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado de nutrición. Luce deshidratado

- Piel y mucosas: Piel tibia, poco hidratada, poco elástica. Llenado capilar < 2 segundos.
- TCSC: no edemas
- Linfático: no se palpan adenopatías
- Cabeza: Normocéfalo
- Ojos: hundidas, escleras claras, pupilas CIRLA
- Cuello: Cilíndrico, móvil, no se palpan adenopatías
- Tórax y pulmones: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, taquicárdicos.
- Abdomen: RHA presentes, blando, depresible, globuloso, no doloroso a la palpación superficial ni profunda
- Extremidades: moviliza 4 extremidades
- Neurológico: Poco reactivo a estímulos, no signos meníngeos, no focalización.

Impresión diagnóstica:

- Diarrea posible origen infeccioso
- Síndrome febril
- Síndrome emético
- Deshidratación moderada

## Plan

- Se solicita hemograma completo, PCR, reacción inflamatoria en heces, rotavirus – látex, campilobacter, coprocultivo.
- Solución polielectrolítica 1 litro pasar a 230 cc EV en 1 hora, luego 90cc por hora
- Omeprazol 12 mg EV
- Dimenhidrinato 12 mg EV
- Metamizol 350 mg EV

## Resultados

- Hemograma: Hb 11.5 g/dl, leucocitos  $5.45 \cdot 10^3$  /uL, abastionados 13%, segmentados 55%, resto de hemograma dentro de valores normales
- PCR: 308.47 mg/L
- Rotavirus y Adenovirus: negativo
- Reacción inflamatoria: Diarreica, moco ++, > 100 leucocitos por campo, 80% PMN, 20% mononucleares, 20-40 hematíes por campo.
- Campilobacter: negativo

Se tramita hospitalización a cargo de pediatría

## Hospitalización

Paciente con diarrea aguda infecciosa disentérica permanece afebril, y con dolor abdominal, se encuentra despierto, mucosa oral húmeda, en pulmones murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, ruidos cardiacos rítmicos. En abdomen, ruidos hidroaéreos aumentados, abdomen blando, depresible.

Plan:

- Dieta blanda sin residuo a tolerancia = líquidos a voluntad
- Dextrosa 5% AD 1000 cc + CNa 20% 20 cc + ClK 20% 10 cc--- 25 cc/hora
- Omeprazol 12 mg EV cada 24 horas
- Ceftriaxona 500 mg EV cada 12 horas
- Dimenhidrinato 12 mg EV condicional a vómitos
- SPE reponer pérdidas por diarrea volumen a volumen EV
- Simeticona 24 gotas VO cada 8 horas
- Oxido de zinc en crema región perianal en cada cambio de pañal
- CFV + BHE

Resultado de coprocultivo: negativo

Luego de 2 días hospitalizado, paciente con evolución favorable, tolera vía oral, permanece afebril, deposiciones en escaso volumen y menos frecuentes. Se decide darle de alta con indicaciones médicas.

### **Caso 11: Pancreatitis aguda en pediatría**

Paciente: MMM    Edad: 13 años    Sexo: Femenino

Reacción adversa a medicamentos: niega

Antecedentes patológicos: niega

Cirugías previas: quistectomía laparoscópica

Fecha de ingreso: 31-01-22

Tiempo de enfermedad: 2 semanas aproximadamente    Inicio: insidioso

Curso: Progresivo

Motivo de ingreso: Madre refiere que su hija presentó dolor abdominal hace aproximadamente 2 semanas, acudió al C.S. de Anta, donde le indicaron analgésicos endovenosos Amoxicilina y Omeprazol. Con estos medicamentos

remitió el cuadro clínico por lo que solo los tomó por 3 días.

Hace 5 días vuelve a presentar dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho de gran intensidad que se irradiaba a la espalda, acompañado de hiporexia, por lo cual la madre decide darle Omeprazol y Gaseovet por 5 días, con lo que el dolor vuelve a ceder.

Sin embargo, cuatro horas antes del ingreso, dolor abdominal reaparece en mayor intensidad y se añade sensación de náuseas y vómitos postprandiales hasta en diez ocasiones, motivo por el cual la madre decide traerlo de emergencia a HAL.

Funciones biológicas

- Apetito: disminuido
- Sed: conservada
- Sueño: conservado
- Orina: ritmo conservado
- Deposiciones: ritmo conservado, de consistencia normal

Al examen físico:

PA 90/70 mmHg FC 70 lpm FR 20 rpm T° 36°C Sat 92%

- Aspecto general: AREG, AREN, AREH
- Piel y mucosas: tibia, turgente, llenado cap < 2 segundos
- tórax: mv audible en ambos campos pulmonares, no ruidos sobreagregados
- cv: ruidos cardíacos rítmicos, normofonéticos, no soplos
- abdomen: simétrico, RHA presentes, blando, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho. Murphy +
- gu: puntos renoureterales altos positivos
- snc: despierta, orientada en tiempo espacio y persona.

Diagnóstico:

síndrome doloroso abdominal

dc abdomen agudo quirúrgico

dc colecistitis

Plan:

pasa a observación

NPO

Nacl 0.9% 1000 ev en 12 horas

ranitidina 50 mg ev c/ 8 h

hioscina + metamizol + dimenhidrinato ev stat

s/s hemograma, grupo y factor, glucosa, urea y creatinina, factores de la coagulación, PCR, PCT, amilasa, lipasa perfil hepático, examen completo de orina

Reevaluar con resultados

cfv + osa + bhe

### Resultados

- Laboratorio:

E.C.O: 1 - 2 por campo.

amilasa= 2839 lipasa= 8104 PCR= 0.5 PCT= 0.21

Hb: 15.9g/dL, PQ: 341000, Leu: 16 000, segmentados = 85, TGO= 58, TGP: 34 TP:15.7 TTPA: 36, INR: 1,17 G y F: O + BT: 1.15 BI: 0.42 BD:0.7

- Observación día 1: se reevalúa con resultados de laboratorio, donde se observa un incremento de las enzimas pancreáticas, además leucocitosis, y se sospecha de un probable proceso infeccioso. Impresión diagnóstica: 1 Pancreatitis aguda, 2 litiasis biliar por antecedente, se solicita Ecografía
- Observación día 2: 01/2/22 Paciente refiere que pasó la noche tranquila, no presentó vómitos ni alza térmica, persiste el dolor abdominal al examen físico dirigido: abdomen blando depresible doloroso a la palpación, RHA presente. Plan: se solicita perfil lipídico, control de hemograma completo, efectivizar ecografía abdominal y se hospitaliza en pediatría.

### Hospitalización

- 01/2/22: DH 1 ingresa a servicio de pediatría, se reciben resultados de ecografía: vesícula biliar 75 x 42 mm, paredes engrosadas, se observan múltiples imágenes litiasis en su interior que proyectan sombra acústica sobre el interior: impresión diagnóstica: colecistitis crónica calculosa

- 02/2/22: DH 2 paciente refiere que dolor abdominal disminuyó de intensidad, no refiere otras molestias. diagnósticos: síndrome doloroso abdominal, pancreatitis aguda, colecistitis crónica calculosa. Plan: dieta líquida amplia, Nacl 0.9 % como vía, Metamizol PRN, Ranitidina, control de funciones vitales más observancia de signos de alarma y balance hidroelectrolítico.
- 03/2/22: DH 3 Paciente refiere no tener dolor abdominal, ni otras molestias. tolera dieta líquida. Diagnóstico: pancreatitis aguda, colecistitis crónica calculosa. Plan: dieta blanda hipograsa 3 raciones más líquidos orales a voluntad, Nacl 0.9 % como vía, Metamizol PRN, Ranitidina, control de funciones vitales más observación de signos de alarma y balance
- 04/2/22: DH 4 paciente refiere no tener dolor, tolera vía oral. Diagnósticos: pancreatitis aguda en resolución, colecistitis crónica calculosa. Plan: dieta blanda hipograsa 3 raciones más líquidos orales a voluntad, Nacl 0.9 % como vía, metamizol PRN, ranitidina, control de funciones vitales más observación de signos de alarma y balance hidroelectrolítico. Se solicita lipasa, amilasa, PCR, hemograma completo, perfil hepático.
- 05/2/22 DH 5 paciente estar asintomática, Diagnósticos: pancreatitis aguda resuelta, colecistitis crónica calculosa, se reciben resultados amilasa: 81, lipasa = 50, DHL= 163 BT= 0.99 BI= 0.27 PCR= 0.4 TGO= 31 TGP= 31 Hb= 15,7 hto= 44, Leu= 3075, PQ= 334 000 Plan: I/C a cirugía pediátrica y ecografía abdominal.

05/2/22 10 am se recibe informe ecográfico: vesícula biliar con pared de 3 mm, mide 47 x 20 mm se aprecia múltiples litos menores a 6 mm, diámetro portal y colédoco= 3.8, pendiente ic a cirugía pediátrica.

- 06/2/22D DH 6 Paciente refiere estar asintomática, ic a cirugía pediátrica: sugiere reevaluar por emergencia para manejo quirúrgico. Diagnóstico: pancreatitis aguda resuelta, litiasis vesicular. Plan: alta médica con indicaciones: ranitidina + hioscina y acudir a medicina por emergencia el 10/2/22 para SOP por cirugía pediátrica.

## Caso 12: Convulsión febril

Paciente: ROA      Edad: 3 años      Sexo: Femenino

Reacción adversa a medicamentos: niega

Antecedentes patológicos: niega

Cirugías previas: niega

Fecha de ingreso: 19-02-22

Tiempo de enfermedad: 15 minutos      Inicio: brusco      Curso: Progresivo

Motivo de ingreso: padre y madre trae a escolar en estado de inconsciencia, refieren retroversión ocular con movimientos tónico clónicos generalizados de corta duración.

Al examen físico:

FC 99 lpm      FR 20 rpm      T° 38°C      Sat 99%

- Aspecto general: AREG, AREN, AREH paciente dormida
- Piel y mucosas: tibia, turgente, llenado cap < 2 segundos
- Amígdalas congestivas, orofaringe congestiva eritematosa, estridor laríngeo.
- Tórax: roncus rales finos bilaterales, no sibilantes, mv audible en ATH
- cv: ruidos cardiacos rítmicos, normofonéticos, no soplos
- abdomen: simétrico, planos, RHA presentes.

Diagnóstico:

dc convulsión febril

amigdalitis aguda

Plan:

Prueba COVID 19 a ella y a familiar

Pasa a observación

NPO

Nacl 0.9% 700 cc en 12 horas

Diazepam 5 mg PRN a convulsión EV lento y diluido.

Paracetamol cada 6 horas

Oxígeno para Sat entre 88 y 96 %

Cabecera en 45°

s/s hemograma, PCR, PCT, electrolitos séricos, HGT C/ 8 horas, IC a Neurología.

Reevaluar con resultados  
cfv + osa  
Examen completo de orina

Laboratorio:

Electrólitos séricos: Na = 141, K= 4.6, Ca= 1.15 Cl= 108.4 PCR= 0.4  
PCT= 0.25 Lactato= 3.61

Hb: 14.8g/dL Hto 42% PQ 334000 Leu: 15 000

- 19-02-2022 Observación: Madre de la paciente refiere que su hija se muestra somnolienta, con sensación de náuseas hasta en tres oportunidades, luego mejora, responde a estímulos externos, no posee cuadro convulsivo, afebril. Diagnóstico: descartar convulsión febril, amigdalitis aguda. Plan: pendiente ir a neurología, observación de signos de alarma por 6 horas.
- 19-02-2022 evolución: Paciente no volvió a presentar cuadro convulsivo, tampoco presentó signos de alarma, afebril a la evaluación, al cumplir 6 horas en observación de emergencia, médico de turno decide darle el alta médica, se dan indicaciones. Se explica a los padres que es necesario regresar a la emergencia en caso presente signos de alarma, y se recomienda evaluación por neurología por consultorio externo.

#### **1.4 Medicina Interna**

En la rotación de medicina interna - durante la cual pasó por los servicios de emergencia y hospitalización- se atendieron a la gran mayoría de pacientes, debido a que en muchos casos implica un manejo conjunto con especialidades tanto clínicas como quirúrgicas.

En emergencia se evaluó al paciente en el momento agudo de la enfermedad, se realizó la historia clínica de emergencia, evaluación del paciente, se establece la presunción diagnóstica, se estabiliza y se ofrece el manejo

sintomático de sus dolencias hasta llegar a la causa de la enfermedad, y poder decidir el manejo específico posterior.

Como punto importante de la emergencia, está el triaje inicial, en donde tras una breve evaluación, se distingue al paciente que va a requerir manejo médico con el que requiere manejo quirúrgico, así como la valoración de prioridad según gravedad asignada a cada paciente, para uno específico y prioritario de aquellos que requieran algo más complejo y estabilización inmediata. Dentro de las patologías más frecuentes vistas en emergencia, destacan el síndrome doloroso abdominal, enfermedades diarreicas, distrés respiratorio, accidentes cerebro vasculares, crisis hipertensivas, hipoglucemias e hiperglucemias, y demás patologías crónicas reagudizadas.

En los pisos de hospitalización, se destaca el manejo de pacientes con enfermedades crónicas que presentan alguna descompensación, se realiza la historia clínica de hospitalización, se participa de las visitas médicas con el médico tratante, se supervisa la evolución del paciente y se define el plan a seguir para un manejo adecuado, se solicitan los exámenes auxiliares necesarios y las interconsultas correspondientes para un control óptimo del paciente. Dentro de las patologías que se observan con mayor frecuencia se encuentran: patologías respiratorias como neumonías, EPOC exacerbado, pancreatitis aguda, hemorragia digestiva alta y baja, insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión arterial mal controlada, diabetes mellitus descompensadas, enfermedad renal aguda o crónica, afecciones como celulitis, abscesos, infección urinaria, trastornos hidroelectrolíticos, entre otros.

También se participa de curaciones y procedimientos básicos como extracción de muestra para análisis de gases arteriales, colocación de sondas y drenajes.

## Casos clínicos medicina interna

### Caso 13: Celulitis de miembros inferiores

Anamnesis:

- Filiación: Paciente mujer de 87 años natural y procedente de Lima
- Enfermedad actual:

TE: 1 semana      Inicio: Insidioso      Curso: Progresivo

Paciente con antecedente de linfedema hace 30 años, refiere que aproximadamente una semana antes del ingreso cursa con mayor aumento de volumen en piernas, asociado a dolor intenso y secreción maloliente, motivo por el cual acude a EMG de la institución, en donde se decide su hospitalización.

- Antecedentes:
  - Antecedentes patológicos:
    - Linfedema hace 30 años
    - Gastritis
    - Artrosis
  - Antecedentes quirúrgicos
    - Cesárea hace 54 años
  - Antecedentes familiares
    - Padre: Cáncer y DM2
    - Hermano: DM2
  - RAMS: Niega
- Medicación habitual
  - Dobesilato de calcio 500 mg 1 tableta cada 12 horas

- Diosmina + Hesperidina 1 tableta cada 12 horas
- Altural 300 mg 1 tableta cada 24 horas
- Clopidogrel 75 mg 1 tableta cada 24 horas
- Espironolactona 25 mg 1 tableta cada 24 horas
- Alopurinol 100 mg 1 tableta cada 24 horas
- Funciones Biológicas
  - Apetito: disminuido
  - Sed: conservado
  - Sueño: conservado
  - Orina: conservado
  - Deposiciones: conservado
  - Peso: aumentado no cuantificado

#### Examen físico

Peso: 55kg      Talla: 1.58m      PA: 120/60 mmHg      FC: 64 lpm  
 FR:20 rpm      T36.5 °C      SAT:97%

Aspecto general: Despierta, ventilando espontáneamente, en aparente regular estado general, regular estado de nutrición y de hidratación.

- Piel y mucosas: Piel tibia, poco hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos, mucosas poco húmedas normo coloreadas
- TCSC: Edema en miembros inferiores +++/+++
- Linfático: no se palpan adenopatías
- Cabeza: Normocéfala

- Cuello: Cilíndrico, móvil, no se palpan adenopatías
- Tórax y pulmones: MV pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: RHA presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación
- Extremidades: Miembros inferiores con gran aumento de volumen y cambios tróficos, lesiones descamativas y secreción maloliente
- Neurológico: LOTEP, Glasgow 15, no signos meníngeos, no focalización.

#### Impresión diagnóstica

- Celulitis en miembros inferiores
- Elefantiasis

#### Plan

- Se solicita: Hemograma, PCR, creatinina, procalcitonina
- Se hospitaliza
- Dieta blanda baja en sal
- Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas
- Ceftriaxona 2 gr EV cada 24 horas
- Clindamicina 600 mg EV cada 8 horas
- Tramadol 50 mg 1 ampolla + Dimenhidrinato 50 mg 1 ampolla cada 12 horas
- Enoxaparina 40 mg subcutánea cada 24 horas

Hemograma: Hemoglobina 10.9 g/dl, leucocitos 3 860, segmentado 63%, PCR 16.51 mg/dl, procalcitonina 0.072 ng/ml, creatinina 1.29 mg/dl.

Hospitalización:

En su tercer día de hospitalización. el médico tratante observa que el cuadro infeccioso podría estar potenciado por TVP, siendo obesa y con dismovilidad, con alta probabilidad de trombosis. Se decide cambiar Clindamicina por Doxiciclina por alto riesgo de daño renal.

Se solicita Eco Doppler venoso de miembros inferiores, e interconsulta a cirugía cardiovascular para opinión de resultados.

Resultado de Eco Doppler venoso de MMII: Linfedema en proceso crónico de piel, sistema venoso superficial y profundo derecho e izquierdo sin signos de trombosis.

Respuesta interconsulta a cirugía cardiovascular: Realizar compresión, drenaje linfático por terapia física, permanecer en decúbito dorsal y elevación de piernas en 15 grados.

Terapéutica:

- Dieta blanda volumen 1500 kcal 1800 proteínas 70 gr 5 tomas
- Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas
- Ceftriaxona 2 gr EV cada 24 horas
- Doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas
- Enoxaparina 60 mg subcutánea cada 24 horas
- CFV + BHE

Luego de 12 días hospitalizada, la paciente despierta, responde órdenes simples, indica leve dolor en miembros inferiores, sin sensación de náuseas y vómitos. Al examen: Aparente regular estado general, ventilando espontáneamente

- Piel: Edema +/-+++ con lesiones escoriativas asociada a escasa secreción en ambos miembros inferiores.
- Tórax y pulmones: MV pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: RHA presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación
- SNC: Despierta, Glasgow 15, no focalización.

Plan: alta con indicaciones médicas

Indicaciones de alta:

- Dieta blanda + líquidos a voluntad
- Esomeprazol 20 mg VO cada 24 horas por 14 días
- Doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por 7 días
- Paracetamol 1gr VO condicional a dolor
- Aspirina 100 mg VO cada 24 horas por 14 días
- Tramadol en gotas VO dar 10 gotas condicional a dolor
- Control por consultorio de geriatría en 7 días

#### **Caso 14: Insuficiencia cardiaca congestiva**

Anamnesis:

- Filiación: Paciente varón de 51 años, natural y procedente de Lima
- Enfermedad actual:

TE: 5 días    Inicio: Insidioso    Curso: progresivo

Paciente con antecedente de HTA e hipotiroidismo, refiere que 5 días antes del ingreso presenta falta de aire, cuando realiza actividades físicas a moderado esfuerzos (caminar, subir escaleras) y empeora en decúbito, asociado a dolor abdominal a predominio de epigastrio, de tipo opresivo que se irradia hacia la espalda, asociado a agotamiento. Asimismo, afirma presentar episodios repentinos de falta de aire, que en la noche lo despiertan y necesita almohadas en espalda para dormir. Por persistencia de síntomas acude por EGM a la institución, en donde tras ser evaluado se decide su hospitalización.

- Antecedentes:
  - Antecedentes patológicos
    - Hipotiroidismo diagnosticado hace año y medio
    - HTA diagnosticada hace 2 años
  - Antecedentes quirúrgicos
    - Cirugía por desprendimiento de la retina
  - Antecedentes familiares
    - Madre: HTA
  - RAMS: niega
- Medicación habitual
  - Levotiroxina 100 ug c/24 horas por la mañana
  - Losartan 50 mg c/12 horas mañana y noche
- Funciones biológicas
  - Apetito: conservado
  - Sed: conservado

- Sueño: disminuido
- Orina: Diuresis aumentada, niega molestias
- Deposiciones: sin alteraciones
- Peso: aumento no cuantificado

#### Examen físico

Peso: 99 kg      Talla: 1.75m      PA: 110/80 mmHg      FC: 85 lpm  
 FR:18 rpm      T36.1°C      SAT:98%

Aspecto general: Aparente mal estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación, ventila espontáneamente.

- Piel y mucosas: Piel tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos, mucosas poco húmedas normo coloreadas
- TCSC: Edema en miembros inferiores +/-+++
- Linfático: no se palpan adenopatías
- Cabeza: Normocéfalo
- Cuello: Cilíndrico, móvil, no se palpan adenopatías
- Tórax y pulmones: MV pasa disminuido en base de ambos campos pulmonares, crépitos en 2/3 partes inferiores de ambos hemitórax
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: RHA presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, impresiona hepatomegalia.
- Extremidades: moviliza 4 extremidades, fuerza y rango conservados.
- Neurológico: LOTEPE, Glasgow 15, no signos meníngeos, no focalización.

### Impresión diagnóstica

- ICC
- HTA
- Hipotiroidismo

### Plan

- se solicita: EKG, hemograma completo, creatinina, urea, electrolitos, glucosa, perfil hepático, gases arteriales, troponina T, examen de orina completo
- Furosemida 20 mg 1 ampolla EV

Resultado de exámenes dentro de valores normales

Se tramita hospitalización a cargo de Medicina interna

Hospitalización:

Paciente afebril, ventila espontáneamente, postura semisentada. Piel edema de MMII +/-+++, tibia, elástica. Ruidos cardiacos rítmicos no soplos audible, no galope, murmullo vesicular pasa disminuido en ambos hemitórax, crépitos en 2/3 inferiores de ambos hemitórax, abdomen blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no ascitis, neurológico dentro de parámetros normales.

Plan:

- Interconsulta a cardiología
- Se solicita ecocardiograma, Holter, perfil lipídico, proBNP, electrolitos
- Dieta blanda hiposódica
- NaCl 0.9% 1L – 15 gotas por minuto
- Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas

- Losartan 50 mg VO cada 12 horas mañana y noche
- Levotiroxina 100 ug VO cada 24 horas
- Bisoprolol 5 mg ½ tableta VO cada 24 horas

Resultados:

- proBNP: 1109 pg/ml
- Colesterol 252 mg/dl
- HDL 42 mg/dl
- Triglicéridos 114 mg/dl
- Electrolitos dentro de valores normales
- Ecocardiograma: FEVI 18%, ventrículo izquierdo dilatado severo, HTP moderada, ventrículo derecho disfuncionante, insuficiencia mitral moderada, insuficiencia aórtica moderada,

Respuesta de interconsulta de Cardiología:

- Suspender suero fisiológico
- Furosemida 20 mg 1 amp cada 8 horas EV por 2 días, luego 1 amp cada 12 horas EV, más adelante pasar a VO, cuando esté totalmente compensado.
- Suspender Losartan, esperar 36 horas e iniciar Entresto 24/26 mg media tableta cada 12 horas VO
- Bisoprolol 2.5 mg ½ tableta a las 7 am
- Espironolactona 10 mg 1 tableta cada 24 horas VO
- Empagliflozina 10 mg 1 tableta cada 24 horas VO

Luego de 6 días hospitalizado, y presentar evolución es dado de alta, con indicaciones médicas y control por consultorio externo de cardiología para estudios complementarios.

### **Caso 15: Diverticulitis aguda**

#### Anamnesis

- Filiación: Paciente mujer de 41 años, procedente de Lima
- Enfermedad actual

TE: 2 días

Inicio: Insidioso

Curso: Progresivo

EL paciente refiere que 2 días antes del ingreso inicia un cuadro de dolor abdominal de moderada intensidad 7/10, localizado en cuadrante inferior izquierdo, que no cedía a la administración de analgésicos. Ante su persistencia, acude a EMG de la institución, en donde se decide su hospitalización.

- Antecedentes
  - Antecedentes patológicos: niega
  - Antecedentes quirúrgicos:
    - Colelap hace 7 años
    - 3 cesáreas
    - Bloqueo tubárico bilateral
    - Legrado uterino
  - Antecedentes familiares: niega
  - RAMS: niega
- Medicación habitual: niega
- Funciones biológicas
  - Apetito: disminuido

- Sed: conservado
- Sueño: conservado
  - Orina: conservado
  - Deposiciones: disminuido
  - Peso: conservado

#### Examen físico

Peso: 71 kg      Talla: 1.58m      PA: 120/60 mmHg      FC: 66 lpm  
 FR:18 rpm      T 36.9 °C      SAT:95%

Aspecto general: Aparente regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado de nutrición, despierta, ventilando espontáneamente

- Piel y mucosas: Piel tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos, mucosas hidratadas normo coloreadas
- TCSC: no edemas
- Linfático: no se palpan adenopatías
- Cabeza: Normocéfalo
- Cuello: Cilíndrico, móvil, no se palpan adenopatías
- Tórax y pulmones: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: RHA presentes, blando, depresible, globuloso, no distendido. Dolor a la palpación en fosa iliaca izquierda, no signos peritoneales
- Extremidades: moviliza 4 extremidades, fuerza y rango conservados.

- Neurológico: LOTEP, Glasgow 15, no signos menígeos, no focalización.

#### Impresión diagnóstica

- Diverticulitis aguda

#### Plan

- Se solicita hemograma completo, examen completo de orina, creatinina, PCR, ecografía de abdomen completo, TEM abdomen total, interconsulta a cirugía general.
- NPO
- Dextrosa 5% 100 cc + 1 ampolla Hipersodio + 1 ampolla Kalium – 60 cc/hora
- Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas
- Ceftriaxona 2 gr EV cada 24 horas
- Hioscina/metamizol 1 ampolla EV cada 8 horas

#### Resultados

- Creatinina 0.54 mg/dl
- PCR 88.65 mg/L
- Hemograma dentro de valores normales
- Examen de orina dentro de valores normales
- Ecografía abdomen completo: en fosa iliaca izquierda asa intestinal gruesa con dolor a la ecopresión de paredes engrosadas a d/c diverticulitis
- TEM abdomen total: Páncreas con lesión quística de 8x4 mm en el segmento corporal del páncreas. Pequeños divertículos en la pared

del colon sigmoides, asocia cambios inflamatorios de la grasa peritoneal en la fosa iliaca izquierda en relación a diverticulitis aguda, sin asociar neumoperitoneo ni absceso apendicular.

Respuesta de interconsulta a cirugía general: El cuadro al momento del examen no es quirúrgico de emergencia, pasa a medicina para tratamiento médico

Se tramita hospitalización a cargo de Medicina interna

Hospitalización:

Paciente ingresa por dolor agudo en hemiabdomen izquierdo, al momento abdomen blando, doloroso en HCl e hipogastrio, RHA presentes, no masas. Hemodinámicamente estable, con diagnóstico de diverticulitis aguda, sin colecciones ni quiste pancreático.

Plan

- Se solicita hemograma, PCR, PCT, perfil hepático, interconsulta a gastroenterología
- NPO
- Dextrosa 5% 1000 cc + 1 ampolla de hipersodio + 1 ampolla kalium – 60 cc/hora
- Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas
- Ceftriaxona 2 gr EV cada 24 horas
- Metronidazol 500 mg EV cada 8 horas
- Hioscina/Metamizol 1 ampolla EV cada 8 horas
- Tramal 100 mg + Dimenhidrinato 50 mg EV + Nacl 0.9% 100 cc EV condicional a dolor
- Paracetamol 1 gr EV condicional a temperatura > 38.3

- CFV + BHE

A las 48 horas de hospitalizado dolor cede, abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, timpanismo conservado, RHA presentes.

Resultados:

- PCR 63.52 mg/L
- PCT 0.034 ng/ml
- Perfil hepático y hemograma dentro de valores normales

Respuesta de interconsulta a gastroenterología: iniciar tolerancia oral, controles de PCR

Luego de 5 días hospitalizado, paciente tolera bien la dieta oral, no presenta dolor, abdomen blando, depresible, RHA presentes, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, control de PCR en 15.25 mg/L. Ante su evolución se decide el alta con indicaciones médicas.

### **Caso 16: Anemia severa**

Anamnesis

- Filiación: Paciente varón de 19 años, natural de Lima
- Enfermedad actual

TE: 7 días

Inicio: Insidioso

Curso: Progresivo

Paciente con TEA, familiar señala que desde hace 7 días paciente presenta sensación de alza térmica asociado a diarreas líquidas sin moco, sin sangre en tres episodios por día. Se le realiza hemograma de forma particular encontrando hemoglobina en 5. Además, refiere que lo nota hipoactivo, somnoliento, por lo que deciden llevarlo por EMG de la institución, en donde se determina su hospitalización.

- Antecedentes
  - Antecedentes patológicos
    - TEA, diagnóstico a los 2 años
    - Celulitis en pie izquierdo en el 2018
    - Esofagitis por VEDA en el 2018
  - Antecedentes quirúrgicos: niega
  - RAMS: niega
- Medicación
  - Sertralina 50 mg 2 tabletas cada 12 horas
  - Olanzapina 10 mg 1 y ½ tableta cada 24 horas
  - Topiramato 100 mg 1 tableta cada 12 horas
  - Levomepromazina 100 mg ¼ tableta mañana y tarde y ½ tableta en la noche, condicional a agitación
- Funciones biológicas
  - Apetito: disminuido
  - Sed: aumentado
  - Sueño: Conservado
  - Orina: sin alteraciones
  - Heces: líquidas, sin moco ni sangre
  - Peso: conservado

#### Examen físico

Peso: 55g	Talla: 1.60m	PA: 100/60 mmHg	FC: 80 lpm
FR:16 rpm	T36.5 °C	SAT:98%	

Aspecto general: regular estado general, de hidratación y nutrición

- Piel y mucosas: Piel tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos, palidez +++
- TCSC: no edemas
- Linfático: no se palpan adenopatías
- Cabeza: Normocéfalo
- Cuello: Cilíndrico, móvil, no se palpan adenopatías
- Tórax y pulmones: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, taquicárdicos, soplo sistólico en foco mitral III/IV
- Abdomen: RHA presentes, blando, depresible, globuloso, no distendido, no doloroso a la palpación superficial ni profunda
- Extremidades: moviliza 4 extremidades, fuerza y rango conservados.
- Neurológico: Despierto, lúcido, agresivo, no signos meníngeos, ni focalización

Impresión diagnóstica

- Anemia severa

Plan

- Se solicita: Hemograma completo, grupo sanguíneo y factor RH, PCR, urea, creatinina
- Dieta blanda
- Omeprazol 40 mg cada 24 horas

## Resultados

- Hemoglobina 6.5 g/dl
- Grupo y factor: O positivo
- Urea: 24.2 mg/dl
- Creatinina 0.66 mg/dl
- PCR: 0.30 mg/L
- Resto de exámenes dentro de valores normales

Se tramita hospitalización a cargo de medicina interna

### Hospitalización:

Paciente con TEA que ingresa por presentar desde hace una semana con una sensación de alza térmica que se acompaña de moco, obedece órdenes, MV pasa bien en AHT, RCR de buena intensidad, soplo sistólico III/VI, abdomen blando, depresible, no visceromegalia.

Conclusión: anemia severa

### Plan:

- Transfusión de 2 paquetes globulares y control post transfusión de hemoglobina y hematocrito.
- Interconsulta a hematología
- Se solicita Thevenon en heces seriado, hierro sérico, vitamina B12 y ácido fólico.
- Dieta blanda
- Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas
- Dexametasona 4 mg previo a transfusión de los paquetes globulares

- Haloperidol 1 ampolla condicional a agitación psicomotriz
- Seguir medicación habitual
- Observar deposición y orina

#### Resultados

- Thevenon: negativo
- Hierro sérico: 11.34 ug/dl
- Vitamina B12: 273 pg/ml
- Ácido fólico: 10.77 ng/ml
- Hemoglobina post transfusión de paquetes globulares: 7.7 g/dl

Respuesta de interconsulta con hematología: exámenes de laboratorio son compatibles con anemia ferropénica, iniciar CINA 0.9% + hierro sacarato 100 mg / 2 ampollas, pasar en 3 horas cada 24 horas EV.

Se le indica transfusión de 2 paquetes globulares más. Control post transfusión: hemoglobina en 9.4 g/dl. Se solicita interconsulta con gastroenterología.

Respuesta de interconsulta de gastroenterología: tiene marcadores de deficiencia marcada de hierro (probable causa por falta de aporte en la dieta), se sugiere endoscopia digestiva alta.

Resultado de endoscopia digestiva alta:

- Esofagitis por reflujo
- Hernia hiatal
- Gastritis crónica superficial moderada
- Sin evidencia de sangrado

Tras 8 días hospitalizado, paciente presenta evolución, por lo que se decide darle de alta con indicaciones médicas.

## **CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLA LA EXPERIENCIA**

### **2.1 Clínica Centenario Peruano Japonesa**

Es una institución de salud, ubicada en Av. Paso de los Andes 675 Pueblo Libre - Lima, Perú, que tiene como misión el brindar una atención de calidad diferenciada, con trato humanista, responsable, ofreciendo una infraestructura moderna con tecnología avanzada, buscando ser una institución modelo en servicios de salud, tener pacientes satisfechos con la atención de calidad y calidez, y de esta manera convertirse en un buen referente entre los establecimientos de salud sin fines de lucro.

En el año 1997 La Asociación Peruano Japonesa adquirió el terreno donde se construiría la futura Clínica, y es el 30 de mayo de 1999 cuando se realiza la ceremonia de colocación de la primera piedra de la Clínica Centenario Peruano Japonesa (CCPJ). El 20 de febrero del 2004 se inaugura el edificio de la CCPJ y el 22 de diciembre del 2005 en ceremonia pública, se abren de manera oficial las puertas de la CCPJ, conformada por nueve pisos y dos sótanos. Ante la creciente demanda tanto ambulatoria como de emergencia, el año 2007 se decidió remodelar el sexto piso del edificio con el fin de habilitar 10 nuevos consultorios. Del mismo modo, con el objetivo de brindar una mejor calidad de atención en el 2011 se concluyen las obras de la tercera etapa, que incluyen del piso 10 al piso 14 de la Clínica.

Un año después se amplían los servicios de Medicina Física y Terapia de Rehabilitación con equipos de última tecnología, también se remodelan los servicios de emergencia Adultos y Pediátrico. Asimismo, se crea la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales. El 2013 se inaugura el Lactario, para el beneficio de las colaboradoras de la clínica, con la

participación de la ministra de la Mujer y Promoción Social, en el 2016 el nuevo Centro de Imágenes. Y en diciembre del 2020 se funda en el piso 13 de la Clínica, el área de quimioterapia, junto a una zona de preparación de medicación, con el fin de atender pacientes que requieran de este servicio.

Actualmente, bajo la dirección del Dr. Pascual Castillo, la CCPJ ofrece los siguientes servicios: anatomía patológica, atención ambulatoria (en donde se cuenta con consultorios externos en más de 45 especialidades), banco de sangre, centro de imágenes (que incluye ecografía, resonancia magnética, tomografía, densitometría, mamografía, rayos X y fluoroscopia), centro obstétrico (en donde se encuentra el ambiente de psicoprofilaxis, sala de dilatación, sala de partos y sala de recién nacidos), centro quirúrgico, emergencia (con los ambientes de trauma shock, sala de observación pediátrica y sala de observación adultos), hospitalización en habitaciones unipersonales y bipersonales completamente equipadas, laboratorio, quimioterapia, servicio de medicina física y rehabilitación (con equipos para electroterapia, ultrasonido, magnetoterapia, laserterapia, onda corta, parafinoterapia, compresas calientes y frías, así como un gimnasio con área de reeducación de la marcha), centelaser que ofrece tratamientos con tecnología láser para procedimientos dermatológicos, centro de hemodiálisis, centro de hemodinamia y cardiología intervencionista (en donde se realizan procedimientos como valvuloplastias, electrofisiología, ablación cardíaca, angiografía, stent vasculares, entre otros procedimientos), unidad de cuidados intensivos e intermedios y unidad de cuidados intensivos neonatal (3).

El edificio de la CCPJ consta de 14 pisos y 1 sótano, destinados a la atención de pacientes. En el primero se encuentra el centro de imágenes, oftalmología y óptico, en piso 1 se encuentra la admisión ambulatoria, atención al cliente, emergencia, farmacia, informes y trámites, en el 2 está admisión hospitalaria, centro endoscópico y consultorios externos, en el 3 se encuentra el banco de sangre, consultorios externos, laboratorio y patología, en el piso 4 está el centro obstétrico, consultorios de ginecología, psicoprofilaxis obstétrica y la unidad de cuidados intermedios.

En el piso 5 se encuentra el centro quirúrgico y la unidad de cuidados intensivos, en el 6 se encuentra el centelaser - unidad de láser, consultorios externos y consultorios de pediatría y especialidades pediátricas, en el 7 está el servicio de medicina física y terapia de rehabilitación, el oratorio, la cafetería, auditoría médica y facturación hospitalaria.

Los pisos 8, 9 y 10 son de hospitalización, y por motivos de la pandemia COVID 19, el 9 se destinó a la hospitalización de pacientes con esta infección, en el 11 se encuentra hospitalización de ginecología y obstetricia y neonatología, el 12 también corresponde a hospitalización, en el 13 se encuentra el área de quimioterapia y hospitalización de pacientes quirúrgicos, y en el 14 se ubican las oficinas administrativas y el auditorio.

La institución se compromete a fomentar la formación y capacitación laboral con el objetivo de mejorar la empleabilidad y la productividad laboral, proporcionar una formación que desarrolle capacidades para el trabajo que permitan la flexibilidad, y favorezcan la adaptación de los internos ante diferentes situaciones laborales, promover una actitud asertiva frente al paciente y familiares, así como a los miembros integrantes del equipo de salud, actuando con ética, responsabilidad, prudencia, y ampliar los conocimientos del interno con respecto a los cuadros clínicos que se presentan.

Dentro de las competencias y los logros formativos que buscan que alcance el interno están la empatía con pacientes y familiares, elaboración de historias clínicas, capacidad de análisis fisiológica y fisiopatológica con un adecuado diagnóstico diferencial y plan de trabajo, así como el trabajo en equipo, y una actitud de proactividad.

Jornada formativa: la duración del internado médico va desde el 12/07/2021 hasta el 30/04/2022, con una jornada laboral de lunes a sábado, de 8:00 am a 13: 00 pm en el turno de la mañana, o de 14:00 pm a 19:00 pm en el turno de la tarde. El interno acude a su centro laboral en el turno de mañana o en el de la tarde, según la programación establecida.

Estipendio mensual: La institución concede al interno una subvención económica mensual equivalente a la remuneración mínima vital vigente. De conformidad con el artículo 47 de la Ley N 28518, que consta de S/. 930.00 y se compromete a pagar puntualmente la subvención mensual establecida, además se le otorga al interno una subvención adicional equivalente a media subvención económica mensual cada seis meses de duración continua de prácticas.

Seguro de salud: La institución otorga en beneficio del interno un seguro y cobertura a cargo de Seguros Rímac - Formación laboral, la cobertura del seguro otorgado son de gastos de curación por persona, y por enfermedad hasta 14 subvenciones, gastos de curación por persona y por accidente hasta 30 subvenciones.

Equipo de protección personal: La institución se compromete a otorgarle al interno el material necesario para su protección dentro del desarrollo de sus jornadas laborales, estos incluyen 1 mascarilla quirúrgica para cada día laboral de la semana y 1 mascarilla KN 95 semanal.

## **2.2 Hospital Antonio Lorena -Cusco del MINSA (HAL)**

Es un hospital de la ciudad del Cusco, cuyo edificio original construido en 1930, fue declarado Patrimonio Cultural de la Humanidad por la UNESCO. En la actualidad el edificio original se encuentra en proceso de modernización, por lo que se decidió prestar los servicios en el denominado Hospital de Contingencia Antonio Lorena, ubicado en la urbanización primavera S/N Huancaro en el distrito de Santiago en Cusco. (4).

Es un órgano desconcentrado de la Gerencia Regional de Salud del Cusco considera un establecimiento de Salud de categoría III-1 de alta especialización con capacidad resolutive en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general, cardiología, neumología,

gastroenterología, neurología, hematología, geriatría, endocrinología, dermatología, neurocirugía, cirugía pediátrica, urología, cirugía plástica y reconstructiva, psiquiatría, otorrinolaringología, oftalmología, traumatología y odontología que se enfoca en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud de la población cusqueña. (5). La población objetivo que es atendida en el hospital pertenece a la Red de Salud Cusco Norte, donde se encuentran las 9 microrredes: 7 CUARTONES, ANTA, BELEMPAMPA, CALCA LIMATAMBO, PISAC, URUBAMBA, WANCHAQ, YANATILE. (Anexo 1)

Respecto a su organización, está conformado por la Dirección Ejecutiva, donde encontramos la oficina de administración, oficina de convenios, seguros y referencias, oficina de investigación y capacitación, unidad de comunicación e imagen institucional, oficina de gestión de la calidad, oficina de inteligencia sanitaria, oficina de planeamiento y presupuesto y la unidad de asesoría legal; además de un órgano de gestión interna y un comité de gestión institucional (Anexo 2)

Actualmente, bajo la dirección del Dr. Abel Paucarpata Tacuri, cuenta con diez departamentos: departamento de medicina, departamento de cirugía, departamento de pediatría y neonatología, departamento de gineco-obstetricia, departamento de emergencia y servicios críticos, departamento de centro quirúrgico y anestesia, departamento de medicina física y rehabilitación, departamento de apoyo al diagnóstico, departamento de apoyo al tratamiento y departamento de odontoestomatología, y sus jefes a cargo (5).

En el año 2019 se inauguró el Centro de Salud San Antonio ubicado de igual forma en la ciudad del Cusco, el cual es un anexo del HAL, donde se atienden pacientes con problemas oncológicos y funciona actualmente el servicio de medicina física y rehabilitación. Dicho centro de salud tiene como finalidad que los pacientes con diagnóstico de enfermedades oncológicas ya no se vean en la necesidad de ser referidos a otras regiones del país, debido a que el establecimiento tiene la misma capacidad resolutive de otros hospitales de mayor complejidad. (6)

Ante la pandemia por el COVID19 todos los establecimientos de salud en nuestro país se vieron en la necesidad de emprender una reorganización y reforzamiento en su capacidad resolutive, donde tuvieron que disponer salas diferenciadas para la atención de pacientes COVID19 y no COVID19.

En el Hospital Antonio Lorena se habilitaron salas de triaje COVID19 y no COVID19; 06 camas de observación y 06 camas en shock trauma para pacientes sospechosos o confirmados de COVID19, y 06 camas en la unidad de cuidados intensivos para la atención de pacientes críticos COVID19. (5).

### **CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL**

La medicina humana es una ciencia que se encuentra en constante cambio, cada día se publican trabajos de investigación, actualizaciones y guías de práctica clínica, a las que se puede recurrir para tener un conocimiento actualizado, y de esta manera poder abordar las diferentes patologías de una manera más eficaz.

Por esto, es importante que el estudiante de medicina tenga acceso a diferentes plataformas, tanto físicas como digitales, que le permitan estar a la vanguardia de los nuevos avances en el ámbito de la salud.

La Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres, pone al alcance de sus estudiantes buscadores y revistas digitales como UptoDate, ClinicalKey, EbscoHost, Scielo, entre otras. Además, en el Perú existen guías de práctica y manejo clínico elaboradas por el Ministerio de Salud, con el objetivo de estandarizar el manejo a nivel nacional de las patologías más frecuentes.

#### **Caso 1: Apendicitis aguda**

La apendicitis aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo de tipo quirúrgico, siendo la principal herramienta diagnóstica la anamnesis y el examen físico. Sin embargo, muchas veces sospechar de apendicitis aguda resulta complicado, sobre todo en pacientes en los extremos de la vida, gestantes, y aquellos que han tomado analgésicos para el manejo del dolor.

Clásicamente, el cuadro clínico sigue un orden cronológico, llamado secuencia de Murphy, que inicia con dolor localizado en epigastrio o en región periumbilical, náuseas o vómitos, seguido de hipersensibilidad en fosa iliaca derecha, luego fiebre, leucocitosis con neutrofilia, y desviación izquierda. Esta secuencia no se presenta en todos los pacientes, pudiendo estar ausente en el 15 al 20% de los casos (7). Esto ha llevado a que se desarrollen diversas escalas de puntuación clínica, con el fin de realizar un diagnóstico adecuado, evitando retrasar el inicio del tratamiento y las complicaciones.

Dentro de las más conocidas se encuentra la escala de Alvarado, que incluye signos como la migración del dolor, anorexia y/o cuerpos cetónicos urinarios, náuseas y vómitos; síntomas como dolor en fosa ilíaca derecha, dolor al rebote, elevación de la temperatura y parámetros laboratoriales como son la leucocitosis (> 10 000) y desviación izquierda (neutrófilos > 75%). El puntaje obtenido ayuda a decidir el manejo y tratamiento de los pacientes, es así que un puntaje de 1 a 4, nos habla de una baja probabilidad de apendicitis aguda, uno de 5 a 6, hace referencia a una probable apendicitis, y por lo tanto requerirá de estudios seriados laboratoriales y estudios de imágenes como ecografía o TAC, y un puntaje mayor o igual a 7 indica una apendicitis muy probable, y por lo tanto que el paciente requiere manejo quirúrgico (8).

En el caso presentado el paciente llega a la emergencia con hiporexia, náuseas, vómitos, dolor abdominal que inicia en la región periumbilical, y que luego migra a fosa iliaca derecha. Al examen físico se encuentra signo de McBurney positivo y Blumberg o rebote positivo. Y en el hemograma, se encuentra leucocitosis y neutrofilia, haciendo un puntaje total de 8 puntos, por lo que la decisión tomada de manejo quirúrgico de emergencia era lo indicado.

### **Caso 2: Tumor benigno de la glándula tiroides**

La presencia de nódulos palpables en glándula tiroides son hallazgos comunes, ya que se presentan hasta en un 7% de la población en general, siendo más frecuente en el sexo femenino y con un incremento de la incidencia a mayor edad. En la mayoría de los casos son nódulos benignos, mientras que las neoplasias malignas corresponden del 5 al 10% (9).

Como parte del estudio de los nódulos tiroideos se incluye la punción aspiración con aguja fina (PAF), un estudio cito - histológico, cuyo resultado se informa según el sistema de Bethesda: I (material insuficiente), II (benigno), III (lesión folicular indeterminada), IV (neoplasia folicular), V (sospecha de malignidad) y VI (maligno).

En el estudio realizado por Stella Maris Batallés, Oscar Brunas y José Luis Novelli, en donde se analiza el aumento de la capacidad diagnóstica de la

ecografía (con la clasificación TI-RADS) cuando se agrega la punción aspirativa con aguja fina (con la clasificación Bethesda), se encontró que la clasificación de Bethesda tiene una capacidad del 88.2% de indicar malignidad y 85.2% de benignidad, además cuando la citología determina baja sospecha de malignidad, la probabilidad de que se trate de un nódulo benigno es del 92.6%.

También se obtuvo que al adicionar el PAF a la ecografía, se ratificó en un 83.3% la sospecha de malignidad en nódulos que previamente habían sido identificados como tal según T-RADS (10). Es así que realizar la PAF, brinda una alta sensibilidad y especificidad en la evaluación de los nódulos tiroideos. Sin embargo, la actitud terapéutica a tomar no debe basarse únicamente en el resultado histopatológico, si no también considerar otros factores como la historia clínica, el examen físico, y los síntomas locales atribuidos al nódulo tiroideo.

### **Caso 3 Hernia inguinal complicada**

La hernia inguinal se define como una protrusión anormal de contenido intraabdominal a través del canal inguinal, y es el tipo de hernia más común. Según su posición anatómica, se puede clasificar en hernia inguinal indirecta cuando sobresale lateral a los vasos epigástricos inferiores a través del anillo inguinal profundo, o una directa, cuando sobresale medialmente a los vasos epigástricos inferiores a través de un defecto en la pared posterior del canal inguinal. El cuadro clínico característico de una hernia inguinal es el hallazgo de una masa palpable en la región inguinal al examen físico, acompañada o no de dolor. (11)

En el caso descrito el paciente presentaba las manifestaciones clínicas descritas; masa palpable y dolor intenso a lo que se le agregaba sensación nauseosa y vómitos, síntomas que hacían sospechar de un cuadro complicado. Las hernias complicadas se clasifican como irreductibles, y lo que la diferencia de las hernias estranguladas es que la piel alrededor de la herida es normal, mientras que las hernias estranguladas se presentan con dolor

inguinal intenso y repentino causado por constricción, isquemia o necrosis del contenido de la hernia, y la piel que la recubre es caliente y eritematosa. Ambas pueden presentar síntomas de obstrucción intestinal si el contenido de la hernia son asas intestinales.

Ante la sospecha de un cuadro complicado son necesarios algunos exámenes de laboratorio como leucocitos, glucosa, electrolitos séricos, lactato sérico. (12)

La cirugía es el manejo definitivo esta puede ser mediante cirugía abierta o por vía laparoscópica. En el caso del paciente, al existir sospecha de posible complicación se realizó una hernioplastia abierta que consiste en la reparación del defecto herniario con una malla sintética, mediante la técnica de Liechtenstein (se coloca una malla sintética entre la fascia transversalis y la aponeurosis del oblicuo externo para reforzar la pared posterior del canal inguinal) (12).

#### **Caso 4: Vólvulo del sigmoides**

Un vólvulo se refiere a la torsión de un segmento del tubo digestivo, que ocasiona un cuadro clínico de obstrucción intestinal (13). Cuando la porción del tubo digestivo que sufre la torsión es el sigmoides se denomina vólvulo del sigmoides.

El vólvulo del sigmoides se considera una de las emergencias quirúrgicas más frecuentes en los hospitales de las regiones andinas del Perú, es más frecuente en hombres de zonas rurales, y a partir de los 60 años de edad. Dentro de los factores de riesgo se puede describir un colon sigmoide redundante y mesocolon de base estrecha, la mesocolonitis retráctil, el dolicomegacolon andino, además de la ingesta de alimentos fermentables, uso de laxantes en exceso, etc.

Puede clasificarse como primario cuando la causa es una malformación congénita o secundaria a su vez en complicado, y no complicado, si hay o no

signos de necrosis colónica explicado por la lesión isquémica seguida una translocación bacteriana y toxemia. (14)

El caso 4 presenta a un paciente de 40 años con un tiempo de enfermedad de 2 días, caracterizado por dolor abdominal intenso asociado a imposibilidad para eliminar heces y distensión abdominal, según la literatura, sería un cuadro característico puesto a que el dolor abdominal acompañado de distensión abdominal y dificultad para eliminar flatos, es la clínica en casi el 100 % de los casos. Algunos síntomas adicionales pueden ser los vómitos, diarreas, anorexia, náuseas y en casos más complicados la hemorragia rectal y hematemesis (14)

Al examen físico los hallazgos que encontramos en el paciente fueron compatibles con un cuadro de obstrucción intestinal.

La radiografía simple de abdomen por lo general muestra un colon sigmoide dilatado y múltiples niveles hidroaéreos que apoyan a los hallazgos durante el examen físico. La radiografía simple de abdomen es diagnóstica en el 57% - 90% de los pacientes (14).

El tratamiento quirúrgico descrito en las guías de emergencia incluye técnicas como devolvulacion, pexia del sigmoide, mesosigmoide plastia, o resección sigmoidea con anastomosis primaria o estoma (15). Esta última fue la de elección para el manejo del paciente, con la finalidad de un abordaje temprano, y así evitar complicaciones como perforación y peritonitis.

Para un adecuado abordaje de este cuadro, es importante un diagnóstico temprano, además del reconocimiento de factores influyentes como el grado de isquemia y necrosis intestinal que podrían complicar el cuadro, y prestar atención a características epidemiológicas, debido a que esta patología presenta actualmente una elevada morbimortalidad.

### **Caso 5: Ca de cérvix**

El cáncer de cuello uterino tiene como principal etiología la infección genital por el VPH. La infección está asociada con un aumento de hasta 5 veces del riesgo de desarrollar CA cervical (16). Actualmente es un problema de salud pública en nuestro país -según la guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino de MINSA-debido a la falta de recursos y toma de conciencia de la población. Dentro de los factores de riesgo para el desarrollo de ca de cérvix encontramos la infección por virus del papiloma humano destacando los tipos 16 y 18 (oncogénicos), la edad, el inicio de las relaciones sexuales, el número de parejas, la susceptibilidad genética, inmunocomprometidos, etc. (17).

En el caso 5 se describe a unas pacientes de 44 años, que presenta un cuadro clínico de sangrado genital, secreción maloliente y acompañado de dolor pélvico. Dentro del cuadro clínico característico, el primer síntoma de cáncer de cérvix es el sangrado vaginal anormal (generalmente postcoital), malestar vaginal, la secreción maloliente. En el contexto de sangrado uterino anormal SUA es necesario tomar en cuenta que la paciente se encuentre hemodinámicamente estable, identificar el origen del sangrado y cuantificar la pérdida de sangre. En el caso descrito, se evaluaron estos puntos clave mediante exámenes de laboratorio y el examen físico. (16)

Según UptoDate, para el manejo del SUA se puede realizar un legrado uterino o taponamiento uterino, en caso que la paciente se encuentre inestable hemodinámicamente. Este último se planteó en el manejo inicial de la paciente, sin embargo, al momento de la evaluación la paciente presentaba sangrado escaso por lo que no se realizó. En el manejo de las pacientes con SUA estables se utilizan de preferencia anticonceptivos orales, además de estrógeno y progesterona en dosis altas como alternativas a progestágenas en dosis altas, análogos de la hormona liberadora de gonadotropina, ácido tranexámico, entre otros. (18)

Para el diagnóstico de cáncer de cuello uterino es importante un correcto examen físico donde la observación del cuello del útero después de un examen con espéculo puede revelar una apariencia normal o una lesión

cervical visible. Otro método diagnóstico puede ser la biopsia de cérvix, así como exámenes auxiliares citología cervical o Papanicolaou, inspección visual con ácido acético, pruebas moleculares con ácido acético, colposcopia. (17).

El manejo definitivo se decide después de la estadificación del ca, el manejo puede ser quirúrgico si está en estadios tempranos o médico y/o paliativo en casos avanzados. En el caso de la paciente después de la observación de las lesiones, la inspección, tacto vaginal se concluyó que era un estadio IIB por lo que no era tributaria de tratamiento quirúrgico. Se decide el alta para manejo por medicina oncológica.

Se concluye en que la prevención tanto primaria (vacuna contra el VPH) así como secundaria (tamizajes) son prácticas esenciales para un control integral.

### **Caso 6: Embarazo ectópico complicado**

Se define como la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina; se denomina complicado cuando se rompe y origina hemorragia.

Dentro de los factores de riesgo se encuentra la enfermedad pélvica inflamatoria, uso de DIU, múltiples compañeros sexuales, uso de progestágenos orales, antecedente de embarazo ectópico, antecedente de cirugía tubárica previa, enfermedades como tuberculosis extra pulmonar, endometriosis, síndrome adherencial y técnicas de fertilización asistida. Las manifestaciones clínicas que encontraremos en una paciente con sospecha de embarazo ectópico son amenorrea de corta duración, sangrado vaginal; durante el examen físico dolor al movilizar el cérvix.

En casos de embarazo ectópico, complicados signos de hipovolemia e irritación peritoneal, además de líquido o sangre en el fondo de saco a la ecografía.

Dentro de la serie de exámenes auxiliares necesarios para el diagnóstico tenemos el dosaje de subunidad beta de gonadotrofinas coriónicas humana HCG mayor de 1,500 UI/ml (valor que se mantendrá a diferencia del embarazo normal donde el valor se duplica cada 3 días) y ausencia de saco intrauterino

en la ecografía transvaginal. Además, se puede observar masa anexial y eventualmente saco gestacional fuera de la cavidad uterina.

El manejo quirúrgico es el de elección en esta patología. Sin embargo, el tipo de cirugía y el abordaje dependerá de las condiciones de la paciente, existe el abordaje por laparotomía y por laparoscopia.

La laparoscopia está indicada para los casos en el que la paciente se encuentra hemodinámicamente estable y sin complicaciones, mientras que la laparotomía exploratoria es de elección en pacientes con inestabilidad hemodinámica con la finalidad de controlar la hemorragia.

Si el embarazo ectópico es tubárico y la paciente está inestable, se procede a la salpingectomía y un manejo más conservador como la salpingectomía en caso de embarazos ectópicos no complicados, con la finalidad de preservar la fertilidad de la paciente. (19)

### **Caso 7: Preeclampsia**

La guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según el nivel de atención del MINSA, indica que la preeclampsia es la segunda causa de muerte materna en el Perú. Origina hasta el 10% de muertes perinatales y el 15% de cesáreas. (20), y constituye como un trastorno hipertensivo que se presenta por una disfunción vascular placentaria y materna durante el embarazo, caracterizado por hipertensión arterial, asociada a proteinuria, y/o falla de órgano diana después de las 20 semanas de gestación, y que puede durar hasta antes de las 12 semanas de post parto. (21).

El caso 7 nos habla de una paciente de 24 años de edad referida de un centro de salud que ingresa por la emergencia al HAL por presentar una presión arterial 140/90 al momento del ingreso, cefalea de más de 2 semanas de evolución y aumento de volumen en miembros inferiores. Dentro del cuadro

clínico característico podemos incluir dolor de cabeza, síntomas visuales, cambios en el estado mental, dolor epigástrico, abdominal o retroesternal.

Existen algunos criterios a tomar en cuenta para el diagnóstico:

Preeclampsia leve o sin criterios de severidad

- Presión arterial mayor o igual que 140/90 mmHg, o incremento de la presión sistólica en 30 mmHg o más, e incremento de la presión diastólica en 15 mmHg o más sobre la basal.
- Proteinuria de 0.3 a 5 g/litro en orina de 24 horas, o proteinuria cualitativa de trazas a 1 (+) (test de ácido sulfosalicílico)

Preeclampsia severa o con criterios de severidad

- Presión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg o incremento de la presión sistólica en 60 mmHg o más, y/o incremento de la Presión diastólica en 30 mmHg o más (en relación a la basal).
- Proteinuria igual o mayor de 5 gr/lat. en orina de 24 horas, o proteinuria cualitativa de 2 a 3 + (Test de ácido sulfosalicílico).
- Presencia de escotomas centellantes, acúfenos, hiperreflexia, dolor en hipocondrio derecho, epigastralgia.
- Oliguria: Menor de 500 ml/24 h (creatinina mayor de 0,8 mg/dl).
- Edema pulmonar.
- Disfunción hepática
- Trastorno de la coagulación.
- Elevación de creatinina sérica
- Oligohidramnios, Retardo de crecimiento intrauterino.
- Ascitis

Eclampsia: considerada una complicación aguda de la preeclampsia en la que se observan convulsiones generalizadas. (20)

Los exámenes auxiliares indispensables son hemograma completo, grupo y factor, proteinuria de 24 horas, examen de orina completo, perfil de coagulación, TGO, TGP, LDH, bilirrubinas totales y fraccionadas, glucosa, urea y creatinina, además de imágenes como ecografía obstétrica y un perfil biofísico (Minsa guía). Todos los exámenes descritos líneas arriba fueron solicitados a la paciente al momento de su ingreso por emergencia.

Los factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia descritos son la multiparidad, preeclampsia en un embarazo anterior, edad materna mayor a 35 años o menor de 20 años, antecedentes familiares de preeclampsia, hipertensión crónica, enfermedades crónicas como obesidad o diabetes, periodo intergenésico largo, y el embarazo actual múltiple. (20)

La paciente que describimos en el caso clínico es una segundigesta nulípara, diagnóstico que podría ser considerado como un factor de riesgo a lo que se sumaría a la edad.

El manejo será decidido de inmediato, y dependerá de la capacidad resolutive del establecimiento de salud, evaluar si cumple con criterios de referencia a un centro de mayor complejidad, como fue el caso de la paciente, además de la severidad del cuadro, condiciones maternas y fetales.

El tratamiento se enfoca en el control de la PA, y término de la gestación para evitar complicaciones, hay indicaciones de manejo expectante en casos de prematuridad (gestación menor a 34 semanas, preeclampsia sin criterios de severidad y estabilidad materno-fetal). La vía por la que se dará fin a la gestación depende de las condiciones e indicaciones obstétricas estándar. (21)

La atención oportuna junto con un diagnóstico precoz, aplicación de medicamentos profilácticos (sulfato de magnesio), el monitoreo intra y post parto materno-fetal y un tratamiento adecuado son claves para asegurar la evolución del paciente, así como un correcto seguimiento post parto con la finalidad de evitar complicaciones maternas, fetales e incluso la muerte materna.

### **Caso 8: Aborto incompleto**

El aborto se define como la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o con un peso fetal menor a 500 gr. Podemos clasificar el aborto según la forma en la que se presenta y cómo evoluciona en aborto

inevitable, aborto completo, aborto incompleto, aborto séptico, y aborto retenido. (22)

El aborto incompleto es una de las emergencias obstétricas de mayor demanda tanto en nuestro país como en el mundo entero. Se define como el aborto que produce la expulsión o eliminación parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico, a través de un cuello con modificaciones y sangrado variable. Dentro de las causas más comunes de aborto tenemos las malformaciones genéticas en 70% de abortos espontáneos, infecciones agudas de compromiso sistémico, deficiencia hormonal, y enfermedades intercurrentes. También es importante señalar que entre el 15% y 20% de todos los embarazos terminan en abortos espontáneos. (23). Además, constituye una causa importante de muerte materna y de secuelas que conducen a infertilidad. (22)

En una gestante con menos de 22 semanas con síntomas como dolor abdominal en vientre bajo tipo contracción y/o sangrado vaginal se debe sospechar en un aborto, y para que se diagnostique como un aborto incompleto debe existir sospecha o evidencia de pérdida parcial del contenido uterino (pueden estar los restos en el canal cervical o vaginal), y un sangrado persistente. Dentro de los exámenes de laboratorio se solicita un hemograma, grupo sanguíneo y factor Rh y Prueba de confirmación del embarazo (orina, sangre), para el apoyo imagenológico se puede utilizar la ecografía en que se podrán observar restos en cavidad uterina.

Para el tratamiento del aborto incompleto existen el manejo médico y el quirúrgico. Dentro del manejo médico encontramos el Misoprostol que es el medicamento más utilizado y más estudiado. Si hablamos de manejo quirúrgico, encontramos al legrado uterino instrumental (LUI) y a la aspiración manual endotelina (AMEU).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido que la aspiración manual endouterina constituye uno de los métodos más eficaces utilizados en

el tratamiento del aborto incompleto, y recomienda que esté disponible en establecimientos de salud como parte de una atención integral (23).

Actualmente, el aborto incompleto sin la atención médica oportuna es considerado una condición médica que pone en riesgo y amenaza la vida de la paciente.

### **Caso 9: Erupción dérmica**

Se presenta el caso de un paciente pediátrico con diagnóstico de urticaria aguda, el cual se define por la aparición de ronchas, habones o angioedema, de forma aguda, es decir de menos de seis semanas de evolución, y en este caso se identifica el uso de antibióticos y AINES semanas antes de la aparición de las lesiones dérmicas, como el agente causal.

Se tiene que considerar que la urticaria aguda se presenta en el 10 al 20% de la población en general y tiene una prevalencia en niños, en comparación a los adultos. El cuadro clínico se caracteriza por la aparición de lesiones dérmicas eritematosas, sobreelevadas, pruriginosas, que desaparecen a la digitopresión.

El diagnóstico se basa en la clínica, un adecuada anamnesis y examen físico, haciendo hincapié en identificar el posible agente causal, factores desencadenantes, y descartar la presencia de síntomas que nos indiquen anafilaxia. No suele ser necesario realizar exámenes de laboratorio ya que es un cuadro por lo general autolimitado. Sin embargo, para un estudio más detallado se pueden realizar pruebas cutáneas, cuantificar IgE sérico o hasta pruebas de provocación oral (dentro de un ambiente controlado y capacitado) para identificar el agente causal (24).

El tratamiento se basa en evitar el agente causal o desencadenante, y en cuanto al tratamiento farmacológico, va a depender de la gravedad de los síntomas. En los cuadros leves se considera el uso de antihistamínicos de segunda generación (como Desloratadina, Levocetirizina o Cetirizina) a dosis

habituales. Si no se encuentra mejoría tras 24 horas de iniciado el tratamiento o el cuadro es de gravedad moderada, se sugiere duplicar la dosis de antihistamínico, si dentro de 24 horas aún no se encuentra mejoría se puede hasta cuadruplicar la dosis del antihistamínico o administrar corticoides por vía oral durante 5 días.

Si persiste sin mejoría clínica luego de 24 horas de tratamiento o se trata de un cuadro grave desde el inicio, se indica el tratamiento con antihistamínicos de segunda generación a dosis cuádruple, más corticoide oral por 5 a 7 días. Se recomienda también que, aun cuando presente mejoría clínica, continuar con el tratamiento por 3 a 4 semanas adicionales (25).

### **Caso 10: Diarrea disentérica aguda**

La enfermedad diarreica aguda es hasta la actualidad un problema de salud pública, que se presenta a cualquier edad, sin embargo, la población pediátrica es la más vulnerable, debido a las complicaciones a las que lleva como por ejemplo la deshidratación, desequilibrio ácido base, trastorno hidroelectrolítico, insuficiencia renal, íleo paralítico, entre otros.

A pesar de ser unas patologías más frecuentes vistas en los servicios de urgencias pediátricas, la incidencia en el país continúa siendo alta. Se estima que en el Perú se presentan de 6 a 12 episodios por niño por año, y la enfermedad diarreica aguda es responsable de alrededor del 7% de las defunciones en niños menores de 5 años (26).

Dentro de la etiología que se describen con mayor frecuencia son el rotavirus y dentro de las bacterias está la Escherichia Coli para el caso de las diarreas acuosas, y para las diarreas disentéricas está el Campylobacter y Shigella. Sin embargo, hay que considerar que hasta en un 45% de los casos no se encuentra ningún microorganismo patógeno.

Para los niños menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda, se recomienda evaluar la deshidratación-según la escala de signos de deshidratación de la OMS- de donde se obtienen 3 resultados: deshidratación

grave, algún grado de deshidratación y sin deshidratación. Se sugiere que para identificar a aquellos pacientes que tengan una alta probabilidad de infección bacteriana, se use la presencia de sangre macroscópica en las deposiciones, junto con la presencia de pus en las deposiciones o parámetros clínicos como fiebre mayor o igual a 39°C, o regular estado general a pesar la hidratación.

Para el tratamiento, si el paciente no presenta signos de deshidratación se recomienda aumentar la ingesta de líquidos con el objetivo de prevenir la deshidratación, estos pueden ser sales de reposición oral o líquidos caseros. Si presenta algún grado de deshidratación, se ofrecen sales de rehidratación oral (dosis de 50 a 100 ml/kg en 4 horas) de forma frecuente, a libre demanda y en pequeñas cantidades, y en caso se decide por la hidratación endovenosa por fracaso de la vía oral, se recomienda lactato de Ringer, solución poli electrolítica o cloruro de sodio al 0.9%. En los niños que presentan deshidratación grave, la indicación es la rehidratación endovenosa a dosis de 100 ml/kg en 6 horas si es menor de 1 año, y en 3 horas, si es mayor de un año, de lactato de Ringer o cloruro de sodio al 0.9%. En cuanto a la alimentación, debe continuar con lo habitual según la edad, y no seguir ayuno.

En cuanto al tratamiento antibiótico, este no se recomienda de rutina, sólo en ciertas situaciones como sospecha o bacteriemia o sepsis confirmada, diarrea disentérica, fiebre mayor o igual a 39°C y el regular estado general, como es el caso del paciente presentado (27).

### **Caso 11 Pancreatitis aguda en pediatría**

La pancreatitis aguda es una enfermedad inflamatoria causada principalmente por la activación, liberación intersticial y posterior autodigestión del páncreas por sus propias enzimas. (28)

En los últimos 20 años se ha visto un incremento significativo de casos en pacientes pediátricos, lo que se puede explicar por el mejor conocimiento que

existe sobre esta enfermedad, el aumento del uso de fármacos en este grupo etario, y el incremento de enfermedades sistémicas que afectan al páncreas. Dentro de los factores de riesgo a destacar encontramos el sobrepeso y la obesidad, la presencia de micro litiasis, hipertrigliceridemia, anomalías estructurales del colédoco y la región ampollar, hiperparatiroidismo e hipercalcemia. (29)

La paciente evaluada en el caso presentaba 2 factores de riesgo importantes que son la obesidad y la presencia de litos vesiculares. Las manifestaciones clínicas con las que ingresó la paciente a hospitalización fueron dolor abdominal súbito que se irradia a espalda, náuseas, vómitos y en los resultados de laboratorio se podía observar una elevación anormal de la amilasa y lipasa. El diagnóstico clínico está caracterizado por dolor abdominal típico epigástrico, que suele irradiarse a los cuadrantes superior derecho e izquierdo y se extiende hasta la espalda, acompañado de un laboratorio con enzimas pancreáticas elevadas hasta en 3 veces su valor, y una imagen ecográfica que muestra signos de inflamación pancreática.

La medición de enzimas pancreáticas es útil al momento del diagnóstico, pero se utilizan para seguimiento de la enfermedad, ni para valorar gravedad debido a que su elevación y su duración no se correlaciona con la gravedad local o sistémica. (29)

Antes de iniciar el tratamiento es importante calificar la gravedad del cuadro clínico, existen escalas y criterios utilizados en población adulta y adecuados a pacientes pediátricos como los criterios de Ranson, la Escala modificada de Glasgow y el Índice de Apache II, sin embargo, aún tiene limitaciones en este grupo poblacional.

Los pilares básicos para el manejo de un cuadro de pancreatitis leve son el manejo de la hidratación, manejo del dolor, y la nutrición. Este fue el tratamiento indicado en la paciente, con el que se observó una evolución favorable que se pudo confirmar con marcadores como PCR y procalcitonina de gran utilidad para el seguimiento de esta patología.

El pronóstico de la pancreatitis aguda no complicada en la población pediátrica en general es favorable, alcanzando una recuperación completa de la función pancreática.

## **Caso 12: Convulsión Febril**

La convulsión febril es una de las emergencias pediátricas más comunes y generalmente se asocian con fiebre alta en niños entre los seis meses y los cinco años. (30) En el caso presentado la paciente es una niña de sexo femenino de 3 años, se encuentra dentro del grupo etario en el que es frecuente este síndrome.

Podemos clasificarlas en convulsiones febriles simples, que constituyen el tipo más común, son generalizadas, duran menos de 15 minutos y no se repiten dentro de las 24 horas, y las complejas que tienen un inicio focal, duran más de 15 minutos o se repiten dentro de las 24 horas. El examen diagnóstico de las convulsiones febriles simples se basa en encontrar la causa de la fiebre. En el caso de las convulsiones complejas se busca otros diagnósticos que podrían explicar los episodios convulsivos, principalmente para excluir la encefalitis, aquí se pueden realizar procedimientos como punción lumbar, tomografía computarizada y/o electroencefalograma de ser necesarios.

La mayoría de las convulsiones febriles terminan espontáneamente y no requieren ningún tratamiento. Si persisten durante más de cinco minutos o se presentan como convulsiones febriles complejas, las benzodiazepinas intravenosas son el tratamiento de elección. Para el manejo inicial en caso sea necesario está indicado el Lorazepam IV, y después de una convulsión febril es importante iniciar la terapia antipirética (AINE y Paracetamol). (30). Como se observó en el caso clínico, la paciente se quedó en observación de emergencia además se indicó un antipirético (Paracetamol) y se dejó condicional a volver a presentar un episodio convulsivo Diazepam EV.

Durante el cuadro convulsivo es importante mantener informados a los cuidadores (padres o familiares) con la finalidad de darles tranquilidad ya que

el pronóstico de las convulsiones febriles es bueno, con un riesgo de epilepsia inferior al 10%.

### **Caso 13: Celulitis de miembros inferiores**

La celulitis es una infección aguda de las partes blandas, ocasionada por la entrada de un agente patógeno a través de una disrupción en la barrera cutánea. Se reportan alrededor de 200 casos por cada 100.000 personas por año, la mayoría de los casos (hasta en un 80%) compromete las extremidades inferiores.

La celulitis compromete dermis e hipodermis, pudiendo llegar a afectar el drenaje linfático, dentro de las manifestaciones clínicas se encuentra los signos de flogosis típicos: calor, eritema, edema, dolor; además los bordes de la lesión son irregulares, incluso puede presentarse con habones sobre la lesión y pústulas.

Dentro de los factores de riesgo, el más relacionado es la dermatomicosis sobre todo en espacios interdigitales, ya que es una puerta de entrada para los microorganismos que se encuentran en la superficie de la piel. Entre otros factores de riesgo relacionados se encuentran la disrupción cutánea previa (algún trauma o ulceración), insuficiencia venosa, linfedema o anomalías linfáticas, celulitis previa, obesidad, diabetes mellitus, etc.

El diagnóstico es básicamente clínico, dentro de los exámenes auxiliares que se pueden solicitar está el hemograma, reactantes de fase aguda, cultivo si existe secreción o formación de pústulas o abscesos.

En el tratamiento, dentro de las medidas generales se encuentran el manejo de los factores de riesgo, elevación del área afectada, hidratar la piel. En el tratamiento farmacológico se incluyen los AINES como Ibuprofeno cada 6 horas por 5 días, asociado al antibiótico.

Al ser la mayoría de los casos cuadros leves, el indicado es el tratamiento vía oral, reservando la vía parenteral para los pacientes con afectación sistémica, inmunocomprometidos, cuando no hay mejoría clínica luego de 48 - 72 horas de tratamiento y en menores de 5 años. Actualmente se recomienda dirigir la antibioticoterapia según la presentación clínica, sea purulenta o no purulenta.

En el caso de las celulitis sin exudado ni abscesos se cubre *Streptococcus* beta hemolítico y *Staphylococcus aureus* meticilinosensible (anexo 3). Para las celulitis con presencia de exudado purulento y/o absceso, se sospecha de *Staphylococcus aureus* como agente etiológico, en estos casos se tienen que usar antibióticos que cubran SAMR, esperando el resultado del cultivo (anexo 4 y 5).

Es importante reconocer precozmente a aquellos pacientes con factores de riesgo para desarrollar celulitis, e intervenir de forma temprana en la prevención, así como reconocer el cuadro clínico para realizar un tratamiento oportuno a fin de evitar las complicaciones (31).

#### **Caso 14: Insuficiencia cardiaca congestiva**

La insuficiencia cardiaca congestiva es un síndrome clínico producto de la afectación funcional o estructural del llenado ventricular o del gasto cardiaco. La prevalencia se encuentra entre el 1-2 % de la población adulta en países desarrollados, y esta aumenta con la edad ya que, en personas de 70 años a más, la incidencia se encuentra alrededor del 10% (32). Se sabe también que la mortalidad se encuentra en un 50% a los 5 años, y los que tienen una clase funcional 3 o 4, tienen una mortalidad del 40% en el primer año (33).

El diagnóstico es prácticamente clínico, ya que se basa en una adecuada anamnesis y examen físico. Dentro de los síntomas más frecuentes encontrados están la disnea, fatiga que limita la tolerancia al ejercicio, y la retención de fluidos que se puede manifestar como congestión pulmonar, congestión esplénica o edema periférico.

Se puede clasificar según la fracción de eyección en aquellos que presentan una FEVI normal o conservada (mayor o igual a 50%), FEVI reducida (menor de 40%), y los pacientes con FEVI en la banda o de rango medio (entre 40 a 49%) (32). Clásicamente el diagnóstico de ICC se basa en los criterios de Framingham, estos son:

#### Criterios mayores

- Disnea paroxística nocturna
- Estertores
- Edema agudo de pulmón
- Reflujo hepatoyugular
- Ingurgitación yugular
- Cardiomegalia radiográfica
- Tercer ruido
- Pérdida de peso > 4.5 kg en 5 días tras el tratamiento

#### Criterios menores

- Edema bilateral de miembros inferiores
- Disnea de esfuerzo
- Derrame pleural
- Tos nocturna
- Hepatomegalia
- Taquicardia

El diagnóstico se establece con 2 criterios mayores o 1 criterio mayor y 2 menores. Sin embargo, en el estudio realizado por Zoila Rosa Sovero y Edwin Capcha Limaylla, se encontró alta sensibilidad (98.6%). Pese a esto, la especificidad de los criterios de Framingham alcanza únicamente el 12%, pero al utilizar 4 criterios mayores para el diagnóstico de ICC, subía al 76% y al emplear 5 criterios mayores era de un 100% (34), por lo que se recomienda completar la evaluación clínica con criterios ecográficos y de laboratorio para llegar a un diagnóstico certero.

## **Caso 15: Diverticulitis aguda**

La diverticulitis aguda es la inflamación del divertículo, el cual es una herniación de la mucosa y submucosa del colon, a través de la muscular propia, generalmente por materia fecal impactada, que altera la perfusión sanguínea originando microperforación, lo que genera sangrado digestivo bajo, que es una de las manifestaciones clínicas más frecuentes.

El riesgo de desarrollar diverticulitis a lo largo de la vida es del 25%, su incidencia aumenta con la edad, llegando hasta un 70% en personas mayores de 65 años, y en un 75% para los mayores de 70 años. En los casos de diverticulitis complicada, la morbimortalidad alcanza un 40%.

Dentro de los factores de riesgo, el más importante es la edad, debido a los cambios en el tejido conectivo, entre otros cambios relacionados a ese aspecto. Los hábitos intestinales, la genética, el tabaco y la obesidad también influyen en el desarrollo de la enfermedad.

En cuanto a sus manifestaciones clínicas, van desde dolor abdominal intermitente, hasta un dolor constante grave y crónico generalmente localizado en fosa iliaca izquierda, también se puede presentar estreñimiento, diarrea y fiebre. En el examen físico se puede observar dolor o sensibilidad a la palpación de fosa iliaca izquierda, masa palpable y distensión abdominal con o sin signos peritoneales.

Para el diagnóstico son importantes la clínica y el examen físico del paciente, a esto se le suma exámenes auxiliares como la ecografía abdominal y la tomografía axial computarizada, esta última tiene una sensibilidad del 96% y especificidad del 95%, además permite determinar la extensión de la diverticulosis, la presencia de signos de inflamación, así como la presencia de complicaciones como abscesos, fístulas o perforaciones. En cuanto a la clasificación, se describen la de Hinchey y Hinchey Modificado (anexo 6), teniendo en cuenta que los casos no complicados se encuentran en Hinchey

I y los complicados dentro de Hinchey II, III y IV. Esta clasificación también permite tomar decisiones con respecto al manejo de la patología.

Por lo general, pacientes que presenten un cuadro de diverticulitis aguda no complicada se opta por la administración de antibiótico vía oral por 7 a 10 días (como por ejemplo Ciprofloxacino o Metronidazol) con una dosis de antibiótico intravenoso, y se sugiere mantener una hidratación adecuada y reposo intestinal.

Para los pacientes con una clasificación Hinchey Ib, con abscesos menores de 2 cm o que no toleran la vía oral, se recomienda manejo intrahospitalario para antibióticos intravenosos (Levofloxacino y Metronidazol o piperacilina - tazobactam) e hidratación parenteral. Pacientes con Hinchey Ib con abscesos mayores a 2cm y Hinchey II se manejan de forma hospitalaria, con antibióticos, fluidoterapia, reposo intestinal, además del drenaje del absceso. En cuanto al manejo quirúrgico, este se indica en caso de fracaso del tratamiento conservador, Hinchey III y IV, o sepsis con afectación hemodinámica (35).

Al ser una patología que suele verse con frecuencia dentro de la práctica clínica, es importante reconocer los síntomas y signos asociados a esta enfermedad, ya que un diagnóstico temprano, y la elección del tratamiento correcto son imprescindibles para evitar la mortalidad y las complicaciones asociadas.

### **Caso 16: Anemia severa**

La anemia y la deficiencia de hierro es un problema de salud pública a nivel mundial, se presenta a cualquier edad, sin embargo, su máxima prevalencia se ve en niños y en mujeres en edad fértil. Según la OMS, en el mundo existen alrededor de 2 billones de personas con deficiencia de hierro. De estas, aproximadamente 800 millones de personas padecen de anemia, y cerca de la tercera parte son niños (36).

Por definición la anemia es la disminución de la masa de glóbulos rojos y/o de la concentración de hemoglobina por debajo de -2 desviaciones estándar de la media para la edad y sexo.

La causa más frecuente de anemia a nivel mundial es la deficiencia de hierro o anemia ferropénica, dentro de sus causas está la absorción insuficiente, por ingesta insuficiente o inadecuada, o un síndrome de mala absorción por enfermedad celíaca, resección intestinal, etc. También puede deberse a pérdidas aumentadas por parasitosis intestinales, menstruación excesiva, hemorragias digestivas, epistaxis recurrentes, pérdida de sangre de otros órganos, etc. De igual manera, puede ocasionarse por depósitos disminuidos, como es el caso de los prematuros, gemelares o hemorragias intrauterinas, o el aumento de los requerimientos en el embarazo, lactancia o en periodos de crecimiento acelerado, como en los lactantes o los adolescentes.

Las manifestaciones clínicas de la deficiencia de hierro y la anemia son muy variadas y no específicas como la palidez de piel y mucosas, el decaimiento, anorexia, taquicardia, hipotensión arterial, sensación de mareos o vértigo, visión nublada, cansancio precoz, disnea, hipersensibilidad al frío, etc. Hay que considerar que la presencia de estos signos y síntomas va a depender del tiempo de curso de la enfermedad, ya que, en pacientes con un tiempo de enfermedad largo, las manifestaciones clínicas pueden no estar presentes o estar en intensidad leve.

El diagnóstico se basa en una adecuada anamnesis, examen físico y complementario con estudios de laboratorio que incluyen hemograma, recuento de reticulocitos, constantes corpusculares (volumen corpuscular medio, concentración de hemoglobina corpuscular media, amplitud de distribución eritrocitaria), morfología eritrocitaria, ferremia, ferritina, porcentaje de saturación de transferrina, entre otros exámenes.

El tratamiento tiene 3 objetivos: corregir la anemia, restaurar los depósitos de hierro y corregir la causa primaria. El tratamiento con hierro puede ser vía oral

o parenteral, siendo la vía oral la de elección, la dosis es de 3 - 6 mg/kg/día de hierro elemental, repartidas en 1 a 3 tomas al día, recordar administrarse alejado de las comidas ya que algunos alimentos pueden interferir con la absorción del hierro, el preparado más usado es el sulfato ferroso y el tiempo es variable, se deben alcanzar niveles normales de hemoglobina y hematocrito. Posteriormente se debe continuar con la ingesta en la misma dosis, por un tiempo igual al que se empleó para normalizar los valores y restaurar los depósitos de hierro.

En casos de intolerancia al tratamiento vía oral, o cuando éste es insuficiente o inadecuado se pasa a la vía parenteral-cuya indicación debe ser dada por el médico hematólogo, y si se va a instaurar tratamiento vía endovenosa-este debe ser durante la hospitalización, por el riesgo de reacciones adversas como dolor en el sitio de inyección, linfadenitis regional, hipotensión arterial, hasta shock anafiláctico.

La transfusión sanguínea en pacientes con anemia ferropénica se indica cuando la hemoglobina es  $< 7$  g/dL con el objetivo de corregir la descompensación hemodinámica (37).

En vista de las complicaciones que pueden traer consigo la anemia por deficiencia de hierro como son los problemas cardíacos, incluyendo arritmias, soplos cardíacos o insuficiencia cardíaca; aumento del riesgo de infecciones, retraso en el desarrollo psicomotor en niños, y complicaciones durante el embarazo en la gestante, es importante el diagnóstico y el tratamiento adecuado.

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

### **4.1 Clínica Centenario Peruano Japonesa**

El 12 junio del 2021 se dio inicio al internado médico en la Clínica Centenario Peruano Japonesa, previo al inicio de las actividades se realizaron charlas de inducción en donde se explicó la labor del interno dentro de la institución, así como un recorrido por la clínica con el objetivo de familiarizarnos con los ambientes. También se brindaron charlas de calidad en la atención, el correcto llenado de las historias clínicas, bioseguridad y el lavado de manos adecuado.

Sumado a esto, la clínica otorga a su personal equipo de protección personal semanal, que incluye 1 mascarilla KN 95 y 6 mascarillas descartables como medida de protección frente al COVID 19. También se informó que ante la presencia de sintomatología respiratoria se comunique a la oficina de medicina ocupacional, quienes se encargarían de evaluar los síntomas presentados, y de ser necesario, de enviar la orden para realizarse en el área respiratoria de la institución la prueba antigénica o PCR para detectar la infección por COVID 19, de obtener un resultado positivo se otorgan los días de descanso correspondientes. Si el resultado es negativo, la oficina de medicina ocupacional informa al trabajador para la reincorporación a sus actividades asistenciales. Así mismo, se informó desde un inicio que los internos no rotarían por el piso destinado a pacientes con COVID 19, para evitar su exposición. La evaluación de estos pacientes estaría a cargo de los médicos de piso y sus respectivos médicos tratantes.

Es bajo estas indicaciones que se inició al internado médico, durante los primeros días el interno se va adecuando a sus nuevas responsabilidades y funciones, y la incertidumbre que se sentía, en un inicio, por esta nueva etapa fue desapareciendo y la reemplazó la emoción de aprender algo nuevo cada día.

El interno aprende de primera mano el manejo de los pacientes, se enriquece del conocimiento que los médicos, el personal de enfermería y técnico han adquirido a lo largo de sus años de experiencia profesional, conocimiento que es transmitido con el objetivo de aportar en su formación.

Así mismo, al tener la oportunidad de conversar directamente con los pacientes y los familiares, pudo ver la evolución en la mayoría de los enfermos, en donde se compartía junto con el paciente la alegría y el alivio de saber que está en camino de una pronta recuperación. Sin embargo, también había pacientes cuyo cuadro se agravaba, y en algunos casos con desenlace fatal, en los que también se brindó compañía y consuelo a él y a sus familiares.

Se fortalece el sentido de la empatía para tratar con los pacientes, donde deben primar la compasión, el trato amable y asertivo. De la mano con los médicos y personal asistencial, se desarrollaron habilidades como el pensamiento crítico, la resolución de problemas, la investigación y proactividad.

Cabe resaltar que, al rotar por una institución de salud privada, se cuenta con una gran cantidad de recursos, exámenes de laboratorio y pruebas de imagen disponibles, modernos y de avanzada tecnología que facilita obtener resultados rápidos, de esta forma llegar a un diagnóstico exacto, en poco tiempo, y así decidir el tratamiento adecuado que permitirá la mejoría del paciente.

Es así, que, si bien la pandemia cambió diferentes aspectos en la forma de desarrollar el internado, se pudo concluir de manera satisfactoria este periodo, y se adquirieron las habilidades que son la base para el futuro médico.

## **4.2 Hospital Antonio Lorena -Cusco (HAL) del MINSA.**

En el Cusco, a diferencia de otras ciudades del país, se decidió que el internado de ciencias de la salud el año 2021 se realice la mayor parte en hospitales, y no en primer nivel de atención, justificado por la importancia que tiene este último año en la formación académica del estudiante de medicina; donde podrá observar y atender un mayor número de patologías de alta complejidad, contar con los recursos necesarios, y de esta forma aprovechará la capacidad resolutive del establecimiento de salud de mayor categoría, lo que ayudará para su desempeño en el futuro.

Los internos de la carrera de medicina humana fueron convocados por el área de capacitación del Hospital Antonio Lorena para brindar a los futuros internos charlas de capacitación en línea, donde se abordaron temas como bioseguridad, funcionamiento interno del hospital, la ética profesional, las funciones a cumplir durante los próximos meses, normas, deberes y derechos, horarios y cumplimiento de estos, generalidades sobre COVID19, manejo de las historias clínicas, atención y triaje en emergencia, entre otros.

Posterior a la inducción y capacitación virtual, se realizó proceso de inducción presencial a cargo de los médicos residentes de tercer año, quienes guiaron a cada grupo de internos por los diferentes servicios.

Finalmente, después de todos los procesos de capacitación e inducción se dio inicio al internado médico 2021 el 1 de julio.

Dentro de los requisitos indispensables para el comienzo del internado médico estaba contar con las 2 dosis contra COVID19.

Se pasó por las 04 especialidades: pediatría, cirugía general, medicina interna y gineco-obstetricia durante los primeros 8 meses y los últimos 2 meses antes de culminar el internado médico se realizó la rotación en primer nivel de atención.

## Pediatría y neonatología

Durante esta rotación el interno pasaría por los servicios emergencia donde se vieron los casos más comunes en pacientes pediátricos tales como enfermedad diarreica, cuadros respiratorios, síndrome febril, cuerpo extraño, etc. Fue el primer contacto del interno con el paciente y con los familiares de este, donde era importante que el interno proporcione calma para de esta manera se cuente con la colaboración necesaria. Es el área en el que el interno tenía que estar alerta y preparado en todo momento, y también es importante que cuente con la supervisión del médico de guardia.

Se aprendió a realizar una historia clínica breve y dirigida, así como un examen físico completo en un corto periodo de tiempo. También se rotó por el servicio de hospitalización, el cual contaba con 10 camas destinadas a la atención y manejo de los pacientes, aquí el interno realizó observaciones diarias del estado del paciente, e informaba al médico de turno durante el pase de la visita, se actualizaban exámenes de laboratorios e imagenológicos sugeridos por el asistente, según sea el caso, para de esta forma seguir un correcto plan de trabajo. Durante el pase de visita el asistente encargado realizaba preguntas, cuestionaba al interno sobre el plan de trabajo e intercambiaba opiniones con la finalidad de asegurarse que el interno de medicina sepa porque se está brindando cierto tratamiento, o se está siguiendo el plan de trabajo. De esa forma el interno lograba enriquecer sus conocimientos ponerlos en práctica.

En el servicio de neonatología se atendió todo lo que es la atención inmediata del recién nacido, donde el interno de medicina participaba de forma activa en la recepción y evaluación del recién nacido (tamizaje, control de peso y talla, reflejos, estado general)

## Cirugía general

La emergencia de cirugía, el piso de hospitalización, el servicio de anestesiología, cirugía especialidades y traumatología forman parte de la rotación de cirugía en el HAL.

**Emergencia:** El interno de medicina recibe con el apoyo del médico residente de turno a los pacientes que ingresan por triaje con patologías quirúrgicas, realizaba la historia clínica breve y un examen físico dirigido, de esta forma se aseguraba el actuar correcto y rápido. Así mismo, el interno se encarga de ayudar al médico al momento de pedir los exámenes auxiliares dentro de los que destacaba un hemograma completo, eran indispensable los pre quirúrgicos, y estar atento para la programación de operaciones y preparar al paciente para SOP. A su vez, en el tópico de emergencia se realizaban curaciones, suturas de heridas superficiales y estabilización de pacientes gravemente heridos.

**Hospitalización de cirugía general y traumatología:** Donde el interno de medicina acompaña y apoya durante el pase de visita, informa de la evolución del paciente, se encarga de tareas básicas como curaciones de heridas post operatorias, colocación y retiro de drenajes, retiro de puntos de suturas, etc.

**Anestesiología:** El interno ingresa a sala de operaciones con el médico anesthesiólogo de turno tanto a cirugías programadas como a cirugías de emergencia, apoyaba en la colocación de anestesia ya sea regional o general según el tipo de operación, y recibe una retroalimentación teórica y práctica por parte del anesthesiólogo que le permitirá afianzar sus conocimientos.

**Cirugía especialidades:** el servicio contaba con un número de 10 camas para pacientes de las especialidades de neurocirugía, cirugía pediátrica, urología, oftalmología, cirugía plástica y reconstructiva y otorrinolaringología.

El interno apoyaba en el pase de visita, realizaba curaciones diarias, informaba sobre la evolución y las interurrencias durante el día e ingresaba a sala de operaciones.

#### Medicina interna

Los servicios de emergencia y hospitalización destacaron en la rotación debido a la gran casuística que se maneja:

Hospitalización dividida en 2, un ambiente para varones y otro para mujeres. El HAL también cuenta con un servicio de cuidados intensivos (UCI) el servicio de mayor complejidad por el cual se rota. El ingreso restringido como en la mayoría de hospitales en el Perú aquí es de vital importancia que el interno de medicina cumpla y ponga en práctica los protocolos de bioseguridad en todo momento, con la finalidad de no contaminar a los pacientes, que por su estado crítico son propensos a complicaciones e infecciones.

El alumno aprende siempre guiado de forma estricta por el médico intensivista sobre el manejo adecuado del paciente crítico, observa y participa de procedimientos como intubación, colocación de vías centrales, radiología intervencionista, etc.

#### Gineco-obstetricia

Al momento de pasar por este servicio, en el Perú se estaba atravesando la tercera ola de contagios por COVID19, es así que en el HAL deciden aplicar un plan estratégico epidemiológico, por lo que se deciden cerrar algunos servicios para los internos como emergencia y consultorios externos. Después de esta decisión empezó la rotación en el área de maternidad, puerperio y ginecología. Aquí el interno de medicina cumplía funciones como realizar el control diario de las pacientes hospitalizadas, lo que le permitía poner en práctica lo aprendido, ya sea al momento del interrogatorio o durante el examen físico, a su vez apoyaba al médico tratante en el manejo y la

elaboración del plan de trabajo, desarrollando su pensamiento crítico y objetivo con la finalidad de lograr un adecuado tratamiento.

Otra área perteneciente al servicio de obstetricia es el centro obstétrico, donde se realizan una de las rotaciones más importantes, el interno participa de la atención del trabajo de parto, y el control del puerperio inmediato, en todo momento guiado por personal de obstetricia y el médico de turno. Al ser un hospital de referencia se atienden partos de alta complejidad, eutócicos y distócicos, así como sus posibles complicaciones, lo que prepara al futuro médico serumista para situaciones similares que tendrá que resolver por su cuenta más adelante.

## CONCLUSIONES

1. La pandemia por el COVID 19 ha puesto en evidencia las debilidades del sistema de salud peruano, afectando la formación profesional de los estudiantes de ciencias de la salud, por lo que realizar el internado médico en este contexto significó un reto para alcanzar los objetivos académicos esperados.
2. El presente trabajo permitió comparar la atención en un establecimiento de salud privado versus uno público, con respecto a la atención inicial, diagnóstico, y manejo de las patologías descritas en las dos instituciones.
3. Las habilidades y experiencias obtenidas durante el paso por emergencia se basan en el triaje inicial del paciente y estabilización inmediata. Se desarrolla, sobre todo, la capacidad de resolución de problemas de forma rápida, eficaz y eficiente. En los pisos de hospitalización, las habilidades obtenidas son más de pensamiento crítico, análisis y manejo integral.
4. Durante el internado médico, se adquieren además de los conocimientos teóricos y prácticos, la capacidad de trabajar en equipo, el manejo de situaciones difíciles, y establecer una adecuada la relación médico-paciente.
5. El interno es parte importante del sistema de salud, pues cumple funciones necesarias para una adecuada atención del paciente y mantiene una relación cercana con él, siendo el nexo entre el paciente y el médico tratante.

## RECOMENDACIONES

- Es importante que, en el internado en ciencias de la salud, se vele por el bienestar y seguridad del interno, y que se mantenga los beneficios obtenidos como seguro de vida, prácticas por remuneración, y equipo de protección personal asegurado.
- Se recomienda que la Universidad proporcione a sus alumnos cursos de inducción al internado médico, así como capacitaciones que permitan al futuro interno adaptarse con mayor facilidad a este periodo, y desarrollarse adecuadamente en sus nuevas labores.
- Dentro de las prioridades del Ministerio de Salud debería encontrarse fortalecer medidas que permitan la descentralización, y la reducción de las brechas de atención en los establecimientos de salud en el interior del país.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. El Peruano [Internet]. Elperuano.pe. [citado el 21 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-establece-medidas-excepcionales-y-te-decreto-de-urgencia-n-090-2020-1874820-3/>
2. Documento Técnico: “Lineamientos para el desarrollo de las actividades de los internos de ciencias de la salud 2021 en el marco de la emergencia sanitaria”. Gob.pe. [citado el 21 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1847805/Documento%20T%C3%A9cnico%3A%20%20Lineamientos%20para%20el%20Desarrollo%20de%20las%20actividades%20de%20%20los%20internos%20de%20ciencias%20de%20la%20salud%202021%20en%20el%20marco%20de%20la%20Emergencia%20Sanitaria.pdf>
3. Clínica centenario peruano japonesa [internet]. Clinicapj. 2022 [citado 20 febrero 2022]. Disponible en: <https://www.clinicapj.org.pe>
4. Hospital Antonio Lorena [Internet]. Wikipedia, La enciclopedia libre. 2022 [citado 10 febrero 2022]. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Hospital\\_Antonio\\_Lorena&oldid=141558670](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Hospital_Antonio_Lorena&oldid=141558670)
5. HAL – Hospital Antonio Lorena Cusco [Internet]. Gob.pe. [citado el 21 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://hospitalantoniolorena.gob.pe/>
6. En Cusco el nuevo Centro de Salud San Antonio beneficiará a más de 400 mil personas. [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/59915-en-cusco-el-nuevo-centro-de-salud-san-antonio-beneficiara-a-mas-de-400-mil-personas>
7. Rodríguez Fernández Zenén. Consideraciones vigentes entorno al diagnóstico de la apendicitis aguda. Rev. cubana cir [internet]. 2018 dic [citado 2022 feb 14]; 57(4): e703. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0034-74932018000400007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-74932018000400007&lng=es).
8. Hernández-orduña juan. Escala de mayor precisión para el diagnóstico de apendicitis aguda: análisis comparativo entre la escala de Alvarado, ripasa y nueva propuesta. Cir. Gen [revista en la internet]. 2019 sep [citado 2022 feb

- 14]; 41(3): 144-156. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1405-00992019000300144&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1405-00992019000300144&lng=es). Epub 27-nov-2020.
9. Rodríguez González Hardenson, pava Marín Rafael, castaño herrera luisa Fernanda, valencia García Laura Vanesa, pava Ripoll Alex. Evaluación de la precisión diagnóstica de la punción aspiración con aguja fina en pacientes con nódulo tiroideo. Biosalud [internet]. 2017 june [cited 2022 feb 14]; 16( 1 ): 11-18. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1657-95502017000100003&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1657-95502017000100003&lng=en). <https://doi.org/10.17151/biosa.2017.16.1.3>.
10. Stella maris Batallés, Oscar brunas, José Luis Novelli. Aumento de la capacidad diagnóstica de la ecografía (informada con clasificación t-rads) cuando se agrega una punción aspirativa con aguja fina (informada con sistema Bethesda). Medros [internet]. 2 de mayo de 2019 [citado 15 de febrero de 2022];85(2):055-63. Disponible en: <http://www.revistamedicaderosario.org/index.php/rm/article/view/21>
11. LeBlanc KE, LeBlanc LL, LeBlanc KA. Hernias inguinales: diagnóstico y manejo. Am Fam Médico . 2013; 87 (12): p.844-8.
12. Towfgh S, Shafik Y. Consideraciones Diagnósticas en la Reparación de Hernia Inguinal. En: Hope WW, Cobb WS, Adrales GL , eds . Libro de texto de Hernia . saltador ; 2017
- 13 Sigmoid volvulus [Internet]. 2020. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/sigmoid-volvulus?search=volvulo%20del%20sigmoides&source=search\\_result&selectedTitle=1~14&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/sigmoid-volvulus?search=volvulo%20del%20sigmoides&source=search_result&selectedTitle=1~14&usage_type=default&display_rank=1)
14. Bacilio-Cardozo Alejandra. Vólvulo de sigmoides. Rev. méd panacea 2018; (3): 107-111
15. Tratamiento del vólvulo de colon sigmoides mediante detorsión endoscópica seguida de sigmoidectomía asistida por laparoscopia en régimen de urgencia diferida. J. A. López-Ruiz et al. Cir. Andal. Febrero 2017, vol. 3, núm. 1 (39-42).
16. Arévalo B. Arturo Raúl, Arévalo Salazar Dory E., Villarroel Subieta Carlos J. EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2017 [citado 2022 Feb 21]; 23(2): 45-56. Disponible en:

[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582017000200009&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582017000200009&lng=es).

17. Guía técnica: Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino / Ministerio de Salud. Despacho Viceministerial de Salud Pública. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención y control del Cáncer. – Lima: 29 p [Internet]. 2017. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4146.pdf>

18. UptoDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 16 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/managing-an-episode-of-acute-uterine-bleeding?sectionName=MANAGING%20HEMODYNAMICALLY%20UNSTABLE%20PATIENTS&search=cancer%20de%20cervix&topicRef=3263&anchor=H14&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/managing-an-episode-of-acute-uterine-bleeding?sectionName=MANAGING%20HEMODYNAMICALLY%20UNSTABLE%20PATIENTS&search=cancer%20de%20cervix&topicRef=3263&anchor=H14&source=see_link)

19 INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y DE PROCEDIMIENTOS EN OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL [Internet]. 2018 sep. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>

20. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutoria: guía técnica / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Lima: Ministerio de Salud; 2007 [Internet]. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852\\_IMP198.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf)

21 Preeclampsia. Eclampsia y síndrome HELLP V. Cararach Ramoneda y F. Botet Mussons. Institut Clínic de Ginecologia, obstetrícia i Neonatologia. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona

22. Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica (GPC): Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. Dirección Nacional de Normalización, 1ª Edición, Quito, Ecuador, 2013. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

23. Gutiérrez Ramos Miguel, Guevara Ríos Enrique. Controversias en el tratamiento del aborto incompleto: AMEU versus tratamiento médico con

misoprostol. Rev. Perú. ginecol. obstet. [Internet]. 2015 ene [citado 2022 Feb 2022]; 61(1): 57-64. Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322015000100010&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000100010&lng=es)

24. Sánchez villalobos jy, huerta romera j. Urticaria aguda en pediatría. Bol clin hosp infant edo son. 2019;36(2):72-79.

25. Larenas linnemann d, medina ávalos ma, ortega Martell ja, beirana palencia am, rojo Gutiérrez mi, morales Sánchez ma, et al. Guía mexicana para el diagnóstico y el tratamiento de la urticaria. Rev. alerg mex. 2014; 61 supl 2: s117-93.

26. Rubio Sotelo, j. Utilidad diagnóstica de la prueba de reacción inflamatoria en heces comparada con el coprocultivo en población pediátrica con diarrea aguda en el hospital santa rosa durante el periodo 2018. Repositorio digital de tesis – urp: citado [internet]. [citado el 16 de febrero de 2022].

27 Iván d. Flórez, Javier o. Contreras, Javier m. Sierra, claudia m. Granados, juan m. Lozano, luz helena Lugo, maría e. Tamayo, Jorge I. Acosta, German d. Briceño, Carlos b. Parra, maría i. Lalande, José f. Vera, Fernando sarmiento, guía de práctica clínica de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. Diagnóstico y tratamiento 1, pediatría. Volumen 48, issue 2, 2015. Pages 29-46. Issn 0120-4912, [https://doi.org/10.1016/j.rcpe.2015.07.005.\(https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120491215000075\)](https://doi.org/10.1016/j.rcpe.2015.07.005.(https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120491215000075))

28. ALARCÓN O., Claudia; ÁVILA B., María Loreto; TAJMUCH V., Virginia. Pancreatitis aguda. Andes Pediátrica, [S.I.], v. 79, n. 5, p. 516-521, jul. 2008. ISSN 2452-6053. Disponible en: <<https://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/2510>>. Fecha de acceso: 21 feb. 2022

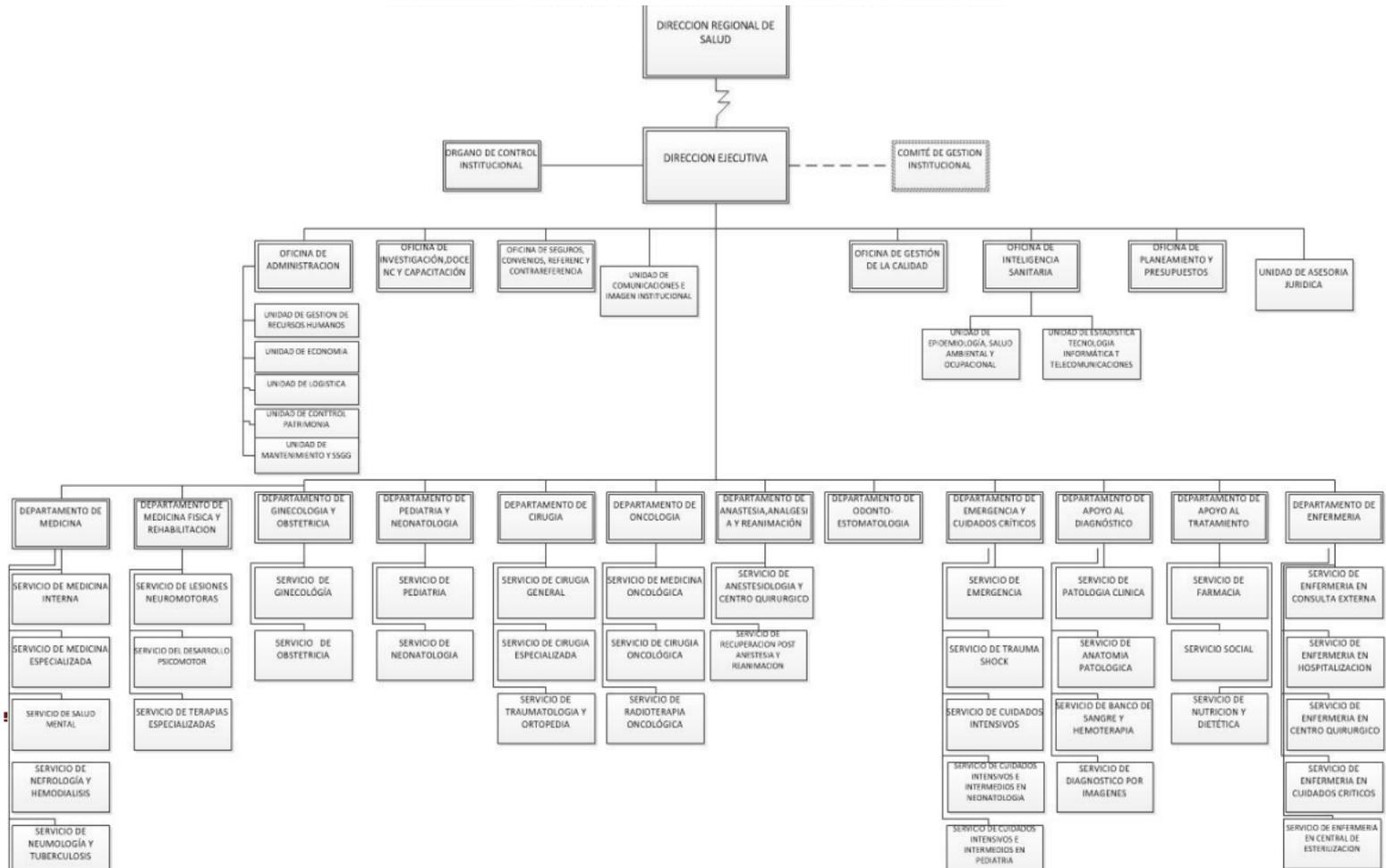
29. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pancreatitis Aguda en Pediatría. 2020 oct.

30. Millichap JJ. Clinical Features and Evaluation of Febrile Seizures [internet]. Disponible en: UpToDate.<https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-evaluation-of-febrile-seizures>. Ultima actualización 2 marzo 2017. [citado el 17 de febrero de 2022].

31. Ortiz-lazo e, et al. Actualización en el abordaje y manejo de celulitis. Acta's dermosifiliogr. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.07.010>
32. Ponikowski p, voors aa, anker sd, bueno h, cleland jg, coats aj, et al. 2016 esc guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Rev esp cardiol (engl ed). 2016;69(12):1167.
33. Martínez j. Insuficiencia cardíaca: nuevos marcadores. Revista de la sociedad de medicina interna. Concepción. Chile. 2002.6(2)
34. Sovero Muñoz, z; capcha limaylla, e. Validación prospectiva de los criterios de Framingham para el diagnóstico de la insuficiencia cardiaca en la altura. Hospital regional iv salud – Huancayo 2006 - 2009 (altitud 3240 m.s.n.m.). Repositorio digital de tesis – uncp: search [internet]. [citado el 17 de febrero de 2022].
35. Carranza zaj, villalobos ve, mora sv. Abordaje de la diverticulitis aguda. Revista médica sinergia. 2020;5(04):1-10.
36. De benoist b, mclean e, egli i, coswell m. Worldwide prevalence of anemia 1993-2005. Who global database on anemia. World health organization, centers for disease control and prevention, 2008.
37. Comité nacional de hematología, oncología y medicina transfusional, comité nacional de nutrición. Deficiencia de hierro y anemia ferropénica. Guía para su prevención, diagnóstico y tratamiento. Arch argent pediatr 2017;115 supl 4: s68-s82

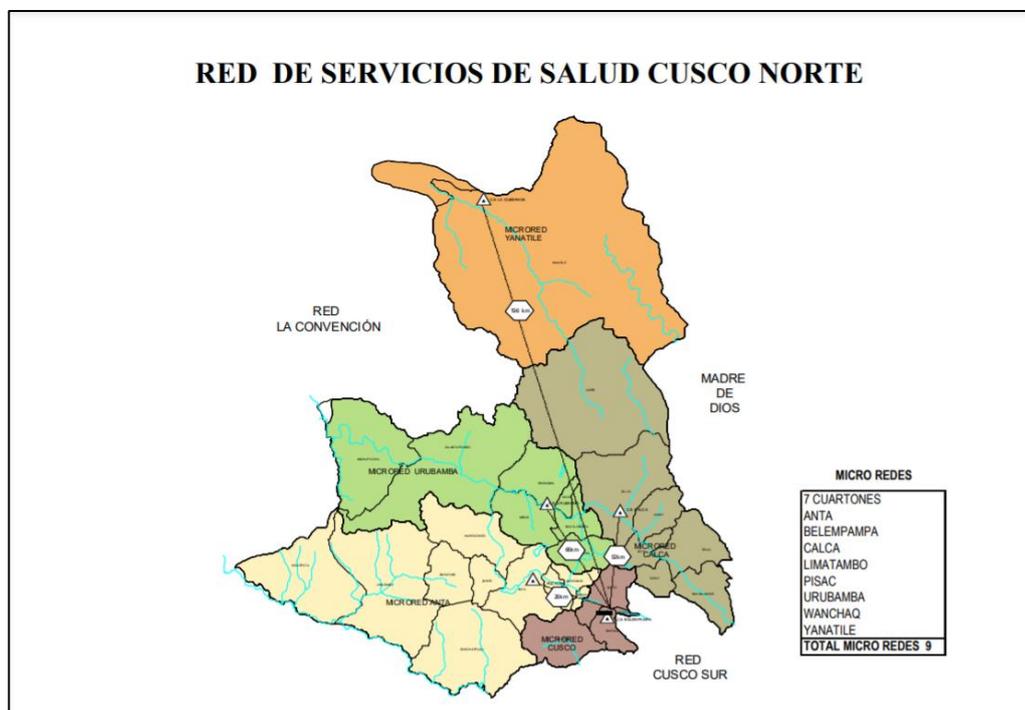
# ANEXOS

## ANEXO N°1: Organigrama estructural del Hospital Antonio Lorena nivel III-1



Fuente: Hospital Antonio Lorena. Plan operativo institucional 2021.

## ANEXO N°2: Red de Servicios de Salud Cusco Norte



Fuente: GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO-DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD-UNIDAD DE PLANEAMIENTO DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE

## ANEXO N°3: Tratamiento empírico de celulitis no purulentas (excluye SAMR)

	Adultos	Niños > 28 días
<i>Oral</i>		
Dicloxacilina	500 mg c/6 h	25-50 mg/kg al día en 4 dosis
Cefadroxilo	500 mg c/12 h	25-50 mg/kg al día en 3-4 dosis
Clindamicina	300-450 mg c/6-8 h	20-30 mg/kg al día en 4 dosis
<i>Parenteral</i>		
Cefazolina	1-2 g c/8 h	100 mg/kg al día en 3-4 dosis
Oxacilina	2 g c/4h	150-200 mg/kg al día en 4-6 dosis
Clindamicina	600-900 mg c/8 h	25-40 mg/kg al día en 3-4 dosis
Nafcilina	2 g c/4 h	150-200 mg/kg al día en 4-6 dosis

Fuente: Ortíz-Lazo e, et al. Actualización en el abordaje y manejo de celulitis. Actas dermosifiliogr. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.07.010> (30)

\

#### ANEXO N°4: Tratamiento vía parenteral para celulitis por SAMR - AC

Tratamiento	Dosis en adulto	Dosis en niños (>28 días)
Clindamicina	300-450 mg 3-4 veces al día	40 mg/kg al día en 3-4 dosis
Trimetoprim/sulfametoxazol	160-320 mg/800-1.600 mg 2 veces al día (forte)	8-12 mg/kg al día de trimetoprim, dividido en 2 dosis
Doxiciclina <sup>a</sup>	100 mg 2 veces al día	≤45 kg: 4 mg/kg al día en 2 dosis > 45 kg: 100 mg en 2 dosis
Minociclina <sup>a</sup>	200 mg al día luego 100 mg 2 veces al día	4 mg/kg 1 vez al día, luego 4 mg/kg al día en 2 dosis
Linezolid	600 mg 2 veces al día	<12 años: 30 mg/kg al día en 3 dosis ≥12 años: 600 mg vía en 2 dosis
Tedizolid (no en Chile)	200 mg 1 vez al día	

<sup>a</sup> No usar en niños menores de 8 años.

Fuente: Ortíz-Lazo e, et al. Actualización en el abordaje y manejo de celulitis. Actas dermosifiliogr. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.07.010> (30)

#### ANEXO N°5: Tratamiento vía parenteral para celulitis por SAMR - AC

Tratamiento	Dosis de adulto
Vancomicina	15-20 mg/kg dosis cada 8-12 h (máx 2 g/dosis)
Daptomicina	4 mg/kg 1 vez al día; si bacteriemia: 6 mg/kg una vez al día <sup>a</sup>
Tigeciclina	100 mg al día por una vez, luego 50 mg c/12 h
Linezolid	600 mg 2 veces al día

<sup>a</sup> Debido a que la daptomicina exhibe muerte dosis dependiente, algunos expertos recomiendan dosis hasta 8 a 10 mg/kg iv una vez al día, lo que aparentemente sería seguro, aunque requiere más estudios.

Fuente: Ortíz-Lazo e, et al. Actualización en el abordaje y manejo de celulitis. Actas dermosifiliogr. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.07.010> (30)

### ANEXO N°6: Clasificación de Hinchey y Hinchey Modificada

Clasificación de Hinchey	Clasificación de Hinchey modificada
	0. Diverticulitis clínica leve
I. Flemón o absceso pericólico	Ia. Inflamación pericólica limitada o flemón
II. Absceso pélvico, intraabdominal o retroperitoneal	Ib. Absceso meso o pericólico
III. Peritonitis generalizada purulenta	II. Absceso pélvico, intraabdominal distante o retroperitoneal
IV. Peritonitis generalizada fecal	III. Peritonitis purulenta generalizada
V. Obstrucción	IV. Peritonitis generalizada fecal

Fuente: Carranza zaj, Villalobos ve, Mora sv. Abordaje de la diverticulitis aguda. Revista médica sinergia. 2020;5(04):1-10. (34).