

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN DE ESSALUD EN
EL 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

EDUARDO JESÚS MOLINA PRÍNCIPE

ASESOR

EDGARD MARIO NIÑO MORIN

LIMA - PERÚ

2024



**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

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN DE ESSALUD
EN EL 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
EDUARDO JESÚS MOLINA PRÍNCIPE**

**ASESOR
MÉD. ESP. EDGARD MARIO NIÑO MORIN**

LIMA – PERÚ

2024

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. César Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

A mis padres, quienes con amor incondicional y apoyo constante me han guiado en estos años de camino académico, siendo mi mayor sostén e inspiración en mi formación profesional.

ÍNDICE

ÍNDICE	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I. TRAYECTORÍA PROFESIONAL	10
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	31
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	32
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	45
CONCLUSIONES	46
RECOMENDACIONES	47
FUENTES DE INFORMACIÓN	48

RESUMEN

Este trabajo fue realizado por un estudiante de medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Martín de Porres, quien trabajó como interno de medicina durante los 12 meses de 2023 en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, perteneciente a la Red Sabogal de EsSalud en el distrito de Bellavista, Callao en Perú. El presente documento tiene como objetivo describir 8 casos clínicos de las rotaciones de Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía General y Pediatría. Metodológicamente, dichos casos han sido redactados teniendo en cuenta los antecedentes de los pacientes, la anamnesis y el examen físico al ingreso, así como la evolución de cada caso detallando los exámenes auxiliares realizados y la terapéutica brindada. La obtención de los datos han sido recopilados del EsSI (Servicio de Salud Inteligente), un software usado en los hospitales de EsSalud para la organización digital de historias clínicas y otros datos relacionados a la información de pacientes. En conclusión, el enfoque principal es compartir la experiencia adquirida durante el internado; abordando casos relevantes de cada rotación, los cuales tienen utilidad práctica en la vida profesional como médico cirujano.

Palabras clave: Hospital, internado, medicina, Perú

ABSTRACT

This review was made by a medical student from Faculty of Human Medicine of San Martin De Porres University, who worked as a medical intern during the 12 months of 2023 at the Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, which belongs to the “Sabogal Hospital Network” from the Peruvian Public Healthcare System in the district of Bellavista, Callao, Peru. This document aims to describe 8 clinical cases from rotations in gynecology and obstetrics, internal medicine, surgery, and pediatrics. Methodologically These cases were written considering the patients' medical history, anamnesis, and physical examination upon admission, as well as the progression of each case detailing the tests and therapy. The data collection was compiled from EsSI (Servicio de Salud Inteligente), a software used in EsSalud hospitals for the digital organization of medical history and other patient-related information. In conclusion, the aim of this report is to share the experience acquired during the internship; addressing relevant clinical cases that provide practical utility to the professional life as a physician.

Keywords: Hospital, internship, medicine, Peru

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA EN EL INTERNADO
MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL
ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN DE
ESSALUD EN E

AUTOR

EDUARDO JESÚS MOLINA PRÍNCIPE

RECUENTO DE
PALABRAS

11546 Words

RECUENTO DE CARACTERES

66492 Characters

RECUENTO DE
PÁGINAS

49 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

90.8KB

FECHA DE ENTREGA

Mar 15, 2024 9:37 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Mar 15, 2024 9:38 AM GMT-5

● 11% de similitud general

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

- 10% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

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



Asesor: Méd. Esp. Edgard Mario Niño Morin
DNI: 45965700
ORCID: 0009-0008-8634-5654

Resumen

INTRODUCCIÓN

El internado médico es el último año de la carrera de Medicina Humana, año en el cual se consolidan los conocimientos adquiridos durante los seis años previos. En Perú, este proceso consiste en una rotación de 12 meses en algún hospital del Ministerio de Salud (Minsa), el Seguro Social de Salud (EsSalud) o alguna clínica particular autorizada.

Después de haber efectuado el Examen de Internado Médico EsSalud, el cual se efectúa anualmente, a nivel nacional y, tras un proceso de selección, el autor adjudicó en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, el cual es de categoría III-1.

El hospital en mención se encuentra ubicado en el distrito de Bellavista en el Callao y cuenta con especialidades y subespecialidades clínicas y quirúrgicas que permitió al interno rotar por las especialidades solicitadas y cumplir con los objetivos del programa: Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía General y Pediatría, las cuales han servido para afianzar conocimientos, iniciar la práctica médica y tener contacto con el paciente, pieza esencial del devenir médico.

CAPÍTULO I. TRAYECTORÍA PROFESIONAL

A continuación, se presentarán 8 casos clínicos, 2 de cada rotación del internado.

1.1 Ginecología y Obstetricia

Caso clínico 1

Paciente mujer de 17 años con los siguientes antecedentes:

-G1P1001. Parto vaginal hace 5 días en hospital de nivel II, dada de alta a las 48 horas.

-Sin antecedentes médicos ni quirúrgicos.

-Niega alergia a medicamentos.

-Medicación habitual con sulfato ferroso 300mg vía oral cada 24 horas.

Paciente con parto vaginal hace 5 días, aparentemente sin complicaciones, acude a emergencia por presentar fiebre cuantificada de 39.5°C en domicilio, dolor pélvico de intensidad EVA 8/10, náuseas, malestar general y loquios malolientes. Al acudir a emergencia, presentó los siguientes signos vitales:

-FC 110 latidos/minuto

-PA 100/60mmHg

-T 38.6°C

-FR 18 respiraciones/minuto

-SatO₂ 99%

Al examen físico se encontró lo siguiente:

-Regular estado general, aparente buen estado de hidratación y nutrición.

-Piel y mucosas: Caliente, con llenado capilar <2". Mucosa oral hidratada.

-Tórax y pulmones: Amplexación conservada. MV pasa bien en ambos hemitórax. No estertores.

-Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos taquicárdicos de buena intensidad, sin soplos audibles. Pulso periférico palpable.

-Abdomen: Útero palpable y contraído a nivel de cicatriz umbilical, doloroso a la palpación. RHA audibles.

-Tacto vaginal: Loquios amarillentos de muy mal olor, cérvix posterior con orificio cervical cerrado.

-Neurológico: Paciente despierta, lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona. Con escala de Glasgow 15/15. Sin focalización ni signos meníngeos.

Se realizan exámenes auxiliares como hemograma, PCR y examen de orina. El hemograma indicó leucocitos de 16.000/mm³ a predominio de segmentados (90%) y ausencia de bastonados; hemoglobina de 11.2g/dL, plaquetas en 345.000/mm³ y PCR elevada en 19. El examen de orina resultó negativo.

Con la anamnesis de parto vaginal reciente, asociado a fiebre, subinvolución uterina y loquios con mal olor, la paciente fue hospitalizada con el diagnóstico de endometritis puerperal, por lo que se da tratamiento antibiótico con clindamicina 600mg EV cada 8 horas y gentamicina 160mg EV cada 24 horas; además, metamizol 1g EV cada 8 horas y tramadol condicional a dolor intenso; hidratación con NaCl 0.9% y se programa para legrado uterino puerperal.

En el reporte operatorio se detalla la presencia de restos placentarios de aproximadamente 50g, además de secreción maloliente durante curetaje.

La paciente continuó hospitalizada con antibioticoterapia evolucionando favorablemente. Tras 72 horas del legrado, cedió la fiebre y el dolor uterino. Finalmente, fue dada de alta luego de 7 días de manejo con antibióticos.

Caso clínico 2

Paciente de 23 años con los siguientes antecedentes:

-G2P0010 con gestación actual de 38 semanas y 4 días por ecografía de 1º trimestre.

-Fecha de última regla: No recuerda.

-Hace 2 años se realiza legrado uterino por aborto incompleto.

-Niega alergias a medicamentos.

Paciente de 23 años, segundigesta nulípara quien acude por presentar cefalea holocraneana de intensidad 7/10, asociado a epigastralgia y escotomas. Percibe movimientos fetales, niega sangrado vaginal y pérdida de líquido amniótico.

Se examina a paciente en emergencias encontrando los siguientes signos vitales:

-FC 85 latidos/minuto

-FR 18 respiraciones/minuto

-PA 160/110mmHg

-T 36°C

-SatO₂ 96%

Al examen físico se encuentra lo siguiente:

-Regular estado general, aparente buen estado de hidratación y nutrición. Paciente ventilando espontáneamente sin signos de distrés respiratorio.

-Piel y mucosas: Normotérmica, con llenado capilar <2”.

-Tórax y pulmones: Amplexación conservada. MV pasa bien en ambos hemitórax, No estertores.

-Cardiovascular: RCR de buena intensidad. Pulso periférico palpable.

-Abdomen: Útero grávido con altura uterina de 32cm; feto en longitudinal cefálico izquierdo; dinámica uterina espontánea, movimientos fetales presentes. Latidos cardíacos fetales en 135 latidos/minuto.

-Tacto vaginal: Cérvix posterior cerrado. Altura de presentación fetal fuera de

pelvis.

-Neurológico: Paciente despierta, lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona. Escala de Glasgow 15/15, no focalización, sin signos meníngeos, reflejos osteotendinosos preservados.

Se decide realizar ecografía obstétrica que concluye:

-Gestación única activa de 38 semanas y 4 días por ecografía de 1º trimestre.

-Crecimiento fetal adecuado (P 12.1).

-Ecografía Doppler Normal y placenta madura.

Se diagnostica a la paciente de preeclampsia con criterios de severidad, por lo que se hospitaliza para culminar la gestación. Se activa la clave azul y se plantea el uso de nifedipino, sulfato de magnesio e hidratación con cristaloides. De igual manera, se toman exámenes auxiliares como hemograma, examen de orina simple, creatinina, perfil hepático y de coagulación.

Se indica nada por vía oral, se coloca sonda Foley para cuantificar diuresis, dos vías periféricas para hidratación con NaCl 0.9% a 300cc en chorro, luego a 45 gotas/minuto; otra vía con NaCl 0.9% 1000cc + 5 ampollas de sulfato de magnesio 20% 4g en 15 minutos y, luego 1g EV por hora; se indica nifedipino 10mg vía oral y cada 6 horas; con lo cual la PA baja a 140/90mmHg. Se deja la indicación de vigilar la PA y reflejos osteotendinosos cada 15 minutos.

Los exámenes auxiliares resultan de la siguiente manera:

-Hemograma: Leucocitos 7.600/mm³, Hb 11.3g/dL, plaquetas 220.000/mm³, segmentados 72%

-Examen de orina simple: Leucocitos 6-8 x campo, hematíes 100 x campo

-Creatinina sérica: 0.56mg/dL

-DHL 148 U/L, urea 15mg/dL

-Perfil hepático: TGO 13U/L, TGP 11U/L, bilirrubinas totales: 0.43mg/dL

-Perfil de coagulación: TP 10.17 (INR 0.9), TPTA 33

Se decide culminar la gestación con cesárea y continuar con el protocolo de MgSO₄.

Tras 8 horas de hospitalizada en sala de observación, la paciente fue operada, con reflejos osteotendinosos (++) y diuresis conservada. En los hallazgos operatorios de la cesárea se describe un recién nacido vivo de sexo masculino con peso de 2761g y APGAR 8-9; líquido amniótico claro sin mal olor con volumen adecuado, placenta fúndica normoinserta de 400g; sangrado intraoperatorio de 500ml.

Se dejó la indicación de continuar protocolo de sulfato de magnesio por 24 horas más, nifedipino condicional a PA \geq 160/110mmHg, tramadol y dimenhidrinato EV cada 8 horas, ranitidina y metoclopramida; se dejó la sonda Foley por 24 horas más.

Luego de 1 día de la cesárea, se suspendió el MgSO₄ y se registró el control de presión arterial dentro de rangos normales. Permaneció un día más con sonda Foley y pasó a hospitalización. Al examen físico presentaba útero contraído a nivel de cicatriz umbilical con herida operatoria tipo Pfannenstiel, bien afrontada sin signos de flogosis; loquios hemáticos sin mal olor, diuresis conservada y ROT (+/+++).

Se realiza un control de perfil de preeclampsia y hemograma tras 48 horas de la cirugía, los cuales resultan de la siguiente manera:

-Leucocitos 6.680/mm³, Hb 9.3g/dL, plaquetas 342.000/mm³, segmentados 68%, abastionados 0%, urea 20mg/dL, Creatinina 0.53mg/dL, TGO 54U/L, TGP 27U/L, TP 12.1 (INR 1.1).

Luego de 72 horas, se retiró la sonda vesical, se registró nuevamente un control adecuado de presión arterial y la paciente fue dada de alta con paracetamol condicional a dolor y sulfato ferroso. Se brindó cita control a los 10 días por consultorio externo.

1.2 MEDICINA INTERNA

Caso Clínico 1

Paciente mujer de 63 años con los siguientes antecedentes:

-Polineuropatía idiopática diagnosticada tres meses previos, por la cual, estuvo hospitalizada con resultado normal de electromiografía, punción lumbar normal, niveles normales de cianocobalamina y resonancia magnética cerebral y de médula espinal sin alteraciones significativas. Queda en estado de dependencia moderada y usuaria de silla de ruedas.

-Operada hace 24 años de enucleación ocular derecha por melanoma ocular uveal; operada de cesárea hace 30 años.

-Niega alergias a medicamentos.

-Refiere medicación habitual con alprazolam 0.5mg condicional a insomnio.

-Estado basal de dependencia moderada.

Paciente acude a la emergencia por presentar marcada inestabilidad en la marcha, con mayor fatiga en sus extremidades en relación a su estado basal.

Cuenta con las siguientes funciones vitales:

-FC 100 latidos/minuto

-FR 18 respiraciones/minuto

-PA 130/80mmHg

-T 36.5°C

-SatO₂ 99%

Al examen físico se describen los siguientes hallazgos:

-Paciente en regular estado general, aparente buen estado de hidratación y nutrición, ventilando espontáneamente a FIO 0.21, en silla de ruedas.

-Piel y faneras: Normotérmica, llenado capilar <2". Mucosas hidratadas.

Alopecia difusa a predominio de región occipital con 15 cabellos al tirar.

-Respiratorio: Amplexación conservada, MV pasa bien en ambos hemitórax, sin ruidos patológicos agregados.

-Cardiovascular: Ruidos cardíacos disminuidos, rítmicos sin soplos audibles.

-Abdomen: Blando, depresible, con ruidos hidroaéreos, sin dolor a la palpación.

-Sistema nervioso: Paciente despierta, lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona, con escala de Glasgow 15/15. Disminución de fuerza en las 4 extremidades; con miembro superior derecho proximal y distal (3/5); miembro superior izquierdo proximal y distal (3/5); miembro inferior derecho proximal (2/5) y distal (3/5); miembro inferior izquierdo proximal (2/5) y distal (3/5).

Se realizó hemograma y dosaje de PCR en emergencia, hallando Hb de 7g/dL con VCM 81fl, HCM 27 y CHCM 32; además, PCR en 9.21. Los niveles de leucocitos y plaquetas se encontraban en rangos normales. Además, se realizó dosaje de hierro sérico en 120ug/dL y ferritina en 320ug/dL, los cuales son valores dentro del rango normal.

Ante la anemia severa microcítica normocrómica, se transfundió un paquete globular y se hospitalizó a la paciente para estudio de anemia y ampliar estudios de polineuropatía.

Tras la transfusión, el siguiente control de Hb aumentó a 8g/dL. Como parte del estudio, se realizaron una colonoscopia, endoscopia y obtención de imágenes del intestino medio por cápsula endoscópica con la finalidad de descartar anemia por pérdidas gastrointestinales. Los tres estudios resultaron sin hallazgos significativos y se decidió buscar otras causas de anemia.

Paralelamente, se realizó una nueva electromiografía que resultó normal, pese a que la paciente continuaba con debilidad en las 4 extremidades. Así como un dosaje de vitamina B12 en 1491pg/mL, lo cual no explicaba la aparente polineuropatía. Mediante una interconsulta, el servicio de neurología indicó una punción lumbar, la cual se realizó y resultó con valores normales.

Tras 3 semanas de hospitalizada, la hemoglobina disminuye a 6.8g/dL y se decide una nueva transfusión de 2 paquetes globulares, llegando a 8.4g/dL.

Se decidió realizar una tomografía de tórax-abdomen-pelvis con el objetivo de descartar algún hematoma retroperitoneal que explique la anemia; en dicho estudio imagenológico se visualizó efusión pleural bilateral a predominio izquierdo y efusión pericárdica moderada.

Frente a dichos hallazgos, 3 días después, se decide realizar un ecocardiograma que concluye: "Derrame pericárdico moderado con pozo mayor de 1.49cm, pozo anterior basal de 1.10cm, medio de 1.27cm y apical de 1.20cm que no produce colapso sistólico auricular ni colapso diastólico ventricular izquierdo."

Se plantea la posibilidad de realizar una toracocentesis; sin embargo, familiares deciden no realizar el procedimiento invasivo.

Continuando con el estudio de la anemia, se decide tomar una prueba de Coombs directo; con el objetivo de descartar alguna causa autoinmune que genere el cuadro. Dicho estudio resultó positivo.

Con la prueba de Coombs directo positiva, se decide hacer un perfil reumatológico que resulta en:

-ANA 1/3200 Patrón homogéneo, Autoanticuerpo anti nucleosoma (++)
Autoanticuerpo anti DNA (+), Autoanticuerpo anti SS-B (++)
Autoanticuerpo anti Ro-52 (++) y Autoanticuerpo anti SS-a (++)

-Resto de perfil ENA negativos (Anti-Sm, Anti-RNP, anti mitocondrial, anti PCNA, anti centrómero B, anti Jo1, anti PM-Scl)

-Anti beta 2 glicoproteína en 3.13 (negativo), ANCA P en 2.81 (negativo) y ANCA C en 8.11 (negativo)

-Complemento C3 83mg/dL (valor normal: 90-180mg/dL) y Complemento C4 10mg/dL (valor normal: 10-40mg/dL)

-Proteinuria 0.03 en 24 horas

Ante ello, la paciente es evaluada por el servicio de reumatología, quienes diagnostican a la paciente con lupus de inicio tardío; con un puntaje de SLEDAI de 6 puntos al encontrar derrame pericárdico, hemólisis autoinmune, hipocomplementemia y anti DNA elevado.

Posterior a ello se decidió iniciar terapia inmunosupresora, para lo cual, previamente, se realizó desfocalización con oftalmología, otorrinolaringología y odontología, quienes deciden la extracción de dos piezas dentarias que se encontraron con necrosis pulpar. Luego de la desfocalización, se inició hidroxicloroquina 400mg cada 24 horas y prednisona 20mg cada 24 horas por la

La paciente refirió mejoría, por lo que fue dada de alta con citas para reumatología y medicina física.

Caso clínico 2

Paciente varón de 57 años con los siguientes antecedentes:

-Litiasis biliar desde 2021.

-Hipertensión arterial diagnosticada a los 40 años con medicación habitual de Captopril 25mg cada 24 horas.

-Antecedente quirúrgico de apendicectomía laparoscópica hace 18 años.

-Niega alergias a medicamentos.

Paciente acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 3 días que inició con epigastralgia moderada tras ingesta de comida copiosa y grasosa. El día del ingreso a emergencia, refiere que 4 horas antes, consume frituras en el almuerzo y el dolor en epigastrio se torna de intensidad 10/10, irradiado hacia espalda, refiriendo náuseas y un vómito de aproximadamente 40cc.

En tópico de emergencia se registraron las siguientes funciones vitales:

-FC 100 latidos/minuto

-FR 16 respiraciones/minuto

-PA 140/90mmHg

-T 37.4°C

-SatO₂ 97%

Al examen físico se evidenció lo siguiente:

-Paciente en regular estado general, deshidratación moderada y sobrepeso. Con facie dolorosa.

-Piel y faneras: Normotérmica, llenado capilar <2 segundos. Mucosa oral seca. No ictericia.

-Respiratorio: Amplexación conservada, MV pasa bien en ambos hemitórax, sin ruidos patológicos agregados

-Cardiovascular: Ruidos cardíacos taquicárdicos, rítmicos sin soplos audibles.

-Abdomen: Blando, depresible. Con dolor a la palpación en epigastrio y mesogastrio. Signo de Blumberg (-), signo de Murphy (-). RHA disminuidos.

-Genitourinario: Puño percusión lumbar (-), punto renoureteral (-).

-Neurológico: Paciente despierto, lúcido y orientado en tiempo espacio y persona, con escala de Glasgow 15/15. Fuerza conservada en las 4 extremidades.

Frente a la sospecha clínica de un abdomen agudo, se realizó una ecografía y exámenes auxiliares como hemograma, PCR, TGO, TGP, bilirrubina total, amilasa, lipasa, LDH, sodio, potasio, glucosa y creatinina.

La ecografía mostró presencia de múltiples cálculos en vesícula biliar (el más grande de 3cm) sin obstrucción de conducto cístico; colédoco de 4mm. De igual manera, se observó un páncreas hipoecogénico con aumento difuso del volumen y Wirsung dilatado en 5mm. No se apreció presencia de líquido peripancreático. El resto de órganos abdominales no presentaba alteraciones.

Los exámenes de laboratorio indicaron una leve leucocitosis de 12.000/mm³ sin presencia de abastones; Hb y plaquetas en rangos normales. Asimismo, una elevación de PCR en 8, TGO en 36U/L, TGP en 19U/L, bilirrubina total de 0.7mg/dL (a predominio de bilirrubina directa); amilasa 2400 U/L, lipasa 3200U/L, LDH 175 U/L, Na 142 mEq/L, K 3.9mEq/L, glucosa sérica de 129mg/dL y creatinina sérica de 0.8mg/dL.

Frente a los hallazgos, se decide hospitalizar a paciente con el diagnóstico de pancreatitis aguda no complicada. Se deja al paciente en nada por vía oral y se indica fluidoterapia enérgica con NaCl al 0.9% a dosis de 500cc/h durante 4 horas y luego 1000cc durante las siguientes 20 horas; también se indica uso de omeprazol 40mg endovenoso cada 24 horas y analgesia con tramadol 100mg endovenoso cada 8 horas. Además, se coloca sonda Foley para vigilar diuresis.

Tras 48 horas, el paciente evoluciona favorablemente; se toma un control tomográfico donde se aprecia inflamación de grasa peripancreática sin necrosis, catalogado como "Balthazar C". Asimismo, se apreció disminución del calibre del conducto de Wirsung a 4mm con el resto de órganos conservados. El paciente refirió disminución de dolor, al examen físico se escuchan ruidos hidroaéreos y se inicia tolerancia oral con líquidos claros. Se decide la toma de exámenes de laboratorio control con un hemograma donde se mantiene la leucocitosis de 12.000/mm³ sin abastones, no se aprecia descenso en el hematocrito, ni alteraciones electrolíticas. La diuresis se mantuvo en 1600ml durante 24 horas del segundo día de hospitalización y se retiró la sonda vesical.

A las 72 horas se progresa a dieta líquida amplia, la cual es bien tolerada. Luego, al cuarto día de hospitalización se inicia dieta blanda baja en grasas. También se tomó un último hemograma control que mostró niveles normales de leucocitos en 9.500/mm³; así como descenso notable en los niveles de amilasa (240U/L). La lipasa se mantenía elevada en 1100U/L.

Finalmente, el paciente fue dado de alta tras manejo con fluidoterapia, analgesia e inhibidores de bomba de protones. Se brindó asesoría nutricional y al alta se solicitó control por cirugía general para programación de

colecistectomía electiva.

1.3 CIRUGÍA GENERAL

Caso clínico 1

Paciente mujer de 17 años referida de Hospital Gustavo Lanatta de Huacho con los siguientes antecedentes:

-Operada hace 12 días de apendicectomía laparoscópica convertida a convencional y lavado de cavidad por peritonitis generalizada. En los hallazgos operatorios se describió apéndice gangrenado y perforado, así como 2 litros de pus franca maloliente en los 4 cuadrantes, abundante fibrina y adherencias en colon sigmoides y ciego.

-Sin antecedentes patológicos relevantes

-Sin medicación habitual ni reacciones alérgicas a medicamentos

Paciente recientemente operada de apendicectomía laparoscópica convertida a convencional por peritonitis generalizada en hospital de nivel II, con evolución aparentemente lenta favorable en su postoperatorio y dada de alta a los 7 días tras uso de ceftriaxona y metronidazol, acudió nuevamente a dicho nosocomio por presentar fiebre cuantificada de 39°C, náuseas y marcado dolor abdominal a predominio de cuadrante superior derecho. Ante ello, se toma hemograma de ingreso que muestra leucocitosis sin desviación a la izquierda (14.000 leucocitos/mm³ y 1% de bastonados), se realiza ecografía torácica donde se aprecia una colección heterogénea en espacio subdiafrágmatico posterior y lateral sugerente de absceso hepático o hematoma subcapsular

Ante ello, se refirió al Hospital Nacional Alberto Sabogal para estudio tomográfico y manejo. Al llegar al nosocomio, se registraron las siguientes funciones vitales:

-FC 120 latidos/minuto

-FR 18 respiraciones/minuto

-PA 100/70mmHg

-T 39.5°C

-SatO₂ 95%

Se describe lo siguiente en el examen físico:

-Paciente regular estado general y aparente buen estado de nutrición e hidratación, con facie dolorosa, en decúbito dorsal.

-Piel y faneras: Caliente, llenado capilar <2 segundos. Mucosa oral hidratada.

-Respiratorio: Amplexación conservada, MV pasa bien en ambos hemitórax, sin ruidos patológicos agregados.

-Cardiovascular: Ruidos cardíacos taquicárdicos, rítmicos sin soplos audibles.

-Abdomen: Con cicatriz mediana supra e infraumbilical, blando, depresible, con marcado dolor a la palpación en cuadrante superior derecho. No se evidencia rebote peritoneal, signo de Murphy negativo y McBurney negativo.

-Sistema nervioso: Paciente despierta, lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona, con escala de Glasgow 15/15. Fuerza conservada en las 4 extremidades.

Se realizó estudio tomográfico contrastado, donde se reportó una colección subcapsular hepática derecha no tabicada de contenido homogéneo con un volumen aproximado de 1138cc con contenido aéreo sugerente de absceso hepático.

Se hospitalizó a la paciente, se inició cobertura antibiótica con meropenem a dosis de 1g endovenoso cada 8 horas y vancomicina a 1g endovenoso cada 12 horas; se solicitó turno con la Unidad de Radiología Vascular e Intervencionista (URVI) para drenaje de absceso.

Se tomó hemograma de ingreso y PCR. Se evidencia leve leucocitosis de 13.840/mm³, Hb en 11g/dL, plaquetas en 600.000/mm³, abastados en 1% y elevación de PCR en 16.

Tras 24 horas de hospitalizar a la paciente, la URVI realizó drenaje de colección hepática con arco en C, extrayendo 2 litros de secreción purulenta y obteniendo muestras para cultivos. Posteriormente, se realizó lavado con suero fisiológico y se dejó catéter percutáneo permeable.

Al tercer día se obtiene el resultado de cultivo, con presencia de *E. coli* sensible a carbapenems, por lo que se continuó usando meropenem.

El gasto del catéter fue de 14cc en las primeras 24 horas, 10cc al segundo día y de 5cc al tercer día. Los días siguientes, se registraron 0cc en la bolsa colectora del drenaje percutáneo. La URVI hizo controles a los 5, 9 y 16 días, donde realizaron lavados y retiraron, finalmente, el drenaje al día 16.

La paciente evolucionó favorablemente sin picos febriles, con disminución de dolor abdominal, con evidencia imagenológica al no mostrar colecciones residuales en controles ecográficos y con disminución de reactantes de fase aguda tras un control a los 7 y 14 días en donde el hemograma control indicó un recuento de 9.000 y 7.300 leucocitos/mm³ respectivamente.

Finalmente, la paciente fue dada de alta luego de 18 días de uso de meropenem y vancomicina.

Caso clínico 2

Paciente de 73 años sin antecedentes patológicos relevantes, sin cirugías previas ni alergias a medicamentos.

La paciente llega al hospital en ambulancia, tras una caída de 4 metros al bajar las escaleras en su domicilio hace 1 hora. Refiere dolor en hemitórax izquierdo de intensidad 9/10, dolor abdominal a predominio de cuadrante superior izquierdo y leve cefalea en región occipital. Niega pérdida de conciencia y vómitos.

En tópicos de emergencia se evidencian las siguientes funciones vitales:

-FC 130 latidos/minuto

-FR 12 respiraciones/minuto

-PA 60/40mmHg

-T 37°C

-SatO₂ 95%

Ante ello, paciente es llevada a la unidad de shock trauma, donde se hidrató a paciente con 200cc de suero fisiológico.

Al examen físico:

-Paciente en mal estado general, deshidratación moderada y aparente buen estado de nutrición. Con facie dolorosa.

-Piel y faneras: Piel pálida con frialdad distal, llenado capilar de 3 segundos. Mucosa oral seca.

-Respiratorio: Amplexación disminuida en hemitórax izquierdo con intenso dolor a la palpación superficial. MV pasa bien en ambos hemitórax.

-Cardiovascular: Ruidos cardíacos taquicárdicos, rítmicos sin soplos audibles.

-Abdomen: Dolor a la palpación superficial en hipocondrio izquierdo, con signos de rebote en dicha zona. Ruidos hidroaéreos presentes.

-Neurológico: Paciente con tendencia al sueño, lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona, con escala de Glasgow 14/15. Fuerza conservada en las 4 extremidades.

Tras estabilizar a la paciente, se realizó ecografía abdominal donde se evidenció presencia de líquido libre en receso subfrénico derecho e izquierdo, espacio de Morrison, fosa iliaca derecha y cavidad pélvica de aproximadamente 200cc sugerente de contenido hemático. Posteriormente, se realiza tomografía de encéfalo, tórax y abdomen con los siguientes hallazgos:

-Encéfalo: Sin lesiones evidentes.

-Tórax: Focos de contusión pulmonar en lóbulo inferior izquierdo, signos de

efusión pleural izquierda y trazos de fracturas desde la sexta a la onceava costilla del hemitórax izquierdo.

-Abdomen: Laceración esplénica en cara diafragmática de 3cm y de 4cm en cara visceral. Además de contenido hemático de aproximadamente 1000cc en los 4 cuadrantes del abdomen.

Tras dichos hallazgos se ingresa a sala de operaciones para laparotomía exploratoria. De igual manera, se realizó una toma de hemoglobina sérica, la cual resultó en 7g/dL; se transfundió 2 paquetes globulares durante la cirugía, con un control de 9g/dL a las 4 horas.

En el reporte operatorio se describió hemoperitoneo de aproximadamente 2 litros en los 4 cuadrantes, laceración esplénica en cara diafragmática de 3cm con coágulo adherido y otra laceración en cara visceral que desacoplaba parcialmente el hilio esplénico del parénquima. Frente a ello, se realizó esplenectomía total, lavado de cavidad con solución salina y colocación de dos drenajes laminares en celda esplénica y fondo de saco de Douglas.

Tras su estancia en sala de recuperación, la paciente pasó a hospitalización de cirugía, con un descenso de hemoglobina a 8.2g/dL tras 48 horas. Se optó por transfundir dos paquetes globulares, llegando a un control de 9.7g/dL. De igual manera, se cubrió a la paciente con ceftriaxona endovenosa a dosis de 2g cada 24 horas y se inicia dieta líquida a las 48 horas.

Al tercer día del postoperatorio, la paciente cursa con desaturación de 90% a FiO2 ambiental; asociado a un PaFiO2 de 264 y MV abolido en el 1/3 inferior de hemitórax izquierdo. Se toma radiografía torácica portátil, la cual evidencia radiopacidad en la zona afectada; se realiza ecografía torácica, la cual cuantifica colección de 600cc en hemitórax izquierdo asociado a hemotórax.

Frente a dichos hallazgos, se indica oxigenoterapia por cánula binasal a FiO2 28%, terapia respiratoria con inspirómetro incentivo y el servicio de cirugía torácica y cardiovascular coloca tubo de drenaje torácico izquierdo, el cual fue retirado luego de 5 días.

La paciente tuvo una evolución lenta favorable, tolerando el destete progresivo de oxígeno, logrando un PaFiO₂ de 350 a FiO₂ ambiental a los diez días tras la intervención. Sin registros de picos febriles, ni complicaciones infecciosas; sin descenso en los controles de hemoglobina sérica.

Se aplicaron las vacunas contra gérmenes encapsulados por ser una paciente esplenectomizada. A los catorce días de hospitalizada, se aplicaron las vacunas contra *Haemophilus influenzae* y *Neisseria meningitidis* y a los dieciséis días se aplicó la vacuna contra *Streptococcus pneumoniae*. La paciente ya había sido vacunada tres meses antes contra la influenza, por lo que no fue necesario aplicar dicha inmunización.

Finalmente, tras 18 días de uso de ceftriaxona endovenosa, la paciente fue dada de alta sin apoyo oxigenatorio. Se indicaron analgésicos en horario por presentar leve dolor en arcos costales fracturados y controles por cirugía general y neumología.

1.4 PEDIATRÍA

Caso clínico 1

Paciente de sexo femenino de 5 años con los siguientes antecedentes:

-Nacida a término (39 semanas) por parto eutócico con 4 controles prenatales, sin complicaciones durante la gestación y trabajo de parto. Con peso al nacer de 3100g y talla de 49cm

-Inmunizaciones completas para la edad

-Desarrollo normal con control cefálico a los 3 meses, torácico a los 6 meses y bipedestación a los 14 meses.

-Asma persistente leve desde los 4 años

-Hospitalizada en dos ocasiones a los 4 años por crisis asmática, durante 6 y 8 días.

-Sin cirugías previas ni alergias a medicamentos

Paciente acude a emergencia traída por su madre con un tiempo de enfermedad de 5 días que inició con tos exigente, asociado a fiebre. Acudió a centro de salud donde indicaron azitromicina. Tras persistencia de síntomas a las 72 horas de iniciada la terapia, acude al Hospital Sabogal.

En tópico de emergencia se registran las siguientes funciones vitales:

-FC 130 latidos/minuto

-FR 28 respiraciones/minuto

-PA 90/70mmHg

-T 39.5°C

-SatO₂ 94%

Al examen físico se describe lo siguiente:

Regular estado general y aparente buen estado de nutrición e hidratación. Paciente con facie dolorosa, taquipnea y tos productiva durante el examen físico.

-Piel y faneras: Piel caliente, con sudoración. Mucosa oral hidratada, levemente congestiva sin exudados ni placas en orofaringe. Llenado capilar <2 segundos.

-Respiratorio: Amplexación conservada en ambos hemitórax. Presencia de tirajes intercostales. MV pasa bien en ambos hemitórax, crépitos en ambas bases pulmonares y sibilantes espiratorios.

-Cardiovascular: Ruidos cardíacos de buena intensidad sin soplos. Pulsos periféricos presentes.

-Abdomen: Blando, depresible. No doloroso a la palpación. Ruidos hidroaéreos presentes.

-Neurológico: Despierta, conectada con su entorno. Sin signos meníngeos ni de focalización. Moviliza las 4 extremidades con fuerza y tono conservados.

-Peso de paciente: 18kg y 0.73m de superficie corporal.

Se tomó una placa de tórax, así como un hemograma y dosaje de PCR. El examen radiológico mostró un aumento de la trama parahiliar y un consolidado apical derecho. A su vez, los exámenes de laboratorio mostraron leucocitos de 13.500/mm³ sin presencia de bastonados, Hb 14g/dL y PCR 7.17.

Se hospitalizó a la paciente con el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad complicada con crisis asmática y se indicó nebulización con salbutamol a dosis de 11 gotas con 5cc de suero fisiológico cada 4 horas, así como ampicilina 650mg endovenosa cada 6 horas (150mg/kg/día) y metamizol condicional a fiebre.

Luego de 2 días de hospitalización, la paciente evoluciona estacionariamente. No se registraron picos febriles; sin embargo, continuó con tos productiva y sibilantes.

Se tomó una prueba molecular de SARS-CoV-2 la cual resultó negativa. Se indicó nebulización con salbutamol cada 2 horas, así como uso de bromuro de ipratropio a dosis de 4 puff cada 4 horas y beclometasona 1 puff cada 12 horas con aerocámara. También, se inicia prednisona en jarabe a dosis de 9mg dos veces al día por tres días.

Al cuarto día de hospitalización, la paciente tiene notable mejoría, con disminución de sibilancias y con menos intensidad de los crépitos. Se cambia la dosis de salbutamol a inhalaciones con aerocámara cada 4 horas y, al día siguiente, cada 6 horas.

La paciente evolucionó favorablemente, cumpliendo 7 días de tratamiento antibiótico endovenoso, 5 días de uso de salbutamol con bromuro de ipratropio y 3 días de prednisona. No requirió en ningún momento soporte oxigenatorio. Fue dada de alta con la indicación de 1 puff de fluticasona con aerocámara cada 12 horas como terapia de mantenimiento y salbutamol con aerocámara para rescate en casos de crisis por indicación de neumología pediátrica.

Caso clínico 2

Paciente de sexo masculino de 4 meses con los siguientes antecedentes:

-Nacido a término (38 semanas) por cesárea por preeclampsia sin signos de severidad. Con peso de 2590g al nacer y talla de 47cm.

-Antecedente de ictericia neonatal por esferocitosis hereditaria, motivo por el cual recibió 3 transfusiones de sangre por anemia de 8g/dL. La última había sido 2 meses atrás.

-Sin antecedentes quirúrgicos ni alergias a medicamentos

-Peso de 6.4kg

Paciente acude traído por su madre, quien refiere que presenta hace 3 días irritabilidad, llanto y fiebre cuantificada en 39°C en dos oportunidades en domicilio. Niega vómitos y diarreas.

En el tópic de emergencias se registraron las siguientes funciones vitales:

-FC 125 latidos/minuto

-FR 24 respiraciones/minuto

-T 38°C

-SatO₂ 98%

Al examen físico se evidenció lo siguiente:

-Regular estado general, deshidratación leve y aparente buen estado nutricional. Paciente con llanto durante el examen físico.

-Piel y faneras: Piel caliente, mucosa oral levemente seca. Llenado capilar <2 segundos. No ictericia, palidez ni cianosis.

-Respiratorio: MV pasa bien en ambos hemitórax. No ruidos patológicos audibles.

-Cardiovascular: Ruidos cardíacos de buena intensidad, sin soplos audibles.

-Abdomen: Globuloso. Blando, depresible, no doloroso a la palpación. Con ruidos hidroaéreos presentes.

-Neurológico: Despierto, reactivo a estímulos. Sin signos de focalización.

Se realiza hemograma, PCR y examen de orina recolectado con bolsa adhesiva. El hemograma mostró leucocitosis de 29.000/mm³ con 79% de segmentados y 10% de linfocitos, hemoglobina en 10.4g/dL, plaquetas en 550.000/mm³ y PCR 18. El examen de orina resultó con 98-100 leucocitos por campo, esterasa leucocitaria (+) y gérmenes (+++).

Frente a ello, se toma hemocultivos y urocultivos. Se hospitaliza al paciente con el diagnóstico de pielonefritis aguda y se inició tratamiento empírico con amikacina a dosis de 100mg endovenosa cada 24 horas; se indicó lactancia materna a libre demanda y paracetamol en dosis de 18 gotas vía oral cada 6 horas para manejar la fiebre.

Tras 72 horas, el paciente evoluciona afebril, con menor irritabilidad y buena lactancia. El hemocultivo resulta negativo y el urocultivo resulta positivo para *E. coli* BLEE, sensible a carbapenems y aminoglucósidos. Ante la buena respuesta a amikacina, se mantiene dicho antibiótico.

Finalmente, el paciente fue dado de alta al completar antibioticoterapia por 7 días. Previo al alta, se realizó una ecografía renal donde no se encontraron lesiones ni cicatrices tras la infección urinaria.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El autor de este trabajo realizó el internado médico en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren (HNASS), un centro hospitalario público peruano de categoría III-1 ubicado en el Callao y administrado por EsSalud.

Este nosocomio fue fundado el 8 de setiembre de 1941, durante el mandato del Presidente Manuel Prado y Ugarteche, siendo el primer hospital del Seguro Social en el Callao; en ese entonces bajo el nombre de Policlínico Obrero. En 1982, se renombró como Hospital Alberto Sabogal Sologuren, en honor al Dr. Alberto Sabogal, quien fue pionero en cirugía de hígado en el país. Luego, en 2013, es elevado a la categoría de Hospital Nacional.

Este hospital pertenece a la Red Prestacional Sabogal, una red conformada por 27 centros asistenciales, donde el HNASS es el nosocomio con mayor nivel de complejidad. Esta institución atiende a más de un millón y medio de pacientes, los cuales son referidos de los diferentes hospitales de la red.

En el Hospital Sabogal existen más de 20 especialidades médicas y quirúrgicas, existe atención por consulta externa, área de hospitalización para la mayoría de servicios, centro obstétrico, centro quirúrgico, área de emergencias y unidades de cuidados intensivos para neonatos, niños y adultos.

Esta institución, además de brindar atención médica, es un centro docente donde asisten alumnos de medicina, enfermería, obstetricia y existen los programas de internado y residentado médico.

Los internos de medicina cumplen las funciones de realizar historias clínicas completas, evolucionar a los pacientes hospitalizados, atender a pacientes en el área de emergencias bajo la supervisión de un médico residente o asistente y participar en funciones administrativas como completar hojas de contrarreferencia, realizar epicrisis e informes de alta cuando se requieran. De igual manera, como parte de la formación profesional, pueden participar ayudando en procedimientos médicos o cirugías bajo la supervisión de médicos asistentes.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Ginecología y Obstetricia

Caso clínico 1

La endometritis puerperal es la principal causa de fiebre puerperal, siendo más frecuente en partos por cesárea comparados a partos vaginales. Es importante iniciar la cobertura antibiótica de amplio espectro cuanto antes (1), con una respuesta favorable, normalmente a las 24 a 48 horas de iniciado el manejo. De no ser tratada a tiempo o tener una evolución tórpida, puede condicionar sepsis, presencia de abscesos o peritonitis. En casos que el tratamiento antibiótico no sea suficiente, requieren manejo con legrado uterino (2).

Es un cuadro que se caracteriza por fiebre posparto, dolor y subinvolución uterina, loquios malolientes; asociado a alteración de reactantes de fase aguda como leucocitosis a predominio de segmentados y, en algunos casos, desviación a la izquierda, así como elevación de proteína C reactiva.

En casos de endometritis puerperal, es importante realizar diagnóstico diferencial. Cuando se tratan de cesáreas, debemos diferenciarlo de infecciones de sitio de herida operatoria, celulitis y abscesos pélvicos. Otros diagnósticos diferenciales son las infecciones urinarias altas como la pielonefritis; las cuales pueden cursar con clínica similar de fiebre, náuseas y dolor pélvico; no obstante, mayormente cursan con PPL (+) al examen físico y un examen de orina patológico donde, además de leucocituria, puede haber presencia de nitritos y una cantidad de células epiteliales menor a 10/mm³ para considerarlo una muestra no contaminada, seguida por un urocultivo positivo.

Dentro de las medidas preventivas para la endometritis se encuentra el buen lavado de manos y uso de equipos de protección personal como guantes e instrumental estéril previo a un parto vaginal o cesárea, añadiendo cefazolina en casos de intervención quirúrgica (3). De igual manera, se debe realizar una revisión manual de la cavidad uterina tras el alumbramiento y examinar la placenta evidenciando cotiledones y membranas ovulares completas.

Caso clínico 2

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo del embarazo originado por la insuficiencia placentaria tras un defecto en el remodelado de las arterias uterinas, lo cual genera un menor calibre de dichos vasos y una entrega inadecuada de sangre rica en oxígeno a la unidad útero-placentaria, aumentando hipoxemia y estrés oxidativo (4).

El diagnóstico de este trastorno se define con una PAS ≥ 140 mmHg y/o una PAD ≥ 90 mmHg tomada en dos ocasiones y separadas por al menos 4 horas en una gestación por encima de las 20 semanas, con controles previos de presión arterial normales. A este concepto se suma la proteinuria de ≥ 300 mg en 24 horas, o un índice de proteinuria/creatinina $\geq 0,3$ mg/dL. En algunos casos, la preeclampsia puede encontrarse en ausencia de proteinuria cuando hay daño de órgano blanco definido como trombocitopenia por debajo de 100.000/mm³, elevación de transaminasas en al menos 2 veces respecto al límite superior normal, dolor intenso en hipocondrio derecho (asociado a daño hepático por distensión de la cápsula de Glisson), insuficiencia renal con niveles de creatinina sérica $>1,1$ mg/dL o duplicación de valor en ausencia de patología renal, cefalea intensa, encefalopatía hipertensiva, edema cerebral, edema agudo de pulmón o síntomas visuales como escotomas.

Se considera una preeclampsia con criterios de severidad cuando la PAS es ≥ 160 mmHg o PAD ≥ 110 mmHg o en caso de daño de órgano blanco con los criterios anteriormente mencionados.

En casos de preeclampsia sin signos de severidad se puede optar por manejo expectante y culminar la gestación a las 37 semanas. En casos de preeclampsia con criterios de severidad, el riesgo de eclampsia o de muerte materno-fetal es alto, por ende, se debe manejar los síntomas y culminar la gestación.

Para el manejo de la hipertensión, el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) recomienda el uso de labetalol endovenoso o nifedipino vía

oral, siendo los medicamentos con menos efectos adversos y con la misma eficacia (5). De igual forma, la prevención de convulsión ecláptica se realiza con la administración de sulfato de magnesio al 20%. Los protocolos más usados son el de Zuspan y el de Sibai. El primero consiste en una dosis de carga de 4g endovenosos entre 15 a 20 minutos, seguido de una dosis de mantenimiento de 1g EV/h en infusión continua durante 24 horas. Mientras que el segundo protocolo consiste en una dosis de carga de 6g entre 10 a 30 minutos, seguid de una dosis de mantenimiento 2g EV/h en infusión continua durante 24 horas. (6) Es sumamente importante vigilar los signos de intoxicación por sulfato de magnesio, por ende, se debe monitorizar los reflejos osteotendinosos (ROT), la frecuencia respiratoria y diuresis.

Toda preeclampsia que tenga signos de severidad, hipertensión refractaria, eclampsia, síndrome HELLP, desprendimiento prematuro de placenta o estado fetal no tranquilizador son indicación de finalizar la gestación inmediatamente.

3.2 Medicina Interna

Caso clínico 1

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, donde existe un daño de diversos órganos, tejidos y células por autoanticuerpos y complejos inmunitarios. Esta condición aparece mayoritariamente en mujeres en edad reproductiva; sin embargo, en los últimos años está aumentando la incidencia de debut en pacientes por encima de los 50 años, conocido como lupus de anciano o de inicio tardío. (7)

Según un estudio retrospectivo de casos y controles desarrollado en Estados Unidos por Arbuckle et al., un 78% de pacientes con lupus presenta anticuerpos antinucleares (ANA); un 55%, anticuerpos anti-ADN de doble cadena (ADNdc); un 47%, anticuerpos anti-Ro; un 32%, anticuerpos anti-Smith (Sm); así como un 26% presentan anticuerpos anti ribonucleoproteína (anti-RNP) (8). En la mayoría de casos de LES, los anticuerpos anti-Sm son los que poseen más especificidad. Sin embargo, en los casos de lupus de inicio tardío, los

anticuerpos con mayor especificidad y sensibilidad son el ANA y el anti-Ro; ambos con una prevalencia de aproximadamente 90%, seguidos de anticuerpo anti-La en 60%. Los anti-ADN de doble cadena se presentan en 30% de estos pacientes. (9)

El lupus de inicio tardío suele tener una presentación atípica con respecto al LES clásico. En el caso clínico presentado, la paciente de 63 años presenta derrame pericárdico, hemólisis autoinmune, hipocomplementemia y positividad para autoanticuerpos, incluido el anti-Ro. Asimismo, está descrito en numerosos estudios de lupus en ancianos, el compromiso del aparato locomotor con artralgias, debilidad y fatiga (10), los cuales están presentes en el caso clínico.

El diagnóstico de LES en muchos casos puede ser un desafío, especialmente cuando el cuadro no presenta una clínica muy florida. En el caso presentado, las manifestaciones principales fueron una fatiga muscular generalizada, así como la anemia normocítica normocrómica, que, tras descartar etiología carencial y por pérdidas gastrointestinales, se determina que es de origen autoinmune. Posteriormente, se encuentran más hallazgos al complementar los estudios.

El manejo del LES se basa en la supresión de la enfermedad, control de la respuesta inmune y vigilancia de función renal. En ancianos, es importante controlar las comorbilidades y las interacciones farmacológicas, debido a la predisposición de toxicidad en pacientes adultos mayores (11).

Caso clínico 2

La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio del páncreas, donde existe un daño tisular de la glándula por sus enzimas hidrolíticas, así como liberación de citoquinas y toxinas que producen una respuesta inflamatoria local e incluso de órganos distantes, según sea la severidad del cuadro. (12)

Es una de las principales causas de abdomen agudo de manejo médico a nivel mundial. La colelitiasis, seguida por el alcohol, son las causas más comunes de pancreatitis; se estima que más de 50% de todos los casos tienen una etiología

biliar (13). Otras etiologías menos comunes son las alteraciones metabólicas, algunos medicamentos e incluso los traumatismos o procedimientos que pueden dañar al páncreas como la colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE).

La pancreatitis biliar suele estar acompañada del antecedente de ingesta de comidas ricas en grasas saturadas, lo cual estimula a la hormona colecistoquinina, que provoca la contracción de la vesícula biliar. Todo ello, puede generar que cálculos biliares migren por el conducto biliar y puedan obstruir el conducto pancreático principal, produciendo edema intersticial en el páncreas, obstruyendo el flujo sanguíneo de la glándula e isquemia en este órgano. (14)

El diagnóstico de esta condición es clínico y laboratorial. El cuadro se caracteriza por un intenso dolor abdominal a predominio de epigastrio que se irradia en “forma de cinturón” hacia los hipocondrios o flancos y la espalda; puede estar acompañado de náuseas y vómitos. En algunos casos se describe el signo de Cullen, el cual es una equimosis en la región periumbilical o el signo de Grey-Turner que es la presencia de equimosis en los flancos del abdomen. Asimismo, podemos confirmar el cuadro con la elevación de enzimas pancreáticas 3 veces por encima del límite superior, siendo la amilasa más sensible que la lipasa.

En cuanto a la imagenología, una ecografía abdominal puede ser de gran ayuda; no obstante, el examen con mayor sensibilidad y especificidad es la tomografía axial computarizada (TAC) con medio de contraste. Se recomienda realizar este examen entre las 48 a 72 horas de iniciado los síntomas, como un indicador de severidad, especialmente si la evolución del paciente no es favorable (15).

La severidad de la pancreatitis se puede medir con los criterios de Atlanta, que presenta los niveles de leve, moderado y severo en base a falla orgánica y complicaciones sistémicas. Otra herramienta es la de los criterios de Ranson que mide a las 0 horas los niveles de leucocitos, LDH, edad, glucosa y TGO; así

como a las 48 horas los niveles de hematocrito, BUN, calcio sérico, PO₂, déficit de bases y déficit de fluidos. Por ende, es importante realizar dichos exámenes de laboratorio en los pacientes que ingresan con el diagnóstico de pancreatitis.

El manejo de la pancreatitis consiste en aportar fluidoterapia, manejo de dolor, soporte nutricional e incluso uso de antibióticos en ciertos casos.

La administración de fluidos endovenosos es fundamental en las primeras 12 a 24 horas del manejo de la pancreatitis. En esta patología, existe depleción de volumen intravascular, la cual debe ser repuesta con cristaloides; siendo la mejor opción el lactato de Ringer, según un estudio de la Asociación Americana de Gastroenterología (AJG) (16). Normalmente, en pacientes adultos, se administra de 2 a 4 litros de fluidoterapia en 24 horas.

La analgesia es otro pilar en la terapia de la pancreatitis. Los opioides como tramadol o petidina han demostrado que pueden reducir la secreción de enzimas pancreáticas. A estos fármacos se pueden combinar AINES o paracetamol (14).

En cuanto a la antibioticoterapia, esto se reserva para los casos de necrosis pancreática infectada. El antibiótico a elegir debe ser basado en cultivos y el manejo empírico se hace con carbapenems.

En lo que respecta a la nutrición en estos pacientes, se debe dejar en nada por vía oral durante las primeras 24 horas. La nutrición enteral se debe reiniciar al día siguiente o a las 48 horas, hay evidencia que esto reduce notablemente el riesgo de infecciones y colecciones, así como brindar protección a la mucosa gastrointestinal. Incluso, una revisión de la AJG indica que la nutrición enteral es muy superior a la parenteral en estos casos, reduciendo considerablemente la incidencia de necrosis peripancreática y falla multiorgánica (17).

3.3 Cirugía General

Caso clínico 1

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice y es una de las causas más

comunes de abdomen agudo quirúrgico. Esta condición puede ocurrir tanto en varones como mujeres y a cualquier edad, aunque la incidencia máxima de esta patología ocurre entre los 20 y 30 años (18).

El diagnóstico de la apendicitis aguda se basa en la historia clínica, examen físico y es complementado con estudios laboratoriales e imagenológicos.

La presentación clínica típica de esta patología se presenta con la cronología de Murphy, la cual inicia con un dolor abdominal difuso que migra tras algunas horas a la fosa iliaca derecha. En el examen físico, es frecuente encontrar dolor abdominal en el punto de McBurney. Además, es frecuente encontrar fiebre pasadas las 18 horas del inicio de los síntomas.

En lo que respecta a los exámenes auxiliares, es frecuente que los pacientes cursen con leucocitosis y desviación a la izquierda, al igual que elevación de PCR. En cuanto a la confirmación imagenológica, la ecografía abdominal es útil en la mayoría de casos para determinar inflamación del apéndice cecal; no obstante, en algunos casos de diagnóstico difícil se prefiere optar por una TAC abdominal, la cual tiene una sensibilidad de hasta 95% (19).

El manejo consiste en realizar una apendicectomía, en la actualidad se prefiere el abordaje por vía laparoscópica por tener menor incidencia en infecciones de sitio operatorio y por cuestiones estéticas. También, se debe realizar cobertura antibiótica contra gérmenes gramnegativos y anaerobios.

Debido a las características del caso clínico expuesto, es importante mencionar las complicaciones postquirúrgicas de la apendicectomía. En un estudio realizado por Soldán et al. en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en Lima en 2020, se determinó que un 22,3% de pacientes operados de apendicectomía laparoscópica cursan con complicaciones postquirúrgicas, siendo la más común la infección de sitio operatorio (9,2%), obstrucción intestinal (6,6%), abscesos intraabdominales (3,9%), suboclusión intestinal (2,6%) (20).

Los abscesos hepáticos suelen ser complicaciones raras. Frecuentemente se

asocian a otras complicaciones como la peritonitis por perforación del apéndice cecal o a la pyleflebitis. La peritonitis, sobre todo cuando es generalizada, puede contaminar diferentes órganos de la cavidad abdominal, incluso al realizar un lavado de cavidad con suero fisiológico, puede existir riesgo de contaminación. Por otro lado, la pyleflebitis o también llamada trombosis séptica, se trata de la extensión de la infección desde los vasos del apéndice, mediante la vena ileocecal, pasando por la vena mesentérica superior y llegando al sistema portal; formando microabscesos hepáticos que pueden dar origen a un absceso (21).

La sintomatología del absceso hepático comúnmente puede ir asociada a fiebre y dolor abdominal a predominio de hipocondrio derecho. Es frecuente que los pacientes cursen con anorexia, pérdida de peso, náuseas, vómitos e incluso ictericia (22).

El diagnóstico del absceso hepático requiere de técnicas de imagen como ecografía y tomografía. La ecografía, dada su facilidad para realizar exámenes seriados, es considerada la mejor técnica para seguir la evolución.

Los abscesos hepáticos suelen contener una flora mixta, principalmente constituida por *E. coli* y *Bacteroides fragilis*, los cuales son microorganismos muy asociados a peritonitis por apendicitis aguda (23). Es importante realizar cultivo al drenar el absceso, ya que de ello depende la antibioticoterapia específica.

El tratamiento de esta patología consiste en drenaje y cobertura antibiótica, la cual puede durar de 3 a 6 semanas según la evolución del paciente (22).

Caso clínico 2

Un paciente politraumatizado se define como aquel que tiene dos o más lesiones de órganos a consecuencia de un traumatismo o al menos una lesión que pone en peligro su vida. Dentro de las principales causas se encuentran los accidentes de tránsito, quemaduras, caídas y lesiones intencionadas.

Es fundamental conocer la biomecánica del trauma, tener en cuenta algunos

factores como la edad, comorbilidades y actuar de manera oportuna.

En los pacientes con politraumatismo el tiempo es un factor crucial, es por ello que el *Advanced Trauma Life Support* (ATLS) indica realizar una revisión primaria de 2 a 5 minutos para identificar y resolver condiciones que pueden causar la muerte inmediata (24). Posterior a ello, se puede proceder con exámenes complementarios, la ampliación de la anamnesis y examen físico.

En el caso clínico expuesto, se presenta una paciente con trauma cerrado por caída que culmina en un traumatismo esplénico y en un hemotórax, los cuales resuelven tras una esplenectomía y colocación de tubo de drenaje torácico respectivamente.

El bazo es uno de los órganos más afectados en los traumatismos cerrados. El cuadro clínico del trauma esplénico puede ir desde un paciente asintomático hasta taquicardia e hipotensión. El dolor puede estar en un tercio de los pacientes, algunos pueden presentar el signo de Kehr, el cual consiste en dolor de hombro izquierdo que aumenta a la inspiración por irritación diafragmática y del nervio frénico (25).

El trauma esplénico se clasifica en función del compromiso de la víscera. Para ello, la Asociación Americana de Cirugía del Trauma (AAST) lo divide en 5 grados (26), desde el grado I, siendo el más leve y con menor extensión de lesión hasta el grado V, donde hay compromiso total de la víscera con daño vascular.

El manejo quirúrgico del trauma esplénico puede consistir en una esplenorrrafía o una esplenectomía, la cual puede ser total o parcial. La esplenectomía total se indica cuando hay inestabilidad hemodinámica producto de la lesión.

Es importante destacar que, los pacientes operados de esplenectomía total, deben de ser vacunados frente a gérmenes encapsulados, ya que, normalmente, el bazo desarrolla una función de inmunidad adquirida frente a ciertas bacterias. Dichas vacunas son la antineumococo polivalente, la vacuna contra el *Haemophilus influenzae* tipo B y la vacuna contra el meningococo

tetravalente (27).

3.4 Pediatría

Caso clínico 1

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una infección aguda de las vías respiratorias bajas, adquirida en un ambiente extrahospitalario, que genera tos o dificultad respiratoria, así como evidencia radiológica de infiltrado pulmonar.

Es la primera causa de mortalidad infantil en el mundo. Se estima que produce 1,2 millones de fallecimientos en niños menores de 5 años, abarcando casi el 18% de las muertes en este grupo etario (28).

Los principales agentes etiológicos de esta enfermedad son los virus como el de la influenza, el virus sincitial respiratorio, rinovirus y bacterias el *Streptococcus pneumoniae* o *Mycoplasma pneumoniae*. Los virus atacan principalmente a niños menores de 4 años, mientras que las neumonías bacterianas pueden atacar a niños de cualquier edad. Esta enfermedad tiende a tener mayor incidencia en los meses fríos por el hacinamiento y la mayor circulación de virus en el entorno (29).

El diagnóstico de la NAC tiene un componente clínico, laboratorio y radiológico. Los cuadros clínicos de una neumonía típica usualmente manifiestan fiebre, usualmente mayor a 39°C; también dolor pleurítico, tos (seca o productiva), taquipnea o hipoventilación; algunos pacientes cursan con dolor abdominal, vómitos y cefalea. Al examen físico se puede auscultar crépitos o soplo tubárico. Además, los pacientes suelen presentar leucocitosis >12.000/mm³ a predominio de neutrófilos y elevación de PCR.

En lo que respecta a los patrones radiológicos, estos pueden ser de tipo alveolar o intersticial. El patrón alveolar se caracteriza por presentar una consolidación lobar o segmentaria con o sin broncograma aéreo; asociado mayormente a NAC típicas por virus o bacterias como *S. pneumoniae*. Por otro lado, el patrón intersticial presenta infiltrados parahiliares, bilaterales, difusos e

irregulares; este patrón es asociado a neumonías atípicas causadas por ciertas bacterias como *Legionella* spp., *Chlamydia pneumoniae* o *Mycoplasma pneumoniae* (30).

Los casos de NAC pueden ser manejados de manera ambulatoria, pero en ciertos casos se requiere manejo hospitalario. Las indicaciones de hospitalización de un paciente pediátrico con neumonía son el aspecto séptico, taquipnea moderada-severa, presencia de tirajes, desaturación ($\text{SatO}_2 < 92\%$), deshidratación, imposibilidad de administración de antibioticoterapia oral ambulatoria (por factores familiares-sociales o por vómitos), mala respuesta al tratamiento empírico oral tras 48 horas; complicaciones como derrame pleural, absceso pulmonar, neumonía necrotizante; pacientes menores de 6 meses y enfermedades de base como malnutrición, inmunodeficiencias, fibrosis quística, asma, bronquiectasias, cardiopatías, nefropatías y diabetes.

En el caso clínico expuesto, la paciente presentó tirajes intercostales y mala respuesta al manejo empírico tras tres días, además de ser asmática. Por dichos motivos se decidió su hospitalización.

El manejo de la NAC en niños debe brindar soporte respiratorio (cuando se requiera) y antibioticoterapia. Los pacientes que presenten $\text{SatO}_2 < 92\%$ van a requerir oxigenoterapia, en casos de shock o agotamiento respiratorio se requiere de ventilación mecánica y manejo en cuidados intensivos. La terapia antibiótica depende si la NAC es típica o atípica; generalmente las típicas suelen responder a betalactámicos como penicilina, amoxicilina y ampicilina, mientras que las NAC atípicas suelen responder a macrólidos como azitromicina o claritromicina.

En alergias a betalactámicos, se puede optar por levofloxacino o glucopéptidos.

Las cefalosporinas de tercera generación como ceftriaxona se usan cuando hay pobre respuesta al manejo antibiótico inicial.

Por otro lado, la menor del caso clínico expuesto cursó con una crisis asmática durante el cuadro de NAC, la cual respondió con el uso de prednisona y

broncodilatadores como salbutamol y bromuro de ipratropio como terapia de rescate. La terapia de mantenimiento indicada fue fluticasona inhalatoria, que, según las guías de la Global Initiative for Asthma (GINA), es la mejor opción en pacientes pediátricos (31).

Caso clínico 2

Las infecciones del tracto urinario son de las infecciones más frecuentes en la edad pediátrica. Se estima que un 8-10% de niñas y un 3% de niños experimentan al menos un episodio de ITU sintomática antes de los 7 años (31); esta condición es más común en los varones durante los primeros tres meses de vida, pero luego hay una mayor incidencia en niñas tras del primer año de vida.

En términos prácticos, podemos dividir las infecciones del tracto urinario (ITU) sintomáticas en dos categorías: aquellas que afectan el tejido renal (como la pielonefritis aguda) y aquellas que no lo afectan (como la cistitis o infección urinaria de vías bajas).

En lo que respecta a la clínica de las infecciones del tracto urinario, hay diferencias entre lactantes y niños en fase preverbal y verbal. Los lactantes, especialmente los menores de 3 meses pueden presentar fiebre, vómitos, letargia e irritabilidad; por otro lado, los niños en fase preverbal cursan con fiebre, dolor abdominal, vómitos y pérdida de apetito y, aquellos niños en fase verbal, presentan fiebre, dolor abdominal o en flancos y disuria.

En el examen físico, la puño percusión renal positiva es un signo de alta especificidad; sin embargo, no es evaluable en niños menores de 2 años.

En cuanto a los exámenes de laboratorio, es necesario obtener una muestra de orina patológica para confirmar o descartar la sospecha de ITU. En un contexto de un paciente sintomático, un examen de orina simple con leucocituria, nitritos y/o esterasa leucocitaria son suficientes para iniciar el manejo empírico. Ello debe ser complementado con un urocultivo para dirigir la terapia específica.

Existen muchos métodos de recolección de muestra, tales como el chorro

miccional limpio, el uso de bolsa adhesiva, cateterismo vesical o punción suprapúbica. El método del chorro miccional limpio está reservado para pacientes continentales y su urocultivo se considera positivo con ≥ 100.000 UFC/ml de un germen. Por otro lado, el uso de la bolsa adhesiva se reserva para pacientes no continentales; es un método que suele dar una alta tasa de falsos positivos y su cultivo es considerado patológico cuando hay ≥ 100.000 UFC/ml de un germen. El cateterismo se aplica como método de confirmación en casos de diagnóstico dudoso, es invasivo, tiene riesgo de trauma uretral y es considerado positivo con ≥ 50.000 UFC/ml de un germen. La punción suprapúbica también es usada como método confirmatorio, es invasivo y requiere guía ecográfica, es positivo cuando existe ≥ 1 UFC/ml de un germen. El germen más aislado en los urocultivos es la *E. coli*, abarcando hasta un 75% de todos los casos.

El manejo empírico debe realizarse con antibióticos que cubran *E. coli* teniendo en cuenta las resistencias locales. En las ITU afebriles se puede optar por amoxicilina-ácido clavulánico, fosfomicina, nitrofurantoina o trimetoprim-sulfametoxazol; en las ITU febriles se puede usar cefalosporinas de tercera generación o aminoglucósidos. El tratamiento debe ser, finalmente, dirigido según los resultados del urocultivo.

En los pacientes con pielonefritis, es importante realizar una ecografía renal previo al alta para evaluar la presencia de lesiones o cicatrices producidas por la infección. En caso de presentar alteraciones en los riñones, debe hacerse seguimiento de función renal con nefrología pediátrica (32).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico es un programa de formación médica fundamental en la carrera de medicina humana. En este periodo, el estudiante de medicina es capaz de aplicar los conocimientos adquiridos durante los años previos de manera práctica, permitiendo adquirir habilidades que serán de utilidad en la vida profesional, tales como realizar una buena historia clínica y reconocer de manera rápida y precisa los signos y síntomas de una enfermedad basándose en la observación, anamnesis y examen físico.

Como parte de la formación médica, el internado prepara al estudiante ante diferentes situaciones que puede experimentar como médico general y en el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (Serums). Tras completar el internado, el profesional debe ser capaz de atender oportunamente las enfermedades comunes y lesiones en adultos, niños y gestantes, así como reconocer signos de alarma o condiciones que deban ser atendidas en centros de mayor complejidad.

El internado médico también permite mejorar las habilidades de comunicación, tanto con los pacientes como con otros profesionales de la salud. El hecho de interactuar diariamente con los pacientes, tanto en las áreas de emergencia como de hospitalización, ayuda a desarrollar una buena relación médico-paciente, la cual es indispensable para la vida profesional.

CONCLUSIONES

1. El autor de este trabajo ha estado expuesto a una gran variedad de casos clínicos complejos, lo que le ha permitido consolidar los conocimientos aprendidos a lo largo de la carrera mediante el aprendizaje experiencial.
2. Asimismo, la posibilidad de rotar en diferentes especialidades le ha permitido al autor explorar diferentes áreas en la medicina humana, tanto de la rama quirúrgica como médica y descubrir qué campos le interesan más.
3. El hecho de convivir un año en un hospital con alta capacidad resolutive y entablar relaciones profesionales con otros internos, médicos residentes, asistentes y muchos trabajadores del área de la salud ha generado que esta experiencia sea completamente gratificante y enriquecedora para el creador de este trabajo.
4. Los doce meses que dura el internado médico en los hospitales de EsSalud fue suficiente para adquirir las habilidades necesarias para desarrollarse como médico cirujano. Además del aprendizaje in vivo con el paciente, el comité de internado del Hospital Sabogal organizaba exposiciones diarias de diversos temas en cada una de las rotaciones, lo cual contribuyó a fortalecer los conocimientos teóricos de diversas patologías.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a los internos de medicina aprovechar al máximo cada rotación, escuchar con atención los consejos y las enseñanzas de los demás profesionales de la salud. Además, compromiso con los pacientes y con las responsabilidades asignadas en cada servicio; se debe recordar que cada esfuerzo que se realiza tiene como objetivo final el bienestar y la salud de los pacientes.
2. Asimismo, se recomienda a las sedes de internado brindar condiciones de trabajo adecuadas. Las instituciones de salud deben proveer de alimentación, áreas de descanso y horarios establecidos para los internos de medicina.
3. De igual manera, pese a haber tenido un cronograma de exposiciones diarias, en algunas ocasiones no se respetó por la carga laboral que se experimentó en algunos servicios. Se recomienda establecer horarios más adecuados para las actividades académicas del internado.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Jaiyeoba O. Postoperative Infections in Obstetrics and Gynecology. *Clinical Obstetrics and Gynecology* [Internet]. diciembre de 2012 [citado el 9 de febrero de 2024];55(4):904. Disponible en: https://journals.lww.com/clinicalobgyn/abstract/2012/12000/postoperative_infections_in_obstetrics_and.9.aspx
2. Almansa C, Camaño I, Villar O, Montañez D, Vallejo P, García-Burguillo A. Puerperal curettage after cesarean section delivery. *Journal of Perinatal Medicine* [Internet]. el 1 de mayo de 2013 [citado el 9 de febrero de 2024];41(3):267–71. Disponible en: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/jpm-2012-0146/html>
3. Méndez-Brich MM, Fuchs-Cordón JR, Fuchs-Castillo EJ. Uso profiláctico de antibióticos previos a la cesárea. *Acta Médica Costarricense* [Internet]. 2011 [citado el 9 de febrero de 2024];53(4):172–5. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0001-60022011000400003&lng=en&nrm=iso&tlng=es
4. Carbajal G, Martín L. Actualización en la fisiopatología de la preeclampsia: update. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* [Internet]. 2014 [citado el 10 de febrero de 2024];60(4):321–32. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-51322014000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Gestational Hypertension and Preeclampsia. ACOG Practice Bulletin No. 222. American College of Obstetricians and Gynecologists. [Internet] 2020 [citado el 10 de febrero de 2024];135(6): e237-e260. Disponible en <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2020/06/gestational-hypertension-and-preeclampsia>
6. Garzón-Olivares CD, Bautista-Charry AA, Garzón-Olivares CD, Bautista-Charry AA. Cómo abordar la preeclampsia en el momento actual. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2018 [citado el 12 de febrero de 2024];69(3):155–9. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74342018000300155&lng=en&nrm=iso&tlng=es
7. Y. Hernández, L. Brizuelas, C. Hernández. Lupus de inicio tardío Presentación de caso. *Revista Cubana de Reumatología* [Internet]. 2012 [citado el 13 de febrero de 2024], pp. 1-5. Disponible en: [https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4940540.pdf]
8. Arbuckle MR, McClain MT, Rubertone MV, Scofield RH, Dennis GJ, James JA, et al.

- Development of Autoantibodies before the Clinical Onset of Systemic Lupus Erythematosus. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 16 de octubre de 2003 [citado el 14 de febrero de 2024];349(16):1526–33. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa021933>
9. Catoggio LJ, Skinner RP, Smith G, Maddison PJ. Systemic lupus erythematosus in the elderly: clinical and serological characteristics. *J Rheumatol.* [Internet] abril de 1984 [citado el 15 de febrero de 2024];11(2):175–81. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6610051/>
 10. J. Font, L. Pallarés, R. Cervera, A. López-Soto, M. Navarro, X. Bosch, et al. Systemic lupus erythematosus in the elderly: clinical and immunological characteristics. *Ann Rheum Dis.* [Internet] 1994 [citado el 15 de febrero de 2024] pp. 702-705. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1958093/>
 11. Loo JH. Systemic Lupus Erythematosus in the Elderly. *International Journal of Gerontology* [Internet]. el 1 de enero de 2009 [citado el 15 de febrero de 2024]; Disponible en: https://www.academia.edu/5321706/Systemic_Lupus_Erythematosus_in_the_Elderly
 12. Habtezion A. Inflammation in acute and chronic pancreatitis. *Curr Opin Gastroenterol.* [Internet] 2015 [citado el 16 de febrero de 2024]. Disponible en: www.co-gastroenterology.com
 13. Zhong F ping, Wang K, Tan X qin, Nie J, Huang W feng, Wang X fang. The optimal timing of laparoscopic cholecystectomy in patients with mild gallstone pancreatitis: A meta-analysis. *Medicine* [Internet]. octubre de 2019 [citado el 16 de febrero de 2024];98(40): e17429. Disponible en: https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2019/10040/the_optimal_timing_of_laparoscopic_cholecystectomy.65.aspx
 14. Johnstone C. Pathophysiology and nursing management of acute pancreatitis [Internet]. [citado el 16 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://journals.rcni.com/nursing-standard/cpd/pathophysiology-and-nursing-management-of-acute-pancreatitis-ns.2018.e111179/abs>
 15. Mandalia A, Wamsteker EJ, DiMugno MJ. Recent advances in understanding and managing acute pancreatitis [Internet]. *F1000Research*; 2019 [citado el 16 de febrero de 2024]. Report No.: 7:959. Disponible en: <https://f1000research.com/articles/7-959>
 16. Lee PJ, Culp S, Kamal A, Paragomi P, Pothoulakis I, Talukdar R, et al. Lactated Ringers Use in the First 24 Hours of Hospitalization Is Associated With Improved Outcomes in 999 Patients With Acute Pancreatitis. *Official journal of the American College of Gastroenterology | ACG* [Internet]. diciembre de 2023 [citado el 16 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.acgastro.org/2023/12/15/lactated-ringers-use-in-the-first-24-hours-of-hospitalization-is-associated-with-improved-outcomes-in-999-patients-with-acute-pancreatitis/>

2024];118(12):2258.

Disponible

en:

https://journals.lww.com/aig/fulltext/2023/12000/lactated_ringers_use_in_the_first_24_hours_of.29.aspx

17. Mandalia A, Wamsteker EJ, DiMugno MJ. Recent advances in understanding and managing acute pancreatitis [Internet]. F1000Research; 2019 [citado el 16 de febrero de 2024]. Report No.: 7:959. Disponible en: <https://f1000research.com/articles/7-959>
18. Morales J. Tratado de cirugía general. Asociación Mexicana de Cirugía General. Tercera Edición. 2017. México. Capítulo de Apendicitis aguda. p 678.
19. Terasawa T, Blackmore CC, Bent S, Kohlwes RJ. Systematic review: computed tomography and ultrasonography to detect acute appendicitis in adults and adolescents. Ann Intern Med. [Internet] 5 de octubre de 2004; [citado el 16 de febrero de 2024]141(7):537–46. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15466771/>
20. Soldán, C. Complicaciones quirúrgicas en pacientes con apendicitis aguda complicada en cirugías abiertas y laparoscópicas en un centro de referencia nacional. Revista de Facultad de Medicina Humana. Lima. [Internet] 2020; [citado el 16 de febrero de 2024]. Disponible en <https://inicib.urp.edu.pe/cgi/viewcontent.cgi?article=1241&context=rfmh>
21. Slovis TL, Haller JO, Cohen HL, Berdon WE, Watts FB. Complicated appendiceal inflammatory disease in children: pylephlebitis and liver abscess. Radiology [Internet]. junio de 1989 [citado el 16 de febrero de 2024];171(3):823–5. Disponible en: <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiology.171.3.2655006>
22. Loscertales M, Ruiz Extremera A, Llorens J, Muñoz A, Rabadán P, Del Moral T, et al. Absceso hepático piógeno en el niño: consideraciones clínicas, bacteriológicas y terapéuticas. An Esp Pediatr. [Internet] 1985 [citado el 16 de febrero de 2024], pp. 597-600. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3913356/>
23. Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ. Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases. Ninth edition. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020. Capítulo de Infecciones intraabdominales. p 1037
24. Ceballos J. Cirugía del Paciente Politraumatizado. Arán. Asociación Española de Cirujanos. Madrid. Capítulo de Trauma y Cirugía de Urgencias. 2017. p 59.
25. Lieberman M. Spontaneous ruptura of the spleen: a case report and literature review. Am J Emerg Med, 7 [Internet] 1989 [citado el 17 de febrero de 2024], pp. 28-31. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2643958/>
26. Moore EE, Cogbill TH, Jurkovich GJ, Shackford SR, Malangoni MA, Champion HR. Organ

- Injury Scaling: Spleen and Liver (1994 Revision). *Journal of Trauma and Acute Care Surgery* [Internet]. marzo de 1995 [citado el 18 de febrero de 2024];38(3):323. Disponible en:
https://journals.lww.com/jtrauma/fulltext/1995/03000/organ_injury_scaling_spleen_and_liver_1994.1.aspx
27. Aiello J. Manual de Cirugía de Trauma. Asociación Argentina de Cirugía. Buenos Aires [Internet]. 2019 [citado el 19 de febrero de 2024]. Capítulo de Trauma Esplénico. p 176. Disponible en https://aac.org.ar/manual_trauma/archivos/16.Capitulo13.pdf
28. Nair H, Simões EA, Rudan I, Gessner BD, Azziz-Baumgartner E, Zhang JSF, et al. Global and regional burden of hospital admissions for severe acute lower respiratory infections in young children in 2010: a systematic analysis. *The Lancet* [Internet]. el 20 de abril de 2013 [citado el 19 de febrero de 2024];381(9875):1380–90. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61901-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61901-1/fulltext)
29. Melegaro A, Edmunds WJ, Pebody R, Miller E, George R. The current burden of pneumococcal disease in England and Wales. *Journal of Infection* [Internet]. el 1 de enero de 2006 [citado el 19 de febrero de 2024];52(1):37–48. Disponible en: [https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453\(05\)00038-1/abstract](https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453(05)00038-1/abstract)
30. Calder A, Owens CM. Imaging of parapneumonic pleural effusions and empyema in children. *Pediatr Radiol* [Internet]. el 1 de junio de 2009 [citado el 20 de febrero de 2024];39(6):527–37. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00247-008-1133-1>
31. Levy ML, Bacharier LB, Bateman E, Boulet LP, Brightling C, Buhl R, et al. Key recommendations for primary care from the 2022 Global Initiative for Asthma (GINA) update. *npj Prim Care Respir Med* [Internet]. el 8 de febrero de 2023 [citado el 20 de febrero de 2024];33(1):1–13. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41533-023-00330-1>
32. González J. Infección de vías urinarias en la infancia. Unidad de Nefrología Pediátrica. HGU Santa Lucía. Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena [Internet] 2014 [citado el 20 de febrero de 2024]. Disponible en https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/07_infeccion_vias_urinarias.pdf