

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA**

**PRESENTADO POR
MARIA ISABEL GUERRA ANGULO
MARIA ISABEL VINCES CARRANZA**

**ASESOR
LUIS VENANCIO AREVALO VASQUEZ**

**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 ARZOBISPO LOAYZA 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
MARIA ISABEL GUERRA ANGULO
MARIA ISABEL VINCES CARRANZA**

**ASESOR
DR. LUIS VENANCIO AREVALO VASQUEZ**

**LIMA-PERÚ
2024**

JURADO

Presidente: FERNANCO MARCOS HERRERA HUARANGA

Miembro: JOHANDI DELGADO QUISPE

Miembro: CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

Para todas aquellas personas que estuvieron con nosotros a lo largo de la carrera, a nuestra familia y amigos que nos impulsaron día a día a no rendirnos por más que muchas veces se presentaron dificultades.

Agradecidos a nuestros residentes que con mucha paciencia y empatía nos explicaron el manejo de ciertos procedimientos y trámites que se requieren en el hospital, resolviendo las dudas en cada caso clínico convirtiéndose en nuestros principales mentores y amigos.

A nuestros médicos asistentes que día a día nos exigieron ser los mejores, que a la vez siendo severos se comportaron como amigos y supieron darnos aquellos consejos que nos ayudaron a no rendirnos.

A cada uno de nuestros pacientes que siendo un libro abierto nos enseñaron a no perder la empatía y recordarnos por qué estamos ahí, motivándonos a seguir aprendiendo.

AGRADECIMIENTOS

A Luis Venancio Arévalo Vásquez , doctor en Cirugía General y laparoscópica, por la asesoría temática.

A los integrantes del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, por su apoyo.

ÍNDICE

PORTADA	i
JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	2
1.1 Rotación en Cirugía General	2
1.2 Rotación en Medicina Interna	11
1.3 Rotación en Pediatría y Neonatología	18
1.4 Rotación en Ginecología y Obstetricia	31
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	43
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	45
3.1 Cirugía general	45
3.2 Medicina Interna	46
3.3 Pediatría	47
3.4 Ginecología y Obstetricia	48
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	49
ANEXOS	55

RESUMEN

Objetivo: Describir la experiencia, expresar lo aprendido y presentar diversos casos clínicos de las cuatro rotaciones durante el internado médico.

Materiales y métodos: Se presentan un total de dieciséis casos clínicos de ellos diferentes servicios y se resaltan las patologías más habituales en cada área.

Resultados: Esta etapa del internado médico como futuros profesionales de la salud es de vital importancia pues nos ayuda a consolidar conocimientos y aplicarlos, así como el desarrollo de empatía y calidad humana esenciales para nuestra formación como médicos.

Conclusión: El internado médico es una etapa de mucha experiencia y conocimiento, donde el estudiante medicina consolida conocimientos y adquiere nuevos mediante la práctica, asimismo al estar en contacto con el paciente nos permite no olvidar con quienes tratamos y no dejar de lado la parte humanitaria que muchas veces es beneficioso en la recuperación de cada uno.

Palabras clave: Estudiante de medicina, Internado médico, paciente, covid -

19

ABSTRACT

Objective: Describe the experience, express what was learned and present various clinical cases from the four rotations during the medical internship. **Materials and methods:** A total of sixteen clinical cases from different services are presented and the most common pathologies in each area are highlighted. **Results:** This stage of the medical internship as future health professionals is of vital importance as it helps us consolidate knowledge and apply it, as well as the development of empathy and human quality essential for our training as doctors. **Conclusion:** The medical internship is a stage of a lot of experience and knowledge, where the medical student consolidates knowledge and acquires new ones through practice. Likewise, being in contact with the patient allows us not to forget who we are dealing with and not to leave aside the humanitarian part. which is often beneficial in each person's recovery.

Keywords: Medical student, Medical internship, patient, covid - 19

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA 2023-2024

AUTOR

MARIA ISABEL GUERRA ANGULO

RECuento DE PALABRAS

12841 Words

RECuento DE CARACTERES

69669 Characters

RECuento DE PÁGINAS

63 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.2MB

FECHA DE ENTREGA

Mar 19, 2024 9:21 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Mar 19, 2024 9:22 AM GMT-5

● **12% de similitud general**

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

- 12% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



DR: LUIS AREVALO VASQUEZ

DNI: 09646842

ORCID: [0000-0002-6228-5879](https://orcid.org/0000-0002-6228-5879)

INTRODUCCIÓN

La profesión de Medicina Humana es una de las carreras más demandadas y con mayor reconocimiento, tiene una duración de siete años de los cuales el último consiste en el Internado médico que es la práctica en diferentes hospitales ya sean del MINSA o Essalud e incluso instituciones privadas. Este último año es uno de los más importantes ya que se pone en práctica todo lo aprendido durante los seis años anteriores, nos permite desarrollar la empatía y calidad humana, se adquiere experiencias inolvidables y nuevos conocimientos, exige un mayor compromiso, se interactúa con el paciente y se ve la realidad de la situación dentro del país.

La razón que nos motivó a realizar este trabajo fue poder describir y plasmar nuestra experiencia durante el internado médico, la importancia de este como futuros médicos cirujanos y presentar diversos casos que durante las rotaciones fueron interesantes y nos permitieron consolidar nuevos conocimientos.

Uno de los mayores inconvenientes presentados se dio por la situación sanitaria del 2020 por el COVID - 19 donde se vio factible reducir el tiempo de internado para una menor exposición de doce meses a tan solo diez, sin embargo, a la actualidad se puede observar que poco a poco se está regularizando; Si bien esto no se consideró favorable para los estudiantes de los últimos años, mucho depende que cada estudiante ponga todo su empeño en adquirir el mayor conocimiento posible y saber aprovechar esos meses, de los cuales dos son de rotación externa.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

Durante esta etapa es crucial poder relacionar aquellos conocimientos teóricos adquiridos durante los 6 años previos con lo práctico, sumarlo al calor humano con ayuda de los residentes, asistentes e incluso personal de enfermería y técnico ya que juntos se logra formar el equipo multidisciplinario encargado de acompañar y ayudar al paciente en su proceso de recuperación.

1.1 Rotación en Cirugía General

Esta rotación tuvo una duración de dos meses con un horario variable dependiendo de la estabilidad del paciente. El equipo de trabajo era formado por médicos residentes de tercer año y de primer año e internos, cada uno encargado de 3 a 4 pacientes, acompañándolos en su evolución, realizar los exámenes de ayuda diagnóstica que se solicitaban en cada pase de visita y preparar al paciente para ingreso a sala de operaciones. Dicho pase de visita médica tenía como participantes de 2 a 3 médicos asistentes, los médicos residentes mencionados e internos en el cual se buscaba relacionar los conocimientos teóricos con la práctica y razonar acorde a la fisiopatología con una duración de 3 a 4 horas aproximadamente. Los días que se realizaban las cirugías cada interno acompañaba a su paciente en sala de operaciones, también cada 5 días se realiza rotación por el tópico de emergencia ya sea de 7am a 7pm (guardia diurna o de 7pm a 7am del día siguiente (guardia nocturna) para después continuar con las labores encomendadas en cada pabellón, por ende, no hay un día postguardia lo cual lo hace una rotación un tanto pesada.

Caso clínico n.º 1

Anamnesis

Paciente ingresa 20/12/2023 - 20:05

Paciente mujer de 26 años con tiempo de enfermedad de 3 días, refiere que 3 días antes del ingreso presenta dolor tipo cólico en epigastrio que se irradia a hemiabdomen inferior de intensidad 6/10 que cede ante analgésicos y se asocia a náuseas y vómitos (2 cámaras) de contenido líquido y coloración

verdosa e hiporexia. 2 días antes del ingreso se repite cuadro clínico con intensidad 8/10 por lo cual acude al Hospital de Los Olivos donde se le cataloga como ITU y es enviada a casa con tratamiento antibiótico. 1 día antes del ingreso paciente presenta sensación de alza térmica con dolor tipo cólico ubicado en fosa iliaca izquierda y epigastrio (EVA 10/10) que condiciona una posición antálgica que no cede a la analgesia por lo que acude a emergencia de HNAL.

Antecedentes

- Patológicos y quirúrgicos: Niega
- Reacciones alérgicas a medicamentos: Niega
- Antecedentes ginecológicos: G0 P0000

Examen físico

- Funciones vitales: PA: 90/60 mmHg FC: 115 lpm FR: 22 rpm
- Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2 seg, palidez (-), ictericia (-)
- Tórax y pulmones: Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Sistema cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: Globuloso, levemente distendido, RHA presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca izquierda, mc burney (+)
- Genitourinario: PPL (-), leve disuria
- Neurológico: Escala de glasgow 15/15, LOTEP.

Impresión diagnóstica

- Apendicitis aguda

Exámenes complementarios

- Hemograma: Hb 13.1, Hto: 38, Plaquetas: 223 000, Leucocitos: 15,650 (abas: 4% - seg: 75%), PCR: 20.084

- Serología: HIV: no reactivo, VDRL: no reactivo, Ag Hbs australiano: no reactivo.
- Bioquímica: Urea: 25, Creatinina: 0.81, Glucosa 113 (postprandial)
- Examen de orina: Leucocitos 2 - 5 xc, Hematíes: no se observa
- Riesgo cardiológico: RQ II, Grupo y factor: O +
- Ecografía: Fosa iliaca derecha se evidencia líquido libre interasas a nivel de flanco izquierdo y pelvis, no se descarta proceso apendicular agudo.
- TEM ABDOMINAL: donde se evidencia fecalito en base apendicular con paredes engrosadas con tejido inflamatorio.

Manejo quirúrgico

Se reafirma el diagnóstico de apendicitis aguda, la paciente permanece en NPO para realizar una apendicectomía incisional por emergencia.

En el reporte operatorio se halló líquido purulento +/- 100cc y apéndice plastronado por epiplón, intestino delgado y ciego. Se recepciona apéndice de +/- 12 cm necrosado.

Se finalizó la cirugía sin interurrencias, el paciente pasa a recuperación y 3 horas después a pabellón para continuar manejo médico.

Evolución

Paciente en su PO1 refiere leve dolor en zona perioperatoria, tolera vía oral, deambula y elimina flatos, afebril. Paciente con evolución favorable se le da de alta en su PO2 con indicaciones médicas y cuidados postoperatorios.

Caso clínico n.º 2

Anamnesis

Paciente ingresa 13/12/2023 - 13:41

Paciente mujer de 29 años ingresa por emergencia con un tiempo de enfermedad de 6 meses refiriendo que cuadro de dolor empieza de tipo punzante en epigastrio que se irradia hacia la espalda en forma de cinturón de intensidad 6/10 que cede a la analgesia y se exacerba ante la ingesta de grasas.

Presenta cuadro doloroso recurrente por lo que es manejado solo con analgesia. 2 semanas antes del ingreso se agrega anorexia, ictericia, coluria. 3 días antes del ingreso persiste dolor tipo punzante en epigastrio que se irradia a espalda en forma de cinturón con intensidad 10/10 que condiciona posición antálgica, no tolera vía oral, el dolor no cede con la analgesia por lo cual acude a la emergencia. Niega fiebre.

Antecedentes

Patológicos: Hace 4 meses diagnosticada de litiasis vesicular	Paciente fecha de último parto hace 7 meses
---	---

Examen físico

- Funciones vitales: PA: 120/66 mmHg FC: 101 lpm FR: 19 rpm
- Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2 seg, ictericia (+)
- Tórax y pulmones: Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Sistema cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: Globuloso, distendido, RHA presentes, doloroso a la palpación profunda hipocondrio derecho y epigastrio. No signos peritoneales.
- Genitourinario: PPL (-), no síntomas urinarios
- Neurológico: Escala de Glasgow 15/15, LOTEP.

Impresión diagnóstica

- Pancreatitis aguda
- Colelitiasis

Exámenes auxiliares

13/12/2023

- Hemograma: Hb 12.1, Hto: 35.9, Plaquetas: 293 000, Leucocitos: 6 460 (abas: 0% - seg: 73%), PCR: 0.519
- Serología: HIV: no reactivo, VDRL: no reactivo, Ag Hbs australiano: no reactivo.

- Bioquímica: Urea: 16, Creatinina: 0.52, Glucosa 94
- Amilasa: 1 371
- TGO: 131 - TGP: 451 - Fosfatasa alcalina: 326
- Bilirrubinas: BT: 3.53 - BD: 3.39 - BI: 0.14
- Riesgos: Riesgo Cardiológico I, Riesgo Neumológico I, Grupo y factor:
O +

Ingres a medicina interna para manejo de pancreatitis con hidratación y para manejo del dolor, una vez resuelta la fase aguda pasa al servicio de Cirugía General para continuar con cirugía electiva y para resolver cuadro de colelitiasis

Manejo quirúrgico

Se reafirma el diagnóstico de colelitiasis, paciente permanece en NPO para realizar una Colecistectomía laparoscópica programada.

Dentro de los hallazgos se encuentra una vesícula biliar de 8 x 4 cm, paredes engrosadas con múltiples cálculos siendo el mayor de 10 mm, cístico de 5 mm. Se realizó colecistectomía mixta, se picó el cístico, se realizó hemostasia y se cerraron paredes por planos.

Paciente pasa a recuperación donde no se presentan complicaciones, tolera destete de ventilación mecánica y retorna a pabellón para manejo médico. Paciente evoluciona favorablemente, al día siguiente se hace tolerancia oral respondiendo de manera positiva, elimina flatos y en su día 2 postoperatorio sale de alta con indicaciones médicas.

Caso clínico n.º 3

Anamnesis

Paciente ingresa 27/12/2023 por consultorio externo

Paciente mujer de 51 años refiere que hace 10 años pasa por chequeo general y se halla protrusión en región umbilical no dolorosa a la palpación, sin otras molestias asociadas.

Hace 2 años presenta dolor umbilical tipo punzante que se intensifica al sentarse, en la deambulación y al hacer esfuerzo y que remite espontáneamente.

Hace 1 año el dolor se hace más frecuente de intensidad 6/10 de tipo punzante que aparece tras realizar maniobra de valsalva acompañado de sensación de bulto que desaparece al reposo. Niega distensión abdominal, niega náuseas, niega vómitos, niega otros síntomas asociados.

Ocupación: Educación inicial

Antecedentes

- Patológicos: Hemorroides (01/23 (HSJL); Escoliosis 08/23 (HSJL), Nódulo tiroideo (hace 4 años), Mioma (hace 10 años)
- Quirúrgicos: Niega

Impresión diagnóstica

- Hernia umbilical

Examen físico

- Funciones vitales: PA: 100/80 mmHg FC: 85 lpm FR: 20 rpm
- Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2 seg, palidez (-), ictericia (-)
- Tórax y pulmones: Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Sistema cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: Globuloso, levemente distendido, RHA presentes, se evidencia masa en mesogastrio a la maniobra de valsalva, doloroso a la palpación profunda. No signos peritoneales
- Genitourinario: PPL (-)
- Neurológico: Escala de Glasgow 15/15, LOTEP.

Exámenes complementarios

- Hemograma: Hb 12.5, Hto: 37.5, Plaquetas: 310 000, Leucocitos: 3,530 (abas: 0% - seg: 51%)

- Serología: HIV: no reactivo, VDRL: no reactivo, Ag Hbs australiano: no reactivo.
- Bioquímica: Urea: 22, Creatinina: 0.68, Glucosa 99, PCR: 0.14
- Examen de orina: Leucocitos 0 - 2 xc, hematíes: 0 - 1xc
- Riesgos: Riesgo cardiológico II, neumológico: RN II, Grupo y factor: O +
- Perfil tiroideo: TSH: 1.84 - T4 libre: 1.01
- Ecografía (27/12/23): Se aprecia región umbilical saco herniario que mide 18x9mm que protruye a través de defecto que mide 7mm, dicho saco contiene grasa mesentérica con vascularidad conservada y no se reduce.

Manejo quirúrgico

El diagnóstico es hernia umbilical no reductible, paciente permanece en NPO para realizarse una cura quirúrgica programada, se reúnen sus prequirúrgicos e ingresa a SOP el 02 de enero. Antes de la cirugía se le administra Cefazolina 2 gr EV de manera profiláctica, se le venda miembros inferiores En el reporte operatorio se halló hernia umbilical de 1x1 cm con anillo de 1 cm.

Evolución

Paciente en su PO1 refiere leve dolor cerca a herida operatoria transversa en región umbilical con bordes afrontados, sin signos de flogosis puntos separados cubierto por gasas secas. En su PO2 se optimiza la analgesia ya que el dolor persiste, permanece afebril, niega vómitos, niega náuseas. Evoluciona de manera favorable por lo cual se le da de alta con indicaciones médicas.

Caso clínico n.º 4

Anamnesis

Paciente ingresa 27/01/2024 - 23:22 , por emergencia derivada por tóxico de ginecología

Paciente mujer de 23 años acude a la emergencia refiriendo que hace 2 semanas presentó dolor abdominal tipo cólico en epigastrio que se irradia a

hipogastrio con intensidad 6/10 acompañado de náuseas y vómitos de contenido alimenticio y bilioso en 3 ocasiones.

Una semana antes del ingreso el dolor abdominal persiste y se le agrega hiporexia, no tolera vía oral, distensión abdominal. Las deposiciones son disminuidas y se realiza con mayor esfuerzo. Niega fiebre.

Al día del ingreso presenta dolor abdominal de tipo cólico en todos los cuadrantes de intensidad 9/10 que condiciona posición antálgica acompañado de vómitos copiosos, hace 4 días no realiza deposiciones.

Funciones biológicas

- Apetito: Disminuido
- Deposiciones: No realiza desde hace 4 días
- Peso: Disminución peso 5 kilos en 2 semanas
- Orina: Disminuido

Antecedentes

- Patológicos: Niega
- Familiares: HTA (mamá), Hipotiroidismo (mamá)
- Quirúrgicos: Niega
- RAMS: Niega
- Ginecológicos: G0 P 0000 MAC: Hace un año ACO

Examen físico

- Funciones vitales: T°: 36°C PA: 120/60 mmHg FC: 89 lpm FR: 20 rpm
- Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2 seg, palidez +/-
- Tórax y pulmones: Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Sistema cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: Globuloso, distendido, RHA disminuidos, doloroso a la palpación profunda y superficial en toda su extensión a predominio de mesogastrio. No signos peritoneales.
- Genitourinario: PPL (-), no síntomas urinarios
- Neurológico: Escala de Glasgow 15/15, LOTEP.

Exámenes complementarios

- Hemograma: Hb 9.3, Hto: 27.2, Plaquetas: 474 000, Leucocitos: 10 950 (abas: 0% - seg: 86%),
- HCG Beta: 0.100
- Serología: HIV: no reactivo, VDRL: no reactivo, Ag Hbs australiano: no reactivo.
- Bioquímica: Urea: 18, Creatinina: 0.74, Glucosa 111, PCR: 0.041
- Examen de orina: Leucocitos 5 - 10 xc, hematíes: 0 - 2 xc, Cetonas: 3+
- Riesgo cardiológico: RQ II - Grupo y factor: A +
- Ecografía transvaginal (27/01/24): Útero y anexos normales y presencia de asas intestinales dilatadas.
- Ecografía hemiabdomen superior: Asas intestinales dilatadas de hasta 36 mm con peristaltismo incrementado.

Posterior evaluación de tópico de ginecología, se envía interconsulta a Medicina Interna y Cirugía General ya que no se evidencia patología ginecológica, se solicita TEM abdomen con contraste.

- TEM abdomen con contraste: se visualiza lesión tumoral en ciego, asas intestinales dilatadas.

Por lo cual pasa al servicio de cirugía general el 28/01/24 10:30 am para manejo quirúrgico.

Diagnóstico

- Obstrucción intestinal por NM colon

Se realiza controles laboratoriales:

- 28/01/24 → Hemograma: Hb 8.1, Hto: 25.2, Plaquetas: 402 000, Leucocitos: 9720 (abas: 3% - seg: 55%)
- 29/01/24 → Hemograma: Hb 7.6, Hto: 22.9, Leucocitos: 8 060 (abas: 2% - seg: 59%) Anisocitosis 2+, Microcitosis: 2+, Hipocromía: 3+

Manejo quirúrgico

El diagnóstico es Obstrucción intestinal por NM de ciego, paciente cuenta con prequirúrgicos y con exámenes imagenológicos, permanece en NPO para realizarse cirugía de emergencia: Laparotomía exploratoria, ingresa el 29/01/24 10:10 am. Durante la cirugía se le realiza una Hemicolectomía derecha + Anastomosis ileo-colónica, término-lateral + DPR x2 con hallazgos:

- Tumor en región cecal 6x8 cm aprox. con ganglios regionales, no impresiona metástasis hepática, ni líquido ascítico.

Evolución

Primer día post operatorio: Paciente cuenta con sonda nasogástrica, pasa a piso para su seguimiento, se le transfunde 2 paquetes globulares

Control postransfusión: 30/01/24 → Hemograma: Hb 9.7, Hto: 28.3

Paciente en su primer día postoperatorio se le retira sonda nasogástrica al evidenciarse 0 gasto, con drenaje de Dren Pen Rose (DPR) menor de 50 cc en ambos flancos llegando al PO4 10 cc y 7 cc motivo por el cual se retira drenaje, tolera vía oral, elimina flatos, realiza deposiciones, no se evidencia íleo postoperatorio y es dada de alta.

Control por oncología, cirugía general y pendiente resultado de anatomía patológica

1.2 Rotación en Medicina Interna

Con una duración de 2 meses, contaba con un equipo de trabajo conformado por 2 médicos residentes de 3er año y 3 internos, cada interno llevaba 7 camas contando con apoyo de 4 médicos asistentes que realizaban el pase de visita evaluando la evolución del paciente y dependiendo de la patología se enviaban exámenes de ayuda diagnóstica. Se hacen guardias diurnas de 7 am a 7pm donde se atendía en tópico a cada paciente correlacionando cada signo y síntoma para realizar exámenes complementarios como toma de AGA o radiografías.

Esta rotación es un tanto diferente a las demás ya que cada paciente llegaba con una patología crónica que muchas veces el tratamiento no tenía éxito.

Caso clínico n.º 1

Anamnesis

Paciente varón de 62 años el cual ingresa el 16 de enero del 2024 (14:36) con tiempo de enfermedad de 2 días refiriendo disuria, polaquiuria, nicturia. Un día antes del ingreso se repite cuadro clínico adicionando fiebre (39°C), escalofríos, malestar general, sensación nauseosa que no llega al vómito. Motivo por el cual acude por emergencia de HNAL.

Antecedentes

- Patológicos: Diabetes *mellitus* (hace 10 años) en tratamiento con metformina y glibenclamida
- Quirúrgicos: Prostatectomía (hace un mes)

Examen físico

- Funciones vitales: PA: 120/70 mmHg FC: 90 lpm FR: 19 rpm T°37.5
- Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar < 2 seg, palidez (-), ictericia (-)
- Tórax y pulmones: Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- Sistema cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: No distendido, RHA presentes, blando depresible, leve dolor a la palpación en hipogastrio, no signos peritoneales
- Genitourinario: PPL (+), disuria, polaquiuria, nicturia, aumento de volumen en testículo izquierdo, leve eritema, leve dolor a la palpación.
- Neurológico: Escala de Glasgow 15/15, LOTEP.

Exámenes complementarios

- Hemograma: Hb 10.5, Hto: 32.5, Plaquetas: 366 000, Leucocitos: 13,850 (abas: 3% - seg: 89%), PCR: 19.459
- Bioquímica: Urea: 31, Creatinina: 1.05, Glucosa 225 (postprandial)
- Examen de orina: Leucocitos >500 xc, hematíes: 2 - 5 xc Gérmenes 2+

Impresión diagnóstica

- ITU complicada
- D/C Orquitis
- Diabetes mellitus por historia clínica

Plan

Dieta blanda hipoglucida + Líquidos a voluntad (LAV)

Imipenem 500 mg c/ 6 hrs EV, Omeprazol 40 mg c/24 hrs, Insulina R a escala móvil, Metamizol PRN fiebre

Seguimiento de urocultivo

Hospitalizar para empezar antibioticoterapia

Evolución

Paciente ingresa a pabellón 17 de enero presentando dolor tipo punzante en testículo izquierdo, al examen físico continúa con aumento de volumen en testículo izquierdo, leve eritema con dolor a la palpación se continúa con antibioticoterapia para manejo de ITU complicada. Conforme pasan los días la sintomatología va disminuyendo, el paciente se mantiene afebril. 4 días después, urocultivo sale positivo a E. coli, cumpliendo su antibioticoterapia vía endovenosa por 5 días, es dado de alta con levofloxacino vía oral por 7 días y acudiendo por consultorio externo de urología y medicina interna para su posterior seguimiento

Caso clínico n.º 2

Anamnesis

Paciente masculino de 59 años que ingresa por emergencia el 30 de enero del 2024 con tiempo de enfermedad de 40 días donde presenta movimientos involuntarios en miembro superior derecho que asciende hasta hombro y posteriormente se generaliza a miembro inferior de duración aproximadamente 10 minutos sin pérdida de consciencia después de lo cual presenta adormecimiento en hemicuerpo derecho. Un día antes del ingreso paciente presenta cefalea frontal con irradiación a región retro ocular, no tolera vía oral.

Antecedentes

- Persona viviendo con VIH/SIDA (PVVS) sin TARGA (hace 20 años)
- Tuberculosis hace 2 años con tratamiento completo

Examen físico

Aparente buen estado general, nutrición e hidratación

- Piel y faneras: Palidez +/-, normotensa
- Funciones vitales: FC 102, PA 90/70, FR 19
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular audible en ambos hemitórax, disminución del murmullo en ápice hemitórax derecho
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad
- Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, RHA presentes, sonoridad conservada
- Genitourinario: PPL negativo, PRU negativo
- Neurológico: Despierto, LOTEP, obedece órdenes simples, pupilas isocóricas fotorreactivas, movimientos oculares conservados, paresia miembro superior derecho, hemiparesia facial izquierda

Exámenes de laboratorio y complementarios

- Hb: 12.3, Leucocitos: 5190, Segmentados: 48%, Linfocitos: 45%, Plaquetas: 283 000, PCR: 6.47, Proteínas totales: 8.60, Albúmina: 4.27
- Glucosa: 113, Urea: 29, Creatinina: 0.67, TP: 11.9, INR: 0.88
- Bilirrubinas totales: 0.53, BD: 0.35, BI: 0.18, TGO: 22, TGP: 1, FA: 223, DHL: 181, Na+: 133, K+: 3.97, Cl: 95.8
- Serológicos: VDRL: NR, Ag Hbs australiano: NR
- Examen de orina: Leucocitos: 0 a 2 por campo, Hematíes: 0 a 2 por campo
- RMN de encéfalo y espectroscopia (25/01/24): Paciente se realiza de manera particular dicho estudio donde se evidencia lesiones nodulares en ambos hemisferios cerebrales con edema vasogénico circundante que condicionan efecto de masa y desviación de la línea media que por sus características son compatibles con Neurotoxoplasmosis

Impresión diagnóstica

- Infección por VIH sin terapia antirretroviral
- Síndrome de focalización: D/ neurotoxoplasmosis

Evolución

Evaluado por servicio de infectología quien sugiere inicio de tratamiento con sulfametoxazol/trimetoprima 160/800 mg 2 tabletas vía oral cada 12 horas por 6 semanas, continuar con TARGA. Pasa a pabellón para continuar con los estudios adecuados. Tres días luego del ingreso se realiza punción lumbar luego de haber firmado consentimiento informado y serológicos para toxoplasmosis obteniéndose:

- Anti-toxoplasma IgG más de 200; Anti-toxoplasma IgM: 0.08
- Test de ADA (LCR): 4.7; Tinta china en LCR: negativo
- Estudio bioquímico en LCR: Glucosa 59; Proteínas 328 mg/dl
- Examen citológico: 2 células y algunos linfocitos; Gram: no gérmenes; Cultivo en LCR: negativo

Seis días después el paciente presenta un pico febril el cual cede con antipiréticos, y se decide iniciar tratamiento con clindamicina 600 mg cada 6 horas. Debido a la poca cantidad de alimentos ingeridos por vía oral se decide iniciar alimentación por sonda nasogástrica. Paciente continúa con indicaciones por servicio y una evolución lenta favorable. Previo al alta es evaluado por servicio de infectología quienes solicitan carga viral y recuento de CD4, asimismo inicio de TARV 3 semanas posterior al inicio esquema antitoxoplasmosis. Fue dado de alta el 15 de febrero con mejoría clínica y buena tolerancia a la vía oral.

Caso clínico n.º 3

Anamnesis

Paciente masculino de 81 años que ingresa por emergencia el 30 de enero 2024 con un tiempo de enfermedad de 2 meses en el cual refiere que posterior a limpieza de uña presenta lesión ulcerada que posteriormente se torna necrótica por lo cual acude a urgencias del HNAL

Antecedentes

Amputación de pierna izquierda en 2021 por mordedura de animal

Hipertensión arterial desde 2021 (no precisa correctamente)

Examen físico

Aparente buen estado general, nutrición e hidratación

- Funciones vitales: FC: 75 lpm, FR: 18 rpm, PA: 110/70, SatO₂: 96%
- Piel y faneras: tibia, elástica, húmeda. Llenado capilar menor 2". Lesión ulcerada necrótica con exposición de estructura ósea en 1°, 2° y 3° dedo de pie derecho con presencia de múltiples larvas
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular audible en ambos hemitórax sin ruidos agregados
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
- Abdomen: RHA presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación
- SNC: Orientado tiempo, espacio y persona. Estado de Glasgow 15/15

Exámenes de laboratorio y complementarios

Hb: 10.5, Leucocitos: 11.260, Segmentados: 78%, Plaquetas: 507 000, TP: 13.2, INR: 0.99, Albúmina: 2.61

Serológicos: No reactivos; Riesgos quirúrgicos: cardiológico (II) y neumológico (II)

Impresión diagnóstica

- Úlcera necrótica pie derecho con miosis
- Hipertensión arterial por historia clínica

Evolución

Paciente portador de CVC desde el segundo día de su ingreso, es intervenido el 4 de febrero donde se le realiza una amputación transtibial derecha sin complicación alguna, es evaluado por traumatología quien sugiere continuar tratamiento antibiótico con amikacina y clindamicina EV y curación de herida operatoria diaria. En su día postoperatorio número 3 el paciente presenta en

herida operatoria aumento de volumen en región posterolateral externa de consistencia indurada con área equimótica, líquido serohemático escaso, doloroso a la palpación, sin picos febriles. Se considera infección de sitio operatorio por lo que es reevaluado por Infectología quien da pase para antibioticoterapia de amplio espectro Vancomicina y Piperacilina/Tazobactam; Traumatología a la evaluación sugiere nueva amputación transfemoral Derecha y programación para sala de acuerdo a disponibilidad.

Caso clínico n.º 4

Anamnesis

Paciente varón de 55 años que ingresa el 27 de enero del 2024 con tiempo de enfermedad de 1 semana el cual refiere presentar ampolla entre 4º y 5º orjejo pie izquierdo, posteriormente evidencia lesión ulcerosa entre 1º y 2º orjejo del mismo pie el cual con los días se torna necrótico, con secreción purulenta maloliente por lo cual asiste por emergencial del HNAL

Antecedentes

Diabetes *mellitus* desde hace 18 años en tratamiento irregular con Metformina

Examen físico

Aparente buen estado general, hidratación y nutrición

- Funciones vitales: FC: 104, FR: 18, PA: 100/60, Tº: 37.3
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
- Soma: Pie izquierdo 1º dedo necrótico con aumento de volumen, eritematoso, presencia de ulceraciones interdigitales y en planta del pie
- SNC: Orientado tiempo, espacio y persona; Estado de Glasgow 15/15

Exámenes de laboratorio y complementarios

Hb:12.3, Leucocitos: 23.110, Ab: 3%, Seg: 89%, TP: 18, INR: 1.38, PCR: 26.15

Serológicos: No reactivos

Riesgos quirúrgicos: Cardiológico (II), Neumológico (I)

Impresión diagnóstica

1. Pie diabético Wagner 4
2. Diabetes *mellitus* no controlada
3. Tuberculosis tratada

Evolución

Paciente al ingreso inicia tratamiento antibiótico con Ceftriaxona y clindamicina. Evaluado por servicio de cirugía de tórax y cardiovascular quienes solicitan ANGIOTAC. Juntamente con servicio de Traumatología sugieren posterior a dicho examen amputación infracondílea izquierda. Ingresa a sala el 8 de febrero con una hemoglobina de 11.6 y leucocitos en 10.030, sin complicaciones posteriores. Paciente evoluciona de manera favorable y se plantea el alta pronta.

1.3 Rotación en Pediatría y Neonatología

Dicha rotación está dividida en dos segmentos, un mes Pediatría y un mes Neonatología. Dentro de la primera especialidad el interno tenía como función realizar la historia clínica, evaluar todos los días al paciente y anotarlo con apoyo de los médicos residentes, las visitas tenían una duración de 2 horas como máximo, las guardias solo eran diurnas de 7am a 7pm. En Neonatología el interno tenía como función hacer cumplir los 4 tamizajes del recién nacido: Oftalmológico, Auditivo, Cardiológico, Metabólico; la evolución diaria y encargado de la atención inmediata del recién nacido. Esta especialidad contaba con turno tarde donde el interno se hacía cargo de todo de todo cumpliendo un trabajo conjunto con el médico residente.

Caso clínico n.º 1

Anamnesis

Paciente femenino de 16 años la cual ingresa por emergencia el 17 enero 2024, con un tiempo de enfermedad de 2 años la cual refiere presentar dolor tipo opresivo en mano derecha asociado a rigidez que progresa hacia la mano izquierda, asimismo presenta aumento de volumen a nivel cervical con dolor que fueron aumentando de manera progresiva y calmaba con analgésicos. Siete meses antes del ingreso presenta caída de cabello, dolor tipo punzante en miembros inferiores, rash malar que se acentúa con la exposición al sol y lesiones papuloeritematosas en ambas manos. Un día antes del ingreso presenta incremento del dolor cervical con dificultad para la deglución, cefalea tipo opresivo parietal bilateral de intensidad 9/10 por lo cual acude por emergencia del hospital. Niega náuseas y vómitos.

Antecedentes

- Hipotiroidismo (hace 3 meses) en tratamiento con levotiroxina 100 mg VO cada 24 horas
- RAMS: Amikacina, intolerante a la lactosa
- Hospitalización previa por ITU complicada (Hospital San Bartolomé)

Examen físico

- Piel y faneras: tibia, elástica, húmeda. Llenado capilar menor 2", eritema malar, lesiones papulo eritematosas en ambas palmas
- Cuello: Adenopatías cervicales palpables de aproximadamente 2 x 2 cm, no móviles, bilaterales, no dolorosas a la palpación. Tiroides aumentada de tamaño muy dolorosa a la palpación
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- Abdomen: Blando, depresible. No doloroso a la palpación. RHA presentes, no visceromegalias
- Neurológico: Orientado tiempo, espacio, persona; Escala de Glasgow 15/15

Exámenes de laboratorio y auxiliares

- Hb: 11.7; Leucocitos: 3700, Abastonado: 3%; TP: 12.4; Plaquetas: 258000; Proteínas totales: 6.12; Albúmina: 2.75, Urea: 34, Creatinina: 0.81
- Factor reumatoideo: 8.3; Lupus anticoagulante: Negativo; T3: 1.38; T4: 0.587; THS: 100; Anti tiroglobulina: 4000; Anti microsomales: 600
- Examen de orina: proteínas ++; sangre: +, Leucocitos 4 - 6 por campo. Urocultivo: negativo
- Ecografía partes blandas y tiroides: Tiroides de aspecto heterogéneo, tamaño y volumen aumentados con lóbulo derecho de 37 x 19 x 19 cm y 7.63 cc. Izquierdo de 40 x 23 x 16 mm, se observa abundante captación de señal al estudio doppler color. Múltiples adenomegalias de aspecto inflamatorio con preservación de hilio graso en ambas cadenas cervicales
- Radiografía de tórax: no se evidencia efusión pleural, y atelectasias

Impresión diagnóstica

- Bicitopenia : Anemia leve + leucopenia
- Adenopatías a descartar enfermedades infecciosas, linfoproliferativa, enfermedad autoinmune: LES
- Descartar Hipotiroidismo: Tiroiditis de Hashimoto

Plan

- Dieta líquida amplia + Líquidos a voluntad
- Vía salinizada
- Paracetamol 500 mg VO si T° mayor 38° C + medios físicos
- Control de temperatura cada 4 horas en hoja aparte
- Solicitar hemograma, PCR, perfil tiroideo, Urea, creatinina, perfil de coagulación, C3, C4, factor reumatoideo, ANA, ANCA, examen de orina y proteinuria en 24 hrs, BK en aspirado gástrico (por tres), PPD
- Rx de tórax
- IC endocrinología
- Desfocalización
- Se hospitaliza para estudios

Evolución

La paciente ingresa a piso el día 19 de enero, al segundo día presenta cefalea de moderada intensidad irradiada a región temporal y cede con analgésicos, cursa con rigidez y dolor en miembros inferiores durante la noche. así como orina espumosa y dolor lumbar post micción. Al examen físico se evidencia lesión nodular eritematosa en palmas y plantas de pie. Es evaluada por Reumatología donde solicitan coombs directo, ANA, perfil ENA, interconsulta a cabeza y cuello para biopsia de adenopatía cervical, evaluada por Endocrinología donde se establece el diagnóstico de Hipotiroidismo no controlado por tiroiditis de Hashimoto por lo cual se inicia levotiroxina 100 mg VO. Al tercer día continúa con dolor articular en miembro superiores e inferiores, además de cefalea occipital y dolor en orofaringe, se solicita ecografía de tiroides por servicio de endocrinología

El 22 de enero al cursar nuevamente con cefaleas es evaluado por neurología inicia amitriptilina 25 mg media tableta por las noches, además de TEM cerebral.

Exámenes de laboratorio

- Proteinuria 24 horas: 4802.4
- Proteínas totales: 5.74; Albúmina: 2.70; Calcio total: 8.6; Calcio iónico: 1.18; Urea: 33; Creatinina: 0.63

Ecografía de tiroides: Glándula tiroidea aumentada de tamaño, tractos fibrosos con vascularidad aumentada compatible con enfermedad autoinmune. Se observan múltiples adenopatías

Posteriormente es evaluada por neurología con TEM donde no se evidencia lesiones isquémicas o hemorrágicas por lo cual se plantea migraña debut vs cefalea asociada a LES. Se reciben resultados de laboratorio solicitados:

- Complemento C3: 78.4; Complemento C4: 20.8; Ferritina 60.2; Anticardiolipina Ig G: 21; Anticardiolipina Ig M: 76
- Anticuerpos Antinucleares: más de 500
- Anticuerpos Beta 2 glicoproteína Ig M: 504; Anticuerpo Beta 2 Ig G: 27

Es evaluada por servicio de nefrología donde se establece el diagnóstico ya pensado de Lupus eritematoso sistémico con compromiso:

- 1.1 Renal: Nefritis lúpica
- 1.2 Articular: poliartritis
- 1.3 Hematológico: bicitopenia
- 1.4 Dérmico: alopecia + aftas orales
- 1.5 Cefalea
- 1.6 Inmunológico: Positividad a SAF

Plan

- Metilprednisolona 750 mg cada 24 horas por 3 días
- Hidroxicloroquina 400 mg por las noches
- Enalapril 10 mg cada 12 horas
- Inicio de pulsos de metilprednisolona 750 mg + NaCl 0.9 % 250 ml EV por 3 días
- Aislamiento invertido
- Se solicita biopsia renal (con resultados de ANCA, serológicos, FTA, ENA)

El 26 de enero la paciente inicia con pulsos de corticoides con buena respuesta. Evaluada por oftalmología donde evidencia síndrome de ojo seco y se recomienda uso de hipromelosa. Posteriormente familiar firma consentimiento para inicio de pulsos con Ciclofosfamida endovenoso sugerido por servicio de Reumatología como terapia de inmunosupresión. Por lo cual se inicia Ciclofosfamida 1 gr en 250 ml de NaCl 9% en 3 horas y control de funciones vitales. Al día siguiente se realiza biopsia renal sin complicación alguna

Resultados laboratorio post biopsia

Hb: 11.3 Leucocitos: 6130 Abastionados: 0% Plaquetas: 348000

Examen de orina: Proteínas 3+, Leucocitos: 40 - 60 por campo, Hematies: 2 - 5 por campo

El 6 de febrero paciente con evolución lenta favorable, sin ninguna complicación luego de administración de ciclofosfamida. Evaluada por reumatología para cita por consultorio externo, así como servicio de psicología

y psiquiatría quien inicia tratamiento con sertralina y risperidona y evaluación por consultorio externo para seguimiento y terapia. Se le da de alta con indicaciones y en condiciones favorables

Caso clínico n.º 2

Anamnesis

Paciente femenino de 17 años que ingresa por emergencia el 11 de enero 2024 con un tiempo de enfermedad de 2 años, la cual refiere que presenta movimientos involuntarios en ambas manos que calman al reposo, estos movimientos se intensifican y posteriormente se agrega en ambos miembros inferiores. Niega vértigo, tinnitus, cefalea. Seis meses antes del ingreso refiere inestabilidad para la deambulaci3n y vértigos esporádicos.

Antecedentes personales, familiares y patol3gicos

- Lugar y fecha de nacimiento: Piura 15/09/2006
- Peso: 54 Talla: 1.58 IMC: 21.6
- Natales: Nacida de parto a t3rmino, parto dist3cico por presentaci3n podálica
- Alergias: Niega Cirugías: Niega
- Enfermedades anteriores: Antecedente de traumatismo a los 6 años por caída de nivel (3 metros) golpeándose la columna y tratada con medicina tradicional. A los 10 años sufre traumatismo de vehículo de carga
- Tratamientos recibidos: Hace año y medio tratada con levodopa/carbidopa 250/25 mg ¼ tableta de manera esporádica (no adherencia al tratamiento)
- Antecedentes familiares: Abuela con epilepsia y tratamiento
- Crianza de animales de ganado (pavo, caballo, perros, etc)

Examen físico

Aparente buen estado general, de hidrataci3n y nutrici3n

- Funciones vitales: FC: 90; T°: 36.3; Sat: 98%, FR: 19 rpm

- Piel y faneras: tibia, elástica, húmeda. Llenado capilar menor 2 segundos
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
- Abdomen: Plano, no distendido. RHA presentes, blando, depresible. No doloroso a la palpación
- GU: PPL negativo bilateral
- Osteomuscular: moviliza 4 extremidades con temblor a la movilización de los miembros superiores. Fuerza MMII $\frac{3}{5}$ D. Resto conservado
- SNC: Despierta, responde al interrogatorio. Fuerza en MMII 3 / 5, sensibilidad conservada, ROT sin alteraciones. Romberg (+) lateralizada derecha, ataxia lateralizada a la derecha, temblor de ambas manos al movimiento, dificultad leve para movimientos finos. No signos meníngeos

Impresión diagnóstica

- Temblor postural
- Descartar parkinsonismo juvenil
- D/C Enfermedad de Wilson

Plan

- Dieta completa + Líquidos a voluntad
- Levodopa/Carbidopa 250 mg/ 25 mg $\frac{1}{4}$ tableta VO cada 6 horas
- Rx columna cérvico dorsal y lumbosacra, RMN encéfalo y electromiografía
- Hemograma completo, Cobre sérico y urinario, TSH, T4L, ceruloplasmina sérica
- Interconsulta oftalmología y neurología
- Se hospitaliza para completar estudios

Exámenes de laboratorio y complementarios

- T4 Libre: 1.27 TSH: 2.19

- Informe de columna cervical: Rectificación de la lordosis cervical
- Informe de la columna dorso lumbar: Leve escoliosis dextroconvexa, espacios intervertebrales conservados. Escoliosis compensada y resto de estructuras sin alteraciones

Evolución

Evaluada por oftalmología quien no evidencia anillo de Kayser - Fleischer, servicio de Neurología solicita RMN. Paciente durante su estancia continua con temblores al movimiento.

El 13 enero es evaluada por otorrinolaringología para descartar vértigo de origen central. A la evaluación neurológica presenta temblores al movimiento y hoffman bilateral, paciente posteriormente presenta cuadro de rinofaringitis aguda

Exámenes de laboratorio:

- Calcio total: 9.4 Calcio iónico: 1.21 Fósforo: 4.05 Mg: 2.01
- PCR: 0.075 Hb: 12.2 Leucocitos: 6520 Ab:0%

El 15 de enero paciente refiere otalgia y continua con dolor de garganta, por la noche presentó cefalea por lo cual se le dio 1 tableta de paracetamol y cede. Debido a que continúa con otalgia se realiza otoscopia donde se observa membranas íntegras, paredes congestivas por lo cual se deja ibuprofeno 400 mg VO cada 8 horas. Se realiza RMN de encéfalo donde se observa cambios positivos para Enfermedad de Parkinson

El 16 de enero reportan un pico febril por lo cual se quiere descartar Otitis media aguda, es evaluada por Otorrinolaringología quien a la otoscopia se encuentra membranas íntegras, congestivas corresponde a un proceso viral agudo, se da el diagnóstico de rinofaringitis viral y se prescribe paracetamol 500 mg VO cada 8 horas por 3 días e ibuprofeno 450 mg VO cuando haya dolor; Evaluada por Neurología quien indica levodopa/carbidopa 250/25 mg ¼ tableta vía oral cada 6 horas luego de observar RMN

Exámenes de laboratorio

- U: 25 Cr: 0.58, BT: 0.21 , BD:0.10, BI: 0.11, TGO: 25, TGP: 24, FA: 116
- PT: 7.66 Albúmina: 4.79 Ácido úrico: 3.4 DHL: 186 PCR: 1.149
- Hb:13.2 Leucocitos: 6250 Ab: 3%
- Cobre orina: 11 Ceruloplasmina: 23.5 Cobre sérico: 89.6

A la evolución paciente presenta mejoría y disminución de la otalgia; al examen neurológico ROT positivo, Romberg positivo lateralizado a la derecha, con evolución lenta favorable. Inicio de terapia física y rehabilitación, evaluada por servicio de Psicología quien indica terapia de soporte emocional, validación de emociones. Dada de alta por servicio de neurología y pediatría en condiciones favorables y con tratamiento adecuado. Se le cita por consultorio externo de neurología al alta

Diagnósticos al alta

- Parkinsonismo juvenil
- Trastorno adaptativo
- Temblor postural

Caso clínico n.º 3

Anamnesis

Paciente menor de 2 años acude con compañía de su mamá presentando hace 4 días vómitos de contenido alimenticio s/sangre, s/moco (8 veces al día). 3 días antes del ingreso inicia con deposiciones líquidas asociado a vómitos en 6 oportunidades agregando fiebre (38°C), es dada de alta con paracetamol y simeticona. Síntomas persisten diarrea (8 cámaras), no tolera vía oral, agregando debilidad, irritabilidad con signos de deshidratación, por lo cual acude a emergencia.

Antecedentes personales, familiares y patológicos

- Lugar y fecha de nacimiento: Lima 15/02/2022
- Peso: 10.6 Talla: 85 cm
- Natales: Nacida de parto a término, parto eutócico

- Alergias: Niega Cirugías: Niega
- Enfermedades anteriores: Laringomalacia a los 2 meses.
Neumonía (08/2023)
- Tratamientos recibidos: Terapia de lenguaje en INSN
- Antecedentes familiares: Papá: asma en tratamiento
- Crianza de animales: gato

Examen físico

- Funciones vitales: FC: 110; T°: 36.5; Sat: 98%, FR: 22 rpm
- Piel y faneras: Tibia, mucosa seca, poco elástica, palidez +/-+++, llenado capilar <2 seg, ojos hundidos, signo del pliegue (-)
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos
- Abdomen: Plano, no distendido. RHA aumentados, blando, depresible. No doloroso a la palpación
- GU: PPL negativo bilateral
- Osteomuscular: Sin alteraciones
- SNC: Despierto, reactivo al estímulo, irritable, no signos meníngeos.

Exámenes de laboratorio

- Hb: 13,20, Leucocitos: 8 720, Segmentados: 46%, Linfocitos: 43%, Plaquetas: 483 000, PCR: 4.3,
- Glucosa: 80, Urea: 23, Creatinina: 0.34,
- Electrolitos: Na+: 132, K+: 4.25, Cl: 95
- Reacción inflamatoria: negativo
- Inmunocromatografía: Rotavirus antígeno: negativo; Adenovirus antígeno: negativo

Impresión diagnóstica

- Enfermedad diarreica aguda
- Deshidratación moderada

Evolución

Paciente en el primer día de hospitalización en NPO se le administra solución polielectrolítica, ranitidina 10 mg EV c/8 horas persistiendo deposiciones líquidas mostrándose irritable. En su 2do día de hospitalización persiste con deposiciones líquidas, pero en menor cantidad y frecuencia, con mejor ánimo y con tolerancia oral, es dado con alta al 4to día de su hospitalización con cita para control por consultorio de pediatría.

Caso clínico n.º 4

Anamnesis

Recién nacido masculino pretérmino de 32 semanas por capurro y examen físico, nacido por cesárea de emergencia el 11 de enero del 2024 a las 20:53 pm, el cual pasa a UCI neonatal por prematuridad, dificultad respiratoria y probable sepsis

Antecedentes maternos

- Edad: 29 años
- CPN: 01 (C.S Breña)
- Hemoglobina: 12
- Serológicos: No reactivos
- Grupo sanguíneo: O positivo
- G 4 P1021
- Antecedentes patológicos: Niega antecedentes de importancia
- Diagnósticos maternos: Multigesta de 29.4 ss x ECO primer trimestre/FLLP

RPM +/- 72 horas (en tratamiento)

Oligoamnios

Circular simple de cordón

Tricomoniasis urogenital

Cesárea anterior una vez

Antecedentes natales

- Fecha y hora de nacimiento: 11 de enero del 2024 20:53 hrs
- Edad gestacional: 32 semanas por examen físico

- CU: Circular doble de cordón
- Placenta: normal
- Líquido amniótico: Meconial fluido
- RPM: +/- 72 horas
- Peso: 1425 gr Talla: 41 cm PC: 26 cm
- APGAR: 7 (minuto 1) - 9 (minuto 5)
- Reanimación: Recibió ventilación a presión positiva en sala

Examen físico RN

- Funciones vitales: FC: 142 x'; FR: 62 x'; SatO2: 97%; FiO recibido: 30%; T°: 36.5°C
- Piel y faneras: Tibia, elástica, húmeda, llenado capilar menor 3"
- Cráneo: Normocéfalo, FANT
- Pabellones auriculares: adecuada implantación
- Cara: No dismorfia
- Boca y ORL: CAE permeable, paladar íntegro
- Cuello: cilíndrico, móvil
- Clavículas: íntegras
- Tórax: Murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, presencia de tirajes subcostales e intercostales. Silverman Anderson: 2 pts
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos no impresiona soplos
- Abdomen: Blando, depresible, RHA positivos, no visceromegalias
- Hígado: No hepatomegalia
- Ombligo: 2 arterias, 1 vena
- Genitales: DAES masculino
- Ano: permeable
- Extremidades superiores e inferiores: Tono y fuerza adecuado para edad gestacional. Ortolani negativo; Barlow negativo
- Sistema nervioso: Activo, reactivo, hipotonía, FANT, succión negativa

Diagnósticos

- Prematuridad de 32 semanas por examen físico
- Muy bajo peso al nacer
- SDR: Enfermedad de membrana hialina

- Sepsis neonatal probable por RPM prolongado

Plan

- CPAP FiO2 30%
- Aga y electrolitos + radiografía de tórax
- Inicio de cobertura antibiótica
- Solicitar hemocultivo y TORCH
- Cateterismo umbilical

Evolución

El día del ingreso se recibe AGA el cual no demuestra asfixia, se procede a cateterismo umbilical sin complicaciones y colocación de SOG

El 12 de enero se recibe radiografía de tórax en el cual no se evidencia neumotórax, no atelectasias, patrón intersticial compatible con Enfermedad de Membrana Hialina. Se mantiene con CPAP, FiO 21%, PEEP: 4, continúa con tirajes subcostales e intercostales, se inicia antibioticoterapia con Ampicilina y Gentamicina, asimismo a se inicia NPT. Cuenta con Hemocultivo en curso

El día 13 de enero se reportan episodios de desaturación por la mañana y por la noche sin bradicardia con recuperación espontánea, se solicita AGA dentro de los valores normales (PCO2: 39.6; PO2: 59.3; HCO3: 22.5), al examen físico continúa con tirajes subcostales leves (SA: 0 - 1), se reciben resultados de hemocultivos con avances negativos y se suspende antibioticoterapia, paciente sin apoyo oxigenatorio, se decide retiro de CPAP. Se administra 80 cc/kg/día por SOG son buena tolerancia no presenta vómitos ni distensión abdominal

Resultados de laboratorio

- Hb: 17.3, Leucocitos: 11 800, Ab: 0%, Plaquetas: 214 000, PCR: 0.026
- Glucosa: 80 Urea: 34 Creatinina: 0.78
- Proteínas totales: 4.57 Albúmina: 3.26
- Calcio total: 10.5 Calcio iónico: 1.42 Fósforo: 3.96 Magnesio: 2.4

PERFIL TORCH:

- Toxoplasma IgM, Rubeola IgM, Herpes I y II IgM, Citomegalovirus: No reactivos

El 16 enero paciente presenta desaturación hasta 73% y bradicardia hasta 130, por lo cual se decide iniciar nCPAP con FiO: 21% , PEEP: 5. Durante la tarde se reporta vómito de 5 cc aproximadamente por lo cual se suspende la siguiente toma y 2 episodios de apnea. Se realiza radiografía de tórax sin alteraciones, se decide pasar a cánula binasal y no se reporta nuevamente vómitos ni apneas, se retira catéter umbilical y progresa con una evolución lenta favorable

1.4 Rotación en Ginecología y Obstetricia

La rotación por estos dos servicios se realiza durante dos meses , la cual incluye el servicio de Gineco-oncología; y obstetricia los dos siguientes meses donde podemos observar una alta demanda de pacientes y sobre todo cesáreas, los servicios que incluyen como rotación son: puerperio patológico, normal, Alto riesgo obstétrico, Unidad cuidados intermedios, Sala de partos y emergencias obstétricas.

Caso clínico n.º 1

Anamnesis:

Paciente femenino de 49 años la cual ingresa por consultorio externo con un tiempo de enfermedad de 2 años refiriendo dolor pélvico tipo hincón de intensidad 7/10, de forma intermitente que se irradia a región lumbar y se exacerba al caminar o levantar peso

Antecedentes:

- Menarquia: 12 años
- Fecha de última regla: octubre 2022
- No utiliza métodos anticonceptivos
- Fórmula obstétrica: G4 P2204
- Último PAP: 2021
- Hipertensa en tratamiento irregular con losartan 50 mg
- Niega antecedentes quirúrgicos y familiares de importancia

Examen físico

- Funciones vitales: PA: 125/75; FC: 80 lpm, FR: 20 rpm, SatO2: 98%, temperatura: 36.7°C
- Antropometría: talla: 151 cm y peso 66 kg
- Aspecto general: AREN, AREG, AREH
- Piel y TCSC: tibia, elástica, hidratada. Llenado capilar menor a 2 segundos
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, sin ruidos agregados
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos
- Abdomen: Globuloso, no distendido. RHA (+) blando, depresible, leve dolor difuso a la palpación profunda en hemiabdomen inferior
- Genito - Urinario: PPL negativo bilateral, no evidencia de sangrado vaginal

Examen Ginecológico

- Genitales externos: adecuados para sexo y edad
- Especuloscopia: Vagina: amplia, elástica, no masas, no solución de continuidad, no flujo, no sangrado; Cérvix: OCE cerrado, no masas, no sangrado transorificio
- Útero: Bordes regulares, aproximadamente 11 cm no doloroso a la palpación bimanual
- Anexos: no dolorosos, no presencia de masas

Impresión diagnóstica

1. Endometrio engrosado: Hiperplasia endometrial
2. Miomatosis uterina
3. HTA por historia clínica

Exámenes de laboratorio y complementarios

Previo a la cirugía la paciente ingresa con una Hb: 13.50, leucocitos: 7.130, abastados: 0, plaquetas: 331000, serológicos no reactivos, grupo y factor: O positivo

Ecografía transvaginal: útero AVF, bordes irregulares, 107 x 69 x 74 mm, endometrio de 11.6 mm, ovario derecho de 24 x 24 mm, ovario izquierdo no se visualiza, se observa mioma en cara anterior de 56 mm que distorsiona endometrio

Manejo quirúrgico

Cirugía realizada: Histerectomía abdominal total + Salpingooforectomía bilateral

Hallazgos intra-operatorios: útero de aproximadamente 9 cm, globuloso de bordes lisos con presencia de mioma en cara posterior de +/- 6 cm. Anexo derecho con presencia de quiste paratubárico de 1 cm

Evolución

Paciente con evolución favorable, herida operatoria cursaba con buen proceso de cicatrización, sin signos de flogosis, se le retira la sonda en su primer día postoperatorio, se le recomienda deambulacion asistida y cursaba con una hemoglobina de 14. Es dada de alta al tercer día con buen pronóstico.

Caso clínico n.º 2

Anamnesis:

Paciente de 28 años que ingresa por emergencia el 13 de diciembre del 2023 refiriendo sangrado vaginal llegando a mojar 2 toallas al día, acompañado de dolor pélvico tipo hincos de intensidad 9/10.

Antecedentes

- Menarquia: 12 años
- IRS: 15 años
- FUR: 05/10/23

- Fórmula obstétrica: G3P1011
- Niega antecedentes quirúrgicos, patológicos y alergias a medicamentos

Exámen físico

- Funciones vitales: PA: 110/60, FC: 80 lpm, FR: 18 rpm, SatO2: 98%, T°: 36.7°C
- Antropometría: Talla: 160, peso: 57 kg
- Estado general: AREN, AREG, AREH
- Piel: tibia, hidratada, elástica. No edemas, llenado capilar menor de 2 seg
- Pulmones: Murmullo vesicular audible en AHT, sin ruidos agregados
- Cardiovascular: Ruidos Cardiacos Rítmicos de buena intensidad, no soplos
- Abdomen: Plano, no distendido. RHA (+) blando, depresible. Doloroso a la palpación en hemiabdomen inferior a predominio de FII. No signos peritoneales

Examen ginecológico

- Especuloscopia: Vagina: amplia, elástica, huellas de sangrado en canal, sin lesiones aparentes
- Cérvix: eritema periorifical, OCE cerrado, no sangrado activo
- Vagina: elástica, tibia, no masas
- Cérvix: fibromuscular +/- 3 cm, móvil, no dolor a la lateralización
- Útero: +/- 7 cm, no doloroso a la palpación bimanual
- Anexo derecho: no doloroso, no impresiona masas
- Anexo izquierdo: sensación de volumen, doloroso a la palpación
- Fondo de saco de douglas: impresiona libre

Impresión diagnóstica

- Embarazo ectópico no complicado

Exámenes de laboratorio y complementarios

- Hb: 11.7; Leucocitos: 8250, Plaquetas: 309000, Glucosa: 88, Urea: 15, Cr: 0.53
- BT: 0.49, BD: 0.15, BI: 0.34, TGO: 19, TGP: 14, FA: 99, PT: 7.63, Albúmina: 5.04
- Serológicos: No reactivos
- HCG BETA: 1743

Ecografía transvaginal (18/12/23): útero de bordes regulares de 71 x 36 x 40 mm, endometrio de 25 x 14 mm. Ovario derecho: 25 x 14 mm, normal. Ovario izquierdo: 29 x 17 mm, se visualiza formación ovoidea compleja de 29 x 20 mm con vasculatura importante al doppler con refuerzo posterior. Dolor a la ecopulsión

Indicaciones

Se decide hospitalización en el servicio de ginecología

Iniciar tratamiento médico de embarazo ectópico: Metotrexate 50 mg/kg/m² IM dosis única

Controles de beta HCG

Evolución

Paciente inicia con metotrexate el 14/12/23, continúa con evolución lenta favorable y al sexto día presenta leve sangrado sin ninguna otra alteración. Afebril, con buena tolerancia a la vía oral y el dolor se maneja con ketoprofeno 100 mg. Es dada de alta el 20/12/23 con buena evolución.

Dosajes de beta HCG:

13/12/23 → 1743	14/12/23 → 1576
17/12/23 → 1296	20/12/20 → 792

Paciente reingresa por emergencia el 22/12/23 con un tiempo de enfermedad de 6 horas refiriendo dolor abdominal tipo cólico en hipogastrio de intensidad 10/10 y sangrado vaginal desde hace 3 días escaso

Examen físico

- Funciones vitales: PA 123/66; FR 20 rpm; FC 96 lpm; Temperatura 36.5°C
- Especuloscopia: Huellas de sangrado en canal vaginal; cérvix con eritema orificial, sangrado transorificio activo

Impresión diagnóstica

- Embarazo ectópico complicado

Exámenes de laboratorio y complementario

Hemoglobina 10.4; HCG beta 285.8. Sedimento de orina: leucocitos 0 a 2 por campo, hematíes 0 a 2 por campo

Ecografía transvaginal: Ovario derecho de 24 x 12 x 28; ovario izquierdo 30 x 21 x 23. Fondo de saco de douglas con presencia de líquido libre en regular cantidad.

Conclusión: embarazo ectópico complicado

Ecografía hemiabdomen: Cavidad abdominal con presencia de líquido libre en cavidad pélvica en un volumen aproximado de 350 cc. útero de morfología conservada, endometrio de 3 mm. Hacia anexo izquierdo se observa formación de aspecto sólido mixta que mide 47 x 34

Manejo quirúrgico

Se prepara a la paciente para sala de emergencia e ingresa a las 21:30 pm

Cirugía Realizada: Laparotomía exploratoria: Salpingectomía izquierda total

Dentro de los hallazgos se evidencia trompa uterina izquierda con masa de aproximadamente 4 x 4 cm en el tercio externo, además de solución de continuidad con evidente sangrado activo. Se le transfunde 01 paquete globular intrasop

Paciente pasa a pabellón donde se le deja en observación durante dos días más, sin ninguna complicación posterior a la cirugía, con una evolución favorable. Es dada de alta con una hemoglobina de 10.6

Caso clínico n.º 3

Anamnesis

Paciente femenino de 31 años que ingresa por emergencias el 05 de enero del 2024 con tiempo de enfermedad de 6 horas donde refiere cefalea holocraneana de moderada intensidad asociado a epigastralgia, asociado a edemas de miembros inferiores. Niega sangrado vaginal, pérdida de líquidos, náuseas o vómitos

Antecedentes

- Grupo y factor: O+ positivo
- Peso habitual: 95 kg
- Peso gestacional: 109 kg
- Talla: 1.62 m
- IMC: 36.19
- Niega antecedentes patológicos de importancia

Antecedentes obstétricos

- Menarquia: 13 años RC: 5 - 6/ 30
- Controles prenatales: 4
- G2 P0010 (G1: Aborto incompleto sin complicaciones en 2016; G2: Gesta actual 2024)

Exámenes de laboratorio y complementarios

Hb: 12.5 Leucocitos: 9,420 Plaquetas: 310000, Glucosa: 76, Urea: 23, Cr: 0.7

Examen de orina: Proteínas: 1+ Leucocitos: 5 a 10 por campo

Ecografía obstétrica: Gestación única activa de 36.3 por ECO I° T. ILA: 9.7; Placenta posterior

Examen físico

- Funciones vitales: FC: 88 lpm; PA: 150/90 mmHg; FR: 19 rpm
- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar menor 2', no palidez, o cianosis
- Pulmones: MV audible en ambos campos pulmonares, sin ruidos agregados
- Aparato cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos
- Abdomen: AU: 34 cm; SPP: LCD; LCF: 140 x'; MF: ++/+++

- TV: D: 0 B: 0% AP: Flotante MO: no evaluables

Diagnósticos

- Segundigesta nulípara 36.1 ss por ECO I° trimestre
- Alto riesgo obstétrico: THE: Preeclampsia
- Diabetes gestacional
- Obesidad tipo II
- Sobre Ganancia ponderal

Plan

- Pase al Unidad de cuidados Intermedios para control obstétrico estricto (control materno y fetal)
- NaCl 0.9% 1000 cc 30 gts x´
- Nifedipino 20 mg PRN PA mayor o igual 160/110
- Vigilar signos de alarma
- Hemogluco test cada 8 horas
- Perfil de severidad para eclampsia

Evolución

Paciente al ingreso a Unidad de cuidados intermedios continua con cefalea de leve intensidad, niega tinnitus, escotomas, epigastralgia, sangrado vaginal o pérdida de líquido, niega síntomas premonitorios de eclampsia. Se le abre hoja de monitoreo donde se evidencia que la paciente mantiene PA sobre 140/60, sin ninguna otra alteración, se le hace control sanguíneo de severidad el cual se mantiene sin alteraciones y se le realiza control de latidos fetales

Durante su estancia la paciente presenta una aparente mejoría de la cefalea, edema en miembros inferiores, mantiene las PA elevadas, y latidos fetales adecuados. Se decide pase Alto riesgo obstétrico (ARO) para observación

El día 08 de enero del 2024 durante la guardia diurna paciente refiere presentar cefalea a nivel occipital durante la noche, niega otros síntomas. Al momento de recibir monitoreo control se evidencia desaceleraciones en forma

repetida con NST no reactivo por lo cual se decide pase de la paciente a UCIN para monitoreo estricto, se cataloga como patrón fetal categoría II .

Se reevalúa a la paciente donde se observa controles de PA con valores superiores a 140/90 mmHg en repetidas tomas, además presenta cefalea holocraneana de intensidad 9/10, asociado a escotomas, epigastralgia y tinnitus.

Durante monitoreo NST se evidencia patrón de desaceleraciones fetales repetidas por lo cual se decide el término de la gestación por vía abdominal. Se inicia tratamiento con sulfato de magnesio 40 cc en 20 minutos, cefazolina 2 gr EV STAT y preparación para sala

Manejo quirúrgico

Paciente ingresa a sala a las 12:56 donde se le realiza una cesárea segmentaria Transperitoneal

Hallazgos intraoperatorios: RNAT femenino de 37 semanas con un peso de 2950 gr; Talla 49 cm; APGAR 9´ - 9´.

Placenta 20 x 18 ovoidea, líquido amniótico claro sin mal olor y en regular cantidad

Diagnóstico post operatorio

- Preeclampsia con criterios de severidad
- Patrón fetal categoría II
- Diabetes gestacional

Evolución

Paciente evoluciona de manera favorable durante su estancia en recuperación, niega cefalea, niega síntomas asociados a eclampsia. Se realiza control sanguíneo de severidad dentro de los valores normales. Se decide pase a puerperio patológico junto al Recién nacido hasta el alta.

Caso clínico n.º 4

Anamnesis

Paciente femenino de 23 años que ingresa por urgencias el 18 de diciembre del 2023, referida por personal de salud del C.S San Juan de Lurigancho. Personal de salud refiere episodios de convulsiones tónico-clónicas en el traslado por lo que le administran diazepam, asociado a escotomas y cefalea intensa. Familiares reportan haberla encontrado inconsciente en el piso de la ducha. No se evidencia sangrado vaginal, pérdida de líquido, se perciben movimientos fetales

Antecedentes

- Peso habitual: 46 kg Peso actual: 56 kg Talla: 151 cm
- Niega antecedentes patológicos de importancia
- G1 P0000
- Controles prenatales: 01

Examen físico

- Funciones vitales: FC: 102 lpm; FR: 19 rpm; PA: 140/90; T°: 37
- Piel y faneras: tibia, elástica, húmeda. Llenado capilar menor de 2 seg.
Palidez +/-+++
- Pulmones: MV audible en ACP, no ruidos agregados
- Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos
- Abdomen: AU: 31 cm; LCF: 140 lpm; MF: +/-+++
- Tacto vaginal y especuloscopia: Diferido por estado de paciente
- SNC: EG 10/15. Paciente soporosa, no responde al interrogatorio

Exámenes de laboratorio

Hb: 12.6 Leucocitos: 14,200 TP: 11.6 Plaquetas: 183000 Glucosa: 72
Sedimento de orina: Leucocitos 20 a 40 por campo

Impresión Diagnóstica

- Primigesta de 35 sem por ECO III° trimestre / NLP
- Eclampsia
- THE: Preeclampsia con criterios de severidad

- Circular simple de cordón

Se decide término de gestación por vía abdominal de emergencia asociado a inicio inmediato de clave azul. Ingres a sala donde se le realiza una cesárea segmentaria transperitoneal. Durante la intervención quirúrgica paciente presenta PA no menores de 140/80

Hallazgos intraoperatorios:

- RNPT femenino de 1990 gramos, Talla: 41 cm; APGAR: 2 - 3 - 5
- Placenta ovoidea de +/- 25 x 25 cm
- Anexo derecho: tumoración +/- 6 x 7 cm, el cual no se extrae por no alargar turno operatorio al requerir intervención en UCI

UCI toma conocimiento del caso y la paciente es evaluada en sala de operaciones donde se encuentra hemodinámicamente estable, sin uso de vasopresores, con ventilación mecánica, pupilas isocóricas de 1.5 mm. Se decide pase a unidad de cuidados intensivos para soporte y manejo

Diagnósticos de ingreso a UCI

- Insuficiencia respiratoria tipo 2 en ventilación mecánica
- PO inmediata cesárea segmentaria por eclampsia
- Tumor anexial derecha
- Primigesta de 31 semanas por altura uterina
- D/C traumatismo encéfalo craneano
- Preeclampsia con criterios de severidad

Plan

- NPO por 6 horas
- Midazolam 50 mg + cloruro de sodio EV en infusión
- Fentanilo 0.5 mg + cloruro de sodio EV en infusión
- Sulfato de Magnesio 20% (10 amp) + cloruro de sodio 1L EV en infusión
- Ceftriaxona 1 gr cada 12 horas EV
- Clindamicina 600 mg cada 8 horas EV
- Radiografía de tórax

- Aga y electrolitos
- Seguimiento por servicio de ginecología y obstetricia

Examen físico

Hemodinámicamente estable, no uso de vasoactivos, no signos de hipoperfusión tisular

Ventilatorio: Tubo Endotraqueal en ventilación mecánica, modo CPAP, con FiO: 24 %, PEEP: 5

Abdomen: NPO. RHA no presentes, no signos peritoneales. Herida operatoria cubierta con apósitos limpios y secos

SNC: EG 10/15 + TET. Pupilas fotorreactivas

Evolución

Al segundo día de hospitalizada se decide extubación con buena respuesta, no presenta picos febriles. Se administró sulfato de magnesio por un día más y continuó con tratamiento antibiótico durante toda su estancia. Es evaluada por el servicio de Neurología donde de acuerdo a la TEM no se encuentran lesiones agudas. Es dada de alta de la Unidad de cuidados intensivos 3 días después y se solicita pase al servicio de Ginecología y Obstetricia.

Puerperio Patológico Servicio de Obstetricia

Plan

- Ceftriaxona 2 gr EV cada 24 horas (completar 5 días)
- Nifedipino 10 mg VO PRN PA mayor 160/100
- Ketoprofeno 100 mg VO cada 8 horas
- Sulfato ferroso 300 mg VO cada 12 horas
- Ácido fólico 0.5 mg VO cada 12 horas
- Carbonato de calcio 1 gr VO cada 24 horas

Evolución y alta

Paciente durante su hospitalización permanece hemodinámicamente estable, en ventilación espontánea, afebril, con buena tolerancia a la vía oral. Perfil de severidad dentro de los valores normales.

Es dada de alta el 24 de diciembre en condiciones favorables, sin embargo, la paciente cursa con anemia moderada (Hb 8.5), por lo cual se le deja sulfato ferroso 300 mg y control por consultorio externo.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Nacional Arzobispo Loayza de categoría III-1 se encuentra ubicado a la altura de la cuadra 8 de la avenida Alfonso Ugarte, en el distrito de Cercado de Lima, provincia de Lima.

Antes conocido como Hospital de Santa Ana de los Naturales fue fundado por el primer Arzobispo peruano Don Gerónimo de Loayza y Gonzales en 1549; brindaba su atención a la población indígena de manera gratuita (1).

Fue inaugurado el 10 de diciembre de 1924 bajo el nombre de Hospital Arzobispo Loayza, en honor a su fundador, bajo el gobierno de Augusto B. Leguía y desde entonces se ha caracterizado por su eficaz labor asistencial, docente y de investigación. En enero de 1974 pasa a depender del Ministerio de Salud (1).

En la actualidad el hospital cuenta con diversos servicios para la adecuada atención a la población, asimismo se caracteriza por ser uno de los hospitales más destacados en docencia ya que brinda enseñanza a estudiantes de diversas universidades.

Dentro de las labores del interno de medicina es de acuerdo al área donde se encontraba, es decir si corresponde hacer la rotación por pabellón se atendía

a cada paciente que hospitalizado, se realizaba su historia clínica así como aquella documentación burocrática, se realizaba el examen físico y se le pedía los exámenes necesarios de acuerdo a lo que se discutía en cada visita médica para contribuir a la evolución favorable del paciente; en algunas ocasiones se agendaba citas en otras áreas, por ejemplo: una tomografía o endoscopias, asimismo se anotaba la evolución del día. En ocasiones se le permitía al interno realizar ciertos procedimientos bajo supervisión de los residentes mayores, como paracentesis, toma de gases arteriales o muestras de sangre, tactos vaginales, en el caso del servicio de obstetricia; suturar heridas menores en el caso del área de tóxico de cirugía e incluso en sala de operaciones tenían la oportunidad de instrumentar durante toda la cirugía y suturar piel. Asimismo, una de las más grandes ventajas que se pudo observar fue que en el servicio de obstetricia al interno que se le asignaba el área de sala de partos, si el residente mayor lo veía conveniente y la paciente era una multigesta se le permitía atender el parto guiado por ellos, ya que muchas veces recalcan que durante el SERUMS las gestantes era una de las poblaciones de mayor importancia y que se atendería con mayor frecuencia.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

En esta sección se elegirá un caso relevante para explicar cómo aplicar los conocimientos en cada caso clínico

3.1 Cirugía general

El primer caso clínico expuesto es una patología quirúrgica frecuentemente vista en tópico de emergencia: apendicitis aguda, que es más frecuente en población joven, que debido a sus manifestaciones clínicas se decide ingresar a SOP.

Para poder identificarlo de manera correcta, tenemos la escala de alvarado en el anexo n° 1. El dolor abdominal se caracteriza por migrar al cuadrante inferior derecho, acompañado de hiporexia, náuseas, vómitos y dependiendo la fase, fiebre. En la exploración física se evidencia dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha con signos de peritoneales (signo del psoas, del obturador, rigidez, signo de Mc Burney) (2).

Dentro de las pruebas laboratoriales se evalúa el recuento de leucocitos, aumento de PCR, sin embargo, no es determinante para confirmar o negar la patología de forma segura, mientras más repetidas sean las pruebas, mejorará la sensibilidad; en este caso por ser paciente mujer y estar en edad

reproductiva es necesario hacer un test de embarazo para descartar dicha posibilidad (3).

Como ayuda diagnóstica con imágenes, se habla de una tomografía computarizada ya que posee mayor precisión, pero debido a la exposición a la radiación es preferible hacer un ultrasonido, sobretodo en niños y gestantes, cabe mencionar que debido al costo - beneficio es mejor el ultrasonido.

En este caso la paciente cuenta con ambos estudios, ya que el ultrasonido no es determinante, en la tomografía se evidencia fecalito que provoca aumento de la presión luminal e intramural lo que conlleva a la trombosis seguido de oclusión de pequeños vasos de la pared apendicular y estasis del líquido linfático. Conforme va avanzando la patología hay compromiso vascular y linfático lo cual hace que la pared se vuelva isquémica y luego necrótica, anexo n° 2 (4).

En cuanto a su manejo puede ser no quirúrgico o quirúrgico, el primero los pacientes reciben antibioticoterapia, en caso no responda al tratamiento o hay recurrencia de apendicitis, se decide por un manejo quirúrgico, hay dos tipos: laparoscópica e incisional, en este caso se realizó una apendicectomía incisional ya que solo cuentan con ese tipo de cirugía en tópico de emergencia del HNAL.

La paciente sin mayor intercurencia, tolera vía oral, afebril, realiza deposiciones, herida operatoria sin signos de flogosis, situación que nos aleja de posibles complicaciones, se le da de alta con tratamiento antibiótico (clindamicina) por 7 días y a la espera de anatomía patológica, citando una semana después para retiro de puntos.

3.2 Medicina Interna

El caso clínico presentado se trata de ITU complicada ya que el paciente acude a emergencia con síntomas urinarios y con síntomas sistémicos que se encuentra en anexo n° 3 (4) cumpliéndose así los criterios de ITU complicada. El paciente tiene antecedentes de Diabetes mellitus hace 10 años, sin embargo, no se considera automáticamente que los pacientes con esta patología mal controlada, anomalías urológicas, inmunosuprimidos tengan

una ITU complicada si no tienen sobre síntomas de infección sistémica o del tracto superior. Sin embargo, estos pacientes pueden tener un mayor riesgo de sufrir una infección más grave (5).

Al paciente se le realiza un examen de orina donde se evidencia >500 leucocitos xc debido a infección urinaria, también glucosa 2+ probablemente por mal manejo de diabetes, proteínas 1+ puede ser debido a un daño renal y si calculamos su TFG (68.25) lo cual me indicaría enfermedad renal crónica estadio 2 que podría explicar las proteínas en orina (6).

En el urocultivo resultó positivo a E. coli y tomando en cuenta que el paciente ya venía con antecedente de HBP, entonces según esta etiología es la más frecuente en hombres mayores, a menudo en asociación con uropatía obstructiva por hiperplasia prostática benigna (7).

Dentro de la terapéutica se le administra Imipenem cada 6 horas endovenoso por 5 días debido a la ITU complicada Anexo n°4, evidenciándose mejoría clínica por lo cual es dado de alta con tratamiento ambulatorio con Levofloxacino debido a la orquitis, el dolor en testículo izquierdo fue disminuyendo junto con el eritema.

3.3 Pediatría

El tercer caso clínico expuesto hace referencia a una deshidratación moderada en pediatría. Al ser una de las patologías de mayor frecuencia en este ámbito es de importancia saber el manejo adecuado. Son múltiples las causas de deshidratación, de acuerdo con la edad mencionada y el cuadro presentado se puede pensar en una gastroenteritis, en el caso el paciente ya cursaba con vómitos y deposiciones líquidas, así como poca tolerancia a la vía oral, los cuales persisten incluso después de la instauración de un tratamiento por lo cual se asume que es la causa de la deshidratación (8).

Esta patología se puede evaluar de acuerdo a el grado de deshidratación, ya sea leve, moderada o severa presentado en el Anexo n°5 donde al examen físico se evalúa principalmente mucosa oral seca, ojos hundidos, llenado capilar mayor de 2 segundos, estado de consciencia y pliegue cutáneo (9).

Para un correcto tratamiento se inicia con Terapia de Rehidratación oral en casos de deshidratación leve a moderado, siempre que tolere la vía oral, se sugiere administrar de manera lenta en volumen de 50 mL/kg alrededor de 4

horas (10). En el caso presentado a la anamnesis se menciona que no tolera vía oral, así como la frecuencia de las deposiciones; por lo cual se decide hospitalización para rehidratación endovenosa.

3.4 Ginecología y Obstetricia

El segundo caso clínico hace referencia a la Preeclampsia, es una de las patologías con mucha frecuencia y una de las principales causas de atención en el hospital.

Los trastornos hipertensivos en el embarazo complican entre el 2 al 8 % de todos los embarazos y es aún más frecuente en embarazos gemelares y pacientes con antecedentes de preeclampsia (11)

- La American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) define a la hipertensión con una presión sistólica mayor o igual a 140 mmHg o una diastólica mayor o igual a 90 mmHg en dos tomas diferentes en un lapso de 4 horas.
- Hipertensión Gestacional: Cuando la presión está por encima de 140/90 mmHg en dos tomas diferentes separadas en un intervalo de 4 horas después de las 20 semanas de gestación
- La Preeclampsia se diagnostica como una elevación de la presión arterial y valores de proteinuria luego de las 20 semanas de gestación en toda paciente sin antecedentes de hipertensión arterial. Se puede clasificar en leve y severa, se presentan los criterios en Anexo n° 6 (11). Así como el tratamiento en cada caso en Anexo n° 7 (12).

En el caso clínico presentado, la paciente es hospitalizada por trastorno hipertensivo del embarazo, a descartar una preeclampsia, ya que presenta presiones sostenidas de 140/90 en diferentes tomas. Posteriormente se agregan criterios de severidad ya mencionados en Anexo n° 5 por lo cual se decide término de gestación vía abdominal.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico es la etapa más importante para un estudiante de medicina, ya que es el momento donde todo conocimiento se ve plasmado en un paciente de esta forma se busca desarrollar destrezas, actitudes y aptitudes que le permita un mejor manejo de cada situación.

Es en esta etapa donde se da cuenta cuánto falta para poder cumplir con lo que se pide, poder mantener el calor humano porque de esa manera también se conecta con el paciente y está demostrado que da mejor respuesta terapéutica.

A pesar de estar en un contexto complicado por la pandemia, siendo limitados en años previos al contacto con el paciente como parte de la formación médica, el interno pudo adquirir habilidades para la toma de decisiones siempre guiados por un médico residente o médico asistente que cumplieron más que un rol de maestros.

Cada área, cada caso muchas veces era imposible no empatizar con el paciente, sin embargo, se debe mantener en línea para así poder ayudar en lo que se necesite para salvaguardar la vida del paciente.

A pesar de las carencias en la infraestructura o equipo médico, el acortamiento del internado para 10 meses y cumplir con horarios excesivos, es gratificante poder recibir un gracias o una sonrisa de aquella persona que llegó a emergencias; se pudo aprovechar cada experiencia en cada guardia en cada

rotación. Todos cumpliendo un rol muy importante para el beneficio del paciente y su familia.

Finalmente, lo que el interno se lleva de esta etapa es la adquisición de conocimientos, experiencias que no solo ayuda en el ámbito laboral, sino también en el enriquecimiento como persona, que esté dispuesto a apoyar a los que más necesitan y de esa manera vivir en un estado más sano.

CONCLUSIONES

- 1) Este último año es uno de los más importantes ya que se pone en práctica todo lo aprendido durante los seis años anteriores, nos permite desarrollar la empatía y calidad humana, se adquieren experiencias inolvidables y nuevos conocimientos.
- 2) A pesar de la reducción de la duración del internado en 10 meses se aprovechó cada experiencia, guardia en las diferentes rotaciones
- 3) El apoyo de cada médico residente, asistente fue crucial en esta etapa que fueron mentores, maestros, brindando su experiencia en el campo, en cuanto lo teórico para así juntos trabajar por salvaguardar la vida del paciente.
- 4) Perú al ser el único país el que hace internado médico, nos pone delante de los demás ya que antes de ser profesionales tenemos una guía constante para adquirir experiencia y así nos impulsa a abrir más puertas.

RECOMENDACIONES

- 1) Debido a la pandemia se redujo el tiempo de esta etapa (10 meses) por lo cual se sugiere la normalización a 12 meses para así poder adquirir mayor conocimiento en cada rotación.
- 2) Se sugiere asesoría de psicología por parte de nuestra facultad y por parte del nosocomio ya que, así como es una gran experiencia, es una gran responsabilidad que puede llevar a situaciones de estrés y el no saberlo manejar puede traer consigo decisiones fatales, como el caso de una interna en este año.
- 3) Así como el interno pasa la mayor parte de su día en el nosocomio, se debería implementar almuerzo o cena gratis como lo hacen con los demás trabajadores, ya que también están expuestos a los mismos peligros y una mala alimentación favorece a factores externo para causar alguna enfermedad

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1) Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Información institucional [Internet]. Gob. pe [citado el 22 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/hospitalloayza/institucional>
- 2) de Salud M. Resolución directoral [Internet]. Gob.pe. 2022 [citado el 22 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www2.hospitalloayza.gob.pe/pte/files/TRAS_699fa566bf2aaed.pdf
- 3) Rivas-Aquino NN, Araujo-Medina IA, Mura JR, Vázquez-Rivas NR. Efficacy of the Alvarado scale in patients with a diagnosis of acute appendicitis at the General Surgery Unit at hospital regional de Ciudad del Este, Paraguay. CIR PARAGUAYA [Internet]. 2022 [citado el 22 de febrero de 2024];46(2):17–21. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202022000200017
- 4) Douglas Smink MIS, editor. Management of acute appendicitis in adults [Internet]. 2024 [citado el 22 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute->

[appendicitis-in-adults?search=manejo%20de%20apendicitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/acute-complicated-urinary-tract-infection-including-pyelonephritis-in-adults-and-adolescents?search=manejo%20de%20apendicitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

- 5) Gupta K, editor. Acute complicated urinary tract infection (including pyelonephritis) in adults and adolescents [Internet]. 2023 [citado el 22 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-complicated-urinary-tract-infection-including-pyelonephritis-in-adults-and-adolescents?search=itu%20complicada%20vs%20no%20complicada&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- 6) Zboromyrska Y, de Cueto López M, Alonso-Tarrés C, Sánchez-Hellín V. Diagnóstico microbiológico de las infecciones del tracto urinario [Internet]. EIMC; 2019 [citado el 22 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimiento14b.pdf>
- 7) Eyre RC, editor. Acute scrotal pain in adults [Internet]. 2023 [citado el 22 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-scrotal-pain-in-adults?search=ORQUITIS%20E%20ITU&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
- 8) Koyfman A. Pediatric Dehydration [Internet]. MedScape; 2023 [citado el 22 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/801012-medication?form=fpf>
- 9) Gonzales C, Bada C, Rojas R, Bernaola G, Chávez C. Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda infecciosa en pediatría Perú, 2011 [Internet]. Scielo Perú 2011 [Citado el 22 de febrero de 2024]. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292011000300009

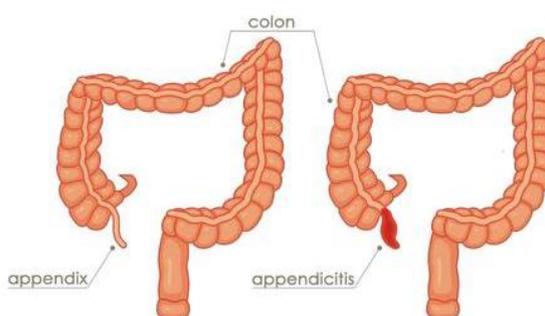
- 10) Colca Cruz R, Guerrero Chirre A, Huamaní M. Guía práctica clínica de Rehidratación y fluidoterapia en niños y adolescentes, Essalud 2017
- 11) Espinoza J, Vidaeff A, Pettker C. Gestational Hypertension and Preeclampsia. ACOG Practice Bulletin. 2020; Vol 135 (No 6): páginas 1 - 24
- 12) Yanque Robles O, Alegria Guerrero R, Uriarte Morales M. Guía práctica clínica para la prevención y manejo de la Enfermedad Hipertensiva del Embarazo, Essalud 2021

ANEXOS

ANEXO n.º 1 Escala de Alvarado

ASPECTO	MANIFESTACIONES CLÍNICAS O LABORATORIO	PUNTAJE
Síntomas	Migración del dolor a fosa iliaca derecha	1
	Anorexia	1
	Nauseas y/o vómitos	1
Signos	Dolor en fosa iliaca derecha	1
	Dolor a la descompresión en fosa iliaca derecha	2
	Fiebre	1
Laboratorio	Leucocitosis (>10.000 cel/mm ³)	2
	Neutrofilia (>70%)	1
Total de puntos		10
Puntaje alcanzado para el diagnóstico de AA		
Riesgo de AA		
<=4	Baja probabilidad	Bajo
5-6	Consistentes pero no diagnóstica	Posible
7-8	Alta probabilidad	Probable
9-10	Casi certeza de apendicitis	Alto

Anexo n.º 2 Fases de la apendicitis



Fases		Tiempo	Características	Clínica
Catarral	No complicadas	4 – 6 h	↓ Flujo linfático y venoso	Dolor visceral
Flemonosa		6 h	Proliferación bacteriana	Dolor somático
Necrosada	Complicadas	12 h	↓ Flujo arterial	Fiebre
Perforada				Dolor al rebote

Anexo n.º 3 Diagnóstico de ITU

Cistitis simple aguda *	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ITU aguda que se limita a la vejiga; Los síntomas típicos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • disuria • Frecuencia urinaria • Urgencia urinaria • dolor suprapúbico ▪ No hay signos ni síntomas que sugieran una infección sistémica o del tracto superior (consulte a continuación)
ITU aguda complicada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ITU aguda acompañada de características que sugieren extensión más allá de la vejiga: <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre (>99,9°F/37,7°C) ¶ • Escalofríos, escalofríos, fatiga significativa o malestar más allá del valor inicial u otras características de enfermedad sistémica • Dolor de costado • Dolor en el ángulo costovertebral • Dolor pélvico o perineal en hombres ▪ Los síntomas de cistitis (como los anteriores) pueden estar presentes o no.
Poblaciones especiales con consideraciones de manejo únicas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personas embarazadas ▪ Receptores de trasplante renal

Anexo n.º 4 Selección empírica de agentes antimicrobianos para ITU complicada

Poblacion de pacientes	¿Riesgo de MDR? *	Regimenes empíricos
Hospitalizado con: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermedad crítica que justifica cuidados intensivos (p. ej., sepsis grave) <ul style="list-style-type: none"> ○ ▪ Obstrucción del tracto urinario 	N / A	En regiones donde la prevalencia comunitaria de organismos productores de BLEE es alta o incierta: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un carbapenem antipseudomonas: <ul style="list-style-type: none"> • Imipenem 500 mg IV cada 6 horas en infusión durante 3 horas ○ • Meropenem 1 g IV cada 8 horas en infusión durante 3 horas más ▪ Vancomicina 15 a 20 mg/kg IV cada 8 a 12 horas con o sin dosis de carga <hr/> En regiones donde la prevalencia comunitaria de organismos productores de BLEE es baja: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seleccione un régimen basado en el riesgo individual de MDR, como se indica en "Otros pacientes hospitalizados"

Anexo n.º 5 Clasificación de la deshidratación

Síntomas	No Deshidratación (DH)	DH leve o moderada	DH grave
Pérdida de Peso	Pérdida de peso <3%	Pérdida de peso 3-8%	Pérdida de peso ≥9%
Estado mental	Bien, alerta	Normal, cansado o inquieto; irritable	Apático, letárgico, inconsciente
Sed	Normal	Sediento, impaciente por beber	Bebe mal; incapaz de beber
Frecuencia cardíaca	Normal	Normal o aumentada	Taquicardia, intensidad disminuida
Pulso	Normal	Normal o algo débil	Débil, filiforme, de difícil palpación
Respiración	Normal	Normal; rápida (taquipnea)	Profunda (batipnea)
Ojos	Normal	Ligeramente hundidos	Muy hundidos
Lágrimas	Normal	Disminuida	Ausente
Boca y lengua	Húmedas	Secas	Muy seca
Pliegue cutáneo	Normal	Normal	Retracción lenta (mayor de 2 seg.)
Llenado capilar	Normal	Normal	Prolongado (mayor de 2 seg.)
Extremidades	Tibio	Fría	Muy fría
Diuresis	Normal	Disminuida	Minima o ausente
Presión Arterial	Normal	Normal	Normal (límite inferior) o Hipotensión

Adaptado de World Health Organization. Pocket Book of Hospital Care for Children: Guidelines for the Management of Common Illnesses with Limited Resources. Geneva: WHO; 2005.
 Guarino A, Albano F, Ashkenazi S, Gendrel D, Hoekstra JH, Shamir R, et al. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases: Evidence-based guidelines for the Management of acute gastroenteritis in children in Europe. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2008; 46(suppl 2): S81-S84.
 Koletzko. S. Osterrieder. S. Acute Infectious Diarrhea in Children. Dtsch Arztebl Int 2009; 106(33): 539-48

Anexo n.º 6: Criterios de la Preeclampsia

Preeclampsia	
Sin criterios de severidad	<ul style="list-style-type: none"> - Presión arterial $\geq 140/90$ en dos tomas con intervalo de 4 horas - Proteinuria ≥ 300 mg en 24 horas - Cociente proteína/creatinina con tiras reactivas de 0.3 o más en orina
Con criterios de severidad	<ul style="list-style-type: none"> - Presión arterial $\geq 160/110$ persistente - Signos y síntomas: cefalea persistente, visión borrosa, escotomas, <u>tinnitus</u>, dolor en epigastrio o cuadrante superior derecho y edema pulmonar - Plaquetas $< 100\ 000$ - Creatinina sérica > 1.1 mg/dL - Aumento de enzimas hepáticas, principalmente de la TGO

Anexo n.º 7: Tratamiento de la preeclampsia

Flujograma 2. Manejo, monitoreo y estabilización de la Enfermedad Hipertensiva del Embarazo.

