



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DE UN INTERNADO
MÉDICO EN HOSPITAL MILITAR CENTRAL E INSTITUTO
NACIONAL MATERNO-PERINATAL 2021-2022**

**PRESENTADO POR
IVANA PATRICIA BRAVO OSORIO
ALVARO DE JESUS GUERRA KREBS**

**ASESOR
LINCOLN FLORENCIO BLACIDO TRUJILLO**

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

LIMA– PERÚ

2022



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DE UN INTERNADO MÉDICO
EN HOSPITAL MILITAR CENTRAL E INSTITUTO NACIONAL
MATERNO-PERINATAL 2021-2022**

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

PRESENTADO POR

**IVANA PATRICIA BRAVO OSORIO
ALVARO DE JESUS GUERRA KREBS**

**ASESOR
LINCOLN FLORENCIO BLACIDO TRUJILLO**

LIMA - PERÚ

2022

JURADO

Presidente: Dr. Víctor Hinostraza Barrionuevo

Miembro: Dra. Kattia Arribasplata Purizaca

Miembro: Dr. Jorge Carlos Vela Rodríguez

DEDICATORIA

A nuestras familias quienes nos acompañaron y formaron parte importante de este gran paso en nuestras vidas.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	v
Abstract	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
Cirugía General	1
Pediatría	8
Medicina Interna	14
Gineco-obstetricia	22
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	31
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	34
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	58
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	64
FUENTES DE INFORMACIÓN	65
ANEXOS	

RESUMEN

Introducción: El internado médico es un año muy importante en la carrera del estudiante de medicina, ya que es el momento de consolidar, reforzar y aplicar los conocimientos y habilidades clínicas adquiridas en las 4 rotaciones de las especialidades por las que todo futuro médico debe atravesar: Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía General y Pediatría, en las cuales era responsabilidad del interno aprovecharlas a pesar de los cambios generados por la pandemia del SARS-CoV-2. **Objetivos:** Describir las vivencias y aprendizajes obtenidos en el Hospital Militar Central e Instituto Nacional Materno-Perinatal, instituciones donde se realizó el internado mediante la exposición y desarrollo de los casos clínicos por especialidad. **Metodología:** La información presentada se obtuvo de las experiencias de los autores, recopilada de historias clínicas y entrevistas a los pacientes de los casos expuestos y desarrollados a través de la aplicación de medicina basada en evidencia. **Conclusiones:** El internado médico constituye el último paso de todo futuro médico donde se solidifican conocimientos previos, así como los adquiridos en cada sede docente, las cuales tienen influencia en la formación de los internos. Por otro lado, se resalta la obtención de habilidades blandas y valores importantes para la relación médico-paciente y trascendencia de la constante actualización y aplicación de medicina basada en evidencia para el beneficio de nuestros pacientes.

Palabras Clave: Pregrado. Habilidades Clínicas. Pandemia.

ABSTRACT

Introduction: The medical internship could be considered the most important year in the career of every undergraduate student, since it is the moment to consolidate, reinforce and apply the knowledge and clinical skills acquired in the 4 rotations of the specialties for which every future doctor must go through: Gynecology and Obstetrics, Internal Medicine, General Surgery and Pediatrics, in which it was the intern's responsibility to take advantage of them despite the changes generated by the SARS-CoV-2 pandemic in the usual development of this stage. **Objectives:** To describe the experiences and learning obtained in the Central Military Hospital and the National Maternal-Perinatal Institute, institutions where the internship was carried out through the presentation and development of clinical cases by specialty. **Methodology:** The information presented was obtained from the experiences of the authors, compiled from clinical histories and interviews with the patients of the exposed cases and developed through the application of evidence-based medicine. **Conclusions:** The medical internship is the last step of any future doctor where previous knowledge is solidified as well as that acquired in each teaching center, which have an influence on the training of interns. On the other hand, the acquisition of soft skills and important values for the doctor-patient relationship and the importance of constant updating and application of evidence-based medicine for the benefit of our patients are highlighted.

Key Words: Undergraduate. Clinical skills. Pandemic.

INTRODUCCIÓN

El internado médico es una etapa que a todo estudiante de Medicina Humana le toca vivir y recordar por el resto de su vida. Si bien cada uno tiene una experiencia diferente, la satisfacción de finalmente poder aplicar los conocimientos y habilidades adquiridas en los 6 años previos es el común denominador.

La pandemia por SARS-CoV-2 que inició hace aproximadamente 2 años, además de cambiar nuestras costumbres y manera de vivir, también afectó el desarrollo habitual de este periodo. El Ministerio de Salud presentó un Documento Técnico titulado “Lineamientos para el desarrollo de las actividades de los internos de ciencias de la salud 2021 en el marco de la emergencia sanitaria” en el que se estipulaba que la duración del internado sería de 10 meses y el horario de actividades se planteó en dos turnos, uno de 7 am a 1 pm y otro de 1 pm a 7 pm únicamente de lunes a sábado (1). Si bien esto nos da mayores libertades, depende de cada interno si aprovecha o no cada día del internado para lograr ser un profesional de la salud mejor preparado.

Cada una de las 4 especialidades principales por las cuales se tiene que rotar es sumamente importante, ya que nos permiten estar preparados para recibir a todo tipo de paciente y darle la atención médica correcta y que se merece. Fue necesario aprovechar las rotaciones de Pediatría y Ginecología & Obstetricia ya que la pandemia impidió las prácticas presenciales en el 2020, estas rotaciones fueron las únicas prácticas que tuvimos en dichas especialidades.

El Hospital Militar Central, sede principal de nuestro internado, permitió que rotemos en cada una de estas especialidades, además de permitirnos experimentar el día a día de un nosocomio que también está vinculado al Ministerio de Defensa. Esto incluye tener disciplina y formar parte de ceremonias frente a altos mandos del Ejército del Perú y el gobierno en las cuales se nos presentaba como parte del equipo médico en la lucha contra la pandemia por SARS-CoV-2.

Las rotaciones de Ginecología y Obstetricia y Neonatología fueron en el Instituto Nacional Materno-Perinatal, hospital docente perteneciente al Minsa con gran

afluencia de pacientes, eso compensó las prácticas que no se realizaron a causa de la pandemia. La diversidad de casos que se presentan en este nosocomio y la complejidad de su capacidad resolutive sobrepasó cualquier expectativa que pudimos tener antes de iniciar nuestras rotaciones.

El presente trabajo busca transmitir la nueva realidad del internado médico, cómo se vio afectado tras la segunda ola de la pandemia por SARS-CoV-2 y su adaptación a la llamada nueva normalidad. Este trabajo se basa en las experiencias, aplicación de la medicina basada en evidencia además de la adquisición de conocimiento y habilidades en un internado médico realizado en el Hospital Militar Central e Instituto Nacional Materno-Perinatal del MINSA.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El Internado Médico podría ser considerado el año más importante de la carrera de Medicina Humana, ya que es la etapa donde el estudiante de medicina consolida y aplica el conocimiento adquirido en los 6 años anteriores. Es una oportunidad para reforzar, obtener y pulir el conocimiento y habilidades antes de llevarlas a la práctica profesional. Por este motivo, es crucial que el estudiante de medicina entienda la importancia del internado médico y aproveche las oportunidades para practicar y aplicar su conocimiento mientras es guiado por los médicos residentes y asistentes.

Todo estudiante de medicina debe rotar por las 4 especialidades principales: Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Pediatría y Medicina Interna. Todo médico general debe contar con los conocimientos necesarios para darle una atención adecuada a los pacientes que presenten patologías de dichas especialidades, ya sea para realizar un diagnóstico preciso y administrar tratamiento, o para estabilizar y derivar al paciente con el especialista.

En resumen, el internado médico es una oportunidad única para preparar al futuro médico general para el ejercicio de la práctica médica, con toda la responsabilidad que eso conlleva. Lo mentaliza y capacita para el primer gran paso una vez egresado de la universidad como profesional de la salud, el SERUMS.

1 Rotación en cirugía general

La especialidad de Cirugía General tiene dentro de sus principales objetivos el diagnóstico y abordaje de patologías que requieran la realización de procedimientos tanto en sala de operaciones como fuera de esta, aunando toda la sintomatología a la información que se pueda obtener con la anamnesis, examen físico y exámenes de ayuda diagnóstica para decidir oportuna y acertadamente la realización o no de un acto quirúrgico con el fin de buscar el beneficio del paciente. Esta rama de la Medicina se caracteriza por la toma de

decisiones muchas veces en situaciones bajo mucha presión abarcando desde cirugías menores hasta cirugías de mayor complejidad.

En este caso, la rotación se llevó a cabo en el Hospital Militar Central EP Crl Luis Arias Schreiber, institución que cuenta con un tópico de cirugía en el servicio de emergencia y con 2 unidades hospitalarias únicamente para patologías quirúrgicas. Estas se dividen en el servicio de hospitalización de Cirugía General, el cual también alberga pacientes de otras especialidades quirúrgicas como Cirugía de Cabeza y Cuello, Urología y Oftalmología; y el servicio de Traumatología, especialidad que en el contexto de quienes acuden a la institución tiene gran demanda debido a las actividades que realizan o, por defecto, realizaron durante su preparación militar.

A continuación, se describirán algunos de los casos clínicos que se presentaron durante nuestra rotación en la especialidad y que consideramos relevantes de exponer.

Caso clínico n.º 1: Apendicitis aguda

Paciente varón de 28 años ingresa a la emergencia, con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 14 horas caracterizado por dolor tipo cólico de intensidad 3/10 en epigastrio. 3 horas antes de su ingreso el dolor se incrementa a intensidad 6/10 asociado a sensación de alza térmica por lo cual acude al servicio de emergencia donde cursa con náuseas y vómitos en 2 oportunidades. Paciente sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos. No presenta alergias a medicamentos.

Signos vitales: Presión Arterial 110/70 mmHg, Frecuencia Cardíaca 93 lpm, Frecuencia Respiratoria 18 rpm, Saturación 97%, Temperatura 38.0°C.

Al Examen Físico: AREG, AREN, AREH. Ventilando espontáneamente sin apoyo de oxígeno. Piel y Faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no edemas, no ictericia. Cabeza y Cuello: Normocéfalo, cuello cilíndrico, móvil y sin adenopatías. Tórax y Pulmones: Simétrico, murmullo

vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Aparato Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles. Abdomen: Plano, ruidos hidroaéreos disminuidos, blando, leve resistencia a la palpación, doloroso a la palpación en cuadrante inferior derecho, McBurney (+), Rovsing (+), Blumberg (-), no se palpan masas. Aparato Genitourinario: Puntos renoureterales negativos, puño percusión lumbar negativo. Aparato Locomotor: Moviliza las 4 extremidades. Neurológico: Despierto, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni de focalización.

Se plantea como diagnóstico Abdomen agudo quirúrgico a D/C Apendicitis aguda. Se solicitan exámenes de laboratorio. Hemograma: Hemoglobina 14.4 g/dL, leucocitos 13,680/mm³, abastados 0.0%, plaquetas 292,000/mm³, PCR: 24.32 mg/L, Glucosa: 119 mg/dL, Urea: 21.4 mg/dL, Creatinina: 0.71 mg/dL, Grupo Sanguíneo y Factor Rh: B positivo.

Se indica tratamiento quirúrgico de emergencia realizando una Apendicectomía laparoscópica por Apendicitis aguda. Como hallazgos intraoperatorios, se evidencia un apéndice cecal gangrenado en toda su extensión en posición retrocecal, meso corto, ciego poco móvil y escaso líquido libre.

Paciente pasa a hospitalización posterior a la intervención quirúrgica donde recibe tratamiento antibiótico con Ceftriaxona 1g EV c/12h y Metronidazol 500 mg EV c/8h. Presenta una evolución favorable, con buena tolerancia oral y adecuada deambulacion, sin presentar complicaciones post-operatorias. Luego de completar 5 días de tratamiento antibiótico, es dado de alta.

Caso clínico n.º 2: Colecistitis crónica acalculosa

Paciente de sexo masculino de 66 años con antecedentes patológicos de hipertensión arterial (2018) en tratamiento con Telmisartan e hiperplasia prostática benigna (2019) en tratamiento con Doxazosina, como antecedentes quirúrgicos fue sometido a una quistectomía renal laparoscópica derecha el año 2018. Niega alergias. Refiere hábitos nocivos de consumo de hasta 3 botellas de vino al mes.

El paciente ingresa al servicio de Cirugía General transferido de Gastroenterología, servicio en donde es hospitalizado hace 8 días por presentar vómitos con restos alimentarios acompañado de dolor tipo cólico en epigastrio y mesogastrio de intensidad 10/10, el cual no cedía con analgésicos orales, por ello acude a clínica donde se le administra analgesia endovenosa, el dolor cede y es dado de alta. Sin embargo, 1 día antes del ingreso presenta nuevamente dolor y se agrega fiebre de 39°C, la cual disminuye con administración de Paracetamol. A pesar de ello y al persistir los síntomas mencionados, además de malestar general y coloración “amarillenta” notada por su familia, el paciente acude a laboratorio particular donde le realizan exámenes, en los que se evidencia un patrón colestásico y leucocitosis con desviación a la izquierda. Por este motivo, el paciente acude a la emergencia de la institución siendo diagnosticado de Colangitis grado I al contar con criterios de inflamación sistémica, y colestasis; y también con la posibilidad diagnóstica de Coledocolitiasis. Se le realiza una Ecografía de abdomen superior y por ello una Colangiografía, la cual describe una vesícula biliar distendida con paredes engrosadas y cambios inflamatorios adyacentes y colédoco de 6 mm, concluyendo signos de colecistitis crónica acalculosa reagudizada asociada a abundante barro biliar, el cual también se evidenciaba en colédoco sin causar estenosis significativa. Asimismo, se le realizó una CPRE a los 2 días, siendo esta frustrada por no poder acceder a la vía biliar, pero en la que se evidencia incidentalmente lesión polipoide en esófago distal, por lo que 2 días después se le realiza una polipectomía por EDA y toma de biopsia, la que concluye no evidencia de neoplasia maligna. Finalmente, el paciente encontrándose asintomático pasa para posibilidad de manejo quirúrgico por la especialidad con los diagnósticos de Colecistitis crónica + barro biliar.

Al examen clínico: AREG, AREH, AREN. FC: 63 lpm, FR: 18 rpm, SatO₂: 98%, T° 36.3°C, PA: 130/85 mmHg. Piel y TCSC: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2”, No presencia de edemas e ictericia. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos audibles. Tórax y pulmones: Amplexación conservada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. No

ruidos agregados. Abdomen: No distendido. Ruidos hidroaéreos presentes. Blando, depresible. No doloroso a la palpación superficial ni profunda. No se palpan masas. No signos peritoneales. Murphy negativo. Genitourinario: Leve eritema en región inguinal. PPL y PRU negativos. Sistema nervioso central: Despierto, LOtep. Colaborador, comunicativo. EG 15/15. No signos meníngeos. Respecto a exámenes auxiliares cuenta con los siguientes: Hemograma: Hb 12.7, leucocitos 6 300 (Abastados 01%, Segmentados 85.3%), plaquetas 330 000. Grupo y factor: A positivo. Urea 81, creatinina 1.12, glucosa 81. TP 14.1, INR 1.16, TTPa 33 segundos. Examen de orina no patológico. Por otro lado, al contar con perfil hepático post CPRE alterado, se solicitó nuevo control encontrando los nuevos valores dentro de los límites normales con BT en 0.74, BI 0.40, BD 0.34, TGO 24, TGP 38, amilasa 81, fosfatasa alcalina 130. PCR 44.34, cifra que disminuyó más de la segunda parte de valor al ingreso.

Paciente es evaluado para riesgo quirúrgico por las especialidades, las cuales concluyen un RQ II. Se programa y realiza la colecistectomía laparoscópica con técnica francesa obteniendo como hallazgos una vesícula biliar de 9x4 cm, paredes delgadas, empotrada en hígado conteniendo barro biliar, cístico de 3 mm, arteria cística bifurcada y accesoria y adherencias epiplovesiculares múltiples. Al no presentarse complicaciones, el paciente pasa a la unidad de recuperación y horas después al área de hospitalización de Cirugía General. Cursa con una buena evolución clínica y es dado de alta.

Caso clínico n.º 3: Hernia inguinal directa

Paciente varón de 74 años acude a tópico de cirugía refiriendo presentar un bulto en región inguinal, el cual notó que aumentaba de tamaño durante el esfuerzo, pero que no le ocasionaba dolor. Durante el interrogatorio, el paciente refiere presentar como antecedentes patológicos: Fractura de peroné izquierdo hace 35 años aproximadamente e insuficiencia venosa periférica en miembros inferiores desde hace 4 años en tratamiento con Diosmina. Niega antecedentes quirúrgicos y refiere alergia a las Penicilinas.

Examen Físico: AREG, AREN, AREH. Ventilando espontáneamente sin apoyo

oxigenatorio. FC: 88 lpm, FR: 20 rpm, T° 36.6 °C, PA 135/80 mmHg. Saturación de oxígeno 97%. Talla 1.72 cm. Peso 98 kg. Piel y TCSC: Tibia, poco hidratada, elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos. Manchas hiperocrómicas en piernas. No edemas, no ictericia. Tórax y pulmones: Amplexación conservada. Murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax. No hay ruidos agregados. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de baja intensidad, no soplos audibles. Abdomen: Panículo adiposo aumentado. No distendido. Ruidos hidroaéreos presentes disminuidos en intensidad. Sonoridad conservada. No doloroso a la palpación superficial ni profunda. Genitourinario: Puñopercusión lumbar negativa. Puntos renoureterales negativos. Masa de aproximadamente 3 cm en región inguinal derecha sin cambios en coloración de la piel, protruye con las maniobras de Valsalva, depresible y no dolorosa a la palpación.

Al no tratarse de una emergencia, el paciente es dado de alta para posteriormente ser programado para una cirugía electiva. Se solicitaron exámenes de laboratorio como parte de los riesgos quirúrgicos. Hemograma: Hb 14.3 Hto 42.8% Leucocitos 10 600 (Abastionados 0%, Segmentados 70%) Plaquetas 348 000. Tiempo de tromboplastina activada 33 segundos. Tiempo de protrombina 12.8 segundos. Grupo y factor B positivo. Examen de orina no patológico con 2-3 leucocitos por campo, 0-1 hematíes por campo, nitritos - y bacterias ausentes. Serológicos HbsAg, RPR, VIH y VHC no reactivos. Prueba antigénica negativa.

El paciente fue evaluado por las especialidades de Cardiología, Neumología y Anestesiología para el riesgo quirúrgico, quienes le dieron pase considerándolo con un RQ I. Es intervenido por una Hernioplastía Inguinal Derecha, con una incisión oblicua seccionando y ligando el saco herniario para luego plicar pared y fijar la malla reduciendo así la hernia. Dentro de los hallazgos en el momento quirúrgico se describen el anillo herniario de +/- 3 cm, debilidad de pared posterior, saco herniario de +/- 6 cm y lipoma preherniario de 4x2 cm. No se observan complicaciones, por lo cual el paciente pasa a unidad de recuperación post anestésica y luego al servicio de hospitalización correspondiente. El paciente presenta una buena evolución tolerando dieta, no presentando molestias además de ligero dolor y con funciones vitales estables. Es dado de

alta y citado para retiro de puntos.

Caso clínico n.º 4: Fractura de Colles

Paciente varón de 41 años ingresa a la emergencia tras sufrir caída con brazo extendido y mano derecha en dorsiflexión tras lo cual presenta dolor de intensidad 8/10 y limitación funcional de muñeca derecha. Niega antecedentes patológicos o quirúrgicos. No presenta alergias a medicamentos.

Signos vitales: Presión Arterial 100/70 mmHg, Frecuencia Cardíaca 77 lpm, Frecuencia Respiratoria 17 rpm, Saturación 97%, Temperatura 36.5°C. Al Examen Físico: AREG, AREN, AREH. Ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio. Piel y Faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no edemas, no ictericia. Cabeza y Cuello: Normocéfalo, cuello cilíndrico, móvil y sin adenopatías. Tórax y Pulmones: Simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Aparato Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles. Abdomen: No distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no se palpan masas. Aparato Genitourinario: Puntos renoureterales negativos, puño percusión lumbar negativo. Aparato Locomotor: Muñeca derecha con aumento de volumen, limitación funcional, signo de dorso de tenedor (+), dolor a la digitopresión, sensibilidad distal conservada. Neurológico: Despierto, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni de focalización.

Se solicita una radiografía de muñeca derecha evidenciándose una fractura de radio distal derecha por lo que se confirma el diagnóstico de Fractura de Colles. Se realiza reducción cerrada de la fractura en el tópic de emergencia y se coloca una férula braquiopalmar en MMSS derecho. El paciente posteriormente es hospitalizado en el Servicio de Traumatología.

Se solicitan exámenes de laboratorio durante su hospitalización: Hemograma: hemoglobina 14.2 g/dL, leucocitos 10,200/mm³, abastones 0.0%, plaquetas 271,000/mm³, Glucosa: 127 mg/dL, Urea: 36 mg/dL, Creatinina: 0.77 mg/dL,

Grupo Sanguíneo y Factor Rh: O positivo, TP: 13.8 segundos. Examen de orina no patológico.

Paciente es sometido a tratamiento quirúrgico de reducción abierta + fijación interna de radio distal derecho y colocación de yeso braquiopalmar derecho. No se presentan complicaciones durante su hospitalización ni posterior a la intervención quirúrgica. Se le administra analgesia condicional a dolor intenso y 4 días después de su ingreso a emergencia es dado de alta con indicación de realizarse una radiografía de muñeca derecha para control en 1 semana.

2 Rotación en neonatología y pediatría

La neonatología y pediatría son especialidades en las que se atienden patologías que se presentan entre los 0 hasta los 17 años 11 meses 29 días (2). En esta rama de la Medicina el médico tiene contacto con el paciente y con sus familiares, los cuales forman parte crucial para obtener la información que nos orienta al diagnóstico, así como para brindar y cumplir el tratamiento que se indique según la patología que se presente, para lo cual se debe alcanzar una relación basada en la confianza, respeto y educación y así poder tener la certeza de que las indicaciones serán cumplidas.

En cuanto a Neonatología, tuvimos una rotación externa, la cual se llevó a cabo en el Instituto Nacional Materno Perinatal, institución que recibe diariamente un número considerable de gestantes y por consiguiente, neonatos. Para ello cuenta con diferentes áreas en los servicios en los cuales tuvimos oportunidad de conocer y asistir, siendo Alojamiento conjunto uno de ellos, encontrándose en los 4 servicios de Obstetricia. A su vez, se contaba también con el área de Atención inmediata ubicada en centro obstétrico, en la que se realizaba la atención de los neonatos seguidamente del parto, y el área de Cuidados Intermedios compuesta por 3 servicios, en los que se albergaba neonatos con patologías de mayor cautela. Por otro lado, respecto a Pediatría, esta se realizó en nuestra sede de origen, el Hospital Militar Central EP Luis Arias Schreiber, básicamente en el área de Emergencias donde se observa un mayor número de casos frecuentes

en cada grupo etario y que en su mayoría son manejados y dados de alta con un tratamiento ambulatorio.

A continuación, se describirán algunos de los casos clínicos que se presentaron durante nuestra rotación en la especialidad y que consideramos relevantes de exponer.

Caso clínico n.º 1: Ictericia neonatal

Neonato de sexo masculino de 2 días de vida durante la evaluación diaria se observa que cursa con ictericia moderada. Antecedentes prenatales: Madre de 26 años. G 1 P 0000 EG 41 semanas 1 día x FUR, sin antecedentes familiares, enfermedades maternas ITU en el tercer trimestre. CPN 2 veces. Grupo y factor O +. Hb 11.6. No fármacos en la gestación. Serológicos de la madre negativos. Examen de orina materno patológico con Leucocitos 40 a 50 x campo, Nitritos 1+, ASS 1+. Ecografía a las 40 semanas sin alteraciones. Antecedentes natales, parto: PA 147/99 mmHg, T° 36.8°C. Inicio de labor de parto: 14/02/22 a las 09:30 hrs. Espontáneo. Presentación cefálica. Anestesia raquídea. Tipo de parto: Cesárea de emergencia por sufrimiento fetal. LA, CU y placenta sin alteraciones. Observaciones: G1 de 41 semanas por FUR, fase activa de trabajo de parto, gestación término tardío, THE: HTG vs PE, ITU. Datos Neonatales: Fecha de nacimiento: 15/02/22 a las 15:49 hrs. Sexo: Masculino. Peso: 3590. Talla: 50 cm. Perímetro cefálico 36 cm. APGAR 8' y 9'. EG: 41 semanas. Reanimación: No. Se realizó la atención inmediata correspondiente del RNAT masculino de 40 ss AEG con profilaxis de cordón umbilical, dosis de Fitomenadiona 1 mg IM STAT, somatometría + identificación, LME, CFV+OSA. En cuanto al examen físico no se evidenciaron alteraciones. Asimismo, al ser un NPI por ITU materna en el III trimestre, se solicitaron exámenes de control a las 12 horas de nacido, entre ellos hemograma, PCR, grupo y factor.

Posteriormente, se realizó la reevaluación a las 5 horas y se indicó su pase a alojamiento conjunto. A su vez, durante las evaluaciones posteriores no se habían descrito alteraciones, al igual que con los exámenes previamente

solicitados, el hemograma y PCR se encontraron en rangos de normalidad. Sin embargo, horas antes de cumplir el segundo día de vida se observó en el examen físico diario previo a la visita médica, la presencia de ictericia que abarcaba hasta rodillas, entrando a la clasificación 3, según la escala de Kramer. Se procedió a revisar el grupo y factor del neonato, el cual era A positivo, concluyendo entonces una incompatibilidad OA. Se solicitó por ende dosaje de bilirrubinas totales y fraccionadas, las cuales se encontraban en los siguientes rangos: BT 9.29, BD 0.48, BI 8.81 mg%. Test Coombs directo negativo. Reticulocitos 4%. Se realizó a su vez, la conversión de BT a 150.7 $\mu\text{mol/L}$ con lo cual se concluyó no ser tributario de fototerapia y la única indicación fue LME. Alta con la madre y observación en controles posteriores de niño sano.

Caso clínico n.º 2: Sepsis neonatal tardía

Madre acude a la emergencia refiriendo que su bebé de 20 días de vida, hace 2 días cursa con pobre succión y que duerme más de lo usual, el día del ingreso presenta una temperatura de 37.4°C motivo por el cual acude a la institución. Antecedentes prenatales de importancia: Edad materna avanzada, G6 P 4115, O positivo, controles prenatales insuficientes e historia de ITU en el I trimestre con tratamiento incompleto. Antecedentes natales, labor y parto: G6 36 semanas x ecografía I trimestre. Parto eutócico, espontáneo, presentación cefálica. LA, CU y placenta sin alteraciones. Datos neonatales: Fecha de nacimiento: 10/01/22 a las 11:59 hrs. Lugar: Hospital de SJL. Sexo: Femenino. Peso: 2645 gramos. Talla: 46.7 cm. Perímetro cefálico 34.6 cm. APGAR 6' y 8'. EG: 36 semanas. No requirió medidas de reanimación. Como antecedentes patológicos, en el interrogatorio la madre refirió que su hija recibió oxigenoterapia por 9 días al nacimiento estando hospitalizado; sin embargo, no recuerda el motivo.

A la evaluación en la emergencia, la recién nacida presentaba una FC de 157 lpm, una FR de 50 rpm, T° 37.5°C, saturación de 97% y llegó con un peso de 2700 gramos. En cuanto al examen físico, la piel estaba tibia, seca, elástica, con llenado capilar menor a 3 segundos, ictericia que se extendía hasta muslos y TCSC disminuido. A su vez, respecto al aparato cardiovascular y respiratorio no

se presentaban alteraciones; por el contrario, a nivel de abdomen lo resaltante era un abdomen excavado, con ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible. Desde el punto de vista del sistema nervioso central, se encontraba somnolienta, pero se evidenciaba reactiva a los estímulos, conservando las fontanelas normotensas. Por este motivo, es hospitalizada con los diagnósticos de RNPT 36 semanas de sexo femenino AEG, Sepsis tardía probable, deshidratación neonatal e ictericia. Se le solicitan los siguientes exámenes auxiliares: Hemograma: Hb 10.9, leucocitos 14 500, plaquetas 152 000, PCR: 14.0, BT 13.34, BI 11.87, BD 1.47, Grupo y factor: O positivo, úrea 32, creatinina 0.38, examen de orina sin datos significativos, urocultivo negativo y hemocultivo, el cual fue negativo al primer día. Al persistir clínica se inició cobertura antibiótica con Gentamicina + Ampicilina los dos primeros días; sin embargo, en la clínica se evidenciaba poca mejoría. Al tercer día, se recibió el hemocultivo positivo para *Staphylococcus coagulasa* negativo sensible a Vancomicina, por lo que se cambió la cobertura a Vancomicina 23 mg EV cada 8 horas. Se culminó el tratamiento con buena evolución clínica y laboratorial (último en PCR 2) de la recién nacida, quien días después fue dada de alta indicando los signos de alarma y la importancia de acudir a posteriores controles de niño sano, continuar con la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y completar vacunas correspondientes según edad.

Caso clínico n.º 3: Faringoamigdalitis aguda bacteriana

Madre llega a la emergencia señalando que su niño de 3 años 5 meses de edad, el día de hoy inicia con cuadro de malestar general, no le recibe alimentos debido a que presenta dolor al pasar la comida y que al notarlo con “ojos llorosos y las orejas rojas” le toma la temperatura presentando 38.5°C axilar por lo cual lo medica con Paracetamol por vía oral y lo maneja con medios físicos. Además, refiere que vomitó en una oportunidad por la mañana. Por ese motivo, decide traerlo a la institución. Respecto a antecedentes se obtuvo la siguiente información: Prenatales: Embarazo controlado sin interurrencias. Natales: Parto distócico por antecedente de cesárea anterior 2 veces, peso al nacer 3540 gr,

APGAR 8' y 9'. Post natales: LME hasta los 6 meses, vacunas completas hasta el momento según calendario de vacunación. Patológicos: Niega. RAMS: Niega. Familiares: Padre con hipertensión controlada hace 10 años.

Al examen físico: REG, REN, REH. Paciente luce decaído y quejumbroso, ventila espontáneamente. T° 38.1°C FC 122 lpm FR 25 lpm Saturación 98% Peso 15 kg. Piel: Caliente, hidratada, elástica. Buen llenado capilar. No cianosis perioral, ni distal. No ictericia, no edemas. Signo de pliegue negativo. Cabeza y cuello: Normocéfalo, se palpan adenopatías submaxilares dolorosas de aproximadamente 2 cm. Boca: Mucosas hidratadas, se observa una faringe eritematosa con exudado y aliento fétido. Tórax y pulmones: Murmullo pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan crepitantes ni sibilantes. No tirajes. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, sin soplos audibles. Abdomen: No distendido, ruidos hidroaéreos aumentados en intensidad, blando, depresible, leve dolor a la palpación profunda en epigastrio. No se palpan masas. Genitourinario: Sexo masculino, testículos en bolsas escrotales. Sistema nervioso central: Decaído, quejumbroso. No signos de focalización ni meníngeos.

Al concluir la evaluación se consulta a la madre acerca de la presencia de tos con expectoración, la cual niega. Se realiza el descarte de infección por SARS-CoV-2 debido al contexto actual, siendo la prueba antigénica negativa. Por consiguiente, se concluye como impresión diagnóstica una faringoamigdalitis probablemente bacteriana, indicando como tratamiento empírico Amoxicilina 250mg/5mL 4 mL cada 12 horas por 10 días, Paracetamol 120mg/5mL 9.4 mL cada 6 horas condicional a dolor o fiebre, además dieta blanda y líquidos a voluntad. Finalmente, se le explican los signos de alarma a la madre y se le cita para un control en 48 horas.

Caso clínico n.º 4: Diarrea aguda

Paciente de sexo femenino de 1 año 3 meses es traído a la emergencia por su madre refiriendo un tiempo de enfermedad de 2 días caracterizado por vómitos en 2 oportunidades de contenido alimentario y deposiciones líquidas sin moco sin

sangre 4 veces al día. Hoy presentó nuevamente deposiciones líquidas en 3 oportunidades posterior a ello la madre la notó inquieta y “con los ojos algo hundidos” razones por lo cual acuden a la emergencia.

Antecedentes prenatales: Embarazo controlado (CPN: 8) sin interurrencias.

Natales: Parto eutócico a las 38 semanas, peso al nacer 3,675 gr, AEG, APGAR 8' y 9'.

Post natales: LME hasta los 6 meses, inmunizaciones completas hasta el momento según el calendario de vacunación. Patológicos: Niega. RAMS: Niega.

Familiares: Niega. Epidemiológicos: Niega crianza de animales.

Al examen físico: AREG, AREN, AMEH. Paciente intranquila, ventila espontáneamente. T° 36.9°C FC: 116 lpm, FR 29 rpm, saturación 97%, peso: 10 kg. Piel: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor 2 segundos, no cianosis perioral ni distal, no ictericia, no edemas, signo de pliegue negativo, mucosa oral seca. Cabeza y cuello: Normocéfalo, ojos hundidos (+/+++), llanto sin lágrimas, cuello cilíndrico sin adenopatías. Tórax y pulmones: Murmullo pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles. Abdomen: No distendido, ruidos hidroaéreos aumentados en intensidad, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no se palpan masas. Genitourinario: Genitales femeninos sin alteraciones, diuresis espontánea. Sistema nervioso central: Irritable, conectada con su entorno, no signos de focalización ni meníngeos.

Se plantean los diagnósticos de Diarrea Aguda Infecciosa y Deshidratación Moderada.

Se decide probar tolerancia oral y debido a que la paciente se muestra impaciente por beber, se inicia rehidratación con Sales de Rehidratación Oral 50-100 cc/kg en el área de Observación. Se administra un volumen total de 1000 cc de SRO en 4 horas y luego de ese tiempo la paciente es reevaluada. Se evidencia una evolución favorable con mejoría en cuanto a la clínica y apariencia general por lo que es dada de alta. Se le indica a la madre que la paciente debe continuar con la alimentación y aumentar la ingesta de líquidos, y se le explican los signos de deshidratación que debe tener en cuenta además de los signos de alarma.

3 Rotación de medicina interna

Medicina Interna es una de las especialidades clínicas considerada uno de los pilares de las áreas de hospitalización por ser una de las más extensas y que comprende una gran cantidad de conocimientos abarcando las otras ramas médicas clínicas para el diagnóstico de las patologías presentes en el paciente. Se basa principalmente en una visión integral del ser humano que presenta una dolencia para que se pueda brindar una terapéutica adecuada y muchas veces en conjunto con otros especialistas buscando el alivio y, en lo posible, la solución de la patología o patologías que se hayan presentado en cada caso evaluado.

En relación a la rotación descrita, esta se realizó en el Hospital Militar Central EP Crl Luis Arias Schreiber, la cual cuenta con 2 tópicos de Medicina Interna con un área de Observación, en donde se realizan las guardias y además se caracteriza por sus áreas de hospitalización divididas por sexo y grado militar de los pacientes contando entonces en total con 5 unidades dentro de ellas: Hospitalización de Oficiales, hospitalización de Generales, hospitalización de Suboficiales, hospitalización de Mujeres y finalmente, área de COVID-19, esta última restringida y solo autorizada para una parte del personal de salud.

A continuación, se describirán algunos de los casos clínicos que se presentaron durante nuestra rotación en la especialidad y que consideramos relevantes de exponer.

Caso clínico n.º 1: Infección del tracto urinario

Paciente varón de 86 años ingresa a la emergencia acompañado por su hija, con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 18 días caracterizado por hiporexia, disuria, polaquiuria y nicturia. Refiere acudir a la emergencia 13 días antes de su ingreso donde se realiza un examen completo de orina con resultado patológico y es tratado de forma ambulatoria con Nitrofurantoína por 7 días, Fenazopiridina y Celecoxib, además de colocación de Sonda Foley. Los días siguientes comienza a presentar fiebre de hasta 40°C asociada a escalofríos. Al

culminar los 7 días de manejo antibiótico, inicia periodo de ventana antibiótica de 3 días y cumplido ese periodo 2 días antes de su ingreso se realiza un urocultivo. Ante persistencia de síntomas urinarios y fiebre acude nuevamente a la emergencia.

Paciente con antecedentes de hipertensión arterial hace 30 años con tratamiento regular, diabetes mellitus tipo 2 hace 20 años con tratamiento regular, hiperplasia benigna prostática y enfermedad renal crónica estadio III. Antecedentes quirúrgicos: Hernioplastía inguinal derecha (1991) e izquierda (1992), y artroplastia de cadera izquierda (2000). Niega alergia a medicamentos.

Signos vitales: Presión Arterial 120/70 mmHg, Frecuencia Cardíaca 79 lpm, Frecuencia Respiratoria 18 rpm, Saturación 96%, Temperatura 39.2°C. Al Examen Físico: AMEG, AREN, AREH. Ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio. Piel y Faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no edemas, no ictericia. Cabeza y Cuello: Normocéfalo, cuello cilíndrico, móvil y sin adenopatías. Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Aparato Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles. Abdomen: Leve distensión, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no se palpan masas. Aparato Genitourinario: Portador de Sonda Foley con orina hematúrica en bolsa colectora, puntos renoureterales negativos, puño percusión lumbar negativo. Aparato Locomotor: Moviliza las 4 extremidades. Neurológico: Despierto, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni de focalización.

Se plantea como diagnóstico una infección del tracto urinario complicada y se solicitan exámenes de laboratorio. Hemograma: Hemoglobina 13.7 g/dL, leucocitos 18,880/mm³, abastionados 2.0%, plaquetas 243,000/mm³, PCR: >361 mg/L, Glucosa: 168 mg/dL, Urea: 69.6 mg/dL, Creatinina: 1.76 mg/dL, Sodio: 131 mEq/L, Potasio: 3.7 mEq/L, Cloro: 102 mEq/L, AGA: pH 7.47, pCO₂ 28.20 mmHg, HCO₃⁻ 20.40 mEq/L.

Paciente es hospitalizado para iniciar tratamiento antibiótico con Ceftriaxona 2g

EV c/24h. Durante su estancia hospitalaria se rota la antibioticoterapia de Ceftriaxona a Meropenem 1g EV c/12h por no conseguirse la mejoría esperada con la antibioticoterapia. Se le realiza nuevo urocultivo los primeros días de su hospitalización aislándose *Stenotrophomonas maltophilia* por lo que se agrega Levofloxacin 750 mg VO c/24h. Presentando una evolución favorable luego de completar 11 días de Meropenem y 7 días de Levofloxacin, con un examen completo de orina control con resultado no patológico, es dado de alta luego de 14 días hospitalizado.

Caso clínico n.º 2: Pie diabético

Acude al tópico de Medicina un paciente de sexo masculino de 59 años edad procedente de Surquillo, refiriendo que desde hace 1 día notó una lesión ulcerada de aproximadamente 2x1 cm en cara interna de primer metatarsiano de pie izquierdo asociado a edema y flogosis, lo cual lo asociaba a uso de calzado tipo botín y deambulación por largas horas en su trabajo.

Respecto a los antecedentes patológicos, el paciente contaba con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 desde hace aproximadamente 15 años en tratamiento con Dapagliflozina + Metformina, Insulina Rápida durante desayuno, almuerzo y cena e Insulina Lenta según glicemia. Asimismo, refiere haber sido diagnosticado de complicaciones tardías de la diabetes como: Retinopatía diabética, por lo cual ha recibido terapia láser previa y Neuropatía diabética, esta última hace 2 años y en tratamiento con Pregabalina 75 mg 1 tableta VO. Antecedente quirúrgico de laparotomía por peritonitis secundaria a apendicitis complicada en el año 2020. Niega RAMS. Antecedentes familiares de hermanos con diabetes mellitus tipo 2. Al examen físico: AREG, AREN, AREH. Ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio. T°: 36.5°C, FR:15 rpm', FC: 86 lpm', Saturación O2: 98%, PA: 110/70 mmHg. EG 15/15. IMC 24.09. Piel y Faneras: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos. No ictericia, ni cianosis. Lesión ulcerada superficial de aproximadamente 2x2 cm en cara externa de primer metatarsiano del pie izquierdo asociado a edema en pie que se extendía a 1/3 inferior de región pretibial, signos de flogosis, no doloroso a la digitopresión ni con signos de

necrosis. Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello cilíndrico, móvil, no bocio, no se palpan adenopatías ni masas. Tórax y pulmones: Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados. Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos. Abdomen: No distendido. Cicatriz por incisión mediana infraumbilical de aproximadamente 7 cm y cicatrices por puntos de abordaje laparoscópico. Ruidos hidroaéreos presentes. Blando, depresible. Timpánico. No doloroso a la palpación superficial ni profunda. Aparato genitourinario: Diuresis espontánea, puño percusión lumbar negativa, puntos renoureterales negativos. Aparato locomotor: Moviliza las 4 extremidades, tono y fuerza muscular conservada, sensibilidad táctil conservada y nociceptiva disminuida en miembros inferiores. Pulsos periféricos presentes. Neurológico: Despierto, lúcido, orientado en las 3 esferas. No signos meníngeos ni de focalización.

Al concluir la evaluación inicial, el diagnóstico planteado fue Pie diabético Wagner I en MMII izquierdo y DM2 insulino dependiente con complicaciones tardías: Neuropatía y retinopatía diabética. Los exámenes auxiliares que se solicitaron mostraron los siguientes resultados: Hemograma: Hb 12.7 Hto 37% Plaquetas 228 000 Leucocitos 9320 Abastionados 0% Segmentados 78% Linfocitos 17% Monocitos 5% Hemoglobina glicosilada 10.44 Procalcitonina 0.09 TP 13.2 INR 0.99 Dímero D 0.42 Cloro 100.1 Sodio 138.7 Potasio 4.1 Colesterol total 220 Triglicéridos 138 HDL 42 LDL 150 VLDL 27.6 Urea 66.7 Creatinina 1.14 DHL 164 PCR 63.64

Se decide hospitalización de paciente para antibioticoterapia más curaciones diarias de lesión, monitoreo adecuado de glicemias y reajuste de antidiabéticos. Se solicitaron nuevos exámenes de control resultando en Urea 46.7, creatinina 0.93, albúmina 3.03, globulina 2.8 y ácido úrico 5.2. Se inicia cobertura antibiótica por un estimado de 7 días con Ceftriaxona 1 gr 2 amp EV cada 24 horas y Clindamicina 600 mg 1 amp EV cada 8 horas. Durante el periodo de hospitalización, se realizaron curaciones con Sulfadiazina de Plata en úlcera y Trolamina en región indurada alrededor de úlcera, sugeridas por Cirugía Plástica, posterior a la debridación realizada por la especialidad de Cirugía General.

Asimismo, fue evaluado por Endocrinología para sugerencias y reajuste en el tratamiento de su patología de base, en este caso la diabetes, posterior a un seguimiento de glucemias a las 6 am, 4 pm y 10 pm, consiguiendo finalmente un adecuado manejo manteniendo los antidiabéticos orales que recibía previo a su hospitalización más una dosis de Insulina basal con Glargina 10 UI SC a las 7 am e Insulina Lispro a escala móvil.

A su vez, se realizaron interconsultas a otras especialidades para descartar complicaciones relacionadas al mal manejo de las glucosas en el paciente y relacionado al motivo de ingreso. Siendo una de ellas Cirugía de Tórax y Cardiovascular para descartar Enfermedad Arterial Periférica sugiriendo una Ecografía doppler arterial de MMII y una Angio-TEM de MMII izquierdo, con las cuales concluyeron que el paciente no era tributario de manejo quirúrgico y solo recomendando manejo médico con Ácido acetilsalicílico 100 mg 01 tableta cada 24 horas y manteniendo la Atorvastatina 40 mg 01 tableta cada 24 horas sugerida por Endocrinología. Otra especialidad a la que se consultó fue Nefrología, debido a que durante el interrogatorio y evaluación diaria, el paciente cursó con valores elevados de PA y a su vez refirió que en la micción notaba presencia de espuma, por lo cual se le realizó un dosaje de proteinuria a las 24 horas y depuración de creatinina, obteniendo los resultados de 2145 mg/24H y 78.91 mL/min, respectivamente. Esto categorizó al paciente en un estadio 4 o nefropatía diabética establecida, según Mogensen. Con lo expuesto se agregó a la terapéutica un antihipertensivo como Valsartán 160 mg media tableta cada 24 horas.

Finalmente, al transcurrir los días de hospitalización y cumplir su tratamiento antibiótico, como ya se expuso previamente, la úlcera fue disminuyendo de tamaño, el edema desapareció y el eritema en dorso fue disminuyendo hasta hacerse casi imperceptible. A su vez, las glucemias, funciones vitales se encontraron en valores normales. Motivo por el cual el paciente fue dado de alta con indicaciones, consejería sobre la importancia del control adecuado de la glucosa en sangre y medidas higiénico-dietéticas.

Caso clínico n.º 3: Trombosis venosa profunda

Paciente varón de 31 años evacuado de Cusco refiere un tiempo de enfermedad de 1 semana presentando dolor punzante de intensidad 9/10 en región poplíteas izquierda, que inició luego de realizar caminata de regular distancia en Cusco. Con el paso de los días se asocia aumento de volumen en MMII izquierdo, dificultad para la deambulación hasta intolerancia a la bipedestación. 2 días antes de su evacuación se realiza una ecografía doppler venoso de MMII izquierdo evidenciándose Trombosis Venosa Profunda en Vena Poplíteas y Gemelares Izquierdas.

Como antecedentes, el paciente presenta obesidad grado 1 (IMC 33.14), niega HTA, DM-2, Asma, o TBC. Entre sus antecedentes familiares, su madre tiene diagnóstico de HTA hace 10 años y Artritis Reumatoide hace 25 años, y su padre presentó un episodio de Trombosis Venosa Profunda hace 10 años.

Signos vitales: Presión Arterial 120/70 mmHg, Frecuencia Cardíaca 76 lpm, Frecuencia Respiratoria 16 rpm, Saturación 97%, Temperatura 36.6°C. Al Examen Físico: AREG, AREN, AREH. Ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio. Piel y Faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, edema ++/+++ en MMII izquierdo, no ictericia, TCSC aumentado a predominio abdominal. Cabeza y Cuello: normocéfalo, cuello cilíndrico, móvil y sin adenopatías. Tórax y Pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Aparato Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles. Abdomen: globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no se palpan masas. Aparato Genitourinario: puntos renoureterales negativos, puño percusión lumbar negativo. Aparato Locomotor: edema ++/+++ en MMII izquierdo, signo de Homans positivo, limitación funcional a la flexión de pierna y deambulación, dolor a la digitopresión de pantorrilla izquierda. Neurológico: despierto, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni de focalización.

Se plantea el diagnóstico de Trombosis venosa profunda de MMII izquierdo y se solicitan exámenes de laboratorio: Hemograma: Hemoglobina 16.3 g/dL,

leucocitos 8,920/mm³, abastionados 0%, plaquetas 322,000/mm³, Urea: 29.5 g/dL, Creatinina: 0.97 mg/dL, Dímero D: 5.86 ug/mL, Colesterol Total: 205 mg/dL, Triglicéridos: 132 mg/dL, Colesterol HDL: 42 mg/dL, Colesterol LDL: 136 mg/dL, Tiempo de Protrombina: 13.7 segundos, INR: 1.02, Tiempo Parcial de Tromboplastina 32.0 segundos.

En la emergencia se inicia tratamiento anticoagulante con Enoxaparina 60 mg SC c/12h y es evaluado por Cirugía Cardiovascular. Dicha especialidad indicó que se debía continuar con manejo médico indicado.

Se le hospitaliza y se hace una interconsulta con Hematología en la que plantean como para descartar que el evento sea secundario a Trombofilia. Especialista sugiere aumento de la dosis de Enoxaparina a 80 mg SC c/12h y solicita exámenes para estudiar dicha patología: Proteína C, Proteína S, Antitrombina II, Anticardiolipina, Anticoagulante Lúpico y Homocisteína. Durante su estancia hospitalaria, al cumplir 7 días de anticoagulación con Enoxaparina 80 mg SC c/12h, se cambia a anticoagulación oral con Rivaroxaban 20 mg c/24h. Los exámenes solicitados dan resultados negativos y con ello se realiza una nueva interconsulta a Hematología indicándose Rivaroxaban 15 mg VO c/12h por 3 semanas y luego Rivaroxaban 20 mg VO c/24h.

Luego de 17 días hospitalizado y una evolución favorable, es dado de alta para continuar la anticoagulación oral de forma ambulatoria por 3 meses. Se le indica que acuda a consultorio externo de Hematología para posteriores controles.

Caso clínico n.º 4: Colangitis aguda

Paciente varón de 51 años es traído a la emergencia por su hermana por presentar un tiempo de enfermedad de aproximadamente 3 semanas que inicia con hiporexia, náuseas y vómitos. A los pocos días presenta dolor tipo cólico de intensidad 7/10 en hipocondrio derecho que no se irradia ni cede con analgésicos. Con el paso de los días comienza a presentar fiebre de hasta 39.0°C e incremento en la intensidad del dolor. La sintomatología persiste y 3 días antes de su ingreso los familiares notan coloración amarilla en piel y escleras. Al notarlo deshidratado y desorientado, acuden a la emergencia.

Paciente con antecedente de esquizofrenia paranoide hace 30 años en tratamiento con Olanzapina, y diabetes mellitus tipo 2 hace 20 años sin tratamiento.

Signos vitales: Presión Arterial 120/80 mmHg, Frecuencia Cardíaca 105 lpm, Frecuencia Respiratoria 19 rpm, Saturación 96%, Temperatura 38.4°C. Al Examen Físico: Piel y Faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no edemas, piel y escleras ictéricas, palidez +/+++.

Cabeza y Cuello: Normocéfalo, cuello cilíndrico, móvil y sin adenopatías. Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Aparato Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, taquicárdicos, no soplos audibles. Abdomen: Globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hemiabdomen superior a predominio de hipocondrio derecho, Murphy (-), no se palpan masas. Aparato Genitourinario: Puntos renoureterales negativos, puño percusión lumbar negativo. Aparato Locomotor: Rangos articulares conservados, moviliza las 4 extremidades. Neurológico: Despierto, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni de focalización.

Se solicitan exámenes de laboratorio. Hemograma: Hemoglobina 11.6 g/dL, leucocitos 15,030/mm³, abastionados 0.0%, plaquetas 109,000/mm³, Glucosa: 258 mg/dL, Urea: 48.6 mg/dL, Creatinina: 0.67 mg/dL, Hb1Ac: 11.3%, Proteínas Totales: 5.1 g/dL, Albúmina: 2.59 g/dL, TGO: 65 U/L, TGP: 85.6 U/L, GGTP: 329 U/L, Fosfatasa Alcalina: 181.6 U/L, Bilirrubina Total: 13.29 mg/dL, Bilirrubina Directa: 11.44 mg/dL, Bilirrubina Indirecta: 1.85 mg/dL.

Se plantean como diagnósticos colangitis aguda y diabetes mellitus tipo 2 no controlada por lo que es hospitalizado. Se inicia tratamiento antibiótico con Ciprofloxacino 400 mg EV c/12h y Metronidazol 500 mg EV c/8h, e insulina Lispro a escala móvil. Durante su estancia hospitalaria una vez iniciado el tratamiento antibiótico no presenta fiebre y se solicita nuevo hemograma y perfil hepático control: Hemoglobina: 10.8 g/dL, Leucocitos: 8,710/mm³, Abastionados: 0.0%, TGO: 46 U/L, TGP: 62 U/L, GGTP: 314 U/L, Fosfatasa Alcalina: 142 U/L,

Bilirrubina Total: 9.17 mg/dL, Bilirrubina Directa: 7.85 mg/dL, Bilirrubina Indirecta: 1.32 mg/dL.

Es evaluado por Endocrinología, sugiriendo iniciar Pioglitazona 15 mg después del desayuno y mantener la Insulina Lispro a escala móvil, y por Hematología debido al descenso en los valores de hemoglobina indicándose hierro carboximaltosa 100 mg EV STAT, Eritropoyetina 10,000 UI SC semanal & ácido fólico 0.5 mg 02 tab c/24h.

Un nuevo control de bilirrubinas demostró un mayor descenso de éstas: Bilirrubina Total: 2.19 mg/dL, Bilirrubina Directa: 1.5 mg/dL, Bilirrubina Indirecta: 0.69 mg/dL.

Se interconsulta también a Gastroenterología quienes indican una Colangiorensonancia para descartar Coledocolitiasis. En la Colangiorensonancia se evidencian cálculos y dilatación de la vía biliar principal por lo que se indica una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Se extraen alrededor de 7 cálculos de pigmento negro, el mayor de 10 mm de diámetro. No se presentaron complicaciones ni sangrado por el procedimiento. Los controles de hemoglobina y amilasa post-CPRE fueron 9.5 g/dL y 68 U/L, respectivamente. Los días posteriores al procedimiento, la ictericia disminuye notablemente y no se realiza nuevo perfil hepático por indicación de Gastroenterología. Luego de cumplir 10 días de tratamiento antibiótico con Ciprofloxacino y Metronidazol, y presentar una evolución favorable posterior a la CPRE, el paciente es dado de alta. Se le indica que acuda a controles por consultorio externo de Gastroenterología, Endocrinología y Hematología.

4 Rotación de ginecología y obstetricia

La especialidad clínico-quirúrgica de Ginecología y Obstetricia, caracterizada por dedicarse exclusivamente a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las múltiples patologías, tiene como objetivo principal velar por la salud y el completo bienestar de la mujer, ya que forma parte importante de las estadísticas de los principales problemas de salud pública en nuestro país como, por ejemplo,

prevalencia de cáncer de cérvix o las altas tasas de mortalidad materna.

En cuanto a la rotación realizada, esta tuvo lugar en el Instituto Nacional Materno Perinatal, institución que concentra un gran número de atenciones en sus diferentes servicios y con una gran capacidad resolutive. Dentro de nuestra experiencia, esta se llevó a cabo en 4 servicios de Obstetricia, compuestos por Adolescentes, Trastornos hipertensivos del embarazo, Hemorragias y puerperio, donde se encontraban hospitalizadas tanto gestantes como puérperas según las patologías descritas; el servicio de Ginecología, Centro obstétrico comprendido por 15 cubiles y finalmente, el área de Emergencia, caracterizado por sus continuas atenciones.

A continuación, se describirán algunos de los casos clínicos que se presentaron durante nuestra rotación en la especialidad y que consideramos relevantes de exponer.

Caso clínico n.º 1: Ruptura prematura de membranas

Primigesta de 28 años con EG de 37 semanas 5 días por ECO I trimestre, acude a la emergencia por presentar pérdida de líquido desde hace aproximadamente 12 horas, negando contracciones uterinas, sangrado por vía vaginal o signos de irritación cervical y refiriendo percibir movimientos fetales. Niega antecedentes patológicos, quirúrgicos, familiares o RAMS. Con respecto a los ginecológicos: Menarquía 11 años, RC 5/30, IRS 21 años, Andría 02, Frecuencia RS 1 vez/sem, MAC Niega, PAP Niega, G 1 P 0000, FUR: 26/05/2021, FPP: 02/03/2022, CPN 6. Antecedente de examen de orina del 26/Enero/2022: Leucocitos 10 - 15 x campo, hematíes 0-2 x campo, gérmenes +.

Al examen físico: AREG, AREN, AREH. Ventilando espontáneamente, con funciones vitales: T° 37°C, PA 107/60 mmHg, FC 80 lpm, FR 12 rpm, Saturación O2 98%. Peso 91 kg y talla 1.55 m. Piel y Mucosas: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos. No edemas. Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados. Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos

audibles. Abdomen: Útero grávido, tono conservado. Aparato urinario: Diuresis positiva, puñopercusión lumbar negativo.

Al examen ginecológico: GE y BUS de acuerdo a edad y sexo, vagina elástica, cérvix cerrado, largo y posterior. Útero grávido. Mamas y anexos de características normales.

Al examen obstétrico: Abdomen: Útero 31 cm, LCF 150 lpm, CU 0. Feto único. SPP: Longitudinal, cefálico izquierdo. Tacto vaginal: Dilatación 0 cm, Incorporación 0%, Altura de presentación -3. Escaso líquido amniótico claro, no sangrado vaginal. Pelvimetría con estrecho superior, medio e inferior adecuados. Pelvis ginecoide. Compatibilidad feto-pélvica: Sí.

Posterior a la evaluación de la paciente, se concluyen los diagnósticos de gestante primigesta de 37 semanas, 5 días por ecografía de primer trimestre, no trabajo de parto, ruptura prematura de membranas de aproximadamente 12 horas, por lo cual el plan de trabajo en este caso fue de hidratación con Cloruro de Sodio 0.9% 1000 cc } 500 cc a chorro y luego 30 gotas por minuto, antibioticoterapia con Cefazolina 1 g EV cada 6 horas, control obstétrico (DU + LCF) y se solicitan exámenes del perfil de RPM y una ecografía doppler.

Se reciben los exámenes de laboratorio solicitados contando con los siguientes resultados Hb 13.5, Plaquetas 189 000, Leucocitos 12 700 (Abastionados 0%, segmentados 76%), PCR 0.4, Perfil de coagulación normal, Examen de orina no patológico, Urea 11, Creatinina 0.7, Serológicos negativos. En cuanto a la ecografía se evidencia peso fetal de 3010 gr, ILA de 4.5 cm, placenta anterior alta, doppler normal para la edad gestacional. A su vez, se realizó un test estresante con un puntaje de 9/10 sensible a 06 UI de Oxitocina. Por este motivo y al haber oportunidad de parto vaginal monitorizado, se realizó 1 ciclo de maduración con Oxitocina 05 UI a VIII gotas constante x 12 horas. Posteriormente, se vuelve a reevaluar a la paciente, la cual al tacto vaginal presenta una DU 3 en 10'/++/30'', MF ++, dilatación de 7 cm, incorporación 80% y altura de presentación +2 y se decide su paso a centro obstétrico, ya que se tenía la indicación en caso de dilatación ≥ 5 cm o Bishop favorable.

Finalmente, la paciente entra en expulsivo y se produce el parto por canal vaginal

de una RNV de sexo femenino AEG con APGAR 8 al 1' y 9 a los 5'. Se realiza la evaluación puerperal, refiriendo no presentar molestias, ni síntomas de irritación cortical y evidenciándose funciones vitales estables, llenado capilar < 2", mamas blandas, secretoras de calostro, útero contraído por debajo de la CU y al tacto vaginal sin aparentes desgarros y loquios hemáticos sin mal olor. La paciente pasa luego a alojamiento conjunto, recibiendo analgesia, uterotónicos y antibioticoterapia. Se le realizan hemograma y PCR de control, no mostrando alteraciones, a excepción de Hb 11 gr/dL, por lo que la paciente es dada de alta con analgesia por vía oral, antibioticoterapia hasta completar 5 días y hematinicos por un mes. Asimismo, con consejería acerca de métodos anticonceptivos optando por los métodos de barrera y acerca de signos de alarma.

Caso clínico n.º 2: Preeclampsia sin signos de severidad

Primigesta de 29 años con EG de 37 semanas 2 días por ECO I trimestre acude a la emergencia por presentar dolor en hipogastrio desde hace aproximadamente 12 horas, niega contracciones uterinas, sangrado vaginal, pérdida de líquido amniótico o signos de irritación cortical. Refiere percibir movimientos fetales.

Niega antecedentes patológicos, familiares o RAMS. Como antecedentes quirúrgicos refiere una colecistectomía laparoscópica en el 2016. En cuanto a sus antecedentes gineco-obstétricos: Menarquía 11 años, RC 5/25, IRS 17 años, Andría 02, MAC: niega, RAP: niega, G1 P0000, FUR: 29/05/2021, FPP: 05/03/2022, CPN 8.

Signos vitales: Presión Arterial 140/100 mmHg, Frecuencia Cardíaca 100 lpm, Frecuencia Respiratoria 18 rpm, Saturación 98%, Temperatura 37.0°C.

Al Examen Físico: AREG, AREN, AREH. Ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio. Peso 137 kg y talla 1.61 m. Piel y Faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no edemas. Tórax y Pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Aparato Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles. Abdomen: útero grávido, tono conservado. Aparato Genitourinario:

puño percusión lumbar negativo. Neurológico: despierto, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni de focalización.

Al Examen Ginecológico: GE y BUS de acuerdo a edad y sexo. Vagina elástica. Cérvix cerrado, largo y posterior. Útero grávido con tono conservado. Mamas y anexos de características normales.

Al Examen Obstétrico: Altura uterina 36 cm. LCF 151 lpm. DU ausente. Feto único. SPP: Longitudinal, cefálico, izquierdo. Tacto Vaginal: Dilatación 0 cm, Incorporación 0%, Altura de presentación -4. Pelvimetría con estrecho superior, medio e inferior adecuados. Pelvis ginecoide. Compatibilidad feto-pélvica: Sí.

Se plantean los diagnósticos Primigesta de 37 semanas 2 días por ECO I Trimestre, No trabajo de parto, Obesidad Materna, THE: d/c Pre-eclampsia vs Hipertensión Gestacional y d/c Diabetes Gestacional. Se indica hidratación con CIna 0.9% 1000 cc } 500 cc a chorro y luego 30 gotas por minuto, Nifedipino 10 mg condicional a PA \geq 160/110 mmHg, control obstétrico (DU + LCF) y se solicitan exámenes de laboratorio y eco-doppler obstétrico.

Los exámenes de laboratorio dieron los siguientes resultados: Hemoglobina 12.5 g/dL, Leucocitos 10,600/mm³, Plaquetas 322,000/mm³, PCR 0.9 mg/dL, Glucosa 77 mg/dL, Urea 14 mg/dL; Creatinina 0.6 mg/dL, TGO 23 U/L, TGP 20 U/L, Bilirrubina Total 0.5 mg/dL, Bilirrubina Directa 0.3 mg/dL, Proteínas Totales 6.8 g/dL, Albúmina 3.8 g/dL, Examen de orina no patológico con ASS (++) . La ecografía doppler obstétrica evidenció un ponderado fetal 3870 g (P > 97), ILA de 10 cm y placenta fúndica grado III.

La paciente quien comienza a presentar DU 1/10 min, es reevaluada con los exámenes solicitados planteándose como nuevos diagnósticos estrechez pélvica y THE: pre-eclampsia sin criterios de severidad. Por ello, se le prepara para cesárea.

Se realiza cesárea segmentaria transversa primaria extrayendo un RN vivo masculino de 3,735 g con Apgar 8-9. Sangrado Intraoperatorio 700 cc. Se presenta hipotonía uterina que es resuelta con puntos de B-Lynch y manejo médico con Misoprostol SL e IR.

Es hospitalizada y se le administra Cefazolina 1g EV c/6h, antihipertensivo condicional, analgesia y uterotónico. Además, se le solicita un kit de pre-eclampsia que tuvo como resultados Hemoglobina 12.1 g/dL, Leucocitos 16,300/mm³, Plaquetas 330,000/mm³, Urea 11 mg/dL; Creatinina 0.78 mg/dL, TGO 37 U/L, TGP 21 U/L, Bilirrubina Total 0.42 mg/dL, Bilirrubina Directa 0.19 mg/dL, TP 12.2 segundos y TTPa 25.4 segundos.

Paciente presenta una evolución favorable con el tratamiento administrado, sin complicaciones post-operatorias. A los 3 días después de su cirugía, se decide interconsultar a Cardiología y Endocrinología. Sin embargo, la paciente solicita su retiro voluntario indicando que se atenderá de manera particular por dichas especialidades.

Caso clínico n.º 3: Hemorragia uterina anormal

Paciente de 40 años acude a la emergencia por presentar hace 2 meses sangrado vaginal en regular cantidad manchando diariamente hasta 7 toallas higiénicas, actualmente sangrado escaso, asociado a leve dolor a nivel de abdomen inferior. Niega cefalea, fatiga o palpitaciones, tolera deambulación.

Niega antecedentes patológicos y familiares. Como antecedente quirúrgico, refiere una apendicectomía en el 2004. Refiere, además, alergia al Tramadol.

En cuanto a sus antecedentes gineco-obstétricos: Menarquía 17 años, RC 4/30, IRS 17 años, Andría 04, MAC: inyección mensual, G4 P3013, FUR: 22/10/2021.

Signos vitales: Presión Arterial 110/80 mmHg, Frecuencia Cardíaca 86 lpm, Frecuencia Respiratoria 18 rpm, Saturación 97%, Temperatura 36.4°C.

Al Examen Físico: AREG, AREN, AREH. Ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio. Peso 70 kg y talla 1.60 m. Piel y Faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no edemas. Tórax y Pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Aparato Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles. Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no se palpan masas, no signos peritoneales. Aparato Genitourinario: puño percusión lumbar

negativo. Neurológico: despierto, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni de focalización.

Al Examen Ginecológico: GE y BUS escaso sangrado vaginal. Vagina elástica. Cérvix puntiforme. Útero AVF de 7 cm, no doloroso a la movilización. Mamas y anexos de características normales.

Se plantean el diagnóstico Hemorragia Uterina Anormal por Pólipo Endometrial. Se indica una ecografía transvaginal y exámenes de laboratorio: Hemoglobina 13.5 g/dL, Leucocitos 8,800/mm³, Plaquetas 443,000/mm³, Glucosa 94 mg/dL, Urea 16 mg/dL; Creatinina 0.76 mg/dL, Examen de orina: 3-5 leuc/campo, 18-20 hem/campo, sangre (3+). TP 14.0 segundos, TTPA 31.0 segundos. La ecografía transvaginal evidenció una imagen compatible con pólipo endometrial de 24x13x20 mm. Con estos resultados, la paciente es hospitalizada en el Servicio de Ginecología para someterse a tratamiento quirúrgico.

Durante su estancia hospitalaria, se le realiza una histerosonografía donde se observa un mioma submucoso tipo 0 de 18x16 mm, por lo que se programa una miomectomía histeroscópica. En dicho procedimiento, se extrajo un mioma submucoso de 20x20 mm.

La paciente evoluciona favorablemente, sin presentar sangrado vaginal en los días posteriores y mínimo dolor pélvico que cede con Paracetamol 500 mg VO. Es dada de alta en su segundo día postoperatorio.

Caso clínico n.º 4: Aborto incompleto

Primigesta de 29 años con EG de 20 semanas 3 días por ECO I trimestre acude a la emergencia por presentar desde hace una hora y media dolor abdominal y sangrado vaginal luego de caer por las escaleras y golpearse el abdomen. Niega pérdida de conciencia.

Niega antecedentes patológicos, familiares o RAMS. Como antecedentes quirúrgicos refiere una cesárea por distocia funicular en 2011. En cuanto a sus antecedentes gineco-obstétricos: Menarquía 15 años, RC 4/30, IRS 19 años, Andría 03, MAC: T de cobre, G3 P2002, FUR: no recuerda, CPN 1.

Signos vitales: Presión Arterial 110/70 mmHg, Frecuencia Cardíaca 66 lpm,

Frecuencia Respiratoria 19 rpm, Saturación 96%, Temperatura 37.0°C.

Al Examen Físico: AREG, AREN, AREH. Ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio. Peso 60 kg y talla 1.55 m. Piel y Faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no edemas, no equimosis. Tórax y Pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Aparato Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles. Abdomen: útero grávido, tono conservado. Aparato Genitourinario: puño percusión lumbar negativo. SOMA: rangos articulares conservados, no limitación funcional en extremidades. Neurológico: despierto, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos ni de focalización.

Al Examen Ginecológico: GE y BUS de acuerdo a edad y sexo. Vagina elástica. Cérvix permeable a 1 dedo, central, blando, acortado. Útero grávido con tono conservado. Mamas y anexos de características normales.

Al Examen Obstétrico: Altura uterina 20 cm. LCF 155 lpm. DU 2/10 min. Feto único. Tacto Vaginal: Dilatación 2 cm, Incorporación 80%, Altura de presentación NP. Pelvimetría con estrecho superior, medio e inferior adecuados. Pelvis ginecoide.

Se plantean los diagnósticos Gestante de 20 semanas 3 días por ECO I Trimestre y Hemorragia de la I mitad: amenaza de aborto d/c aborto en curso. Se indica hidratación con CINA 0.9% 1000 cc } 500 cc a chorro y luego 30 gotas por minuto, Diclofenaco 150 mg IM STAT, control obstétrico (DU + LCF) y se solicitan exámenes de laboratorio y ecografía obstétrica.

Los exámenes de laboratorio dieron los siguientes resultados: Hemoglobina 10.7 g/dL, Leucocitos 15,700/mm³, Plaquetas 265,000/mm³, Examen de orina no patológico. TP 12.0 segundos, TTPA 32.0 segundos. La ecografía obstétrica evidenció una gestación única activa de 20 semanas 5 días por Biometría Fetal, LCF 138 lpm, PF 363 g.

La paciente al momento de ser reevaluada refiere sensación de pujo, dolor tipo contracción y se visualiza expulsión de feto y placenta con sangrado aproximado de 400 cc. Se decide preparar a la paciente para un legrado uterino de

emergencia por el diagnóstico de Aborto Incompleto.

Se realiza legrado uterino sin complicaciones retirándose restos endouterinos en regular cantidad sin mal olor, sangrado intraoperatorio en 200 cc.

La paciente es hospitalizada en el Servicio de Ginecología donde se le administran uterotónicos y analgésicos. El control de hemoglobina post-operatorio fue 9.8 g/dL, y al no presentar complicaciones y evolucionar favorablemente, se le da de alta tras 1 día de hospitalización.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

HOSPITAL MILITAR CENTRAL EP “CORONEL LUIS ARIAS SCHEREIBER”

La sede principal de nuestras prácticas fue el Hospital Militar Central, ubicado en el distrito de Jesús María. Este hospital de categoría III-1, fue fundado en el año 1958, durante el gobierno del presidente Manuel Prado Ugarteche, siendo remodelado y ampliado en el año 1974 (3).

A este hospital acuden miembros del Ejército del Perú, en actividad y en retiro, y sus familiares. Los pacientes acuden de todas partes del Perú, desde referidos del Policlínico Militar de Chorrillos y Hospital Militar Geriátrico ubicados ambos en Lima, hasta evacuados de diferentes ciudades de la costa, sierra y selva.

El personal médico de dicho nosocomio lo conforman médicos militares y civiles. Además, cuenta con un laboratorio central altamente capacitado, y equipo de diagnóstico por imágenes como tomógrafo y resonador magnético que operan las 24 horas del día.

Como consecuencia de la pandemia, el Hospital tuvo que aislar algunos pabellones para brindar atención a pacientes con COVID-19. Se creó un servicio de Emergencia para pacientes con sintomatología y/o resultado positivo para COVID-19, además de un área de hospitalización y una Unidad de Cuidados Intensivos. Nosotros como estudiantes de medicina no teníamos permitido el acceso a estas áreas.

Para los pacientes no COVID, el resto de hospital se dividía en unidades hospitalarias de Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, Ginecología & Obstetricia, Neurología, Neurocirugía, Gastroenterología, Oncología, UCI Polivalente, UCI Coronaria, Traumatología, Urología, Psiquiatría y Neumología. Al haber más frecuencia de pacientes varones, sólo hay 2 unidades hospitalarias para pacientes mujeres siendo una de ellas el servicio de Ginecología & Obstetricia. Las unidades hospitalarias que tienen únicamente pacientes varones son 3. El resto de las unidades hospitalarias alberga tanto a pacientes varones como mujeres.

Al ser un hospital de alta complejidad y resolución que cuenta con diversas especialidades, pudimos realizar todas nuestras rotaciones en este nosocomio, con la tutela y guía de los médicos asistentes y residentes.

INSTITUTO NACIONAL MATERNO-PERINATAL

El Instituto Nacional Materno Perinatal, conocido coloquialmente por nuestra población como “La maternidad de Lima”, se encuentra ubicado en el Cercado de Lima y cuenta con aproximadamente 195 años de historia. Fue fundada el 10 de octubre del año 1826 y desde ese entonces se encarga de la atención de las mujeres de nuestro país, tratando patologías obstétricas y ginecológicas, así como también de los recién nacidos productos de la gestación. Esta institución desde su fundación fue evolucionando hasta adquirir en el año 2006 la categorización de Establecimiento de Salud III-2, siendo así el centro de referencia y el de mayor complejidad en cuanto a la atención materno perinatal de nuestro país, dedicada también a la investigación y enseñanza en el campo de la salud reproductiva, sexual y perinatal a los profesionales y futuros profesionales de salud de las diferentes áreas (4).

Como ha sido expuesto previamente, al ser la institución de referencia a nivel nacional, alberga a pacientes de todo el territorio de nuestro país y de todos los estratos sociales, teniendo como principal objetivo aquella población que no cuenta con los recursos necesarios.

A su vez, el personal de salud que labora en la institución está conformado por médicos asistentes gineco-obstetras en su mayoría y también de otras especialidades médicas, obstetras, médicos residentes, personal de enfermería, personal técnico e internos de las diferentes áreas de la salud. Respecto al campo laboral, estos se distribuyen en diferentes servicios como, por ejemplo, Obstetricia y Ginecología generales, las cuales se subdividen en adolescentes y adultas, conformados por 6 servicios, de los cuales 1 ha sido condicionado y restringido únicamente para pacientes con infección por SARS-CoV-2. Además, aquí se ofrece el servicio de Ginecología especializada conformada por climaterio, medicina reproductiva y oncología ginecológica y mamaria; así como

también áreas de planificación familiar, medicina fetal y ecografía. Por otro lado, cuenta con especialidades médicas como medicina interna, endocrinología, genética, radiología, psiquiatría, anestesiología y oftalmología; y complementarios que comprenden consultorios de psicología, nutrición, estimulación prenatal, psicoprofilaxis, servicio social, odontología, entre otros (5).

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

1 Rotación en cirugía general

Caso clínico n.º 1: Apendicitis aguda

La apendicitis aguda es la principal causa de abdomen agudo quirúrgico e indicación de cirugía de urgencia en el mundo. El desencadenante de esta patología es la obstrucción de la luz apendicular, pudiendo ser causado por fecalitos, hiperplasia linfoidea, cuerpos extraños, parásitos, entre otros. Se produce inflamación de la pared apendicular y con el paso de las horas se da congestión vascular, isquemia y finalmente perforación del apéndice cecal en los casos complicados de apendicitis aguda (6).

La clínica de la apendicitis puede ser muy inespecífica en algunos casos y los signos de apendicitis por sí solos no tienen una alta sensibilidad ni especificidad. Por ello, el uso de escalas, como la Escala de Alvarado con una sensibilidad de 90% y especificidad de 70%, permite aproximar el diagnóstico de apendicitis aguda y definir la conducta a seguir (7,8) (**Anexo 1**). Si bien la tomografía axial computarizada es el examen de imágenes que mejor diagnostica la apendicitis aguda por tener una sensibilidad de 92%, esta no está disponible en todos los centros de salud por lo que las escalas son más accesibles y económicas (9).

El paciente del caso expuesto presentaba una puntuación de 8/10 en la Escala de Alvarado, lo que indicaba un alto riesgo de apendicitis aguda y por ese motivo se le interviene quirúrgicamente. Previo a la cirugía, se administra profilaxis antibiótica para evitar la infección de herida operatoria y abscesos intraabdominales (10).

El apéndice cecal gangrenado que se evidenció durante la cirugía guarda relación con el tiempo de enfermedad del paciente. Primero, se presenta la fase congestiva en la que hay disminución del flujo linfático y venoso, y posterior a ello, se presenta la fase supurada. Con el paso de las horas se ve comprometido el flujo arterial y se produce isquemia lo que genera la fase

gangrenada. Esta fase de la historia natural de la enfermedad permite clasificar a la apendicitis aguda como complicada, por lo que su manejo postoperatorio es diferente a las apendicitis no complicadas (fases congestiva y supurada) (6,9).

En los casos de apendicitis no complicada, no es necesario el tratamiento antibiótico postoperatorio. Sin embargo, en las apendicitis complicadas (gangrenosa o perforada) se debe administrar tratamiento antibiótico postoperatorio. Se deben utilizar antibióticos que permitan cubrir aerobios Gram negativos y anaerobios. Así como en el caso presentado, la Ceftriaxona y el Metronidazol son antibióticos que permiten cubrir ambos grupos bacterianos (11).

Caso clínico n.º 2: Colecistitis crónica acalculosa

La colecistitis crónica se caracteriza por la inflamación de la vesícula biliar de larga evolución, la cual ocasiona cambios en la estructura de esta como un edema y engrosamiento de la pared y que en su mayoría es ocasionada por la presencia de un cálculo que obstruye la salida de la bilis de la vesícula conocida como el conducto cístico (12). Sin embargo, aproximadamente un 10% restante no está relacionado con la presencia de litos y por lo cual se conoce como colecistitis acalculosa (13), como en el caso presentado. Su patogenia está relacionada a la estasis o isquemia en la vesícula biliar y se asocia en su mayoría a pacientes hospitalizados o críticamente enfermos o ambulatorios con ciertos factores de riesgo (14), como por ejemplo algunos son la diabetes mellitus, infecciones, inmunosupresión, quemaduras, enfermedad coronaria, estenosis ampular, siendo esta la que se puede asociar al paciente del caso expuesto, ya que si bien no fue descrito textualmente en los exámenes de imágenes que se realizaron, se informó que, durante el abordaje por CPRE que se intentó realizar en un primer momento por la especialidad de Gastroenterología, esta se vio frustrada debido a que se presentaba un abultamiento de la ampolla de Vater con el poro papilar caído y sin evidencia de salida de bilis, por lo cual se puede asumir que en este caso

esto pudo ser el factor de riesgo que influyó en la presencia de la colecistitis acalculosa. Asimismo, el motivo inicial de ingreso del paciente, es decir, la colangitis también pudo verse condicionada por la presencia de esta estenosis descrita.

Por otro lado, respecto a la sintomatología, si bien esta depende de la gravedad y condición del paciente, se describe que es muy similar a la colecistitis calculosa, como la presencia de fiebre, dolor abdominal intenso en cuadrante superior derecho acompañado de dolor a la palpación y signo de Murphy positivo, definido como dolor a la inspiración a la palpación a nivel del cuadrante superior derecho del abdomen (15). Sin embargo, si nos referimos a este caso en particular, podemos observar que durante la transferencia al servicio el paciente se encontraba asintomático, lo cual se relacionaría a que el paciente tuvo tratamiento con analgésicos, antipiréticos y antibióticos durante su hospitalización por el servicio de Gastroenterología. A su vez, es importante mencionar que a la colecistitis crónica alitiásica se le atribuye sintomatología biliar recurrente por meses o años (16), lo cual se presentaba con este paciente cuando se realizó la ampliación de la historia clínica previo al procedimiento quirúrgico.

Acerca de los exámenes de ayuda diagnóstica, los laboratorios no son específicos y se puede presentar leucocitosis en hasta un 70 a 85% de casos (17); sin embargo, en este caso no es un dato significativo por el antecedente de colangitis ya tratada. Respecto a las imágenes, ante la sospecha de una colecistitis acalculosa se solicita en primera instancia una ecografía abdominal superior, en la cual se observan características como engrosamiento de pared de 3.5 a 4 mm o más, hallazgo más confiable en esta patología, pero no específico (18) o Murphy ecográfico positivo, las cuales se evidenciaron en la ecografía realizada al ingreso por emergencia. A su vez se puede ampliar el estudio con tomografía computarizada con contraste para además descartar otras causas de abdomen agudo quirúrgico. Finalmente, además de las medidas generales como el apoyo con hidratación endovenosa, manejo del dolor e inicio de antibióticos, puesto que si bien es un proceso inflamatorio

puede haber presencia de una infección secundaria como consecuencia de la obstrucción del cístico o la estasis biliar. En el tratamiento definitivo de esta patología sin criterios de emergencia, se describen como parte de la bibliografía revisada sobre pacientes con riesgo quirúrgico y anestésico bajo tanto el drenaje de la vesícula biliar como la colecistectomía; sin embargo, esta última alternativa se considera razonable en pacientes que son buenos candidatos quirúrgicos como en el caso desarrollado (19).

Caso clínico n.º 3: Hernia inguinal directa

Las hernias de la pared abdominal, definidas como una protrusión del contenido abdominal a través de una zona de debilidad de la pared (20), son una de las patologías más frecuentes dentro de la especialidad de Cirugía General. Dentro de ellas, la inguinal es considerada la más frecuente y según estadísticas, dos tercios se localizan en el lado derecho (21). En cuanto a los factores de riesgo considerados con un alto nivel de evidencia y que se presentaron en este caso está el sexo masculino, el cual se aumenta el riesgo hasta 8 a 10 veces (22) y la obesidad (23), asimismo, entre otros factores se describen la edad con un pico de incidencia bimodal de 0 a 5 años y 75 a 80 años o el deterioro del metabolismo de colágeno (22). Respecto a las características clínicas, el motivo de consulta más frecuente es la evidencia de una tumoración en la región inguinal, tal como lo describió el paciente. El examen físico se inicia en primera instancia comprobando en posición de pie lo descrito, ya que esta posición genera un aumento de la presión intraabdominal y posteriormente, se puede solicitar al paciente que realice maniobras de Valsalva como toser, ocasionando un aumento de volumen de la tumoración (20). Para discernir si se trata de una hernia directa de una indirecta, se realiza la maniobra de Landivar, la cual consiste en la oclusión digital del anillo inguinal profundo, pedir que tosa y si aparece la tumoración, se trata de una hernia directa como sucedió en la evaluación del paciente y si no aparece, de una indirecta (23). Dentro de otras manifestaciones se puede presentar un dolor, siendo de intensidad moderada a intensa algo muy inusual

y que ante su presencia se debe plantear la posibilidad de encarcelamiento o estrangulación, lo cual en estos casos no suele ser frecuente con un riesgo de 0,3 a 3% por año (24). Como ya se ha mencionado previamente, el diagnóstico suele ser clínico con el examen físico y la anamnesis, sin necesitar mayores estudios (21). Por otro lado, ante dudas diagnósticas puede recurrirse a estudios de imagen como una ecografía o una tomografía de abdomen (25), lo cual puede requerirse en pacientes obesos; sin embargo, no es mandatorio, como se pudo evidenciar con el paciente del caso presentado.

Por último, en cuanto al manejo definitivo consta de la reparación quirúrgica donde existen tanto abordaje laparoscópico como abordaje abierto, siendo este último preferible para una reparación primaria unilateral en hombres que presentan hernias inguinales (21); sin embargo, se debe considerar las características individuales de cada paciente y las habilidades del cirujano. A su vez, al realizar la elección por una reparación abierta, el paso siguiente es seleccionar el tipo de reparación, ya sea con tensión o sin malla y sin tensión o con malla, siendo esta última la que ha demostrado menores tasas de recurrencia (26). Asimismo, dentro de las recomendaciones en revisiones de las diferentes sociedades de cirugía general, si la elección es la de usar malla, la reparación que se sugiere es la Lichtenstein (27), en la cual, como se describe en el reporte operatorio de nuestro paciente, se fija la malla a la pared posterior o fascia transversalis.

Caso clínico n.º 4: Fractura de Colles

La fractura del radio distal es la fractura más frecuente de miembros superiores, correspondiendo al 15% del total de fracturas. Entre los tipos de fracturas que se presentan a este nivel, la fractura de Colles es la que predomina (28). De la misma manera que se mencionó en el caso presentado, el principal mecanismo de lesión es la caída sobre la mano en dorsiflexión. Esto produce una fractura transversa de la metáfisis radial con posterior desplazamiento dorsal y radial con angulación dorsal del fragmento distal (29).

La clínica habitual de las fracturas es dolor, deformación y disfunción del

miembro afectado. En el caso de la fractura de Colles, la deformidad producida por el desplazamiento dorsal del fragmento distal se conoce como “dorso de tenedor” (28). Si bien en el caso presentado no existía alteración de la sensibilidad distal, este tipo de fracturas puede producir compresión del nervio mediano hasta en un 6% de casos afectando tanto la función motora como sensitiva (30). Adicionalmente, se debe evaluar la irrigación distal a la fractura a través del llenado capilar y pulso radial (31).

El estudio de imagen que confirma la fractura y permite evaluar la severidad de la misma es la radiografía de muñeca. Con este estudio se confirma el diagnóstico y se pueden evaluar diferentes parámetros que son de utilidad para el traumatólogo como la inclinación radial, la altura radial, la inclinación palmar, entre otros (32).

La reducción viene a ser la restitución del fragmento desplazado a su ubicación anatómica a través de manipulación o cirugía. En la reducción cerrada de la fractura de Colles, dos personas traccionan el brazo en direcciones opuestas mientras el fragmento desplazado es reposicionado a su posición anatómica (33). Esta maniobra fue realizada en el paciente antes de su hospitalización como tratamiento temporal y posteriormente se le colocó una férula braquiopalmar. El tratamiento definitivo de reducción abierta con fijación interna se realiza en sala de operaciones (34,35).

2 Rotación en neonatología y pediatría

Caso clínico n.º 1: Ictericia neonatal

La ictericia neonatal, la cual está definida como la coloración amarillenta a nivel de piel y mucosas asociado a valores séricos de bilirrubina por encima de 5 mg/dL (36,37). Esta ictericia se puede presentar por múltiples causas y dentro de ellas la transitoria fisiológica, para ello en Neonatología se toma como una de las reglas prácticas la de considerar patológica la presencia de esta en las primeras 24 horas de vida (37), tal como pudimos observar en el caso presentado.

En relación a la determinación de la causa de la ictericia se debe considerar los antecedentes y la clínica, detectando de manera más confiable al realizar una ligera presión con la yema de los dedos sobre la piel. Asimismo, es importante considerar que un buen examen físico se realiza de forma cefalocaudal (37), lo cual nos ayuda a una mejor valoración del grado de ictericia que se presenta apoyado por el uso de escalas, siendo la más conocida y usada la de Kramer (36) (**Anexo 2**), como pudimos observar que se utilizó en la evaluación diaria del recién nacido al notar la presencia de coloración en piel y la que a su vez, nos puede dar una aproximación a los niveles séricos de ictericia según la progresión del cambio de coloración en la piel del neonato. Otros puntos a considerar que pueden apoyar al diagnóstico son el uso de exámenes complementarios como el dosaje de bilirrubinas, la cual nos dará el valor sérico de las mismas y el predominio, ya sea de bilirrubina directa o indirecta; y también el momento de aparición de la ictericia, lo que en nuestro caso al ser en las primeras 24 horas de vida del neonato y acompañarse de hiperbilirrubinemia a predominio de la bilirrubina indirecta se sospechó en primer lugar en la causa más frecuente ocasionada por aumento en la misma producto de una hemólisis mediada por isoimmunidad (38,39) dentro de la cual la de grupo ABO es la más frecuente (37,40). Es por ello, que al ser la madre de grupo sanguíneo O positivo y con los resultados de los exámenes solicitados a nuestro paciente por el antecedente y ser considerado NPI, los cuales se recibieron evidenciando un grupo A positivo, se pudo concluir que la causa de la ictericia se trataba de una isoimmunización OA la cual es considerada la más predominante y con su forma de presentación ictericia como la más frecuente (40). Por otro lado, se pudieron haber requerido otras pruebas para el diagnóstico y diferenciación de isoimmunización Rh como un test de Coombs tanto directo como indirecto, de los cuales se esperaría un resultado negativo y positivo, respectivamente. Finalmente, respecto al tratamiento, en este caso al no contar con criterios para recibir fototerapia según la Nomograma para inicio de fototerapia, considerada la primera y más benigna opción de tratamiento (41) según edad gestacional encontrándose por

debajo del valor límite de 250 umol/L y al no contar con un puntaje significativo que indique disfunción neurológica inducida por bilirrubina (BIND), se indicó el alta junto con la madre, indicando signos de alarma y control a las 72 horas, ya que esta etiología ha sido planteada por múltiples autores como un factor de riesgo para hiperinsulinemia severa en los primeros 7 días de vida de un neonato (42).

Caso clínico n.º 2: Sepsis neonatal tardía

La sepsis neonatal es considerada una de las principales causas de morbimortalidad en este grupo etario responsable de aproximadamente el 15% de muertes de recién nacidos a nivel mundial (43) y la segunda a nivel nacional (44). Se subdivide en temprana y tardía. Nos centraremos en esta última, ya que el caso presentado aborda este tema. En cuanto a su definición de aparición de síntomas, en la sepsis neonatal tardía se considera la presencia de estos a partir de la primera semana de vida para algunas bibliografías o posterior a las 72 horas para otras (45). Se puede adquirir por 2 tipos de mecanismos, transmisión vertical u horizontal. En cuanto a agentes etiológicos, los principales causantes son el *Streptococcus del grupo B* y *Escherichia coli* (46). Respecto a este caso donde se aisló *Staphylococcus coagulasa negativo*, se considera como una causa intrahospitalaria en lactantes enfermos, lo cual puede guardar relación en nuestro paciente con su antecedente de hospitalización informado durante la anamnesis (43).

Por otro lado, en cuanto a los factores de riesgo para sepsis de inicio tardío se mencionan en estudios a procedimientos como la ventilación mecánica, del cual en este caso no se detalla qué tipo de oxigenoterapia recibió la recién nacida durante su hospitalización previa (47,48). Otro factor para considerar y que se presentaron a nivel prenatal son los controles prenatales insuficientes. En cuanto a la infección de tracto urinario descrita durante el primer trimestre, se considera en algunos metaanálisis, pero principalmente en relación a una sepsis neonatal temprana (48).

Las manifestaciones clínicas en su mayoría son inespecíficas, pasando por síntomas sutiles como los evidenciados (fiebre y síntomas respiratorios en un 50%, letargo de 25 a 50%, irritabilidad en <25%, mala alimentación en un 28%, vómitos en un 25%) hasta presentar una apariencia tóxica (49).

Asimismo, el paso siguiente es una evaluación completa como hemocultivo, hemograma y plaquetas, PCR y/o procalcitonina que nos pueden orientar a determinar la duración del tratamiento, radiografía de tórax en caso de síntomas respiratorios y punción lumbar ante sintomatología sugerente (44).

Para concluir, se inicia antibioticoterapia empírica posterior a la obtención de hemocultivos debido a criterios como los que se evidenciaron como mala apariencia y la presencia de sintomatología, además se pueden incluir LCR patológico o sospecha o confirmación de infección materna. La cobertura debe actuar contra los principales agentes etiológicos incluyendo entonces grampositivos y gramnegativos, siendo la combinación de elección la de Ampicilina y Gentamicina por 10 días considerando los patrones de resistencia y hasta que los resultados de hemocultivo estén disponibles (44,50).

Caso clínico n.º 3: Faringoamigdalitis aguda bacteriana

Dentro de las infecciones bacterianas de la vía respiratoria alta en niños y adolescentes, la faringoamigdalitis bacteriana es una de las más comunes en la cual se produce una inflamación a nivel de la mucosa y el área faringoamigdal, tal como lo dice su nombre, además de presencia de eritema, exudado y vesículas (51). Es causado por el coco Gram positivo facultativo *Streptococcus del grupo A (GAS)* o también llamado *Streptococcus pyogenes* (51,52). Habitualmente tiene mayor incidencia durante el invierno y a inicios de primavera y la edad más comúnmente afectada es en niños de edad escolar (52).

Según lo referido en la bibliografía sobre las características clínicas, el inicio suele ser abrupto acompañado de síntomas como dolor de garganta, lo cual puede ocasionar una menor ingesta de alimentos por vía oral, además de fiebre, cefalea, náuseas, vómitos y al examen físico la presencia de amígdalas

agrandadas y eritematosas, adenopatías cervicales anteriores dolorosas, petequias, entre otros; y, a diferencia de las causas virales, la rinorrea, tos, conjuntivitis y diarrea no se suelen presentar (53). El diagnóstico oportuno tiene la finalidad de prevenir complicaciones en un futuro como fiebre reumática o complicaciones agudas supurativas (54), minimizar los contagios y la gravedad de los síntomas, en el cual el examen de elección es considerado el frotis faríngeo. Sin embargo, el diagnóstico puede verse apoyado por escalas como los ya conocidos criterios de Centor Modificados por Mc Isaac, muy usados en la práctica clínica y con los cuales se evalúa la probabilidad de presencia de *Streptococcus pyogenes* contando con una sensibilidad de 85% y especificidad de 92%, para el inicio de antibioticoterapia empírica al no contar con el examen de elección en nuestros establecimientos de salud (51,55), aunque según otros estudios se considera como una herramienta para el descarte de la presencia de la bacteria más que para su presencia (56). Por último, como se realizó en el caso expuesto en un capítulo previo, la elección de tratamiento consta de Amoxicilina por vía oral en una dosis de 50 mg/kg por 10 días y sintomáticos como Paracetamol para la fiebre o dolor además de educación en signos de alarma e hidratación (51,54,57,58).

Caso clínico n.º 4: Diarrea aguda

Se define como diarrea aguda a la disminución de la consistencia de las heces, ya sea blandas o líquidas, y/o aumento de la frecuencia de las deposiciones, que por lo general dura en promedio 7 días y no más de 14 días (59). Por lo general, en los niños pequeños menores de 5 años, la etiología más frecuente es la viral siendo el Rotavirus el agente causal más frecuente. Pasada esa edad, la etiología bacteriana predomina (60).

Dependiendo del mecanismo de producción de la diarrea, se puede clasificar en 2 tipos: disintérica, cuando presenta mucosidades y sangre, y acuosa, cuando hay ausencia de mucosidades y sangre. La diarrea disintérica puede ser de tipo invasiva y no invasiva, mientras que la diarrea acuosa puede ser de tipo osmótica o secretora (61).

En el caso presentado, por la edad de la paciente indica que la diarrea es por etiología viral, en primer lugar, por Rotavirus. Este virus produce una diarrea acuosa de tipo osmótica ya que crea un gradiente osmótico que favorece la incorporación de agua desde el compartimiento vascular a la luz intestinal (60,61).

Ante un cuadro de diarrea aguda, se debe valorar el estado de hidratación. Esta viene a ser la complicación principal y más común de las diarreas agudas (59,61). Se debe buscar signos de deshidratación como mucosa oral seca, ojos hundidos, signo del pliegue positivo, llenado capilar lento y alteración del estado de conciencia (62). Para determinar el grado de deshidratación se utiliza la Escala de Gorelick, que consiste en 10 parámetros: ojos hundidos, mucosas secas, ausencia de lágrimas, pérdida de turgencia cutánea, llenado capilar lento, deterioro del estado general, pulso radial débil, frecuencia cardíaca > 150 lpm, respiración anormal y oliguria (63,64) **(Anexo 3)**. Según esta escala, la paciente presentaba una deshidratación moderada, demostrando una gran avidez por beber cuando se probó la tolerancia oral.

La diarrea aguda por Rotavirus suele autolimitarse en 5 días aproximadamente, por lo que el tratamiento radica en corregir la deshidratación. La terapia de rehidratación se realiza según los planes A, B y C del Ministerio de Salud. En el caso de la paciente, que presenta una deshidratación moderada, se lleva a cabo el plan B dando tratamiento durante 4 horas en el establecimiento de salud. Se administran 50-100 cc/kg de solución con sales de rehidratación oral por 4 horas y posterior a ese tiempo se debe reevaluar. Si no se presentan signos de deshidratación, se considera que el tratamiento fue efectivo. El plan A se aplica cuando no hay signos de deshidratación; el plan C, cuando la deshidratación es grave con o sin shock (65,66).

3 Rotación de medicina interna

Caso clínico n.º 1: Infección del tracto urinario

Las infecciones de tracto urinario (ITU) son las infecciones más frecuentes en mayores de 65 años y por lo general son diagnosticadas y tratadas de la misma forma que la población general (67). Estas pueden darse en el tracto urinario superior o inferior, diferenciándose en su severidad y manifestaciones clínicas (68).

Las ITU en hombres son menos frecuentes, presentándose con mayor frecuencia en ancianos y en presencia de alteraciones de la vía urinaria. Las ITU que se presentan en hombres con uropatía obstructiva, insuficiencia renal y algún grado de inmunosupresión a causa de la diabetes mellitus, como el caso presentado, son consideradas ITU complicadas ya que las características mencionadas condicionan un mayor riesgo de evolución desfavorable (67,69).

El agente etiológico más frecuente en este tipo de ITU es *Escherichia coli* (65%) seguida de otros gérmenes Gram negativos como *Proteus*, *Klebsiella*, *Serratia*, entre otros (68,69). La *Stenotrophomonas maltophilia* es un patógeno oportunista multirresistente en el ámbito intrahospitalario, especialmente en huéspedes inmunocomprometidos (70). Los factores de riesgo que predisponen una ITU causada por este patógeno son la hospitalización, sondaje vesical y uso previo de antibióticos (71). Al aislarse este patógeno en el urocultivo, se explica por qué la evolución del paciente no fue la esperada con la administración de Ceftriaxona y se tuvo que rotar a Meropenem.

Las manifestaciones de una ITU baja incluyen disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, urgencia miccional, dolor abdominal bajo, mientras que las manifestaciones de una ITU alta incluyen fiebre, escalofríos, malestar general, náuseas y vómitos, dolor en flancos, dolor lumbar, entre otros, indicando un compromiso más sistémico (69). Las manifestaciones en los adultos mayores usualmente no son las descritas anteriormente. En ellos por lo general se produce alteración de su situación clínica o funcional (68). Sin embargo, estas alteraciones no son predictores confiables de ITU por lo que se debe realizar un análisis de orina para confirmar el diagnóstico (72).

La decisión para hospitalizar a un paciente con ITU complicada debe ser

individualizada. En el caso presentado, ante la persistencia de fiebre alta (>38.5°C), malestar general y uropatía obstructiva estaba indicado el manejo intrahospitalario (73). Adicionalmente, el paciente presentaba antecedentes de diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica por lo que el manejo que recibió la primera vez que acudió a la emergencia no fue el apropiado y por ello su cuadro clínico fue deteriorándose. En los pacientes con uropatía obstructiva debe darse una cobertura antibiótica de amplio espectro hasta obtener los resultados del urocultivo. En estos pacientes se prefiere el uso de Carbapenems como Imipenem o Meropenem, y Vancomicina (69,70,74).

Caso clínico n.º 2: Pie diabético

La diabetes mellitus tipo II, considerada una enfermedad metabólica crónica que en las últimas décadas ha continuado en aumento, según la Organización Mundial de la salud, es una de las principales responsables de ceguera, amputación de miembros inferiores, insuficiencia renal, enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular, y la segunda causa de Años de vida ajustados por discapacidad producto de las complicaciones mencionas (75).

Las infecciones en el pie diabético a su vez son una causa importante de morbilidad en este grupo de pacientes, ya que se describen cifras de hasta 34% de riesgo de por vida de presentar úlceras (76). Su prevención con una buena evaluación es de muy relevante, puesto que el tratamiento de la presencia de estas conforma una cifra importante de hospitalizaciones, reingresos, disminución hasta 20% de amputaciones y hasta casi 3 veces más riesgo de muerte frente a pacientes que no las presentan (77). Dentro de los factores de riesgo que intervienen y son fáciles de identificar tenemos una ulceración previa en el pie, deformidades en el mismo, neuropatía diabética, presente en nuestro paciente, y enfermedad vascular, la cual se intentó descartar por su asociación como factor predictivo de esta complicación por lo que se debe siempre solicitar en estos casos una evaluación vascular. Asimismo, existen clasificaciones de riesgo para la predicción de aparición de úlcera que nos pueden servir en la prevención, desarrollado por The International Working Group on the Diabetic Foot, el cual consta de 4 grupos:

0 sin evidencia de neuropatía, 1 neuropatía, pero sin evidencia de deformidad en pie o enfermedad vascular periférica, 2 neuropatía con deformidad en pie o enfermedad vascular periférica y 3 antecedente de úlcera en pie o amputación (78).

La evaluación de este tipo de pacientes tiene que hacerse de manera integral, ya que antecedentes como el tiempo de diagnóstico de diabetes mellitus, el control de la glucemia, la presencia de enfermedades microvasculares y macrovasculares, además de otros antecedentes nos permitirán evaluar, diagnosticar a tiempo y en el mejor de los casos prevenir complicaciones como en nuestro paciente, que además del motivo de ingreso, es decir el pie diabético, donde pudimos encontrar un factor de riesgo para futuras lesiones en pie como el calzado inadecuado, se indagó en la historia de aproximadamente 20 años de diabético evidenciando un mal control de glucemias con una HbA1c mayor de 10 gr/dL, el cual repercute en la respuesta inmunitaria frente a una infección; además de complicaciones tardías como retinopatía y neuropatía diabética recolectados en la anamnesis y las evaluaciones diarias, permitiendo diagnosticar otra complicación de importancia como la nefropatía diabética para así tratar y retrasar su progreso (79). El examen de pies debe ser completo buscando con la inspección lesiones por calzados, tiñas pedis que pueden complicarse con infecciones bacterianas, áreas callosas, signos de infección como eritema, hinchazón, flogosis o sensibilidad, realizando el diagnóstico con 2 o más síntomas de los mencionados (80), teniendo en cuenta que la sensibilidad se puede ver afectada por la presencia de neuropatía como en el caso evaluado; se buscan también deformidades como dedos en garra, artropatía de Charcot, evaluar la marcha, entre otros. Asimismo, evaluar los pulsos y la sensibilidad (79).

Acerca de los exámenes laboratoriales, este incluye un hemograma completo, dosaje de glucosa sérica, electrolitos, función renal, reactantes de fase aguda, estos últimos para el monitoreo del manejo. Puede incluir imágenes para evaluar deformidades óseas, osteomielitis, gas en tejidos blandos (81).

Los agentes etiológicos implicados en las infecciones suelen ser polimicrobianos; sin embargo, varía según la profundidad o el grado de afección. Por ejemplo, en las superficiales, como en este caso al tratarse de un Wagner I, son frecuentes los cocos Gram positivos aerobios como *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus pyogenes* y estafilococos coagulasa negativos. Por ello, la cobertura antibiótica (82).

Finalmente, en cuanto al manejo de las heridas, estas dependen de su clasificación. Si bien la más conocida y utilizada era la clasificación de Wagner, basada en la profundidad y presencia de necrosis (83); la Universidad de Texas ha introducido un nuevo sistema de clasificación que agrega la categoría de evaluación de enfermedad oclusiva arterial periférica (84). Se subdivide en 3 grados y 4 escenarios según infección e isquemia, por lo cual si se utilizara en este caso sería una úlcera grado 0 escenario B, ya que es superficial y tiene signos de infección (**Anexo 4**).

Respecto al manejo, consta de un cuidado local de la herida que, además de la limpieza de la herida, incluye debridamiento con bisturí, el cual es de elección, del tejido necrótico o callos, ya que promueve el proceso de cicatrización y ayuda a eliminar los patógenos de esos tejidos (80). La antibioticoterapia es empírica de acuerdo al grado de la infección de la úlcera, siendo en este caso leve o superficial, hubiera podido recibir terapia ambulatoria contra *Streptococcus* y *Staphylococcus* como Clindamicina o Cefalexina por una semana (81); sin embargo, al tener un mal manejo de la glucemia, lo cual traducía en un posible incumplimiento del tratamiento y los agentes predominantes en la experiencia médica en la institución, se decidió la hospitalización para manejo parenteral con Ceftriaxona + Clindamicina, además de las curaciones diarias.

Caso clínico n.º 3: Trombosis venosa profunda

La trombosis venosa profunda (TVP) consiste en la obstrucción parcial o total de la luz de una vena a causa de un trombo de fibrina, acompañada de una reacción inflamatoria local. Se puede clasificar dependiendo las venas

involucradas en los miembros inferiores: TVP proximal (venas femorales, poplíteas e ilíacas) & TVP distal (terrenos vasculares distales a las venas poplíteas) (85).

La fisiopatología de la TVP se centra en la tríada de Virchow. Esta consiste en estasis sanguínea, lesión endotelial e hipercoagulabilidad sanguínea (85,86). Algunas de las causas que producen alteraciones en la tríada de Virchow son la inmovilización, obesidad, malignidad, síndrome antifosfolípídico, síndrome nefrótico, entre otros. Otras causas son las trombofilias porque producen estados de hipercoagulabilidad, predisponiendo a la formación de trombos y están presentes en 30% de pacientes con TVP (87). Al ser una posible causa de la TVP en el caso presentado y por el antecedente familiar de un cuadro similar, se tuvo que descartar este grupo de patologías hereditarias.

La clínica usualmente se presenta de forma unilateral, aunque puede ser bilateral. Se debe examinar a los pacientes en busca de venas superficiales dilatadas, aumento de volumen unilateral en pantorrilla, eritema y calor unilateral, dolor a la digitopresión en el trayecto de una vena principal, y signos locales o generales de malignidad. El edema presenta una sensibilidad de 97% y especificidad de 33%; el dolor, sensibilidad de 86% y especificidad de 19%; el calor, sensibilidad de 72% y especificidad de 48% (88,89). Con la anamnesis y clínica podemos aplicar la Escala de Wells modificada para estratificar el riesgo de presentar TVP (85,90). En el caso del paciente, presentaba un puntaje > 2 por lo que la probabilidad de presentar TVP era alta. Según la literatura, en estos casos está indicado una ecografía doppler venoso para confirmar el diagnóstico, presentando una sensibilidad del 100% y especificidad de 83% (86,91).

En cuanto al tratamiento, la anticoagulación está indicada en toda TVP proximal y algunos casos de TVP distal con el objetivo de prevenir mayor trombosis y evitar complicaciones como el tromboembolismo pulmonar (92). El tratamiento se divide en 3 fases: una fase inicial de 5 a 10 días donde se administran Enoxaparina, Fondaparinux o anticoagulantes orales como

Rivaroxaban o Apixaban, una fase de mantenimiento que dura hasta 6 meses donde se administra de preferencia inhibidores del factor Xa y trombina como Rivaroxaban/Apixaban o Dabigatrán, y una fase de extensión después de los 6 meses de tratamiento en las que se valora el riesgo-beneficio de continuar con la anticoagulación (85,92,93).

Caso clínico n.º 4: Colangitis aguda

Se define como colangitis aguda a la inflamación e infección de la vía biliar producto de una sobreinfección bacteriana en una vía biliar total o parcialmente obstruida, afectación que puede estar limitada a la vía biliar o progresar a un compromiso sistémico con sepsis y falla multiorgánica (94).

En la vía biliar obstruida, se produce un incremento de la presión intraductal debido a la estasis biliar generando que las uniones estrechas entre colangiocitos se ensanchen, se altera la función de las células de Kupffer y que la secreción de IgA por el epitelio biliar descienda favoreciendo la invasión bacteriana en la vía biliar (95,96). La causa más frecuente de obstrucción de vía biliar es la coledocolitiasis (70%) como en el caso presentado, pero también se puede deber a estrecheces benignas de la vía biliar o malignidad (97). *Escherichia coli* es el agente causal más frecuente (40%) seguido por *Klebsiella* y *Enterobacter*, además de los parásitos y virus que se presentan con mayor frecuencia en países tropicales y pacientes inmunocomprometidos, respectivamente (94,98).

La clínica que presentaba el paciente de nuestro caso correspondía a la tríada de Charcot, refiriéndose a fiebre, dolor en cuadrante superior derecho del abdomen e ictericia y tiene una sensibilidad de 26% y una especificidad de 96% (95,98). Cuando a estas manifestaciones se le agrega hipotensión y alteración del estado de conciencia, se habla de la Pentada de Reynolds, que indica un cuadro más severo de colangitis, aunque su presentación es más rara (99).

El diagnóstico de la colangitis se realiza según criterios clínicos, laboratoriales e imagenológicos conocidos como Criterios de Tokio 2018 (94,100) (**Anexo**

5). El paciente del caso presentaba criterios correspondientes a signos sistémicos de inflamación (fiebre, leucocitosis), signos de colestasis (ictericia, bilirrubinas elevadas, perfil hepático alterado) y criterios por imágenes (dilatación de vía biliar principal, cálculos biliares) por lo que cumplía con los 3 componentes de los Criterios de Tokio para confirmar el diagnóstico de colangitis aguda. En cuanto a la severidad del cuadro, existen Grados de Severidad de Tokio 2018 en los que se valora la respuesta a la antibioticoterapia, la presencia de hallazgos laboratoriales, clínica, características del paciente y compromiso multisistémico con falla de órgano (100). El paciente llegó a cumplir 3 criterios de los 2 necesarios para clasificar la severidad como moderada (fiebre elevada, leucocitosis, hiperbilirrubinemia). Sin embargo, al presentar una adecuada respuesta a la antibioticoterapia administrada, según los Grados de Severidad de Tokio 2018, el paciente presentó una colangitis aguda leve.

Las medidas generales de manejo consisten en hidratación, corrección de alteraciones hidroelectrolíticas y analgesia. Se debe iniciar terapia antibiótica empírica contra Gram positivos y anaerobios y para ello se puede utilizar penicilinas, cefalosporinas, carbapenems o fluoroquinolonas asociadas a metronidazol (101,102). Unos de los posibles esquemas antibióticos, y utilizado en el caso de nuestro paciente, es Ciprofloxacino 400 mg EV c/12h + Metronidazol 500 mg EV c/8h con el que respondió favorablemente (102). La desobstrucción de la vía biliar y drenaje de la misma puede realizarse con una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con la que se logra retirar cálculos biliares en el 90-95% de pacientes y presenta menor mortalidad y morbilidad en comparación con otros métodos de drenaje (95,103).

4 Rotación de ginecología y obstetricia

Caso clínico n.º 1: Ruptura prematura de membranas

La ruptura prematura de membranas se define como la rotura de membranas ovulares antes del inicio de las contracciones uterinas en una edad gestacional

posterior a las 22 semanas (104,105). Si bien no se conoce por completo la patogénesis se cree que es producto de eventos que ocasionan una disminución de los inhibidores de una proteína de la matriz celular que causan la degradación del colágeno y por ende una menor fuerza en las membranas, lo cual sumado a la cascada de citoquinas producto de infecciones, por ejemplo, conllevan a la ruptura de las membranas de manera espontánea (104). Respecto a su frecuencia, según estadísticas publicadas en la guía del Instituto Materno Perinatal, comprende un 4 a 18% de partos y es responsable de un 50% de partos prematuros (105).

Asimismo, los factores de riesgo que pueden predisponer y que pudimos observar en el caso presentado, tenemos las infecciones como la urinaria o vaginales por los factores ya expuestos previamente (106) y el coito a partir del segundo trimestre (105,107).

La manifestación clínica principal en esta patología obstétrica, es la descripción de la presencia de un líquido de coloración transparente o amarillo pálido por la vagina de manera repentina y con un olor característico a “lejía o semen”, puede que la paciente refiera que esta pérdida es continua o intermitente, en gran o poca cantidad, incluso llegándolo a describir como una sensación de humedad anormal a nivel genitourinario (108). Esta pérdida se puede comprobar mediante la evaluación en la emergencia por ejemplo, tal como se dio con nuestra gestante, y consta de la visualización directa del líquido amniótico por el orificio cervical a través del apoyo de un espéculo estéril en un 90% de los casos o de no ser así pidiéndole a la paciente que tosa, puje o rechazando el polo de presentación, ya que es importante recalcar que ante su sospecha se debe evitar en lo posible la realización de tactos vaginales, puesto que disminuye el tiempo de latencia y aumenta el riesgo de infección intra-útero (108,109); sin embargo, se puede realizar cuando es estrictamente necesario, como por ejemplo en nuestro caso, ya que al confirmar la presencia de LA se requería información acerca de la dilatación, incorporación, altura y variedad de presentación, importantes para la toma de decisiones.

Ante dudas en el diagnóstico nos hubiéramos podido apoyar de pruebas adicionales como el papel de nitrazina, prueba de hebrecho con la que basta un microscopio y una lámina portaobjeto para su realización, las cuales en últimas revisiones no se suelen recomendar debido a los posibles falsos positivos, pero que en nuestro país aún se suelen utilizar en centros de salud, ya que no se suele contar con test como el de la proteína de unión al factor de crecimiento similar a insulina IGFBP-1, la prueba rápida de Amniosure o por otro lado, puede ser mediante ecografía concluyendo oligohidramnios y que a su vez nos da información sobre el feto (105,109,110), para así poder decidir la conducta. Se sugiere entonces, un manejo de acuerdo a la edad gestacional, para decidir la inducción del parto o una conducta expectante (105,109). A continuación, nos referiremos al tratamiento según una edad gestacional mayor a 37 semanas como la que se presentó con nuestro caso. En este periodo la recomendación es la de la inducción del embarazo cuanto antes, ya que de esa manera se disminuye el riesgo de complicaciones como infecciones maternas y neonatales, prolapso de cordón umbilical, DPP, entre otros (109,111). Por consiguiente, el paso que prosigue es el de realizar, como en nuestro caso, es la de hospitalizar a nuestra paciente, hidratarla, iniciar profilaxis antibiótica posterior a las 6 horas, la cual nos ayuda a disminuir también la morbilidad materna por infecciones. Se recomienda la Ampicilina o una Cefalosporina de 1era generación 1 o 2 gramos EV cada 6 horas, en el caso clínico expuesto y en general en el INMP se suele usar la Cefazolina. Por otro lado, como parte del monitoreo fetal, se realiza un ecodoppler ante la presencia de oligohidramnios como se evidenció en la ecografía solicitada. Además, un test no estresante y un test estresante luego de concluir bienestar fetal para obtener información sobre la tolerancia del feto al parto por vía vaginal y conocer a su vez la dosis de sensibilización a Oxitocina que se requeriría ante una inducción del parto (105). Asimismo, como la indicación es la de terminar la gestación, con el examen físico se determina las condiciones cervicales y con ello si es necesaria o no la maduración cervical con el test de Bishop para posteriormente realizar la inducción del parto, la que en caso de

ser fallida lo siguiente sería proceder a una cesárea, según la guía del INMP, lo cual es lo que se realizó en este caso. Sin embargo, se sugiere también la inducción con oxitocina (112), sin maduración previa a la inducción.

Caso clínico n.º 2: Preeclampsia sin signos de severidad

Los trastornos hipertensivos del embarazo afectan hasta al 10% de gestantes y comprenden un espectro de patologías que presentan en común una presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg (113). La preeclampsia es una condición que consiste en hipertensión arterial después de las 20 semanas de gestación en una paciente sin antecedente de HTA y que además presenta proteinuria y/o indicios de falla orgánica, por ejemplo, plaquetopenia, elevación de creatinina, edema agudo de pulmón, etc. (114).

Los factores de riesgo para presentar este trastorno hipertensivo del embarazo son el antecedente de preeclampsia, diabetes pre gestacional, hipertensión crónica, enfermedades autoinmunes como lupus eritematoso sistémico o síndrome antifosfolipídico, enfermedad renal crónica, entre otros (115). En el caso de nuestra paciente, presentaba otros factores de riesgo como nuliparidad, presente en un tercio de pacientes con preeclampsia, y obesidad (116).

Las manifestaciones clínicas como epigastralgia, cefalea, escotomas o fotofobia, alteración del sensorio, disnea u ortopnea indican severidad (113,117). Los exámenes de laboratorio que indicarán severidad al presentarse alterados son el perfil hepático por elevación de transaminasas, un recuento de plaquetas menor a 100,000 y valor de creatinina por encima de 1.1 mg/dL (113,114). En el caso de la paciente no se presentaba ninguna de estas manifestaciones clínicas ni alteraciones en los exámenes de laboratorio.

En cuanto al manejo de la preeclampsia sin signos de severidad, se recomienda culminar el embarazo a partir de las 37 semanas de gestación (118). En casos de gestaciones menores de 37 semanas, se recomienda

evaluar la condición de la madre y feto ya que, si ninguno presenta manifestaciones de falla orgánica, se puede tomar una conducta expectante para lograr un mayor desarrollo y maduración del feto (113,118). La vía del parto preferida es la vaginal generalmente a través de la inducción, sin embargo, en gestantes donde la inducción es prolongada o con pocas probabilidades de ser satisfactoria, la cesárea es la mejor vía (113,119). En el caso de nuestra gestante, el tener una gestación mayor de 37 semanas, se podía culminar la gestación sin problemas. Sin embargo, a diferencia de lo descrito por la literatura, la vía del parto fue por cesárea. Esto se decidió tras hallarse una estrechez pélvica que iba a generar una incompatibilidad cefalopélvica por lo que la vía vaginal no era una opción.

En cuanto al tratamiento hipotensor en la preeclampsia sin signos de severidad, se recomienda conseguir una presión arterial de 140-145/90-95 mmHg ya que un descenso importante en la presión arterial puede disminuir el flujo placentario empeorando la situación fetal (113). En casos de hipertensión severa, los fármacos de primera línea son Labetalol o Hidralazina EV o Nifedipino VO (120).

Caso clínico n.º 3: Hemorragia uterina anormal

Los miomas, también conocidos como fibromas o leiomiomas, son tumores benignos de músculo liso más frecuentes del útero formados por fibras musculares y tejido conectivo (121,122). En relación con la hemorragia uterina anormal, es el síntoma más común en los leiomiomas (123) y estos son considerados una causa importante de sangrado tanto en mujeres en edad reproductiva como en mayores de 40 años (122). Se asocia a múltiples factores de riesgo como herencia familiar, edad, etnia, obesidad, nuliparidad, entre otros (122,124).

En cuanto a su sintomatología, usualmente son asintomáticos, pero cuando estos se presentan están en relación a su tamaño descritos en semanas menstruales como si se tratase de un útero grávido, número y ubicación

(122,125). Esta última se clasifica según el sistema presentado por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) (126), presentado a continuación y que nos permite predecir resultados de una miomectomía laparoscópica. Básicamente, los de tipo 0, 1 y 2 son los que se conocen como submucosos; los 3, 4 y 5 como intramurales; los 6 y 7 como subserosos; y finalmente, el 8 como cervical (**Anexo 6**). Los síntomas entonces se clasifican en 3 categorías principales: Sangrado menstrual prolongado, frecuentes en los intramurales o submucosos, relacionados con su volumen como dolor y presión pélvica como en los intramurales o subserosos; y por último, disfunción reproductiva como los intramurales o submucosos (122,127,128).

La evaluación diagnóstica se realiza con ecografía transvaginal, considerada el primer examen de elección debido a su alta sensibilidad de hasta 95 a 100% (129). Posteriormente, se pueden ampliar con otros estudios como histerosonografías, Resonancias Magnética Nucleares, ecografía doppler o histeroscopías, las cuales a su vez pueden servir para el manejo (122,128,129). Asimismo, en cuanto al manejo, este se decide de acuerdo a la sintomatología, la ubicación, el número y la edad de la paciente asociada con la paridad satisfecha o no. Por ejemplo, en nuestro caso, al tratarse de un mioma submucoso tipo 0, es decir pedunculado intracavitario, el procedimiento de elección fue el de una miomectomía histeroscópica, la cual se indica en este tipo de miomas y de tipo 1 si son menores de 2.5 cm, o en el tipo 2. Se considera a este método como de recuperación rápida, con bajo riesgo de complicaciones, pero con un riesgo de no resección completa, lo cual en la paciente tenía un mayor porcentaje de beneficio sobre riesgo, ya que el mioma era de tipo 0 y con un diámetro menor al límite establecido para la recomendación de este procedimiento (128,130).

Caso clínico n.º 4: Aborto incompleto

Un aborto se define como la pérdida del embarazo antes de las 22 semanas de edad gestacional, ponderado fetal menor a 500 g o longitud cráneo-caudal

menor a 25 cm (131). Se presenta con mayor frecuencia en el primer trimestre, conocido como aborto precoz (80%), y posterior a las 12 semanas se conoce como aborto tardío (20%) (132).

Entre las etiologías del aborto, la más frecuente son las cromosomopatías (133). Otras causas son las infecciones, anomalías estructurales de la madre, insuficiencia cervical, trombofilias, traumatismo, entre otros. Este último cobra mayor importancia a medida que crece el útero ya que en etapas temprana del embarazo el feto se encuentra protegido dentro de la pelvis y a medida que el crece el útero, el feto y placenta se encuentran en el abdomen donde son susceptibles a los efectos del traumatismo (134,135).

La forma de presentación del aborto usualmente consiste en sangrado vaginal y dolor abdominal bajo (136). El estudio de imagen a realizarse para confirmar el diagnóstico es la ecografía transvaginal que permite verificar la presencia de la gestación y corroborar la actividad cardíaca fetal (137). En el caso presentado, existía presencia de latidos cardíacos fetales por lo que inicialmente se consideraría una amenaza de aborto. Sin embargo, una vez expulsado el feto y placenta el diagnóstico pasó a ser un aborto consumado.

El término aborto incompleto sirve para indicar la persistencia de tejido gestacional dentro del útero (138). Ante la expulsión del feto y placenta, se debía retirar cualquier tipo de tejido proveniente de la gestación para evitar complicaciones como infecciones o sangrado. En este tipo de casos, que la edad gestacional fue mayor a 12 semanas, el legrado uterino obstétrico es el procedimiento de elección (138,139).

Pueden presentarse complicaciones a causa del legrado uterino, como la perforación uterina, que puede acompañarse de perforación del recto y posterior peritonitis, y la infección post legrado, asociada a la presencia de tejido placentario remanente o utilización de elementos no estériles durante el procedimiento (139).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Como se ha mencionado anteriormente, el internado es parte crucial de la formación de todo estudiante de Medicina, ya que en esta etapa es donde todo lo aprendido durante la parte teórica y la parte práctica de los 6 años transcurridos previamente se juntan para ser aplicados día a día con cada caso que se nos presente. A su vez, durante esta etapa nos llevamos aprendizajes en diferentes aspectos, de los cuales quizás muchos de los estudiantes no consideramos previo al inicio y sobre el que ahora queremos reflexionar. Por este motivo, a continuación, en las siguientes líneas hablaremos únicamente de nuestra experiencia y lo que nos llevamos de cada rotación.

En Cirugía General, nuestra primera rotación, aunque el servicio se vio afectado aún por las restricciones de la segunda ola de la pandemia por la que aún estamos viviendo, consideramos que tuvimos muchas oportunidades, ya que como parte de la rotación, pudimos tener experiencias en otras especialidades como Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía Cardiovascular y Torácica, Anestesiología y Traumatología; con las cuales pudimos conocer y participar desde la evaluación de ostomas, suturas de heridas, colocación de férulas, vías periféricas, realización de intubaciones, apendicectomías, hernioplastias y colecistectomías laparoscópicas, hasta laparotomías exploratorias por quiste hidatídico de 18 cm, colocación de un drenaje ventrículo-peritoneal o asistir en la colocación de un catéter Port A. Si bien, algunos de estos son procedimientos complejos u otros simples, el hecho de tener un acercamiento a ellos nos permitió ampliar nuestros conocimientos y a su vez, aprender sobre cómo trabajar bajo presión, con premura para que lo programado no se vea afectado y entendiendo que la cirugía va más allá de un procedimiento, ya que se realiza un seguimiento, tal y cómo lo hicimos con nuestros pacientes antes, durante y después hasta la recuperación en el mejor de los casos.

La segunda rotación, Ginecología y Obstetricia, sobre la cual teníamos muchas expectativas, puesto que nuestra parte práctica fue mínima por motivos ya mencionados. Se realizó tanto en nuestra sede de origen como en una rotación externa en el Instituto Nacional Materno Perinatal, donde ambos nos permitieron conocer y hasta se podría decir recuperar la parte práctica que teníamos en deuda. Realizando tactos vaginales en la concurrida emergencia de la Maternidad de Lima, evaluando gestantes con las conocidas maniobras de Leopold, identificando trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragias obstétricas y posteriormente, atendiendo partos realizando episiotomías y episiorrafias e incluso instrumentando en cesáreas, lo cual nos permitió ganar parte de la experiencia necesaria en el proceso de cada nacimiento y a su vez, aprendimos también sobre el otro extremo, es decir las pérdidas que se pueden producir como parte de complicaciones del embarazo y que no dejan de ser frecuentes acompañando a las gestantes en el proceso. Por otro lado, también en la parte ginecológica observamos casos de patologías frecuentes como vulvovaginitis, hemorragias uterinas anormales por miomatosis o pólipos, mastitis y patologías de cérvix.

La especialidad de Medicina interna, la cual es conocida por el gran número de casuística en el Hospital Militar Central, nos permitió abarcar y conocer la evaluación clínica, diagnóstico y tratamiento de múltiples patologías, siendo estas desde las más simples o las más comunes y que muchas veces estudiamos por separado y vemos en diferentes pacientes, hasta tener varios diagnósticos en una misma persona y que aquí nos enseñaron a considerar realmente al paciente como un todo y no solo ver la presencia de la enfermedad en sí, puesto que al tener patologías en simultáneo conllevaba aumentar la complejidad llevándonos a unificar e interrelacionar lo aprendido años atrás identificando las diferentes formas de presentación principalmente en los extremos de la vida, curando las frecuentes úlceras por presión y hasta observando desde neumonías aspirativas e intrahospitalarias, colangitis, diabetes descompensadas, trombosis venosas profundas, infecciones del tracto urinario hasta enfermedades no muy frecuentes

como elefantiasis verrucosa, encefalitis de Bickerstaff o pacientes con VIH y sus múltiples complicaciones.

La última y cuarta rotación, fue la de Neonatología y Pediatría, donde nuevamente percibimos una desventaja en cuanto a la falta de práctica por las mismas razones que en Ginecología y Obstetricia, pero que sin embargo, pudimos superar con la oportunidad de asistir también al Instituto Nacional Materno Perinatal para Neonatología, donde principalmente pudimos aprender a identificar lo fisiológico en cada visita en Alojamiento Conjunto y que nos serviría para posteriormente, tener más confianza y distinguir cuando estábamos frente a un neonato con patologías, confirmándolo en el área de Cuidados Intermedios de la institución en recién nacidos con sepsis, ictericia por incompatibilidades, cardiopatías en trisomías 21 o hasta con neonatos con hidrocefalia, mielomeningocele o síndrome de Noonan. Asimismo, nos llevamos el conocimiento necesario para la atención inmediata que se requiere en todo recién nacido durante los primeros minutos de vida. Por otro lado, en cuanto a Pediatría también aprendimos acerca de las principales patologías de este grupo etéreo desde un resfrío común hasta crisis asmáticas o niños con bronquiolitis.

Finalmente, todas las vivencias durante cada rotación, además de lo teórico que pudimos recordar y su aplicación en la práctica, nos permitieron aprender lo que consideramos que no se encuentra en los libros o artículos científicos, y con esto nos referimos al trabajo en equipo, al respeto y admiración hacia parte del personal médico y no médico, como las licenciadas y técnicos que con toda su experiencia nos enseñaron en el transcurso de nuestro internado. Asimismo, lo que nos llevamos de cada paciente como personas y no como casos clínicos, como la importancia de escuchar, de tener paciencia y empatía, además de ver la perseverancia y su fortaleza día a día; y también de sus familias que conforman parte de nuestro equipo, ya que son de relevancia para el cumplimiento del tratamiento, viviendo parte de la enfermedad apoyando a los pacientes y acompañándolos hasta el final. Por último, queremos resaltar que todo lo

mencionado es lo que nos deja esta experiencia a pesar de aún no encontrarnos en las mismas condiciones que internados anteriores, pero que nos servirá para el siguiente paso trazado, es decir el SERUMS y en todo el largo camino de la carrera que elegimos, Medicina Humana.

CONCLUSIONES

El internado médico, como el último peldaño y requisito en la vida universitaria de todo estudiante de pregrado, nos permitió solidificar los conocimientos teóricos y prácticos aprendidos; así como también nos instruyó en otros aspectos relevantes y que todo médico necesita como adquirir confianza además de empatía y tolerancia a la frustración y situaciones de estrés. A su vez, nos ayudó a alcanzar habilidades para la comunicación asertiva y la convivencia diaria con el personal de salud, los pacientes y sus familias conformando un equipo que tenía como única finalidad el bienestar de la persona atendida.

Si bien esta fue una etapa que no era la misma ni será uniforme para todos, en el sentido que las sedes de cada interno de Medicina Humana variaba actualmente tanto en las categorías de los establecimientos de salud en donde se realizaron y la duración de éste respecto a los internados antes de la pandemia, es importante resaltar nuestra convicción de que, además del hecho que el interno interviene en gran proporción en el aprovechamiento de su sede docente, en cada una habrá un aprendizaje que repercutirá en nuestra vida profesional y personal, tal es así que además de los conocimientos en medicina obtenidos queremos resaltar de nuestra sede principal, que al ser una institución militar nos ayudó a fortalecer nuestra identificación con nuestros símbolos patrios y nuestra disciplina tanto en la actitud como hasta en la vestimenta.

Todas las rotaciones que conforman parte del internado médico son, por igual, partes fundamentales para las competencias que debe tener un médico general. Asimismo, cabe resaltar que previo al inicio del mismo, consideramos que cada estudiante tiene que ser consciente que en cada año debe adquirir la mayor parte de conocimientos posibles con miras a esta etapa. Así como también forjar en ellos, la predisposición para la continua actualización mediante la búsqueda de información de medicina basada en evidencia, ya que, al llegar a este momento, todo lo expuesto se va a poder aplicar y tenemos la responsabilidad de estar en

las condiciones de hacer lo mejor para el beneficio del paciente, el cuál es el principal motivo de nuestra profesión.

Finalmente, queremos concluir señalando que, si bien los conocimientos obtenidos con la experiencia y el estudio, nos brindan la capacidad necesaria para el diagnóstico y tratamiento oportuno de cada caso clínico como por ejemplo los expuestos, así como también para realizar la prevención de diferentes patologías; estos no son suficientes si no se adquieren ni aplican habilidades blandas como la de escuchar, tener una comunicación asertiva, ser empáticos, pacientes y por sobre todo, tener la intención de ayudar al otro; ya que son con estas características con las que se reconoce a un verdadero médico.

RECOMENDACIONES

La duración del internado y el número de guardias que significan más horas de prácticas clínicas se han visto reducidas por los cambios producto de la pandemia por SARS-CoV-2, por ello depende del estudiante sacar el mayor provecho a sus horas de trabajo para compensarlo.

Adicionalmente, las actividades académicas en las sedes y organizadas por la universidad complementan el aprendizaje del estudiante en este último año, por lo cual el interno debe ser capaz de buscar fuentes confiables de medicina basada en evidencia para poder participar en las actividades académicas y transmitir el conocimiento nuevo a sus demás compañeros.

Finalmente, queremos enfatizar y exhortar a todo estudiante o futuro profesional que no debe olvidar de la importancia de la prevención como de la educación a los pacientes, y principalmente, del lado humano de la carrera, ya que detrás de cada patología hay una persona que la padece y una familia que espera una solución al problema o por lo menos el mejor trato que se le pueda ofrecer.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ugarte O. Documento Técnico “Lineamientos para el desarrollo de las actividades de los internos de ciencias de la salud 2021 en el marco de la emergencia sanitaria” [Internet]. Ministerio de Salud; 2021 [citado el 20 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1976734-779-2021-minsa>
2. Nuñez O. Situación de salud de la población pediátrica en el Perú [Internet]. Instituto Nacional de Salud del Niño; 2018 [citado el 24 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4812.pdf>
3. Historia del Hospital Militar Central [Internet]. Hospital Militar Central. [citado el 24 de febrero de 2022]. Disponible en: http://hmc.ejercito.mil.pe/nosotros_historia
4. Información Institucional - Presentación [Internet]. Instituto Nacional Materno Perinatal. [citado el 24 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/presentacion/1415392103>
5. Cartería de Servicios [Internet]. Instituto Nacional Materno Perinatal. [citado el 24 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/servicios/cartera-de-servicios/1547571289>
6. Hernández J, De León J, Martínez M, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cirujano General. 2019;41(1):33–8.
7. Meléndez J, Cosío H, Sarmiento W. Sensibilidad y especificidad de la Escala de Alvarado en el diagnóstico de pacientes atendidos por apendicitis aguda en Hospitales del Cusco. HorizMed. 2019;19(1):13–8.
8. Reyes N, Zaldívar F, Cruz R, et al. Precisión diagnóstica de la escala RIPASA para el diagnóstico de apendicitis aguda: análisis comparativo con la escala de Alvarado modificada. Cirujano General. 2012;34(2):101–6.

9. Garro V, Rojas S, Thuel M. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de emergencias. *Revista Médica Sinergia*. 2019;4(12):e316.
10. Andersen B, Kallehave F, Andersen H. Antibiotics versus placebo for prevention of postoperative infection after appendectomy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(2):CD001439
11. Hernández J, García R, Martínez M, et al. Empleo de antibióticos en el postoperatorio de apendicitis aguda: revisión de la literatura. *Cirujano General*. 2018;40(4):262–9.
12. Longo D, Kasper D, Jameson J, et al. *Harrison: Principios de Medicina Interna*. 18a ed. México: McGraw-Hill; 2012. 2621–2624 p.
13. Gargallo C, Aranguren F, Simón M. Colecistitis aguda. *Emergencias en gastroenterología y hepatología*. 2011;10(1):47–52.
14. Barie P, Eachempati S. Acute Acalculous Cholecystitis. *Gastroenterology Clinics of North America*. 2010;39(2):343–57.
15. Ryu J, Ryu K, Kim K. Clinical Features of Acute Acalculous Cholecystitis. *Journal of Clinical Gastroenterology*. 2003;36(2):166–9.
16. Jagannath S, Singh V, Cruz M, et al. A long-term cohort study of outcome after cholecystectomy for chronic acalculous cholecystitis. *The American Journal of Surgery*. 2003;185(2):91–5.
17. Trowbridge R, Rutkowski N, Shojania K. Does This Patient Have Acute Cholecystitis? *JAMA*. 2003;289(1):80–6.
18. Mirvis S, Whitley N, Miller J. CT diagnosis of acalculous cholecystitis. *J Comput Assist Tomogr*. 1987;11(1):83–7.

19. Kalliafas S, Ziegler D, Flancbaum L, et al. Acute acalculous cholecystitis: incidence, risk factors, diagnosis, and outcome. *Am Surg*. 1998;64(5):471–5.
20. Sciuto P. Hernias de la Pared Abdominal. *Clin Quir FM UdelaR*. 2018;6.
21. The HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018;22(1):1–165.
22. Burcharth J, Pedersen M, Bisgaard T, et al. Nationwide Prevalence of Groin Hernia Repair. *PLoS ONE*. 2013;8(1):e54367.
23. Armas B, Agramante O. Maniobras y artificios quirúrgicos en la hernia inguinal. *Revista Cubana de Cirugía*. 2015;54(3):195–9.
24. Leubner K, Chop W, Ewigman B, et al. What is the risk of bowel strangulation in an adult with an untreated inguinal hernia? *The Journal of Family Practice*. 2007;56(12):1039–41.
25. Robinson A, Light D, Kasim A, et al. A systematic review and meta-analysis of the role of radiology in the diagnosis of occult inguinal hernia. *Surg Endosc*. 2013;27(1):11–8.
26. Rosemar A, Angerås U, Rosengren A, et al. Effect of Body Mass Index on Groin Hernia Surgery. *Annals of Surgery*. 2010;252(2):397–401.
27. Granda A, Correa S, Quispe A. Herniorrafía con la técnica de Lichtenstein versus Nyhus en el manejo de las hernias inguinales y sus complicaciones postoperatorias en un hospital del Perú. *Acta Med Peru*. 2016;33(3):208.
28. Ballesteros C, Bernal J, Cavanilles J. Capítulo 110 - Fractura de la Extremidad Distal del Radio. En Barcelona: Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; p. 518–21.
29. Vicente I, Martínez M, García A, et al. Fracturas del radio distal: importancia de una correcta valoración mediante radiografía simple y TCMC para

una adecuada decisión terapéutica. Seram [Internet]. 2018 [citado el 18 de febrero del 2022]. Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/1825/922>

30. Serrano J. Fracturas distales de radio. Clasificación. Tratamiento conservador. Revista Española de Cirugía Osteoarticular. 2008;46(236):141–54.

31. Gutow A. Avoidance and Treatment of Complications of Distal Radius Fractures. Hand Clinics. 2005;21(3):295–305.

32. Medoff R. Essential Radiographic Evaluation for Distal Radius Fractures. Hand Clinics. 2005;21(3):279–88.

33. Handoll H, Madhok R. Closed reduction methods for treating distal radial fractures in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2003;2003(1):CD003763.

34. Ramón A. Tratamiento de Fracturas Distales del Radio con Técnica de Reducción abierta y Fijación Interna con Placa Volar. Rev Salud Pública Parag. 2014;4(1):32–40.

35. Hernández E, Mosquera G, Quesada R. Tratamiento quirúrgico de fractura de radio distal con placa volar bloqueada Synthes® de doble columna. Rev Arch Med Camagüey. 2019;23(1):122–30.

36. Mazzi E. Hiperbilirrubinemia neonatal. Rev Soc Bol Ped. 2005;44(1):26–35.

37. Rodríguez J, Figueras J. Ictericia neonatal. Asociación Española de Pediatría [Internet]. 2008 [citado el 20 de febrero del 2022]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/38.pdf>

38. González M, Raynero R. Ictericia neonatal. Pediatría Integral. 2019;23(3):147–53.

39. Kaplan M, Hammerman C, Vreman H. Direct antiglobulin titer strength and hyperbilirubinemia. *Pediatrics*. 2014;134(5):e1340-1344.
40. Hernández M, Iglesias T, Abascal H. Isoinmunización ABO en recién nacidos en Pinar del Río. *Rev Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 2017;21(4):471–9.
41. Hisham A, Azza A, Tantaw R, et al. CD144+ endothelial microparticles as a marker of endothelial injury in neonatal ABO blood group incompatibility. *Blood Transfus*. 2014;12(2):250–9.
42. Ryan M, Adams M. Delayed cord clamping in red blood cell alloimmunization: safe, effective, and free? *Transl Pediatr*. 2016;5(2):100–3.
43. Oza S, Lawn J, Hogan D, et al. Neonatal cause-of-death estimates for the early and late neonatal periods for 194 countries: 2000–2013. *Bull World Health Organ*. 2015;93(1):19–28.
44. Dávila C, Hinojosa R, Mendoza E, et al. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la sepsis neonatal: Guía de práctica clínica basada en evidencias del Instituto Nacional Materno Perinatal del Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2020;81(3):354–64.
45. Kimberlin D, Brady M, Jackson M, et al. Group B streptococcal infections. En: *Red Book*. 31a ed. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2018. p. 792.
46. Bizzarro M, Raskind C, Baltimore R, et al. Seventy-Five Years of Neonatal Sepsis at Yale: 1928–2003. *Pediatrics*. 2005;116(3):595–602.
47. Rios C, Navia MP, Díaz M, et al. Factores de riesgo asociados a sepsis neonatal. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*. 2005;44(2):87–92.
48. Arias S, Cáceres F, Geyson D, et al. Factores de riesgo asociados a sepsis neonatal tardía. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2019;57(4):226–31.

49. Nizet V, Klein J. Bacterial sepsis and meningitis. En: Remington J, editor. Infectious diseases of the Fetus and Newborn Infant. 8a ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2016. p. 217.
50. Puopolo K, Benitz W, Zaoutis T, et al. Management of Neonates Born at ≥ 35 0/7 Weeks' Gestation with Suspected or Proven Early-Onset Bacterial Sepsis. *Pediatrics*. 2018;142(6):2018-894.
51. Orellana C, Bernal R, Azabache P, et al. Faringoamigdalitis Aguda. En: Manual de Urgencias y Emergencias en Pediatría. 3a ed. Lima, Perú: AMERINSN; 2018. p. 11–6.
52. Kronman M, Zhou C, Mangione R. Bacterial Prevalence and Antimicrobial Prescribing Trends for Acute Respiratory Tract Infections. *Pediatrics*. 2014;134(4):e956–65.
53. Shulman S, Bisno A, Clegg H, et al. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis: 2012 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2012;55(10):86–102.
54. Piñeiro R, Hijano F, Álvez F, et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. *An Pediatr (Barc)*. 2011;75(5):342.e1-13.
55. Roggen I, Van Berlaer G, Gordts F, et al. Centor criteria in children in a paediatric emergency department: for what it is worth. *BMJ Open*. 2013;3(4):e002712.
56. Spinks A, Glasziou P, Del Mar C. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 2013(11):CD000023.
57. Kimberlin D, Brady M, Jackson M, et al. Group A Streptococcus. En: Red Book. 30a ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2015. 732 p.

58. Marín J, Cubillo A, Gómez-Escalonilla N, et al. ¿Es posible el diagnóstico clínico de la faringoamigdalitis estreptocócica? *Aten Primaria*. 2007;39(7):361–5.
59. Gonzales S, Bada M, Rojas G, et al. Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda infecciosa en pediatría Perú - 2011. *Revista de Gastroenterología del Perú*. 2011;31(3):258–77.
60. Flórez I, Contreras J, Sierra J, et al. Guía de Práctica Clínica de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. Diagnóstico y tratamiento. *Pediatr*. 2015;48(2):29–46.
61. Arancibia A. Diarrea aguda en el lactante y preescolar. *Gastroenterol latinoam*. 2019;30(1):26–30.
62. Duggan C, Refat M, Hashem M, et al. How Valid Are Clinical Signs of Dehydration in Infants? *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 1996;22(1):56–61.
63. Casado P, Santos R, Enamorado G, et al. Tiempos de aplicación de las escalas de deshidratación clínica y de Gorelick en la emergencia pediátrica. *MediCiego*. 2019;25(2):15–25.
64. García M, Olivas C, López M. Deshidratación aguda. *Protoc diagn ter pediatr*. 2020;1:215–31.
65. García P. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en la niña y el niño [Internet]. Ministerio de Salud; 2017 [citado el 20 de febrero de 2022]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666_RM_N_C2_B0_755-2017-MINSA.pdf20180823-24725-llg4ky.pdf
66. Reyes U, Reyes K, Santos L, et al. Enfermedad diarreica aguda en niños. *Revista Salud Quintana Roo*. 2018;11(40):34–41.

67. Foxman B, Brown P. Epidemiology of urinary tract infections: transmission and risk factors, incidence, and costs. *Infect Dis Clin North Am.* 2003;17(2):227–41.
68. Verdejo C. Infecciones urinarias en el anciano: Diagnóstico y tratamiento. *Clínicas Urológicas de la Complutense.* 1997;5:221–34.
69. Delgado P. Infecciones Urinarias [Internet]. *Nefrología al Día.* 2019 [citado el 20 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-infecciones-urinarias-255>
70. Chang Y, Lin C, Chen Y, et al. Update on infections caused by *Stenotrophomonas maltophilia* with particular attention to resistance mechanisms and therapeutic options. *Front Microbiol.* 2015;6:893.
71. Vartivarian S, Papadakis K, Anaissie E. *Stenotrophomonas (Xanthomonas) maltophilia* urinary tract infection. A disease that is usually severe and complicated. *Arch Intern Med.* 1996;156(4):433–5.
72. Dasgupta M, Brymer C, Elsayed S. Treatment of asymptomatic UTI in older delirious medical in-patients: A prospective cohort study. *Arch Gerontol Geriatr.* 2017;72:127–34.
73. Ward G, Jordan R, Severance H. Treatment of pyelonephritis in an observation unit. *Ann Emerg Med.* 1991;20(3):258–61.
74. Kumar S, Bandyopadhyay M, Chatterjee M, et al. *Stenotrophomonas maltophilia*: Complicating treatment of ESBL UTI. *Adv Biomed Res.* 2015;4:36.
75. OPS/OMS [Internet]. Organización Panamericana de la Salud: Diabetes. [Citado el 25 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
76. Armstrong D, Boulton A, Bus S. Diabetic Foot Ulcers and Their Recurrence. *N Engl J Med.* 2017;376(24):2367–75.

77. Walsh J, Hoffstad O, Sullivan M, et al. Association of diabetic foot ulcer and death in a population-based cohort from the United Kingdom. *Diabet Med*. 2016;33(11):1493–8.
78. Bus S, Van Netten J, Lavery L, et al. IWGDF guidance on the prevention of foot ulcers in at-risk patients with diabetes. *Diabetes Metab Res Rev*. 2016;32(1):16–24.
79. American Diabetes Association. Microvascular Complications and Foot Care: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. *Diabetes Care*. 2020;43(1):135–51.
80. Lipsky B, Berendt A, Cornia P, et al. 2012 Infectious Diseases Society of America clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of diabetic foot infections. *Clin Infect Dis*. 2012;54(12):132-173.
81. Lipsky B, Berendt A, Deery H, et al. Diagnosis and treatment of diabetic foot infections. *Clin Infect Dis*. 2004;39(7):885–910.
82. Johani K, Fritz B, Bjarnsholt T, et al. Understanding the microbiome of diabetic foot osteomyelitis: insights from molecular and microscopic approaches. *Clin Microbiol Infect*. 2019;25(3):332–9.
83. Wagner F. The dysvascular foot: a system for diagnosis and treatment. *Foot Ankle*. 1981;2(2):64–122.
84. Iversen M, Tell G, Espehaug B, et al. Is depression a risk factor for diabetic foot ulcers? 11-years follow-up of the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *J Diabetes Complications*. 2015;29(1):20–5.
85. Sandino V, Vega E. Abordaje de trombosis venosa profunda en miembros inferiores. *Revista Medica Sinergia*. 2020;5(2):360.
86. Chama A, Becerra J, Valdez R, et al. Diagnóstico y tratamiento de la trombosis venosa profunda. *Revista mexicana de angiología*. 2021;49(1):24–32.

87. Dahlbäck B. Advances in Understanding Mechanisms of Thrombophilic Disorders. *Hamostaseologie*. 2020;40(1):12–21.
88. Sandler D, Martin J, Duncan J, et al. Diagnosis of deep-vein thrombosis: comparison of clinical evaluation, ultrasound, plethysmography, and venoscan with X-ray venogram. *Lancet*. 1984;2(8405):716–9.
89. Goodacre S, Sutton A, Sampson F. Meta-analysis: The value of clinical assessment in the diagnosis of deep venous thrombosis. *Ann Intern Med*. 2005;143(2):129–39.
90. Wells P, Anderson D, Rodger M, et al. Evaluation of D-dimer in the diagnosis of suspected deep-vein thrombosis. *N Engl J Med*. 2003;349(13):1227–35.
91. García J, Bolaño S, Dosouto V, et al. Ecografía Doppler en el diagnóstico de trombosis venosa profunda de miembros inferiores. *Multimed*. 2020;24(6):1271–82.
92. Den Exter P, Van Es J, Erkens P, et al. Impact of delay in clinical presentation on the diagnostic management and prognosis of patients with suspected pulmonary embolism. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013;187(12):1369–73.
93. Stevens S, Woller S, Kreuziger L, et al. Antithrombotic Therapy for VTE Disease: Second Update of the CHEST Guideline and Expert Panel Report. *Chest*. 2021;160(6):545–608.
94. Gupta M, Sachdev A. Acute cholangitis - An overview of diagnosis and medical management. *Journal of Medical College Chandigarh*. 2016;6(2):1–8.
95. Vagholkar K. Acute cholangitis: Diagnosis and management. *International Journal of Surgery Science*. 2020;4(2):601–4.

96. Sung J, Costerton J, Shaffer E. Defense system in the biliary tract against bacterial infection. *Dig Dis Sci.* 1992;37(5):689–96.
97. Kimura Y, Takada T, Kawarada Y, et al. Definitions, pathophysiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis: Tokyo Guidelines. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2007;14(1):15–26.
98. Van den Hazel S, Speelman P, Tytgat G, et al. Role of antibiotics in the treatment and prevention of acute and recurrent cholangitis. *Clin Infect Dis.* 1994;19(2):279–86.
99. Mosler P. Diagnosis and management of acute cholangitis. *Curr Gastroenterol Rep.* 2011;13(2):166–72.
100. Kiriya S, Kozaka K, Takada T, et al. Diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences.* 2018;25(1):17–30.
101. Solomkin J, Mazuski J, Bradley J, et al. Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children: guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2010;50(2):133–64.
102. Gomi H, Solomkin J, Schlossberg D, et al. Tokyo Guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences.* 2018;25(1):3–16.
103. Lai E, Mok F, Tan E, et al. Endoscopic biliary drainage for severe acute cholangitis. *N Engl J Med.* 1992;326(24):1582–6.
104. Kumar D, Moore R, Mercer B, et al. The physiology of fetal membrane weakening and rupture: Insights gained from the determination of physical properties revisited. *Placenta.* 2016;42:59–73.

105. Ruptura Prematura de Membranas. En: Guías de Práctica Clínica y de procedimientos de Obstetricia y Perinatología. Instituto Nacional Materno Perinatal; 2018. p. 110–5.
106. Barrionuevo S, Rivera E. Factores de riesgos de ruptura prematura de membranas. Hospital Provincial General Docente Riobamba. Noviembre 2017-febrero 2018. Revista Eugenio Espejo. 2018;12(1):53–63.
107. Lugones M, Ramírez M. Ruptura prematura de membranas, aspectos de interés para la atención primaria de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2010;26(4):682–93.
108. Alexander J, Mercer B, Miodovnik M, et al. The impact of digital cervical examination on expectantly managed preterm rupture of membranes. Am J Obstet Gynecol. 2000;183(4):1003–7.
109. Orias M. Ruptura prematura de membranas. Revista Médica Sinergia. 2020;5(11):606.
110. Liang D, Qi H, Luo X, et al. Comparative study of placental α -microglobulin-1, insulin-like growth factor binding protein-1 and nitrazine test to diagnose premature rupture of membranes: a randomized controlled trial. J Obstet Gynaecol Res. 2014;40(6):1555–60.
111. Prelabor Rupture of Membranes: ACOG Practice Bulletin, Number 217. Obstet Gynecol. 2020;135(3):e80–97.
112. Alfirevic Z, Keeney E, Dowswell T, et al. Which method is best for the induction of labour? A systematic review, network meta-analysis and cost-effectiveness analysis. Health Technol Assess. 2016;20(65):1–584.
113. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Trastornos hipertensivos en la gestación. Prog Obstet Ginecol. 2020;63:244–72.

114. Gestational hypertension and preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstet Gynecol.* 2020;135(6):e237–60.
115. Duckitt K, Harrington D. Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. *BMJ.* 2005;330(7491):565.
116. Bartsch E, Medcalf K, Park A, et al. High risk of re-eclampsia identification group. Clinical risk factors for pre-eclampsia determined in early pregnancy: systematic review and meta-analysis of large cohort studies. *BMJ.* 2016;353:i1753.
117. Salas B, Montero F, Alfaro G. Trastornos hipertensivos del embarazo: comparación entre la guía de la Caja Costarricense del Seguro Social del 2009 y las recomendaciones de la Asociación de Ginecología Obstetricia del 2019. *Revista Médica Sinergia.* 2020;5(7):532.
118. Magee L, Pels A, Helewa M, et al. Canadian Hypertensive Disorders of Pregnancy Working Group. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: executive summary. *J Obstet Gynaecol Can.* 2014;36(5):416–41.
119. Amorim M, Souza A, Katz L. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for severe pre-eclampsia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;10: 9430.
120. Odigboegwu O, Pan L, Chatterjee P. Use of Antihypertensive Drugs During Preeclampsia. *Frontiers in Cardiovascular Medicine.* 2018;5(50):1–4.
121. Donnez J, Dolmans M. Uterine fibroid management: from the present to the future. *Human Reproduction Update.* 2016;22(6):665–86.
122. Murga A, editor. Guías de Práctica Clínica y de procedimientos en Ginecología. Perú: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2015. Vol. 2. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del leiomioma del útero; 2015. p. 20–34.

123. Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Practice bulletin no. 128: diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. *Obstet Gynecol.* 2012;120(1):197–206.
124. Pavone D, Clemenza S, Sorbi F, et al. Epidemiology and Risk Factors of Uterine Fibroids. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology.* 2018; 46:3–11.
125. Stewart E. Clinical practice. Uterine fibroids. *N Engl J Med.* 2015;372(17):1646–55.
126. Munro M, Critchley H, Fraser I. FIGO Menstrual Disorders Working Group. The FIGO classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. *Fertil Steril.* 2011;95(7):2204–8.
127. Borah B, Nicholson W, Bradley L, et al. The impact of uterine leiomyomas: a national survey of affected women. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;209(4):319-20.
128. Hernández M, Valerio E, Tercero-Valdez C, et al. Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. *Ginecología y obstetricia de México.* 2017;85(9):611–33.
129. Sundermann A, Velez D, Bray M, et al. Leiomyomas in Pregnancy and Spontaneous Abortion: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2017;130(5):1065–72.
130. Marret H, Fritel X, Ouldamer L, et al. Therapeutic management of uterine fibroid tumors: updated French guidelines. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2012;165(2):156–64.
131. Rodríguez M, Prats P, Fournier S, et al. Guía clínica de actuación de la interrupción del embarazo. *Diagn Prenat.* 2013;24(1):11–4.

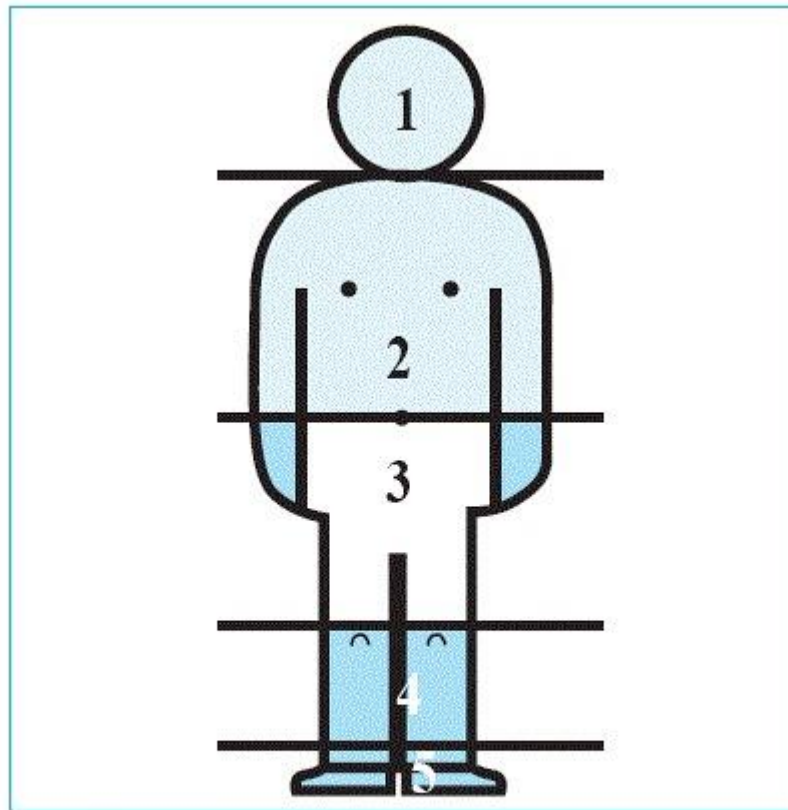
132. Wyatt P, Owolabi T, Meier C, et al. Age-specific risk of fetal loss observed in a second trimester serum screening population. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(1):240–6.
133. González M. Pérdida Gestacional. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica.* 2016;74(619):309–15.
134. Seda J, Gómez J, Orta M. Traumatismos en la embarazada. *Emergencias y Catastrofes.* 2000;1(4):237–45.
135. Fanslow J, Silva M, Whitehead A, et al. Pregnancy outcomes and intimate partner violence in New Zealand. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2008;48(4):391–7.
136. DeVilbiss E, Naimi A, Mumford S, et al. Vaginal bleeding and nausea in early pregnancy as predictors of clinical pregnancy loss. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;223(4):570-84.
137. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics and the American Institute of Ultrasound in Medicine. Practice Bulletin No. 175: Ultrasound in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* diciembre de 2016;128(6):241–56.
138. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente: Guía de Práctica Clínica. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2013.
139. Alarcón M. El legrado uterino, indicaciones, beneficios y riesgos. *Revista De Los Estudiantes De Medicina De La Universidad Industrial De Santander.* 2007;20(2):151–6.

ANEXOS

Anexo 1. Escala de Alvarado

Criterios de evaluación de la escala diagnóstica de Alvarado	
Criterio	Valor
Dolor en cuadrante inferior derecho	2
Signo de Blumberg positivo	1
Migración del dolor	1
Nausea o vómito	1
Anorexia	1
Temperatura oral superior a 37.2 °C	1
Recuento de leucocitos mayor de 10 000 por mm ³	2
Neutrofilia mayor a 70%	1
Decisión	Puntaje
<i>Criterios de decisión de la escala diagnóstica de Alvarado</i>	
Negativo para apendicitis	0-4
Posible apendicitis	5-6
<i>Rodríguez G HM</i>	
Probable apendicitis	7-8
Apendicitis	9-10

Anexo 2. Escala de Kramer



Zona 1: Ictericia de la cabeza y cuello	= <5 mg/dL
Zona 2: Ictericia hasta el ombligo	= 5-12 mg/dL
Zona 3: Ictericia hasta las rodillas	= 8-16 mg/dL
Zona 4: Ictericia hasta los tobillos	= 10-18 mg/dL
Zona 5: Ictericia plantar y palmar	= >15 mg/dL

Anexo 3. Escala de Gorelick

Tabla II. Escala de Gorelick para el cálculo del grado de deshidratación

Elasticidad cutánea disminuida

Tiempo de relleno capilar
> 2 segundos

Alteración del estado general

Ausencia de lágrimas

Respiración alterada

Mucosas secas

Ojos hundidos

Pulso radial débil

Taquicardia > 150 lat./min.

Diuresis disminuida

Cada apartado se puntúa con 1 punto. Deshidratación leve: 1-2 puntos. Deshidratación moderada: 3-6 puntos. Deshidratación grave: 7-10 puntos.
Pediatrics 1997; 99: E6

Anexo 4. Clasificación de lesiones de Pie Diabético de la Universidad de Texas

Estadio	Grado			
	0	I	II	III
A	Lesiones pre o postulcerosas completamente epitelizadas	Herida superficial, no involucra tendón, cápsula o hueso	Herida a tendón o cápsula	Herida penetrante a hueso o articulación
B	Infectada	Infectada	Infectada	Infectada
C	Isquémica	Isquémica	Isquémica	Isquémica
D	Infectada e isquémica	Infectada e isquémica	Infectada e isquémica	Infectada e isquémica

Anexo 5. Criterios Diagnósticos de Tokio 2018: Colangitis Aguda

A. Systemic inflammation

A-1. Fever and/or shaking chills

A-2. Laboratory data: evidence of inflammatory response

B. Cholestasis

B-1. Jaundice

B-2. Laboratory data: abnormal liver function tests

C. Imaging

C-1. Biliary dilatation

C-2. Evidence of the etiology on imaging (stricture, stone, stent, etc.)

Suspected diagnosis: one item in A + one item in either B or C

Definite diagnosis: one item in A, one item in B and one item in C

A-2 Abnormal white blood cell counts, increase of serum C-reactive protein levels, and other changes indicating inflammation

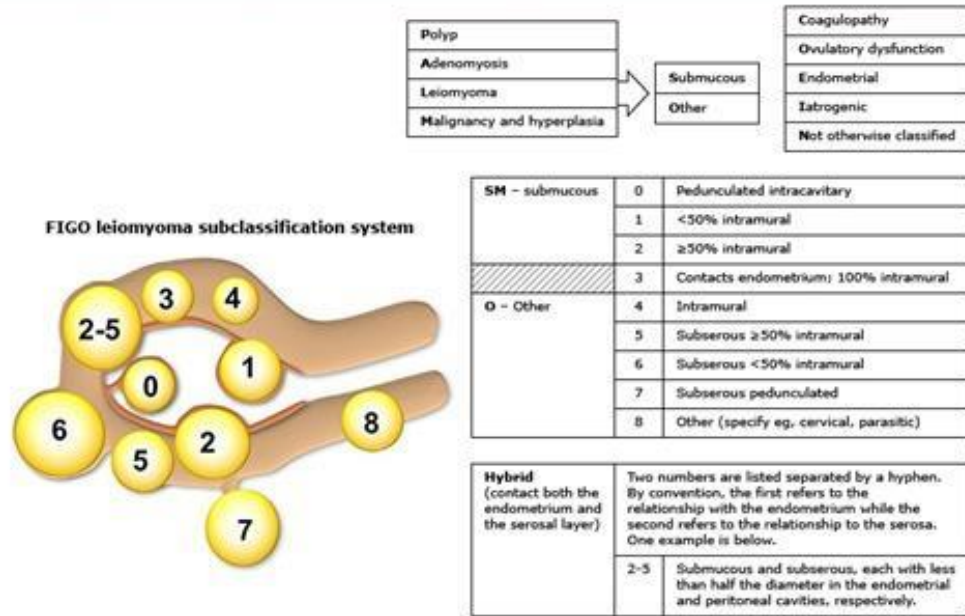
B-2 Increased serum ALP, γ -GTP (GGT), AST, and ALT levels

Thresholds

A-1	Fever		BT $>38^{\circ}\text{C}$
A-2	Evidence of inflammatory response	WBC ($\times 1,000/\mu\text{L}$)	<4 , or >10
		CRP (mg/dL)	≥ 1
B-1	Jaundice		T-Bil ≥ 2 (mg/dL)
B-2	Abnormal liver function tests	ALP (IU)	$>1.5 \times \text{STD}^*$
		γ GTP (IU)	$>1.5 \times \text{STD}^*$
		AST (IU)	$>1.5 \times \text{STD}^*$
		ALT (IU)	$>1.5 \times \text{STD}^*$

Anexo 6. Clasificación FIGO de Miomas Uterinos

PALM-COEIN subclassification system for leiomyomas



Reference:

- Wamsteker K, Emanuel MH, de Kruijff JH. Transcervical hysteroscopic resection of submucous fibroids for abnormal uterine bleeding: Results regarding the degree of intramural extension. *Obstet Gynecol* 1993; 82:736.
 From: Munro MG. *Abnormal Uterine Bleeding*. Cambridge: Cambridge University Press, 2010. Copyright © 2010 M. Munro. Reprinted with the permission of Cambridge University Press.
 Updated with information from: Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS, FIGO Menstrual Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. *In J Gynaecol Obstet* 2018; 143:393.