



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS OBSERVADOS DURANTE EL  
INTERNADO MÉDICO EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR  
LA COVID-19 EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA  
DURANTE LOS AÑOS 2021-2022**

**PRESENTADO POR  
RAQUEL SUSANA RODRÍGUEZ REMOND**

**ASESOR  
LUIS DANIEL MARES CHÁVARRI**

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

**LIMA- PERÚ**

**2022**



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

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**“ANALISIS DE CASOS CLÍNICOS OBSERVADOS DURANTE EL  
INTERNADO MÉDICO EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA  
POR LA COVID-19 EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO  
LOAYZA DURANTE LOS AÑOS 2021-2022”**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR:**

**RAQUEL SUSANA RODRÍGUEZ REMOND**

**ASESOR**

**DR. LUIS DANIEL MARES CHÁVARRI**

**LIMA- PERÚ**

**2022**

## **JURADO**

**Presidente:** M.E. Victor Hinostroza Barrionuevo

**Miembro:** M.E. Kattia Arribasplata Purizaca

**Miembro:** M.E. Jorge Carlos Vela Rodriguez

## **DEDICATORIA**

A mi familia, en especial a mis padres, quienes permanecieron a mi lado, para que pueda dar la mejor versión de mí.

A mis sobrinos, Miguel Eduardo y Micaela, que nunca dejen de soñar y de perseguir aquello que los hace feliz.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por todas aquellas veces que busqué refugio y consuelo para mis pacientes, por mantener con bienestar a mi familia, y permitir que sean parte del cierre de esta etapa tan importante en mi vida.

A mis abuelas, Rosa y Herminia, por haber creído en mí, regalarme sabiduría, paciencia y amor.

A mis padres, que con gran esfuerzo permanecieron a mi lado en las noches de desvelo, por su apoyo incondicional y su confianza depositada cada día.

A mis maestros, quienes forjaron mis ganas de seguir leyendo e investigando para ser mejor profesional; y constituyen el reflejo de aquello que quiero ser: una persona de bien, y que sirva a la humanidad desde la ciencia y la salud.

A mis amigos, los cuales han sido piedra angular durante toda mi formación, por compartir, y mostrarme su lealtad e incondicionalidad.

## ÍNDICE

<b>PORTADA</b> .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>JURADO</b> .....	<b>ii</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>ii</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	<b>iv</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>vi</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vii</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>viii</b>
<b>CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL</b> .....	<b>1</b>
CASOS CLINICOS DE MEDICINA INTERNA .....	2
CASOS CLINICOS DE PEDIATRIA .....	6
CASOS CLINICOS DE CIRUGIA GENERAL .....	10
CASOS CLINICOS DE GINECO OBSTETRICIA .....	13
<b>CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b> .....	<b>16</b>
<b>CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL</b> .....	<b>18</b>
3.2ANALISIS DE CASOS CLINICOS DE MEDICINA INTERNA .....	18
<b>3.3ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS DE PEDIATRÍA</b> .....	<b>21</b>
<b>3.4 ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS DE CIRUGÍA</b> .....	<b>26</b>
<b>3.1 ANALISIS DE CASOS CLINICOS DE GINECO OBSTETRICIA</b> .....	<b>28</b>
<b>CAPITULO IV: REFLEXION CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b> .....	<b>31</b>
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>32</b>
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	<b>33</b>
<b>FUENTES BIBLIOGRAFICAS</b> .....	<b>34</b>

## RESUMEN

El siguiente trabajo y discusión de casos clínicos es presentado por un miembro de la promoción 2015 de la facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres, interna en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza y en el Centro de Salud Materno-Infantil Magdalena del Mar, la cual ha rotado por las especialidades de Medicina Interna, Cirugía general, Gineco-Obstetricia y Pediatría, en ambos nosocomios.

**Objetivos:** Analizar los casos que se atendieron en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, de una manera crítica, exhaustiva, aplicando los conocimientos que se forjaron desde pregrado, y plasmándolos en la práctica clínica, la cual se convierte en un reto y en un aprendizaje constante.

**Metodología:** Selección de casos clínicos vistos por cada servicio, lectura de historias clínicas, análisis de ingreso, evolución y terapéutica que se tomó en cuenta en cada caso; discusión de casos a través de evidencia científica.

**Conclusión:** El internado es una experiencia única y enriquecedora que le pone fin a la etapa universitaria, para dar paso a la vida profesional. El siguiente punto para reflexionar es sobre la centralización de la salud y las pocas oportunidades que tiene el peruano para acudir a un centro de salud de alta complejidad. Finalmente, se demostró que nuestro primer nivel de atención no estaba preparado para recibir la cantidad de pacientes que a diario acudían por consultas externas a los hospitales de mayor categoría previo a la pandemia

**Palabras claves:** Internado médico, Cirugía general, Medicina interna, Gineco-obstetricia, Pediatría.



## **ABSTRACT**

The following work and discussion of clinical cases is presented by a member of the 2015 class of the Faculty of Human Medicine of the San Martín de Porres University, an intern at the Arzobispo Loayza National Hospital and the Magdalena del Mar Maternal and Child Health Center, who has rotated through the specialties of Internal Medicine, General Surgery, Gynecology-Obstetrics and Pediatrics, in both hospitals

**Objectives:** To analyze the cases that were received at the Archbishop Loayza National Hospital, in a critical and exhaustive manner, applying the knowledge forged from undergraduate studies, and translating it into clinical practice, which becomes a challenge and constant learning.

**Methodology:** Selection of clinical cases attended by each service, reading of medical records, admission analysis, evolution and therapy that was considered in each case; discussion of cases through scientific evidence.

**Conclusion:** The medical internship is a unique and enriching experience that ends the university stage, to give way to professional life. The next point to reflect on is the centralization of health and the few opportunities that Peruvians must go to an overly complex health center. Finally, it became clear that our first level of care was not prepared to receive the number of patients who daily went to outpatient clinics at hospitals of the highest category before the pandemic.

**Keywords:** Medical internship, General surgery, Internal medicine, Gynecology-obstetrics, Pediatrics.

## INTRODUCCIÓN

El trabajo presente tiene como objetivo exponer y analizar ocho casos clínicos vistos durante la rotación de diversas especialidades en el internado 2021-2022, que se desarrolló en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, con la finalidad de obtener el Título profesional de Médico Cirujano.

La carrera de medicina humana en el Perú se basa en tres pilares fundamentales: el área de Ciencias Básicas, Ciencias Clínicas y finalmente el Internado médico, que constituye el último eslabón dentro de los siete años de carrera, en donde el médico en formación permanece en su sede hospitalaria todo el año.

En el documento “Lineamientos para el Desarrollo de las Actividades de los Internos de Ciencias de la Salud 2021 en el Marco de la Emergencia Sanitaria”, se expuso que los internos del presente año necesitaban contar con las dos dosis de COVID-19, y, en caso se tenga alguna comorbilidad, el interno era libre de decidir si deseaba no presentarse.

Asimismo, se redujo el tiempo total para la realización de esta última etapa en diez meses, la cual se inició en julio del 2021 y culminará en abril del 2022. Las rotaciones fueron en Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General y Gineco-obstetricia, y se dividieron en cinco meses en un hospital de alta complejidad, y cinco meses en un centro de primer nivel de atención, a fin de brindar oportunidades a todos los internos de rotar por áreas netamente quirúrgicas.

## **CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL**

La carrera de Medicina Humana en el Perú tiene una duración de 7 años. En la Universidad de San Martín de Porres se cursan las materias de ciencias básicas como matemáticas, lengua, psicología, así como embriología, histología, anatomía, fisiología, entre otras.

Las materias del área clínica se dictan en el cuarto año de estudio, y se dividen en Medicina I, II y III; diagnóstico por imágenes, oncología médica, laboratorio clínico, patología I y II, nutrición, psiquiatría, neurología, terapéutica, cirugía general, del aparato locomotor, especialidades I y II, y técnica operatoria en conjunto con anestesiología, etc.

En sexto año, a partir del 2020, se optó, por la pandemia, por llevar las materias en línea. Se pudo cursar con especialidades tales como geriatría, pediatría, medicina legal, medicina física y rehabilitación, gineco-obstetricia, emergencias médicas y toxicológicas, salud pública II y Tesis II.

Finalmente, en el séptimo año se concluye con la realización del internado médico, el cual consta de cuatro rotaciones dadas por la especialidad de medicina, cirugía general, la cual incluye la rotación en traumatología, pediatría y gineco-obstetricia.

En el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL), en todas las especialidades nombradas anteriormente se desarrollan guardias en los tópicos específicos, las cuales tienen a su vez áreas de observación, para atender a los pacientes que no requieren mayor estudio de sus patologías. En aquellos casos de pacientes que requieren un manejo quirúrgico o más estudios, éstos son trasladados a pabellones establecidos para cada especialidad.

El internado consta de poner en práctica lo aprendido durante los 6 años previos. Cada mañana se realiza una discusión por cada paciente, para determinar el manejo que se seguirá, el avance que se observa del caso, recordar el procedimiento por el cual será intervenido, entre otras actividades, las cuales permiten al interno tener una visión más amplia de la enfermedad del paciente, ya que el curso de la enfermedad puede ser favorable o no.

Rotar en un hospital de alta complejidad brinda la posibilidad de disponer de herramientas para el diagnóstico del paciente. En caso del HNAL, cuenta con el área de diagnóstico por imágenes, en donde se ha podido observar la realización de procedimientos como esofagograma, angiografía, ecografía Doppler, etc.

Además, dispone de dos áreas de laboratorio, tanto para el servicio de emergencias, como para los pacientes hospitalizados. El servicio de pediatría cuenta con el área de emergencias pediátricas y hospitalización, que a su vez dispone de un área de cuidados especiales para aquellos pacientes que requieren ventilación mecánica, observación cada hora, pacientes cardiopatas o con patologías huérfanas. Así mismo, existe el servicio de neonatología, con un área especial de cuidados intermedios e intensivos.

Durante la revisión de los casos clínicos desarrollados a lo largo de la rotación, se discutirá con profesionales cada rama de la medicina, además de realizar un trabajo en conjunto con otros servicios que siempre están prestos a colaborar con la ayuda diagnóstica.

## CASOS CLINICOS DE MEDICINA INTERNA

### **a. APLASIA MEDULAR**

Paciente varón de 19 años, proveniente del distrito de Santa Anita, con tiempo de enfermedad de 3 semanas, caracterizado por dolor precordial al realizar actividades que le demandaban esfuerzo físico, acompañado de taquicardia y cefalea, los síntomas desaparecen al reposo. Dos semanas antes de su ingreso se le agrega odinofagia- por lo que empieza a tomar AINES- lo que se asocia a melena y hematuria. Una semana antes de acudir a emergencia se agrega cuadro de epistaxis (un episodio). El día del ingreso paciente presenta vómitos, náuseas y sensación de alza termina.

Antecedentes personales, niega patológicos y quirúrgicos; antecedentes familiares: abuela materna fallecida por probable NM de colon.

Al examen físico se encuentra PA: 130/60mmHg, FR:17x', FC: 118 x', T: 39.8°  
Sat:96%

- Piel y TCSC: frialdad distal, húmeda, elástica, tiempo de llenado capilar >2", palidez +++/+++, petequias a nivel de la línea media axilar anterior, se palpa adenopatías en región axilar derecha.
- Orofaringe: lesiones puntiformes de color violáceo en la región lateral de la lengua, restos de coágulos en las encías, úvula edematizada, violácea, con presencia de una placa adherida a paladar blando.
- TyP: amplexación adecuada, murmullo vesicular para disminuido 1/3 medio del hemitórax derecho.
- CV: RC rítmicos, taquicárdicos, pulsos periféricos presentes, de buena intensidad.
- Abdomen: plano, blando, depresible, RHA (+) no doloroso a la palpación, borde hepático por debajo del reborde costal. TR: no se observa sangrado activo, ni restos sanguinolentos.
- GU: PPL (-), PRU (-)
- SNC: despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, lenguaje y funciones motoras superiores conservadas, fuerza muscular disminuida.

Se realizan exámenes de laboratorio que tiene como resultados Hb: 2.3 gr/dL, leucocitos: 490, abastionados 0%, segmentados:0%, monocitos:0%, VGM;100, HBGM: 34, plaquetas: 3000, BT: 0.89, PCR: 1.04mg/dL. Serológicos: negativos.

Los diagnósticos planteados a su ingreso fueron pancitopenia severa, neutropenia febril, HDA no activa a descartar úlcera péptica, D/C síndrome mielodisplásico, D/C anemia aplásica, D/C PVVS.

Se deriva al servicio de hematología para la realización de Aspirado de Médula Ósea y biopsia de hueso en espina iliaca postero superior izquierda, los cuales arrojan los siguientes resultados de celularidad:15%, serie mieloide: actividad disminuida, serie eritroide: actividad disminuida, serie megacariocítica: ausente, sugerente de anemia aplásica. Así mismo, se describe una médula ósea con celularidad menor al 5%, con respecto al tejido adiposo con ausencia de megacariocitos y escaso remanentes de elementos eritroides.

El paciente recibió inicialmente Amikacina 500mg endovenoso c/ 12 horas y Ceftriaxona 2gr. c/24 hrs x 4 días, sin embargo, seguía reportando picos febriles por enfermería, además en la radiografía de tórax se muestran signos

sugerentes de una neumonía lobar. Se prescribe Meropenem 1gr. endovenoso c/8 horas y Ceftazidima 2gr endovenosos c/8 horas. Se transfundió 7 paquete globulares y 10 unidades de plaquetas. Además, durante su permanencia el enfermo se encuentra con aislamiento invertido, se evita la toma de AGA, fármacos intramusculares y no AINES.

Al día 15 de su hospitalización, presenta una evolución, se encuentra afebril, ventilando espontáneamente, sin sangrado activo al momento, ni presenta síntomas anemizantes. Es dado de alta, con la indicación de Ciclosporina 1,5cc vía oral cada 12 horas, Danazol 200mg. vía oral, cada 8 horas, y Metronidazol 500 mg vía oral.

#### **b. PANCREATITIS AGUDA NECROSADA**

Paciente varón de 30 años referido del hospital “Eleazar Guzmán Barrón” de la provincia de Nuevo Chimbote, ingresa el día 27 de diciembre del 2021 a la emergencia del servicio de cirugía, con un tiempo de enfermedad de 10 días caracterizado por presentar dolor abdominal tipo cólico, de intensidad 6/10 a predominio en hipocondrio derecho, que calma con analgésicos, a ello nota un color icterico en escleras.

Siete días antes de su ingreso el dolor se intensifica, siendo 9/10, irradiado hacia la espalda, asociado a sensación de alza térmica, náuseas y vómitos de contenido bilioso, por ello que acude a la emergencia del Hospital de Huarney, donde permanece 3 días, y se plantea el diagnóstico de pancreatitis aguda severa, Balthazar E con severidad 10. Ante el cuadro desfavorable, es trasladado al Hospital de Chimbote donde permanece desde el 22 de diciembre, para luego ser referido a un hospital de mayor complejidad, e ingresó al Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Como antecedentes personales, afirma ser un consumidor de alcohol hace 10 años, que toma cada 15 días cerveza o whisky, y ser fumador de tabaco ocasionalmente, niega consumo de drogas. Antecedentes patológicos: en septiembre del 2021 episodio de cólico biliar. Inmunizaciones de Covid-19: dos dosis. Niega antecedentes familiares de importancia.

Al examen físico, al paciente se le encuentra en regular estado general, mal estado de nutrición, regular estado de hidratación, portando cánula binasal a 2 litros. Una PA: 140/110, con una frecuencia cardiaca: 98 x' y frecuencia respiratoria 22x', con peso de 108 kg y talla: 1.63m.

- Piel y TCSC: ictericia en escleras, mucosas y piel, llenado capilar <2", no cianosis, no hay presencia de edemas.
- TyP: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no estertores.
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos.
- Abdomen: Globuloso, distendido, blando, depresible, RHA +/-, dolor a la palpación en epigastrio y en hipocondrio derecho, no signos peritoneales.
- SNC: despierto, consciente, responde a estímulos y al llamado, quejumbroso.

Se solicita hemograma completo, en donde se obtienen los siguientes resultados, Hb: 11.6, leucocitos: 11730, monocitos 8%, plaquetas: 237000, glucosa:132 mg/dL, amilasa: 172, BT: 9.03, a predominio de bilirrubina directa de 3.84 y bilirrubina indirecta de 1.14.

Se realiza una ecografía en donde se muestra una vesícula de 9x3.5cm distendida, con múltiples litiasis en su interior menores de 5mm, se muestra la presencia de una colección de contenido hipoecogénico en la región pancreática, cuyo volumen es de 96cc, las dimensiones del páncreas son 118x96x74cc.

Ante la sugerencia de ampliar el estudio de imágenes, se realiza una tomografía espiral multiforme de abdomen y pelvis, en donde se encuentra un páncreas con severos cambios inflamatorios, con extensas áreas de necrosis de aproximadamente el 90%, se asocia a una colección necrótica aguda, en toda su extensión, a predominio de cuerpo y cola. Además, describe cambios inflamatorios en la grasa mesentérica adyacente, así como la presencia de líquido en cavidad.

El paciente permaneció en el servicio de cirugía, se le colocó una sonda nasoyeyunal hasta la segunda porción del duodeno, se realizaron exámenes seriados cada 48 horas en donde se observó una evolución, la cobertura antibiótica fue de amplio espectro, de Meropenem 1gr. cada 8 horas hasta el 3 de enero, y Amikacina 500mg cada 24 horas, donde se decide manejo por el servicio de medicina, se continúa la cobertura antibiótica con Amikacina 500 mg cada 24 horas, y se agrega Metronidazol 500mg cada 8 horas, ambos antibióticos se suspendieron al quinto día de tratamiento. Así mismo, se indica iniciar dieta con líquidos a demanda, no reportó picos febriles desde el 6 día de hospitalización, el manejo del dolor se trató con Tramadol 50 mg subcutáneo.

Al día trece de hospitalización presenta picos febriles, al examen físico se auscultan subcrépitos en ambos bases pulmonares, a predominio de hemitórax izquierdo. Los exámenes de laboratorio muestran una Hb 7.8 mg/dL, una leucocitosis de 14300 con segmentados de 78% y abastionados de 7%, PCR: 23.12, amilasa: 65U/L. Se sospecha que el posible foco infeccioso es de origen pulmonar, planteándose como posibilidad diagnóstica una neumonía intrahospitalaria, por lo que se prescribe Imipenem de 500mg c/6 horas. Al momento, el paciente presenta una evolución favorable, afebril, se considera manejo quirúrgico para colecistectomía, luego de estabilización.

## CASOS CLINICOS DE PEDIATRIA

### **c. LEUCEMIA LINFOCITICA AGUDA:**

Paciente varón de 15 años, proveniente del distrito de Cercado de Lima, acude a la emergencia pediátrica acompañado por su madre, con un tiempo de enfermedad 3 días, caracterizado por dolor en miembro inferior izquierdo de moderada intensidad, que limita la deambulacion, no asociado a traumatismo, que no calma con antiinflamatorios. Una hora antes de su ingreso, el dolor se intensifica, siendo 9/10 por lo que acude a emergencia.

Se realiza la ampliación de historia clínica, en donde la madre refiere que nueve meses antes de su ingreso, tenía dolor en ambos miembros inferiores, predominante en el miembro inferior izquierdo en la región de la rodilla, episodios



han venido siendo más continuos asociados a cansancio, somnolencia, y baja de peso de aproximadamente 5 kg en los últimos 2 meses. Una semana antes de acudir a emergencia, presenta episodio de epistaxis con equimosis periorbitario sin haber tenido traumatismo.

Antecedentes personales: prenatales: controles prenatales adecuados, natales: parto vaginal, a término, alta conjunta. Postnatales: niega hospitalizaciones previas, cirugías previas, no RAMS. Antecedentes familiares: padre se desconoce, madre con hipertensión arterial crónica, primo materno con historia de leucemia.

Examen físico: FC: 107x', PA: 110/70 mmHg, FR: 17x', T: 36.1°, peso: 66kg, talla:1.64, IMC: 24.5. Paciente en AREG, ABEN, AREH.

- Piel y TCSC: palidez ++/+++, edemas en párpados superiores, no se palpan adenopatías,
- TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados
- CV: RC rítmicos, taquicárdicos, de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: plano, blando, depresible, RHA presentes, no distendido, no se palpa visceromegalia.
- SNC: despierto, colaborador al examen físico, no signos meníngeos.

Se solicitan exámenes auxiliares. En el hemograma se obtiene una Hb:8.1, leucocitos de 5900 con blastos:1%, abastionados:2%, segmentados 22%, linfocitos 70% y plaquetas 106000. PCR:1.49 y DHL:659, serológicos: no reactivos.

Se decide hospitalizar al paciente para someterlo a un estudio para saber la causa de la bicitopenia, se plantea el diagnóstico de síndrome linfoproliferativo, a descartar leucemia linfocítica aguda.

Se solicita una interconsulta al servicio de Hematología, para la realización de un frotis en sangre, donde se observan 10% de blastos, con abundantes linfocitos atípicos y precursores de mieloides. Se plantea como primera posibilidad diagnóstica leucemia aguda.

Así mismo, se realiza el aspirado de medula ósea, donde se obtiene los siguientes resultados: la celularidad al 100%, serie mieloide no evaluable, serie eritroide presenta actividad disminuida con algunos focos de actividad, se observan blastos en un 95% pequeños, medianos y grandes, en una relación de núcleo/ citoplasma alto, citoplasma basófilo escaso, cromatina laxa. La médula ósea presenta un infiltrado de más de 20% de blastos, compatible con leucemia aguda probable linfoblástica.

Se decide referir al paciente al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), por ser un hospital de mayor complejidad.

#### **d. CRISIS ASMÁTICA MODERADA**

Paciente varón de 4 años acude a la emergencia pediátrica del HNAL, acompañado de su madre, quien informa que lleva enfermo aproximadamente 2 días, con congestión nasal y estornudos. Un día antes de su ingreso se agrega a su cuadro tos con secreción. Seis horas antes de su ingreso, su madre nota que paciente presenta sibilancias durante la respiración, y uso de músculos del cuello, por lo que decide acudir al hospital.

Antecedentes personales prenatales: controles prenatales completos, natales: parto por cesárea debido cesárea previa, peso al nacer de 3800gr., alta conjunta.

Niega hospitalizaciones previas. Sin embargo, menciona haber sido nebulizado en dos ocasiones, la primera vez cuando paciente tenía 10 meses de edad, y la segunda en julio de 2021. Antecedentes familiares: hermano de 19 años es alérgico al polvo, hermana de 11 años con diagnóstico de asma, padres aparentemente sanos.

En el examen físico se encuentra taquicárdico (134), con una frecuencia respiratoria de 46 por minuto, y saturación de 97%, afebril.

- Piel y TCSC: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2”, no signos de cianosis, no ictericia, no edemas.
- TyP: tórax simétrico, tirajes subcostales e intercostales, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares; se auscultan sibilancias en ambos tiempos.

- CV: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no se auscultan soplos
- Abdomen: globuloso, blando, depresible, RHA presentes, no se palpan visceromegalia.
- SNC: paciente despierto, irritable, responde a ordenes, no se visualiza signos meníngeos, ni focalización.

Se mantiene en observación con diagnóstico de crisis asmática moderada. Se solicita hemograma, encontrándose una Hb en 13.3gr/dL., leucocitos: 19640 con abastados:2%, segmentados:83% y linfocitos 14%, plaquetas: 553000

Se indica Salbutamol 8 puff cada 20 minutos, Bromuro de Ipatropio 4 puff cada 20 minutos, y Prednisona 25mg vía oral.

Se reevalúa al paciente, en donde se encuentra una frecuencia cardiaca en 130x' y saturación:92%, con T:37.2°. Así mismo, en la radiografía de tórax se observa un aumento de trama broncovascular a predominio hiliar derecho, con un patrón intersticial, sin signos de consolidación, es por ello por lo que se decide hospitalizar al paciente.

Se deja al paciente con apoyo oxigenatorio con cánula binasal a 3 litros, con la finalidad de mantener la saturación de oxígeno por encima de 93%, Dexametosa 3mg endovenoso c/8 horas, Salbutamol 8 puff c/ 20 minutos por 3 veces, Bromuro de Ipatropio 4 puff c/20 minutos por 3 veces, luego c/4 horas. Se solicita prueba molecular para SARS-COV2, influenza A y B y del virus sincitial respiratorio, la cual resultó negativa. Ante la sospecha de un componente inmunológico, se solicita el dosaje de IgE, el cual obtuvo como resultado 1349IU/mL, para la edad del paciente en el rango de 2 a 5 años, el valor referencial es <60IU/mL.

Tres días después de su ingreso, el paciente muestra una evolución, y es dado de alta con Salbutamol 4 puff c/8 horas, Prednisona 15 ml vía oral a las 8 de la mañana, y 10ml a las 16 horas, budesónida 1 puff c/12 horas, control de saturación y frecuencia respiratoria. Se le informa que en caso presente algún signo de alarma debe acudir nuevamente a emergencia pediátrica.

## CASOS CLINICOS DE CIRUGIA GENERAL

### e. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Paciente mujer de 66 años, proveniente del distrito de San Martín de Porres con un tiempo de enfermedad de 6 meses, el cual se inicia con dolor abdominal difuso tipo cólico hasta la fecha de su ingreso, refiere pérdida de peso de aproximadamente 16 kg en el transcurso de la enfermedad. Un mes antes de su ingreso, el dolor abdominal aumenta de intensidad, acompañado de vómitos y náuseas. Un día antes de acudir a emergencia paciente refiere no realizar deposiciones acompañado de distensión abdominal, por lo que decide acudir a emergencia.

Niega antecedentes personales, patológicos, colecistectomizada hace 13 años en Venezuela. Antecedentes familiares, padre y 2 hermanos fallecidos por cáncer de páncreas.

Al examen físico: T: 37.2°, FCx':126, FR: 21x', PA: 110/80 mmHg. Paciente con AREG, AREH, AREN, ventila espontáneamente, con vía periférica permeable.

- Piel y TCSC: tibia, húmeda, elástica, palidez +/-, no edemas, no ictericia
- Ty P: Amplexación conservada, simétrica. Murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no tirajes.
- Abdomen: distendido, RHA (+/+), blando, depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio. No resistencia muscular, McBurney (-), Murphy (-), Rebote (+).
- SNC: Despierta, orientada en tiempo, espacio, persona, no signos meníngeos, ni de focalización

Se realizan exámenes de laboratorio, donde se encuentran una Hb: 11.6, Leucocitos: 5.9, segmentados: 73%, linfocitos: 17% y bastonados 0%.

En la TEM abdominal-pélvica, se describe un engrosamiento parietal de hasta 19mmx57mm de bordes irregulares, que condiciona a la disminución de la luz a nivel de región proximal del ciego, y de la válvula ileocecal con realce incrementado en ventana contrastada.

Se plantea el diagnóstico de obstrucción intestinal a descartar cáncer de colon.

Se decide dejar a la paciente en NPO para manejo quirúrgico, se le coloca una SNG a gravedad y se índice NaCl 0.9% x 1000cc, Omeprazol 40 mg endovenoso cada 24 horas, Ceftriaxona 2gr endovenoso cada 24 horas, Metronidazol 500mg endovenoso cada 8 horas, metamizol 1gr. endovenoso cada 8 horas.

Se realiza una laparotomía exploratoria con hemicolectomía derecha y anastomosis ileocolónica con dren Penrose. En los hallazgos se reporta una tumoración de ciego de 10x12cm. Se lleva pieza quirúrgica a patología en donde los resultados concluyen en la presencia de la tumoración perteneciente a la unión ileocolónica, que obstruye la luz en un 95% de la unión ileocecal de tipo histológico a un adenocarcinoma de grado 2 moderadamente diferenciado, el cual invade apéndice, tejido ganglionar y linfovascular.

Luego del postoperatorio paciente continuó con cobertura antibiótica, durante su estadía. En el día PO7 presenta picos febriles, se le realizó un hemograma en donde se evidencia una Hb: 7.1, leucocitos en 1430 mm<sup>3</sup>, segmentados 74%, linfocitos:22% y monocitos 3%, TP:21.2 e INR:1.60, Plaquetas:123000 y PCR:17.64.

La paciente cursa con evolución desfavorable, en el día doce del postoperatorio, donde manifiesta dolor abdominal, y dificultad respiratoria. Se encuentra una FC:116x', FR:24', PA: 80/50 mmHg y una saturación:83% con FIO<sub>2</sub>: 4 litros portando CBN. Además, en el examen físico se encuentra la piel tibia, poco húmeda y palidez marcada, RC taquicárdicos, se auscultan subcrépitos en ambas bases pulmonares. El abdomen se encuentra blando, depresible, herida operatoria limpia, cubierta con apósitos secas, desorientada en espacio y persona. Se plantea el diagnóstico de shock séptico de punto de partida pulmonar por una neumonía intrahospitalaria, finalmente se reporta su deceso con los diagnósticos previamente mencionados.

## f. APENDICITIS AGUDA

Paciente varón de 21 años proveniente del distrito de Puente Piedra, acude al hospital con un tiempo de enfermedad de 3 días, el cual cursa con dolor abdominal de inicio insidioso a nivel del epigastrio, falta de apetito, sin síntomas agregados. Doce horas antes de su ingreso, el dolor de gran intensidad migra hacia la fosa iliaca derecha, se agregan náuseas, vómitos en dos oportunidades y sensación de alza térmica.

Niega antecedentes de importancia, antecedentes patológicos, antecedentes quirúrgicos, y RAM.

Al examen físico se encuentra una FC: 110x', FR: 20x', Temp:38° PA: 110/70 mmHg, es un paciente en AREG, AREN, AREH.

- Piel y TCSC: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2"
- Ty P: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos, taquicárdicos, no solos audibles.
- Abdomen: plano, no distendido, blando, depresible, RHA presentes, doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel de fosa iliaca derecha, signo de McBurney (+), Rovsing (+) y Blumberg (-). No signos peritoneales.
- SNC: Despierto, quejumbroso, orientado en tiempo, espacio y persona

En los exámenes auxiliares el paciente presenta una Hb:15gr/dl, leucocitos:9090, monocitos: 20%, segmentados: 59%, plaquetas en 210000.

El diagnóstico presuntivo es una apendicitis aguda, por lo que se programa al paciente para realizar una apendicectomía incisional. Se indica NPO, ClNa al 0.9%, Omeprazol 40 mg endovenoso c/24 horas, Ciprofloxacino 200mg endovenoso c/12 horas, y Metronidazol 500mg endovenoso c/8 horas.

En el hallazgo de la pieza quirúrgica se encuentra un apéndice cecal de 8x1.5, necrosado a 2/3 distales subseroso, en posición paracecal, ascendente, con base indemne.

Diagnóstico postoperatorio: PO de apendicectomía abierta por apendicitis aguda necrosada. Luego de 36 horas de postoperatorio, el paciente evoluciona y es dado de alta, sin complicaciones.

## CASOS CLINICOS DE GINECO OBSTETRICIA

### **g. POLIPOS ENDOMETRIALES**

Paciente mujer de 42 años, proveniente de Lima, acude a emergencia del servicio de ginecología con un tiempo de enfermedad de 9 meses, refiriendo dolor pélvico de gran intensidad en hipogastrio a predominio de fosa iliaca izquierda, que se irradia a la región lumbar y se asocia a náuseas. Hace 4 meses cursa con sangrados escasos intermenstruales.

Antecedentes Gineco-Obstétricos: menarquia: 14 años, FUR: 13/08/21, RC: 3/irregular, IRS: 17 años, URS: hace 3 días, N°de PS: 2, método anticonceptivo: niega. Presenta dismenorrea, dispareunia, disquesia, cuenta con PAP hace 2 meses. G4:P3013, 2 partos eutócicos y una cesárea por feto en podálico.

Al examen físico: PA: 100/60mmHg, FC: 72x', FR: 18x', T: 36,4°, Talla: 1.57m, Peso: 61 kg. IMC: 24,7. Paciente en AREG, AREN, AREH.

- Piel y TCSC: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2", leve palidez en palmas de las manos.
- TyP: murmullo vesicular audible en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- CV: RC de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: globuloso, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio
- Especuloscopía: vagina se evidencia amplia, elástica, tibia, no sangrado activo. Cérvix: OCE cerrado, no sangrado por orificio.
- TV: cérvix: OCI cerrado, mide 2.5 mm, no dolor a la lateralización, útero: aprox. 12 cm, AVF, globuloso, no doloroso, anexo derecho: no masas palpables, anexo izquierdo: se palpa masa blanda, de bordes lisos, fondo de saco de Douglas: libre.

Se hospitaliza a la paciente con diagnóstico de hemorragia uterina anormal a descartar mioma submucoso, quiste anexial izquierda o adenomiosis.

En los exámenes auxiliares se obtiene una Hb: 10.9 gr/dL, leucocitos 7250 mm<sup>3</sup>, TP: 14.0seg, INR: 1.06, plaquetas: 296000.

Se realiza una ecografía transvaginal el cual describe un útero de 96mm, AP: 59mm, de bordes regulares, miometrio heterogéneo, y un endometrio con cavidad uterina ocupada por tumoración en cara anterior de 11x8 mm. En el ovario izquierdo se describe una tumoración quística de 18x18.2 mm, escaso flujo, además de tumoración de 12x11 mm, contenido denso en vidrio esmerilado, sin flujos en su pared. En el ovario derecho de 41x19.7 mm, con presencia de cuerpo lúteo de 22mm.

Dentro de los exámenes complementarios se realizó una hidrosonografía donde se describe una tumoración en ovario izquierdo, descrita como una imagen quística de 51x42 mm, pared 3.02 mm, adyacente a otra imagen quística e 24x16 mm de contenido mixto.

La paciente ingresa a SOP, se realiza una histerectomía más quistectomía laparoscópica. Finalmente, el estudio anatomopatológico concluye en un tejido que mide en conjunto 1.5x1x0.5cm, de color pardo oscuro, rojizo, de consistencia blanda compatible con pólipo endometrial.

#### **h. HEMORRAGIA POSTPARTO:**

Paciente mujer de 34 años, proveniente de Venezuela con 39 ss. de gestación ingresa por emergencias al servicio de ginecoobstetricia, por presentar contracciones uterinas esporádicas desde hace 9 horas, las cuales se han ido intensificando de intensidad cada 5 minutos. Además, refiere pérdida de líquido durante se trasladaba al hospital. Percibe movimientos fetales, niega sangrado vaginal y síntomas adicionales.

Antecedentes gineco-obstétricos: G2 P1001, FUR: 22/12/2020 (no confiable), cuenta con ecografía de primer trimestre 18/02/2021 de 8 semanas 5 días, fecha probable de parto: 25/09/2021, EG:39 ss. el 18/09/2021 el día de su ingreso. Gestación previa en el 2019 de un parto eutócico de EG: 36 ss, con un feto de



3800gr. niega antecedentes patológicos, antecedentes quirúrgicos. No cuenta con ultima ecografía de tercer trimestre.

Al examen físico: PA: 120/70, FC: 98x', FR: 22x', Sat: 98%, LCF: 144x'. Paciente en AREG, AREN, AREH

- Piel y TCSC: hidratada, diaforesis, tibia, elástica, llenado capilar <2".
- TyP: amplexación adecuada, MV pasa en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados
- Abdomen: gravídico, AU: 35cm, SPP: longitudinal cefálico izquierdo, LCF: 144x', movimientos fetales (+++ /+++)
- Resto de examen físico aparatos y sistemas adecuados.

Se solicita ecografía obstétrica, exámenes de laboratorio, cuenta con una Hb: 12.9 gr/dL, RPR: no reactivo, VIH: no reactivo.

Durante el trabajo de parto se presenta una distocia de hombros, se realiza maniobra de McRoberts, logra ser exitosa y se obtiene un producto de 4200gr. de 53cm. En el alumbramiento no se reporta ningún inconveniente, se obtiene placenta completa de ambas caras. A los minutos se observa un sangrado de regular cantidad, útero contraído. Se procede a colocar las valvas para la exploración de canal del parto, donde se observa un desgarro de cérvix, por lo que se procede a suturar con éxito.

La paciente es llevada al área de recuperación, luego de ello se procede a tomar una Hb control: 10.6mg/dL: no se reportó mayor complicación, fue dada de alta a las 48 horas.

## **CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA**

El Hospital Nacional “Arzobispo Loayza”, fundado en 1549, inicialmente llamado “Hospital Santa Ana de los Naturales” fue fuente de formación para los galenos de aquella época. Se conoce que fue fundado por el Primer Arzobispo del Perú y de América, quien brindó servicios a los más vulnerables, aquellos que padecían de patologías de alta complejidad. En 1902 se decide construir un nuevo nosocomio a fin de mejorar la infraestructura, y no fue hasta el año 1924 que se inaugura el hospital, llevando consigo el nombre en honor a su fundador. Desde aquella época, el hospital no ha cerrado sus puertas, atendiendo a quien lo necesite.

En la actualidad, el Hospital Nacional “Arzobispo Loayza” se encuentra ubicado en la Avenida Alfonso Ugarte 848, en el distrito de Cercado de Lima, es centro de referencia a nivel local, nacional e internacional, corresponde a la categoría de Nivel III-1, y pertenece a la DIRIS Lima Centro, presta servicios de salud, además de fomentar la docencia e investigación (2).

Alrededor de nueve áreas brindan servicio a nivel nacional, dentro de ellas Medicina Interna, Especialidades Médicas tales como cardiología y cuidados coronarios, dermatología, endocrinología, gastroenterología, servicios de geriatría, oncohematología clínica, infectología, inmunoreumatología, medicina física y rehabilitación, nefrología, neumología, neurología y salud mental compuesto por el servicio de psiquiatría y psicología.

En cuanto a las especialidades quirúrgicas, estas comprenden el área de cirugía cabeza, cuello y maxilofacial, cirugía plástica y quemados, cirugía torácica y cardiovascular, cirugía vascular periférico y angiología, neurocirugía, oftalmología, ortopedia y traumatología, otorrinolaringología y urología. El área de ginecología y obstetricia se divide en ginecología, obstetricia, oncología ginecológica y mama, reproducción humana y obstétricos; el área de pediatría abarca la especialidad de neonatología, pediátrica como tal y cirugía pediátrica.

El área de anestesiología y centros quirúrgicos comprende lo que son los servicios de patología clínica y banco de sangre, los que tienen a cargo el servicio de bioquímica, hematología, inmunoserología, microbiología y banco de

sangre; el área de anatomía patológica alberga especialidades tales como radiología, anatomopatológica.

Finalmente, la consulta externa por hospitalización tiene dos grandes áreas: emergencias y cuidados críticos. Por otro lado, las especialidades no médicas cuentan con el apoyo de nutrición, farmacia, enfermería, servicio social y estomatología(3).

Aquellas patologías que no puedan ser tratadas en el nosocomio son derivadas a hospitales de mayor complejidad, como el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) o el Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR).

## CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

Los casos expuestos nos muestran el trabajo multidisciplinario que se realiza en las diversas especialidades del hospital nacional “Arzobispo Loayza”, a fin de salvaguardar y promover la salud pública. A continuación, se analizará cada uno de los ocho casos de forma objetiva, en base a las guías brindadas por el MINSA, así como la bibliografía recopilada durante la discusión.

### 3.2ANALISIS DE CASOS CLINICOS DE MEDICINA INTERNA

La anemia aplásica es una patología que se caracteriza por la disminución o fracaso de la función hematopoyética, lo que conlleva a la afectación de las tres series (eritrocitos, leucocitos y plaquetas). La incidencia es de dos casos por millón de habitantes cada año, entre los 10 a 25 años, y como segundo pico en mayores de 60 de años con una relación de hombres: mujeres (1:1)(4).

Por lo general, se asocia a la pérdida de células madre hematopoyéticas y una disminución de las células sanguíneas maduras, por lo que la demanda requerida de tanto en la autorrenovación como la diferenciación es lo que finalmente termina manifestándose como una pancitopenia. Las causas son multifactoriales y la gran mayoría son de origen idiopático, entre ellas mecanismos autoinmunes, lesión directa por fármacos, irradiación o productos químicos, infecciones virales y trastornos clonales y genético. Este último se desarrolla a partir de mutaciones que no se transmiten en la línea germinal, entre los trastornos más conocidos en la hemoglobinuria paroxística nocturna (PNH), los síndromes mielodisplásicos (MDS) o la leucemia mieloide aguda (AML) (5)

El diagnóstico se realiza con el hallazgo de al menos dos de los siguientes criterios:  $Hb < 10 \text{ g/dL}$ , un recuento plaquetario  $< 50 \times 10^9/L$  o un recuento de neutrófilos  $< 1.5 \times 10^9/L$ (6). Dentro de los criterios de severidad la celularidad descrita es  $< 25\%$  y al menos dos de los siguientes: recuentos de neutrófilos  $< 0,5 \times 10^9/L$ , recuento de plaquetas en sangre periférica  $< 20 \times 10^9/L$  o un recuento de reticulocitos en sangre  $< 20 \times 10^9/L$ (6)

Para el estudio de la anemia aplásica, se debe evaluar de forma íntegra al paciente, lo que corresponde a una historia clínica exhaustiva y un examen físico minucioso. Entre los exámenes auxiliares, se debe solicitar un hemograma completo incluyendo los reticulocitos, frotis de sangre, la realización de aspirado de médula ósea, que incluye biopsia central, y se puede solicitar el estudio de citometría de flujo, generalmente este estudio nos ayuda a descartar hemoglobinuria paroxística nocturna(7).

El tratamiento se enfoca principalmente en la estabilización del paciente. La transfusión de plaquetas es importante cuando están por debajo de 10000 mm<sup>3</sup>, es importante mantener la hemoglobina > o igual a 7gr/dL, la antibioticoterapia se dará acorde al requerimiento del paciente, y el uso de forma profiláctica se dará en caso el paciente presente neutropenia severa como en el caso expuesto. Dentro del tratamiento específico, los fármacos más utilizados son la globulina anti-tomicítica, Metilprednisona y la Ciclosporina A, este último inhibe la función de los linfocitos T, a través de la inhibición de la calcineurina(4).

El siguiente caso por discutir es la pancreatitis aguda, que se conoce como un proceso inflamatorio agudo del páncreas, teniendo una probabilidad del 17% de muerte cuando esta desarrolla necrosis en su proceso evolutivo. Se caracteriza por un cuadro de dolor abdominal con irradiación a la zona lumbar, que se acompaña de una elevación de enzimas pancreáticas (amilasa y lipasa) 3 veces mayor a sus valores normales, y/o con estudios de imágenes que muestra compromiso del páncreas(8).

La etiología más frecuente es la litiasis biliar, seguida del consumo de alcohol. Sin embargo, existe hasta 21% de casos expuestos en donde la causa es de origen desconocido. Al momento que se estudia al paciente, cuenta con un antecedente de importancia del hallazgo de microlitiasis en la vesícula, meses antes del evento (7).

Dentro de su fisiopatología, la literatura describe dos fases, la primera de ellas caracterizado por la activación de los gránulos zimógenos en los acinos pancreáticos. Estos generan una respuesta inflamatoria local, mediado por neutrófilos, macrófagos y diversos factores de proinflamación, que luego de aproximadamente siete días puede ocasionar falla multiorgánica(9).

La segunda fase consta de las manifestaciones locales, debido a la inflamación local, en donde se observan colecciones peripancreáticas o pancreáticas así como la presencia de necrosis(10).

La clasificación actualizada de Atlanta describe la pancreatitis aguda edematosa intersticial, que se caracteriza por una inflamación del parénquima pancreático pero sin necrosis tisular reconocible, en donde se observa la presencia de colecciones si tiene menos de 4 semanas y el pseudoquiste, visto luego de 4 semanas, y la pancreatitis necrotizante, donde la inflamación se acompaña de necrosis pancreática y/o peripancreática, y se espera encontrar una colección necrótica aguda (menor a las 4 semana), o la necrosis sin pared (más de 4 semanas)(11).

Otra clasificación es por la gravedad de la patología, la cual se divide en:

1. Pancreatitis aguda leve: no existe insuficiencia orgánica ni complicaciones locales o sistémicas.
2. Pancreatitis aguda moderadamente grave: el daño orgánico se resuelve dentro de las 48 horas, pero puede ir acompañado de complicaciones locales o sistémicas.
3. Pancreatitis aguda grave: la insuficiencia orgánica persiste más de las 48 horas, y puede incluir uno a varios órganos.

El índice de severidad que se utilizó en el paciente se conoce como Balthazar, el cual utiliza la tomografía computarizada para evaluar el grado de necrosis, inflamación y la presencia de líquido acumulado en la zona peripancreática(9).

Actualmente las recomendaciones mencionadas en el Acta de Gastroenterología Latinoamericana del 2019, hablan de tres bases fundamentales, la primera es la falla de un órgano persistente, evaluada a través del score de Marshall, y la infección tanto del páncreas como del tejido peripancreático son determinantes de severidad, la segunda es la sugerencia de utilizar marcadores pronósticos tales como el BISAP, el cual incluye el SIRS más la uremia y hematocrito, a las 24 horas luego de haber hidratado al paciente de forma adecuada. Finalmente, menciona como tercera base fundamental, que la Amilasa y la Lipasa son determinantes de pronóstico y no de severidad (11).

En la terapia inicial del cuadro agudo es importante la hidratación del paciente, la recomendación es que la velocidad de infusión sea de 5-10 ml/h/kg, por lo general se maneja volumen de 2500-4000ml en 24 horas, utilizando cristaloides, en especial el Lactato de Ringer, el cual ha demostrado disminuir la respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) y la proteína C reactiva(12).

El manejo del dolor está dado por una adecuada hidratación, así como el uso de opiáceos. Es fundamental disminuir el dolor abdominal, ya que contribuye a la inestabilidad hemodinámica del paciente. La hipovolemia ocasiona una fuga vascular y de hemoconcentración, lo que puede ocasionar un dolor isquémico y acidosis láctica.

Lo que podemos discutir del caso clínico es el manejo nutricional, puesto que se mantuvo en NPO prologado al paciente, hasta su llegada al Hospital Loayza. La pancreatitis genera una respuesta metabólica elevada, en donde el componente nutricional disminuye la cascada inflamatoria, modulando el estrés oxidativo y preservando los acinos pancreáticos, sabiendo que el paciente cursaba una pancreatitis aguda moderada, los requerimientos oscilaban entre 35kcal/kg/día de CHO y 1,5-2gr/kg/día de proteínas. Las guías recomiendan iniciar nutrición enteral, utilizando la sonda nasoyeyunal, dentro de las 24-48 horas.

El uso de antibióticos es altamente discutible, ya que cerca del 20% de los pacientes con pancreatitis aguda, desarrollan infecciones extrapancreáticas tales como neumonía, infección del tracto urinario, ante la sospecha se debe iniciar tratamiento inmediato ya que existe una asociación en el aumento de mortalidad. Sin embargo, el uso de antibiótico profiláctico no es recomendable(12).

### **3.3ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS DE PEDIATRÍA**

La Leucemia Aguda Linfocítica (LAL) es la patología oncológica más frecuente de la niñez, siendo su incidencia total de 162,9 en Lima entre el año 2010-2012, y constituye una de las causas principales de muerte en niños mayores de un año y en la adolescencia. A pesar de que en países desarrollados la tasa de supervivencia supera el 80%, en nuestro país solo el 35 a 45% alcanza a

sobrellevar la enfermedad, debido al abandono de terapia, por múltiples factores, principalmente por falta de recursos económicos(13).

La clínica más frecuente en los pacientes pediátricos es la hepatomegalia y/o esplenomegalia, seguido de linfadenopatías, fiebre y al propósito del caso, dolor musculoesquelético asociado a cambios hematológicos, como plaquetopenia, anemia o leucopenia. El dolor osteomuscular generalmente se manifiesta de forma intermitente, que calma al reposo y con AINES. Sin embargo, es progresivo desde su aparición, esta característica hace que el diagnóstico muchas veces sea confundido con enfermedades reumatológicas, infecciosas, otro tipo de neoplasias, o que se piense únicamente como un dolor psicossomático(14).

En un estudio se menciona que la artritis reumatoidea juvenil y leucemia aguda linfocítica podrían hacernos sospechar de malignidad cuando el dolor se exagera en las noches (levanta al paciente), el grado del dolor no tiene proporción con la sospecha de una artritis, generalmente responde a los opiáceos y es asimétrico(14).

El plan nacional para la atención integral de la leucemia linfocítica aguda en pacientes de 1 a 21 años, publicado por el Ministerio de Salud del Perú en el año 2017-2021, nos recuerda el flujograma a tener en cuenta en el primer nivel, segundo y tercer nivel de atención (15).

En el primer nivel de atención, lo que se sugiere es realizar un examen físico exhaustivo, y extraer una muestra de sangre periférica, para que sea interpretada por el tecnólogo médico, y en caso no se cuente con personal, se envía dicha muestra a un establecimiento donde se pueda analizar. Ante la confirmación se debe derivar al paciente a un establecimiento de mayor complejidad, que cuente con especialistas de dicha área.

Cuando éste ingresa a los establecimientos de referencia se le debe realizar el aspirado de medula ósea, así como la citometría de flujo, citogenética y la biología molecular. Finalmente, ante la confirmación de la leucemia aguda, será transferido al INEN o al INSN, los cuales le proporcionarán el tratamiento adecuado para cada caso(15).



La morfología que se espera encontrar en el estudio es la presencia de células pequeñas con citoplasma escaso, con una cromatina nuclear condensada y nucleolos de gran diversidad.

Dentro de la terapéutica, llama la atención el uso de Alopurinol, fármaco utilizado para disminuir el ácido úrico en el torrente sanguíneo, se prescribe en los pacientes oncológicos a fin de prevenir el síndrome de lisis tumoral (SLT), en donde se libera de manera incontrolada y súbita ácidos nucleicos, potasio y fosfato, lo que ocasiona lisis o muerte de las células tumorales. Las alteraciones de laboratorio se identifican como hiperpotasemia, e hiperfosfatemia asociada a hipocalcemia(16).

Cuando se comenta sobre la terapia que debe recibir el paciente, se debe tener en cuenta el subtipo molecular, riesgo de recidiva, edad, y su condición, considerando que se emplearán más de dos fármacos para cada subtipo(17).

La quimioterapia que se comenta en la guía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) se basa en las guías internacionales National Comprehensive Cancer Network (NCCN), y la European Society for Medical Oncology (ESMO).

En el caso de nuestro paciente, la terapia de inducción si se determina que es una LLA Ph (-) se realiza con los siguientes fármacos: Alopurinol 300 mg/día hasta la reducción de los blastos periféricos y la enfermedad extramedular, Citarabina (ARA-C) de 70 mg intratecal triple (IT) el día 1, Ara-C es un fármaco que pertenece a los quimioterápicos antimetabólicos que tiene un efecto directo en la división celular para su replicación; la Prednisona se indica en dosis de 60mg/m<sup>2</sup>/ día, siendo 28 días el tiempo máximo, se agrega Vincristina 1.5 mg/m<sup>2</sup>, dosis máxima de 2 mg endovenosos en los días 1, 8. 15 y 22.

Se especifica que tanto el Voriconazol y el Posaconazol se encuentran contraindicados durante el tratamiento con la vincristina. La Daunorubicina 25 mg/m<sup>2</sup> endovenoso los días 1,8,15,22. Otro fármaco que se utiliza es L-Asparaginasa nativa de E. Coli 10.000 UI/m<sup>2</sup>/d en 8 dosis intramuscular (IM) en el día 12,15,18,21,24,27,30 y 33, en caso se presentara alguna reacción adversa, se puede utilizar Pegasparaginasa 2500UI/m<sup>2</sup> IM o EV una dosis en el

día 4, 5 o 6. El inicio de Metrotexate 15mg IT se aplica durante el día 8 y el día 29.

Al día 15 de la terapia se recomienda realizar un aspirado, y una biopsia de médula ósea (MO) para poder evaluar la respuesta inicial al tratamiento. Asimismo, en el día 29 se repite estudio de MO para ver la respuesta de inducción y la enfermedad residual mínima.

Luego de ello, se decidirá el siguiente eslabón de la terapia. Existe la posibilidad que el paciente requiera la terapia de inducción de remisión extendida, terapia de consolidación de remisiones, de mantenimiento interino, de intensificación tardía o de terapia de mantenimiento. Se puede presentar cualquiera de estos escenarios, de acuerdo con el resultado de estudio de MO, y determinar la cantidad de linfoblastos que existe.

Se espera que el seguimiento se realice el primer año, cada 3 meses; en el segundo año, cada 6 meses; y el tercer año en adelante, una vez al año. Se realiza un aspirado de médula ósea y la citometría de flujo, en caso se sospeche de recaídas.

El asma se define como una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias que se caracteriza por presentar disnea, sibilancias, crisis de tos(18). El agente etiológico específico se desconoce, es por ello que se menciona que es una patología multifactorial, y que se relaciona fuertemente factores ambientales, e incluso se conoce que hay una predisposición genética presente en esta enfermedad(19). Dentro de su fisiopatología se describe diversos mediadores de la inflamación que condicionan a una hiperreactividad y obstrucción bronquial, que puede ser reversible en su totalidad o de manera parcial(20).

Dirigiendo la discusión de nuestro caso clínico, la crisis asmática se conoce como una exacerbación del asma de forma aguda, en donde el paciente acude con dificultad respiratoria, tos, sibilancias, opresión en el pecho. El reconocimiento de la gravedad en la que se presenta la crisis tiene que ser precoz, debido a que un manejo inadecuado retrasada la conversión del cuadro, llevando al paciente

a hipoxia, en donde el manejo es la unidad de cuidados intensivos con asistencia respiratoria(21).

Cuando se realiza la historia clínica del paciente debemos preguntar por la frecuencia en la que presenta las exacerbaciones, el número de consultas en emergencias en el último año, cuantas veces ha sido hospitalizado por crisis asmáticas previamente, si en algún momento requirió de terapia intensiva, uso diario de inhaladores, corticoides orales, el tiempo de evolución desde que presentó el cuadro inicial, y si lleva un control por dicha patología.

En nuestro caso, vemos que contaba con un antecedente importante de nebulizaciones previas, así mismo la gravedad y motivo de hospitalización se debió a que en el examen físico se encontró taquipnea, una saturación por debajo del límite inferior y el uso de musculatura accesoria, lo que indica un cuadro de obstrucción moderada-grave. En la práctica diaria, es poco frecuente la realización de espirometría en la emergencia, pero la literatura menciona que un PFE o VEF1 <50% es indicativo de exacerbación grave.

La clasificación de gravedad establecida por la Global Initiative for Asthma (GINA) para el manejo del asma, nos habla de una crisis leve a moderada, cuando se percibe al paciente con dificultad para hablar frases extensas, prefiere estar sentado que acostado, presenta una frecuencia respiratoria elevada para su edad, no utiliza músculos accesorios, la frecuencia cardíaca se encuentra hasta 102 latidos por minuto, y satura 90-95%(21).

Al mismo tiempo, describe las características para definir una crisis asmática severa, en la que habla solo palabras cortadas, la posición que se encuentra al paciente es encorvado hacia adelante, con una frecuencia respiratoria >30/min, usa los músculos accesorios, la frecuencia cardíaca se encuentra por encima de 120 latidos por minuto, y su saturación está por debajo de 90%(22).

En el tratamiento de la crisis moderada-grave se utiliza el oxígeno a un  $FiO_2 < 40\%$  si la saturación es <92%, el uso de Salbutamol con Bromuro de Ipatropio mediante el MDI con la cámara espaciadora: 4-8 inhalaciones c/10-15 minutos durante la primera hora, luego de ello, las nebulizaciones serán intermitente: 2,5 mg de Salbutamol+ 0,5 mg de Ipatropio cada 20 minutos

durante la primera hora. En cuanto al uso de glucocorticoides sistémicos se prefiere la Prednisona 50mg VO, a pesar de ello, el uso de corticoides inhalados, tiene mayor eficacia; entre los más utilizados se encuentra la Fluticasona por MDI con la cámara: 4 inhalaciones (250 microgramos cada pulsación) cada 10-15 minutos o Budesónida: 4 inhalaciones (200microgramos cada pulsación) cada 10-15 minutos o nebulizaciones 0,5 mg cada 20 minutos durante la primera hora. En nuestro paciente no fue necesario el uso de Magnesio. Sin embargo, en las crisis graves, está indicado el uso de Magnesio y Salbutamol endovenoso con perfusión lenta, incluso la ventilación mecánica no invasiva(21).

### **3.4 ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS DE CIRUGÍA**

La obstrucción intestinal pertenece a un complejo síndrome ocasionado por la detención de una porción total o parcial del tracto intestinal, la cual puede ser ocasionada por una causa orgánica o funcional. Dentro de su fisiopatología, lo que se describe es una cascada de acontecimientos desencadenada por la oclusión intestinal, que produce la acumulación de gases, líquidos y una alteración de la secreción-absorción(23)

La clínica mayormente descrita es el dolor típico, de tipo cólica, con la presencia de vómitos que se manifiesta por un reflejo al dolor. Otra de las características que nos hará sospechar de la patología es la ausencia de eliminación de flatos, o no realizar deposiciones. Por último, la distensión abdominal es la evolución al final del cuadro, ya que en la porción proximal se encuentran con contenido de aire y líquido(24).

La etiología en esta oportunidad es la presencia de un tumor, el cual ocluyó la luz de la porción del ileocolónica. La prevalencia que un tumor puede ocasionar obstrucción intestinal es cerca del 10-28%, segundo por debajo de los tumores ováricos. Se describe con mayor frecuencia en pacientes que oscilan los 50 a 60 años, donde en el 64% de casos se presenta en mujeres(25).

El manejo farmacológico de un evento agudo de obstrucción abdominal se debe iniciar por la descompresión a través de la sonda nasogástrica, con el objetivo de ir reduciendo las secreciones, vómitos y el dolor provocado por la distensión abdominal. Se recomienda que este procedimiento se realice las 24 y 48 horas.

Las náuseas y vómitos pueden ser controladas con el uso de antieméticos centrales, tales como anticolinérgicos y/o análogos de la somatostatina(26).

En pacientes con un cáncer avanzado, la decisión de realizar un manejo quirúrgico es controversial, ya que los estudios demuestran que un grupo considerable puede volver a obstruirse, lo que se asocia a mayor tasa de morbi-mortalidad. En líneas generales, se preferirá realizar una intervención paliativa si se trata una obstrucción intestinal maligna(27).

Entre las complicaciones tardías, se encuentra la neumonía intrahospitalaria, la cual es la segunda causa de infección en hospitalizados, y la más frecuente que requiere la unidad de cuidados intensivos. Se debe sospechar de esta infección en todo paciente que cursa con sintomatología respiratoria o picos febriles 48 después de su ingreso. A su vez, se debe iniciar inmediatamente antibioticoterapia de amplio espectro, sospechando entre los dos agentes etiológicos más frecuentes (Pseudomona aeruginosa y S. aureus resistente a meticilina)(28).

La siguiente patología que discutir es la Apendicitis Aguda, con mayor frecuencia de ingresos a la emergencia en los servicios de cirugía. Su incidencia se encuentra entre los 7 a 30 años, con mayor frecuencia en el género masculino hasta el 20% de casos(29).

La etiopatogenia ha sido muy estudiada a lo largo de los años, la cual se inicia con la obstrucción de la luz apendicular, debido a una hiperplasia de los folículos linfoides (causa más frecuente), la presencia de un coprolito impactado, cuerpos extraños, parásitos, entre otros(30). Tiene cuatro etapas que abarcan la etapa no complicada, en ellas se encuentra el cuadro de apendicitis congestiva o catarral, la flemonosa o supurativa. Las siguientes a describir son de importancia -en vista que las apendicitis complicadas tienen múltiples repercusiones en la estabilidad hemodinámica del paciente- la primera de ellas es la apendicitis necrosada o gangrenosa, y por último la apendicitis perforada.

El diagnóstico se basa en un examen clínico minucioso. Se inicia por evaluar la zona de menor dolor en los puntos conocidos como Mc Burney, Morris, Lecene, así como podemos encontrar los signos iliopsoas y el signo del obturador.

En la práctica clínica se utiliza la escala de Alvarado, la cual nos permitirá realizar un diagnóstico certero, establecer el manejo adecuado y seleccionar a los pacientes para una investigación diagnóstica adicional, teniendo en cuenta una serie de parámetros clínicos agrupados en la mnemotecnia MANTRELS: migración del dolor (al cuadrante inferior derecho), anorexia, náuseas y/o vómitos, sensibilidad en cuadrante inferior derecho (2 puntos), signo de rebote, elevación de la temperatura  $\geq 36.3^{\circ}\text{C}$ , leucocitosis  $> 10'000 \text{ cel/mm}^3$  (2 puntos) y desviación a la izquierda de neutrófilos  $> 75\%$ (31).

Si la puntuación es menor o igual a 3, existe una baja probabilidad de apendicitis. De 4 - 6 puntos el paciente cursa con una probable apendicitis y se requerirá de valoraciones seriadas tanto clínica como de laboratorio, así como de algunos estudios por imágenes (US, TAC). Por el contrario, una puntuación mayor o igual a 7 indica alta probabilidad de apendicitis y requiere tratamiento quirúrgico.

### **3.1 ANALISIS DE CASOS CLINICOS DE GINECO OBSTETRICIA**

El sangrado uterino anormal es una de las causas más frecuentes por las que las pacientes en edad reproductiva acuden al servicio de ginecología, tiene una prevalencia de 11 a 15 % en esta etapa, y por lo general repercute en la vida diaria tanto en el aspecto emocional, social y físico. Las causas etiológicas asociadas a esta manifestación clínica, se dividen en dos grandes grupos: el primero de ellos son las causas estructurales, dado por las iniciales PALM, P (pólipo), A (adenomiosis), L (leiomioma), M (malignidad), y el segundo grupo son las causas no estructurales COEIN, C (coagulopatías), O (disfunción ovárica), E (endometrio), I (iatrogenia) y N (no clasificados)(32).

Los pólipos son descritos como una protrusión de tipo nódulo benigna, la cual crece en el tejido endometrial, generalmente está constituido por glándulas, estroma y vasos sanguíneos en su microscopía. En su estudio histopatológico se observa un estroma fibrótico, con la presencia de vasos sanguíneos largos adheridos a tejido muscular gruesa. La importancia de esta patología radica en el 5% de ellos, que tienden a volverse hiperplásicos. La base de datos Uptodate menciona que en un estudio se comprobó que los pólipos sangrantes tenían

mayor riesgo de convertirse en malignos que aquellos que no cursaban con sangrado(33).

El método diagnóstico de elección es la ecografía transvaginal, teniendo una sensibilidad del 91% y especificidad del 90%. Se debe tener en cuenta que a pesar de ello es operador dependiente. En caso de duda, se puede realizar una histerosonografía(34).

El tratamiento dependerá si la paciente se encuentra en el periodo premenopáusico o postmenopáusico. En el caso de la paciente en estudio, cumplía con criterios de manejo quirúrgico, dado que el sangrado uterino era anemizante además de medir más de 1,5 cm de diámetro y se encontraron más de uno en el interior del útero(35).

Dentro de las emergencias más temidas en la rama de la ginecoobstetricia se encuentra el sangrado postparto. No existe definición exacta para clasificar dicha complicación, el más aceptado de ellos es la pérdida de volumen sanguíneo de 500 ml tras un parto vaginal, o a 1 litro tras una cesárea. Así mismo, se puede mencionar que es un sangrado considerable que produce sintomatología de hipovolemia en la paciente, poniendo en riesgo su vida(36).

La hemorragia postparto temprana o precoz, es aquella que se presenta dentro de las 24 horas desde el parto. Se habla de una hemorragia postparto tardía cuando sucede después de las 24 horas tras el parto, hasta culminar el puerperio.

La etiología más frecuente del sangrado postparto es la atonía uterina, además de ser la primera causa para descartar cuando se presenta una hemorragia postparto. Por el contrario, se tiene que pensar en otras patologías si se comprueba que el útero se encuentra contraído. Los traumas son la segunda causa de sangrado y pueden ser del cuello uterino, del canal vaginal o de la región vulvoperineal(37).

El caso de la paciente del capítulo anterior se trató de una hemorragia postparto a causa de una laceración del cuello uterino. Este se describe por diversos mecanismos, el más frecuente y de tipo espontáneo es ocasionado durante el pasaje de la cabeza del feto, los factores de riesgo relacionados son primigestas,

macrosomía fetal, parto precipitado, expulsivo prolongado, parto instrumentado, extracción podálica, que la paciente tenga un periné corto o muy fibroso, en las pacientes con varices vulvoperineal y en la maniobra Kristeller.

Para su diagnóstico, es necesario explorar en canal vaginal, utilizando las valvas y haciendo pinzamiento de los labios del cérvix con las pinzas de anillo. Se expone el desgarro, y se procede a suturar por encima del ángulo del desgarro haciendo puntos en ocho. En caso no se pueda suturar, se puede colocar un tapón de gasa intravaginal apretada y una sonda Foley(37).



## **CAPITULO IV: REFLEXION CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

Durante las rotaciones se observó que la afluencia de pacientes disminuyó de manera considerable debido al COVID-19. Por otro lado, aquellos pacientes que presentaban enfermedades poco conocidas ingresaban con un cuadro agudo, sin ser tratadas previamente, típicas como se describen en la literatura. Esta situación se puede explicar por el confinamiento y el miedo al acudir a un establecimiento de salud.

Haber estado en un hospital de alta complejidad nos brinda como una visión de la realidad de nuestro país, puesto que la capacidad que tiene para atender a pacientes de todo Perú y el mundo hace que la casuística y las rotaciones sean enriquecedoras.

Así mismo, hablar de la situación actual del país, con la implicancia social y política que posee, además del estado de emergencia aun en vigencia, nos llama a reflexionar sobre las decisiones que se tomarán como profesionales que seremos a futuro, ya que a pesar de la cantidad de egresados anualmente de la carrera de medicina, gran parte de estos médicos decide migrar a otra ciudad en busca de mejores oportunidades.

## CONCLUSIONES

El internado es una experiencia única y enriquecedora que le pone fin a la etapa universitaria, para dar paso a la vida profesional, que es donde se aplican los conocimientos adquiridos durante los 6 años anteriores. Al lado de cada interno, están los residentes quienes se convierten en guías durante toda esta etapa. Así mismo, cada asistente juega un rol esencial en la exigencia y enseñanza de cada interno.

Debemos ser conscientes que luego esta etapa, las decisiones que se tomarán, repercutirán en la vida de una persona, que la validez y la responsabilidad de ser personal de salud, será el día a día. Es por ello por lo que se nos menciona durante toda la carrera que un médico nunca deja de aprender, porque la vanguardia y tecnología es un aprendizaje constante, así como saber que ser profesionales de la salud no nos confiere poderes por encima del resto. Al contrario, debemos entender que la prestación que damos es para aquel que lo necesita.

El segundo punto para reflexionar es sobre la centralización de la salud y las pocas oportunidades que tiene el peruano para acudir a un centro de salud de alta complejidad. Esto es importante, porque a menudo las patologías complejas nunca son tratadas en su debido momento, lo cual constituye un factor que eleva la tasa de mortalidad y de enfermedades incapacitantes que no permiten desarrollarnos como país.

Finalmente, la misión con la que nos debemos ir es de no perder el espíritu joven de ayuda al prójimo, de estar en constante actualización para poder brindar lo mejor de nosotros a la sociedad, de aportar desde nuestra carrera a mejorar la calidad de vida de los pacientes, de saber escuchar porque la medicina no es solo curativa sino preventiva.

## **RECOMENDACIONES**

Se recomienda que previo al inicio del internado, se pueda brindar más información sobre las funciones y roles que se deben cumplir, a fin de evitar situaciones que pueden vulnerar al interno.

Se sugiere que como alumnos hagamos un seguimiento sobre el desarrollo de cada rotación, para tener las mismas oportunidades tanto en los hospitales como en los centros de salud.

Es relevante mencionar que el tiempo de rotación en este año ha jugado un rol importante por el periodo corto que hemos tenido, por lo que se sugiere que sea recordado a las próximas promociones, para posibles mejorías en cuanto al tiempo invertido en cada una de las rotaciones.

Por último, es importante señalar que la rotación en el primer nivel de atención ha sido fundamental para nuestra formación, ya que se han podido observar el manejo desde otra perspectiva, por lo que recomiendo que sea tomado en cuenta, incluso si el tiempo de rotación en un centro de salud sea por un tiempo limitado.

## FUENTES BIBLIOGRAFICAS

2. Documento Técnico de Lineamiento para el Desarrollo de las Actividades de los internos de Ciencias de la Salud 2021 en el Marco de la Emergencia Sanitaria.
3. HOSPITAL LOAYZA IMPLEMENTA LÍNEA DE ORIENTACIÓN [Internet]. [citado 15 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/hospitalloayza/noticias/112318-hospital-loayza-implementa-linea-de-orientacion>
4. Brodsky D. Síndromes de Fallo Medular. :32.
5. Killick SB, Bown N, Cavenagh J, Dokal I, Foukaneli T, Hill A, et al. Guidelines for the diagnosis and management of adult aplastic anaemia. *Br J Haematol.* 2016;172(2):187-207.
6. Young NS. APLASTIC ANEMIA. *N Engl J Med.* 25 de octubre de 2018;379(17):1643-56.
7. Peslak SA, Olson T, Babushok DV. Diagnosis and Treatment of Aplastic Anemia. *Curr Treat Options Oncol.* 16 de noviembre de 2017;18(12):70.
8. Guidi M, Curvale C, Pasqua A, Hwang HJ, Pires H, Basso S, et al. Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda. :17.
9. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, et al. Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut.* 1 de enero de 2013;62(1):102-11.
10. Velázquez de la Vega R, Cárdenas Lailson LE. Pancreatitis aguda y necrosis pancreática: conceptos actuales y tratamiento. *Cir Gen.* 2017;39(3):147-51.
11. Banks PA, Freeman ML, Gastroenterology PPC of the AC of. Practice Guidelines in Acute Pancreatitis. *Off J Am Coll Gastroenterol ACG.* octubre de 2006;101(10):2379-400.
12. Clancy TE, Ashley SW. Current management of necrotizing pancreatitis. *Adv Surg.* 2002; 36:103-21.
13. Ward E, DeSantis C, Robbins A, Kohler B, Jemal A. Childhood and adolescent cancer statistics, 2014. *CA Cancer J Clin.* abril de 2014;64(2):83-103.
14. Descripción general de la presentación clínica y el diagnóstico de la leucemia/linfoma linfoblástico agudo en niños - UpToDate [Internet]. [citado 15 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-clinical-presentation->

and-diagnosis-of-acute-lymphoblastic-leukemia-lymphoma-in-children?search=leucemia%20aguda%20&source=search\_result&selected Title=2~150&usage\_type=default&display\_rank=2

15. Ministerio de salud del Perú. Plan nacional para la atención integral de la leucemia linfática aguda en pacientes de 1 a 21 años plan nacional para la atención integral de la leucemia linfática aguda en pacientes de 1 a 21 años [internet]. Ministerio de salud; 2017.
16. Burghi G, Berrutti D, Manzanares W. Síndrome de lisis tumoral en terapia intensiva: encare diagnóstico y terapéutico. Med Intensiva. 1 de abril de 2011;35(3):170-8.
17. Ministerio de Salud del Peru IN de ENe. Documento técnico: tratamiento médico oncológico de Leucemia Linfoblástica Aguda en Niños [Internet]. Resolución Jefatura 2019. 2019 [citado 19 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/10/RJ-364-2019.pdf>
18. GEMA (Guía española del manejo del asma). Arch Bronconeumol. enero de 2009; 45:2-35.
19. DATOS SOBRE EL ASMA [Internet]. United States Environmental protection Agency. 2017 [citado 23 de marzo de 2019]. Disponible en: [https://espanol.epa.gov/sites/production-es/files/2016-05/documents/asthma\\_fact\\_sheet\\_spanish\\_05\\_2016.pdf](https://espanol.epa.gov/sites/production-es/files/2016-05/documents/asthma_fact_sheet_spanish_05_2016.pdf)
20. MINSAL. Guía Clínica Asma Bronquial del Adultos [Internet]. 2da edición. Santiago de Chile: Minsal; 2013 [citado 12 de abril de 2019]. 39 p. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Asma-Bronquial-Adultos.pdf>
21. Guía de diagnóstico y tratamiento: asma bronquial en niños  $\geq$  6 años. Actualización 2021. Arch Argent Pediatr [Internet]. 1 de agosto de 2021 [citado 15 de febrero de 2022];119(4).
22. Borrego JT, Casanueva CO, Tortajada-Girbés M. Tratamiento del asma pediátrica. Tratamiento de la crisis de asma. :16.
23. Gil Romea I, Moreno Mirallas MJ, Deus Fombellida J, Mozota Duarte J, Garrido Calvo A, Rivas Jiménez M. Obstrucción intestinal. Med Integral. 15 de junio de 2001;38(2):52-6.
24. Sierra FR. Síndrome de obstrucción intestinal. :9.
25. Cárdenas J, Agamez C, Parra S. Obstrucción intestinal maligna. Revisión de tema. Rev Colomb Cancerol. 1 de junio de 2013;17(2):77-85.
26. Della Valle A, Wolaj M, Santos D, Mesa F, Treglia A. Manejo terapéutico actual de la oclusión intestinal maligna no quirúrgica. Rev Médica Urug. julio de 2012;28(2):108-14.

27. Cirugía para resolver los síntomas asociados con la obstrucción maligna del intestino en cánceres ginecológicos y gastrointestinales avanzados [Internet]. [citado 15 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.cochrane.org/es/CD002764/SYMPT\\_cirugia-para-resolver-los-sintomas-asociados-con-la-obstruccion-maligna-del-intestino-en-canceres](https://www.cochrane.org/es/CD002764/SYMPT_cirugia-para-resolver-los-sintomas-asociados-con-la-obstruccion-maligna-del-intestino-en-canceres)
28. Neumonía intrahospitalaria: guía clínica aplicable a Latinoamérica preparada en común por diferentes especialistas | Archivos de Bronconeumología [Internet]. [citado 15 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.archbronconeumol.org/es-neumonia-intrahospitalaria-guia-clinica-aplicable-articulo-13077956>
29. Apendicitis Aguda [Internet]. [citado 11 de octubre de 2021]. Disponible en: [https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo\\_i/Cap\\_11\\_Apendicitis%20aguda.htm](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_11_Apendicitis%20aguda.htm)
30. Evaluación del adulto con dolor abdominal en urgencias - UpToDate [Internet]. [citado 11 de octubre de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-with-abdominal-pain-in-the-emergency-department?search=abdomen%20agudo%20&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-with-abdominal-pain-in-the-emergency-department?search=abdomen%20agudo%20&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)
31. Abdomen agudo.pdf [Internet]. [citado 11 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Abdomen%20agudo.pdf>
32. Sepúlveda-Agudelo J, Sepúlveda-Sanguino AJ. Sangrado uterino anormal y PALM COEIN. *Ginecol Obstet México*. 2020;9.
33. Wong M, Thanatsis N, Nardelli F, Amin T, Jurkovic D. Risk of Pre-Malignancy or Malignancy in Postmenopausal Endometrial Polyps: A CHAID Decision Tree Analysis. *Diagn Basel Switz*. 15 de junio de 2021;11(6):1094.
34. Viguera S A, Escalona M JR. Pólipos endometriales: Actualización en diagnóstico y tratamiento. *Rev Chil Obstet Ginecol*. abril de 2016;81(2):152-8.
35. Baiocchi G, Mancini N, Pazzaglia M, Giannone L, Burnelli L, Giannone E, et al. Malignancy in endometrial polyps: a 12-year experience. *Am J Obstet Gynecol*. noviembre de 2009;201(5): 462.e1-4.
36. Karlsson H, Pérez Sanz C. Hemorragia postparto. *An Sist Sanit Navar*. 2009; 32:159-67.
37. Hemorragia postparto [Internet]. [citado 15 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000200014](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014)