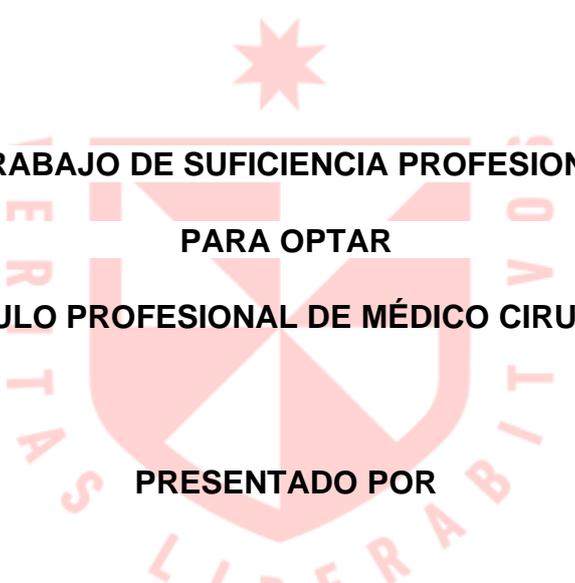


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL
SALVADOR, INSTITUTO NACIONAL MATERNO-
PERINATAL, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DEL NIÑO - BREÑA Y CENTRO DE SALUD SAN
SEBASTIÁN 2022-2023



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

PRESENTADO POR
FABIOLA IRIS GUADALUPE DE LA CRUZ GAMARRA
SOFIA ALEJANDRA CASAFRANCA LANDA

ASESOR
ERICSON LEONARDO GUTIERREZ INGUNZA

LIMA - PERÚ
2023



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR, INSTITUTO
NACIONAL MATERNO-PERINATAL, INSTITUTO NACIONAL
DE SALUD DEL NIÑO - BREÑA Y CENTRO DE SALUD SAN
SEBASTIÁN 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

**FABIOLA IRIS GUADALUPE DE LA CRUZ GAMARRA
SOFIA ALEJANDRA CASA FRANCA LANDA**

ASESOR

DR. ERICSON LEONARDO GUTIERREZ INGUNZA

LIMA, PERÚ

2023

JURADOS

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro. Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

A nuestros padres, quienes nos han apoyado a lo largo de la carrera y nos han permitido lograr esta gran meta. A todas las amistades que hicimos durante la carrera, las cuales nos han acompañado en nuestro día a día y muchas veces han sido nuestra fortaleza.

A cada uno de los miembros de nuestras familias, quienes fueron un soporte para nosotras y para nuestros padres en los momentos más difíciles durante estos años de pandemia.

A Dios, por permitir que nosotras y nuestros seres queridos sigamos con salud.

ÍNDICE

PORTADA	i
DEDICATORIA	ii
ÍNDICE	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	11
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	13
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	25
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES	29
FUENTES DE INFORMACIÓN	30

RESUMEN

En el último año de la carrera de medicina humana, se desarrolla el internado médico, en el cual se pone en práctica los conocimientos adquiridos, se afianzan las destrezas y habilidades adquiridas en los años anteriores de la carrera y se logra aplicarlos para desempeñarse, en el futuro, como médicos; su duración es de 10 meses distribuidos en hospitales y establecimientos de primer nivel. En el presente documento se describen las experiencias de dos internas, bajo el contexto de la pandemia COVID-19, mediante 16 casos clínicos, que fueron vistos, analizados y estudiados durante sus rotaciones, los cuales ayudaron a desarrollar las capacidades para diagnosticar y tratar oportunamente las enfermedades. Podemos decir que el haber llevado los dos últimos años de pregrado de manera virtual implicó un desafío importante a la hora de retornar a las prácticas clínicas presenciales; sin embargo, todas las dificultades que se presentaron a lo largo de estos meses de internado fueron superadas gracias al constante interés por adquirir nuevos conocimiento y hacer todo de manera correcta. Si bien ahora nos encontramos en un momento donde los casos COVID-19 no son muy frecuentes, en especial los graves, se han aprendido y fomentado las medidas de higiene, uso de mascarillas y la vacunación para prevenir nuevos casos y disminuir su incidencia.

Palabras clave: internado médico, rotaciones, pandemia COVID-19

ABSTRACT

In the last year of the human medicine career, the medical internship is developed, in which the knowledge acquired during the undergraduate degree is put into practice, the skills and abilities acquired in the previous years of the career are strengthened and it is possible to apply them to be able to work as future doctors, whose duration is 10 months distributed in hospitals and first level establishments. This document describes the experiences of two interns, in the context of the COVID-19 pandemic, through 16 clinical cases, which were seen, analyzed and studied during their rotations, which helped to develop the capacities to detect and treat diseases in a timely manner. We can say that having completed the last two years of undergraduate training virtually implied an important challenge when it came to returning to face-to-face clinical practices, however, all the difficulties that arose throughout these months of internship were overcome thanks to constant interest in acquiring new knowledge and doing things correctly. Although we are now at a time where COVID-19 cases are not very frequent, especially serious cases, hygiene measures, the use of masks and vaccination have been learned and promoted to prevent new cases and reduce the incidence of severe cases.

Keywords: Medical internship, rotations, COVID-19 pandemic

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE
VILLA EL SALVADOR, INSTITUTO NACI**

AUTOR

**FABIOLA IRIS GUADALUPE DE LA CRUZ
GAMARRA**

RECuento DE PALABRAS

17219 Words

RECuento DE CARACTERES

101066 Characters

RECuento DE PÁGINAS

74 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

4.8MB

FECHA DE ENTREGA

Apr 11, 2023 8:42 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 11, 2023 8:47 AM GMT-5

● **14% de similitud general**

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

- 14% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



ERICSON GUTIERREZ INGUNZA
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 51968

**DR ERICSON LEONARDO GUTIERREZ INGUNZA
ASESOR**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4725-6284>

INTRODUCCIÓN

En el internado médico se ponen en práctica los conocimientos adquiridos durante los primeros 6 años de carrera, por lo que es de suma importancia para el desarrollo de los futuros médicos, adquirir habilidades y competencias durante este proceso.

Los futuros médicos aprenden a tener una adecuada relación médico-paciente, que es fundamental para una atención de calidad en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, pero su tarea no termina ahí, además adquieren conocimientos en prevención y promoción de salud, cuando rotan por los centros de salud y centros materno-perinatales.

Para el internado 2022-2023 se realizó en 10 meses, de los cuales, según las nuevas normas del Minsa, se exige rotación hospitalaria y en el primer nivel de atención. Las autoras realizaron los primeros 5 meses en los hospitales de II y III nivel de atención y los últimos 5 meses en centros de I nivel de atención.

El internado médico abarca 4 especialidades de la carrera de medicina, por las cuales el interno rotará, en los establecimientos de salud: Medicina Interna, Pediatría, Cirugía y Ginecología y Obstetricia. Por lo que las autoras realizaron sus rotaciones en el Hospital de Emergencias de Villa el Salvador, Centro Materno-Infantil Tablada de Lurín, Instituto Nacional de Salud del Niño, Instituto Nacional Materno Perinatal y Centro de Salud San Sebastián.

El objetivo principal de este documento es describir la adquisición de experiencia profesional de dos internas en diferentes establecimientos de salud de Lima, Perú y el proceso completo de aprendizaje durante el periodo 2022-2023, en el contexto de la pandemia COVID-19.

Los limitantes principales fueron la reducción del tiempo de internado a dos meses menos de lo usual, así como también el tiempo establecido de trabajo de lunes a sábado de 7 a. m. a 1 p. m. que no fue respetado en muchas rotaciones. Además, la distribución de equipo de protección personal no fue brindado por la universidad, sino en el establecimiento de salud por el que rotabas, así que dependía de su disponibilidad para entregarnos. A pesar

de las limitaciones que se tuvo, la experiencia fue enriquecedora y provechosa para la formación médica.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

A continuación, se presentan 16 casos clínicos que se aprendieron a manejar durante las 4 rotaciones, y forman parte de la experiencia vivida durante el internado médico en nuestros respectivos establecimientos de salud.

I.1. Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º 1

Filiación: Nombre SKM, Edad: 25 años, Sexo: Femenino.

Anamnesis:

Primigesta de 34 semanas 5 días por FUR acude al servicio de emergencia con ecografía obstétrica que muestra embarazo con alteración en la arteria umbilical y cerebral media. Refiere contracciones uterinas esporádicas. Refiere dolor de cabeza y e hinchazón en los pies. Niega pérdida de sangre, líquido ni síntomas de irritación cortical. Percibe los movimientos fetales.

Antecedentes obstétricos:

- G1 P0000
- FUR: 12/11/2021, FPP: 19/08/2022
- EG: 34 semanas 5/7 días x FUR
- PIN: 0
- Controles prenatales: 05

Antecedentes familiares: Ninguno de relevancia.

Antecedentes personales:

- Patológicos: HTA (-) DM (-) Asma (-), TBC (-)
- Quirúrgicos: Niega
- Alergias: Niega
- Transfusiones: Niega
- Vacunas: Tiene 3 vacunas COVID-19

Examen físico:

Funciones vitales: FC: 89 lpm, FR: 18rpm, PA: 1º toma de 135/95 mmHg, 2º toma de 140/95, SatO2: 98 %, Tº: 36.8 °C.

Al examen: AREG, AREN, AREH, ventila espontáneamente sin apoyo oxigenatorio.

Piel y mucosas: tibias, húmedas, elásticas, llenado capilar < 2 seg, no cianosis, no

ictericia.

TCSC: Edemas en miembros inferiores +1.

Tórax y pulmón: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados, no tirajes.

CV: RCR de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: RHA presentes, blando/ depresible, no doloroso a la palpación, útero grávido con altura uterina de 30 cm, Dinamina uterina: 1-2/10/++, MF: +.

Genitourinario: PPL (-). Tacto vaginal: D: 0, I: 0, Altura de presencia: -4,

Membranas: Integras, Variedad de posición: No se precisa, Pelvis: Ginecoide.

SNC: Despierta, activa, Glasgow 15/15, LOTEP. ROT: +2.

Diagnósticos:

- Primigesta nulípara de 34 semanas 5 días por FUR.
- No trabajo de parto
- D/C RCIU
- D/C Preeclampsia

Plan de trabajo:

- CINA 0.9 % 10000 CC a chorro, luego 45 gotas por minuto.
- Reposo relativo.
- Se solicita ecografía obstétrica Doppler.
- Se solicita laboratorio: Grupo y factor, Hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, examen completo de orina, RPR, VHI, HBsAg.
- Control obstétrico, funciones vitales.

Plan y pruebas adicionales:

Se solicitó ecografía Doppler, donde se obtuvieron los siguientes resultados: Situación fetal: LCD, Peso: 913 Gr (< PC 3), LCF: 136, Ip doppler umbilical: 1.31 (> PC 95), Placenta anterior corporal. Líquido amniótico disminuido (ILA < 4). Se concluye en un embarazo de 34 sem, RCIU, Doppler de arteria uterina alterado, Oligoamnios severo.

Resultado de exámenes de laboratorio: GS: A, Factor RH: +, Hb: 12.5 g/dl, Hct: 37 %, Leucocitos: 8,400 mm³, Ab: 0, Plaquetas: 212,000 mm³, Perfil de coagulación valores normal, Urea y creatinina valores normales, Glucosa: 91 mg, Serológicos: Negativos, Examen de Orina= Leucocitos: 0-2 x campo, AAS: Trazas, proteínas: +.

La paciente fue hospitalizada al confirmarse el diagnóstico de RCIU con oligoamnios severo y preeclampsia. Recibió hidratación por vía endovenosa, Nifedipino 10 mg VO c/24 horas hasta estabilizar presión arterial, y Dexametasona 6

mg IM cada 12 horas x 4 dosis. Se mantuvo en reposo absoluto y control obstétrico-fetal constante. Luego de la mejoría clínica y la maduración pulmonar, se programó cesárea. La paciente quedó en reposo luego de la intervención quirúrgica, no desarrolló complicaciones.

Caso clínico n.º 2

Filiación: Nombre JLAG, Edad: 29 años, Sexo: Femenino.

Anamnesis:

Gestante de 6 semanas por FUR acude al servicio de emergencia por presentar sangrado por vía vaginal desde hace 1 día, que se acompaña de dolor abdominal en hipogastrio intensidad 5/10. Niega cuadro febril, niega otras molestias.

Antecedentes obstétricos:

- G3 P2002, FUR: //2022, FPP: 24/02/2023
- EG: 6 semanas x FUR
- PIN: 5 años
- Controles prenatales: 0
- Mayor peso fetal anterior: 4170

Antecedentes familiares: Ninguno de relevancia.

Antecedentes Personales:

- Patológicos: HTA (-) DM (-) Asma (-), TBC (-)
- Quirúrgicos: cesárea 2017 por macrosomía fetal.
- Alergias: Niega
- Transfusiones: Niega
- Vacunas: Tiene 3 vacunas COVID-19

Examen físico

Funciones vitales: FC: 81 lpm, FR: 16 rmp, PA: 95/78 mmHg, Sat: 98 %, T: 36.5 °C.

Al examen: AREG. AREN. AREH. Ventila espontáneamente.

Piel y mucosas: tibias, húmedas, elásticas, llenado capilar < 2 seg, no cianosis, no ictericia.

Tórax y pulmón: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados, no tirajes.

CV: RCR rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: RHA presentes, blando/ depresible, leve dolor a la palpación en hipogastrio.

Genitourinario: PPL (-).

Tacto vaginal: Cérvix cerrado, posterior, largo longitud 3 cm. Útero de 7 cm. A la especuloscopia se observa leve sangrado vaginal, OCE cerrado.

SNC: Despierta, Glasgow 15/15, LOPEP, ROT: +2.

Diagnóstico:

- G3 de 6 semanas por FUR
- D/C Aborto retenido

Plan de trabajo:

- Solicitar ecografía Transvaginal
- Solicitar exámenes de laboratorio: Grupo y factor, hemograma completo, perfil de coagulación, RPR, VHI, HBsAg.
- Control de funciones vitales y sangrado vaginal.

Plan y pruebas adicionales:

Eco Transvaginal muestra útero anteroversoflexo de 80x53x80 mm, con saco gestacional irregular con embrión de 7.6 mm sin latidos cardiacos. Exámenes de laboratorio GS: O, Factor RH: +, Hb: 12 g/dl, Hct: 36 %, Leucocitos: 6,500 mm³, Ab: 0, Plaquetas: 340,000 mm³, Serológicos: Negativos.

Al confirmarse la gestación no evolutiva, se indica programación de Aspiración manual endouterina (AMEU) y la toma de Misoprostol 600 mcg vía oral dosis única. Los hallazgos del procedimiento fueron los siguientes: Histerometría 9 cm, Sangrado intraoperatorio: 10 cc, se retirar restos en regular cantidad. La paciente tolera el procedimiento, no presenta ninguna complicación y queda en observación. Se le dada de alta a las 6 horas con Doxiciclina de 100 mg VO cada 12 horas por 5 días, Ibuprofeno de 400 mg VO cada 8 horas por 3 días y cita para control ecográfico en 1 semana.

Caso clínico n.º 3

Filiación: Nombre NMSS, Edad: 30 años, Sexo: Femenino.

Anamnesis:

Paciente mujer de 30 años acude al centro de salud con tiempo de enfermedad de 6 días caracterizado por lesiones en genitales externos muy dolorosas (intensidad 7/10), acompañados de prurito, fiebre cuantificada de 37.9°C y ardor al orinal. Refiere haber ido otro centro de salud donde le indicaron doxiciclina como tratamiento, pero al no tolerar la medicación dejó de tomarla.

Antecedentes Familiares: Ninguno de relevancia.

Antecedentes personales:

- Patológicos: HTA (-) DM (-) Asma (-), TBC (-)
- Quirúrgicos: Niego.
- Alergias: Niega
- Transfusiones: Niega

Conducta de riesgo:

Examen físico:

Funciones vitales: FC: 81 lpm, FR: 16 rpm, PA: 100/60 mmHg, SatO₂: 98 %, T: 37.5 °C.

Al examen: AREG. AREN. AREH. Ventila espontáneamente.

Piel: tibias, húmedas, elásticas, llenado capilar < 2 seg, no cianosis, no ictericia.

Tórax y pulmón: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados, no tirajes.

CV: RCR de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: RHA presentes, blando/ depresible, no impresiona dolor a la palpación.

Genitourinario: PPL (-).

Genitales: múltiples úlceras en labios mayores, con base purulenta, bordes frágiles y eritematosa.

SNC: Despierta, Glasgow 15/15, LOTEP, ROT: +2.

Diagnóstico:

- síndrome de ulcera genital: D/C Sífilis Vs Chancro blando.
- D/C ITU.

Plan de trabajo:

- Se solicita examen de orina, hemograma completo, RPR.
- Penicilina G benzatínica 2,4 millones UI IM + Ciprofloxacina 500mg VO DU.
- Paracetamol 500 mg cada 6-8 h x 5 días, luego condicional a fiebre y/o dolor.
- Reevaluación con resultados.

Plan y pruebas adicionales:

Exámenes de laboratorio: Hb: 12.5 g/dl, Hct: 36 %, Leucocitos: 12,500 mm³, Ab: 0, Plaquetas: 340,000 mm³, RPR: Negativo. Examen de orina: Leucocitos: 2-4 x campo. Luego del descarte de Sífilis se continuo tratamiento con Ciprofloxacina 500mg VO c/12h x 5 días, se brinda consejería sobre ITS y VIH. La paciente es citada en 1 semana para reevaluación de cuadro clínico, se le informa que su pareja estable debe acudir a consulta para realizarse el respectivo descarte.

Caso clínico n.º 4:

Filiación: Nombre VAGC, Edad: 22 años, Sexo: Femenino.

Anamnesis:

Primigesta de 33 semanas 1 día por ECO 1T acude al servicio de emergencia por pérdida de líquido por vía vaginal desde hace 4 horas asociado a contracciones uterinas frecuentes. Niega pérdida de sangre, ni síntomas de irritación cortical. Percibe los movimientos fetales.

Antecedentes obstétricos:

- G1 P0000
- FUR: 18/10/2021, FPP: 21/08/2022
- PIN: 0
- ECO 1T: 01/02/2022 - EG: 10 SS 5D
- Controles prenatales: 08

Antecedentes Familiares: Ninguno de relevancia.

Antecedentes Personales:

- Patológicos: HTA (-) DM (-) Asma (-), TBC (-)
- Quirúrgicos: Niega
- Alergias: Niega
- Transfusiones: Niega
- Vacunas: Tiene 3 vacunas COVID-19

Examen físico:

Funciones vitales: FC: 89 lpm, FR: 20rpm, PA: 111/77 mmHg, SatO₂: 98 %, T°: 36.6 °C. Peso:111kg, Talla:150 cm

Al examen: AREG, AREN, AREH, ventila espontáneamente, obesa.

Piel y mucosas: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar < 2 seg, no cianosis, no ictericia.

TCSC: Edemas en miembros inferiores +1.

Tórax y pulmón: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados, no tirajes.

CV: RCR de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: RHA presentes, blando/ depresible, no doloroso a la palpación, útero grávido con altura uterina de 34 cm, SPP: LCD, LCF: 145X', Dinámica uterina: 1-2/10/++25, MF: ++.

Genitourinario: PPL (-). Tacto vaginal: cérvix blando central, D: 1 cm, I: 80%, Altura de presentación: -3, Membranas: rotas se evidencia pérdida de líquido claro a la

maniobra de Valsalva y especuloscopia, Variedad de posición: No se precisa, Pelvis: Ginecoide.

SNC: Despierta, activa, Glasgow 15/15, LOTEP. ROT: +2.

Diagnósticos:

- Primigesta nulípara de 33 semanas 1 día por eco 1T.
- Amenaza de parto pretérmino
- Ruptura prematura de membranas de 4 h
- Obesidad materna

Plan de trabajo:

- NPO
- CINA 0.9 % 10000 CC→ 500cc a chorro, luego 45 gotas por minuto.
- Reposo absoluto.
- Se realiza ecografía obstétrica: LCD, PF:1767 gr, placenta fúndica anterior grado II, ILA 53 mm, circular simple de cordón, GUA: 31ss 2d por BF, oligoamnios leve, PBF:8/8.
- Se solicita prueba antigénica (sale negativa), cuenta con preqx: Hb: 12.3, plaq 236 000, leucocitos: 11970, u/c: 21/0.57. glucosa: 82. Orina: normal.
- IC a UCI neonatal
- Tocólisis: Nifedipino 20 mg VO STAT, luego 10 mg cada 20 minutos por 3 dosis, luego 10 mg c/6h
- Maduración pulmonar: betametasona 12 mg IM c/24h x 2 dosis
- Antibioticoterapia pasada las 6h: cefazolina 2gr EV STAT, luego 1gr EV c/6h
- Control obstétrico, funciones vitales.

Reevaluación:

Se reevalúa al paciente con NST postocólisis, donde el NST sale activo-reactivo 9/10. No se evidencia dinámica uterina. Paciente refiere mejoría de sintomatología, percibe movimientos fetales y líquido escaso vía vaginal.

Al examen físico:

- abdomen: DU ausente, LCF 148 x', MF ++
- tv: diferido, no sangrado vaginal, no pérdida de líquido

Diagnósticos:

- Primigesta nulípara de 33 semanas 1 día por eco 1T.
- Amenaza de parto pretérmino en remisión
- Ruptura prematura de membranas de 7 h

- Obesidad materna

Plan:

- NPO
- ClNa 0.9 % 10000 CC a 45 gotas por minuto.
- Reposo absoluto
- Tocólisis de mantenimiento: nifedipino 10 mg c/6h x 2 días
- Completar maduración pulmonar con betametasona 12 mg IM
- Antibioticoterapia: cefazolina 2gr EV STAT, luego 1gr EV c/6h por 2 días, luego cefalexina por 5 días más.
- CO + CFV
- Se realiza referencia a hospital de mayor complejidad al no contar con camas disponibles en UCI

Se termina refiriendo a la paciente al no haber disponibilidad de UCI neonatal.

I.2. Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º 1

Filiación: Nombre: ANRC, Edad: 28 años, Sexo: femenino

Anamnesis:

Paciente mujer de 28 años acude al centro de salud por presentar heridas en miembro inferior izquierdo, tras mordedura de perro hace dos días. Paciente refiere que el perro es de un vecino y no está segura de si está vacunado correctamente. Las heridas van acompañadas de dolor moderado (intensidad 6/10) y tumefacción. Niega fiebre y otras molestias.

Antecedentes familiares: Ninguna de importancia.

Antecedentes personales:

- Patológicos: HTA (-) DM (-), TBC (-).
- Quirúrgicos: Niega.
- Alergias: Niega.
- Transfusiones: Niega.
- Vacunación antitetánica: Última dosis administrada hace más de 10 años.

Examen físico:

Funciones vitales: FC: 77 lpm, FR: 18 rpm, PA: 110/60 mmHg, SatO₂: 99%, T: 37° C.

Al examen: AREG. AREN. AREH. Ventila espontáneamente.

Piel: Tibia, húmeda, elástica, llenado capilar < 2 seg, no cianosis, no ictericia. Se observan 4 lesiones punzantes con signos de flogosis, no se observa secreción purulenta.

Tórax y pulmón: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados, no tirajes.

CV: RCR de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: RHA presentes, blando/ depresible, no impresiona dolor a la palpación.

Extremidades: Miembro inferior izquierdo afectada inflamada con los dedos edematosos. Movilidad reducida por edema en miembro. Sensibilidad conservada.

SNC: Despierta. LOTEP, EG:15/15.

Diagnóstico:

- Mordedura de perro.

Plan de trabajo:

- Lavado de herida con abundante agua y jabón.
- Naproxeno 500 mg VO cada 12 horas por 5 días y luego condicional a dolor.

- Ciprofloxacino 500 mg VO cada 12 horas por 7 días.
- Aplicar inmunización antitetánica.
- Aplicación inmunización antirrábica: 5 dosis IM en región deltoidea, (día 0,3,7,14,28).

Caso clínico n.º 2:

Filiación: Nombre: JMSR, Edad: 35 años, Sexo: Masculino. Ocupación: Asistente administrativo en consultorio médico.

Anamnesis:

Paciente varón de 40 años acude al centro de salud debido a que hace 5 meses nota pérdida de peso de aproximadamente 4 kilos; hace 20 días tos seca, malestar general, fiebre cuantificada de 37.8 que presento leve mejoría con antipiréticos y analgésicos. Refiere que hace una semana se agrega dolor torácico, sudoración profusa por las noches y que la tos se acompañada con expectoración hemoptoica.

Antecedentes familiares: Hermano con TBC hace 3 años con tratamiento completo. Madre con HTA hace 5 años controlada. No hay antecedente de cáncer en la familia.

Antecedentes personales:

- Patológicos: HTA (-) DM (-), TBC (-).
- Quirúrgicos: Niega.
- Alergias: Niega.
- Transfusiones: Niega.
- Tabaquismo: Niega.

Examen físico:

Funciones vitales: FC: 100 lpm, FR: 18 rpm, PA: 125/80 mmHg, SatO₂: 99 %, T: 37 ° C. Talla: 1.70; Peso: 60 kg.

Al examen: AREG. AREN. AREH. Ventila espontáneamente.

Piel: Tibia, húmeda, elástica, llenado capilar < 2 seg, no cianosis, no ictericia, no se palpan adenopatías cervicales.

Tórax y pulmón: MV pasa disminuido en tercio superior de hemitórax derecho, no ruidos agregados, no tirajes.

CV: RCR de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: RHA presentes, blando/ depresible, no impresiona dolor a la palpación.

SNC: Despierta. LOTEP, EG:15/15.

Diagnóstico:

- D/C Tuberculosis pulmonar.

Plan de trabajo

- Se solicita hemograma completo, BK en esputo (x2), Radiografía de tórax.
- Reevaluación con resultados.

Plan y Pruebas Adicionales:

Resultados de exámenes de laboratorio: Hb: 13.5 gr/dL, Hematocrito: 40.2 %, Leucocitos: 5,110, Neutrófilos 40%, Linfocitos 30%. Pruebas de BK (+), se observan 10 a 99 BAAR en 100 campos microscópicos. Radiografía de tórax: Infiltrado apical, lesión cavitaria en lóbulo superior de HTD.

Al confirmarse el diagnóstico de tuberculosis pulmonar fue derivado al servicio de PCT del centro de salud, donde se realizó prueba rápida de sensibilidad resultando pansensible. Inicia con el Esquema 1 de tratamiento (2HREZ/4H3R3) y es citado para los próximos controles en el centro de salud.

Caso clínico n.º 3:

Filiación: Nombre: CMAA, Edad: 48 años, Sexo: Masculino. Ocupación: Servicio de vigilancia.

Anamnesis:

Paciente varón de 48 años aduce al centro de salud con tiempo de enfermedad de 3 meses, refiere que va constante mente al baño, aumentado de la sed y apetito, pero de a pesar de comer mucho, nota que ha bajado un poco de peso. Además, refiere que hace 1 semana siente adormecimiento en las pantorrillas.

Antecedentes familiares: Madre con Diabetes Mellitus hace 10 años, Padre con HTA hace 3 años.

Antecedentes personales:

- Patológicos: HTA diagnosticado hace 1 año en tratamiento con Losartán 50 mg c/12 horas, DM (-), TBC (-).
- Quirúrgicos: Niega.

- Alergias: Niega.
- Transfusiones: Niega.

Examen físico:

Funciones vitales: FC: 89 lpm, FR: 20 rpm, PA: 135/80 mmHg, SatO₂: 98 %, T: 36.6 °C. Talla: 1.60; Peso: 73 kg.

Al examen: AREG. AREN. AREH. Ventila espontáneamente.

Piel: Tibia, húmeda, elástica, llenado capilar < 2 seg, no cianosis, no ictericia, acantosis nigricans acompañado de acrocordones en cuello, hiperpigmentación en axilas.

Tórax y pulmón: MV pasa bien en ambos campos pulmonar, no ruidos agregados, no tirajes.

CV: RCR de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: RHA presentes, blando/ depresible, no impresiona dolor a la palpación.

SNC: Despierta. LOTEP, EG:15/15.

Diagnóstico:

- Hipertensión arterial por historia clínica.
- Sobrepeso
- D/C Diabetes mellitus.

Plan de trabajo

- Se solicita hemoglobina, hematocrito, glucosa, colesterol, triglicéridos, perfil lipídico.
- Interconsulta con nutrición: Plan nutricional personalizado.
- Reevaluación con resultados.
- Referencia para el servicio de Endocrinología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Plan y pruebas adicionales:

Resultados de exámenes de laboratorio: Hb: 14.2 gr/dL, Hematocrito: 41,8%, Glucosa: 110 mg/dL, Colesterol: 210, LDL: 120, HDL: 30, Triglicéridos: 180.

Al obtener el resultado de glucosa de 123 mg/dL se manda otra orden para la toma de otra glucosa en ayunas para el siguiente día. El segundo resultado de glucosa fue de 126 mg/dL. Habiendo confirmado el diagnóstico de diabetes se deja como tratamiento: Metformina de 850 mg c/12 horas y reevaluación en 30 días. Se le explica las complicaciones que puede desarrollar si es que no sigue con el tratamiento y la dieta establecida por nutrición.

Caso clínico n.º 4:

Filiación: Nombre: TLPC, Edad: 70 años, Sexo: femenino

Anamnesis:

Paciente mujer de 70 años acude a consultorio de medicina general por presentar dolor en piernas desde hace 5 años y presencia de “varices”, dolor se ha intensificado e hinchazón de piernas difícilmente remite a pesar de elevar piernas desde hace 15 días, aparte está preocupada porque ahora esta roja y caliente su pierna derecha y le ha aparecido una herida nivel de tibia cara anterior.

Antecedentes familiares: Ninguna de importancia.

Antecedentes personales:

- Patológicos: HTA (+) desde hace 10 años. DM (-), TBC (-).
- Quirúrgicos: Niega.
- Alergias: Niega.
- Medicación: Losartán 50mg c/12h

Examen físico:

Funciones vitales: FC: 68 lpm, FR: 16 rpm, PA: 108/64 mmHg, SatO₂: 98 %, T: 37.2 °C. P: 74 kgs T: 1.50 m

Al examen: AREG. AREN. AREH. Ventila espontáneamente.

Piel: Tibia, húmeda, elástica, llenado capilar < 2 seg, no cianosis, no ictericia.

Se observan dilataciones venosas y edemas en ambas piernas, en pierna derecha: eritema que se extiende hasta por debajo de las rodillas y úlcera de 3 x 4 cm en cara anterior de tibia a nivel de maléolo interno con signos de flogosis, no se observa secreción purulenta. Pulso pedio conservado en ambos pies.

Tórax y pulmón: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados, no tirajes.

CV: RCR de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: RHA presentes, blando/ depresible, no impresiona dolor a la palpación.

Extremidades: Moviliza las 4 extremidades. Movilidad reducida por edema en miembro inferior derecho. Sensibilidad conservada.

SNC: Despierta. LOTEP, G:15/15.

Diagnóstico:

- celulitis en pierna derecha
- Insuficiencia venosa periférica
- úlcera varicosa
- obesidad

Plan de trabajo:

- Se le solicita ecografía Doppler venosa de miembros inferiores.
- Se le indica antibióticos: ceftriaxona 2gr c/24h x 5 días, luego clindamicina 300 mg c/8h por 5 días, además se le indica sulfadiazina de plata para las curaciones de su herida.
- Se le indica curaciones diarias en servicio de urgencias del centro, y vendaje compresivo.
- Se le indica realizar caminatas más seguido, elevar las piernas cuando se encuentre sentada y bajar de peso.

I.3. Rotación en cirugía

Caso clínico n.º 1:

Filiación: Nombre: RGZC, Edad: 41 años, Sexo: masculino

Anamnesis:

Paciente varón de 41 años, que llega al tópico de cirugía, con un tiempo de enfermedad de 30 horas. Refiere dolor localizado en fosa iliaca derecha, 8/10 intensidad, de inicio insidioso tipo punzante no irradiado, asociado a náuseas, vómitos e hiporexia. Paciente refiere que hace 30 horas dolor era tipo cólico en epigastrio con intensidad 3/10 y que hace 16 horas aproximadamente se localiza en fosa iliaca derecha, además refiere no haber ingerido algún medicamento y acudir a emergencias después de presentar incremento del dolor.

Antecedentes familiares: Ninguno de relevancia.

Antecedentes personales:

- Patológicos: HTA (-) DM (-) Asma (-), Gastritis (-), Hepatitis (-), TBC (-)
- Quirúrgicos: Niega
- Alergias: Niega
- Transfusiones: Niega
- Vacunas: Tiene 3 vacunas COVID-19

Examen físico:

Funciones Vitales: FC: 104 lpm, PA: 124/85 mmHg, saturación: 96 %, temperatura: 36.5 °C.

Al examen: AMEG. AREN. AREH. Ventila espontáneamente con buen patrón a FIO2 ambiente con fascies dolorosa.

Piel y mucosas tibias, elásticas, hidratadas de coloración normal. No palidez, no ictericia, no diaforesis.

Tórax: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados, no tirajes. Ruidos cardiacos rítmicos taquicárdicos, no se auscultan soplos.

Abdomen: no distendido, RHA presentes, blando poco depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha. Murphy (-) McBurney (+) Blumberg (+) Rovsing (+), Dunphy (+). No se palpan masas.

Genitourinario: Genitourinario: PPL (-) y PRU (-).

SNC: Glasgow 15/15. LOTEPE. No signos meníngeos. No signos de focalización. Pupilas CIRLA.

Impresión diagnóstica:

- Apendicitis Aguda Complicada.

Plan y pruebas adicionales:

Se solicitó ecografía abdominal, no se visualizó el apéndice, demás órganos sin alteraciones. El cirujano decide programar al paciente para el acto quirúrgico, por lo que mientras se solicita interconsulta al departamento de medicina de emergencia para el riesgo quirúrgico, se le coloca vía, 2 ampollas de 1g de metamizol, 1 ampolla de omeprazol 40mg y 2 ampollas de ceftriaxona 1g EV, NaCl .9 % 1000cc a 45 g/m, y estatus de NPO.

Adicionalmente, se le hacen los exámenes de laboratorio. GS: O+. Leucocitos: 16000, hemoglobina: 13.2 y PCR: 3.2. Serología: HIV -1 (ELISA): No Reactivo, VHB: no reactivo. Examen de orina: No Patológico.

Riesgo quirúrgico: ASA II

Una hora después, el paciente ingresa al centro quirúrgico para una apendicectomía convencional por abdomen agudo quirúrgico, cuya duración es 73 minutos en el que se realiza un lavado peritoneal. Se termina el acto quirúrgico sin complicaciones, con el diagnóstico postoperatorio de apendicitis aguda complicada + peritonitis generalizada. Se encontró plastrón apendicular en fosa iliaca derecha con líquido inflamatorio claro en moderada cantidad en parieto cólico derecho y fondo de saco de Douglas. Apéndice necrosado en toda su extensión y friable en su base.

Posteriormente, paciente pasa a sala de recuperación, donde permanece en NPO y al no presentar complicaciones pasa a piso de hospitalización de cirugía, con terapéutica de ceftriaxona + metronidazol, metamizol y metoclopramida EV, continuando con hidratación con suero fisiológico. El paciente evoluciona de manera favorable, progresando a dieta líquida amplia en 1 día. Se le realizó curaciones de su herida a diario. No presentó complicaciones y se le da de alta al 3er día de hospitalización, con tratamiento analgésico por 5 días más y tratamiento antibiótico por 5 días más, citando para su control a los 7 días por consultorio externo de cirugía general.

Caso clínico n.º 2:

Filiación: Nombre: AMMT, Edad: 40 años, Sexo: femenino

Anamnesis:

Paciente mujer de 40 años acude a emergencias, con un tiempo de enfermedad de 3 días por cuadro de dolor y distensión abdominal asociado a náuseas, vómitos y ausencia de deposiciones.

Antecedentes de importancia: laparotomía exploratoria hace 6 años (se realizó una histerectomía, que se complicó con peritonitis por perforación intestinal). Cuenta con 3 vacunas COVID 19.

Examen físico:

Funciones Vitales: FC: 89 lpm, PA: 120/80 mmHg, saturación: 98 %, temperatura: 36.7
Al examen: AREG. AREN. AREH. Ventila espontáneamente con buen patrón a FIO2 ambiente con fascies dolorosa.

Abdomen: distendido, cicatriz en T invertida en abdomen inferior, RHA disminuidos, blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda a predominio de hemiabdomen inferior. No se palpan masas.

Resto del examen sin alteraciones.

Impresión diagnóstica:

- Obstrucción intestinal

Plan y pruebas adicionales:

Se solicita radiografía de abdomen de pie en el que se visualizan niveles hidroaéreos. Se decide programar al paciente a SOP. Se indica NPO y colocar sonda nasogástrica al paciente, iniciar NaCl 0.9 % 1000CC a 40 g/m, ceftriaxona 2gr, metamizol 2gr y omeprazol EV y colocación de sonda foley permeable.

Además, se le solicitaron prequirúrgicos: GS:O+. Hemograma: hemoglobina 12.5, leucocitos 12500 sin desviación izquierda, amilasa, lipasa normal. Serológicos no reactivos. Examen de orina: No Patológico. Resto de exámenes sin alteraciones.

Riesgo quirúrgico: ASA II.

Se realiza una laparotomía exploratoria por obstrucción intestinal, cuya duración fue de 130 minutos, en la que se encontró adherencias firmes de peritoneo parietal a epiplón y hacia apelonamiento de intestino delgado, condicionando dilatación de asas proximales y colapso distal, que al liberar se evidencia un segmento intestinal con despulimiento de serosa a 1.10 cm de ángulo de treitz y otro segmento con despulimiento con infiltración de contenido intestinal a 1.60 cm de ángulo de treitz.

Finalmente se realizó una laparotomía exploratoria + liberación de adherencias + resección en cuña y rafia de asa intestinal delgada + enterorrafia + apendicectomía profiláctica + lavado de cavidad abdominal por obstrucción intestinal + síndrome adherencial + eventración abdominal.

Posteriormente en URPA evolucionó favorablemente sin complicaciones pasando a

hospitalización, donde permaneció en NPO por 24h y con la siguiente terapéutica permaneció por los 2 días siguientes: dextrosa 5 % 1000 CC + CLNA 20% 2 ampollas + CLK 20% 1 ampolla a 40 g/m + ceftriaxona 2g + metronidazol 500mg + metamizol 2g + dimenhidrinato 50mg + omeprazol 40mg EV .

Al quinto día de hospitalización la paciente ya toleraba dieta blanda, habiéndose restituido el tránsito intestinal y encontrándose hemodinamicamente estable fue dada de alta con manejo antibiótico y analgésico vía oral y citada en 7 días por consultorio de cirugía general.

Caso clínico n.º 3:

Filiación: Nombre: IAGH, Edad: 25 años, Sexo: femenino

Anamnesis:

Paciente mujer de 25 años ingresa a emergencia con un tiempo de enfermedad de 10 horas caracterizado por dolor tipo cólico en abdomen superior desde hace 8 horas que no ha cedido a pesar de consumir escopolamina 10 mg hace 4 horas, refiere que dolor comenzó tras comer chicharrones con familiares. Hace 2 horas se agregan náuseas. Dolor cede parcialmente en decúbito supino. Además cuenta que desde hace 6 meses presenta estos dolores pero con menor intensidad, tras la ingesta de comida chatarra, pero ceden después de unas horas o tras la ingesta de una escopolamina de 10 mg.

Antecedentes:

- Patológicos: HTA (-) DM (-) Asma (-), Gastritis (-), Hepatitis (-), TBC (-)
- Quirúrgicos: Niega
- Alergias: Niega
- Transfusiones: Niega
- Vacunas: Tiene 2 vacunas COVID-19

Examen físico:

Funciones Vitales: FC: 92 lpm, PA: 116/78 mmHg, saturación: 98 %, temperatura: 37.8
Al examen: AREG. AREN. AREH. Ventila espontáneamente con buen patrón a FIO2 ambiente con fascies dolorosa.

Abdomen: no distendido, RHA conservados, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en cuadrante superior derecho. Murphy +. Mc burney -. No se palpan masas.

Resto del examen sin alteraciones.

Impresión diagnóstica:

- Colecistitis aguda

Plan y pruebas adicionales:

Se solicita ecografía de abdomen donde se evidencia vesícula con pared de 6 mm, longitud 9 mm, múltiples imágenes hiperecogénicas de 2 x 2 mm de diámetro con sombra acústica, colédoco 4mm. Resto de órganos sin alteraciones.

Así también se solicitaron exámenes de laboratorio: Hemograma: Leucocitos: 11350, Ab: 2 %, plaquetas: 249000, Hb: 13.5 gr/dL; Hcto 39.6 %, GS O Rh +, BT: 1.32 mg/dl, BD: 0,6.mg/dl, BI: 0.72mg/dl FA: 129 U/L, GGTP 90 U/L, TGO 70 U/L, TGP 56 U/L.

Se decide programar a la paciente a SOP, se solicita riesgo quirúrgico: ASA II.

La terapéutica indicada fue iniciar NPO, NaCl 0.9% 1000 CC a 45 g/m, ceftriaxona 2gr, metronidazol 500mg, metamizol 2gr, omeprazol 40mg EV.

Ingresa a una colecistectomía laparoscópica por el diagnóstico de colecistitis aguda litiásica. La operación dura 50 min sin complicaciones.

Hallazgo operatorio: vesícula con bordes edematizados en el interior se encuentran múltiples cálculos de 2 x 3 mm. Lecho hepático sin alteraciones.

Se recupera en URPA y pasa a hospitalización, evoluciona favorablemente, tolera vía oral, elimina flatos y es dada de alta a los 2 días de su ingreso con analgésicos.

Caso clínico n.º 4:

Filiación: Nombre: NN, **Edad:** -, **Sexo:** masculino

Anamnesis:

Paciente varón NN ingresa a emergencia en parada cardiorrespiratoria, previamente se había recibido información de que el paciente había sido asaltado con arma blanca en la vía pública. Ingresa de frente a trauma shock, paramédicos de ambulancia reportan que paciente fue acuchillado a nivel tórax, y refieren ya haber realizado RCP 1 ciclo. Realizan ABCDE al paciente inician ventilaciones con ambú, mientras conectan desfibrilador, que indica fibrilación ventricular, por lo que desfibrilar al paciente y recupera función cardíaca, mientras se continúan con ventilaciones.

Examen físico:

Funciones vitales: FC: 110 PA: 75/48 SAT: 95 % T: 36.1

AMEG AMEH AREN, inconsciente, pulso débil, LLC 3 seg, paciente portador de tubo de mayo por el cual recibía ventilación a presión positiva y collarín cervical

CV: RC apagados, rítmicos

TX: Solución de continuidad de 6 cm cubierta con gasa compresiva y vendaje a nivel del borde izquierdo del esternón a la altura de las costillas 4 y 5. MV abolido en $\frac{2}{3}$ inferiores de HTI.

SNC: GLASGOW 5/15

Diagnósticos presuntivos:

- Shock hipovolémico
- Taponamiento cardiaco
- Hemotórax

Manejo:

El paciente se encontraba monitorizado hemodinamicamente en todo momento, se intuba de manera rápida, mientras se le colocó doble vía con calibre grueso, donde se administró suero fisiológico en bolo en 1 vía y en la otra vía a 45 g/m, se procede a realizarle un ecofast, mientras se colocó un tubo de drenaje torácico en HTI en el que salió liquido hemático 500 cc.

En el ecofast se evidenció líquido compatible con sangre a nivel de pericardio aprox 250 cc, por lo que se llamó a cirujano cardiovascular de turno.

Cirujano acude al llamado confirmando el dx de taponamiento cardiaco en el paciente. Indicando toracotomía de emergencia, el paciente fue llevado inmediatamente a sala de operaciones. Sin poder realizar ningún otro examen. Se piden 3 unidades de paquetes globulares O -. Ya que se encontraba hemodinamicamente inestable.

En SOP se evidencia laceración de aproximadamente 5 cm a nivel de ventrículo derecho, al intentar reparar la lesión, paciente vuelve entrar en parada por lo que se le realiza masaje cardiaco abierto aproximadamente 3 min de duración, mientras traen el desfibrilador. Se analiza el ritmo y se encuentra en fibrilación ventricular, se despeja a 200 J, no recupera pulso, se analiza el ritmo otra vez. Se identifica asistolia, el anesthesiólogo administra 1 dosis de adrenalina, se repiten 5 ciclos más de masaje cardiaco abierto, sin recuperación del paciente. Al cabo de 25 min de comenzar la

operación se indica el deceso del paciente.

Diagnósticos finales:

- Parada cardiorrespiratoria
- Shock hipovolémico
- Taponamiento cardiaco
- Hemotórax
- Laceración penetrante de miocardio

I.4. Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º 1:

Filiación: Nombre: MSL, Edad: 2 años. Fecha de nacimiento: 10/072020

Anamnesis:

TE: 5 días Forma de inicio: Indicioso Curso: Progresivo.

Paciente varón de 2 años con un tiempo de enfermedad de 5 días caracterizado por estornudos y rinorrea acuosa que persiste con el pasar de los días. Dos días antes del ingreso se agrega tos seca intensa, 1 vomito de flema y fiebre cuantificada de 38°C que cede de manera momentánea con antipiréticos, los picos febriles se repiten cada 4-5 horas. El día del ingreso se agrega agitación asociado a "sonido similar a cornete", por lo que es llevado a medico particular, que le indica tratamiento con inhaladores, antibiótico y corticoides. Al no evidenciar mejoría de cuadro clínico acude al servicio de emergencia del INSN-Breña donde tras evaluación se decide su hospitalización.

Funciones biológicas: Orina: Conservado, Sed: Disminuido, Sueño: Incrementado, Deposiciones: Disminuidas, Apetito: Disminuido.

Antecedentes fisiológicos: Gesta: 2, Controles prenatales: > 6, Complicaciones durante el embarazo: No, Parto: distócico 38 sem (cesárea electiva), Peso al nacer: 3600 gr, Talla nacer: 50 cm, Apgar: No recuerda, Llanto al nacer: Si. Vacunas: Completas.

Antecedentes patológicos: Enfermedades (-), Hospitalización (-), Quirúrgicos (-), RAM (-), Transfusiones (-).

Antecedentes familiares: Ninguno.

Examen físico:

Funciones Vitales: FC: 160 lpm, FR: 30 rpm, Saturación: 94-96 %, temperatura: 37.6 C. Peso: 14 kg, Talla: 89 cm.

Al examen: Paciente despierto, irritable, ventila espontáneamente con distres respiratorio leve, con estridor inspiratorio.

Piel y mucosas: Tibias, húmedas, elástica, llenado capilar < 2 seg, no cianosis, no palidez, no ictericia, signo del pliegue (-).

Nariz: Fosas nasales permeables con secreción acuosa.

Boca: Orofaringe levemente congestiva

Tórax: Amplexación conservada, tórax simétrico, MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados, tirajes intercostales ++/+++.

CV: RCR de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: Globuloso, RHA presentes, blando/depresible, no impresiona dolor a la palpación superficial ni profunda.

SNC: Despierto, irritable, reactivo a estímulos externos, conectado con el entorno, pupilas isocóricas, fotoreactivas, tono y fuerza muscular conservado.

Diagnósticos:

- síndrome distrés respiratorio: Crup moderado.

Plan de trabajo:

- NPO
- NaCl 0.9 % 1000 cc
- Nebulizaciones con adrenalina.
- Dexametasona EV.
- Se solicita Hemograma completo, PCR, Prueba COVID-19, radiografía de tórax.
- Control de funciones vitales + observación de signos de alarma.
- Posición semisentada.

Plan y pruebas adicionales:

Exámenes de laboratorio solicitados: Hb: 10.9 g/dL, Hct: 33 %, Plaquetas: 275,000, Leucocitos: 10.000, Abastionados: 0%, Segmentados: 80%, Linfocitos: 17 %, PCR: 6.42 mg/dL. Prueba COVID: Negativa.

Radiografía de tórax: Anteroposterior, centrada, bien penetrada, bien inspirada, campos pulmonares sin alteraciones, estenosis subglótica signo en punta de lápiz.

En emergencia estuvo en NPO, recibió hidratación con NaCl 0.9% 1000 cc (150 cc/hr

por 4 horas), Dextrosa 5 % 1000 cc + NaCl 20 % 40 cc + KCl 20% 10 cc (50 cc/hr). Para el cuadro respiratorio inicio tratamiento con Dexametasona 2mg EV cada 8 horas (0,25 mg/kg/dosis) y Nebulización con Adrenalina 3 amp + NaCl 2cc (STAT y luego condicional a estridor marcado). Metimazol 280 mg EV STAT y luego condicional a fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ y Oxígeno suplementario para mantener saturación ≥ 92 %.

Debido a que persiste el distrés respiratorio fue hospitalizado en el servicio de Medicina C para continuar con monitorio de funciones vitales y el patrón respiratorio. Luego de la terapia con nebulizaciones el estridor inspiratorio y el distrés presentaron leve mejoría. Así mismo, la saturación de oxígeno mejoró y se mantuvo en 98 % durante los días de hospitalización. Al segundo día de hospitalización el cuadro respiratorio remitió considerablemente, solamente se indicó nebulizaciones condicionales a estridor marcado, oxígeno suplementario condicional y prednisona vía oral en jarabe (1 mg/kg en dos dosis). Al día 3 de hospitalización el paciente fue dado de alta y citado en 7 días por consultorio externo de pediatría.

Caso clínico n.º 2:

Filiación: Nombre: TSS, Edad: 1 año, Fecha de nacimiento: 01/11/2021

Anamnesis:

TE: 4 meses Forma de inicio: Insidioso Curso: Progresivo

Paciente varón de 1 año con antecedente de prematuridad y anemia severa desde nacimiento. Acude al centro de salud con tiempo de enfermedad de cuatro meses presentaba palidez moderada que aumentó en las semanas siguientes. Hace 5 días se agrega tos seca, rinorrea acuosa y fiebre no cuantifica que sede con paracetamol en jarabe. La madre refiere que desde el año come dieta poco variada. No acudió a sus controles de niño sano.

Funciones biológicas: Orina: conservada, Sed: conservada, Sueño: aumentado, Deposiciones: 1 vez al día, Apetito: Disminuido (madre refiere paciente recibe alimentación pobre y poca balanceada).

Antecedentes fisiológicos: Gesta: 2, Controles prenatales: 3, Complicaciones durante el embarazo: Preeclampsia, ITU (1.º, 2.º y 3.º trimestre), Diabetes gestacional (3º trimestre), Parto: Distócico - cesárea por preeclampsia, Peso al nacer: 1995 gr, Talla nacer: 43 cm, Apgar: No recuerda, Llanto al nacer: So. Vacunas: Incompletas (faltan las de 6 meses). Lactante exclusiva: hasta los 4 meses, luego fue complementada por leche artificial, Control cefálico: 5 meses, Control torácico: 8 meses.

Antecedentes patológicos:

- Enfermedades: Anemia desde nacimiento.
- Hospitalización: UCI neonatal por prematuridad e ictericia.
- Quirúrgicos (-), RAM (-)
- Transfusiones: Recibió transfusiones durante hospitalización.

Antecedentes familiares: Madre con Diabetes mellitus.

Examen físico:

Funciones Vitales: FC: 110 lpm, FR: 31 rpm, Saturación: 96 %, Tº: 37 °C, Peso: 12,2 kg (p25), Talla: 91 cm (p75), PA 100/56 mmHg.

Al examen: Paciente despierto, ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio.

Piel y mucosas: Tibias, húmeda, elástica, llenado capilar < 2 seg, palidez +++/+++,

Nariz: Fosas nasales permeables con secreción acuosa.

Boca: Orofaringe hiperémica, congestiva, no presencia de placas.

Tórax: Amplexación conservada, tórax simétrico, MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados, no tirajes.

CV: RCR de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: RHA presentes, blando/depresible, no impresiona dolor a la palpación superficial ni profunda.

SNC: Despierto, reactivo a estímulos externos, conectado con el entorno, pupilas isocóricas, fotoreactivas, tono y fuerza muscular conservado.

Pruebas adicionales:

Acudió a consulta con resultados de examen de laboratorio realizados de manera particular. Exámenes de laboratorio: Hb: 5,2 g/dL, Hct: 15,9 %, VCM 48,4 fL, HCM 14,3

pg, CHCM 29,7 g/dL, Plaquetas: 447,000, Leucocitos: 10.200, Abastionados: 0 %, Ferritina: < 3 mcg, Haptoglobina 88,2 mg/dl (normal); Hierro 34 mcg/dl (VN: 55-188), Reticulocitos 4,4% (VN 0,5-1,5 %).

Diagnóstico:

- Anemia severa
- Rinofaringitis aguda

Manejo:

Para la rinofaringitis se indicó paracetamol en jarabe 10mg/kg/dosis (), clorfenamina 1,25 ml c/12 horas y luego condiciona a congestión nasal. Para la anemia severa, provisionalmente se indicó Jarabe de Sulfato Ferroso a dosis de 4 mg/kg/día. Así mismo, se realizó referencia al servicio de pediatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza para que reciba transfusión de un concentrado de hematíes.

Paciente regreso a la posta para control de hemoglobina post transfusiones, los resultados fueron: Hb 9,5 g/dL, Hcto: 28,9 VCM 58, HCM 19,1; continuó con jarabe de Sulfato Ferroso a dosis de 3 mg/kg/día durante 6 meses continuos. Se citó para control de niño con anemia a los 3 meses y 6 meses del inicio del tratamiento.

Caso clínico n.º 3:

Filiación: Nombre: NLAH, Edad: 3 años, Fecha de nacimiento: 18/06/2019, Sexo: femenino

Anamnesis:

Padre refiere que 1 semana antes del ingreso paciente presentó tos seca asociada a rinorrea a predominio de orificio nasal izquierdo, con episodios de febrícula(37.8 °C). 4 días antes presenta fiebre (38.4 °C) le administran antalgina 5ml, además comienza a aparecer tumefacción y rubor en periorbitaria inferior izquierda. 3 días antes tumor y rubor progresan a párpado superior por lo que deciden llevarla a médico particular que le indica ciprofloxacino en gotas y lavado nasal con rinobebe. 2 días antes del ingreso tumor y rubor progresan a mejilla izquierda y paciente permanece febril (38.5 °C); por lo que padre decide traer a emergencias.

Antecedentes neonatales:

- Parto: cesárea
- EG: 38ss
- APGAR 7 (1') - 9 (5')
- Complicaciones: SFA
- Peso al nacer: 2980 gr

Antecedentes patológicos:

- Enfermedades: ninguno
- Vacunas: completas para su edad
- Lactancia materna exclusiva: si

Antecedentes familiares: Abuela materna- HTA, Tia-Rinitis alérgica

Examen físico:

Funciones vitales: FR 25, FC: 86, T: 37 °C, SAT: 98 %, P: 16.5 kg, T: 100 cm

Al examen: Paciente despierta, ventila espontáneamente

Piel: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar < 2seg, en región facial: edema y eritema en hemicara izquierda, que compromete región mentoniana y continua a nivel de mejilla izquierda, no enfisema.

Ojo izquierdo: no apertura ocular, no se puede evaluar pupila izquierda, exoftalmos moderado.

Ojo derecho: conservado

Nariz: Fosas nasales permeables con secreción acuosa.

Tórax: Amplexación conservada, tórax simétrico, MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados, no tirajes.

CV: RCR de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: Globuloso, RHA presentes, blando/depresible, no impresiona dolor a la palpación superficial ni profunda.

SNC: Despierta, reactiva a estímulos externos, conectada con el entorno, pupilas isocóricas, fotoreactivas, tono y fuerza muscular conservado.

Presunción diagnóstica:

- Celulitis preseptal vs. orbitaria

Plan de trabajo:

Se indica hospitalización, comenzar con antibioticoterapia oxacilina + clindamicina, se realiza IC a oftalmología, oftalmólogo refiere que ojo no es evaluable por no apertura ocular e IC a otorrinolaringología donde refieren la posibilidad de drenaje según criterio del médico tratante y evolución clínica.

Se le solicitó hemograma: leucocitosis 14600, U/C: 18/0.3, PCR: 147

Además, se solicita TAC orbitaria izquierda en el que se evidencia:

- signos sugestivos de celulitis periorbitaria con compromiso postseptal
- colección de bordes engrosados en pared orbitaria medial a considerar absceso orbitario izquierdo
- proceso inflamatorio de TCSC con extensión periorbitaria, ala nasal y región malar izquierda
- algunas burbujas aéreas en TCSC con pequeñas colecciones en piso orbitaria izquierda y ala de nariz ipsilateral
- signos de sinusitis de celdillas etmoidales y ambos senos maxilares
- leve exoftalmos izquierdo

Diagnóstico definitivo:

- Absceso subperióstico (Chandler 3)
- Celulitis orbitaria
- Pansinusitis Aguda

Paciente permaneció febril 48h a pesar de tratamiento instaurado por lo que se decide rotar de antibióticos: ceftriaxona + vancomicina + clindamicina.

Tras el cambio la paciente evolucionó favorablemente, hubo una disminución de volumen de tumefacción y empastamiento de la misma, logrando la apertura ocular levemente 6 días después de su ingreso.

Por lo que pudo ser evaluada por oftalmología que mencionó que la agudeza visual estaba conservada.

7 días después del ingreso se realiza teleconsulta a INSN de Breña a las especialidades antes mencionadas, que refieren, que paciente no amerita drenaje, además indica rotar clindamicina por ampicilina/sulbactam y realizar IC a infectología para duración de tratamiento.

Recibió tratamiento con ATB EV por 14 días efectivos. Ante la mejoría clínica y

laboratorial fue dada de alta.

Caso clínico n.º 4:

Filiación: Nombre: IAMH, Edad: 8 años, Fecha de nacimiento: 08/08/2014, Sexo: masculino

Anamnesis:

Madre refiere que 1 día antes del ingreso presenta tos seca que ha ido incrementando en intensidad, por lo que decide dar salbutamol 2 puff cada 6 horas. Hoy presenta agitación, dificultad respiratoria lo medica con salbutamol 4 puff y no mejora, entonces decide traerlo a emergencias.

Antecedentes:

- Enfermedades: broncoespasmo, última crisis hace 2 años, niega hospitalizaciones previas, niega RAMS
- Vacunas: completas para su edad

Examen físico:

Funciones vitales: FR 30, FC: 90, T: 36.5 °Cc, SAT: 96 %, P: 24 kg, T: 130 cm

Al examen:

REG, ventila espontáneamente con distrés moderado

Piel: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar < 2 seg

Tórax: Amplexación conservada, tórax simétrico, MV pasa bien en ACP, sibilantes inspiratorios y espiratorios, tirajes en los 3 paquetes musculares.

CV: RCR de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: no distendido, RHA presentes, blando/depresible, no se palpan masas

SNC: Despierto, GLASGOW 15/15, no signos de focalización.

Presunción diagnóstica:

- Crisis asmática grave

Plan de trabajo:

Se indica salbutamol 8 puff cada 20 min, bromuro de ipratropio 6 puff cada 20 min, 1 tab de prednisona 50mg vo stat, metilprednisolona 15 mg ev, además se le indica NPO

y se le administra dextrosa 5% 1000 cc + NaCl 20% 40 cc + KCl 10cc a 35 g/m
Se solicita radiografía de tórax y prueba antigénica.

Se reevalúa con resultados y después de primer ciclo de nebulizaciones:

- Rx tórax: con signos de hiperinsuflación, espacios intercostales aumentados.
- Prueba antigénica: negativa
- Ex físico: MV pasa bien en ACP, sibilantes inspiratorios y espiratorios bilaterales, tirajes subcostales e intercostales.
- Se pasa paciente a observación.
- Se inicia dieta blanda + LAV, continúa con dextrosa 5 % 1000 cc + NaCl 20 % 40 cc + KCl 10cc a 35 g/m, metilprednisolona 15 mg ev c/6h, se inicia salbutamol 10 gotas + NaCl 0,9 % 5cc c/ 3h, beclometasona 2 puff c/12h con aerocámara.
- O2 suplementario para mantener Sat > 94 %.
- IC a medicina física.

Paciente con la terapéutica mejora en 2 días y es dado de alta con beclometasona 2 puff c/ 12h como terapia de mantenimiento, se le indica salbutamol por 5 días más: 6 puff c/ 4h por 2 días, luego 4 puff c/4h por 2 días y finalmente 2 puff c/4h por 1 día. Control por consultorio de niño con asma.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Las internas realizan sus rotaciones en diferentes DIRIS de Lima: sur y centro.

Los establecimientos de salud por lo que se roto fueron los siguientes:

Hospital de Emergencias de Villa el Salvador (II-2)

Ubicado en el distrito de Villa el Salvador, recibe pacientes de los distritos de Villa María del Triunfo, Lurín, Punta Hermosa y Pachacamac, así como pacientes de Ica y Cañete.

Cuenta con diversa casuística, en especial de pacientes politraumatizados, al ser un hospital de referencia por ser especializado en emergencias. Lleva 6 años de su creación y cuenta con instalaciones modernas, dispositivos electrónicos actualizados, así como un sistema digital llamado SISGALEN, que permite una atención rápida del paciente.

Debido a la pandemia por COVID-19, se limitó el ingreso de pacientes ambulatorios, estudiantes, internos y residentes; y sólo atendía pacientes por COVID-19. Sin embargo, desde el mes de octubre del año 2021, dejó de ser Hospital COVID-19 y comenzó su atención normal; lo que permitió el inicio de internado médico en junio de 2022.

Se pudo realizar las 4 rotaciones en el establecimiento las cuales duraron 5 semanas por especialidad.

Centro Materno-Infantil Tablada de Lurín (I-4)

Ubicado en el distrito de Villa María del Triunfo, a 15 min del Hospital de Emergencias de Villa el Salvador, siendo este último su lugar de referencia. Se encuentra en un distrito emergente, la casuística que predomina son IRAS, EDAS y lumbalgias.

Ofrece los siguientes servicios:

- Atención de urgencias y emergencias
- Referencias y contrarreferencias
- Laboratorio, farmacia, psicología y nutrición
- prevención y promoción de la salud
- Atención ambulatoria
- Atención de partos
- Hospitalización de corta estancia y áreas aislamiento para brotes epidemiológicos

Instituto Nacional de Salud del Niño- Breña (III-2)

Considerado como el principal centro de referencia en el área pediátrica, ubicado en el

distrito de Breña. Cuenta con varias especialidades enfocadas en el área pediátrica como Infectología pediátrica, urología pediátrica, cardiología pediátrica, cirugía pediátrica, entre otros.

Aquí se realizó la rotación del área de pediatría la cual duró 2 meses.

Instituto Nacional Materno Perinatal (III-2)

Ubicado en Lima cercado, Barrios Altos, siendo el centro referencias de patología gineco-obstétrica en todo el Perú.

Aquí se realizó la rotación de ginecología-obstetricia y neonatología, cuya duración fue de 2 meses y 1 mes respectivamente.

- Centro de Salud San Sebastián (I-3)

Ubicado en Lima cercado, cuenta con la siguiente cartera de servicios:

- Atención ambulatoria
- Atención de partos inminentes
- Patología clínica
- Referencias y contrarreferencias
- Prevención y promoción de la salud

Las internas fueron vacunadas con 3 dosis de vacuna contra COVID 19 antes de comenzar el internado, además otras vacunas fueron solicitadas como la vacuna contra difteria-pertusis-tétanos y Hepatitis B. Así también se solicitó una prueba antigénica previo al inicio del internado, y durante el mismo se brindaron pruebas antigénicas y tratamiento sin ningún costo, si los internos presentaban síntomas.

En los establecimientos por los que rotaron las internas se les brindó el equipo de protección personal necesario, incluso respiradores N-95, siempre y cuando fuese necesario.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1. Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º 1:

La restricción de crecimiento intrauterino (RCIU) se define como peso fetal estimado o una circunferencia abdominal menor al percentil 10 o menor de 2 desviaciones estándar para la edad gestacional. Representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad perinatal luego del parto prematuro (1).

Su clasificación se basa en características clínicas y antropométricas. RCIU tipo 1 o simétrico se presenta cuando la noxa o daño se efectúa en las primeras 20 semanas, su principal causa son genéticas (aneuploidías o cromosómicas) y las infecciones connatales, tales como TORCH; el compromiso fetal consiste en la disminución de peso, talla, cráneo (feto pequeño). RCIU tipo 2 o asimétrico es de afectación tardía pasada las 28 semanas y su causa principal es la insuficiencia uteroplacentaria o preeclampsia (2).

Una tercera variedad, que generalmente se ve en los países en desarrollo, se ha denominado RCIU mixta. Los bebés con este tipo tienen una menor cantidad de células y un tamaño de célula pequeño. Su clínica consiste en características de RCIU simétrica y asimétrica. Se produce cuando el tipo 1 se ve afectado por causas placentarias al final del embarazo; otras causas son la desnutrición y la drogadicción materna (3).

La sospecha diagnóstica se basa principalmente en la clínica, en la cual la altura uterina es menor en relación con la edad gestación. Por otra parte, para la confirmación del diagnóstico, se requiere realizar una ecografía obstétrica para la evaluación del crecimiento fetal, en el cual el parámetro con mayor sensibilidad es el perímetro o circunferencia abdominal y el de mayor especificidad es el hallazgo del oligohidramnios (1). El uso del Eco Doppler tiene como finalidad la de determinar el grado de afectación y el pronóstico, ya que permite visualizar el estado fetal y de la placenta. Evalúan a la arteria uterina, que se ve alterada cuando disminuye el flujo sanguíneo y aumenta la resistencia indicando hipoxia leve; a la arteria cerebral media,

que se altera cuando el flujo de sangre aumenta y disminuye la resistencia indicando redistribución hemodinámica e hipoxia moderada; y el ductus venoso, que se encuentra alterado cuando hay flujo diastólico reverso o ausente, el cual predice el riesgo de muerte fetal a corto plazo, ya que se asocia a hipoxia grave (2-3).

En el caso presentado, estamos frente a un embarazo de 34 semanas 5 días por fecha de última regla con los diagnósticos de RCIU y oligohidramnios severo. La etiología del RCIU fue la insuficiencia útero placentaria secundario a preeclampsia; la cual se define como toda gestante mayor de 20 semanas con presiones anormales (PS \geq 140 y/o PD \geq 90 tomada en 2 medidas con 4 horas de diferencia o PS \geq 160 y/o PD \geq 110 tomada en 1 medida), asociado a proteinuria o algún signo de falla de órgano (4).

Presión arterial sistólica \geq 140 mmHg y/o presión arterial diastólica \geq 90 mmHg en al menos 2 ocasiones con al menos 4 horas de diferencia después de 20 semanas de gestación en una paciente previamente normotensa Y la nueva aparición de 1 o más de los siguientes*:
• Proteinuria \geq 0,3 g en una muestra de orina de 24 horas o relación proteína/creatinina \geq 0,3 (30 mg/mmol) en una muestra de orina aleatoria o tira reactiva \geq 2+ si no se dispone de una medición cuantitativa
• Recuento de plaquetas $<$ 100.000/microl.
• Creatinina sérica $>$ 1,1 mg/dL (97,2 micromol/L) o el doble de la concentración de creatinina en ausencia de otra enfermedad renal
• Transaminasas hepáticas al menos el doble del límite superior de las concentraciones normales para el laboratorio local
• Edema pulmonar
• Cefalea de nueva aparición y persistente no explicada por diagnósticos alternativos y que no responde a las dosis habituales de analgésicos *
• Síntomas visuales (p. ej., visión borrosa, luces intermitentes o chispas, escotomas)

Figura 1. Criterios diagnósticos de Preeclampsia

Fuente: https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis?search=preeclampsia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H14938176

Los datos de la clínica que nos orientan a pensar en esta patología fueron dos tomas de presión arterial con resultados anormales, cefalea intensa y edema en miembros inferiores. Los resultados de laboratorio confirmaron el diagnóstico de Preeclampsia. Se decidió finalizar embarazo luego de la estabilización de la paciente (5).

Caso clínico n.º 2:

El Aborto se define como la pérdida o interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o con un peso ponderado fetal menor 500g o con una longitud menor 25cm. Es la causa más frecuente de hemorragia de la primera mitad (6).

El principal factor de riesgo es la edad materna, es más frecuente en menor de 15 años o mayor de 35 años. La forma más frecuente es el aborto precoz (menores de

12 semanas), cuya etiología más común son las cromosomopatías o factor ovular donde destacan las trisomías autosómicas y las monosomías (6-7). Otras causas son metabólicas (diabetes tipo I, disfunción tiroidea), infecciones (clamidia, tuberculosis, listeria), trastornos inmunes (síndrome antifosfolípido), alteración anatómica (útero septado, miomas submucosos) y tóxicas (tabaco, alcohol, cocaína) (6-7). En casos de abortos tardíos (mayores de 12 semanas), la causa más frecuente es incompetencia cervical e idiopático (8).

La clínica del aborto se caracteriza por gestación con dolor abdominal en hipogastrio o pelvis acompañado de sangrado vaginal de cantidad variables con o sin cambios cervicales. La clasificación del aborto se basa en la evaluación del orificio cervical interno y ecografía transvaginal. Se clasifican en aborto con cuello uterino cerrado (amenaza de aborto, aborto retenido o frustrado) y aborto con cuello uterino abierto (aborto inminente, aborto inevitable, aborto completo e incompleto) (9). En el caso de la paciente se concluyó en el diagnóstico de aborto retenido/frustrado puesto que el cuello uterino estaba cerrado, no se encontraron cambios cervicales y en la ecografía transvaginal mostró un saco gestacional irregular con embrión de 7.6 mm sin latidos cardiacos.

En relación con el tratamiento para la amenaza de aborto se opta por manejo ambulatorio el cual consiste en reposo absoluto, analgésicos y antiespasmódicos para el dolor, abstinencia sexual y control ecográfico. Para los otros casos antes mencionados se debe hospitalizar a la paciente para realizar la evacuación uterina mediante legrado endouterino en pacientes con inestabilidad hemodinámica (shock hipovolémico o aborto sepsis) con más 12 semanas o más de 12 cm de altura uterino. Por otro lado, en pacientes con estabilidad hemodinámica con menos de 12 semanas o menos de 12 cm de altura uterina, se puede indicar Aspiración manual endouterino (AMEU) con previa administración de Misoprostol (9).

Caso clínico n.º 3:

El Síndrome de úlcera genital hace referencia a la pérdida de continuidad de la piel y mucosas asociadas con infecciones de transmisión sexual que se ubican en la vagina, el pene y las áreas anorrectal o perineales. En su etiología se incluyen principalmente los siguientes agentes: *Treponema pallidum*, Virus Herpes simple tipo 2, *Haemophilus*

ducreyi. Otras causas menor frecuentes son *Chlamydia trachomatis* y *Klebsiella granulomatis* (10).

El virus herpes simple tipo 2 presenta la causa más frecuente de úlceras genitales. Su diagnóstico se basa principalmente a través del examen físico, lesiones se describen como múltiples vesículas agrupadas en racimo, con base eritematosa, dolorosas, acompañados de adenopatías inguinales dolorosas (11). En cuanto a las pruebas de confirmación, la más sensible y específica es la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) del ADN-HSV Tipo 2 a partir de e hisopos de lesiones genitales (11).

El segundo agente más frecuente es el *Treponema pallidum*, causante de la sífilis primaria o chancro duro. Su clínica se caracteriza por una vesícula única aislada, poco dolorosa o indolora, de base limpia y bordes indurados que puede estar acompañado o no de adenopatías inguinales (11-12). Las pruebas diagnósticas se dividen en pruebas de detección inicial o no treponémicas (RPR o VDRL) y las pruebas de confirmación o treponémicas (FTA - ABS). Estas últimas se usan cuando las pruebas no treponémicas son reactivas (13).

El tercero en frecuencia es la bacteria *H. ducreyi* que causa el chancro blanco o *chancroide*. Esta infección consiste en la aparición de una o varias pápulas eritematosas que evolucionan a pústulas que erosionas hasta convertirse en úlceras. Las úlceras son muy dolorosas, incapacitantes, con base supurada o purulenta y borden frágiles, se acompaña de adenopatías inguinales (14).

Las úlceras genitales suelen asociarse a sintomatología sistémica como fiebre, cefalea, malestar general y locales tales como dolor, picazón, disuria, secreción vaginal o uretral (12).

El enfoque general de todo paciente con síndrome de úlcera genital consiste en historia clínica detallada con información sobre la conducta sexual y los viajes, examen físico y pruebas de diagnóstico. El tratamiento empírico consiste en administrar antibioticoterapia que abarque los 3 agentes etiológicos más frecuentes (15):

- Penicilina G benzatínica 2,4 millones UI IM para sífilis + Ciprofloxacina 500mg DU VO para H.Ducreyi.
- Opciones para alérgicos a penicilinas: Doxiciclina 100 mg c/12h x 14 días para sífilis + Azitromicina 1g VO DU, Ceftriaxona 250 mg IM DU o Eritromicina 500

mg VO c/6 h x 7 días para *H. Ducreyi*.

- En el caso de Herpes genital mantener al paciente en observación por 2-3 sem, el tratamiento con Aciclovir solo sirve en la primoinfección (primeras 48 h).

Se debe reevaluar al paciente en 7 días, en caso de no presentar mejoría se debe sospechar de úlceras crónicas causada por *Klebsiela Granulomatosis (Donovanosis)* y *Clamidia trachomatis* (Linfogranuloma venéreo). En estos casos el tratamiento debe continuarse con Doxiciclina 100 mg c/12h x 14 días (15).

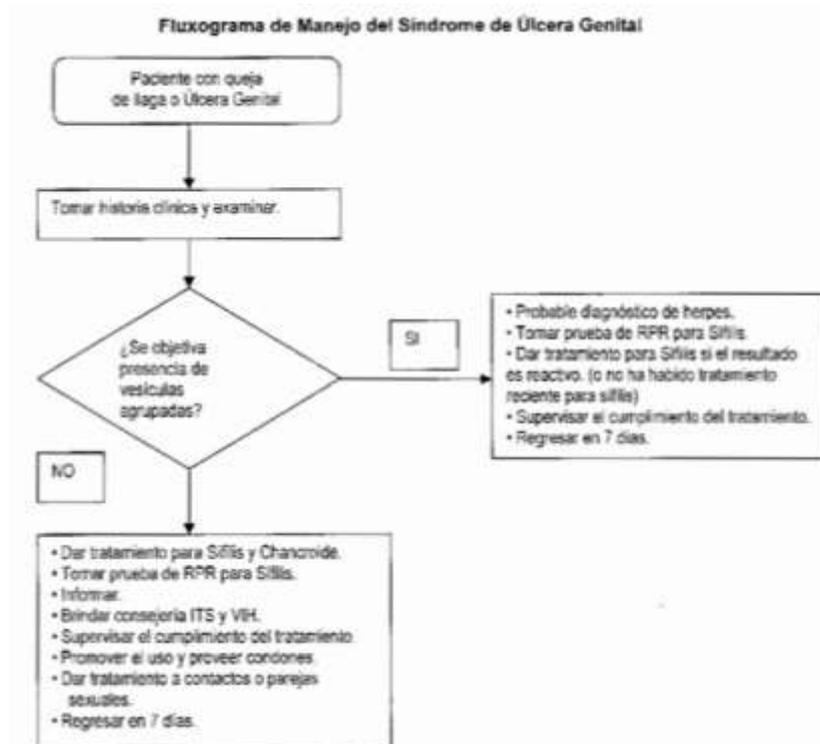


Figura 2. Fluxograma de manejo del Síndrome de úlcera genital

Fuente: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/969122/rm_263-2009_minsa.pdf

En el caso presentado, la paciente recibió correctamente el tratamiento empírico de úlcera genital. Al tener el resultado negativo de sífilis se decidió continuar con el tratamiento con Ciprofloxacino 500 mg c/12 h por 5 días. Así mismo la pareja sexual de la paciente recibió evaluación médica y descarte de sífilis. Se le informó que comunicara a los compañeros sexuales que había tenido en los últimos 90 días para recibir atención médica y dar tratamiento en caso ser necesario.

Caso clínico n.º 4:

La ruptura prematura de membranas (RPM) se refiere a la rotura de membranas antes del inicio de contracciones uterinas. Los factores de riesgo más importantes son infección del tracto genital, antecedente de ruptura prematura, sangrado en el primer trimestre y tabaquismo (16).

Clínicamente se manifiesta como una sensación repentina de un líquido a chorro en vagina de color transparente y de olor a lejía.

El ultrasonido nos permite reconocer oligoamnios mediante la medida de ILA (índice de líquido amniótico) < 50 mm(16), el cual sería signo indirecto de RPM.

Existen técnicas directas como cuando se observa la pérdida de líquido con la colocación del espéculo, el test de hehecho y amnisure, entre otros.

El manejo depende de la edad gestacional, se debe iniciar antibioticoprofilaxis pasada las 6 horas de RPM (17,18), los embarazos pretérminos son los más beneficiados, ya que hay alto riesgo de realizar corioamnionitis. Dentro los fármacos de primera línea que se utilizan son penicilinas y azitromicina por 7 días, y en alérgicos a penicilinas de manera leve se puede utilizar cefalosporinas.

La tocólisis está indicada por 48 horas, para retrasar partos prematuros (17).

Se debe monitorizar por NST, para diagnosticar sufrimiento fetal de manera oportuna.

La amenaza de parto pretérmino se define por la presencia de dilatación menor de 3 cm. Así mismo está indicado tocólisis, antibiótico profilaxis y maduración pulmonar con corticoides en menores de 34 semanas.

Se debe mantener en manejo expectante a la paciente y monitorizar al producto °er extensas o tener desgarros. Las suturas deben ser flojas y tener puntos de afrontamiento con la finalidad de facilitar el drenaje en caso de infección (20). En caso de observar signos de infección como flogosis, entumecimiento y calor del miembro o zona afectada o secreción purulenta debe de iniciarse el tratamiento con antibióticos con amplio espectro de cobertura (21).

Medicamento	Concentración	Vía	Forma farmacéutica	Dosis	Frecuencia
Ciprofloxacino (como clorhidrato).	500 mg.	Oral	Tab.	500 mg.	c/12 horas x 7 días
Amoxicilina + Ac. clavulánico.	500 mg/125 mg.	Oral	Tab.	500 mg. de amoxicilina	c/8 horas x 7 días
Dicloxacilina	500 mg.	Oral	Tab.	500 mg.	c/6 horas x 7 días
Eritromicina	500 mg.	Oral	Tab.	500 mg.	c/6 horas x 7 días

Figura 3: Antibiótico de uso común en mordeduras por animales.

Fuentes: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4193.pdf>

Otro punto importante cuando se diagnostica una mordedura de perro es la aplicación de la vacuna antitetánica dependiendo de con los antecedentes de vacunación del paciente, y la prevención de la rabia con la aplicación de la respectiva vacuna. Esta última se debe administrar por 5 dosis, iniciado el día del ataque en caso sea posible (0,3,7,14 y 28), por vía intramuscular en la región deltoidea. En casos de los niños menores de 2 años su aplicación es en la cara externa del muslo (21).

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1 Día 0 (primera dosis)	2	3	4 Día 3 (segunda dosis)	5	6	7
8 Día 7 (tercera dosis)	9	10	11	12	13	14
15 Día 14 (cuarta dosis)	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29 Día 28 (quinta dosis)	30	1	2	3	4	5

Figura 4: Esquema de vacunación antirrabica.

Fuentes: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4193.pdf>

FLUXOGRAMA DE ATENCIÓN DE LA PERSONA MORDIDA Y DEL ANIMAL MORDEDOR

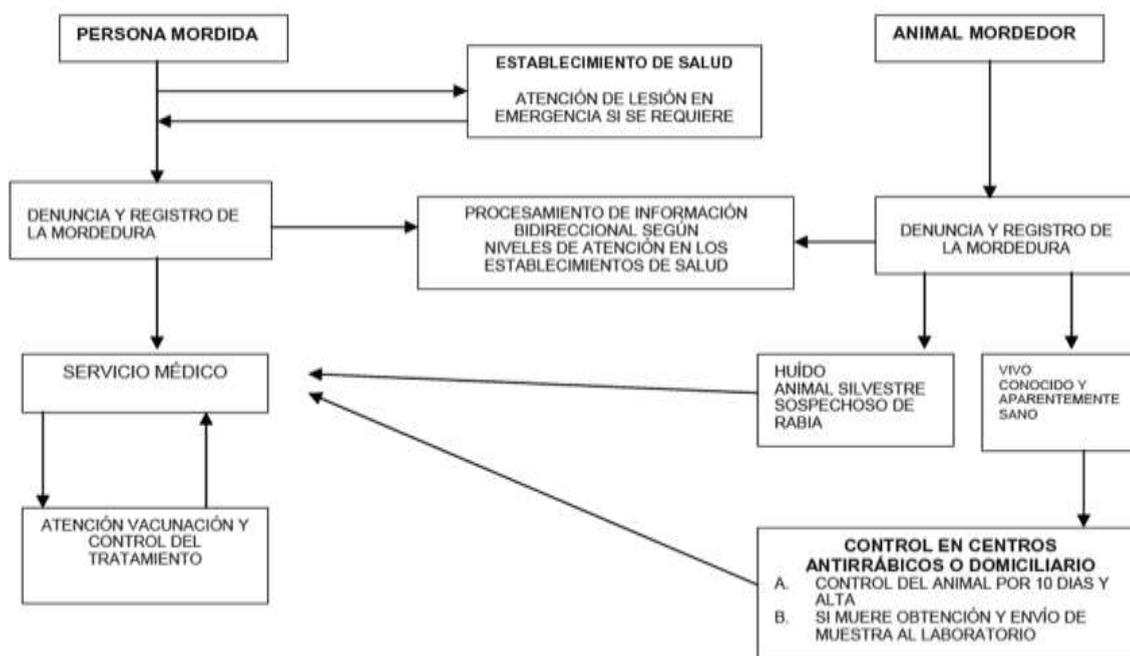


Figura : Fluxograma de atención de la persona mordida y del animal mordedor

Fuentes: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4193.pdf>

Caso clínico n.º 2:

La tuberculosis es una enfermedad transmisible infecciosa que afecta principalmente a los pulmones. Representa una de las causas importante de morbilidad y mortalidad en todo el mundo (22). Se estima que aproximadamente 1700 millones de personas están infectadas con *Mycobacterium tuberculosis*. Según la OMS, en el año 2020 alrededor de 9,9 millones de personas contrajeron TB y 1,5 millones murieron (23).

El agente etiológico es la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, la cual se transmite por vía aérea mediante la inhalación de microgotas de aerosol. Los factores de riesgo para la tuberculosis son: inmunosupresión (VHI, corticoterapia, enfermedades crónicas, diabetes), y mayor exposición a personas infectadas (22).

Para explicar la clínica de la tuberculosis es importante tener en cuenta ciertos términos que se explicaran a continuación. La infección primaria se describe como una infección o tuberculosis activa en una persona previamente sana; esta se caracteriza

por la clínica clásica, la cual consiste en tos productiva más de 15 días, expectoración sanguinolenta, fiebre y sudación vespertina, pérdida de peso, astenia, dolor retroesternal o pleurítico, debilidad y cansancio constante (24). Luego de la primoinfección el 90-95% evoluciona a enfermedad respiratoria autolimitada y el 5-10% a neumonía tuberculosa o tuberculosis miliar, que es más frecuente en niños y adultos mayores (25).

Por otro lado, otro término a mencionar es la tuberculosis postprimaria, la cual se origina a partir de la reactivación remota de infección primaria o por una nueva infección en una persona previamente infectada. La vía principal es la siembra hematogena de una infección primaria. La clínica de alta sospecha consiste en un nuevo infiltrado apical más a cualquiera de los siguientes: pérdida de peso y fatiga, fiebre y sudoración vespertina, dolor torácico y disnea. El 70% de los pacientes desarrollan una enfermedad pulmonar y el 30% una presentación extrapulmonar, donde las localizaciones más frecuentes son pleural y ganglios (24).

El diagnóstico consiste en la Asociación clínica-radiológica y pruebas de laboratorio. Se deben tomar dos pruebas de esputo para la detección del bacilo de Koch mediante un estudio de baciloscopia directa por Ziehl-Neelsen y una radiografía de tórax anteroposterior. La radiografía de muestra diversos cambios, tales como infiltrado apical, adenopatías hiliares y/o mediastínicas, consolidaciones segmentarias o lobares o derrame pleural (25). Ante el resultado positivo de las pruebas antes mencionadas se deben realizar pruebas de sensibilidad rápida (PS) para determinar si los antituberculosos afectan o no el desarrollo de *Mycobacterium* (26). Estos son de dos tipos, las fenotípicas (MOODS, Nitrato reductasa-GRIES, MGIT) que se realizan por medios de cultivo y las genotípicas realizadas a partir de métodos moleculares (GenXpert, Prueba rápida molecular de sondas de ADN) (26).

Figura 2: Flujograma de decisiones terapéuticas



Figura 6: Flujograma de decisión terapéutica

Fuente: Resolución Ministerial N° 752-2018-Minsa

El manejo de esta enfermedad consiste en la administración de fármacos antituberculosos. En el caso de nuestro paciente al ser pansensible a los fármacos de primera línea se optó por utilizar el Esquema 1 de tratamiento del Minsa (26):

A.3.1 Indicación para pacientes con TB sin infección por VIH/SIDA:

- Paciente con TB pulmonar frotis positivo o negativo.
- Pacientes con TB extrapulmonar, excepto compromiso miliar, SNC y osteoarticular.
- Pacientes nuevos o antes tratados (recaidas y abandonos recuperados).
- **Esquema para adultos y niños:**

Primera Fase:	2 meses (HREZ) diario (50 dosis)
Segunda Fase:	4 meses (H ₃ R ₃) tres veces por semana (54 dosis)

Figura 7: Indicaciones de tratamiento de TB sin VIH/SIDA.

Fuente: Resolución Ministerial N° 752-2018-Minsa

Tabla 5: Dosis de medicamentos antituberculosis de primera línea para personas de 15 años o más

Medicamentos	Primera Fase Diaria		Segunda Fase Tres veces por semana	
	Dosis (mg/Kg)	Dosis máxima diaria	Dosis (mg/Kg)	Dosis máxima por toma
Isoniacida (H)	5 (4-6)	300 mg	10 (8-12)	900 mg
Rifampicina (R)	10 (8-12)	600 mg	10 (8-12)	600 mg
Pirazinamida(Z)	25 (20-30)	2000 mg		
Etambutol (E)	20 (15-25)	1600 mg		

Rango de dosis de medicamentos entre paréntesis.

Figura 8: Dosis de medicamentos antituberculosos

Fuente: Resolución Ministerial N° 752-2018-MINSA

En el caso presentado, estamos ante un paciente sintomático respiratorio con diagnóstico confirmado de TBC pulmonar. Presentó la clínica florida de esta patológica (baja de peso, expectoración hemoptoica, sudoración vespertina, malestar general, dolor torácico) y cuenta con un antecedente epidemiológico importante, puesto que su hermano tuvo tuberculosis hace 2 años. Cabe recalcar que otro factor de riesgo importante es su ocupación, ya que se menciona que labora en un consultorio médico, y todo personal de salud tiene riesgo incrementado de contraer tuberculosis.

Caso clínico n.º 3:

La Diabetes mellitus es una enfermedad crónica no transmisible que comprende un metabolismo anormal de carbohidratos. Su fisiopatología se explica por la secreción alterada de insulina o el defecto en su utilización (27).

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) clasifica a la diabetes en tipo 1 y 2 (28). La diabetes tipo 1 se caracteriza por la deficiencia absoluta de insulina secundario a la destrucción de células beta del páncreas; se asocia a factores genéticos, ambientales e inmunológicos y su presentación es más frecuente en niños y jóvenes (28-29). La diabetes tipo 2 describe un trastorno metabólico causado por la secreción insuficiente de insulina o la incapacidad de las células de responder a esta hormona, también llamada resistencia a la insulina (30). Este tipo se presenta con mayor frecuencia en adultos, pero cada vez se van reportando más casos de diabetes tipo 2 en niños y adultos jóvenes (30-31). La diabetes tipo 2 representa más de 90% de los casos en todo el mundo, mientras que la diabetes tipo 1 solo el 5-10% de los casos (30).

Entre los factores de riesgo más principales se menciona a la obesidad central, hipertensión arterial, tabaquismo, consumo de alcohol, dieta rica en carbohidratos, sedentarismo y familiar directo de 1° nivel con diagnóstico de diabetes mellitus (28).

Las principales manifestaciones clínicas de la diabetes mellitus son poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, que se asocia a fatiga o falta de energía; estos pacientes también desarrollan infecciones a repetición, lesiones cutáneas, cicatrización deficiente y calambres en la pantorrilla (28-30). En el presente caso, el paciente presenta la clínica característica mencionada y mediante el examen físico se determina la presencia de la resistencia a la insulina por la acantosis nigricans, los acrocordones y la hiperpigmentación en las axilas. El adormecimiento en las pantorrillas que padece el paciente nos hace sospechar en una complicación macrovascular de la misma enfermedad, la cual sería la enfermedad arterial periférica (31-32).

El diagnóstico consiste en la toma de las siguientes pruebas: glucosa plasmática en ayunas, Test de tolerante oral o prueba de glucosa posprandial con glucosa de 75 mg (TTGO) o hemoglobina glicosilada (A1C). La glucosa plasmática se encuentra dentro de los valores normales cuando está por debajo de 100 mg/dL en un paciente en ayuno y menor de 140 mg/dL después de la prueba de glucosa posprandial (33).

Los criterios para diabetes son los siguientes: 1. Glucemia en ayunas > 126 mg/dL (7 mmol/L) en 1.° y 2.° toma. 2. TTGO > 200 (11.1 mmol/L). 3. HbA1c > 6.5 %. 4. Glucemia azar > 200 mg/dL (11.1mmol/L) + clínica de sospecha (33). En el caso del paciente la diabetes se diagnosticó por medio de dos pruebas de glucosa en ayunas y a partir de los resultados obtenidos se inició el tratamiento correspondiente.

El manejo debe ser no farmacológico y farmacológico. El primero consiste en el cambio en los estilos de vida, cambio de la dieta y actividad física previos al inicio de terapia farmacológica; está indicado para pacientes asintomático con diagnóstico de diabetes sin complicaciones (34).

En aquellos pacientes que ya necesitan de antidiabéticos debido a la presencia de complicaciones o porque los valores de glucosa están muy elevados, se opta por el uso de antidiabéticos. Siendo los de elección las Biguanidas (Metformina), cuyo mecanismo de acción es la disminución de gluconeogénesis y el aumento de la sensibilidad a la insulina. La Metformina es el fármaco de elección para la monoterapia,

y como alternativa se usan la glibenclamida. La insulinoterapia está indicada para pacientes que tienen niveles muy elevados de glucosa o una HbA1c mayor al 10 %, en aquellos que no responden correctamente a la monoterapia o cuando el paciente no lo tolera (34).

El manejo que recibió el paciente en la atención primaria fue interconsulta con nutrición para el cambio de alimentación y monoterapia con Metformina de 850 mg cada 12 h por 30 días.

Caso clínico n.º 4

La insuficiencia venosa periférica, se produce frecuentemente por disfunción valvular. Los factores de riesgo son la edad, la bipedestación, obesidad, embarazo y sedentarismo. Los síntomas más frecuentes son dolor, pesadez, hinchazón y picazón de miembros inferiores., mientras los signos son telangiectasias, venas varicosas, edema y cambios en la piel como pigmentación, dermato-esclerosis y la presencia de úlceras varicosas (35).

El diagnóstico se hace por ecografía Doppler venosa en el que se evidencia el reflujo venoso.

El tratamiento médico inicial consiste en evitar mantenerse mucho tiempo en bipedestación o sentado, elevar las piernas, realizar ejercicio y caminar. Si el paciente presenta úlceras varicosas, se debe iniciar antibioticoprofilaxis (36), en caso úlcera no se remita se debería realizar consulta con especialista cirujano cardiovascular, por lo contrario, si hubiera mejoría debería realizar terapia compresiva (37). La paciente al ser atendida en el primer nivel de atención es la atención básica que se le pudo otorgar por lo que se le realizó la referencia a hospital de mayor complejidad para la especialidad de cirugía cardiovascular.

III.2. Rotación en Cirugía

Caso clínico n.º 1:

La apendicitis aguda es causada frecuentemente por obstrucción de la base apendicular cuya etiología varía, siendo la más frecuente la producida por un fecalito, es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico (38).

Tiene 4 fases: congestiva, supurada, necrosada y perforada (39).

La cronología de Murphy, es la secuencia en que se presentan los síntomas, previamente puede haber síntomas inespecíficos como la hiporexia, siendo el primero dolor localizado en epigastrio, luego le siguen las náuseas y vómitos, finalmente dolor

localizado en fosa iliaca derecha y la fiebre es la última en aparecer.

Dentro de los microorganismos que más proliferan en esta patología se encuentran: e.coli, más frecuente en fases no complicadas y bacteroides fragilis, más frecuente en fases complicadas (38).

El manejo dependerá del tiempo de evolución del cuadro y cómo ingresa el paciente a urgencias, para decidir el manejo inicial se utiliza la escala de Alvarado (40), en la que se utiliza la anamnesis, examen físico y laboratorio como parámetros, dentro de los cuales se encuentran dolor migratorio a cuadrante inferior derecho, anorexia, náuseas/vómitos, dolor en cuadrante inferior derecho, dolor al rebote en cuadrante inferior derecho, fiebre, leucocitosis > 10000 y desviación izquierda. Según el puntaje obtenido se decide el manejo siendo menor a 3 un cuadro que difiere de apendicitis, entre 4 a 6 puntos ante la duda diagnóstica se indica el uso de ayuda radiológica siendo de preferencia tomografía en su defecto ecografía, finalmente un puntaje mayor a 7 puntos nos indica un cuadro de apendicitis cuyo manejo es quirúrgico.

En nuestro caso, el paciente obtuvo 8 puntos por lo que se decidió realizar un manejo quirúrgico.

Se puede realizar una apendicectomía laparoscópica o convencional y los pasos durante la operación y el cierre, así como la terapéutica prequirúrgica y postoperatoria, dependen si es un cuadro complicado o no, siendo complicado si encontramos un apéndice necrosado o perforado (41).

Durante el acto quirúrgico se encontró un apéndice necrosado y líquido inflamatorio en 2 cuadrantes, por lo que era una apendicitis complicada + peritonitis generalizada. por lo que se realizó lavado de cavidad.

La indicación para estos casos es antibioticoterapia por 7 días, siendo de preferencia los primeros 3 días ev, y se utilizan antibióticos que cubran anaerobios, en este caso se utilizó ceftriaxona + metronidazol y al alta se le dio con ciprofloxacino + metronidazol vía oral hasta completar los 7 días (42).

Caso clínico n.º 2:

La obstrucción intestinal es una causa de abdomen agudo quirúrgico, siendo la

etiología más frecuente la producida por bridas y adherencias como en el caso de la paciente. Se clasifica en alta y baja teniendo como punto de corte el ángulo de treitz (43).

La clínica en esta patología se caracteriza por la presencia de dolor abdominal tipo cólico, vómitos, distensión abdominal y no expulsión de heces ni gases, estos varían según el nivel de oclusión (43).

Para el diagnóstico además de la clínica se solicitan exámenes, dentro de los más importantes se encuentra la radiografía de abdomen de pie, siendo la más útil, se puede evidenciar niveles hidroaéreos si estamos ante una obstrucción a nivel de duodeno y el hemograma que nos puede indicar una posible complicación mediante leucocitosis (44).

En el caso se solicitaron estos exámenes y se visualizaron niveles hidroaéreos y se evidenció leucocitosis. al presentar este último se necesitaba abordar quirúrgicamente. Tras el hallazgo operatorio se decidió hacer una rescisión y rafia intestinal, que es un adecuado manejo para el caso.

En este caso sería necesario utilizar medidas preventivas para evitar obstrucción intestinal por adherencias a futuro ya que la paciente tiene antecedentes de importancia para hacerlos como haber tenido cuadro adherencial previo, dentro de las cuales se encuentran:

- Laparoscopia: ha demostrado disminuir el riesgo de formación de adherencias peritoneales, sin embargo, no tiene mucha utilidad en prevención.
- Hidroflotación: uso de soluciones cristaloides, lactato ringer, sin embargo, no han demostrado eficacia pasadas las 24 horas (45).
- Uso de barreras: como hialuronato carboximetilcelulosa y celulosa oxidada han demostrado prevenir adherencias, el único inconveniente es que son difíciles de utilizar en laparoscopias (46).

En el caso se realizó un lavado peritoneal con 5 litros de suero fisiológico, solo este método se disponía en el servicio. Sin embargo, la paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta prontamente sin complicaciones.

Caso clínico n.º 3:

La colecistitis aguda es una entidad muy frecuente en urgencias siendo la patología

litiásica la causa más frecuente. Es más frecuente en mujeres. La fisiopatología es la obstrucción del conducto cístico. Dentro los gérmenes que proliferan más frecuentemente se encuentran *E. coli* y *klebsiella pneumoniae*, entre otros (47).

Para hacer el diagnóstico se debe tener en cuenta que el dolor debe durar más de 5h puede estar irradiado al hombro derecho o espalda, suele estar asociado a ingesta de grasas en horas previas. Fiebre, náuseas, vómitos e hiporexia son algunos síntomas y signos que también están presentes.

Existen los criterios de Tokyo 2018 (48) para ayudarnos a realizar un diagnóstico oportuno: en el que tenemos tres parámetros A, B y C:

A: signos locales (signo de Murphy, masa/dolor/hipersensibilidad en cuadrante superior derecho)

B: signos sistémicos (fiebre > 38 °C, PCR > 3mg/dl, leucocitos > 10000)

C: imágenes: ecografía (pared vesicular > 4mm, longitud > 8mm, traminación de pared vesicular, presencia de litos)

Si se cumple con el criterio A y B estamos ante una sospecha diagnóstica.

Si se cumplen con los 3 criterios estamos ante un diagnóstico definitivo.

El tto definitivo es la colecistectomía de preferencia laparoscópica, que es la que tiene menos complicaciones. Se puede realizar de 2 maneras (49):

- C. de urgencia: indicado en complicaciones agudas como peritonitis o perforaciones, en inmunosuprimidos, tiempo de enfermedad < 72h
- C. programada o electiva: en un paciente con colecistitis crónica calculosa o en un paciente con más de 72h de clínica, 4 a 6ss posterior al cuadro clínico.

El tratamiento antibiótico depende ante qué situación estemos, si es una cirugía electiva se da profiláctico cefazolina 2gr, mientras si estamos en un cuadro agudo se da una cefalosporina de tercera generación + metronidazol. Usualmente la antibioticoterapia se retira al día siguiente de la cirugía a menos que haya alguna complicación. Se puede dar antibiótico vía oral en los pacientes que se pospone la cirugía como amoxicilina + ácido clavulánico (49).

Caso clínico n.º 4:

En este caso nos encontramos ante un paciente politraumatizado, según el ATLS (50) lo primero que se realiza en el manejo es la prevención, el hospital que va a recibir al

paciente debe contar con todos los implementos necesarios para atender al paciente. Luego le sigue la evaluación y gestión primaria, en el primero se realiza el ABCDE (manejo de vía aérea, inmovilización de columna cervical, realizar ventilaciones si es necesario, en la parte circulatoria asegurar el flujo sanguíneo, y controlar hemorragias, una evaluación neurológica rápida y exposición del paciente) de manera simultánea: en el segundo se solicitarán los exámenes básicos, en el caso teníamos un paciente con trauma torácico evidente por lo que se debía realizar un ecofast inmediatamente. El paciente ingresó en parada cardiorrespiratoria por lo que se realizó un soporte vital cardiaco avanzado (51), se realizaron compresiones y ventilaciones, se usó el desfibrilador, y finalmente se procedió intubar al paciente, el paciente recuperó y se continuó con el ABCDE.

Posterior a la evaluación y gestión primaria, sigue la evaluación y gestión secundaria (52). En el cual se realiza un examen físico más exhaustivo y se piden exámenes auxiliares, en el paciente se encontró signos de taponamiento cardiaco y el paciente se encontraba hemodinámicamente inestable a pesar de las medidas de reanimación hemodinámicas establecidas, por lo que se decidió realizar toracotomía de emergencia (52). Dentro de las indicaciones de este procedimiento se encuentran el traumatismo torácico o toracoabdominal penetrante, lesiones cardiacas o lesiones vasculares abdominales exanguinantes, en el caso del paciente permite la reparación de la lesión, la incisión se realiza a nivel anterolateral izquierda en el 5º espacio intercostal desde la unión esternocostal hasta el músculo dorsal ancho.

Además, se le colocó un tubo de drenaje torácico que es el manejo adecuado en un hemotórax, el cual se realiza a nivel 5.º espacio intercostal en cruce con la línea axilar media de la zona afectada.

Posteriormente el paciente al paciente se le volvió a realizar RCP, en el cual presentaron 2 ritmos de parada cardiaca diferentes cuyo manejo también es diferente, en una primera instancia fibrilación ventricular que es un ritmo desfibrilable junto a la taquicardia ventricular sin pulso, y en segunda instancia presentó asistolia que junto a la actividad eléctrica sin pulso, son ritmos no desfibrilables por lo que su manejo se basa en realizar RCP y el uso de epinefrina o adrenalina a 1 mg/kg cada 3 a 5 min (51).

III.3. Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º 1:

El Crup se define como un cuadro infeccioso a nivel de la laringe que afecta la glotis e infraglotis. Su etiología es viral siendo la más frecuente por parainfluenza tipo 1, 2 y 3. El tipo 1 es el más frecuente, el tipo 2 es estacional y el tipo 3 es el más severo (53). Suele presentarse entre los 3 meses y 5 años, más frecuentemente en menores de 2 años. Su inicio suele ser insidioso, comienza con un cuadro catarral, tos y rinorrea acuosa, seguido de un estridor a predominio inspiratorio, el estridor aumenta con el llanto o la agitación y empeora en la noche. El cuadro respiratorio suele acompañarse de tos perruna (54).

Para su manejo primero se debe determinar la gravedad del cuadro, esto se logra con el Score de Westley, el cual evalúa estridor inspiratorio, retracciones/tirajes, ventilación, cianosis, nivel de conciencia. La puntuación del Score de Westley va de 0-5 puntos, el cuadro leve es menor o igual a 3 puntos, el cuadro moderado es entre 4-5 puntos y el severo mayor o igual a 6 puntos (55). El paciente del caso obtuvo una puntuación de 4 puntos (estridor inspiratorio con la agitación, tirajes moderados, hipoventilación leve, no cianosis, nivel de conciencia normal), catalogándose como crup moderado.

Ante cuadros leves solo debe recibir dexametasona o prednisona vía oral, para moderados debe recibir dexametasona con o sin nebulización con adrenalina y para severos debe recibir dexametasona endovenosa más nebulización con adrenalina. El efecto del corticoide se ve a las 4 horas y su vía de administración puede ser vía oral (en leves a moderados) o parenteral (en moderados a severos). El efecto con la adrenalina da una mejoría clínica rápida (55).

Tabla 3. Escala de Westley

	0	1	2	3	4	5
Estridor inspiratorio	No	Con la agitación	En reposo			
Retracciones/ tiraje	No	Leve	Moderado	Graves		
Ventilación	Normal	Hipoventilación leve	Hipoventilación moderada-grave			
Cianosis	No				Con la agitación	En reposo
Nivel consciencia	Normal					Disminuida

≤3: leve; 4-5: moderada; ≥6: grave.

Figura 9: Score De Westley

Fuente: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06_laringitis.pdf

Caso clínico n.º 2:

Basándose en la presentación clínica y los exámenes de laboratorio, se trata de un caso de anemia severa microcítica e hipocrómica, con ferritina baja, reticulocitos normales en un niño de 1 año, con deficiencia de hierro de origen nutricional. Sin otra patología asociada. Al ser la anemia de inicio crónico y progresivo, era bien tolerada por el paciente. La anemia se define como la disminución de concentración de hemoglobina o glóbulos rojos (Hematocrito); los rangos de referencia varían de acuerdo con la edad y el sexo del paciente (56). El Minsa, mediante su norma técnica sobre el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, gestantes y puérperas explica los valores normales y de anemia según niveles de hemoglobina (57).

Tabla N° 3
Valores normales de concentración de hemoglobina y niveles de anemia en Niños, Adolescentes, Mujeres Gestantes y Puérperas (hasta 1,000 msnm)

Población	Con Anemia Según niveles de Hemoglobina (g/dL)			Sin anemia según niveles de Hemoglobina
	Severa	Moderada	Leve	
Niños				
Niños Prematuros				
1ª semana de vida		≤ 13.0		>13.0
2ª a 4ta semana de vida		≤ 10.0		>10.0
5ª a 8va semana de vida		≤ 8.0		>8.0
Niños Nacidos a Término				
Menor de 2 meses		< 13.5		13.5-18.5
Niños de 2 a 6 meses cumplidos		< 9.5		9.5-13.5
Niños de 6 meses a 5 años cumplidos	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Niños de 5 a 11 años de edad	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.4	≥ 11.5
Adolescentes				
Adolescentes Varones y Mujeres de 12 - 14 años de edad	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
Varones de 15 años a más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 12.9	≥ 13.0
Mujeres NO Gestantes de 15 años a más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
Mujeres Gestantes y Puérperas				
Mujer Gestante de 15 años a más (*)	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Mujer Puérpera	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0

Figura N° 10: Valores de hemoglobina en niños, adolescentes, gestantes y puérperas.

Fuente: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/Minsa/4190.pdf>

Los factores de riesgo de la anemia en niños son, antecedente de prematuridad o bajo peso al nacer, lactancia mixta con fórmulas maternizadas no fortificadas con hierro, niños alimentados con leche de vaca antes del año o dieta poco balanceada (57).

La presentación clínica describe palidez, cansancio, letargo, irritabilidad, uñas quebradizas, cabello opaco, cardiomegalia, taquicardia, pobre alimentación y

ganancia de peso y talla (58).

El manejo consiste en la ferroterapia con sulfato ferroso o complejo polimaltosado férrico en gotas, jarabes o tabletas. La duración de tratamiento es de 6 meses consecutivos, y solo se suspende cuando los niveles de hemoglobina se encuentran dentro de los rangos normales. Así mismo, los pacientes que inician con el tratamiento de anemia deben estar en constante control a los 3 meses y 6 meses del inicio del tratamiento. En el caso del paciente se inició con tratamiento provisional con sulfato ferroso en jarabe a dosis de 3mg/kg/día (57). Debido a que el paciente tuvo una hemoglobina de 4g/dL, se catalogó como anemia severa. La anemia severa en niños está asociada con la prematuridad y su manejo consiste en la transfusión de glóbulos rojos (59).

Tabla N° 9
Tratamiento con hierro para niños de 6 meses a 11 años de edad con anemia leve o moderada

EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS* (Vía oral)	PRODUCTO	DURACIÓN	CONTROL DE HEMOGLOBINA
Niños de 6 a 35 meses de edad	3 mg/Kg/día Máxima dosis: 70 mg/día (2)	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico o Gotas de Sulfato Ferroso o Gotas de Complejo Polimaltosado Férrico	Durante 6 meses continuos	Al mes, a los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento
Niños de 3 a 5 años de edad	3 mg/Kg/día Máxima dosis: 90 mg/día (3)	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico		
Niños de 5 a 11 años	3 mg/Kg/día Máxima dosis: 120 mg/día (4)	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico o 1 tableta de Sulfato ferroso o 1 tableta de Polimaltosado		

Figura 11: Tratamiento con hierro en niños entre 6 meses a 11 años .

Fuente: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>

Se ha descrito que la leche de vaca en los lactantes produce alteración en la absorción de hierro. Además, la leche de vaca es de bajo contenido en hierro y de baja biodisponibilidad. Tiene un efecto inhibitor sobre la absorción del hierro (60). La educación nutricional en la infancia desde Atención Primaria es de vital importancia para evitar hábitos dietéticos incorrectos y prevenir la ferropenia, ya que esta puede tener consecuencias irreversibles si se prolongan en una época muy precoz de la vida.

Caso clínico n.º 3:

La celulitis a nivel del ojo se puede clasificar en 2: orbitaria y periorbitaria o preseptal. El reparo anatómico que los diferencia es el septum orbitario, en la celulitis orbitaria se extiende a región postseptal comprometiendo grasa y músculos orbitarios.

Se deben buscar las diferencias clínicas entre ambas celulitis, ya que el pronóstico y manejo antibiótico son diferentes.

Clínicamente la celulitis orbitaria presenta: dolor a la movilización ocular unilateral, quemosis, proptosis, oftalmoplejía, disminución de la agudeza visual, afectación del estado general y fiebre, mientras la celulitis periorbitaria presenta: induración periorbitaria unilateral, eritema, calor, dolor a la palpación con o sin fiebre.

La celulitis orbitaria suele surgir como complicación por contigüidad de una sinusitis y la celulitis preseptal, por lesiones de la piel y conjuntiva (61).

Los agentes microbianos más comunes son *streptococcus pneumoniae*, *haemophilus influenzae* y *moraxella catarrhalis*, aunque si la vía de entrada fue una solución de continuidad puede ser estafilococo *aureus*. Sin embargo, se debe considerar anaerobios si el foco es odontogénico o se sospecha de invasión intracraneal (62).

Si clínicamente no se puede distinguir entre ambas celulitis, se necesita realizar una TAC.

Chandler clasificó las complicaciones orbitarias de la sinusitis en 5 categorías, en función de su clínica y severidad (61).

Tabla I. Complicaciones orbitarias de la sinusitis Chandler y cols.	
Grupo	Extensión de la enfermedad
Grupo 1	Edema inflamatorio y celulitis preseptal
Grupo 2	Celulitis orbitaria
Grupo 3	Absceso subperióstico
Grupo 4	Absceso orbitario
Grupo 5	Trombosis del seno cavernoso

Figura 12: clasificación de Chandler

Fuente: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2014-03/celulitis-preseptal-y-orbitaria/>

Como se mencionó previamente el manejo de la celulitis preseptal es diferente al orbitaria.

La primera se puede manejar de manera ambulatoria u hospitalaria:

- Ambulatorio: mayores de 1 año, no presenten signos de toxicidad, en el que se pueda hacer seguimiento, tratamiento es vía oral idealmente con amoxicilina + ácido clavulánico a una dosis de 45 mg/kg por día divididos cada 12 horas, pero se puede dar cefuroxima en alérgicos a cefalosporinas, este último es de preferencia si la vía de entrada del germen fue por traumatismo (63).
- Hospitalario: menores de 1 año, no responden a tratamiento en 24 a 48 horas, signos clínicos o radiográficos de compromiso de órbita y agudeza visual no evaluable. El manejo es similar al de celulitis orbitaria.

El manejo de celulitis orbitaria: es antibioticoterapia endovenosa y es necesario que cubra MRSA → vancomicina a 40 a 60 mg/kg en 3 a 4 dosis + ceftriaxona 50 mg/kg 1 o 2 veces al día o cefotaxima 150 a 200 mg/kg por día en 3 dosis. Se puede considerar cubrir anaerobios si se sospecha de compromiso intracraneal: en estos se añade metronidazol 30 mg/kg o ampicilina/sulbactam o piperacilina/tazobactam (63).

Caso clínico n.º 4:

El manejo de la crisis asmática varía según las guías que existen en la actualidad las principales son GEMA y GINA, siendo el primero más utilizado en Europa y el segundo en América.

Para realizar el manejo debemos identificar qué tan grave es la crisis asmática que estamos observando (64):

Tabla 5.6. Pulmonary Score para la valoración clínica de la crisis de asma en niños*

Puntuación	Frecuencia respiratoria		Sibilancias	Uso de esternocleidomastoideo
	< 6 años	≥ 6 años		
0	< 30	< 20	No	No
1	31-45	21-35	Final espiración	Incremento leve
2	46-60	36-50	Toda la espiración (estetoscopio)	Aumentado
3	> 60	> 50	Inspiración y espiración sin estetoscopio**	Actividad máxima

*Se puntúa de 0 a 3 en cada uno de los apartados (mínimo 0, máximo 9).

**Si no hay sibilancias y la actividad del esternocleidomastoideo está aumentada, puntuar el apartado sibilancias con un 3.

Figura 13: clasificación de crisis asmática en el niño

Fuente: <https://www.separ.es/node/1812>

Siendo una crisis leve de 0-3 pts, moderada de 4-6 pts y grave de 7-9 pts.

En el caso del paciente obtuvo 7 pts.

A continuación, se muestra el manejo del GEMA 5.2(64):

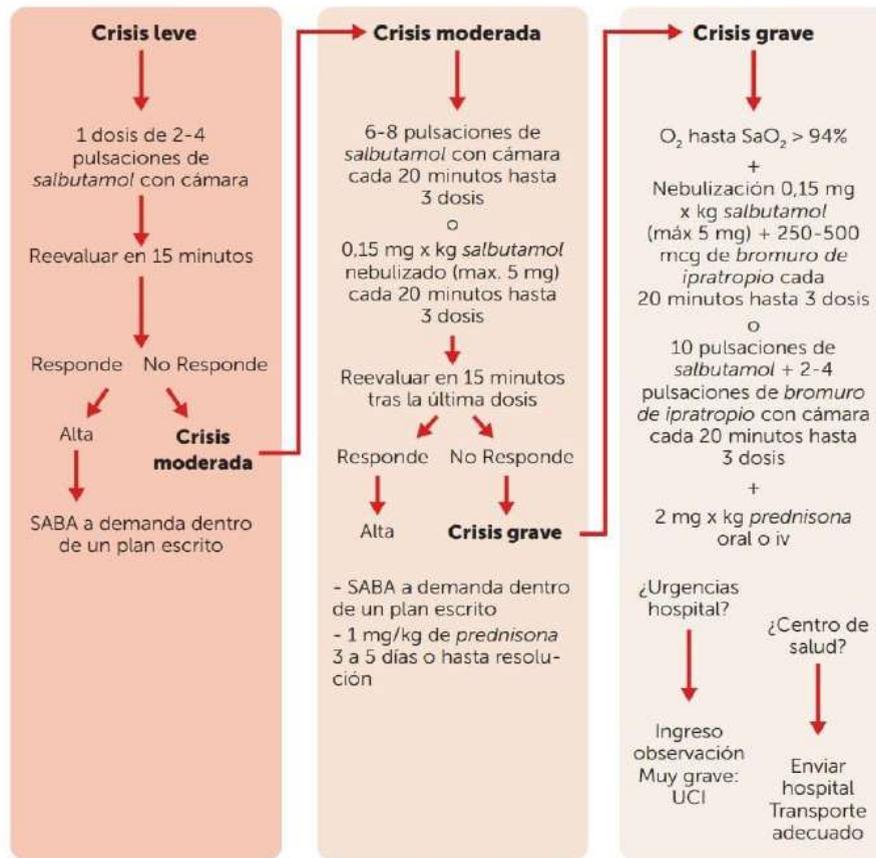


FIGURA 5.2. Tratamiento de la crisis asmática en el niño.

kg: kilogramo; min: minuto; mg: miligramo; µg: microgramo; SaO₂: saturación de oxihemoglobina; máx: máximo. SABA: agonista β₂ adrenérgico de acción corta.

Imagen 14: tratamiento de crisis asmática en el niño

Fuente: <https://www.separ.es/node/1812>

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico tiene como principal finalidad la de promover la práctica clínica de los estudiantes de medicina para el óptimo desarrollo sus capacidades profesionales y personales. Se considera como un período de formación, aprendizaje y tránsito de estudiantes a médicos en ejercicio.

El internado del año 2022 tuvo una duración de 10 meses, inició el 01 de junio de dicho año y culminó el 31 de marzo de 2023. Los cinco primeros meses fueron llevados en hospitales e instituciones, y los otros cinco tuvieron lugar en postas o centro de salud. Los internos responsables de este trabajo llevaron sus rotaciones en los siguientes hospitales y/o instituciones: el Hospital de Emergencias de Villa el Salvador, el Instituto Nacional Materno Perinatal y El Instituto Nacional de Salud del Niño Breña.

Los siguientes párrafos contienen un relato resumido de lo realizado durante las diferentes rotaciones y la experiencia obtenida.

La rotación de cirugía fue en el Hospital Emergencias de Villa el Salvador, en donde los internos realización actividades en el área de cirugía general, traumatológica, cirugía plástica; además, pudieron rotar en emergencias, en la cual se tuvo interacción con las especialidades de cirugía urológica, oftalmológica, neurológica y cardiovascular. En los pisos de hospitalización se llevaron a cabo las curaciones respectivas de los pacientes postoperados, cambio de bolsas de colostomía y otros procedimientos médicos necesarios.

En cuanto al área de Medicina Interna, las patologías más comunes que se evaluaron fueron pancreatitis, insuficiencia renal, insuficiencia cardiaca, tuberculosis, enfermedad pulmonar intersticial difusa, hepatitis, etc.

El aprendizaje obtenido durante la estancia en el Instituto Nacional Materno Perinatal fue crucial para enriquecer lo aprendido durante nuestras clases virtuales de ginecoobstetricia. En los consultorios externos de ginecología se realizaron las siguientes actividades: examen ginecológico, toma de Papanicolau, examen con espéculo, biopsia de cérvix y manejo de infecciones de transmisión sexual y neoplasias.

Por otro lado, en los pisos de hospitalización de obstetricia los internos aprendieron a realizar un examen obstétrico completo, medición de altura uterina, determinación de la situación fetal mediante las maniobras de Leopold y la toma de los latidos cardiacos fetales. Así mismo, tuvieron de oportunidad de evaluar a gestantes diversas patologías, tales con preeclampsia, placenta previa, embarazos múltiples, corioamnionitis y RCIU.

Con respecto a la rotación de Pediatría, el Instituto Nacional de Salud del Niño Breña cuenta con una diversa cantidad de especialidades y subespecialidades. Los internos tuvieron la oportunidad de evaluar casos de todo tipo y complejidad en el servicio de medicina, desde muy frecuentes como una neumonía o un cuadro de deshidratación, hasta enfermedades mucho más complejas y de difícil diagnóstico que requirieron de juntas médicas y teleconferencias para poder concluir de manera correcta el manejo. así mismo, en el servicio de Cirugía y Traumatología se obtuvieron conocimientos generales y útiles del diagnóstico y manejo de patologías como, apendicitis, invaginación intestinal, quemados y fracturas. La rotación por el servicio de emergencia nos dio una visión holística de las patologías pediátricas más frecuentes, y gracias a ello amplió nuestro conocimiento teórico sobre el diagnóstico diferencial de dichas patologías.

Las rotaciones en los establecimientos de primer nivel sirvieron para instruir a los internos en la atención básica que todo paciente debe recibir. En dicho establecimiento de salud, fue responsable de la curación de heridas, toma de presión arterial, formar parte de las campañas de salud, entre otros. Los casos que más se vieron fueron las enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes mal controlada, hipertensión arterial, obesidad, síndrome metabólico y anemia en niños y adultos) y casos de parasitosis y tuberculosis pulmonar.

CONCLUSIONES

Uno de los principales objetivos de los internos es la alcanzar un nivel de conocimiento básico para poder realizar un diagnóstico preciso y completo y tener la capacidad de utilizarla para concluir sus decisiones.

En internado médico, además de dar capacidades profesionales para estudiantes de medicina, puede ofrecer una variedad de oportunidades, incluida la de recolección de datos para la publicación de artículos de importancia clínica.

Las habilidades para resolver problemas son imprescindibles para todos los profesionales de la salud. En el internado, se experimentan muchos desafíos y todas estas pueden ser sus experiencias de aprendizaje diarias.

En todas las rotaciones se obtuvieron conocimientos básicos y necesarios para nuestra vida profesional. Los casos estudiados y evaluados enriquecieron nuestros conocimientos teóricos.

A manera de reflexión, podemos decir que el haber llevado los dos últimos años de pregrado de manera virtual implicó un desafío importante a la hora de retornar a las prácticas clínicas presencial, pero a pesar de dicho factor todas las dificultades que se presentaron a lo largo de todos los meses de internado fueron superadas gracias al constante interés por adquirir nuevos conocimientos y hacer las actividades de manera correcta.

RECOMENDACIONES

En casos en los que la situación requiera de más experiencia, no dudar en buscar asistencia de profesionales de la salud capacitados o consultar a otros médicos para tomar decisiones precisas, ya que eso tendrá un impacto directo positivo en el bienestar del paciente.

Es importantes aprender a trabajar en equipo, tanto con tus compañeros internos, médicos residentes, doctores y las diferentes profesionales de la salud. Por lo que se deben aceptar las críticas de manera constructiva y comprender los aspectos en los que se puede mejorar.

Se debe mejorar las condiciones en las cuales los internos realizar el internado, sobre todo en el cumplimiento de los horarios establecidos, reducir la carga de trabajo administrativo para que se pueda aprovechar el tiempo en adquirir más habilidades.

Mejorar la vía de comunicación entre los internos y los entes responsables del internado y aumentar el número de sedes hospitalarias y centro de salud.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Mari G. Restricción del crecimiento fetal: Evaluación (2023); [Internet].UptoDate. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/fetal-growth-restriction-evaluation?search=restricci%C3%B3n%20de%20crecimiento%20intrauterino&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H22
2. Sharma D., Shastri S., Sharma P. Intrauterine Growth Restriction: Antenatal and Postnatal Aspects. *Clinical Medicine Insights: Pediatrics* 2016;10 67–83 doi: 10.4137/CMPed.S40070
3. Soledad M., et al. Restricción de crecimiento intrauterino. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* [Internet]. 2020;1(5). Disponible en: <https://www.sarda.org.ar/images/2020/6.pdf>
4. Phyllis A. Preeclampsia: características clínicas y diagnóstico (2023); [Internet]. UptoDate. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis?search=preeclampsia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H14938176
5. Norwitz E. Preeclampsia: manejo anteparto y momento del parto (2023); [Internet]. UptoDate. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-antepartum-management-and-timing-of-delivery?search=preeclampsia&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
6. MINSA. Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología Instituto Nacional Materno Perinatal. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>.
7. Diagnóstico y Tratamiento del Aborto Espontáneo y Manejo Inicial de Aborto Recurrente [Internet].Gob.mx. [citado el 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/088GRR.pdf>
8. Larroca C, Chaquiriand V. Manejo inicial del aborto [Internet]. INNOTECH. 2021;06(02). [citado el 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rumi/v6n2/2393-6797-rumi-6-02-22.pdf>
9. Lete I, Coll C, Serrano I, Doval J, Carbonell J. Aborto farmacológico en el primer trimestre de la gestación. *Prog Obstet Ginecol* [Internet]. 2015 [citado el 31 de marzo de 2023];58(9):426–34. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-aborto-farmacologico-el-primer-trimestre-S0304501315001077>
10. CINETS. Guía de Práctica Clínica para el abordaje sindrómico del diagnóstico y tratamiento de los pacientes con infecciones de transmisión sexual y otras

- infecciones del tracto genital. (2013). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/profesionales%20salud.pdf>
11. Tuddenham S., Ghanem Khalil. Abordaje del paciente con úlceras genitales. [Internet]. 2023. Uptodate. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-genital-ulcers?search=ulcera%20genital%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#topicContent
 12. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; Junio de 2021. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572659/>
 13. Hicks C., Clemente M. Sífilis: detección y pruebas de diagnóstico. [Internet]. 2023. Uptodate. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/syphilis-screening-and-diagnostic-testing?search=ulcera%20genital%20&topicRef=7592&source=see_link
 14. Hicks C. Chancroide. [Internet]. 2023. Uptodate. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/chancroid?search=ulcera%20genital%20&topicRef=7592&source=see_link#H7
 15. MINSA. Norma técnica de salud para el manejo de infecciones de transmisión sexual en el Perú – NST N° 077. (2019). Disponibles en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/969122/rm_263-2009_minsa.pdf
 16. Duff P, Rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto: manifestaciones clínicas y diagnóstico [Internet]. Uptodate.com. [citado el 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/preterm-prelabor-rupture-of-membranes-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=ruptua%20prematura%20de%20memembranas&topicRef=120959&source=see_link
 17. Duff P, Rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto: manejo y resultado [Internet]. Uptodate.com. [citado el 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/preterm-prelabor-rupture-of-membranes-management-and-outcome?search=ruptua%20prematura%20de%20memembranas&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
 18. Lockwood C. Trabajo de parto prematuro: hallazgos clínicos, evaluación diagnóstica y tratamiento inicial [Internet]. Uptodate.com. [citado el 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/preterm-labor-clinical-findings-diagnostic-evaluation-and-initial-treatment?search=ruptura%20prematura%20de%20memembranas%20antes%20del%20trabajo%20de%20parto&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4
 19. De la Concha M. Actualizaciones en la mordedura de perro. Acta Médica Grupo Ángeles. 2020; 18 (3): 284-289. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=95406>

20. Pérez C. Mordeduras y picaduras de animales. *Protoc diagn ter pediatri*. 2020;1:307-319. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/24_mordeduras_picaduras.pdf
21. MINSA. Norma técnica e salud para la vigilancia, prevención y control de la rabia humana en el Perú, NTS N° 131. (2017). Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4193.pdf>
22. Horsburgh C..Epidemiología de la tuberculosis [Internet]. 2023. Uptodate Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-of-tuberculosis?search=tuberculosis%20pulmonar&topicRef=8023&source=see_link
23. OPS. Tuberculosis. [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/tuberculosis#:~:text=La%20tuberculosis%20es%20una%20enfermedad,peso%2C%20fiebre%20y%20sudores%20nocturno>
24. Pozniak A. Manifestaciones clínicas y complicaciones de la tuberculosis pulmonar. [Internet]. 2023. Uptodate Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-complications-of-pulmonary-tuberculosis?search=tuberculosis%20pulmonar&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2
25. Manual de algoritmos para el diagnóstico de tuberculosis. ORAS - CONHU; 2019. Lima-Perú.
26. MINSA. Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis, NTS N° 104. 2018. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20190404114640.pdf>
27. Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia Edición 2019. Revista de la ALAD [Internet]. 2019; Disponible en: https://revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf
28. American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. *Diabetes Care*. enero de 2021;44, (Suppl. 1):S15–S33.
29. International Diabetes Federation. ATLAS DE LA DIABETES DE LA FID. (Novena edición). Disponible en: https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf
30. Balasubramanyam A. Clasificación de la diabetes mellitus y los síndromes diabéticos genéticos.[Internet]. 2023. UpToDate. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/classification-of-diabetes-mellitus-and-genetic-diabetic-syndromes?search=diabetes%20mellitus&topicRef=1812&source=see_link
31. Murillo Sevillano I. Diabetes mellitus. Algunas consideraciones necesarias. agosto de 2018;16(4):614-7.
32. Abad D., et al. PROTOCOLOS - DIABETES MELLITUS TIPO 2. Sociedad Española de Medicina Interna, Elsevier [Internet]. Disponible en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/protocolos-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf>
33. Inzucchi S, Lupsa B. Presentación clínica, diagnóstico y manejo de diabetes mellitus inicial [Internet]. Uptodate.com. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-initial-evaluation-of-diabetes-mellitus-in-adults?search=diabetes%20mellitus&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1
34. MINSA. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN N° 719. 2015. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>

35. Kabnick L, Scovell S. Descripción general de la enfermedad venosa crónica de las extremidades inferiores [Internet]. Uptodate.com. [citado el 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-lower-extremity-chronic-venous-disease?search=insuficiencia%20venosa&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
36. Spelman D. Celulitis aguda y erisipela en adultos: Tratamiento [Internet]. Uptodate.com. [citado el 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-cellulitis-and-erysipelas-in-adults-treatment?search=insuficiencia%20venosa&topicRef=8270&source=see_link
37. Mathes B, Kabnick L. Manejo médico de la enfermedad venosa crónica de las extremidades inferiores [Internet]. Uptodate.com. [citado el 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/medical-management-of-lower-extremity-chronic-venous-disease?search=insuficiencia%20venosa&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
38. Martin RF. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis [Internet]. Uptodate.com. 20 abril del 2022 [citado el 26 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adultsclinical-manifestations-and-differentialdiagnosis?search=apendicitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~1
39. Tomas A, Pancorvo E, et al. Guía de Práctica Clínica del Departamento de Cirugía General del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. Diagnóstico y Manejo de la Apendicitis Aguda. Lima HEJCU. 2017.p 1- 60. Disponible en: https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/0408/GUIA_DE_PRACTICA_CLINICA_DX_Y_MANEJO_APENDICITIS_AGUDA_2.pdf
40. Norma técnica de salud de los servicios de emergencia. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Servicios de Salud. NT N° 042- MINSA / DGSP-V.01. Lima – Perú 2007
41. Soybel DSMM. Manejo de la apendicitis aguda en adultos [Internet]. Uptodate.com. 15 febrero de 2023 [citado el 26 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-inadults?search=apendicitis%20aguda&topicRef=1386&source=see_link
42. Quevedo L. Oclusión intestinal. Clasificación, diagnóstico y tratamiento [Internet]. Rev Cubana Cir 2007; 46 (3). [citado el 26 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v46n3/cir15307.pdf>
43. MSP. Protocolo para el manejo quirúrgico de la obstrucción intestinal [Internet]. Rep dominicana. 2018. [citado el 26 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/890/ProtocoloManejoQuirurgicoObstruccionIntestinal.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
44. Correa JM, Villanueva G, Medina R, Carrillo R, Díaz A. Obstrucción intestinal secundaria a formación de adherencias postoperatorias en cirugía abdominal. Revisión de la literatura [Internet]. Rev Elsevier. 2015. [citado el 26 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cirujanos-139-articulo-obstruccion-intestinal-secundaria-formacion-adherencias-S0009741115000997>
45. Bolívar MA., Cortés Ramos MA., Fierro R., Cázarez MA., Morgan F. Obstrucción del intestino delgado por adherencias [Internet]. Rev. Med. UAS. 2020;10(1):34-49 ISSN 2007-8013. [citado el 26 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v10/n1/obstruccion.pdf>
46. Colecistitis calculosa aguda: características clínicas y diagnóstico [Internet]. Uptodate.com. [citado el 29 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=colecistitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~131&usage_type=default&display_rank=1#H249919411

47. Okamoto K, Suzuki K, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Endo I, et al. Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences* [Internet]. 2018 [citado el 29 de marzo de 2023];25(1):55–72. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jhbp.516>
48. Guzmán E, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la coledocolitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis en el Seguro Social del Perú (EsSalud) [Internet]. *Rev Gastro Per*; 42(1):58-69 [citado el 29 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://www.revistagastroperu.com/index.php/rgp/article/view/1379/1122>
49. Vollmer C. Tratamiento de colecistitis aguda litiásica [Internet]. Uptodate.com. [citado el 29 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?search=colecistitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~132&usage_type=default&display_rank=2
50. Raja A, Zane R. Manejo inicial del trauma en adultos [Internet]. Uptodate.com. febrero 2023 [citado el 29 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/initial-management-of-trauma-in-adults?search=satls&source=search_result&selectedTitle=1~99&usage_type=default&display_rank=1
51. Elmer J. Soporte vital cardíaco avanzado (ACLS) en adultos [Internet]. Uptodate.com. 08 marzo 2023 [citado el 29 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/advanced-cardiac-life-support-acls-in-adults?search=soporte%20avanzado&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
52. Asensio J, Petrone P, Kimbrell B, Kuncir E. Toracotomía de emergencia. Evaluación crítica de la técnica [Internet]. *Org.co*. 2006 [citado el 29 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v21n2/v21n2a2.pdf>
53. Marcos M., Torres M. Laringitis, crup y estridor. *Pediatr Integral* 2017; XXI (7): 458–464. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi07/02/n7-458-464_CarmenTorres.pdf
54. Ventosa P., Luaces C. Diagnóstico y tratamiento de la laringitis en Urgencias. *Protoc diagn ter pediatr*. 2020;1:75-82. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/06_laringitis.pdf
55. Cuestas G, Rodríguez H. Algoritmo para el manejo de la obstrucción laríngea en pediatría. *Arch Argent Pediatr* 2022;120(3):209-216. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2022.209>
56. Powers J., Sandoval C. Abordaje del niño con anemia. [Internet]. 2023. UpToDate. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-anemia?search=anemia&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H2
57. MINSA. NORMA TÉCNICA - MANEJO TERAPÉUTICO Y PREVENTIVO DE LA ANEMIA EN NIÑOS, ADOLESCENTES, MUJERES GESTANTES Y PUÉRPERAS. 2017. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
58. Powers J. Deficiencia de hierro en lactantes y niños menores de 12 años: detección, prevención, manifestaciones clínicas y diagnóstico. [Internet]. 2023. UpToDate. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/iron-deficiency-in-infants-and-children-less-than12-years-screening-prevention-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=anemia&source=search_result&selectedTitle=7~150&usage_type=default&display_rank=6
59. Ayala A., et al. Transfusiones en pediatría. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2017; 33 (2): 187-201. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v33n2/2011-7531-sun-33-02-00187.pdf>
60. Becerra F, Poveda E, Vargas M. El hierro en la alimentación complementaria del niño lactante: una revisión. *Perspect Nutr Humana*. 2021; 23:85-97. DOI: 10.17533/udea.penh.v23n1a07
61. Sánchez I, Conejo P. Celulitis preseptal y orbitaria. *An Pediatr Contin* [Internet]. 2014

- [citado el 30 de marzo de 2023];12(6):284–8. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-antiores/publicacion-2014-03/celulitis-preseptal-y-orbitaria/>
62. Daoud Z, Lupiani P, Ramos J. Celulitis orbitaria y periorbitaria [Internet]. Guia-abe.es. [citado el 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-celulitis-orbitaria-y-periorbitaria>
63. Gappy C, Archer S. Celulitis preseptal[Internet]. Uptodate.com. [citado el 30 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/preseptal-cellulitis?search=celulitis%20orbitaria%20ni%C3%B1os&source=search_result&selected_title=2~30&usage_type=default&display_rank=2
64. GEMA 5.2. ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA DE MANEJO DE ASMA [Internet]. Separ.es. [citado el 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.separ.es/node/1812>