

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL DOS DE MAYO Y HOSPITAL DE
EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR DE LIMA
DURANTE 2022-2023

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO
PRESENTADO POR
ALEXANDRA NAOMI SAHUAY VALLE
CAROLINA FIORELLA SALAS LAZO

ASESOR
FERNANDO RUNZER COLMENARES

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

**DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
DOS DE MAYO Y HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA
EL SALVADOR DE LIMA DURANTE 2022-2023**

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

**PRESENTADO POR
SAHUAY VALLE, ALEXANDRA NAOMI
SALAS LAZO, CAROLINA FIORELLA**

**ASESOR
MGTR. FERNANDO RUNZER COLMENARES**

LIMA, PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

A todos los internos de medicina que día a día dan lo mejor de sí por sus pacientes con entusiasmo, amor y vocación, quienes con fuerza y valentía soportan las adversidades y obstáculos de nuestro sistema de salud.

Para nuestros pacientes, quienes confiaron en nosotras para acompañarlos durante su proceso de enfermedad y nos permitieron estar presentes en su primer llanto y en su último suspiro.

Para nuestra familia quienes nos apoyaron incondicionalmente.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, a nuestros docentes y a nuestro asesor quienes nos guiaron durante la realización de este proyecto y a nuestros pacientes quienes fueron nuestra inspiración para su elaboración.

También queremos darle un agradecimiento especial a nuestra casa de estudios por haber sido nuestro segundo hogar durante estos siete años de carrera.

ÍNDICE

ÍNDICE	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación en Pediatría	4
1.2 Rotación en cirugía general	14
1.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia	25
1.4 Rotación en Medicina interna	35
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	47
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	52
3.1 Rotación en pediatría	52
3.2 Rotación en cirugía general	58
1.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia	64
1.3 Rotación en Medicina interna	69
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	75
CONCLUSIONES	78
RECOMENDACIONES	79
FUENTES DE INFORMACIÓN	80

RESUMEN

El internado médico es una etapa importante en la formación del médico, durante ella los estudiantes de medicina forman parte de los establecimientos de salud donde no sólo adquieren conocimientos teóricos, sino que también participan activamente de las visitas médicas, procedimientos, tratamientos y asumen nuevas responsabilidades para con el lugar donde laboran, como con los pacientes a su cargo, elaborando y conociendo sus historias clínicas, encargándose del plan terapéutico y formando parte y siendo testigos de la evolución y recuperación de la enfermedad de estos. Durante el internado se realizan cuatro rotaciones en los servicios de Pediatría, Cirugía, Ginecología y Obstetricia y Medicina interna en donde se consolida lo aprendido durante los seis años previos a esta etapa, lo cual contribuye a su desenvolvimiento como futuros médicos, para contribuir con el bienestar y cuidado de la salud de la población.

Objetivo: Demostrar las actitudes y conocimientos adquiridos durante el internado médico 2022 - 2023.

Metodología: Recolección de casos clínicos vistos durante la rotación por las diferentes especialidades de Pediatría, Cirugía, Ginecología y Obstetricia y Medicina interna en el Hospital Nacional Dos de Mayo y Hospital de Emergencias de Villa El Salvador.

Conclusión: Al ser este trabajo realizado en base a la experiencia en dos hospitales diferentes, cada estudiante de medicina humana tiene una experiencia distinta en su paso por el internado, esto nos brinda la oportunidad de aprender de diversas patologías durante la rotación por las especialidades, así como percibir las diferencias entre ambos establecimientos que pertenecen a una misma red de salud.

Palabras clave: Internado médico, Medicina interna, Cirugía, Pediatría y Ginecología y Obstetricia.

NOMBRE DEL TRABAJO

DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL DOS DE MAYO Y HOSPI
TAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SAL

AUTOR

ALEXANDRA NAOMI SAHUAY VALLE

RECuento DE PALABRAS

22185 Words

RECuento DE CARACTERES

128055 Characters

RECuento DE PÁGINAS

96 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

137.8KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 14, 2023 8:23 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 14, 2023 8:29 AM GMT-5

● 9% de similitud general

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

- 9% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossr

● Excluir del Reporte de Similitud

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



Fernando Runzer Colmenares MD MA MSc(c)
Médico Geriatra, Máster en Educación en Salud (M.A.) y Ciencias Epidemiológicas (c)
Responsable de Investigación, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Científica del Sur, Perú
Miembro del Centro de Investigación del Envejecimiento (CIEN) - Facultad de Medicina Humana - USMP
Bamboo Seniors Health Services
ORCID 0000-0003-4045-0260 DNI 42140681

ABSTRACT

The medical internship is an important stage in the training of the doctor, during which medical students are part of health establishments where they not only acquire theoretical knowledge, but also actively participate in medical visits, procedures, treatments and assume new responsibilities. towards the place where they work, as well as the patients under their care, preparing and knowing their clinical histories, taking charge of the therapeutic plan and being part of and witnessing the evolution and recovery of their disease. During the internship, four rotations are carried out in the Pediatrics, Surgery, Gynecology and Obstetrics and Internal Medicine services, where what has been learned during the six years prior to this stage is consolidated, which contributes to their development as future doctors, to contribute to the welfare and health care of the population.

Objective: Demonstrate the attitudes and knowledge acquired during the medical internship 2022 - 2023.

Methodology: Collection of clinical cases seen during the rotation by the different specialties of Pediatrics, Surgery, Gynecology and Obstetrics and Internal Medicine at the Dos de Mayo National Hospital and Villa El Salvador Emergency Hospital.

Conclusion: As this work is carried out based on experience in two different hospitals, each human medicine student has a different experience in their time at the internship, this gives us the opportunity to learn about various pathologies during the rotation through the specialties, as well as perceiving the differences between both establishments that belong to the same health network.

Keywords: Medical internship, Internal medicine, Surgery, Pediatrics and Gynecology and Obstetrics.

INTRODUCCIÓN

El internado médico constituye el último año de la carrera de medicina en el cual los estudiantes de medicina humana después de 6 años de estudios teórico-prácticos, se convierten en internos de medicina y realizan actividades preprofesionales en hospitales, centros de salud y clínicas locales, siendo esta una etapa fundamental para completar su periodo de formación, desarrollo y desenvolvimiento como futuros médicos, para contribuir con el bienestar y cuidado de la salud de la población. Es importante resaltar que, durante este periodo de tiempo, los internos de medicina humana cumplen un importante rol debido a que realizan múltiples funciones, entre ellas la atención y seguimiento de los pacientes y muchas veces actúan como un soporte emocional para estos.

En el año 2020, con la irrupción de la pandemia del COVID-19, enfermedad causada por el Coronavirus SARS-CoV-2, y siendo el sistema de salud el sector más afectado, el internado médico se vio alterado debido al alto riesgo de exposición y contagio, reduciendo su duración a 10 meses, limitando el contacto con los pacientes debido al uso de equipos de protección personal obligatoriamente. A pesar de ello, y del gran desafío que significó en la formación profesional de futuros médicos, teniendo que adaptarse a la situación y a nuevas medidas, esta fue una oportunidad para adquirir nuevas habilidades clínicas frente a un sistema de salud precario debilitado por la pandemia.

Un mes previo al internado, se realiza la elección de sedes, la cual generalmente sigue un orden de mérito, en la que el estudiante elige cuál será su segundo hogar los próximos diez meses, donde realizará cuatro rotaciones fundamentales en los servicios de Medicina interna, Cirugía, Pediatría y Ginecología y Obstetricia, en donde conocerá sus fortalezas, debilidades y habilidades y potenciará sus conocimientos para ejercer la carrera de medicina humana.

A manera de consolidar los conocimientos que hemos adquirido en este periodo de tiempo, habiendo realizado nuestro internado en el Hospital Nacional Dos de Mayo (HNDM) y el Hospital de Emergencias de Villa El Salvador (HEVES), ambos pertenecientes a la red del Ministerio de Salud (MINSa), siendo el Hospital Dos de Mayo un hospital de referencia de la categoría III-1 del tercer

nivel de atención y el Hospital de Villa El Salvador de la categoría II-2 del segundo nivel de atención, realizaremos la presentación de 16 casos clínicos con las patologías más frecuentes y resaltantes de nuestras cuatro rotaciones en los servicios de Pediatría, Cirugía, Ginecología y Obstetricia y Medicina interna.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

A diferencia de otras carreras, medicina humana tiene una duración de 7 años, de los cuales, en los tres primeros años se llevan cursos generales y orientados a la carrera como son Biología, Fisiología, Anatomía, Farmacología, entre otros. Es importante mencionar que se tiene un primer acercamiento al llevar los cursos de Epidemiología y Salud pública al primer nivel de atención en el cual el estudiante forma parte y participa en diversos programas y estrategias sanitarias. Posterior a ello, los siguientes tres años inician con cursos de clínica como son semiología y medicina interna, acompañado de rotaciones por las diferentes especialidades como neurología, gastroenterología en diferentes sedes hospitalarias, seguido a ello, se cursa por especialidades quirúrgicas, como son: Cirugía general, Traumatología y Ortopedia, Urología, Otorrinolaringología y Oftalmología. Finalizando, el último año pre-internado con las rotaciones en Pediatría y Ginecología y Obstetricia, culminando con el periodo de preparación teórico-práctico para dar inicio del internado médico, siendo este el último año de formación en el que se consolidan conocimientos y habilidades previos al comienzo de la vida profesional del futuro médico.

Durante el internado, el alumno no sólo adquiere conocimientos teóricos, sino también, la confianza que se ve reflejada en la toma de decisiones para el manejo de los pacientes, es pues el interno quien también pasa mayor tiempo con estos, elaborando y conociendo sus historias clínicas, encargándose del plan terapéutico, formando parte y siendo testigo de la evolución y recuperación de la enfermedad de los pacientes.

Pediatría

En el servicio de Pediatría, el interno de medicina realiza el examen físico, historia clínica y evolución médica, la cual es revisada y supervisada por médicos residentes y posterior a ello por médicos asistentes durante el pase de visita. Las rotaciones son tanto en piso hospitalario como en emergencias, en donde ponemos en práctica el triángulo de evaluación pediátrica y se realiza el triaje

diferenciado, identificando patologías como bronquiolitis, enfermedades diarreicas agudas, crisis asmáticas, convulsiones febriles, etc. Asimismo, el interno tiene una rotación por el servicio de Neonatología, en el cual se rota por centro obstétrico, alojamiento conjunto, hospitalización, cuidados intermedios y Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología, en donde se realiza desde la atención primaria del recién nacido hasta el reconocimiento de las patologías neonatales más frecuentes como son la ictericia neonatal y taquipnea transitoria del recién nacido, hasta las más complejas como encefalopatías hipóxico isquémicas, mielomeningocele, etc.

Cirugía General

En el servicio de cirugía general, el interno de medicina realiza las historias clínicas, evoluciones diarias, interpretación de análisis de laboratorio, presentación de pacientes durante la visita médica y curación de heridas postoperatorias con la supervisión y guía de un médico residente de primer año. El interno tiene guardias tanto en piso de hospitalización como en emergencia, en donde se suturan heridas cortantes, se drenan abscesos y se identifican casos quirúrgicos como apendicitis, colecistitis y obstrucción intestinal, entre otros. Adicionalmente a ello, el interno tiene rotaciones en otras especialidades quirúrgicas como son traumatología, urología, cirugía plástica y neurocirugía. Además, para un mejor aprendizaje y una mejor experiencia por la especialidad, se le permite el ingreso a Sala de Operaciones para que sea partícipe del plan quirúrgico ya sea como instrumentista o primer o segundo ayudante durante la cirugía de los pacientes, llegando asistir desde colecistectomías laparoscópicas hasta cirugías de mayor complejidad como *Whipples* (pancreatoduodenectomías) o reconstituciones de tránsito intestinal.

Ginecología y Obstetricia

El servicio de Ginecología se divide en Oncología ginecológica, Fertilidad y reproducción, Obstetricia y Ginecología como tal, añadiendo a ello una rotación en emergencia de ginecología. Esta es una especialidad tan amplia que abarca

la parte clínica, quirúrgica e imagenológica. Al igual que en otras rotaciones el interno es el encargado de realizar las historias clínicas, las cuales varían de acuerdo a la rotación por las subespecialidades de Ginecología; la evolución diaria de las pacientes con un adecuado examen físico, especialmente en gestantes en quienes es importante monitorizar los latidos fetales, realizar las maniobras de Leopold y en caso se presenten patologías como preeclampsia, monitorizar la presión arterial cada determinado tiempo, al igual que la glucosa en pacientes con diabetes gestacional. La versatilidad de la rotación consiste en que también se le permite al interno el ingreso a Sala de Operaciones para participar en cirugías como miomectomías, tumoraciones ováricas, endometriales, distopías, hysterectomías, ooforectomías, entre otras, respecto a la parte ginecológica y oncológica. Por la parte obstétrica se puede participar en cesáreas programadas y de emergencia, embarazos ectópicos, gemelares, etc. y procedimientos como legrados uterinos y aspiraciones manuales endouterinas (AMEU). Por otro lado, con la supervisión de médicos residentes, asistentes y obstetras, se les da la oportunidad de atender partos vaginales, preparando a los internos para el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS).

Medicina interna

En los servicios y pabellones de medicina interna, el interno tiene un mayor contacto con los pacientes y sus familiares debido a que la estancia hospitalaria es generalmente mayor que en otras especialidades. Durante su rotación, se encarga de realizar una buen interrogatorio a profundidad con un examen físico minucioso para la elaboración de la historia clínica; evolucionar diariamente a los pacientes, elaborar la terapéutica junto con el médico residente que posteriormente será revisada durante el pase de visita por el médico asistente, asimismo, durante el pase de visita, los internos son los que presentan los casos de los pacientes demostrando el conocimiento de las patologías de estos y mejorando su confianza y seguridad al sugerir un plan terapéutico para la enfermedad que les aqueja, posterior a ello, al ser sedes hospitalarias docentes durante la visita están presentes estudiantes de medicina humana de años menores, por lo que se procede a realizar preguntas y una pequeña discusión para cada síndrome y diagnóstico presuntivo. Después del pase de visita, se

realiza el cumplimiento de la terapéutica, llevando al paciente a la toma de exámenes de imágenes y/o laboratorio, si es que fuera necesario, y curación de heridas, formando el interno parte del proceso y recuperación de su enfermedad. Además, es enriquecedor para los internos el envío de interconsultas, debido a que al venir los diferentes especialistas para evaluar al paciente, estos les enseñan, aclaran sus dudas y amplían su panorama diagnóstico. Es importante resaltar que a muchos internos se les suspendieron las guardias en emergencia durante la rotación por el incremento de casos de COVID-19. En esta rotación, no solo el interno pone en práctica conocimientos de las diferentes especialidades clínicas, sino que también al rotar en pabellones tanto de mujeres como de hombres, se les permite relacionar las patologías más frecuentes de cada sexo con cada especialidad, por ejemplo en mujeres vemos más enfermedades reumatológicas como lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, mientras que en varones vemos más casos endocrinológicos como diabetes *mellitus* tipo 2 con complicaciones en los que generalmente se requiere de un manejo multidisciplinario con la participación de traumatología y cirugía cardiovascular, lo que es favorecedor para el aprendizaje y experiencia del interno, haciéndolo participar en juntas médicas con las diferentes especialidades.

1.1 Rotación en Pediatría

Caso clínico n. °1

Anamnesis

Paciente mujer de 4 años de edad que acude acompañada de madre quien refiere que paciente presenta un tiempo de enfermedad de dos semanas antes del ingreso con tos. Cinco días antes del ingreso se agrega fiebre de 38° C que cedía parcialmente con antipiréticos, dos días antes del ingreso acude al hospital por persistir con síntomas, donde se le tomaron pruebas para descartar una infección del tracto urinario, después de lo cual es referida a su centro de salud correspondiente, donde se le completan exámenes de laboratorio con resultados normales. El día del ingreso la tos empeora y se asocia a dificultad respiratoria, por lo que se decide hospitalizarla.

Funciones biológicas: Apetito: Disminuido con náuseas. Orina: 5 veces/día.
Sueño: Aumentado. Sed: Aumentada. Deposiciones: Aumentado 2 días

Antecedentes personales

Fisiológicos prenatales: Controles prenatales (CPN): 9, Complicaciones: no recuerda. Tipo de parto: cesárea, peso al nacer: 3050 gramos, edad gestacional: 40 semanas, Apgar 1: 8 Apgar 5: 9. Lactancia: materna, ablactancia: a los 2 años. Inmunizaciones: completas para los 4 años. Sin problemas en el crecimiento y desarrollo.

Patológicos: Asma: Nebulizaciones previas (2 veces). Otros: Displasia de cadera a los 7 meses con tratamiento concluido. Alergias: Niega.

Antecedentes familiares

Madre de 37 años, niega antecedentes médicos y padre de 45 años con antecedentes médicos de hipertensión arterial (HTA), trigliceridemia y apendicectomía.

Examen Físico

Peso: 14.5, talla: 107, índice de masa corporal (IMC): 12.66, presión arterial: 90/60 mmHg, frecuencia cardiaca: 142 lpm, frecuencia respiratoria: 40 rpm, T°: 38.5° C, Sat: 97 por ciento.

Aspecto general: Despierta, conectada con su entorno, ventila con distrés leve, afebril.

Piel y mucosas: Piel elástica, turgente, hidratada, no palidez, no ictericia, llenado capilar menor a 2 segundos.

Tejido celular subcutáneo: Sin edemas.

Sistema linfático: Sin adenopatías.

Tórax y pulmones: Tirajes subcostales e intercostales. murmullo vesicular disminuido en base de hemitórax derecho, escasos subcrépitos y no sibilantes.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos presentes.

Abdomen: No cicatrices, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no masas, no doloroso a la palpación, percusión timpánica.

Genitourinario: Genitales externos femeninos, adecuados para edad y sexo.

Recto y ano: Permeable, sin lesiones.

Neurológica: Alerta, escala de Glasgow 15/15, conectada con entorno, no focalización, no signos meníngeos.

Impresión diagnóstica

1. Neumonía adquirida en la comunidad
2. Síndrome obstructivo bronquial moderado

Exámenes auxiliares

Radiografía de tórax en espiración se observa consolidado basal derecho infeccioso.

Hemograma: leucocitos 11000, lo demás sin alteraciones, proteína C reactiva (PCR): 400, prueba antígeno COVID: Negativo.

Plan de trabajo

Hospitalización

Hemocultivo, examen de orina.

Continuar tratamiento antibiótico.

Vigilar el patrón ventilatorio.

Tratamiento

Dieta completa más líquidos a voluntad.

Dextrosa al 5% 1000 cc + cloruro de sodio (NaCl) al 20% 40 cc + cloruro de potasio (KCl) 20% 10 cc pasar 50 cc/hora.

Ceftriaxona 1.4 gramos endovenoso (EV) cada 24 horas (3 dosis) (100mg/kg/d).

Clindamicina 290 mg EV cada 8 horas.

Salbutamol 4 puff cada 4 horas.

Metamizol 300 mg EV condicional a $T > 38^{\circ} C$.

Control de funciones vitales más observación de signos de alarma.

Caso clínico n. 02

Anamnesis

Paciente varón de 2 años de edad con antecedente de infecciones del tracto urinario a repetición, reflujo vesicoureteral y post operado de malformación anorrectal, presenta dos días antes del ingreso fiebre persistente asociado a hiporexia. Niega dolor abdominal, niega vómitos, náuseas y diarrea. Un día antes del ingreso se agrega constipación. Debido a la persistencia de los síntomas es llevado a emergencias del hospital.

Funciones biológicas: Apetito: Disminuido con náuseas. Orina: 7 veces/día. Sueño: Disminuido. Sed: Aumentada. Deposiciones: Disminuido

Antecedentes personales

Fisiológicos prenatales: Controles prenatales: 5. Complicaciones: Ninguna. Parto tipo: Vaginal. Peso al nacer: 3295. Edad gestacional: 41 semanas. Apgar 1: 8 Apgar 5: 9. Lactancia-ablactancia: 6 meses. Inmunizaciones: completas para edad. Sin problemas en el crecimiento y desarrollo.

Patológicos: Niega. Cirugías: Malformación anorrectal, postoperado de reconstrucción anal. Colostomía febrero 2020. Portador de ileostomía julio 2021. Transfusiones: por operaciones de colostomía e ileostomía. Alergias: Niega.

Examen físico

Peso: 11 kg, Talla: 90, IMC: 13.58, presión arterial: 90/60 mmHg, frecuencia cardiaca: 110 lpm, frecuencia respiratoria: 22 rpm, T° : $39.9^{\circ} C$, Sat: 97 por ciento.

Aspecto general: despierto, conectado con su entorno, regular estado general, buen estado de hidratación, buen estado de nutrición.

Piel y mucosas: Piel elástica, turgente, hidratada, palidez +/-, no ictericia.

Tejido celular subcutáneo: Sin edemas.

Sistema linfático: No se palpan adenopatías en región cervical, axilar e inguinal.

Tórax y pulmones: Tórax simétrico, no tirajes, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: Múltiples cicatrices quirúrgicas, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no masas, levemente distendido, no doloroso a la palpación, percusión timpánica.

Genitourinario: Genitales externos masculinos, adecuado para edad y sexo.

Recto y ano: Permeable, sin lesiones.

Neurológica: Paciente despierto, escala de Glasgow: 15/15, facie simétrica, alerta, tono conservado, fuerza muscular conservada, reflejos osteotendinosos presentes. Pares craneales: Sin alteraciones.

Impresión diagnóstica

1. Infección del tracto urinario recurrente
2. Reflujo vesico ureteral
3. Constipación

Exámenes auxiliares

Examen de orina patológico con urocultivo positivo para *Proteus* sensible solo a amikacina y meropenem, y urocultivo positivo a *Enterococcus faecalis* sensible a ampicilina.

Hemograma: leucocitosis con 21000, sin desviación izquierda, electrolitos en rangos adecuados, creatinina y urea sin alteraciones, PRC elevado (175), prueba de antígeno negativa.

Plan de trabajo

Hospitalización.

Continuar tratamiento antibiótico.

Tratamiento

Dieta blanda más líquidos a voluntad.

Jeringa salinizada.

Meropenem 220 mg cada 8 horas EV (7 días).

Metamizol 250 mg EV condicional a $T^{\circ} > 38^{\circ}$.

Lactulosa 15 ml cada 12 horas vía oral --> suspender si hace deposiciones líquidas.

Control de funciones vitales más balance hidroelectrolítico.

Caso clínico n. °3

Anamnesis

Paciente varón de 3 meses de edad con antecedente de bronquiolitis. La madre refiere tiempo de enfermedad del paciente de cinco días, en el cual presentó tos seca, estornudos y rinorrea. Asimismo, la madre refirió que le estuvieron realizando lavados nasales sin mejoría, un día antes del ingreso persisten tos y rinorrea y se agrega respiración rápida. El día del ingreso se incrementa dificultad respiratoria por lo que deciden acudir a emergencias de hospital.

Funciones biológicas: Apetito: Disminuido con náuseas. Orina: 4 veces/día - claras. Sueño: Conservado. Sed: Conservada. Deposiciones: 2 días de aspecto grumoso.

Antecedentes personales

Fisiológicos prenatales: CPN: 2. Complicaciones: infección vaginal con tratamiento incompleto (tercer trimestre), ruptura prematura de membranas de 4 horas. Tipo de parto: parto vaginal. Peso al nacer: 2420 miligramos. Edad gestacional: 36 semanas. Apgar 1: 8 Apgar 5: 9. Lactancia: mixta. Inmunizaciones: completas para su edad. Sin problemas de crecimiento y desarrollo.

Patológicos: Plaquetopenia al nacer, bronquiolitis (mayo 2022), uso de oxigenoterapia de alto flujo (CAF). Cirugías: Niega. Alergias: Niega.

Antecedentes familiares

Madre 33 años con antecedentes médicos de asma (última crisis 14 años) y padre de 50 años sin antecedentes médicos.

Examen físico

Peso: 6 kg, talla: 56, IMC: 19.13, presión arterial: 96/56 mmHg, frecuencia cardiaca: 84 lpm, frecuencia respiratoria: 37 rpm, T°: 36° C, Sat: 99 %.

Aspecto general: Despierto, reactivo al estímulo, regular estado general, buen estado de hidratación, buen estado de nutrición.

Piel y mucosas: Piel tibia, elástica, turgente, hidratada, palidez +/-, no ictericia, no cianosis.

Tejido celular subcutáneo: Sin edemas.

Sistema linfático: No se palpan adenopatías en región cervical, axilar e inguinal.

Tórax y pulmones: Tiraje subcostal leve, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos presentes.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no masas, no doloroso a la palpación, percusión timpánica.

Genitourinario: Genitales externos masculinos, adecuado para edad y sexo.

Recto y ano: Permeable, sin lesiones.

Neurológica: Paciente despierto, escala de Glasgow: 15/15, facie simétrica, alerta, tono conservado, fuerza muscular conservada, reflejos osteotendinosos presentes. Pares craneales: Sin alteraciones.

Impresión diagnóstica

1. Síndrome obstructivo bronquial (segundo episodio).

Exámenes auxiliares

Radiografía de tórax: impresiona refuerzo de trama bronquial.

Hemograma: leucocitos 13580, segmentados 60%, linfocitos 30%, abastados 0%, plaquetas 450000. Proteína C reactiva: 0.9mg/dl. Prueba antigénica SARS-CoV 2: No reactiva. Prueba molecular SARS-CoV 2: no reactiva.

Plan de trabajo

Hospitalización.

Continuar con nebulizaciones.

Tratamiento

Lactancia materna directa supervisada, suspender si frecuencia respiratoria > 60.

Nebulización con solución salina hipertónica 3% 5 cc cada 3 horas.

Lavado nasal con suero fisiológico más aspiración de secreciones luego de nebulización.

Mupirocina crema: aplicar en mano cada 8 horas.

O2 suplementario para mantener SatO₂ > 92 %.

Control de funciones vitales más observación de signos de alarma.

Caso clínico n. °4

Anamnesis

Paciente mujer de 6 años de edad presenta fiebre, tos, rinorrea 20 minutos antes del ingreso, se agrega a ello convulsión tónico clónica con superversión ocular y sialorrea, es traída por madre a emergencias en estado postictal, posteriormente en triaje reinicia crisis convulsiva por lo cual ingresa a shock trauma.

Funciones biológicas: Apetito: Conservado con náuseas. Orina: 2 veces/día - normales. Sueño: Aumentado. Sed: Conservada. Deposiciones: Aumentado 1 día - grumosas.

Antecedentes personales

Fisiológicos Prenatales: CPN: 6. Complicaciones: oligohidramnios, hospitalizado en UCI neonatal. Tipo de parto: cesárea. Peso al nacer: 1300 gramos. Edad gestacional: 32 semanas. Lactancia: mixta. Ablactancia: 1 año. Inmunizaciones: Incompletas para la edad no tenía cartilla de vacunación. Problemas de desarrollo: microcefalia, parálisis cerebral, epilepsia; control cefálico: 1 año y medio, control torácico: 5 años y medio, primera palabra: 5 años, bipedestación: no se moviliza.

Patológicos: Niega. Cirugías: Niega. Alergias: Niega.

Antecedentes familiares

Madre sufre de esquizofrenia (en tratamiento con risperidona y fluoxetina) y padre aparentemente sano.

Examen físico

Peso: 13 kilos, talla: 95, IMC: 14.40, frecuencia cardiaca: 97 lpm, frecuencia respiratoria: 25 rpm, T°: 38° C, Sat: 92 %.

Aspecto general: Dormida, poco reactiva a estímulos, ventila espontáneamente, sin distrés respiratorio.

Piel y mucosas: Tibia, hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos.

Tejido celular subcutáneo: Leve edema palpebral en ambos lados.

Sistema linfático: No se palpan adenopatías.

Tórax y pulmones: Amplexación simétrica, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, roncales en ambos campos pulmonares, no tirajes.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: Distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación, no signos peritoneales, no visceromegalias, ni masas.

Genitourinario: Genitales femeninos sin alteraciones.

Recto y ano: Permeable.

Neurológica: Somnolienta, poco reactiva a estímulos externos, no emite palabras, no obedece a órdenes simples, reactiva al estímulo táctil, espasticidad marcada, tono aumentado a predominio de hemicuerpo derecho, escala Glasgow 12/15, pupilas fotoreactivas isocóricas, no signos meníngeos, Babinski positivo bilateral, reflejos osteotendinosos aumentados 3/4.

Impresión diagnóstica:

1. Epilepsia descompensada
2. Sepsis de foco a determinar (probable foco neurológico)
3. Parálisis cerebral
4. Desnutrición crónica

Exámenes auxiliares

Hemograma con leucocitosis de 23960, bastonados: 4%. Examen de orina: leucocitos 6-8 por campo. Urocultivo: negativo. Radiografía de tórax: sin alteraciones. Lactato: 1.3. Glucosa y electrolitos en rangos normales. Proteína c reactiva: 29.54 mg/l

Plan de trabajo

Análisis de gases arteriales, examen de orina, urocultivo, radiografía de tórax, tomografía cerebral con contraste, punción lumbar.

Interconsulta a neurología para manejo multidisciplinario.

Tratamiento

Dieta blanda a tolerancia más líquidos a tolerancia.

Dextrosa 5% 1000 cc más NaCl 20% 40 cc más KCl 20% 10cc--->20cc/hora.

Fenitoína 35 mg EV cada 08 horas.

Ceftriaxona 1.3 g EV cada 24 horas.

Aciclovir 250 mg EV cada 08 horas.

Acido valproico 350 mg VO cada 12 horas (7.5 ml) (cuando despierte).

Midazolam 2 mg EV condicional a convulsión > 3 min.

Metamizol 260 mg EV condicional a T° >38° C.

Oxígeno por cánula binasal condicional a convulsión.

Posición semisentada.

Control de funciones vitales más observación de signos de alarma.

1.2 Rotación en cirugía general

Caso clínico n. 01

Anamnesis

Paciente mujer de 55 años de edad refiere presentar un día antes del ingreso dolor abdominal tipo cólico que inicia en epigastrio y que posteriormente se focaliza en fosa iliaca derecha con incremento de intensidad 8/10 el día del ingreso, asociado a náuseas, vómitos alimenticios, sensación de alza térmica, hiporexia y malestar general por lo que decide acudir a emergencias.

Funciones biológicas: Apetito: Disminuido con náuseas. Orina: 2 veces/día. Sueño: Disminuido. Sed: Aumentada. Deposiciones: Disminuido 3 días.

Antecedentes personales

Gineco-obstétricos: Menarquia: a los 15 años, fecha de última regla (FUR)/régimen catamenial (RC): FUR: 2018-02-01, RC: cada 2 días. Método anticonceptivo (MAC): niega. Inicio de relaciones sexuales (IRS): a los 15 años, número de parejas sexuales: 4. Dispareunia: fecha de último parto 1998-04-21, Cesárea: hace 29 años. Menopausia: 52 años

Patológicos: Cirugías: cesárea hace 29 años. Alergias: Niega.

Antecedentes familiares: Familiares aparentemente sanos.

Examen físico

Peso: 80, talla: 156, IMC: 32.87, presión arterial: 110/60 mmHg, frecuencia cardiaca: 100 lpm, frecuencia respiratoria: 18 rpm, T°: 36.2° C, Sat: 97 %.

Aspecto general: Paciente en aparente regular estado general ventila espontáneamente con buen patrón a FIO₂ ambiente.

Piel y mucosas: Piel seca poco turgente, mucosas orales seca.

Tejido celular subcutáneo: Conservado, no presenta edemas.

Sistema linfático: No linfadenopatías.

Tórax y pulmones: No tirajes, no lesiones, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares no ruidos sobreagregados.

Cardiovascular: No ingurgitación yugular ruidos cardíacos rítmicos de buen tono no se auscultan soplos.

Abdomen: No distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando poco depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, Mc Burney positivo, Blumberg positivo, Rovsing positivo, Murphy positivo y presencia de defensa muscular.

Genitourinario: Puño percusión lumbar: Negativa, Puntos Renoureterales: Negativos.

Recto y ano: Sin alteraciones.

Neurológica: Despierta, lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15 (alerta ocular (AO): 4/4, respuesta verbal (RV): 5/5, respuesta motora (RM): 6/6), no signos meníngeos, pupilas isocóricas fotoreactivas.

Impresión diagnóstica

1. Apendicitis aguda
2. Enfermedad inflamatoria pélvica
- 2.2 D/C Infección del tracto urinario

Exámenes auxiliares

Laboratorio: hemoglobina: 13, leucocitos:13000, abastones: 0 pendiente examen de orina, glucosa:126

Ecografía transvaginal: útero 47x30x42 mm, endometrio 4 mm, ovario derecho: 18x14x15 mm, ovario izquierdo: 18x10x14 mm, fondo de saco de Douglas: libre Conclusión: útero y anexos normales.

Plan de trabajo

Se programa para sala de operaciones para apendicectomía laparoscópica.

Se solicita pre quirúrgicos.

Ecografía abdominal.

Se solicita PCR, examen de orina.

Interconsulta a medicina para riesgo quirúrgico.

Interconsulta a ginecología.

Tratamiento

Nada por vía oral.

Cloruro de sodio 0.9 % 1000cc - pasar a 30 gotas por min EV.

Ceftriaxona 2 gramos cada 24 horas EV.

Metamizol 2 gramos cada 8 horas EV.

Omeprazol 40 miligramos cada 24 horas EV.

Control de funciones vitales.

Caso clínico n.º 2

Anamnesis

Paciente mujer de 82 años quien acude a hospital en compañía de familiar quien refiere que 5 días antes presenta vómitos persistentes, de inicio alimentarios que posteriormente se tornaron biliosos, asociándose intolerancia oral total. Se le colocó en emergencias cuatro enemas presentando deposiciones escasas. dos días antes del ingreso acude al hospital con radiografía abdominal completa realizada de forma particular donde se evidencian niveles hidroaéreos. Los vómitos persisten asociados a dolor y distensión abdominal. Además, se agrega disnea y taquipnea por lo que ingresa a shock trauma.

Funciones biológicas: Apetito: Disminuido con náuseas. Orina: 1 veces/día. Sueño: Conservado. Sed: Disminuida. Deposiciones: Conservado.

Antecedentes personales

Patológicos: niega. Cirugías: Hernioplastia inguinal izquierda hace 10 años, transfusiones: Niega. Alergias: Niega.

Examen físico:

Peso: 72 kg, talla: 165 cm, presión arterial: 110/60 mmHg, frecuencia cardiaca: 100 lpm, frecuencia respiratoria: 18 rpm, T°: 36.2° C, Sat: 85%

Aspecto general: Mal estado general, mal estado de hidratación y mal estado de nutrición. Saturando a 85 por ciento con FiO₂: 0.21 --- FiO₂: 0.4, saturando 94-95 %.

Piel y mucosas: Frías, poco elásticas, no hidratadas, no cianosis, palidez.

Tejido celular subcutáneo: No presencia de edemas.

Sistema linfático: No se visualizan ni palpan ganglios linfáticos superficiales.

Tórax y pulmones: Taquipneica, crépitos bilaterales, uso de musculatura accesoria.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, taquicárdicos con buena intensidad, no soplos.

Abdomen: Globuloso, doloroso a la palpación superficial y profunda.

Genitourinario: Diferido.

Recto y ano: Diferido.

Neurológica: Confusa, escala de Glasgow 13/15, no focaliza, no signos meníngeos.

Impresión diagnóstica

1. Insuficiencia respiratoria aguda tipo I:
 - 1.1 Neumonía adquirida en la comunidad
 - 1.2 Injuria pulmonar por sepsis
2. Abdomen agudo: Obstrucción intestinal
3. Sepsis probable foco abdominal
4. Injuria renal aguda (AKI) II

Exámenes auxiliares

Radiografía de abdomen simple particular: signos de obstrucción intestinal derecha.

Hemograma: leucocitos $5.60 \times 10^3/\mu\text{l}$, PCR: 351.1, creatinina: 3.08 mg/dl, urea 151 mg/dl.

Plan de trabajo

Interconsulta cardiología.

Interconsulta a medicina para riesgo quirúrgico.

Análisis de gases arteriales, electrolitos séricos

Preparación para sala de operaciones para laparotomía exploratoria.

Tratamiento

Nada por vía oral más sonda nasogástrica a gravedad.

Cloruro de sodio 0.9% 1000 cc --- 60 cc/hora.

Ceftriaxona 2 gramos EV c/ 24 horas.

Metronidazol 500 mg EV c/8 horas.

Omeprazol 40 mg EV c/ 24 horas.

Enema evacuante intrarectal c/ 8 horas.

Fitomenadiona 10 mg EV c/ 12 horas.

Sonda rectal.

Hemoglucotest cada 8 horas más insulina regular a escala móvil.

O2 por cánula binasal para mantener saturación más de 92 %.

Caso clínico n.º 3

Anamnesis:

Paciente mujer de 59 años acude a emergencia refiriendo cuatro días antes del ingreso presentar dolor difuso abdominal y al pasar las horas dolor se localiza en fosa iliaca izquierda. Así mismo refiere que dos días antes del ingreso no realiza deposiciones. La paciente niega náuseas y vómitos.

Funciones biológicas: Apetito: Disminuido con náuseas. Orina: 5 veces/día, Sueño: Conservado. Sed: Conservada. Deposiciones: No realiza 2 días.

Antecedentes personales

Patológicos: Hipertensión en tratamiento con losartán y amlodipino, consumo habitual de aspirina y esomeprazol. Diabetes *mellitus*: niega, Cirugías: Cesárea hace 20 años, apendicectomía hace 27 años. Alergias: niega

Examen físico

Peso: 98, Talla: 156, IMC: 40.27, presión arterial: 135/80 mmHg, frecuencia cardiaca: 110 lpm, frecuencia respiratoria: 20 rpm, T°: 36.7° C, Sat: 94 por ciento

Examen general

Aspecto general: Aparente regular estado general, regular estado de nutrición e hidratación, ventila espontáneamente, facies dolorosas.

Piel y mucosas: Tibia, elástica, llenado capilar

Tejido celular subcutáneo: No edemas

Sistema linfático: No adenomegalia

Tórax y pulmones: Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

Abdomen: Globuloso, cicatriz mediana infraumbilical, ruidos hidroaéreos presentes, blando depresible doloroso a la palpación en fosa ilíaca izquierda, con ligera defensa muscular a nivel de esa fosa.

Genitourinario: Diferido

Recto y ano: Diferido

Neurológica: Lúcida orientada en tiempo, espacio y persona, escala Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica

1. Síndrome doloroso abdominal: descartar abdomen agudo.

1.1 Sepsis probable foco abdominal: descartar diverticulitis aguda, descartar suboclusión intestinal

2. Obesidad mórbida

Exámenes auxiliares

Hemograma: hemoglobina 13.5, leucocitos 34000, segmentados 91%, abastionados 5%

Radiografía de abdomen: constipación colónica y colon redundante a nivel del flanco derecho.

Tomografía abdominal: impresiona aglomeración de asa con signos de inflamación de meso a nivel de fosa iliaca izquierda, no líquido libre.

Plan de trabajo

Preparar para sala de operaciones, laparotomía exploratoria.

Prequirúrgicos.

Analgésicos y antibióticos.

Electrolitos, análisis de gases arteriales, tomografía abdominal.

Tratamiento

Nada por vía oral.

Cloruro de sodio 0.9% 1000 cc > xxx gotas.

Ceftriaxona 2 gramos EV cada 24 horas.

Metronidazol 500 mg EV cada 8 horas.

Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas.

Metamizol 2 gramos EV cada 8 horas.

Captopril 25 mg sublingual condicional a presión arterial >160/110.

Control de funciones vitales.

Caso clínico n.º 4

Anamnesis

Paciente mujer de 19 años de edad, con antecedentes de pancreatitis aguda a repetición con 4 episodios previos, litiasis vesicular desde hace 8 meses aproximadamente, (había sido dada de alta 6 días antes del ingreso, reingresa 3 días antes por un nuevo episodio de pancreatitis). Relata un tiempo de enfermedad de +/- 10 horas de reagudización del dolor abdominal, náuseas y vómitos, al examen físico se evidencia leve dolor a palpación profunda a nivel del epigastrio, al llegar a emergencia del servicio de medicina se le tomaron análisis de amilasa (254), y lipasa (80), y se le realizó una ecografía abdominal, donde se evidencia litiasis vesicular múltiple esteatosis hepática moderada, por lo cuál ingresa al servicio de medicina para continuar tratamiento y análisis.

Funciones biológicas: Apetito: Disminuido con náuseas. Orina: 3 veces/día. Sueño: Disminuido. Sed: Disminuida. Deposiciones: Disminuido 1 día.

Antecedentes personales

Patológicos: Otros: antecedentes de litiasis vesicular aproximadamente en enero del 2022, 4 episodios de pancreatitis en el 2022, síndrome de ovario poliquístico desde los 14 años. Cirugías: no, transfusiones: no, alergias: no

Antecedentes familiares: Madre aparentemente sana, papá con hipotiroidismo.

Examen físico

Frecuencia cardiaca: 90 lpm, frecuencia respiratoria: 18 rpm, presión arterial: 125/78 mmHg, T°:37° C, Sat: 98 %.

Aspecto general: Aparente regular estado general, hídrico y nutricional, ventilando espontáneamente.

Piel y mucosas: Piel elástica, tibia, no cianosis, llenado capilar menor de 2 segundos. Faneras: hirsutismo en extremidades.

Tejido celular subcutáneo: No se evidencian edemas.

Sistema linfático: No se evidencian adenomegalias.

Tórax y pulmones: Tórax simétrico, no tirajes, murmullo vesicular pasa bien, no rales.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: Abdomen plano, ruidos hidroaéreos presentes, blando depresible, dolor a la palpación profunda 5/10 en epigastrio, signo de Murphy negativo, signo McBurney negativo.

Genitourinario: Puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativos, diuresis conservada.

Recto y ano: Diferido.

Neurológica: Paciente despierta, lúcida, orientada en tiempo espacio y persona, sin signos de focalización, escala de Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica

1. Pancreatitis aguda leve probable causa biliar recurrente
2. Colecistitis crónica calculosa
3. Litiasis vesicular múltiple
4. Síndrome de ovario poliquístico

Exámenes auxiliares

Colangiografía realizada durante su estancia en el servicio de medicina donde se observa: 1. Dilatación leve de la vía biliar intra y extrahepática sin signos de coledocolitiasis definida por este método. 2. litiasis vesicular no muestra signos de cambios inflamatorios agudos. 3. lesión pancreática de aspecto multiloculado con contenido hemorrágico, no muestra incremento de sus dimensiones con respecto a control previo, correlacionar con antecedentes a considerar en la diferencial lesión necrótica hemorrágica.

Colangiografía de hospitalización previa: 1. Dilatación de la vía biliar intra y extrahepática sin coledocolitiasis definida en el presente método. 2. litiasis vesicular sin cambios inflamatorios agudos. 3. lesión de aspecto multiloculado en páncreas con signos de contenido hemorrágico, a

considerar en la diferencial colección necrótica hemorrágica versus tumor sólido pseudopapilar.

Laboratorio: bilirrubina total: 0.3 mg/dl, bilirrubina directa: 0.1 mg/dl, fosfatasa alcalina: 1, gammaglutamil transpeptidasa (GGTP): 90/54, transaminasa glutámica oxalacética/transaminasa glutámico pirúvica: 21/26, amilasa: 450, lipasa: 100, creatinina: 0.53 mg/dl, hemoglobina: 11.9, plaquetas: 324000, leucocitos: 15720, PCR: 1.2

Ecografía abdominal: Litiasis vesicular múltiple, esteatosis hepática moderada, además colédoco de 13 mm.

Plan de trabajo

Paciente programada para sala de operaciones, para una colecistectomía laparoscópica.

Interconsulta a medicina para riesgo quirúrgico.

Tratamiento

Dieta blanda hipograsa rica en fibras más líquidos a voluntad.

Vía salinizada.

Simeticona 30 gotas VO cada 8 horas (30 minutos después desayuno/almuerzo/cena).

Dimenhidrinato 50mg + Tramadol 100 mg EV condicional a dolor.

Metamizol 1 gramos EV condicional a fiebre T > 38° C.

Hemogluco test cada 12 horas.

Control de funciones vitales y balance hídrico.

1.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º 1

Anamnesis

Mujer de 30 años acude al servicio de Emergencia de Ginecología y Obstetricia del Hospital Dos de Mayo refiriendo un tiempo de enfermedad de 5 meses en el cual presenta amenorrea, dolor pélvico de con una escala visual analógica (EVA) de 8/10, acompañada de sudoración profusa. Niega otras molestias.

Antecedentes patológicos personales: Paciente refiere diagnóstico de Síndrome de ovario poliquístico desde hace 5 años, en el Hospital Nacional Dos de Mayo, añade no consumir ningún tipo de tratamiento médico, solo estético, para hirsutismo: Depilación láser. **Alergias:** Niega.

Antecedentes patológicos familiares: Madre con cáncer de estómago (en tratamiento con quimioterapia), padre con hipertensión arterial.

Antecedentes quirúrgicos: Paciente refiere que hace 8 meses se realizó un legrado uterino en un lugar desconocido.

Antecedentes ginecológicos y obstétricos: a) Fórmula obstétrica: G1P0010. b) Fecha de última regla: 05/03/2022. c) Menarquia: 12 años. d) Régimen catamenial: 5-6/ irregular. e) Cantidad y color: Menstruación abundante y rojo oscuro. f) Número de parejas sexuales: 02. g) Métodos anticonceptivos: Niega. h) Inicio de relaciones sexuales: 19 años.

Examen físico

Peso: 65 kg. Talla: 165 cm. Presión arterial: 110/90, Frecuencia cardiaca: 72 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 15 por minuto. Temperatura oral: 37.1 ° C. Saturación de oxígeno: 99%. FiO2: 21%.

Paciente se encuentra despierta, orientada en tiempo, lugar y persona, en aparente regular estado general, de nutrición e hidratación.

Piel y tejido celular subcutáneo: Tibia, elástica e hidratada, con un llenado capilar menor a 2 segundos, no presenta edemas, ni lesiones.

Sistema linfático: No se evidencian adenopatías cervicales, axilares o inguinales.

Tórax y pulmones: A la inspección, amplexación conservada, no se evidencian tirajes. A la palpación, no se palpan masas. Percusión timpánica. A la auscultación, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de muy buena intensidad, no se auscultan soplos, pulsos periféricos presentes.

Abdomen: A la inspección, globuloso, blando y depresible. Se auscultan 12 ruidos hidroaéreos por minuto. No doloroso a la palpación y no se evidencia visceromegalia, ni masas, útero no palpable. A la percusión, timpánico.

Ginecológico: Al tacto vaginal no doloroso a la movilización del cérvix uterino; a la especuloscopia, no se observa secreciones, ni rastros de sangre, no maloliente, cérvix sin lesiones.

Sistema Nervioso Central: Despierta, orientada en tiempo espacio y persona, no signos de focalización ni signos meníngeos.

Impresión diagnóstica

1. Amenorrea secundaria:
 - 1.1 Síndrome de Asherman probable.
2. Síndrome de ovario poliquístico.

Plan de trabajo:

Se hospitaliza a la paciente en el pabellón de Ginecología, con posibilidad de histeroscopia.

Exámenes auxiliares:

Hemograma: Leucocitos: 8900 mm³, Hemoglobina: 12.5 mg/dl
Hematocrito: 33.9 %. Plaquetas: 225 000 mm³.

Beta-hCG cualitativa: Negativo.

Examen de orina: Leucocitos 0-2 x campo, hematíes 0-1 x campo, nitritos y gérmenes negativos.

Ecografía transvaginal: Se aprecia un útero anteversoflexo de 7 cm de longitudinal, 5 cm de transversal, con interrupciones en la línea endometrial con regiones hiperecoicas; ovario derecho e izquierdo sin alteraciones.

Tratamiento

Vía salinizada: NaCl 0.9 % 1000 ml

Paracetamol 1 gramo endovenoso cada 24 horas.

Control de funciones vitales.

Caso clínico n.º 2

Anamnesis

Primigesta de 36 años de 37 semanas 2/7 que acude a centro de salud donde es referida al servicio de Emergencia de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo para descartar preeclampsia refiriendo un tiempo de enfermedad de 3 horas con cefalea holocraneana de 6/10 de intensidad, epigastralgia de 7/10 de intensidad, niega sangrado, pérdida de líquido, contracciones, escotomas u otras molestias.

Antecedentes patológicos personales: Paciente niega enfermedad y añade haber tenido apendicitis hace 6 años. **Alergias:** Niega.

Antecedentes patológicos familiares: Madre con diabetes *mellitus* tipo 2 en tratamiento con insulina regular, padre con hipertensión arterial desde hace 10 años con tratamiento de enalapril de 10 mg cada 12 horas.

Antecedentes quirúrgicos: Paciente refiere que hace 6 años se realizó apendicectomía laparoscópica.

Antecedentes ginecológicos y obstétricos: a) Fórmula obstétrica: G1P0000. b) Fecha de última regla: No recuerda. c) Menarquia: 15 años. d) Régimen catamenial: 3/28. e) Cantidad y color: Menstruación escasa y rojo oscuro. f) Número de parejas sexuales: 01. g) Métodos anticonceptivos: Preservativo. h) Inicio de relaciones sexuales: 25 años.

Examen físico

Peso: 92 kg. Talla: 149 cm. IMC: 41.44 Presión arterial: 150/90, Frecuencia cardíaca: 80 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 17 por minuto. Temperatura oral: 36.9 ° C. Saturación de oxígeno: 98%. FiO₂: 21%.

Paciente se encuentra despierta, orientada en tiempo, lugar y persona, en aparente regular estado general, de nutrición e hidratación.

Piel y tejido celular subcutáneo: Tibia, elástica e hidratada, con un llenado capilar menor a 2 segundos, no presenta edemas, ni lesiones.

Sistema linfático: No se evidencian adenopatías cervicales, axilares o inguinales.

Tórax y pulmones: A la inspección, amplexación conservada, no se evidencian tirajes. A la palpación, no se palpan masas. Percusión timpánica. A la auscultación, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de muy buena intensidad, no se auscultan soplos, pulsos periféricos presentes.

Abdomen: A la inspección, globuloso, blando y depresible. Se auscultan 12 ruidos hidroaéreos por minuto. No doloroso a la palpación, útero grávido, altura uterina de 35 cm., latidos cardíacos fetales de 148 por minuto, dinámica uterina de 2 cada 10 minutos. A la percusión, timpánico.

Ginecológico: Al tacto vaginal, cérvix cerrado, con una altura de presentación de -4, pelvis ginecoide, no presencia de líquido ni sangrado.

Sistema Nervioso Central: Despierta, orientada en tiempo espacio y persona, no signos de focalización ni signos meníngeos.

Impresión diagnóstica

1. Primigesta de 37 semanas 2/7 por ecografía de primer trimestre.
2. Enfermedad hipertensiva del embarazo:
 - 2.1 Preeclampsia con signos de severidad.
3. Gestante añosa.

Plan de trabajo

Activar clave azul.

Colocación de sonda Foley para cuantificar diuresis.

Monitoreo de presión arterial cada hora.

Cesárea de emergencia por trastorno hipertensivo del embarazo y diagnóstico de preeclampsia con signos de severidad.

Exámenes auxiliares

Hemograma: Leucocitos: 10430 mm³, Hemoglobina 13.2 mg/dl
Hematocrito: 39.2 % Plaquetas: 334 000 mm³. Grupo y factor: O+

Perfil hepático: Bilirrubina total: 0.3, proteínas totales: 7, TGO: 19, TGP: 11, DHL: 225.

Examen de orina: Leucocitos 0-2 x campo, hematíes 0-1 x campo, nitritos y gérmenes negativos. Proteinuria en 24 horas: 400 mg

Tratamiento

Nada por vía oral.

Sulfato de Magnesio 4 gramos y luego 1 gramo cada hora vía endovenosa por 24 horas.

Ceftriaxona 2 gramos vía endovenosa por 24 horas.

Nifedipino 10 mg vía oral condicional a presión arterial sistólica ≥ 160 o diastólica ≥ 110 mmHg.

Caso clínico n.º 3

Anamnesis

Mujer de 27 años acude al servicio de Emergencia de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Emergencia de Villa El Salvador, refiriendo un tiempo de enfermedad de 15 días, en el cual refiere dolor en fosa ilíaca izquierda con sangrado vaginal escaso, niega sensación de alza térmica.

Antecedentes patológicos personales: Paciente refiere diagnóstico de depresión desde hace 4 años, para lo cual acude de terapias cognitivo conductuales y toma de forma irregular sertralina. **Alergias:** Amikacina.

Antecedentes patológicos familiares: Madre con diagnóstico de depresión mayor en tratamiento, nunca conoció al padre.

Antecedentes quirúrgicos: Paciente niega antecedentes quirúrgicos.

Antecedentes ginecológicos y obstétricos: a) Fórmula obstétrica: G0P0000. b) Fecha de última regla: 16/09/2022. c) Menarquia: 15 años. d) Régimen catamenial: 5 / irregular. e) Cantidad y color: Menstruación abundante y rojo oscuro. f) Número de parejas sexuales: 05. g) Métodos anticonceptivos: Niega. h) Inicio de relaciones sexuales: 16 años.

Examen físico:

Peso: 61 kg. Talla: 165 cm. Presión arterial: 120/65, Frecuencia cardíaca: 85 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 18 por minuto. Temperatura oral: 37.4 ° C. Saturación de oxígeno: 99%. FiO2: 21%.

Paciente se encuentra despierta, orientada en tiempo, lugar y persona, en aparente regular estado general, de nutrición e hidratación.

Piel y tejido celular subcutáneo: Tibia, elástica e hidratada, con un llenado capilar menor a 2 segundos, no presenta edemas, ni lesiones.

Sistema linfático: No se evidencian adenopatías cervicales, axilares o inguinales.

Tórax y pulmones: A la inspección, amplexación conservada, no se evidencian tirajes. A la palpación, no se palpan masas. Percusión timpánica. A la auscultación, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de muy buena intensidad, no se auscultan soplos, pulsos periféricos presentes.

Abdomen: A la inspección, globuloso, blando y depresible. Se auscultan 12 ruidos hidroaéreos por minuto. Doloroso a palpación profunda en fosa iliaca izquierda. A la percusión, timpánico.

Ginecológico: Al tacto vaginal ligeramente doloroso a la movilización del cérvix uterino; a la especuloscopia, no se observa secreciones, ni rastros de sangre, no maloliente, cérvix cerrado, sin lesiones.

Sistema Nervioso Central: Despierta, orientada en tiempo espacio y persona, no signos de focalización ni signos meníngeos.

Impresión diagnóstica

1. Tumorción anexial en fosa ilíaca izquierda:

1.1 D/C Embarazo ectópico.

2. Depresión.
3. Reacción adversa a la amikacina.

Plan de trabajo:

Se hospitaliza a la paciente en el pabellón de Ginecología para manejo médico con metotrexate.

Dosar Beta-HCG y hemoglobina control.

Control de funciones vitales.

Exámenes auxiliares:

Hemograma: Leucocitos: 8500 mm³, Hemoglobina 12.8 mg/dl
Hematocrito: 36.9 % Plaquetas: 200000 mm³.

Beta-hCG cualitativa: Positivo (190).

Examen de orina: Leucocitos 0-2 x campo, hematíes 0-1 x campo, nitritos y gérmenes negativos.

Ecografía transvaginal: Se aprecia un útero anteversoflexo de 7.4 cm de longitud, 4.6 cm de transversal, con endometrio de 7mm; ovario derecho de características normales y ovario izquierdo de 26 mm x 19mm, se encuentra masa paraovárica de aspecto heterogéneo de 25 mm x 30 mm.

Tratamiento:

Dieta completa y líquidos a voluntad.

Metotrexato 50 mg. intramuscular STAT.

Caso clínico n.º 4

Anamnesis:

Mujer de 50 años ingresa por consultorio externo de Oncología ginecológica del Hospital de Emergencia de Villa El Salvador, al cual acude refiriendo un tiempo

de enfermedad de 3 meses en el cual presenta distensión y dolor abdominal, por lo que se realiza una TAC de abdomen y pelvis en donde se evidencia tumoración dependiente de anexo izquierdo por lo que se hospitaliza para tratamiento quirúrgico. Paciente añade baja de peso de 10 kilos en 2 meses y llenura precoz.

Antecedentes patológicos personales: Diabetes *mellitus* tipo 2 desde hace 14 años, con tratamiento irregular. **Alergias:** Niega.

Antecedentes patológicos familiares: Madre falleció con cáncer de mama, padre falleció de cáncer de estómago.

Antecedentes quirúrgicos: Paciente refiere antecedente de tres cesáreas

Antecedentes ginecológicos y obstétricos: a) Fórmula obstétrica: G3P3003. b) Fecha de última regla: Hace 4 años. c) Menarquia: 16 años. d) Régimen catamenial: 5-6/ irregular. e) Cantidad y color: Menstruación abundante y rojo oscuro. f) Número de parejas sexuales: 01. g) Métodos anticonceptivos: Niega. h) Inicio de relaciones sexuales: 26 años.

Examen físico:

Peso: 65 kg. Talla: 155 cm. Presión arterial: 100/60, Frecuencia cardiaca: 82 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 14 por minuto. Temperatura oral: 37.3 ° C. Saturación de oxígeno: 99%. FiO2: 21%.

Paciente se encuentra despierta, orientada en tiempo, lugar y persona, en aparente regular estado general, de nutrición e hidratación.

Piel y tejido celular subcutáneo: Tibia, elástica e hidratada, con un llenado capilar menor a 2 segundos, no presenta edemas, ni lesiones.

Sistema linfático: No se evidencian adenopatías cervicales, axilares o inguinales.

Tórax y pulmones: A la inspección, amplexación conservada, no se evidencian tirajes. A la palpación, no se palpan masas. Percusión

timpánica. A la auscultación, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de muy buena intensidad, no se auscultan soplos, pulsos periféricos presentes.

Abdomen: A la inspección, globuloso, blando y depresible. Se auscultan 12 ruidos hidroaéreos por minuto. No doloroso a la palpación y no se evidencia visceromegalia, ni masas. A la percusión, timpánico.

Ginecológico: Al tacto vaginal, doloroso a la movilización del cérvix uterino; a la especuloscopia, no se observa secreciones, ni rastros de sangre, no maloliente, cérvix sin lesiones.

Sistema Nervioso Central: Despierta, orientada en tiempo espacio y persona, no signos de focalización ni signos meníngeos.

Impresión diagnóstica

1. Tumoración maligna de ovario izquierdo:

1.1 D/C Tumor de Brenner.

2. Síndrome consuntivo.

3. Diabetes *mellitus* tipo 2.

Plan de trabajo:

Se hospitaliza a la paciente en el pabellón de Oncología ginecológica para prepararla para ooforectomía izquierda.

Exámenes auxiliares:

Hemograma: Leucocitos: 9200 mm³, Hemoglobina 12 mg/ dl Hematocrito: 36.2 % Plaquetas: 230 000 mm³.

Ca 125: 350,9 U/ml.

Examen de orina: Leucocitos 0-2 x campo, hematíes 0-1 x campo, nitritos y gérmenes negativos.

Tomografía Abdominal: Se aprecia una tumoración de 65 mm x 78 mm en anexo izquierdo con regiones hiperintensas e hipointensas paredes gruesas e irregulares, que no compromete ganglios; ovario derecho sin alteraciones.

Tratamiento:

Nada por vía oral desde las 22:00 p.m. del día previo a la cirugía.

NaCl 0.9 % 1000ml endovenoso previo a sala de operaciones.

Cefazolina 1 gramo endovenoso previo a Sala de operaciones.

Vendaje de miembros inferiores.

Control de funciones vitales.

1.4 Rotación en Medicina interna

Caso clínico n.º 1

Anamnesis

Varón de 67 años acude al servicio de Emergencia de Hospital Dos de Mayo refiriendo un tiempo de enfermedad de un día en el cual presenta hematemesis con sangre roja oscura de regular cantidad, además de sangrado rojo rutilante al realizar deposiciones acompañado de deposiciones oscuras con al olor. Añade presentar mareos y sensación de debilidad.

Lugar de procedencia: Lima. **Ocupación:** Obrero de construcción.

Grado de instrucción: Primaria incompleta. **Religión:** católica.

Antecedentes patológicos personales: Paciente refiere diagnóstico de Hipertensión arterial, para lo cual tiene un tratamiento regular con enalapril de 10 mg cada 12 horas, enfermedad renal crónica en estadio III, por lo que se dializa tres veces por semana (martes, jueves y sábado),

lumbalgia crónica, para lo cual toma diferentes tipos de AINES diarios desde hace más de 12 años. Añade, haber tenido COVID-19 en el 2020, del cual el proceso de enfermedad no requirió hospitalización. **Hábitos nocivos:** Paciente es alcohólico crónico desde hace 30 años (consume bebidas alcohólicas de 3 a 5 botellas diarias los 7 días de la semana). **Alergias:** Niega.

Antecedentes patológicos familiares: Madre falleció de Infarto agudo de miocardio con antecedente de hipertensión arterial con tratamiento irregular, padre con hipertensión arterial en tratamiento diario con enalapril.

Antecedentes quirúrgicos: Paciente niega cirugías previas.

Examen físico

Peso: 83 kg. Talla: 170 cm. Presión arterial: 130/90, Frecuencia cardiaca: 89 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 16 por minuto. Temperatura oral: 37.3 ° C. Saturación de oxígeno: 99%. FiO2: 21%.

Paciente se encuentra despierto, orientado en tiempo, lugar y persona, en aparente regular estado general, de nutrición e hidratación.

Piel y tejido celular subcutáneo: Tibia, elástica, hidratada, con palidez terrosa ++/+++, con un llenado capilar menor a 2 segundos, no presenta edemas, ni lesiones.

Sistema linfático: No se evidencian adenopatías cervicales, axilares o inguinales.

Tórax y pulmones: A la inspección, amplexación conservada, no se evidencian tirajes. A la palpación, no se palpan masas. Percusión timpánica. A la auscultación, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de muy buena intensidad, no se auscultan soplos, pulsos periféricos presentes.

Abdomen: A la inspección, globuloso, blando y depresible. Se auscultan 12 ruidos hidroaéreos por minuto. No doloroso a la palpación y no se evidencia visceromegalia, ni masas. A la percusión, timpánico.

Genitourinario: Puño percusión lumbar: Negativa, puntos renoureterales: Negativos.

Recto y ano: Al tacto rectal, esfínter normotenso, ampolla vacua, dedo de guante con rastros de sangre y coágulos.

Sistema Nervioso Central: Despierto, orientado en tiempo espacio y persona, no signos de focalización ni signos meníngeos.

Impresión diagnóstica

1. Hemorragia digestiva alta: D/C úlcera péptica.
2. Hipertensión arterial.
3. Enfermedad renal en estadio III.
4. Lumbalgia crónica.
5. Hemorroides.
6. Síndrome anémico: D/C Anemia por ferropénica por pérdida.

Plan de trabajo:

Se hospitaliza al paciente y se envía interconsulta al servicio de Gastroenterología para manejo multidisciplinario.

Exámenes auxiliares:

Hemograma: Leucocitos: 9500 mm³, Hemoglobina 9.5 mg/dl Hematocrito: 33.9 %. Plaquetas: 225 000 mm³. Grupo y factor: O+.

Endoscopía digestiva alta: Antro: Mucosa con leve eritema moderado prepilórico, con una úlcera ovoide transversal de aproximadamente 15-16 mm x 7-8 mm en tercio distal de la curvatura menor con bordes regulares

poco elevados eritematosos y con lecho de fibrina blanca. Diagnóstico: Úlcera gástrica Forrest III de Antro.

Tratamiento:

Nada por vía oral.

Dextrosa 5% 1000 cc -> 30 gotas.

Omeprazol 40 mg vía endovenosa cada 12 horas.

Enalapril 10 mg vía oral cada 12 horas.

Captopril 25 mg vía oral PRN a Presión arterial >180/110.

Control de funciones vitales.

Vigilar signos de sangrado gastrointestinal.

Caso clínico n.º 2

Anamnesis

Varón de 83 años es traído al servicio de Emergencia del Hospital Dos de Mayo, donde el familiar refiere un tiempo de enfermedad de 12 horas, en el que presenta dificultad respiratoria de inicio súbito.

Lugar de procedencia: Puno. Ocupación: Vendedor ambulante. Grado de instrucción: Primaria incompleta. Religión: católica.

Antecedentes patológicos personales: Paciente refiere antecedente de TBC pulmonar hace 8 años con tratamiento completo de 6 meses. Hipertensión arterial desde hace 12 años para lo cual toma Losartán 50 mg cada 12 horas de manera irregular. Tuvo el diagnóstico de Hiperplasia benigna de próstata hace 7 años. Hábitos nocivos: Paciente con antecedente de haber sido fumador de 1 a 2 cajetillas diarias hasta hace 2 años, desde los 36 años. Alergias: Niega. Vacunas: No cuenta con vacunas para el coronavirus SARS-CoV 2.

Antecedentes patológicos familiares: No conoció a sus padres, hijos y esposa aparentemente sanos.

Antecedentes quirúrgicos: Prostatectomía por hiperplasia benigna de próstata hace 6 años.

Examen físico

Peso: 60 kg. Talla: 154 cm. Presión arterial: 136/90, Frecuencia cardiaca: 80 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 16 por minuto. Temperatura oral: 37.4 ° C. Saturación de oxígeno: 95%. FiO2: 21%.

Paciente se encuentra despierto, orientado en tiempo, lugar y persona, en aparente regular estado general, de nutrición e hidratación.

Piel y tejido celular subcutáneo: Tibia, elástica, hidratada, no cianosis, con un llenado capilar menor a 2 segundos, no presenta edemas, ni lesiones.

Sistema linfático: No se evidencian adenopatías cervicales, axilares o inguinales.

Tórax y pulmones: A la inspección, amplexación conservada, se evidencian tirajes subcostales. A la palpación, no se palpan masas. Percusión timpánica. A la auscultación, murmullo vesicular pasa disminuido en ambos hemitórax, se auscultan crepitantes a predominio de base derecha.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de muy buena intensidad, no se auscultan soplos, pulsos periféricos presentes.

Abdomen: A la inspección, globuloso, blando y depresible. Se auscultan 12 ruidos hidroaéreos por minuto. No doloroso a la palpación y no se evidencia visceromegalia, ni masas. A la percusión, timpánico.

Genitourinario: Puño percusión lumbar: Negativa, puntos renoureterales: Negativos.

Recto y ano: Diferido.

Sistema Nervioso Central: Despierto, hiperactivo, quejumbroso, desorientado en tiempo y espacio más no en persona, no signos de focalización ni signos meníngeos.

Impresión diagnóstica

1. Insuficiencia respiratoria aguda.
2. Bronconeumonía:
 - 2.1 D/C Infección por Coronavirus SARS-CoV-2
3. Hipertensión arterial.

Plan de trabajo

Se hospitaliza al paciente y se envía interconsulta al servicio de Neumología y Cirugía cardiovascular para manejo multidisciplinario.

Se solicita procalcitonina y optimizar el resultado de la prueba molecular para Coronavirus SARS-CoV-2. Así como un angioTEM para evaluar el aneurisma de Aorta.

Exámenes auxiliares

Prueba antigénica para SARS-CoV 2: Negativa.

Prueba molecular para SARS-CoV 2: Pendiente.

Radiografía de tórax: Radiopacidad basal derecha, impresiona obturación de ángulo costofrénico derecho, paquipleura derecha y aneurisma de Aorta.

Tratamiento

NaCl 0.9% 1000 ml -> 15 gotas por minuto.

Ceftriaxona 2 gr vía endovenosa cada 24 horas.

Clindamicina 600 mg vía endovenosa cada 8 horas

Bromuro de ipratropio 20 ugr 2 puff cada 8 horas con aerocámara.

Losartán 50 mg vía oral cada 12 horas.

Captopril 25 mg sublingual si la presión arterial es >140/90 mmHg.

Enoxaparina 40 mg vía subcutánea cada 24 horas.

Haloperidol 30 gotas vía oral condicional a agitación psicomotriz.

Cabecera a 30°

Oxígeno por cánula binasal para saturación > 92%.

Control de funciones vitales y balance electrolítico.

Caso clínico n.º 3

Anamnesis

Varón de 56 años acude al servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador refiriendo un tiempo de enfermedad de siete días en los cuales presenta poliuria, polidipsia asociada a dolor dentario y presencia de caries desde hace 4 años no curadas, niega fiebre. Paciente refiere que acude a centro de salud donde le informan que tiene una glucosa en 600 mg/dl, actualmente HGT: 200 mg/dl. Añade no presentar deposiciones desde hace 6 días.

Lugar de procedencia: Piura. Ocupación: Abogado. Grado de instrucción: Estudios universitarios. Religión: católica.

Antecedentes patológicos personales: Paciente niega antecedentes patológicos. Hábitos nocivos: Paciente es bebedor social. Alergias: Niega.

Antecedentes patológicos familiares: Madre con diabetes *mellitus* tipo 2 en tratamiento con insulina regular, no conoció al padre. Esposa e hijos aparentemente sanos.

Antecedentes quirúrgicos: Paciente niega cirugías previas.

Examen físico

Peso: 70 kg. Talla: 168 cm. Presión arterial: 120/60, Frecuencia cardiaca: 75 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 15 por minuto. Temperatura oral: 37.2 ° C. Saturación de oxígeno: 99%. FiO2: 21%.

Paciente se encuentra despierto, orientado en tiempo, lugar y persona, en aparente regular estado general, de nutrición e hidratación, se observa signos de deficiencia de higiene.

Piel y tejido celular subcutáneo: Tibia, elástica, hidratada, con un llenado capilar menor a 2 segundos, no presenta edemas, ni lesiones.

Boca: Paciente presenta múltiples caries dentales y absceso de aproximadamente 1 cm x 0.5 cm en encía superior acompañado de signos de flogosis.

Sistema linfático: No se evidencian adenopatías cervicales, axilares o inguinales.

Tórax y pulmones: A la inspección, amplexación conservada, no se evidencian tirajes. A la palpación, no se palpan masas. Percusión timpánica. A la auscultación, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de muy buena intensidad, no se auscultan soplos, pulsos periféricos presentes.

Abdomen: A la inspección, globuloso, blando y depresible. Se auscultan 12 ruidos hidroaéreos por minuto. No doloroso a la palpación y no se evidencia visceromegalia, ni masas. A la percusión, timpánico.

Genitourinario: Puño percusión lumbar: Negativa, puntos renoureterales: Negativos.

Recto y ano: Diferido.

Sistema Nervioso Central: Despierto, orientado en tiempo espacio y persona, no signos de focalización ni signos meníngeos.

Impresión diagnóstica

1. D/C Diabetes mellitus:
 - 1.1 D/C Cetoacidosis diabética.
2. Celulitis y absceso en boca.
3. Múltiples caries dentales.

Plan de trabajo

Se hospitaliza al paciente y se envía interconsulta al servicio de Odontología para manejo multidisciplinario.

Colocar insulina basal.

Solicitar radiografía dental.

Antibioticoterapia.

Solicitar hemoglobina glicosilada.

Exámenes auxiliares

Análisis de gases arteriales: pH: 7.38, PO₂: 89, PCO₂: 33, PaFi: 430.
Lactato: 1.0. Glucosa: 237.

Examen de orina: Leucocitos 0-2 x campo, hematíes 0-1 x campo, nitritos y gérmenes negativos. Glucosa: Positivo. Cetonas: Positivo.

Tratamiento

Dieta líquida más líquidos a voluntad.

NaCl 0.9% 1000 ml, > 60 ml /hora.

Clindamicina 600 mg vía endovenosa cada 8 horas.

Metamizol 1 gramo vía endovenosa cada 8 horas.

Insulina Regular: Escala de Corrección: 180-200: 2UI, 221-260: 3UI, 261-300: 5UI, 300: 7 UI (mantener HGT: 140 - 180).

Hemogluco test cada 8 horas.

Enema evacuante STAT.

Dextrosa 33% vía endovenosa si HGT <70 mg/dl.

Control de funciones vitales.

Caso clínico n.º 4

Anamnesis

Varón de 18 años acude al servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador refiriendo un tiempo de enfermedad de 4 días, refiriendo dolor abdominal tipo cólico en epigastrio y mesogastrio, postprandial 5/10, el cual cede con analgésicos. El día del ingreso el dolor abdominal se irradia a la espalda, asociado a náuseas y no mejora con analgésicos ni posición antálgica. Niega fiebre.

Lugar de procedencia: Lima. Ocupación: Estudiante universitario. Grado de instrucción: Secundaria completa. Religión: católico.

Antecedentes patológicos personales: Paciente niega antecedentes patológicos. Hábitos nocivos: Paciente es bebedor social. Alergias: Niega.

Antecedentes patológicos familiares: Madre, padre y hermanos aparentemente sanos.

Antecedentes quirúrgicos: Paciente niega cirugías previas.

Examen físico

Peso: 70 kg. Talla: 182 cm. Presión arterial: 110/60, Frecuencia cardiaca: 85 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 16 por minuto. Temperatura oral: 36.5 ° C. Saturación de oxígeno: 99%. FiO2: 21%.

Paciente se encuentra despierto, orientado en tiempo, lugar y persona, en aparente regular estado general, de nutrición e hidratación.

Piel y tejido celular subcutáneo: Tibia, elástica, hidratada, con un llenado capilar menor a 2 segundos, no presenta edemas, ni lesiones.

Sistema linfático: No se evidencian adenopatías cervicales, axilares o inguinales.

Tórax y pulmones: A la inspección, amplexación conservada, no se evidencian tirajes. A la palpación, no se palpan masas. Percusión timpánica. A la auscultación, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de muy buena intensidad, no se auscultan soplos, pulsos periféricos presentes.

Abdomen: A la inspección, globuloso, blando y depresible. Se auscultan 12 ruidos hidroaéreos por minuto. No doloroso a la palpación y no se evidencia visceromegalia, ni masas. A la percusión, timpánico.

Genitourinario: Puño percusión lumbar: Negativa, puntos renoureterales: Negativos.

Recto y ano: Diferido.

Sistema Nervioso Central: Despierto, orientado en tiempo espacio y persona, no signos de focalización ni signos meníngeos.

Impresión diagnóstica

1. Síndrome doloroso abdominal:

1.1 D/C Descartar patología biliar.

1.2 D/C Colelitiasis

Plan de trabajo

Se hospitaliza al paciente.

Se solicita colangiografía.

Exámenes auxiliares

Hemoglobina: 12.1 mg/dl.

Perfil hepático: Bilirrubina total: 2.18, bilirrubina directa: 0.51 Fosfatasa alcalina:192, TGO: 95, TGP: 126, GGTP: 389.

Ecografía: Meteorismo intestinal incrementado, colédoco dilatado de 12 mm, esteatosis hepática.

Tratamiento

Dieta blanda más líquidos a voluntad.

Vía salinizada.

Omeprazol 40 mg vía endovenosa cada 24 horas.

Escopolamina 1 tableta vía oral cada 12 horas.

Escopolamina 20 mg + tramadol 50 mg + NaCl 0.9% 100 cc -> condicional a dolor.

Dimenhidrinato 50 mg vía endovenosa condicional a náuseas y vómitos.

Control de funciones vitales y observación de signos de alarma.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital de Emergencias de Villa el Salvador es un hospital de segundo nivel de categoría II-2 perteneciente a la Dirección de Salud (DIRIS) Lima - Sur. Este se encuentra ubicado en la avenida 200 Millas, 15837 en el distrito de Villa El Salvador. El hospital es el primero especializado de toda la zona sur de Lima y cuenta con un área de más de 23 mil metros cuadrados recibiendo como inversión para su construcción 255 millones de soles (1).

Este hospital fue inaugurado el 07 de abril del 2016 y fue oficializado a través de la Resolución Jefatural N.º 327 del Instituto de Gestión de Servicios de Salud de ese entonces (1).

Aparentemente en los años 50 la población de Lima Sur se inicia con los distritos de San Juan de Miraflores y Villa María del Triunfo. Posteriormente, en la década de los 70 se fundó el distrito de Villa El Salvador. Durante esta década la población del total de los tres distritos que conformaban Lima Sur no sobrepasaba los 250,000 habitantes, por lo que se proyectó cubrir la demanda en salud de toda esta población aperturando el Hospital María Auxiliadora en el distrito de San Juan de Miraflores, el cual culminó su construcción por los años de 1980 a 1981 y es en el año de 1983 que inicia su atención al público. Sin embargo, para el 2016 la realidad era diferente ya que la población de Lima Sur superaba los 2 millones de habitantes por lo que era difícil cubrir la demanda de la población con el funcionamiento de un solo hospital, el Hospital de María Auxiliadora, el cual era el único centro de referencia para los habitantes de Lima Sur. Esta situación expuso la necesidad de contar con un nuevo hospital para poder brindar una mejor atención especializada. Es por ello que la municipalidad del distrito de Villa El Salvador como Gobierno Local y todas las organizaciones sociales de ese ámbito; expresaron su interés y necesidad de contar con un hospital, llevando este compromiso a crear el “Plan de Integral de Desarrollo Concertado de Villa El Salvador 2017-2021” (PIDCVES), el cual fue aprobado por el Concejo Municipal mediante Ordenanza n.º139- MVES, este documento se elaboró durante 2 años, participando en él más de 600 representantes de organizaciones sociales e instituciones tanto públicas como privadas. Es

mediante este documento que se establece el proyecto de construcción y equipamiento del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador (1).

Este centro hospitalario beneficia a una población aproximada de más de un millón de habitantes los cuales pertenecen a los distritos de Villa El Salvador, Lurín, Punta Negra, San Bartolo, Pucusana, Santa María del Mar, Punta Hermosa y Pachacamac (1).

Para el 2020 debido a la emergencia sanitaria en nuestro país y el mundo, el hospital se transformó en un centro especializado en la atención de pacientes con COVID-19, viéndose afectado el internado médico durante esos años. Por ese entonces el hospital contaba con aproximadamente 200 camas en hospitalización, 50 camas en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) repartiéndose entre adultos y niños, 33 camas pertenecientes al servicio de emergencia, y espacios destinados a gestantes afectadas por COVID y UCI neonatal. La pandemia cambió el sistema de atención y los protocolos sanitarios que se utilizaban, además de sumarse a la causa más de 1000 trabajadores asistenciales y más de 200 administrativos para así poder enfrentar la pandemia (2). Tras 19 meses siendo su atención exclusivamente para pacientes afectados por el COVID 19, en noviembre del 2021 reinicia sus atenciones presenciales no COVID, priorizando pacientes egresados de emergencia, hospitalización, crónicos continuadores y con enfermedades transmisibles. Durante esta etapa se fue priorizando la atención por las especialidades de ginecología, neonatología, cirugía general, pediatría, cardiología, medicina interna, endocrinología, infectología, neumología y anestesiología (3). Toda esa etapa de reapertura duró incluso hasta principios de Junio del 2022 cuando empezó el segundo internado realizado en el hospital, donde se podía ver algunas salas cerradas, y otras adaptadas, notándose que no correspondían a esa parte de las instalaciones del hospital, como sucedía en el caso de la sala de puerperio que para agosto de ese mismo año se reacomodo y fue reemplazado por alojamiento conjunto del servicio de neonatología, así también sucedió con la sala de alto riesgo obstétrico que se encontraba en el segundo piso del pabellón de hospitalización para ser reemplazado por puerperio y trasladado al cuarto piso junto a hospitalización de ginecología. Cada día que pasaba se iba notando como el hospital cambiaba, adaptándose a las necesidades y transformándose.

El Benemérito Hospital Nacional Dos de Mayo es un hospital de tercer nivel de atención de categoría III-1, perteneciente a la Dirección de Salud (DIRIS) Lima Centro. Es el primer hospital público administrado por el Ministerio de Salud peruano. Se encuentra ubicado en la Avenida Grau 1300, Parque de la Medicina Peruana, Cercado de Lima 15003 - Perú. Además, es un hospital de referencia y cuenta con todas las especialidades médicas y quirúrgicas. Es importante añadir que la mayor parte de la población que acude al hospital proviene de los distritos de La Victoria, Cercado de Lima y Barrios Altos, siendo estos los más poblados de Lima, contando con más de 200 000 habitantes (4).

Lima fue víctima de una letal epidemia de fiebre amarilla a inicios de 1868, dejando 6 mil personas fallecidas. Debido a ello, muchos enfermos acudieron al Hospital Real de San Andrés, ubicado en frente de la actual plaza Italia, en el distrito de Cercado de Lima, desafortunadamente, este hospital colapsó, y fue así como el primero de mayo del 1868, el presidente Pedro Diez Canseco funda el Hospital Nacional Dos de Mayo, en honor al Combate del 2 de mayo, que se llevó a cabo dos años antes. La edificación del nosocomio demoró 6 años y 7 meses, siendo el 28 de febrero de 1875 la inauguración por el presidente Manuel Pardo. A lo largo de la Historia de la Medicina Peruana, el hospital cumplió un rol importante conjunto a la Beneficencia Pública de Lima y las Hermanas de la Caridad. El nosocomio fue partícipe de la Guerra del Pacífico, la cual limitó su accionar, debido a que muchos trabajadores del hospital fueron inmolados en el conflicto, siendo ocupado desde el 1881 a 1883 por fuerzas chilenas, sin embargo, muchos médicos con las Hermanas de la Caridad no dejaron de priorizar durante este tiempo la atención de los pacientes (5).

Pero si nos referimos a la historia del nosocomio, no hay nada más importante para la Historia de la Medicina Peruana que el sacrificio de Daniel Alcides Carrión García, un estudiante de medicina humana, que en 1885 se inmortalizó al inocularse la bacteria de la *Bartonella Bacilliformis*, demostrando que la enfermedad de la Verruga peruana y la Fiebre de la Oroya constituían el mismo cuadro clínico, siendo este evento histórico de inoculación en la Sala La Merced del Benemérito Hospital Nacional Dos de Mayo. Actualmente, se encuentra en este nosocomio un mausoleo para este mártir de la medicina peruana (5).

El Hospital fue construido en un área de 5.5 hectáreas y 55,000 m², en la cual se encuentra una rotonda con 60 columnas de cedro de Nicaragua, considerándose Patrimonio Monumental. Las salas de medicina interna se encuentran alrededor de la rotonda, son cinco salas, las cuales son Santo Toribio, San Pedro, Santa Ana, San Andrés y Julián Arce. Asimismo, el área de emergencia tiene dos tópicos; el tópico A donde se ven patologías de bajo riesgo, y tópico B, donde se ven patologías más complejas, con criterios de hospitalización o que requieran de un tratamiento por vía parenteral (6,7).

En 1970, se modificó parte de la infraestructura del hospital construyéndose edificios de cuatro pisos, en los cuales se encuentran los servicios de Neonatología, Cirugía y Ginecología (7).

El servicio de Pediatría se divide en el piso de hospitalización ubicado en la sala de San Camilo, y Emergencias pediátricas, trauma shock y la Unidad de Cuidado Críticos Pediátricos, las cuales se encuentran en un edificio exclusivo con su propia área de hospitalización. Asimismo, el servicio de Neonatología, se encuentra en segundo piso, en los alrededores de la rotonda, el cual tiene acceso a un ascensor en donde se encuentran alojamiento conjunto, centro obstétrico, cuidados intermedios y también cuenta con una su propia Unidad de Cuidados Críticos (8).

El servicio de Cirugía general se encuentra en el tercer piso del hospital, en donde también está el Centro Quirúrgico, dividiéndose en los servicios de H-3, H-4, I-3 e I-4, los cuales atienden patologías de estómago, intestino, páncreas y tumores retroperitoneales y vías biliares, respectivamente. Además, cada especialidad quirúrgica cuenta con su propia sala o piso de hospitalización, como es el caso de Urología, en la sala de San Francisco y Traumatología, en la sala Del Carmen. El servicio de Emergencia se encuentra junto a los tópicos A y B, contando con Trauma shock y dos salas de operaciones (9).

El servicio de ginecología está ubicado en el segundo piso (H2), en donde está alojamiento conjunto, aquí se encuentran las puérperas junto a sus recién nacidos y gestantes, clasificándose en alto y bajo riesgo obstétrico. En el mismo piso, encontramos el centro obstétrico donde se realizan cesáreas, partos vaginales, monitoreo de trabajo de parto y se encuentra un sector en donde se

hacen ecografías. La hospitalización de ginecología como tal y oncología ginecológica se encuentra en el tercer piso (I3), llevándose a cabo los procedimientos en el centro quirúrgico. También, se cuenta con el servicio de reproducción y fertilidad en donde se brindan asesorías sobre planificación familiar y se colocan métodos anticonceptivos como el implante subdérmico, además cuenta con consultorios y un ecógrafo para examinar mejor a las pacientes. Finalmente, se encuentra la parte de emergencia, ubicada en el primer piso, la cual está correctamente equipada, contando con su propio ecógrafo y un sector para el monitoreo de gestantes, en donde se realizan test no estresantes y estresantes, así como camillas para examinar a las pacientes respetando su privacidad (10).

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación en pediatría

Caso clínico n.º 1

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es definida como una infección que compromete el parénquima pulmonar que afecta a un paciente previamente sano, el cual fue infectado fuera del hospital (11). El cuadro clínico puede variar según la edad del paciente, el agente etiológico, la extensión y la localización de la enfermedad (12). Los agentes causales más comunes son los virus, esto se ve particularmente en niños menores de 2 años. Entre el grupo de virus los más comunes son el virus sincicial respiratorio, adenovirus, parainfluenza e influenza; siendo las coinfecciones virales frecuentes. Por otro lado, la etiología bacteriana varía según la edad, en niños menores de 5 años el agente causal que predomina es el *Streptococcus pneumoniae* o neumococo, seguido del *Haemophilus influenzae* en países donde la vacuna no es utilizada. Otras etiologías que destacan son el *Mycoplasma pneumoniae*, *Moraxella catarralis* y *Staphylococcus aureus* (13).

Con respecto a la evaluación clínica es importante un buen examen físico reconociendo el aspecto general (estado de conciencia, cianosis); los signos vitales como la temperatura, siendo la fiebre una manifestación común pero inespecífica; la frecuencia respiratoria, los niños con neumonía suelen presentar taquipnea, pero esta es menos predictiva de neumonía ya confirmada por radiografía que la hipoxia o el incremento del trabajo respiratorio. Además, están los signos de dificultad respiratoria los cuales incluyen taquipnea; hipoxemia; aumento del trabajo respiratorio como las retracciones intercostales, subcostales o supraesternales; el aleteo nasal o el uso de músculos accesorios; apnea y estado mental alterado, todos ellos son más específicos. Así mismo, en el examen físico durante la auscultación podemos encontrar crepitantes, disminución de los sonidos respiratorios, sonidos respiratorios bronquiales que se oyen más fuertes con fases inspiratorias cortas y espiratorias largas, egofonía, broncofonías, pectoriloquia susurrada (transmisión de las sílabas susurradas), frémito táctil, sibilancias comunes en la neumonía bacteriana y de virus atípicos.

Y durante la percusión se puede encontrar matidez lo que puede sugerir un derrame pleural (14, 15, 16).

Las complicaciones suelen presentarse más comúnmente en neumonías bacterianas, entre estas se puede encontrar el derrame pleural y el empiema, la hipoalbuminemia suele ser común en los niños con derrames paraneumónicos y puede encontrarse hipogammaglobulinemia. La neumonía necrosante, la necrosis y la licuefacción del parénquima pulmonar es una complicación grave de la neumonía adquirida en la comunidad, el *S. pneumoniae* (particularmente los serotipos 3 y 19) es la causa más frecuente de neumonía necrotizante. Por último, se encuentra el absceso pulmonar, este es una acumulación de células inflamatorias, que se acompañan de destrucción del tejido o necrosis, lo cual ocasiona una o varias cavidades en el pulmón. Los organismos mayormente involucrados con esto son la flora anaerobia de las vías respiratorias altas y *S. Aureus*. Otras complicaciones que se pueden encontrar son el neumatocele y la hiponatremia (17).

En el caso de la paciente ella permaneció hospitalizada un mes debido a complicaciones presentadas, la paciente desarrolló una neumonía necrotizante en lóbulo derecho con derrame pleural tabicado por lo que se le tuvo que realizar una toracotomía. La paciente tuvo una evolución favorable, cursó hemodinámicamente estable, sin distrés respiratorio, manteniendo una saturación de 98 %, se realizó el retiro del tubo de toracotomía una semana antes del día de su alta, recibió terapia respiratoria con mejora del pasaje de aire en el hemitórax derecho. La paciente permaneció afebril durante más de una semana, no lucía tóxica posterior al tratamiento con doble cobertura antibiótica por más de 20 días (meropenem por 21 días y vancomicina por 23 días) y hubo mejoría laboratorial, fue dada de alta con tratamiento antibiótico oral con amoxicilina más ácido clavulánico 9 mililitros cada 8 horas por siete días.

Caso clínico n.º 2

Las infecciones del tracto urinario (ITU) son comunes e importantes en los niños, ya que una pielonefritis aguda puede provocar cicatrización renal, hipertensión y nefropatía terminal. La ITU es definida como una bacteriuria significativa de un uropatógeno relevante clínicamente en un paciente sintomático. La presentación

clínica en niños de 2 años puede ser variada e inespecífica presentando fiebre llegando a temperaturas mayor o iguales a 39° C, irritabilidad, orina con mal olor; síntomas gastrointestinales como vómitos, diarrea, o mala alimentación. Para poder realizar el diagnóstico es importante conocer el historial médico del paciente el cual debe incluir factores de riesgo como síntomas urinarios crónicos (incontinencia, flujo inadecuado, frecuencia, urgencia, maniobras de retención), disfunción del intestino o la vejiga (incluido problemas de estreñimiento crónico), ITU previa o enfermedades febriles previas sin diagnóstico en las que no se obtuvo urocultivo; reflujo vesicoureteral; antecedentes familiares (familiares que padezcan de ITU frecuente, reflujo vesico ureterales u otras anomalías genitourinarias) y anomalías renales prenatales diagnosticadas (18).

Durante el examen físico existen aspectos importantes a tomar en cuenta como la documentación de la presión arterial (una presión elevada puede ser indicación de cicatrización renal) y la temperatura (mayor o igual a 39° C suele asociarse con pielonefritis aguda lo que puede ocasionar también cicatrización renal), parámetros de crecimiento (un aumento de peso deficiente puede significar una insuficiencia renal crónica), examen abdominal y de los flancos (hipersensibilidad en el ángulo suprapúbico y costovertebral; así como vejiga o riñón con aumento de tamaño pueden ser indicación de obstrucción intestinal, así como las heces palpables en el colon señal de estreñimiento, todo ello predispone a una ITU), examen de los genitales externos en busca de anomalías anatómicas (fimosis, hipospadias, adherencias labiales, signos de vulvovaginitis o cuerpo extraño vaginal), evaluación del tercio inferior de la espalda en busca de signos de mielomeningocele oculto, pudiendo esto estar asociado con una vejiga neurógena e ITU recurrente. Asimismo, es importante evaluar otros probables focos de fiebre (18, 20, 22, 23).

La terapia antimicrobiana va a depender de la edad del niño, la gravedad de la enfermedad, la presencia de vómitos, la duración de la fiebre, problemas médicos o urológicos subyacentes y patrones de resistencia en el paciente al tratamiento con antibióticos (18).

En el caso del paciente este fue hospitalizado 15 días, presentó una ITU complicada con ureterohidronefrosis bilateral. El paciente tuvo una evolución favorable pese a la malformación renal que poseía, completó su tratamiento con

ampicilina por 10 días a 180 mg/kg/día ya que en el resultado de urocultivo dio positivo a *Enterococcus faecalis* sensible a ampicilina. Se le realizó una referencia para consultorio externo de nefrología y urología del Instituto Nacional de Salud del Niño, siendo dado de alta con cefalexina 250mg/5ml (2.5ml cada 24 horas) y simeticona 80 mg/ml (20 gotas condicional a distensión abdominal).

Caso clínico n.º 3

La bronquiolitis se define como un síndrome clínico de dificultad respiratoria que sucede en niños menores de 2 años de edad, es el primer episodio de sibilancias en un menor de 21 meses, el cual se caracteriza por síntomas de las vías respiratorias altas como rinorrea, seguidos de infección en las vías respiratorias bajas con presencia de inflamación, lo que resulta a la auscultación en sibilancias y/o la presencia de crepitantes. Esta enfermedad ocurre comúnmente durante el otoño e invierno, como infección primaria o reinfección con un patógeno viral, siendo el virus respiratorio sincicial la causa más común, seguido del virus de la parainfluenza, rinovirus, el metapneumovirus humano, virus de la influenza, adenovirus, coronavirus y el bocavirus humano, los cuales son menos frecuentes (24).

Entre los factores de riesgo podemos encontrar la prematuridad, bajo peso al nacer, edad menor de 12 semanas, enfermedad pulmonar crónica (displasia broncopulmonar), defectos anatómicos de las vías respiratorias, cardiopatías congénitas hemodinámicamente significativas, inmunodeficiencia y enfermedades neurológicas (24).

Con respecto a las características clínicas se presenta como un síndrome clínico de dificultad respiratoria, con muchas veces presencia de fiebre (por lo general menor o igual a 38° C), tos y dificultad respiratoria con taquipnea, retracciones costales, sibilancias y crepitantes. A menudo estos síntomas se presentan posterior a una historia de uno a tres días de síntomas del tracto respiratorio superior como una rinorrea o congestión nasal. Así mismo el aumento del trabajo respiratorio, la frecuencia y la oxigenación pueden variar con el llanto, la tos y la agitación (24).

En la mayoría de bebés previamente sanos la bronquiolitis cursa sin complicaciones; sin embargo, en pacientes prematuros, con menos de 2 semanas de edad o que poseen enfermedad cardiopulmonar o inmunodeficiencias, tienen mayor riesgo de complicaciones como apnea o insuficiencia respiratoria, neumonía por aspiración, pudiendo llegar a requerir ventilación mecánica y por ello desarrollar neumotórax o neumomediastino. Las radiografías de tórax y las pruebas de laboratorio no son de necesidad para el diagnóstico, pero están justificadas en la evaluación de complicaciones (24).

Entre los diagnósticos diferenciales podemos encontrar sibilancias recurrentes desencadenadas por virus, neumonía bacteriana, infección por *Bordetella pertussis*, enfermedad pulmonar crónica, aspiración de cuerpo extraño, neumonía por aspiración, enfermedad cardiaca congénita, insuficiencia cardiaca o anillos vasculares (24).

El manejo de la bronquiolitis depende de la gravedad, en el caso de la no grave esta puede tratarse de forma ambulatoria con mantenimiento de una hidratación adecuada, alivio de la congestión u obstrucción nasal, con posterior seguimiento; por otro lado, en el caso de la bronquiolitis grave requiere de la intervención farmacológica con broncodilatadores, glucocorticoides o nebulizaciones con solución salina hipertónica (24).

En el caso del paciente se requirió las nebulizaciones, lavado nasal y posteriormente apoyo oxigenatorio con cánula binasal a un litro por minuto, llegando a saturar hasta 96 %. El paciente evolucionó favorablemente, sin distrés respiratorio, sin oxigenoterapia, afebril durante su estancia hospitalaria por lo que fue dado de alta luego de 6 días hospitalizado.

Caso clínico n.º 4

Los niños que padecen de epilepsia se diferencian de los adultos no solo en las manifestaciones clínicas de las convulsiones, sino también en la presencia de patrones en el electroencefalograma, etiologías y respuesta al tratamiento anticonvulsivo. Definiendo los términos una convulsión es la expresión clínica de descargas anormales, excesivas o sincrónicas de las neuronas que están

principalmente en la corteza cerebral. Por otro lado, la epilepsia es un estado de predisposición duradera a las convulsiones recurrentes epilépticas (25).

Es considerado un individuo con epilepsia cuando presenta uno de los siguientes casos: al menos convulsiones no provocadas por estímulos externos (luz) o internos (emociones) que ocurran con más de 24 horas de diferencia; una convulsión no provocada y una probabilidad de convulsiones adicionales que es similar al riesgo general de recurrencia luego de 2 convulsiones no provocadas, ocurridas durante los próximos diez años; o el diagnóstico de un síndrome de epilepsia (25).

Existen tipos de convulsiones, la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) los clasifica en cuatro grupos según los datos clínicos y el electroencefalograma como focales (originadas dentro de redes en un mismo hemisferio), generalizadas (originadas dentro de redes distribuidas bilateralmente) desconocido (espasmos epilépticos) y sin clasificar, y dentro de cada grupo los divide en motores y no motores. Así mismo la ILAE reconoce más de treinta síndromes de epilepsia algunos de ellos son el síndrome de Sturge-Weber, el síndrome de Lennox-Gastaut, entre otros (25).

Con respecto a la etiología estas se pueden clasificar en causas genéticas, estructurales, metabólicas, autoinmunes, infecciosas y de causa desconocida. Si bien es cierto que una convulsión puede afectar a niños de cualquier edad, existen algunas más predominantes en ciertos grupos etarios, por ejemplo, en los recién nacidos la mayoría de convulsiones son sintomáticas y de etiología identificable, como la encefalopatía neonatal, una infección sistémica o del sistema nervioso central, o un trastorno metabólico. Por otro lado, en bebés mayores y niños pequeños las convulsiones febriles son más comunes. Además, muchos trastornos neurológicos pueden ocasionar convulsiones como los trastornos del desarrollo, síndromes genéticos y las malformaciones cerebrales (25).

Para el manejo de las crisis epilépticas se utilizan diferentes antiepilépticos, adecuándose al tipo de síndrome epiléptico que presente el niño, por lo general se administran dosis que dependen del peso del niño y que se reparten en 2 o 3 tomas diarias. Según el fármaco que se utilice se realizan análisis sanguíneos

periódicos para la valoración de la tolerancia al fármaco y sus niveles séricos. Por tanto, la dosis se ajusta progresivamente según los resultados y la respuesta del paciente al tratamiento (26).

En el caso de la paciente presentó sepsis y se sospechó de un posible foco neurológico por causa de una meningoencefalitis ya que cursó con alteración del sensorio, historia de fiebre y hemograma con leucocitosis y desviación izquierda; sin embargo, la madre fue reticente a firmar el consentimiento para la realización de una punción lumbar, tras lo cual y debido a esta sospecha de neuroinfección se procedió a agregar el aciclovir 250 mg endovenoso cada 8 horas. Posterior a ello, la paciente no tuvo cuadros de fiebre, hubo mejoría del sensorio, no hubieron signos de infección neurológica, no rigidez de nuca y permaneció sin convulsiones, por lo que se suspendió el tratamiento antibiótico y antiviral endovenoso por la probabilidad alejada de infección neurológica. La paciente solo estuvo hospitalizada 9 días, ya que se vio una marcada mejoría y normalización de exámenes, por lo que fue dada de alta.

3.2 Rotación en cirugía general

Caso clínico n.º 1

La apendicitis es una inflamación del apéndice vermiforme, es una de las causas más frecuentes de abdomen agudo, así como una de las indicaciones más comunes para la realización de procedimientos quirúrgicos abdominales de emergencia. Esta es más común en la segunda y tercera décadas de la vida, siendo su incidencia más alta en el grupo etario entre los 10 a 19 años y más baja en niños menos o igual a 9 años. Además, la incidencia es mayor en hombres (27).

La principal causa de apendicitis es la obstrucción apendicular, la cual puede ser causada por fecalitos, cálculos, hiperplasia linfoide, procesos infecciosos y tumores benignos o malignos. Cuando sucede la obstrucción del apéndice se produce un incremento de la presión tanto luminal como intraluminal, lo que genera una trombosis y oclusión de los vasos pequeños de la pared del apéndice y estasis del flujo linfático. Conforme el apéndice aumenta su tamaño, ya que la luz se llena de moco y ocurre una distensión, las fibras nerviosas aferentes de

las vísceras que ingresan a la médula espinal en T8 y T10 se van estimulando, lo cual ocasiona ese dolor abdominal periumbilical vago, posteriormente cuando la inflamación irrita al peritoneo parietal circundante se estimulan los nervios somáticos y es cuando el dolor se vuelve localizado. Al progresar el compromiso linfático y vascular, ocasiona una isquemia de la pared del apéndice con posterior necrosis (27).

La presentación clínica de la apendicitis suele girar en torno a tres síntomas clásicos: el dolor abdominal en el cuadrante inferior derecho (fosa iliaca anterior derecha) que suele ser periumbilical con una migración posterior al cuadrante inferior derecho conforme avanza la inflamación viéndose esta migración solo en el 50 a 60 % de los pacientes, la anorexia, las náuseas y los vómitos (27).

Existen signos físicos característicos de esta patología que nos apoyan con el diagnóstico como lo son el punto de McBurney (sensibilidad a 2 pulgadas de la espina iliaca anterosuperior después de trazar una línea recta imaginaria entre esta y el ombligo), signo de Rovsing (sensación de dolor en el cuadrante inferior derecho al palpar el cuadrante inferior izquierdo), signo del psoas (dolor en el cuadrante inferior derecho al extender de forma pasiva la cadera derecha) y el signo del obturador (al realizar la flexión de la cadera y la rodilla flexa del paciente, seguido de una rotación interna de la cadera derecha ocasiona dolor en el cuadrante inferior derecho). De igual forma que con los signos, existen escalas que nos ayudan a orientarnos en el diagnóstico como la escala de Alvarado y la escala de RIPASA con la que se puede predecir el diagnóstico y evolución de la apendicitis (27).

Una variedad de condiciones inflamatorias e infecciosas que ocurren en ese cuadrante pueden simular signos y síntomas de una apendicitis aguda, como una diverticulitis cecal, diverticulitis de Meckel, ileítis aguda, enfermedad de Crohn, y condiciones ginecológicas como el absceso tuboovárico, la enfermedad pélvica inflamatoria, el quiste ovárico roto, torsión del ovario y trompa de Falopio, endometriosis, síndrome de hiperestimulación ovárica, embarazo ectópico, endometritis aguda, y condiciones urológicas como el cólico renal, la torsión testicular y la epididimitis, entre otras (27).

El manejo de la apendicitis depende de si está perforado el apéndice o no; sin embargo, en ambos casos el tratamiento quirúrgico es de elección, ya que, si bien en la apendicitis no perforada existe un manejo médico con antibióticos, el paciente debe recibir asesoramiento y estar dispuesto a la incertidumbre de la posible progresión de la enfermedad, la recurrencia de esta o la existencia de alguna neoplasia no detectada (28).

En el caso de la paciente se le realizó una apendicectomía laparoscópica por apendicitis aguda necrosada con peritonitis localizada, no hubo complicaciones durante la cirugía. Tras la cual tuvo una evolución favorable, cursó estable, afebril, con buena tolerancia oral, eliminando flatos y con marcada disminución del dolor. Tras permanecer hospitalizada tres días fue dada de alta.

Caso clínico n.º 2

La obstrucción intestinal sucede cuando el flujo normal de contenido intraluminal se ve interrumpido. Ocupando el intestino delgado el 80 por ciento de los casos de obstrucción intestinal mecánica. Esta obstrucción es causada por compresión mecánica que puede ser intraluminal o extraluminal, siendo las adherencias la causa más común de estas, seguido de las hernias, los vólvulos, los tumores malignos y otros trastornos inflamatorios e infecciosos, por otro lado las causas intrínsecas suelen ser malformaciones congénitas (atresias, duplicación), neoplasias del intestino grueso (adenocarcinoma, desmoide, carcinoide, etc.) o delgado (adenocarcinomas, leiomioma, Schwannoma, etc.), así como también puede haber obstrucción en un intestino normal por intususcepción, cálculos biliares, telarañas congénitas, etc.) (29).

La obstrucción aguda del intestino delgado puede ocasionar síntomas como náuseas, vómitos, dolor abdominal tipo cólico y constipación. Durante el examen físico se deben evaluar signos sistémicos, inspeccionar el abdomen (distensión abdominal, tumoraciones, etc.), auscultar el abdomen (ruidos intestinales hipoactivos por la distensión progresiva), percudir el abdomen en busca de hiperresonancia o timpanismo, palpar el abdomen para identificar hernias de la pared abdominal o inguinales, masas anormales que pueden indicar abscesos, vólvulo o tumores. Además, se debe realizar un examen rectal digital para

identificar la existencia de impactación fecal o alguna masa en la zona rectal como causa de la obstrucción (29).

Asimismo, se debe distinguir entre otras patologías como el íleo adinámico, la obstrucción intestinal funcional, la pseudoobstrucción y la obstrucción del intestino grueso (29).

Los pacientes que presenten un síndrome intestinal obstructivo agudo deben recibir consulta quirúrgica inmediata para poder determinar la intervención correspondiente (29).

En el caso de la paciente ella estuvo hospitalizada más de un mes se le realizó una laparotomía exploratoria donde se le hizo una resección del intestino delgado con posterior ileostomía por la presencia de hernia crural derecha estrangulada, tras la operación la paciente presentó disfunción orgánica múltiple por lo que fue manejada en UCI para soporte vital. La paciente permaneció bajo sedación profunda para mantenerla con ventilación mecánica debido a insuficiencia respiratoria tipo 2. Durante su estancia presentó infección de sitio operatorio, anemia severa, desnutrición calórico proteica severa, polineuropatía del paciente crítico, infección del tracto urinario por *Escherichia Coli* BLEE, infección por *Pseudomona Aeruginosa* entre otras complicaciones de pacientes con hospitalizaciones prolongadas. Paciente posterior a manejo de patologías fue dada de alta por el servicio de UCI y hospitalizada en el servicio de cirugía para recuperación de su cirugía donde permaneció 9 días para luego ser dada de alta en condiciones favorables y con citas programadas para manejo por consultorio externo por las especialidades de cirugía general, terapia física y rehabilitación, cirugía de cabeza y cuello y nutrición.

Caso clínico n.º 3

La diverticulitis aguda se define como la inflamación a causa de la microperforación de un divertículo, el cual es una protuberancia en forma de saco de la pared del colon. La incidencia aumenta con la edad, sin embargo, también puede presentarse en adultos jóvenes. Además, esta patología puede estar asociada al cambio en los hábitos intestinales como el estreñimiento en un 50 por ciento y la diarrea en un 25 a 35 por ciento (30).

Una diverticulitis se convierte en complicada cuando una de las siguientes complicaciones está presente: obstrucción intestinal, estenosis, absceso, fístula o perforación. La presentación clínica de la diverticulitis aguda va a depender de la gravedad del proceso inflamatorio y de la presencia de estas complicaciones. El dolor abdominal constante es el síntoma más común en los pacientes, muchas veces en el cuadrante inferior izquierdo, pero también puede localizarse a nivel suprapúbico o en el cuadrante inferior derecho debido a la inflamación redundante del colon sigmoide. Así mismo pueden presentar fiebre, e inestabilidad hemodinámica con hipotensión y shock que se asocian más a peritonitis y perforación. Aproximadamente del 10 al 15 por ciento de los pacientes pueden presentar síntomas urinarios como urgencia urinaria, polaquiuria o disuria a causa de la irritación de la vejiga por el colon inflamado (30).

El diagnóstico diferencial de la diverticulitis incluye etiologías de dolor abdominal inferior como son el síndrome de intestino irritable, cáncer colorrectal, apendicitis aguda, enfermedad inflamatoria intestinal, colitis infecciosa, colitis isquémica, entre otros (30).

La diverticulitis puede ser tratada de manera conservadora en ausencia de complicaciones en la mayoría de los pacientes (70-100%); sin embargo, en el caso de presentar complicaciones requerirá el tratamiento tanto de la inflamación del colon como de la complicación, requiriendo para ello hospitalización y/o cirugía (31).

La atención ambulatoria consiste en el manejo del dolor con analgésicos orales (por ejemplo, acetaminofeno, ibuprofeno u oxicodona) acompañada de una dieta líquida posterior a lo cual se evalúa al paciente a los dos o tres días y luego semanalmente hasta la resolución completa de sus síntomas, aquellos pacientes que no mejoran requerirán de tratamiento hospitalario, este consiste en la administración de antibióticos por vía intravenosa más reposo intestinal completo o una dieta líquida dependiendo de su estado clínico, posterior a dos o tres días la dieta puede progresar. Los pacientes que mejoran son dados de alta con antibióticos orales de 10 a 14 días, aquellos pacientes que no mejoran requerirán de cirugía (31).

Con respecto a este caso se le realizó a la paciente una laparotomía exploratoria más sigmoidectomía y colostomía más lavado de cavidad por diverticulitis aguda con peritonitis fecaloidea. Se le realizó puntos de afrontamiento espaciados por ser una herida sucia. Estuvo hospitalizada 15 días aproximadamente debido a desaturación e infección de sitio operatorio, siendo la obesidad de la paciente desfavorable para su condición, por lo cual recibió tratamiento antibiótico por 10 días, curaciones diarias y terapia física y respiratoria. La paciente evolucionó favorablemente con marcadores inflamatorios disminuidos, infección controlada y saturando 98 por ciento, tras lo cual fue dada de alta.

Caso clínico n.º 4

La pancreatitis aguda es una afección inflamatoria del páncreas que se caracteriza por dolor abdominal y niveles elevados de enzimas pancreáticas. Entre las principales causas de pancreatitis están los cálculos biliares representando el 40 al 70 por ciento de los casos; sin embargo, sólo desarrollan pancreatitis del 3 al 7 por ciento de los pacientes con cálculos biliares. Otras causas que se pueden encontrar son el alcohol, la hipertrigliceridemia, la colangiopancreatografía retrógrada post endoscópica (CPRE), riesgo genético, medicamentos, lesión del conducto pancreático, etc (32).

Según la clasificación de Atlanta, la pancreatitis puede dividirse en dos categorías: edematosa intersticial, caracterizada por la inflamación del parénquima pancreático y los tejidos peripancreáticos sin presencia de necrosis tisular; o necrotizante, caracterizada por inflamación asociada a necrosis tanto de peripancreática como del parénquima. Así mismo, puede dividirse según su gravedad en leve (ausencia de insuficiencia orgánica y complicaciones), moderadamente grave (ausencia de insuficiencia orgánica y complicaciones por menos de 48 horas) o grave (insuficiencia orgánica persistente por más de 48 horas, pudiendo afectar a uno o varios órganos) (32).

Se debe realizar pruebas de laboratorio de rutina (hemograma completo, triglicéridos, calcio en suero, pruebas hepáticas y pancreáticas (amilasa y lipasa) de acuerdo al juicio del médico. Así mismo se debe realizar una ecografía abdominal al ingreso a todos los pacientes con pancreatitis aguda para evaluar si existe colelitiasis y coledocolitiasis o signos de obstrucción de las vías biliares

extrahepáticas. En pacientes con episodios recurrentes de pancreatitis se les puede realizar una colangiopancreatografía por resonancia magnética con administración de secretina si la ecografía no revela con claridad una causa (33).

El manejo de la pancreatitis aguda dependerá de la gravedad de esta, se incluirá el control del dolor, administración de líquidos intravenosos (solución salina), especialmente durante las primeras 24 horas, nutrición (dieta oral o alimentación por sonda nasoyeyunal usando fórmula elemental o semielemental), corrección de electrolitos y anormalidades metabólicas (34).

La paciente de este caso fue programada por el servicio de cirugía general para una colecistectomía laparoscópica por colecistitis crónica calculosa y pancreatitis a repetición. La paciente tenía el antecedente de episodios repetitivos de pancreatitis de origen biliar cuando fue hospitalizada en el servicio de medicina siendo ese su quinto episodio. Es después del manejo por medicina que fue trasladada a cirugía para su programación a sala de operaciones. La paciente durante su estancia en el servicio de cirugía toleraba la dieta, no hubo intercurencias y evolucionó favorablemente, fue dada de alta y programada para cirugía ambulatoria.

1.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º 1

Se considera amenorrea secundaria como la ausencia de menstruación de más de tres meses en mujeres con ciclos menstruales regulares, mientras que, en mujeres con ciclos irregulares, esta debe ser mayor a seis meses. Esta puede ser una afección transitoria o permanente que es causada por una afección ya sea a nivel superior en hipotálamo, hipófisis o en los ovarios, útero o vagina (35).

Cuando nos referimos a adherencias uterinas (AIU) o al Síndrome de Asherman, tenemos que tener en cuenta que son de bandas de tejido fibroso en la cavidad endometrial, generalmente debido a un procedimiento quirúrgico, las cuales pueden ir desde bandas delgadas hasta alcanzar la obliteración completa.

Dentro de las consecuencias de ello, tenemos a la infertilidad, anomalías menstruales y dolor, como el caso de la paciente (36).

Se menciona que la paciente tenía un antecedente de legrado uterino de hace 8 meses, por lo que podemos asociar a ese antecedente como la causa principal de esta patología, ya que se ha demostrado que posterior a procesos como miomectomía o legrados uterinos se forman adherencias. Por otro lado, la paciente niega uso de métodos anticonceptivos, dato importante, ya que este síndrome adherencial, está asociado con algunos de estos de manera positiva como es el caso del dispositivo intrauterino (DIU), pues la literatura nos indica que después de procedimientos intrauterinos la colocación de los DIU pueden prevenir la formación de adherencias (37).

Se sabe que la ecografía es de ayuda cuando observamos a un endometrio muy delgado o regiones hiperecoicas, algo que no es común encontrar. A pesar de ello, el diagnóstico se realiza directamente mediante la histeroscopia, la cual permite una visualización directa de las adherencias intrauterinas, de la cual podemos precisar su extensión y características morfológicas. Cabe resaltar que la histeroscopia con lisis de adherencias, nos da la posibilidad de no solo realizar un diagnóstico, sino también de un tratamiento en el mismo procedimiento, lo cual disminuye la probabilidad de trauma en endometrio circundante (38).

Caso clínico n.º 2

Dentro de las enfermedades hipertensivas del embarazo (EHE), encontramos a la hipertensión crónica, hipertensión gestacional, preeclampsia con signos de severidad, preeclampsia sin signos de severidad, eclampsia y síndrome de HELLP (haemolysis, elevated liver enzymes and low platelets) (39).

Con respecto a la comprensión de la fisiopatología de esta enfermedad tenemos que aún no se tiene una teoría precisa, sin embargo, podemos comprender que es causada por una invasión superficial del trofoblasto, lo cual ocasiona que las arterias espirales tengan una remodelación inadecuada, llevando a un desequilibrio en los factores angiogénicos y antiangiogénicos y por ende también a una disfunción endotelial (40)

La estadística nos dice que a nivel mundial del 2 % al 5 % desarrollan preeclampsia (40), en el Perú del 4 % a 10% (41), además se tiene que el 8% de las gestantes atendidas en EsSalud tienen preeclampsia (42). Por otro lado, sabemos que esta patología, en el 2019, fue causante de la muerte de 19,6 % de gestantes (43). Ante la estadística expuesta tanto a nivel mundial como en nuestro país, podemos ver que una condición no muy alejada de la realidad, por lo que es imprescindible para los internos de medicina el conocimiento de esta para un buen manejo y monitoreo de las gestantes.

Ante un caso como el de nuestra paciente, tenemos que saber a qué nos referimos cuando hablamos de preeclampsia, para la cual tendríamos una PAS de 140 a 159 mmHg o una PAD de 90 a 109 mmHg, en una mujer sin patología hipertensiva previa, con más de 20 semanas de gestación y cuantificada en dos oportunidades con un mínimo de 4 horas de intervalo entre cada una. A ello se agrega daño de órgano y/o proteinuria mayor igual a 300 mg en 24 horas, en este caso la paciente tenía una PA de 150/9 y una proteinuria de 400 mg/dl en 24 horas (44).

Una vez identificado el cuadro de preeclampsia, tenemos que clasificarlo dependiendo a si tiene o no signos de severidad, los cuales son una PAS de 160 mmHg o más y una PAD de 110 mmHg, medidos en un periodo de tiempo de 15 minutos de diferencia, así como plaqueta $<100\ 000/mm$, el doble del límite superior del valor normal de transaminasas, como dolor en epigastrio y en cuadrante superior derecho que no cede con analgesia, creatinina mayor a 1,1 mg/dl, edema pulmonar y alteraciones neurológicas y visuales (como cefalea, escotomas, vasoespasmo retiniano, etc.). Por lo expuesto anteriormente, podemos decir que nuestra gestante tenía signos de severidad, es por ello que se activa la clave azul, la cual está estandarizada para el manejo de trastornos hipertensivos del embarazo (44).

El manejo para este tipo de pacientes es el término del embarazo, se ha visto que en algunos casos se logra dar oportunidad a un parto vaginal antes de llegar a la cesárea, pero indicando en la terapéutica los antihipertensivos, siendo el más usado el metildopa, pero también tenemos opciones como el nifedipino, labetalol e hidralazina; corticoides (en caso fuera necesaria la maduración pulmonar en una gestación menor a 34 semanas) y sulfato de magnesio, el cual

no solo se usa como profilaxis de eclampsia, sino también para evitar el daño neurológico del feto (44).

Caso clínico n.º 3

Dentro de las patologías obstétricas encontramos al embarazo ectópico, el cual mayormente ocurre en las trompas de Falopio, sin embargo, podemos encontrarlo en el compartimiento intersticial, ovárico o incluso abdominal. En la literatura podemos encontrar que ha habido casos en los que se han implantado anormalmente y gestaciones múltiples heterotópicas. Es importante señalar que la ruptura de estos puede provocar una hemorragia mortal (45).

El cuadro clínico típico con el cual las pacientes acuden a Emergencia, es el dolor abdominal, como nuestra paciente que acude con dolor en fosa iliaca izquierda, además puede estar acompañado o no de sangrado vaginal, sin embargo, existe una gran estadística de pacientes que son asintomáticas hasta la ruptura de este. Para poder llegar al diagnóstico es importante contar con una ecografía. Los internos de medicina para poder identificar mejor a este tipo de pacientes deben sospechar de esta patología al presentarse una masa anexial extra ovárica o presencia de sangrado intraperitoneal al realizarse la ecografía transvaginal, un nivel elevado más de lo normal de gonadotropina coriónica humana (hCG) comparado con un embarazo normal y presencia de dolor abdominal y/o sangrado vaginal que aquellas pacientes que tienen factores de riesgo para presentar un embarazo ectópico (45).

Surge la duda sobre la elección del manejo farmacológico, es por ello que se debe tener presente existen criterios de selección para optar por un tratamiento con metotrexato o quirúrgico, por ejemplo, el tratamiento quirúrgico está indicado en mujeres con hCG > 5000 mIU/ml, así como presencia de actividad cardíaca fetal y/o inestabilidad hemodinámica de la madre. Por lo que, en este caso, la paciente al no presentar ninguno de estos criterios, era candidata al tratamiento con metotrexato (46).

El metotrexato es un antagonista del ácido fólico, utilizado en otras patologías como neoplasias o artritis reumatoide, pues su mecanismo es inhibir la síntesis de ácido desoxinucleico (ADN) y con ello la reproducción celular, porque también existen protocolos en los que folatos reducidos como son el ácido folínico, leucovorina, factor citrovorum y el N5-formil-tetrahidrofolato, se administran en combinación con este para el bloqueo metabólico y que las células normales no perjudiquen su metabolismo (46).

Cabe resaltar que existen indicaciones durante el tratamiento, las cuales son: Evitar las relaciones sexuales vaginales y la posibilidad de una nueva gestación hasta que se indetectable la gonadotropina coriónica humana hCG, por riesgo a ruptura de trompas evitar exámenes pélvicos, no consumir vitaminas ricas en ácido fólico y no exponerse al sol para disminuir el riesgo de dermatitis por metrotexate. Tener en cuenta que el uso de AINES puede aumentar su toxicidad al disminuir su excreción renal (46,47).

Caso clínico n.º 4

En este caso, nuestra paciente presenta una masa anexial de ovario, la cual es una patología ginecológica muy común en todas las edades ya sea en las trompas de Falopio o en los tejidos conectivos circundantes, y la etiología varía de acuerdo al grupo etario.

Las neoplasias ováricas más frecuentes son las epiteliales, las cuales provienen de las células madre, quienes normalmente forman el epitelio de las trompas de Falopio y de la superficie del ovario, relacionándose así con los carcinomas serosos de alto grado y cistoadenomas (48).

En mujeres postmenopáusicas, con este caso, al encontrarse una masa anexial, existe un alto índice de sospechar de cáncer de ovario, ya que al menos el 30 % de estas masas son malignas y las benignas en su gran mayoría se encuentran en la etapa reproductiva (48).

Los tumores de Brenner son malignos, unilaterales y muy raros, pues se encuentran en menos del 1 % de todas las neoplasias ováricas. Se observan en

mujeres menopáusicas con una edad promedio de 50 años, con nuestra paciente. La mayoría de veces, las pacientes son asintomáticas, sin embargo, también existen casos, en los que hay dolor abdominal, retención urinaria, baja de peso, entre otros síntomas inclusive el síndrome de pseudo Meigs, son pocos casos en los que se presenta ascitis y se han reportado situaciones en las cuales son productores de estrógenos, lo que hace que produzcan sangrado uterino anormal (49).

Los tumores limítrofes pueden llegar a medir hasta 30 cm, por lo que es importante saber que se hace difícil la diseminación linfática en aquellos que están limitados al ovario (49).

El diagnóstico final se realiza con la anatomía patológica, sin embargo, existen exámenes de imágenes que nos pueden inclinar hacia una variante maligna como encontrar paredes gruesas e irregulares, proyecciones papilares y septos gruesos, las cuales son características típicas de tumores epiteliales ováricos malignos, se añade que no se ha demostrado asociación con necrosis. El CA 125 tiene una sensibilidad y especificidad moderada, pues está elevado en el 30 % - 40% de los casos (49).

El tratamiento estándar para la mayoría de tumores epiteliales de ovario es la cirugía, además la estadística reporta que con la resección de ganglios no se mejora la incidencia (49).

1.3 Rotación en Medicina interna

Caso clínico n.º 1

Durante el internado, muchos de los casos que se pueden observar en varones, en su mayoría, son las hemorragias digestivas altas (HDA), la cual consiste en una hemorragia que aqueja la parte proximal al ligamento de Treitz. Se ha demostrado que la mortalidad de esta llega hasta un 15 % y si es de causa variceal hasta un 20 %. Una de las causas principales son las úlceras pépticas, en el 50% de los casos, siendo la forma más frecuente en adultos gástrica y en niños duodenal (50).

Dentro de los factores de riesgo, encontramos que existe una fuerte asociación a mayor morbimortalidad en pacientes mayores de 60 años, con el caso de nuestro paciente. También pacientes con otras comorbilidades como son la enfermedad hepática avanzada, inestabilidad hemodinámica al ingreso, que al realizarle una endoscopia digestiva alta al paciente se evidencie sangrado activo, así como el antecedente de hematoquecia o melena (51).

En el paciente se realizó una endoscopia alta, debido a que nos sirve como diagnóstico, pero muchas veces también como tratamiento de la hemorragia digestiva alta, otra ventaja de este procedimiento es que aporta información sobre riesgo de sangrado lo que nos permite tener un mejor enfoque en el tratamiento.

La clasificación de Forrest es útil en la enfermedad péptica pues estandariza las lesiones para obtener un riesgo individual para cada paciente, teniendo la clasificación de: IA (sangrado en chorro), IB (sangrado difuso), IIA (vaso visible no sangrante), IIB (coágulo adherido), IIC (mancha plana), III (úlceras limpias), como es el caso de nuestro paciente que por endoscopia tenía un Forrest III ubicado en el antro (51).

Dentro de la terapéutica al paciente se le dio omeprazol, el cual es un antagonista de la bomba H⁺/K⁺ ATPasa y actúa a nivel de las células parietales, se ha evidenciado que reduce el sangrado en este tipo de pacientes y la recomendación de este está en todo paciente con HDA independientemente de su etiología. Sin embargo, la literatura nos da evidencia de otros manejos terapéuticos como son el uso de análogos de la somatostatina como el octreotide, el cual disminuye el flujo esplácnico al disminuir la presión portal y realizar una contrarregulación de hormonas gástricas, lo cual disminuye la cantidad de sangrado (52).

En algunos casos se llega al tratamiento quirúrgico optando por una gastrectomía parcial y vagotomía en el caso de úlcera péptica, generalmente en casos en los que la HDA es masiva o hay una incapacidad para visualizar con la endoscopia digestiva alta la lesión sangrante (52).

Caso clínico n.º 2

La insuficiencia respiratoria aguda (IRA) consiste en la falla de la función del sistema respiratorio, desde el centro respiratorio, en el tronco cerebral, hasta a nivel de la membrana alveolo capilar en el intercambio gaseoso, mientras que la definición de hipoxia consiste en una presión arterial de oxígeno inferior a 60 mmHg, cuando esta acompaña a una IRA, se debe colocar oxígeno inmediatamente debido a que conlleva a un alto riesgo vital (53).

Dentro de las patologías más comunes en medicina interna, las IRA son una causa frecuente de visita a urgencias, y debemos de saber identificarlas y clasificarlas, teniendo en cuenta que existe una incapacidad para tener una hematosis adecuada, así como compensar el trabajo ventilatorio con el parietomuscular, siendo el diagnóstico clínico (53).

La COVID-19 puede tener una presentación tanto leve como moderada y grave, llevando a una neumonía severa, síndrome de dificultad respiratoria (SDRA) y sepsis. El intervalo del periodo de incubación varía entre 4 a 7 días, pero en algunos pacientes puede presentarse hasta después de los 13 días. Con respecto a la clínica que el interno tiene que identificar, tenemos que enfocarnos que los casos leves presentan típicamente síntomas como fiebre alta, mialgias, tos seca y posible evolución a neumonía (54).

En vista de que la pandemia por el SARS-CoV-2 significó una gran pérdida humana para nuestro país y el mundo, no podemos ignorar este diagnóstico presuntivo, ya que, a pesar de la gran acogida de las campañas de vacunación en la población, este virus sigue siendo altamente contagioso a través de gotas respiratorias de $> 5 \mu\text{m}$ y en cortas distancias entre 1,5-2 metros, los cuales se pueden transmitir tan solo al toser, hablar o estornudar. En la actualidad, aún no se ha descartado la posibilidad de transmisión a través de superficies infectadas, ya que se ha demostrado que puede persistir en acero inoxidable y plásticos hasta en 72 horas (54).

Para el diagnóstico, después de la sospecha clínica se toma una muestra ya sea de frotis nasofaríngeo, esputo, o incluso sangre o heces, en las cuales se detectan ácidos nucleicos de SARS-CoV-2 mediante la reacción de cadena de

la polimerasa con transcripción inversa (RT-PCR). Como dato extra, últimos estudios han identificado que la enfermedad se ve más envarones que en mujeres, por lo que se ha asociado al cromosoma X y a las hormonas sexuales que tienen un rol en la inmunidad innata y adaptativa (54).

En nuestro paciente, después del resultado final de la prueba molecular se demostró que fue positivo la COVID-19, probablemente los síntomas se han exacerbado debido al antecedente de tuberculosis, recordando que en nuestro país este es un antecedente patológico muy común, asimismo, el paciente tenía un factor de riesgo extra para contagiarse en su ocupación, ya que al ser vendedor ambulante está en contacto con más personas.

Caso clínico n.º 3

La diabetes *mellitus* constituye una enfermedad con una importante carga para la salud pública debido a su alta morbilidad, mortalidad y discapacidad, y como muchas enfermedades requiere de un tratamiento a largo plazo para prevenir las múltiples complicaciones que conlleva la enfermedad. Por tanto, es un gran reto para el personal de salud poder tener un diagnóstico oportuno en pacientes con factores de riesgo como nuestro paciente, para así tener un tratamiento y una buena adherencia al manejo farmacológico, teniendo en cuenta que lo primordial son los cambios en la alimentación y los estilos de vida (55).

La diabetes *mellitus* tipo 2 es la forma más común de diabetes en adultos, en la cual hay tanto resistencia como deficiencia de insulina, asimismo, la hiperglucemia exagera esta resistencia al afectar la adecuada función de las células beta del páncreas, lo cual conocido como “glucotoxicidad” (56).

Nuestro paciente acude con una cetoacidosis diabética, la cual es rara en la literatura en diabéticos tipo 2, sin embargo vemos un contraste en la en la práctica clínica, esta puede ocurrir en las siguientes situaciones: Situaciones de estrés graves como infarto agudo de miocardio, traumatismos o casos de sepsis, en los que las hormonas contrarreguladoras favorecen a la resistencia a la insulina al interferir con su secreción, no pudiendo cubrir la gran demanda de

esta; la otra situación consiste en que al haber ausencia de un factor estresante, exista un subtipo dentro del fenotipo de la diabetes tipo 2 que predisponga a la cetosis (57).

El paciente presentaba un absceso dental, el cual es una acumulación de pus causado por una infección bacteriana. Dentro de la clasificación tenemos que el periapical se produce en la punta de la raíz, y el periodontal en las encías. Es sabido que el periapical se produce por caries dentales no tratadas, teniendo en cuenta que existen factores de riesgo de fondo no solo debido a malos hábitos de higiene dental sino también a enfermedades de fondo que tienen un compromiso inmunitario de los pacientes como la diabetes *mellitus* (60).

Caso clínico n.º 4

El síndrome doloroso abdominal conlleva a una infinidad de diagnósticos diferenciales, pero en este caso, nos inclinamos por la patología biliar, tenemos que saber que existen casos en los cuales los pacientes permanecen asintomáticos toda su vida y el diagnóstico es incidental, pero de este grupo del 15 % al 25 % de pacientes se volverán sintomáticos (58).

Los casos de pacientes sintomáticos pueden iniciar con los famosos cólicos biliares, los cuales son intensos y constantes y suelen tener una localización en el cuadrante superior derecho o epigastrio, algunos irradiados hacia la espalda y pueden acompañarse de náuseas y vómitos (58).

Para un adecuado diagnóstico, nos debemos de guiar de la clínica que aqueja al paciente, junto con un adecuado examen físico, nos facilita el diagnóstico que en este caso nuestro paciente sea joven y delgado, esto apoyado de exámenes de laboratorio como el perfil hepático, en el que es importante ver los valores de bilirrubina, fosfatasa alcalina, amilasa y lipasa; así como exámenes de imágenes para determinar la presencia de cálculos y/o barro biliar, identificando focos ecogénicos que proyectan una característica sombra acústica (59).

Existen complicaciones que son importantes a tener en cuenta por lo que es necesario como en este caso ampliar el estudio de imágenes con una colangiografía, pues pueden presentarse colecistitis agudas,

coledocolitiasis, que en algunos casos terminan en colangitis, pancreatitis de etiología biliar, hasta las más raras como el síndrome de Mirizzi y cáncer de vesícula biliar (60).

En este caso, posterior a realizarse la colangioresonancia se concluyó que el paciente presentó cálculos tanto en la vesícula como en el colédoco, teniendo como diagnóstico una colelitiasis y coledocolitiasis, alejándonos de una colangitis, pues no se cumplían los criterios de Tokio. Por lo que el plan con el paciente fue realizar una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) para la extracción de cálculos del conducto colédoco y posterior a ello, referir al paciente a cirugía para la extracción de la vesícula biliar, mediante una colecistectomía laparoscópica.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico forma parte de una de las grandes etapas en nuestra formación, en ella los estudiantes de medicina participan activamente en los establecimientos de salud que les fueron asignados, donde tienen que asumir responsabilidades sobre los pacientes a su cargo, realizando visitas médicas y participando de ellas activamente, así como también realizar procedimientos médicos bajo supervisión los cuales muchas veces son otorgados a los estudiantes que mejor desempeño tienen y quienes demuestran tener muchas más ganas de aprender, es la etapa en que todos los conocimientos de las etapas previas son consolidados. Durante el internado uno aprende a desenvolverse en el ámbito hospitalario; en primer lugar, en el trato digno del paciente, el cual no solo debe centrarse en el cumplimiento del tratamiento y manejo de este, sino también en la comunicación no verbal del paciente, en los aspectos emocionales y la empatía, debemos recordar que los pacientes así como sus familiares son personas y por tanto pueden sentirse vulnerables ante lo difícil que es sufrir una condición en salud delicada, además aprendemos a ser capaces de mostrarnos receptivos y sinceros al momento de comunicarnos con ellos con respecto a los procedimientos que se les están realizando y por qué se los están realizando. En segundo lugar, el trato con el personal hospitalario, durante el internado aprendemos a tener relaciones interpersonales adecuadas y asertivas, para que estas enriquezcan nuestro desenvolvimiento en el servicio donde se esté realizando la rotación creando un buen ambiente laboral, así como también aprendiendo de los diferentes trabajadores del hospital; enfermeros, obstetras, nutricionistas, personal administrativo, personal de mantenimiento y de nuestros asistentes y residentes.

El internado médico significó un gran reto, se aprendió a ser disciplinados, responsables y perseverantes, a lidiar con diferentes tipos de comentarios tanto buenos como malos, y a tomar estos comentarios como motivación para continuar con el mejor de los ánimos y mejorar. Es justamente esta una de las dificultades por las que se atraviesa durante el internado el tener que vivir y presenciar maltratos y abusos, esto sin duda es algo que debe ser tomado con delicadeza y en lo que se debe mejorar ya que el médico en formación debe

aprender a no normalizar ni replicar estas actividades más adelante en su carrera profesional, por tanto, como profesionales debemos aprender a ser respetuosos, resilientes e introspectivos.

Al realizar el internado en hospitales del MINSA pudimos notar lo desatendidos que estos están, la precariedad de sus instalaciones, la deficiencia de implementos y equipamiento, la larga lista de personas en espera de atención y por tanto la existencia de una atención médica de baja calidad. Sin embargo, si bien es cierto ambas estuvimos en establecimientos MINSA de diferente categoría, pudimos notar grandes diferencias entre un establecimiento y otro, el Hospital de Emergencias de Villa el Salvador contaba con infraestructura moderna por ser un hospital nuevo de siete años de antigüedad, poseía mayor suministro de insumos, mejor distribución espacial, historias clínicas digitalizadas, jerarquización no tan marcada como se sabe se vive en otros establecimientos, mayor organización y cumplimiento de los roles establecidos para cada profesional de la salud en su respectivo servicio así como el apoyo entre ellos para llevar a cabo de manera eficiente las necesidades de los pacientes, un ejemplo de ello es la respuesta rápida y cálida del personal de laboratorio al momento de recibir una llamada requiriendo la toma de un análisis en el piso de Medicina Interna, o el pedido de rayos X para un paciente colocado en la pizarra de enfermería, donde las enfermeras al observar los pedidos coordinaban con el médico radiólogo para que el personal técnico llevaran al paciente a rayos X. Por otro lado, en el Hospital Dos de Mayo, al ser un hospital antiguo con 148 años de antigüedad y a pesar de ser un hospital de referencia de tercer nivel, tenía una infraestructura precaria, no siempre se contaba con los insumos necesarios para la realización de procedimientos, la información de los pacientes se encontraba en historias clínicas no digitalizadas, lo que imposibilitaba el rápido acceso a estas, incluso se observaban extravío de resultados de exámenes, así como no tener el acceso a un resonador, teniendo solo un tomógrafo para todo el hospital. A pesar de ello, el interno junto con sus médicos residentes y asistentes para afrontar esta situación, hacían uso del ingenio, la creatividad y la experiencia dando soluciones en beneficio de los pacientes, lo que es rescatable y admirable ya que muchas veces con pocos

recursos se lograron realizar muchos procedimientos, sustituyendo insumos difíciles de conseguir por otros más accesibles, con el apoyo de los familiares.

Finalmente, si bien es cierto el internado médico en nuestro país no cuenta con las condiciones necesarias desde una buena remuneración hasta el difícil acceso a tecnología moderna en medicina, así como conocer nuevos procedimientos que requieren de esta; este sigue siendo un periodo de enseñanza y aprendizaje donde se viven y aprovechan experiencias que serán decisivas en nuestro desenvolvimiento para con nuestro futuro paciente.

CONCLUSIONES

No cabe duda que el internado médico es una de las etapas más significativas de nuestra carrera, donde confluye todo lo aprendido durante los seis primeros años de estudios para dar lugar a un médico capacitado. Es durante este periodo que el estudiante de medicina aprende a desenvolverse en el entorno laboral, adquiere nuevos conocimientos y habilidades para llevar a cabo su profesión.

Este trabajo fue realizado en base a la experiencia obtenida durante la rotación en dos hospitales diferentes de la misma red de salud, por lo que se pudo apreciar las diferencias existentes entre estos establecimientos del MINSA. Cada estudiante tiene una experiencia diferente en su paso por el internado, esto nos brinda la oportunidad de percibirnos como médicos, aprendiendo diversas patologías en las diferentes especialidades, realizando procedimientos, participando en la búsqueda de diagnósticos, interpretando resultados de exámenes de laboratorio e imagen, proponiendo tratamientos, recibiendo asesoramiento de parte de muchos médicos que están dispuestos a enseñarnos y guiarnos en nuestro aprendizaje, nos da la oportunidad de no solo aprender del paciente sino de aprender de los diferentes profesionales así como de nosotros mismos y con ello poder mejorar.

Todo ello teniendo como objetivo consolidar nuestros conocimientos y capacitar a los internos en la realización de procedimientos médicos básicos para prepararnos para el futuro próximo que vendría a ser la siguiente etapa de nuestras carreras el SERUMS, durante el cual muchos vayan a laborar en comunidades aisladas y realicen procedimientos médicos sin apoyo y probablemente con pocos suministros. Es por ello la importancia del internado el darnos las herramientas necesarias para nosotros construirlas y llegar a ser médicos generales capaces.

RECOMENDACIONES

El internado médico debería desarrollarse en un entorno laboral donde exista el respeto y la colaboración entre el personal de salud, para que el interno pueda desenvolverse correctamente y sienta la confianza para desarrollar sus capacidades como futuro profesional de la salud.

Es recomendable durante el internado reforzar la parte académica de cada alumno recibiendo más actividades académicas y exposiciones sobre los casos de los pacientes que se ven ya que eso reforzaría el aprendizaje sobre la patología de la que padecen viendo sus síntomas, signos y manejo en primera mano, asimismo, invitar a participar a otras especialidades médicas para que la experiencia académica sea enriquecedora para el interno.

En vista de que en nuestro país se no se realiza suficiente investigación, sino que se utilizan scores y parámetros de estudios en poblaciones de otros países adaptados al nuestro, es recomendable que los internos sean motivados e impulsados por sus residentes y asistentes, quienes en base a su experiencia los guíen para realizar proyectos de investigación.

Se sabe que finalizando internado médico los internos rendirán el Examen Nacional de Medicina Humana, por lo que sería importante que se desarrollen simulacros en las sedes hospitalarias con una retroalimentación posterior, para que puedan los internos aclarar sus dudas.

Finalmente, debido a que el internado es una etapa importante en la formación de los futuros médicos y habiéndose la pandemia de la COVID-19 controlado, es recomendable que el internado vuelva a tener la duración de 12 meses, teniendo el interno más tiempo de aprendizaje en cada especialidad, no perdiéndose la rotación en los centros de salud, ya que en estos últimos años se ha demostrado que la atención del primer nivel favorece y vuelve más completa la experiencia del internado médico preparando a los internos para el SERUMS.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Plataforma digital única del Estado Peruano. Hospital de Emergencias de Villa El Salvador: Información institucional. Gob.pe [Internet]. [citado 12 de Abril de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/heves/institucional>
2. Plataforma digital única del Estado Peruano. Más de 7000 pacientes con COVID-19 fueron dados de alta del Hospital de Emergencias Villa El Salvador. Ministerio de Salud. [Internet]. [citado 12 de Abril de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/304268-mas-de-7000-pacientes-con-covid-19-fueron-dados-de-alta-del-hospital-de-emergencias-villa-el-salvador/>
3. Minsa: Hospital de emergencias Villa El Salvador reinicia atenciones presenciales no covid. El Peruano. [Internet]. [citado 12 de Abril de 2023]. Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia/132592-minsa-hospital-de-emergencias-villa-el-salvador-reinicia-atenciones-presenciales-no-covidhttps://elperuano.pe/noticia/132592-minsa-hospital-de-emergencias-villa-el-salvador-reinicia-atenciones-presenciales-no-covid>
4. Hospital Nacional Dos de Mayo [Internet]. Gob.pe. [cited 2023Apr12]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2926.pdf>
5. Resolución Directoral [Internet]. Nuevaweb.hdosdemayo.gob.pe. 2019 [cited 12 April 2023]. Available from: http://nuevaweb.hdosdemayo.gob.pe/instrumentos_de_gestion/presupuesto_participativo/POI%202018%20H2M.pdf 18.
6. Dpto. de Medicina interna [Internet]. Hospital Nacional Dos de Mayo. 2016 [citado 12 de Abril 2023]. Disponible en: <https://portal.hdosdemayo.gob.pe/CarteraServicios/DepartamentoMedicina>
7. Plan Hospitalario de respuesta frente a emergencia y desastres [Internet]. Nuevaweb.hdosdemayo.gob.pe. 2021 [cited 12 April 2023]. Available from:

http://nuevaweb.hdosdemayo.gob.pe/gestion_de_riesgos/plan_hospitalario_de_respuesta_frente_a_emergencias_y_desastres.pdf

8. Dpto. de Pediatría [Internet]. Hospital Nacional Dos de Mayo. 2016 [citado 12 de April 2023]. Disponible en: <http://hdosdemayo.gob.pe/portal/dptode-pediatria/>
9. Dpto. de Cirugía [Internet]. Hospital Nacional Dos de Mayo. 2016 [citado 12 de April 2023]. Disponible en: <https://portal.hdosdemayo.gob.pe/CarteraServicios/DepartamentoCirugia>
10. Dpto. de Gineco-Obstetricia [Internet]. Hospital Nacional Dos de Mayo. 2016 [citado 12 April 2023]. Disponible en: <http://hdosdemayo.gob.pe/portal/dpto-de-gineco-obstetricia/> 19.
11. Herrera O. Neumonía adquirida en la comunidad (NAC): manejo ambulatorio e intrahospitalario. Enfermedades respiratorias en pediatría, (2012), pp. 265-272. Santiago, Chile, Mediterráneo.
12. Sánchez I. Consenso Pediátrico. Neumonías adquiridas en la comunidad. Rev Chil Enf Respir, 15 (1999), pp. 108-136
13. Karla Moëne B. Neumonías Adquiridas en la comunidad en niños: Diagnóstico Por imágenes. Revista Médica Clínica Las Condes. 2013;24(1):27-35.
14. Bradley JS, Byington CL, Shah SS, et al. El manejo de la neumonía adquirida en la comunidad en bebés y niños mayores de 3 meses de edad: pautas de práctica clínica de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas Pediátricas y la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América. Clin Infect Dis 2011; 53:e25.
15. Harris M, Clark J, Coote N, et al. Directrices de la British Thoracic Society para el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en niños: actualización de 2011. Thorax 2011; 66 Suplemento 2:ii1.
16. Shah SN, Bachur RG, Simel DL, Neuman MI. ¿Este niño tiene neumonía?: La revisión sistemática del examen clínico racional. JAMA 2017; 318:462.

17. Barson J, Kaplan S, Blake D. Neumonía adquirida en la comunidad en niños: características clínicas y diagnóstico. UpToDate. 2022.
18. Shaikh N, Hoberman A. Infecciones del tracto urinario en lactantes y niños mayores de un mes: características clínicas y diagnóstico. UpToDate. 2021.
19. Zorc JJ, Kiddoo DA, Shaw KN. Diagnosis and management of pediatric urinary tract infections. Clin Microbiol Rev 2005; 18:417.
20. Shaikh N, Morone NE, Lopez J, et al. Does this child have a urinary tract infection? JAMA 2007; 298:2895.
21. Gauthier M, Gouin S, Phan V, Gravel J. Association of malodorous urine with urinary tract infection in children aged 1 to 36 months. Pediatrics 2012; 129:885.
22. Hooton TM, Scholes D, Hughes JP, et al. A prospective study of risk factors for symptomatic urinary tract infection in young women. N Engl J Med 1996; 335:468.
23. Chang SL, Shortliffe LD. Pediatric urinary tract infections. Pediatr Clin North Am 2006; 53:379.
24. Piedra P, Stark A. Bronchiolitis in infants and children: Clinical features and diagnosis. UpToDate. 2023.
25. Wilfong A. Seizures and epilepsy in children: Classification, etiology, and clinical features. UpToDate. 2023.
26. Piera Mercé. Epilepsia Infantil. Revista Farmacia profesional. 2004; 18(10):47-51.
27. Martin R. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis. UpToDate. 2023.
28. Smink D, Soybel D. Management of acute appendicitis in adults. UpToDate. 2023.
29. Bordeianou L, Yeh D. Etiologies, clinical manifestations, and diagnosis of mechanical small bowel obstruction in adults. UpToDate. 2023.
30. Pemberton J, Peery A. Clinical manifestations and diagnosis of acute colonic diverticulitis in adults. UpToDate. 2023.

31. Pemberton J. Acute colonic diverticulitis: Medical management. Uptodate. 2023.
32. Vege Santhi Swaroop. Management of acute pancreatitis. UpToDate. 2023
33. Vege Santhi Swaroop. Etiology of acute pancreatitis. UpToDate. 2023
34. Vege Santhi Swaroop. Management of acute pancreatitis. UpToDate. 2023.
35. Reindollar RH, Novak M, Tho SP, McDonough PG. Amenorrea de inicio en adultos: un estudio de 262 pacientes. Am J Obstet Gynecol 1986; 155:531.
36. Asherman Jg. Adherencias intrauterinas traumáticas. J Obstet Gynaecol Br Emp 1950; 57:892.
37. Asherman Jg. Amenorrea traumática (atretica). J Obstet Gynaecol Br Emp 1948; 55:23.
38. Deans R, Abbott J. Revisión de adherencias intrauterinas. J Minim Invasive Gynecol 2010; 17:555.
39. Urquiza JPN, Ávila MTS, Garza LAM, Nava VMS. Enfermedad hipertensiva del embarazo. Med Crit. 2010; 24(4):190-5.
40. Poon LC, Shennan A, Hyett JA, Kapur A, Hadar E, Divakar H, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. Int J Gynecol Obstet. 2019; 145:1-33. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12802>
41. Sánchez SE. Actualización en la epidemiología de la preeclampsia: update. Rev Per Ginecol Obstet. 2014; 60(4):309-20. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v60i1554>.
42. Seguro Social de Salud EsSalud. EsSalud: 8% de aseguradas embarazadas sufren Preeclampsia, principal causa de muerte materna Lima: EsSalud; 2014. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/essalud->

8-de-aseguradas-embarazadas-sufren-preeclampsia-principal-causa-de-muerte-materna/.

43. Centro Nacional de Epidemiología Prevención y Control de Enfermedades. Boletín Epidemiológico. Lima:Ministerio de Salud; 2020.
44. Yanque Robles, O. et al. [Internet] *Guía de práctica clínica para la prevención y el manejo de la enfermedad hipertensiva del embarazo, Vista de Guía de Práctica Clínica para la prevención y el manejo de la enfermedad hipertensiva Del Embarazo*. Available at: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3810/3775> (Accessed: April 13, 2023).
45. Alkatout I, Honemeyer U, Strauss A, et al. Diagnóstico clínico y tratamiento del embarazo ectópico. *Obstet Gynecol Surv* 2013; 68:571.
46. Bleyer WA. La farmacología clínica del metotrexato: nuevas aplicaciones de un antiguo fármaco. *Cáncer* 1978; 41:36.
47. Peine de labios GH. Terapia médica para el embarazo ectópico. *Semin Reprod Med* 2007; 25:93.
48. Kumar V, Abbas AK, Fausto N, et al. Base patológica de la enfermedad de Robbins y Cotran, Edición profesional, 8.ª ed., Saunders, Filadelfia 2009.
49. Pérez Ortiz V. et al. Tumor de Brenner Maligno de ovario - redalyc [Internet]. [cited 2023Apr13]. Available from: <https://redalyc.org/journal/3756/375662363008/375662363008.pdf>
50. Balderas V, Bhore R, Lara L, Spesivtseva J & Rockey D. (2011). The Hematocrit Level in Upper Gastrointestinal Hemorrhage: Safety of Endoscopy and Outcomes. *American Journal of Medicine* 124 , 970–76.
51. Walls R, Marx J, Hockberger R, Adams J & Rosen P. (2017). *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. Emergency Medicine, Vol. 2.

52. Bennett C, Klingenberg L, Langholz E & Gluud L. (2014). Tranexamic Acid for Upper Gastrointestinal Bleeding. Cochrane Database of Systematic Reviews 21, CD006640.
53. Demir S. et al. La insuficiencia respiratoria aguda (IRA) es el resultado de cualquier disfunción del sistema respiratorio, Nava S, Chalumeau-Lemoine L, et al. Insuficiencia Respiratoria Aguda [Internet]. EMC - Tratado de Medicina. Elsevier Masson; 2020 [cited 2023Apr13]. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1636541020437493>.
54. Sánchez-Oro R, Torres Nuez J, Martínez-Sanz G. Radiological findings for diagnosis of SARS-COV-2 pneumonia (COVID-19) [Internet]. Medicina clinica. U.S. National Library of Medicine; 2020 [cited 2023Apr13]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7128716/>
55. Carrillo-Larco RM, Bernabé-Ortiz A. Diabetes mellitus tipo 2 en Perú: Una Revisión Sistemática sobre la prevalencia e incidencia en Población general [Internet]. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Instituto Nacional de Salud; 2019 [cited 2023Apr13]. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2019.v36n1/26-36/es/>
56. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, et al. 2. Clasificación y Diagnóstico de Diabetes: Estándares de Atención en Diabetes-2023. Cuidado de la Diabetes 2023; 46:S19.
57. Absceso Dental [Internet]. Mayo Clinic. Mayo Foundation for Medical Education and Research; 2022 [cited 2023Apr13]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/tooth-abscess/symptoms-causes/syc-20350901>
58. Heaton KW, Braddon FE, Mountford RA, et al. Cálculos biliares sintomáticos y silenciosos en la comunidad. *Tripa* 1991; 32:316.
59. Zeng Q, He Y, Qiang DC, Wu LX. Prevalencia y patrón epidemiológico de cálculos biliares en residentes urbanos en China. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2012; 24:1459.

60. Everhart JE, Khare M, Hill M, Maurer KR. Prevalencia y diferencias étnicas en la enfermedad de la vesícula biliar en los Estados Unidos. *Gastroenterología* 1999; 117:632.