



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA COMO INTERNOS DE MEDICINA EN  
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE TERCER NIVEL  
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA - CENTRO  
MEDICO NAVAL CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TAVARA  
DURANTE EL AÑO 2022-2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**ANDREA GUADALUPE ECHEVERRÍA ALMEYDA  
CARLA MARLIZ ORE JAIME**

**ASESOR**

**RICHARD FREDY FLORIAN CASTILLO**

**LIMA - PERÚ**

**2023**



**Reconocimiento  
CC BY**

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA COMO INTERNOS DE MEDICINA EN  
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE TERCER NIVEL  
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA - CENTRO  
MEDICO NAVAL CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TAVARA  
DURANTE EL AÑO 2022-2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR**

**ANDREA GUADALUPE ECHEVERRÍA ALMEYDA**

**CARLA MARLIZ ORE JAIME**

**ASESOR**

**DR. RICHARD FREDY FLORIAN CASTILLO**

**LIMA, PERÚ**

**2023**

## **JURADO**

**Presidente:** Dr. Herrera Huaranga Fernando Marcos

**Miembro:** Dr. Johandi Delgado Quispe

**Miembro:** Dr. Aguilera Herrera Cesar Augusto

## DEDICATORIA

Dedicado a mis padres por darme la mejor educación y apoyo incondicional. A mis hermanos quienes estuvieron conmigo en los mejores y peores momentos. A mis gatos por brindarme el apoyo emocional necesario durante 7 años lejos de mi familia.

*Carla Ore*

Dedicado a mi papá que es apoyo incondicional e inspiración no solo en la carrera médica sino también en cada paso de mi vida, agradecida con Dios y mis padres por la oportunidad que se me brindó de continuar la carrera con éxito. Con mis mascotas por hacer menos tediosas las madrugadas de estudio. A Papoli y mi tío Cali un abrazo al cielo.

*Andrea Echeverría*

Agradecemos también a los doctores que sumaron a nuestro crecimiento académico y personal, enseñándonos como ser buenos profesionales sin dejar de ser humanos.

## ÍNDICE

<b>PORTADA</b> .....	<b>i</b>
<b>JURADO</b> .....	<b>ii</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>iii</b>
<b>ÍNDICE</b> .....	<b>iv</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vi</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>vii</b>
<b>CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b> .....	<b>1</b>
1.1 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA .....	1
1.2 ROTACIÓN DE CIRUGÍA.....	16
1.3 ROTACIÓN DE GINECO OBSTETRICIA.....	26
1.4 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA .....	35
<b>CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b> .....	<b>43</b>
<b>CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b> .....	<b>48</b>
3.1 ROTACIÓN MEDICINA INTERNA .....	48
3.2 ROTACIÓN CIRUGÍA .....	52
3.3 ROTACIÓN GINECO OBSTETRICIA.....	58
3.4 ROTACIÓN PEDIATRÍA .....	61
<b>CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b> .....	<b>66</b>
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>67</b>
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	<b>68</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b> .....	<b>69</b>

## RESUMEN

**Introducción.** El último año de la carrera de Medicina Humana es el Internado médico, una etapa de consolidación y aplicación de conocimientos adquiridos en los años previos. En un contexto post pandemia (COVID-19) en el cual se empezaban a dar los primeros pasos para retomar la presencialidad, luego de 2 años de desatención sanitaria en el país. El internado médico incluyó rotaciones tanto en establecimientos de salud de primer y tercer nivel de atención que servirá a los futuros profesionales para enfrentar nuevos retos que formarán la base de un buen manejo médico en el primer nivel de atención en el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS).

**Objetivo.** Describir las vivencias de dos internas de Medicina Humana durante el internado médico en diferentes establecimientos de salud, mediante la presentación de 16 casos clínicos con relevancia médica en las áreas de Medicina Interna, Cirugía General, Gineco Obstetricia y Pediatría en el contexto post pandemia COVID-19.

**Conclusión.** El internado médico es fundamental para la formación académico profesional, durante el contexto post pandemia se tuvo que encontrar maneras en las cuáles nivelar las desventajas generadas por la pandemia y el fin de la emergencia sanitaria. Los cuales conllevan modificaciones en las bases legales del internado médico, como la disminución de horas y de días, limitando el aprendizaje en esta etapa preprofesional. Sin embargo, se logró ver las principales patologías a las cuales nos enfrentaremos como médicos cirujanos en el primer nivel de atención.

**Palabras claves:** Interno de medicina, Internado médico 2022, Cirugía general, Medicina, Gineco Obstétrica, Pediatría.

## ABSTRACT

**Introduction.** The last year of the Human Medicine degree is the Medical Internship, a stage of consolidation and application of knowledge acquired in previous years. In a post-pandemic context (COVID-19) in which the first steps were beginning to be taken to resume face-to-face attendance, after 2 years of neglect of health care in the country. The medical internship included rotations in both first and third level care health establishments that will serve future professionals to face new challenges that will form the basis of good medical management in the first level of care in the Marginal Rural and Urban Service in Health (SERUMS).

**Objective.** To describe the experiences of two medical interns during the medical internship in different health establishments, through the presentation of 16 clinical cases with medical relevance in the areas of Internal Medicine, General Surgery, Gynecology, - Obstetrics and Pediatrics in the post-COVID-19 pandemic context.

**Conclusion.** Medical internship is essential for professional academic training. During the post-pandemic context, ways had to be found in which to balance the disadvantages generated by the pandemic and the end of the health emergency. Which entail modifications in the legal bases of the medical internship, such as the reduction of hours on our working days, limiting learning in this pre-professional stage. However, it was possible to see the main pathologies that we will face as doctors at the first level of care.

**Key words:** Medical intern, Medical internship 2022, Internal Medicine, General Surgery, Gynecology, - Obstetrics and Pediatrics



NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA COMO INTERNOS DE MED  
ICINA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALU  
D DE TERCER NIVEL HOSPITAL NACION  
AL

AUTOR

ECHEVERRÍA ALMEYDA ANDREA GUAD  
ALUPE

RECUENTO DE PALABRAS

20249 Words

RECUENTO DE CARACTERES

116847 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

84 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

809.5KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 19, 2023 12:46 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 19, 2023 12:52 PM GMT-5

● **6% de similitud general**

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

- 5% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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

**DATOS COMPLETOS DEL ASESOR**

Richard Fredy Florian Castillo  
DNI: 15615564  
COD ORCID: 0009-0007-4983-3328



**FIRMA DEL ASESOR**

## INTRODUCCIÓN

El último año de la carrera de Medicina Humana es el Internado médico, una etapa de consolidación y aplicación de conocimientos adquiridos en las dos etapas previas Ciencias básicas y Clínicas. A diferencia de estas, el interno médico se encuentra en mayor contacto con el paciente y el sistema de atención en el primer y tercer nivel de salud.

El primer contacto con el paciente se da de la mano de los doctores asistentes y residentes quienes fueron guías a través de la evaluación del paciente para llegar a un diagnóstico, proponer manejo, plan de trabajo, seguir un tratamiento y observar la evolución diaria del paciente en el área de hospitalización o mediante controles espaciados con atenciones en Consultorio externo.

En un contexto post pandemia COVID-19 en el cual se empezaban a dar los primeros pasos para retomar la presencialidad, luego de 2 años de desatención sanitaria en el país había un sector importante de pacientes que no asistieron a controles o abandonaron su tratamiento médico los cuáles precisaban de atención oportuna.

Con el fin del Estado de Emergencia de la pandemia COVID-19 se publicó la Resolución Ministerial N°351-2022 MINSa (Ministerio de Salud) el cual resuelve la aprobación de la Directiva Administrativa N° 331 MINSa/DIGEP 2022, en el cual se sientan las bases del desarrollo de las actividades del Internado médico en los centros de salud. De los cuales resaltan la selección de sede por campos de formación (DIRIS/DIRESA) limitando opciones en la selección de sedes de internado. Así mismo, se establece un horario de actividades en el cual establece una jornada de 150 horas mensuales, con el cual no se puede hacer seguimiento de la atención brindada al paciente, limitando nuestro aprendizaje (1).

El internado médico incluyó rotaciones en establecimientos de salud de primer y tercer nivel de atención en cuatro grandes áreas: Medicina interna, Cirugía general, Pediatría y Gineco-obstetricia. Permitiendo reconocer características presentes en las patologías más frecuentes de cada población. Estos conocimientos formarán la base de un buen manejo médico como futuros

profesionales y nos ayudarán a enfrentar diversas patologías en el primer nivel de atención en el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS).

Con el presente trabajo se busca narrar la experiencia de realizar el internado médico durante el periodo 2022-2023 en distintas sedes hospitalarias, además de una breve descripción de los hospitales correspondientes.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

La carrera de Medicina Humana en la USMP incluye diversas etapas como son Ciencias básicas, Clínicas e Internado médico. Se hace hincapié en la última etapa de la carrera, el Internado médico, ya el más importante de los 7 años de duración de la carrera. Durante el Internado médico se aplicaron los conocimientos adquiridos en las etapas previas, los cuales fueron complementados gracias a la recepción de diversos pacientes durante la estancia hospitalaria en establecimientos de salud de alta complejidad.

En el presente capítulo se relatan 16 casos puntuales y de vital importancia tanto por su frecuencia e impacto en nuestro aprendizaje en el HNAL y el CMNCMST.

### **1.1 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA**

#### **Caso clínico N° 1 CMNCMST**

**Nombre:** COJ

**Edad:** 54 años

**Procedencia:** Paramonga

**Fecha de ingreso:** 18/03/2023

**Antecedentes personales y familiares:** DM2 (Diagnosticado en 2008) - Complicación tardía de diabetes: Amputación de primer y segundo dedo pie derecho. Padre: HTA

**Síntomas y signos principales:** Cefalea, SAT, dolor plantar pie derecho, úlcera con mal olor y secretora en planta pie derecho

**Relato:** (Anamnesis directa): Paciente varón de 54 años, acude con tiempo de enfermedad de 1 semana aproximadamente caracterizado por cefalea intensidad 6/10 tipo opresiva, sensación de alza térmica no cuantificada y herida ulcerativa en planta de pie derecho; 5 días antes del ingreso refiere fiebre cuantificada en 38.6 grados que cede con automedicación de Paracetamol (2 tabletas de 500mg), dolor en región plantar del pie derecho y se añade secreción con mal olor purulenta en misma región. Con los días se exacerban los síntomas, motivo por el cual acude por Emergencia (EMG).

**Funciones vitales:** PA: 140/70mmHg FC: 91x' FR: 18 x' SpO2: 97% T° 37.7°C

**Examen físico dirigido:**

- Piel - Pálida, hidratada, elástica, llenado capilar <2", no cianosis, no ictericia, no edemas.
- Soma: Moviliza 04 extremidades. Lesión cicatricial en base de 1° y 2° dedo pie derecho por antecedente de amputación. Lesión ulcerosa de 2 x 2cm aproximadamente con secreción purulenta mal oliente en cara plantar de pie derecho, dolorosa a la palpación
- Resto de examen físico sin alteraciones

**Impresión diagnóstica:** 1) Pie diabético derecho infectado: Wagner 3, Texas III B 2) AKI vs ERC reagudizada 3) DM2 con complicaciones tardías: amputación 1° y 2° dedo pie derecho 4) Anemia moderada normocítica normocrómica

**Plan de trabajo:**

- 1 Inicio antibioticoterapia
- 2 Interconsulta (IC) Cirugía plástica.
- 3 IC Traumatología

**Evolución:**

El paciente ingresa por emergencia donde es examinado, y además se solicitan laboratorios basales donde los valores positivos son PCR: 221.86 Urea: 81.1 mg/dL Creatinina: 2.46 mg/dL, Glucosa basal: 149mg/dl Hb: 8.6 g/dL, Plaquetas:  $398 \times 10^3 \text{ mm}^3$ , Leucocitos:  $18.30 \times 10^3 \text{ mm}^3$ , Abastionados: 0% Segmentados:  $16.64 \times 10^3 \text{ mm}^3$ . Se decide hospitalizar, con las siguientes indicaciones para manejo en piso: 1) dieta hipoglúcida de protección renal 2) hidratación EV: 50cc/hora 3) Cobertura ATB: Piperacilina/tazobactam 2,25g EV c/6h en un esquema de siete días 4) protector gástrico: Omeprazol 40mg EV c/24h 5) Insulina R a escala móvil 6) Paracetamol condicional 7) CFV y HGT c/8h.

El primer día de hospitalización se mantienen las indicaciones de su ingreso, al examinar el pie derecho se observa secreción serohemática y persistencia

de dolor a palpación, posterior a ello se hace curación de herida, paciente afebril desde pase a piso, se solicitan interconsultas a los servicios de Traumatología, endocrinología, Cirugía cardiovascular y plástica y se solicita Radiografía de pie afectado. Al segundo día de hospitalización (20/03) presenta evolución estacionaria, no hay alteración en funciones vitales, sigue en cobertura con Piperacilina/Tazobactam, en el control realizado para ese mismo día se aprecia disminución de valores laboratoriales en contraste al ingreso: Urea: 78.4 mg/dL, Creatinina: 2.10 mg/dL, Hb: 7.3 g/dL, Leucocitos:  $9.2 \text{ mm}^3$  y Vit B12: 187 pg/mL. Se responden las interconsultas de Endocrinología dejando indicaciones de dieta, ajustando la escala R corrección y valorando la suplementación de Vit B12 con el valor actualizado. En interconsulta de Cirugía Cardiovascular señalan no es tributario para su servicio y dejando indicaciones de limpieza diaria de la úlcera. Se palpa pulso pedio. La respuesta a cirugía plástica señala como sugerencias realizar curaciones diarias con Sulfadiazina de plata y reevaluaciones a solicitud. Al tercer día de hospitalización (21/03) paciente refiere presentar tos productiva con expectoración blanquecina ocasional, niega SAT, funciones vitales permanecen estables. Se inicia el tratamiento con hidroxocobalamina, permanece la antibioticoterapia con Piperacilina/tazobactam. Durante el cuarto día de hospitalización (22/03) paciente permanece con evolución estacionaria, no alteración de funciones vitales. Evaluación por traumatología sugiere toma de cultivos de secreción y muestra ósea los cuales se realizan ese mismo día durante su curación diaria Al quinto día de hospitalización (23/03) paciente permanece con evolución estacionaria, en su control laboratorial de ese día se observó incremento de leucocitos en comparación con el anterior, nuevo valor:  $10.46 \text{ mm}^3$  y leve incremento en bioquímica renal: Urea 67.4 mg/dL, Creatinina 2.04 mg/dL. Durante el sexto día de hospitalización (24/03) paciente negaba molestias o síntomas, más al examen físico del se añaden crépitos bibasales a predominio de hemitórax derecho y episodios de desaturación hasta 90% por lo que se requiere de apoyo oxigenatorio por cánula binasal (CBN) a  $\text{FiO}_2$  0.32% para saturación de 95%. Se solicita Radiografía de tórax y se observa infiltrado tenue en base de hemitórax derecho, el paciente había desarrollado una neumonía intrahospitalaria por lo que se decide rotar de antibiótico a Cefepime en un

esquema de 5 días. Al día siete (25/03) paciente refiere mejoría de tos de manera considerable y niega otras molestias, segundo día con antibiótico, no se hallan interurrencias. Hasta el día 28/03 que fue el último día con antibioticoterapia no se hallan interurrencias, la saturación de oxígeno fue aumentando independientemente del apoyo oxigenatorio, los cultivos de secreción de pie que fueron tomados arrojaron resultados negativos, ante la mejoría clínica y laboratorial es dado de alta al día siguiente 29/03 con indicación de volver en 1 semana para control por Consultorio externo.

### **Resumen:**

Paciente varón de 54 años con:

- Diagnóstico principal de ingreso: Pie diabético derecho infectado, Wagner 3
- Diagnóstico principal de egreso: Neumonía intrahospitalaria tratada

## **Caso clínico N° 2 CMNCMST**

**Nombre:** AVN

**Edad:** 65 años

**Procedencia:** Tumbes

**Fecha de ingreso:** 14/03/2023

**Antecedentes personales y familiares:** Niega antecedentes patológicos, niega RAMs, niega uso de medicación habitual, niega antecedentes quirúrgicos. Antecedentes obstétricos: 2 partos eutócicos. Padre: HTA, Sobrina: LES

**Síntomas y signos principales:** Lumbalgia, ictericia, melena, alteración del sensorio

**Relato** (Anamnesis mixta): Paciente mujer de 65 años, proveniente de EMG. Natural y procedente de Tumbes con viajes a frecuencia a Trujillo por motivos de trabajo. Refiere que desde hace 2 meses aproximadamente (enero 2023) empezó a presentar lumbalgia de intensidad 3/10 y con los días se adicionó dolor abdominal de tipo difuso de intensidad 4/10. Menciona además se asoció

hiporexia y baja de peso cuantificada en 5kg aproximadamente durante el primer mes de inicio de síntomas. Hace un mes (febrero 2023) se agrega al cuadro sensación de alza térmica (SAT) no cuantificada con incremento del dolor abdominal y deposiciones líquidas color negro con moco. Hija de la paciente añade notar coloración icterica en cara y escleras desde un mes antes del ingreso. Evaluada en clínica particular evidenciando alteración del sensorio (bradilalia y bradipsiquia) con alteración en los resultados de exámenes de laboratorio: pancitopenia, injuria renal y patrón colestásico. Por lo que acuden a CEMENA a las 18:30 del 13/03/23.

**Funciones vitales:** PA: 130/70mmHg FC: 81x' FR: 19x' SpO2: 98% T° 37.9°C

**Examen físico dirigido:**

- Piel: Tibia, hidratada, elasticidad disminuida. Llenado capilar <2", palidez, ictericia en piel y escleras (++/+++), no cianosis, no edemas.
- Abdomen: Distendido, ruidos hidroaéreos (+) en 4 cuadrantes con adecuado tono e intensidad, doloroso de manera difusa a predominio de epigastrio y de hipocondrio derecho.
- Tacto rectal: Plicoma en horas 1.5 y 6. El plicoma en hora 6 se encuentra lacerado. Se palpa masa interna en horas 1-3. No se observa protrusión de masa. Dedo de guante con resto de heces sin sangre.
- Resto de examen físico sin alteraciones

**Impresión diagnóstica:** 1) Síndrome icterico D/C NM hepático vs NM de vías biliares D/C coledocolitiasis D/C Hepatitis viral 2) AKI vs ERC reagudizada 3) Pancitopenia

**Plan de trabajo:**

1. Se solicita (SS) Hemograma, TP, TTP, glucosa, urea, creatinina, TGO, TGP, DHL, GGTP, FA, BT, BD, BI, sedimento urinario, amilasa, lipasa, electrolitos, PCR, Proteínas T y F.
2. SS Ecografía abdominal
3. Se hospitaliza para ampliación de estudio

**Evolución:**



La paciente ingresa por emergencia donde es examinada, y además se solicitan laboratorios basales evidenciando elevación en niveles de Urea, creatinina, elevación del perfil hepático que muestra un patrón colestásico, pancitopenia Hb 8.8 g/dL, plaquetas  $90 \times 10^3 \text{ mm}^3$  y leucocitos  $5.33 \times 10^3 \text{ mm}^3$ , en la ecografía abdominal se encuentra esteatosis hepática leve y leve esplenomegalia. Se decide hospitalizar para ampliar y efectivizar estudios. Durante el periodo intrahospitalario la paciente presentaba picos febriles diarios los cuales cedían al uso de metamizol, cursaba con disminución del apetito, persistencia de dolor abdominal que cedía parcialmente a analgesia, malestar general, dolores osteomusculares, edema progresivo. Sus funciones vitales se mantenían. Se controlaba los niveles de Hb con transfusiones de paquetes globulares. Se relatará ahora las respuestas de las diversas interconsultas y exámenes realizados.

#### 14/03

- IC Gastroenterología: FOD, D/C infeccioso vs autoinmune vs tumoral. Disfunción multiorgánica: renal, hematológica, nefrológica. Colestasis EAD, D/C infeccioso vs obstructivo. Sugieren IC UCI para manejo, solicitar colangiografía, y evaluación por infectología
- IC UCI: Sugiere ecografía abdominal completo actualizado, evaluación por Cirugía General por posibilidad de conducta quirúrgica. Solicitan hemograma control, PCR, Procalcitonina, TP, AGA, electrolitos, perfil hepático, amilasa/lipasa.
- Radiografía de tórax 14/03/23



#### 15/03

- IC Nefrología: Dieta renal, aumento de hidratación, continuar bicarbonato de sodio una ampolla EV c/8h, evitar uso de metamizol,

repetir pruebas inmunológicas para D/C LES, evitar nefrotóxicos.  
Solicitan perfil de bioquímica renal

- SS Ecografía: Se encuentra barro biliar, hidronefrosis derecha y detritus en vejiga.
- Colangiografía: Vía biliar intra y extrahepática de calibre y distribución conservada en particular no se define coledocolitiasis. Vesícula biliar conteniendo barro biliar denso. Esplenomegalia, escaso liquido perirrenal bilateral. Incidentalmente efusión pleural laminar bilateral

### **16/03**

- IC Urología: Se solicitó UroTem sin contraste

### **17/03**

- IC Infectología: Se sugiere BK en esputo y en orina
- Urotem: Ureterolitiasis distal derecha, leve ureterohidronefrosis derecha, ateromatosis cálcica de aorta y vasos iliacos

### **21/03**

- IC Hematología: Paciente con pancitopenia y coagulopatía, probable secundario a problema hepático. Solicitan fibrinógeno, TTPA, reticulocitos, estudios tomográficos contrastados y reevaluación por gastroenterología
- IC Reumatología: Al momento no hay criterio de entrada para considerar LES (pendiente resultados de ANA); sin embargo, se hará seguimiento reevaluación con resultado

### **23/03**

- TAC Toraco abdomino pélvica: Hepatoesplenomegalia, vena prominente, no se descarta hipertensión portal (HTP). Convendría con ecografía Doppler. Ganglios retroperitoneales retrocrales según descripción
- TEM Tórax: Leve efusión pleural bilateral, asociada a atelectasias pasivas. Imagen nodular en el lóbulo medio derecho, probablemente

inflamatorio. Se sugiere control en 6 meses, ganglios mediastinales de aspecto inflamatorio

### **24/03**

- SS Ecografía transvaginal: Se encuentra líquido libre en fondo de saco de Douglas, útero de aspecto involutivo.

### **25/03**

- IC Dermatología: Diagnóstico: exantema D/C causa infecciosa D/C secundario a reacción medicamentosa D/C autoinmune: vasculitis D/C enfermedad de Still. Plan: Biopsia. Se realiza biopsia el 25/03 tomando 4 muestras: una en muslo derecho, una en brazo izquierdo y dos muestras en región glútea. Retiro de puntos 01/04
- Reevaluación gastroenterología: Se programa endoscopia baja y alta. Solicitar eco Doppler para valorar HTP

### **27/03**

- Presencia de equimosis en región glútea y flexuras de brazos posterior a procedimiento de toma de biopsia
- Reevaluación por Gastroenterología: Se programa procedimiento endoscópico alto y colonoscopia para el 30/03
- Reevaluación Infectología: Síndrome febril D/C causa infecciosa: rickettsia, parasitosis, otros arbovirus D/C no infecciosas, enfermedad Still, Neoplasias. Se sugiera empezar cobertura antibiótica previa toma de hemocultivo. Solicitar serología para Rickettsia, Leptospira, gota gruesa y fasciola

### **28/03**

- Reevaluación UCI: Sugerencias meropenem 1 g c/12h, albumina humana 20% 1 frasco c/12h, furosemida 20 mg 1 ampolla post albumina, tiamina de 100mg c/24 horas VO. Valorar aspirado de médula ósea (AMO) por Hematología y lamina periférica para estudio diagnóstico.
- Ecografía Doppler: Signos de esteatosis hepática moderada, sin signos

de hipertensión portal al momento del estudio

- Radiografía de tórax 28/03/23



### **29/03**

- IC USNA: Compromiso inmunitario severo. Sugerencias: cambiar a régimen a dieta licuada todo cocido. Inicio de suplementación vía oral (fresbin renal)
- IC Neumología: IRA Tipo 1, congestión pulmonar, derrame pleural bilateral, anemia moderada, hipoalbuminemia moderada, síndrome febril EAD. Se sugiere mantener el balance hídrico neutro o negativo, evaluación por cardiología, continuar con furosemina, corregir anemia porque contribuye a SRA, solicitar ProBNP y PCT
- Se realiza junta médica estableciendo los diagnósticos: 1) Falla multiorgánica 2) Sd Hemofagocítico 1° vs 2° 3) Injuria renal aguda secundaria a 1 4) Colestasis: D/C Intra vs extrahepática 5) D/C bacteriemia 6) Hipoalbuminemia severa. Se obtienen recomendaciones finales de continuar con la cobertura antibiótica amplia corregida según depuración de creatinina, completar estudio de AMO y mielocultivos por el servicio de Hematología, así como conversar con familia para inicio de terapia con etopósido y dexametasona según protocolo HL-04, separación de un paquete de plasma fresco congelado para posibilidad de transfusión post AMO mejorar soporte nutricional con apoyo de unidad, manejo conjunto de hematología y medicina interna, reevaluación por la unidad de UCI para pase a servicio.

### **30/03**

- Durante la mañana paciente se encuentra con compromiso del

sensorio, náuseas sin llegar a vómitos y episodio de desaturación por lo que se le coloca apoyo oxigenatorio a través de máscara de reservorio. Se halla a paciente en mal estado general, se suspende procedimiento de colonoscopia y endoscopia. Enfermería reportó durante la tarde del día de ayer paciente presentó deposiciones oscuras, en nuevo control se halló pancitopenia severa por lo que se trasfunde un paquete globular. Se traslada a UCI.

- En la noche se reporta disnea intensa, signos de inestabilidad hemodinámica con hipotensión y taquicardia progresiva y pérdida de la conciencia; se declara fallecida.

	13/03	14/03	15/03	17/03	18/03	20/03	21/03	23/03	24/03	27/03	28/03	29/03
BT	8.6	7.13		4.4		2.46				5.82		9.75
BD	6.64	5.63		3.51		1.82				4.57		7.23
BI	1.96	1.5		0.89		0.64				1.25		2.52
Urea	211.8	184.1	136.7	85.3	55.9	25.8	25.5		27.2	75.8	98.2	135.1
Cr	6.02	3.95	2.21	1.31	0.9	0.65	0.67		0.64	1.13	1.32	2
DHL	1677	1092								1277		
Na	120.6	136	143.9	148	148	143	137	137	135	130	131	133
Cl	96	113	118	121	121	113	105	102	103	101	102	104
K	4.65	3.8	3.58	3.6	3.1	2.8	2.5	3.2	3.1	3.7	4.2	4.5
Mg							1.36	1.51			1.47	
P											3.2	
Amitasa	230	129		114			151					
Lipasa	144.5	140.5		124.6			116.4					
GGTP	189	172		210		327				382		
TGO	453.7	244.4		169.9		102.5				1462		1696.5
TGP	256.3	172.5		119.9		79.1				363.9		343.7
FA	418.7	343.6		350.5		414.5				640.5		
Hb	8.8			6.5	7.2	8.9	9.2		9	8.8		7.9
Plaquetas	90			58	69	120	93		96	49		
Leucocitos	5.33			1.88	1.8	2.22	1.89		1.63	1.44		0.98
TP	19.2	20.9				21.7				25.8		
INR		1.6				1.88				1.98		
Ferritina		>100.000					9.418			52.29		
Hierro		119										
Trasferrina		149.8										
Sat Tras		62.8										
Albumina	2.78									1.95		
Proteínas	5.8									4.7		
Globulina	2.8									2.5		
Comp C3			88.9									
Comp C4			53.6									
PCR				11.84						42.04		
PCT			1.13							0.45		

Cultivos	
Urocultivo 1403	E. coli
Hemocultivo I 1403	Negativo
Hemocultivo II 1403	Negativo
Urocultivo 2703	
Hemocultivo I 2703	
Hemocultivo II 2703	
Coprocultivo 2403	Negativo
Coprocultivo 2703	
Theraveno 1610	Positivo
proteína en orina 24h	351.36 mg/24h
proteína en orina	28.8mg/dl

Reumato/Hemato	
ANA	Negativo
ANCA	Negativo
ANTIENA	96
Test Coombs	Negativo
Retículoctos	2.02
AFP	0.88
Anticoagulante Lupico	Negativo
Anticardiolipina IgM	Negativo
Anticardiolipina IgG	Negativo
B-2 Glicoproteína IgM	Negativo
B-2 Glicoproteína IgG	Negativo
B-2 Microglobulina soro	12.74
Ca B13	48.5

Infeccioso	
Dengue Ag	Negativo
Gota Grieta	Negativo
EBV directo orina	Negativo
EBV directo esputo	Negativo
Herpes I Igh	Negativo
Herpes I IgG	Reactivo
Herpes II Igh	Negativo
Herpes II IgG	Reactivo
Chlamydia trachomatis IgM	Negativo
Chlamydia trachomatis IgG	Reactivo
Rubeola Igh	Negativo
Rubeola IgG	Reactivo

Toxoplasmosis IgM	Negativo
Toxoplasmosis IgG	Reactivo
Epiem Bar EBNA IgM	Negativo
Epiem Bar EBNA IgG	Reactivo
Epiem Bar VCA IgM	Negativo
Epiem Bar VCA IgG	Reactivo
Prasa de Etiología	Negativo
Leptospira Igh	Negativo
Leptospira IgG	Negativo
AgA. Anticomas en Laminia	Negativo
Lamina Periférica	

## Resumen:

Paciente mujer de 65 años con:

- Diagnóstico principal de ingreso: Síndrome icterico D/C NM hepático vs NM de vías biliares D/C coledocolitiasis D/C Hepatitis viral
- Diagnóstico principal de egreso: Síndrome hemofagocítico primario vs secundario

## Caso clínico N°3 HNAL

**Nombre:** LBB

**Edad:** 79 años

**Procedencia:** Andamarca, Andahuaylas

**Estado civil:** Casada

**Fecha y hora de ingreso:** 07/07/2022 12:00 horas

**Antecedentes personales y familiares:** Masa cervical desde hace 18 años.

Exposición a monóxido de carbono (humos de leña)

**Signos y síntomas principales:** masa cervical, disnea

**Relato** (Anamnesis indirecta): Paciente quechuahablante, familiares refieren que desde hace 1 año paciente presenta agitación y disnea a moderados esfuerzos con aumento progresivo. Hace 3 semanas presenta disnea pequeños esfuerzos razón por el cual familiar la traslada a Lima y acude a centro de salud más cercano quienes brindan referencia a un establecimiento de mayor nivel, hace 1 semana sintomatología se exacerba razón por el cual acude por EMG donde se le brinda soporte oxigenatorio, solicitan exámenes de laboratorio, TEM de cuello y tórax con contraste en el cual no se evidencia obstrucción crítica de la vía aérea. Se solicita evaluación por Cirugía de cabeza y cuello y Radiología intervencionista para posibilidad de biopsia por punción-aspiración con aguja fina (BAAF). Al encontrarse hemodinámicamente estable con apoyo oxigenatorio por CBN a 3 L Fio2 0.32%, brindan pase para hospitalización en el pabellón de Medicina interna para continuar estudios

**Funciones vitales:** PA: 110/70 mmHg FC: 95X' FR: 19X' T: 36.6° C SATO2:99% con CBN a 3 L

**Examen físico dirigido:**

- AREG, AREH, AMEN, portadora de CBN 3 litros.
- Cuello: masa de aproximadamente 10 x 10 cm en región tiroidea, móvil, de consistencia firme, levemente doloroso a la palpación y a la movilización, no ganglios palpables, ingurgitación yugular (+), edema

en esclavina, circulación colateral.

- T y P: Tórax en tonel, amplexación asimétrica, leve tiraje subcostal, MV disminuido en bases pulmonares, subcrépitos a predominio de hemitórax izquierdo.
- Resto de examen físico sin alteraciones

#### **Impresión diagnóstica:**

1. IRA tipo 1: NAC vs secuela pulmonar
2. Masa cervical: D/C bocio multinodular vs NM de tiroides
3. Síndrome de vena cava superior

#### **Plan de trabajo:**

1. Control de funciones vitales
2. Monitoreo oxigenatorio:  
CBN para saturación > 92%, en caso de disnea grave realizar colocación de tubo endotraqueal
3. Iniciar antibióticos: ceftriaxona 2 g cada 24 horas EV
4. Se solicita hemograma completo control, AGA control, glucosa, urea creatinina, perfil tiroideo, PCR, procalcitonina
5. IC a Cirugía de tórax y cardiovascular y Radiología intervencionista para posibilidad de BAAF
6. IC Endocrinología

#### **Evolución:**

Durante la hospitalización paciente se encuentra hemodinámicamente estable con apoyo oxigenatorio a través de CBN con 2 L, afebril. Cuenta con resultados de exámenes de laboratorio: Hemograma completo: Hb 14g/dL, leucocitos 8220mm<sup>3</sup>, bastonados 2%, PCR 1 mg/dL, perfil tiroideo de T3 2.07 pg/mL, T4 libre 0.927 ng/dL, TSH ultrasensible 0.246 uUI/mL, Anticuerpo Anti TG 44.36 UI/mL, Anticuerpo Anti TPO 12.39 UI/mL, Anti-Tiroglobulina 44.36 UI/mL, Anti-Microsomales 12.39 UI/mL (dentro de los parámetros normales). En IC con Endocrinología evalúan el perfil tiroideo, solicitan evaluación y

manejo por Cirugía de tórax y cardiovascular para posibilidad de BAAF.

Es evaluada por Radiología intervencionista quienes brinda pase para posibilidad de BAAF por su servicio. Días posteriores se realiza la punción para aspiración por aguja fina de nódulos de ambos lóbulos tiroideos, paciente tolera procedimiento sin complicaciones inmediatas la muestra es enviada al servicio de Anatomía patológica. Al día siguiente paciente se encuentra tranquila, con leve dolor a nivel de punción cervical, pendiente resultado de BAAF para definir conducta. Al siguiente día de hospitalización se recepciona informe de TEM de cuello y tórax con contraste en donde impresiona tiroides incrementado de tamaño con extensión intratorácico al mediastino superior y posterior, severa elevación del hemidiafragma derecho que condiciona desplazamiento del corazón a la izquierda comprimiendo cavidades derechas y vena cava que obstruye parcialmente el drenaje venoso del cuello superior y afluentes con presencia de dilataciones varicosas en la pared anterior, desplazando tráquea y disminuyendo el diámetro en 20% por características se sugiere realizar un descarte de NM de tiroides. A nivel torácico se evidencia atelectasia total del lóbulo medio derecho secuelar. Se solicita exámenes complementarios de laboratorio no se evidencia leucocitosis ni desviación a la izquierda, Procalcitonina negativo, PCR dentro de los parámetros normales por el cual se descarta NAC y se suspende antibióticos al séptimo día de administración. Paciente cuenta con diagnósticos actuales de:

1. IRA tipo 1 por compresión de vía aérea vs secuela pulmonar
2. Masa cervical: D/C bocio multinodular vs NM de tiroides con infiltración a mediastino
3. Síndrome de vena cava superior

Días posteriores se realiza destete progresivo de oxígeno con adecuada tolerancia, continúa pendiente resultados de BAAF. Se solicita nueva interconsulta con Cirugía de tórax y cardiovascular quienes observan la TEM de cuello y tórax con contraste y refieren estar a la espera de resultados del BAAF, solicitan exámenes prequirúrgicos y riesgos quirúrgicos para programar cirugía conjunta con Cirugía de cabeza y cuello.

Días posteriores paciente tolera adecuadamente el destete total de oxígeno,



se recepciona informe de citopatología de BAAF en donde se describen extendidos celulares conformados por regular cantidad de células foliculares con leve atipia y anisocitosis de núcleo con bordes regulares cromatina homogénea asociado a escasos linfocitos se concluye como: Nódulo folicular benigno sugestivo de tiroiditis linfocitaria categoría dos del sistema de Bethesda. Se complementan exámenes prequirúrgicos y es dada de alta del servicio de Medicina Interna con indicaciones médicas, cita para seguimiento por consultorio externo de Medicina Interna y cita por Cirugía de Cabeza y Cuello y Cirugía de Tórax y Cardiovascular para programar para sala de operaciones. Se educa al paciente y a los familiares sobre signos de alarma como disnea, fiebre, intolerancia oral y se brinda orientación de acudir por Emergencia en caso de presentar alguno de ellos.

**Resumen:**

Paciente mujer de 79 años con:

- Diagnóstico principal de ingreso: IRA tipo 1: NAC vs secuela pulmonar por Tumoración cervical
- Diagnóstico principal de egreso: Tumoración cervical: Bocio multinodular

**Caso clínico N°4 HNAL**

**Nombre:** SJF

**Edad:** 41 años

**Procedencia:** Sullana

**Estado civil:** Soltera

**Fecha y hora de ingreso:** 12/06/2022 18:00 horas

**Signos y síntomas principales:** disuria, náuseas, vómitos, SAT, dolor lumbar

**Relato** (Anamnesis directa): Paciente mujer refiere que hace 7 días presenta disuria asociado a dolor a nivel de hemiabdomen inferior que se irradia a región lumbar, tipo punzada, de intensidad 6/10, que aumenta progresivamente. 5 días antes del ingreso se asocia sensación SAT por el cual

toma paracetamol 500 mg por 3 días, el cual cede con medicación. 1 día antes del ingreso paciente refiere hematuria, SAT, náuseas, vómitos de contenido alimentario en varias oportunidades, dolor abdominal tipo punzada 7/10 razón por el cual acude por EMG.

**Antecedentes personales y familiares:** Niega

**Funciones vitales:** PA: 120/70 mmHg FC: 110X' FR: 18X'T: 38.4° C SATO2:99%

**Examen físico:**

- Abdomen: plano, RHA (+), blando, depresible, doloroso a la palpación profunda a nivel de mesogastrio
- G-U: PRU superior y medio izquierdo (+), PPL izquierdo (+)
- Resto de examen físico sin alteraciones

**Impresión diagnóstica:**

1. D/C Pielonefritis
2. D/C Litiasis renal

**Plan de trabajo:**

1. SS hemograma completo, examen de orina, urocultivo
2. SS ecografía de riñón
3. Colocación de vía periférica con infusión de hioscina, metamizol y dimenhidrinato
4. Analgesia
5. Reevaluación con resultados

**Evolución:**

Se recepciona de resultados de laboratorio en donde evidencia leucocitos de 18180 mm<sup>3</sup>, abastoados 6%, Urea 1.8 mg/dL, creatinina 20 mg/dL, examen completo de orina con Leucocitos 10 a 20 por campo, hematíes 20 a 40 por campo, gérmenes 1+, cristales amorfos 2+, proteína 2+. En ecografía renal se evidencia dilatación del sistema pielocalicial izquierdo sugerentes de litiasis renal. Paciente pasa observación de Medicina con los siguientes diagnósticos:

1. Pielonefritis
2. D/C Litiasis renal

Se da inicio al tratamiento antibiótico con ceftriaxona 2 gramos cada 24 horas EV, se solicita interconsulta a Urología y Nefrología, pendiente resultados de urocultivo. Paciente se encuentra hemodinámicamente estable es trasladada a hospitalización de Medicina interna para continuar estudios. Durante hospitalización paciente se encuentra hemodinámicamente estable, con picos febriles, por lo que continúa con tratamiento antibiótico y antipirético con ceftriaxona y metamizol. En ecografía control impresiona litiasis renal a nivel de calice izquierdo, dimensiones no evaluables. Al tercer día de hospitalización ser recepciona resultados de urocultivo negativo. Se realiza exámenes de laboratorio control examen de orina control con leucocitos de 6 a 8 por campo, hematíes 1 a 2 por campo, uratos amorfos 1+. Paciente con evolución lenta favorable con disminución de síntomas urinarios, resultados de laboratorio favorables, con adecuada respuesta a tratamiento antibiótico. Al completar su séptimo día de antibiótico paciente es dada de alta antibioticoterapia vía oral con cefuroxima, c/8 horas por 3 días. Control por consultorio externo de Medicina interna y Urología.

**Resumen:**

Paciente mujer de 41 años con:

- Diagnóstico principal de ingreso: D/C Pielonefritis
- Diagnóstico principal de egreso: Pielonefritis tratada

## **1.2 ROTACIÓN DE CIRUGÍA**

### **Caso clínico N° 1 CMNCMST**

**Nombre:** FVM

**Edad:** 83 años

**Procedencia:** Cercado de Lima

**Fecha de ingreso:** 22/03/2023

**Antecedentes personales y familiares:** HTA (Hace 6 años), HBP, Hernia discal, Prostatectomía + vasectomía bilateral (1998), Portador de colostomía por Laparotomía exploratoria + devolvulación + resección de sigmoides + colostomía Hartmann por vólvulo sigmoide + dolocolon (2022)

**Síntomas y signos principales:** Sensación de masa, dolor abdominal, constipación

**Relato** (Anamnesis directa): Paciente varón de 83 años refiere que hace un año presentó sensación de masa en hemiabdomen izquierdo asociado a dolor de intensidad 8/10 además de no realizar deposiciones hace 4 días por lo que acude a EMG, donde le diagnostican vólvulo de sigmoides. Es intervenido quirúrgicamente, se le coloca una bolsa de colostomía en hemiabdomen izquierdo con la que ha permanecido a día de hoy por lo que acude para restitución de tránsito intestinal.

**Funciones vitales:** PA: 110/70 FC: 70 x' FR: 18 x' SpO2: 99% T° 36.5°C

**Examen físico dirigido:** Abdomen: Plano, móvil con respiración, cicatrices de aproximadamente 1cm en línea media infraumbilical por antecedente quirúrgico. Se evidencia colostomía en flanco izquierdo de mucosa rosada, con presencia de contenido fecal y aire en bolsa adherido, blando, depresible, RHA (+) buena intensidad y frecuencia, no se palpa masas, no dolor a la palpación superficial ni profunda, Murphy (-).

Resto de examen físico sin alteraciones

**Impresión diagnóstica:** 1) Portador de colostomía 2) HTA en tratamiento

**Plan de trabajo:**

1. Completar exámenes y riesgos prequirúrgicos
2. Restitución de tránsito intestinal.

**Evolución:** Paciente es hospitalizado un 23/03, se solicita riesgos quirúrgicos cardiológico y neumológico, así como también la preparación del colon con enemas de polietilenglicol. El 24/03 se programa su operación, se usa Cefazolina 2gr EV pre SOP como profilaxis. Según reporte operatorio la cirugía programada era: "Laparotomía exploratoria + restitución", siendo la cirugía efectuada: "Laparotomía exploratoria + restitución de tránsito intestinal +

anastomosis colorrectal". En los hallazgos operatorios se encontraron: "1. Escasas adherencias de epiplon a pared abdominal anterior 2. Segmento recto superior en cavidad pélvica con escasas adherencias 3. Asa próxima de colon en buen estado". Ese mismo día se decide iniciar con cobertura antibiótica en base de Metronidazol 500mg EV c/8h + Ceftriaxona 2gr EV c/24h en un esquema de 7 días. Sale de sala con sonda Foley. Al siguiente día (25/03 - PO1) no se reportan interurrencias, paciente permanece en NPO, con infusión de cloruro, dextrosa e hiperkalium, se retira sonda Foley. En el PO-2 (26/03) paciente realiza su primera deposición post intervención, mantiene buena diuresis, se incentiva reincorporación. Durante el PO-3 (27/03) se envía interconsulta a USNA para inicio de la Nutrición Parenteral Parcial; indican sostén metabólico a base de Dextrosa, Hipersodio 20%, Kalium 20%, oligoelemento y multivitamínico a 75 cc/hr EV y aminoácidos 10% en 500cc a 21cc/hr EV durante 2 días. Paciente tolera bien los suplementos sin molestias. Al día PO-5 (29/03) se prueba la tolerancia oral con dieta líquida clara obteniendo resultados favorables, se decide suspender la NPP y empezar la suplementación vía oral con fórmula polimérica (ENSURE) 2 medidas en 100cc de agua 2v/día. Paciente presenta progreso favorable, por ello al PO-6 (30/03) se decide iniciar dieta blanda. Se completa cobertura antibiótica. Durante los dos días siguientes, se observa a paciente, con buena progresión de dieta, deambulación y es dado de alta indicando de primera instancia controles semanales por el servicio, luego siendo espaciados a quincenales.

### **Resumen:**

Paciente varón de 83 años con:

- Diagnóstico principal de ingreso: Portador de colostomía
- Diagnóstico principal de egreso: PO Laparotomía exploratoria + restitución de tránsito intestinal + anastomosis colorrectal

## Caso clínico N° 2 CMNCMST

**Nombre:** RCF

**Edad:** 39 años

**Procedencia:** Puente piedra

**Fecha de ingreso:** 21/02/2023

**Antecedentes personales y familiares:** DM2 (en tratamiento), Asma bronquial (2012), Gastritis crónica x *Helicobacter pylori* (en tratamiento, 2023), cirugía por fractura de radio en brazo derecho (2011)

**Síntomas y signos principales:** Hipotimia, disnea, cansancio

**Relato** (Anamnesis directa): Paciente varón de 39 años refiere inicio de cuadro hace 13 años cuando mantenía peso de 72 kg, llegando en el 2018 con un peso de 116kg. En el último año, paciente presenta cambios que repercuten en su estado emocional desarrollando un cuadro ansioso depresivo con consiguiente aumento excesivo en la ingesta de alimentos llegando a un peso de 155kg, se sumó hipotimia y disminución del rendimiento físico. En el 2022 paciente ingresa a Unidad Metabólica donde después de ser evaluado se vuelve apto para llevar tratamiento terapéutico a través de Cirugía Bariátrica, por tal motivo es programado en agosto de 2022 para llevar a cabo la cirugía en este mes.

**Funciones vitales:** PA: 130/80 FC: 85 x' FR: 20 x' SpO2: 97% T° 36.5°C

**Examen físico dirigido:** Apariencia: AREG, AMEN, AREH. Talla: 1,67 Peso: 145kg IMC:51

Piel: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar <2 segundos. Cicatriz en región de antebrazo derecho de 15 cm aprox. Panículo adiposo abundante a predominio distribución central.

Resto de examen físico sin alteraciones

**Impresión diagnóstica:** 1) Obesidad mórbida 2) DM2 en tto 3) Gastritis erosiva por *Helicobacter pylori* en tratamiento

**Plan de trabajo:**

1. Gastrectomía vertical en manga

**Evolución:** Paciente es hospitalizado un 21/02 quedando a espera de turno operatorio. Durante estancia hospitalaria se solicitan evaluaciones por Nutrición y Medicina física para tener régimen de dieta y optimizar los ejercicios pasivos y activos en el paciente, se llevó un control de peso diario, no interurrencias. Con estas medidas el paciente logra entrar a SOP con un peso de 131 kg (14 kg menos del ingreso) el día 20/03. Según reporte operatorio la cirugía programada era: “Gastrectomía vertical en manga laparoscópica”, siendo la cirugía efectuada la misma. En los hallazgos operatorios se encontraron: “1. Estómago de 50cm 2. Hígado de bordes romos de aspecto esteatósico” Ese mismo día se decide iniciar con cobertura antibiótica en base de Ceftriaxona 2gr EV c/24h en un esquema de 7 días. Al día siguiente (21/03 -PO1) paciente reporta dolor en boca del estómago junto a un pico hipertensivo manejado con captopril y analgésicos. En el PO-2 (22/03) se envía evaluación por USNA, señalan que de aceptar la tolerancia oral se iniciaría fórmula polimérica (Glucerna) 1 medida en 50cc de agua 3v/día. Al PO-3 (23/03) paciente ya logra realizar deposiciones y eliminar flatos. En su PO-7 (27/03) se deja establecida la dieta para el paciente bariátrico de momento líquida. Consta de Desayuno (jugo de fruta sin azúcar colado 250ml), media mañana (Yogurt Sbelth light VT 125ml), almuerzo (caldo de pollo sin sal colado VT 250ml), media tarde (Glucerna 150ml) y cena (caldo de pollo sin sal colado VT 250ml), se añade a la suplementación vía oral un módulo proteico (Whey protein) 1 medida incluida en líquidos de desayuno, almuerzo y cena 3v/día. Durante los dos días siguientes, se observa a paciente, ver que haya progresión de dieta, deambulación y es dado de alta indicando de primera instancia controles semanales por el servicio, luego siendo espaciados a quincenales.

**Resumen:**

Paciente mujer de 39 años con:

- Diagnóstico principal de ingreso: Obesidad mórbida
- Diagnóstico principal de egreso: PO Gastrectomía vertical en manga por obesidad

## Caso clínico N° 3 HNAL

**Nombre:** CCR

**Edad:** 63 años

**Procedencia:** Moquegua Tacna

**Ocupación:** Comerciante

**Fecha y hora de ingreso:** 23/07/22 07:00 horas

**Signos y síntomas principales:** tumoración inguinal, dolor abdominal

**Relato** (Anamnesis directa): Paciente varón refiere que desde hace 1 año presenta tumoración de aproximadamente 2 x 3 cm a nivel de región inguinal derecha, asociado a dolor tipo cólico en FID de intensidad 7/10 que se exacerba a la palpación. Paciente refiere que tumoración aumenta de tamaño progresivamente, desciende hasta llegar escroto derecho al realizar maniobras de Valsalva motivo por el cual acude a centro de salud más cercano donde impresionan hernia inguinal derecha y refieren a un establecimiento de salud de mayor nivel. Acude al HNAL por Consultorio externo, en donde se solicita exámenes prequirúrgicos y brindan pase para hospitalización.

**Antecedentes personales y familiares:** Niega

**Funciones vitales:** PA: 100/80mmHg FC: 74X´ FR: 16X´ T: 36.5°C SatO<sub>2</sub>: 99%

**Examen físico dirigido:**

- Abdomen: globuloso a expensas de tejido celular subcutáneo, RHA (+) normoactivo, blando, depresible, no doloroso a la palpación.
- Región inguinal: tumoración de 4 x 6 cm que protruye con maniobras de Valsalva llegando hasta escroto derecho., reductible, coercible, anillo inguinal de 2 cm aproximadamente, maniobra de Landívar (+), no se evidencian cambios de coloración.
- Resto de examen físico sin alteraciones

**Impresión diagnóstica:**

- Hernia inguinal indirecta derecha: Nyhus 3B



**Plan de trabajo:**

1. Completar prequirúrgicos
2. Hernioplastia inguinal más colocación de malla

**Evolución:**

Durante el 1er día de hospitalización paciente se encuentra hemodinámicamente estable, afebril, con leve dolor a nivel de tumoración inguinal derecha 4/10, niega otras molestias. Cuenta con exámenes prequirúrgicos completos y dentro de los parámetros normales, con riesgo quirúrgico cardiológico y neumológico en I y II respectivamente, solicitados durante la consulta externa. Es evaluado por el servicio de Anestesiología quienes dieron pase para SOP.

Es operado el segundo día de hospitalización, con un tiempo operatorio de 1 hora con 3 minutos. Cirugía realizada: "Cura quirúrgica más colocación de malla". Dentro de los hallazgos operatorios se evidencia: "Saco herniario de 10x5 cm con anillo de 2 cm aproximadamente conteniendo epiplon, ausencia de signos de isquemia".

**Diagnósticos:**

1. POI Cura quirúrgica más colocación de malla por Hernia inguinal indirecta derecha.

**Plan de trabajo:**

1. Control de funciones vitales
2. Hidratación
3. Analgesia

En días postoperatorios paciente cursa hemodinámicamente estable, afebril, con dolor a nivel de herida operatoria y a nivel testicular derecho que cede con analgésicos, adecuada progresión de tolerancia oral. Al cumplir 24 horas postoperatorias se realiza el retiro de gasas evidenciando una herida operatoria afrontada sin signos de flogosis, con leve dolor a la palpación. Posteriormente, aumento de dolor a nivel testicular derecho pero que cede con tratamiento analgésico, al examen físico dirigido se evidencia aumento de

volumen a nivel testicular derecho asociado a equimosis, doloroso a la palpación y movilización. Se educa al paciente sobre complicaciones quirúrgicas frecuentes como la presencia de equimosis a nivel testicular por la manipulación de la región inguinal y que se le continuará brindando tratamiento analgésico. Paciente con evolución favorable es dado de alta médica al cuarto día de hospitalización, se brinda orientación en casos de signos de alarma como: fiebre ( $>38^{\circ}\text{C}$ ), náuseas, vómitos, cambios de color y secreción purulenta a nivel la herida operatoria, entre otros, se retira con indicaciones de analgesia, retiro de puntos y control por consultorio externo dentro de 7 días.

### **Resumen:**

Paciente varón de 63 años con:

- Diagnóstico principal de ingreso: Hernia inguinal indirecta derecha: Nyhus 3B
- Diagnóstico principal de egreso: PO Hernioplastia inguinal derecha + colocación de malla

### **Caso clínico N° 4 HNAL**

**Nombre:** ACR

**Edad:** 49 años

**Procedencia:** Independencia

**Ocupación:** Comerciante

**Fecha y hora de ingreso:** 28/08/22 22:00 horas

**Antecedentes personales y familiares:** Niega

**Signos y síntomas principales:** Dolor abdominal, náuseas, vómitos, hiporexia

**Relato** (Anamnesis directa): Paciente varón refiere que 1 día antes del ingreso presenta dolor abdominal tipo cólico en epigastrio de leve a moderada intensidad que cede parcialmente con uso de analgésicos. Sintomatología se repite de manera intermitente con aumento progresivo de intensidad, asociado

a náuseas y vómitos de contenido alimentario e hiporexia. Paciente refiere que 10 horas antes del ingreso el dolor migra a fosa iliaca derecha, se intensifica progresivamente llegando a 9/10, razón por el cual acude por EMG, donde se evidencia un abdomen globuloso levemente distendido RHA (+), Murphy (-) Mc Burney (+), Rovsing (+), Rebote (+), escala de Alvarado , en exámenes complementarios impresiona leucocitos en  $15980 \text{ mm}^3$ , abastados 1%, en ecografía abdominal impresionan proceso inflamatorio apendicular, escala de Alvarado 9 puntos razón por el cual entra a SOP de emergencia. Ingres a SOP con el diagnostico de: Síndrome doloroso abdominal: apendicitis aguda.

En el reporte operatorio se describe: Diagnóstico post operatorio: "Apendicitis aguda perforada + Peritonitis local" Cirugía realizada "Apendicectomía incisional + DPR" con un tiempo operatorio 50 minutos. Dentro de los hallazgos se encuentra un apéndice cecal de 10 x 2 cm necrosado en 1/3 medio y proximal, perforado en base, peritonitis local de 50cc aproximadamente. Al posoperatorio inmediato paciente evoluciona favorablemente por lo que es pasado a hospitalización de Cirugía General.

**Funciones vitales:** PA 100/60mmHg FC: 72X' FR: 17X' T 36.5°C SatO<sub>2</sub> 99%

**Examen físico dirigido:**

- Abdomen: globuloso a expensas de tejido celular subcutáneo, herida operatoria a nivel de fosa ilíaca derecha cubierto con gasas limpias secas, RHA (+) normoactivo, bando, depresible, poco doloroso a la palpación a nivel de herida operatoria.
- Resto de examen físico sin alteraciones

**Impresión diagnóstica:**

- PO 10 horas de Apendicectomía incisional + DPR por Apendicitis aguda perforada + Peritonitis local

**Plan de trabajo:**

1. Iniciar antibióticos
2. Analgesia
3. Hidratación

### **Evolución:**

Paciente hemodinámicamente estable, afebril, con leve dolor a nivel de herida operatoria. A las 24 horas del post operatorio se realiza el retiro de gasas, en el cual, se evidencia una herida operatoria transversa de 13cm a nivel de fosa ilíaca derecha afrontada con puntos de sutura, sin signos de flogosis, portador de DPR en extremo lateral de herida operatoria cubierto gasas con contenido serohemático. Durante los siguientes días postoperatorios el paciente refiere estar tranquilo presenta leve dolor a nivel de herida operatoria que cede con analgésicos, afebril, tolerando progresión de dieta vía oral, con herida operatoria afrontada, sin signos de flogosis, con disminución progresiva de drenaje serohemático por DPR llegando hasta 3 cc por día, razón por el cual se realiza el retiro de DPR al cuarto día post operatorio y se cubre herida con gasas secas limpias, con una evolución favorable. Durante el sexto día post operatorio, paciente presenta 1 pico febril, así mismo, mediante las curaciones diarias se evidencia aumento progresivo de secreción serohemática llegando hasta 25 cc, se evidencia una herida operatoria afrontada con leve eritema y con bordes empastados, razón por el cual se realiza exploración de herida operatoria para un descarte de infección de sitio operatorio. Durante la exploración de la herida operatoria y se liberan puntos de sutura de manera intercalada drenando líquido serohemático hasta 35 cc, corroborando el diagnóstico planteado se da inicio de antibióticos. Durante los días posteriores se evidencia disminución progresiva de secreción serohemática a nivel de herida operatoria En el posoperatorio número 12 se procede con el cierre de herida operatoria y es dado de alta con indicaciones médicas y control por consultorio externo.

### **Resumen:**

Paciente varón de 49 años con:

- Diagnóstico principal de ingreso: Síndrome doloroso abdominal agudo D/C Apendicitis aguda
- Diagnóstico principal de egreso: PO Apendicectomía incisional + retiro de DPR por Apendicitis aguda perforada

### 1.3 ROTACIÓN DE GINECO OBSTETRICIA

#### Caso clínico N° 1 CMNCMST

**Nombre:** LVE

**Edad:** 26 años

**Procedencia:** Lima

**Fecha de ingreso:** 09/08/2022

**Antecedentes Gineco Obstétricos:** Menarquia a los 12 años; RC 2/28; FUR 06/06/22; FPP 13/03/23; MAC: ACO; G1P0000

**Síntomas y signos principales:** Dolor pélvico, sangrado vaginal

**Relato** (Anamnesis directa): Paciente mujer de 26 años acude con un tiempo de enfermedad de 17 horas aproximadamente, de inicio brusco, caracterizado por dolor pélvico abdominal a nivel de hipogastrio asociado a sangrado vaginal. Acude con resultado de laboratorio de hace 3 días (06/08/22) con un valor de b HCG de 7967 mUI/mL y una prueba actual (09/08/22) con disminución de dicho valor a 5451 mUI/mL, posee también una ecografía con signos sugestivos de aborto incompleto.

**Funciones vitales:** PA: 120/70 FC: 94 x' FR: 19 x' SpO2: 97% T° 36.6°C

#### **Examen físico dirigido:**

- Mamas: Blandas, simétricas, dolor ligero a la palpación
- Especuloscopia: Rastros de sangrado con algunos coágulos.
- Resto de examen físico sin alteraciones

#### **Impresión diagnóstica:**

1. Aborto incompleto

#### **Plan de trabajo:**

1. SS Ecografía transvaginal
2. Se hospitaliza para legrado uterino

**Evolución:** Paciente acude con ecografía transvaginal (25/07/22) en la cual se evidencia saco gestacional intraútero de buena implantación, no

hematomas, ausencia de embrión, lo catalogan como “Gestación intraútero de aproximadamente 5 semanas 3 días”. Con el episodio presentado se decide repetir la ecografía transvaginal, en el reporte se lee “Útero en AVF, volumen incrementado, contenido en fondo de saco gestacional anecogénico, hasta 38mm, con imagen nodular en región inferior en 3 mm sin vascularidad al power Doppler” concluyendo con signos sugestivos de aborto en curso. Se decide preparar a la paciente para el procedimiento de legrado uterino, con restricción de la dieta, uso de Cefazolina 2g EV 30 minutos antes de SOP, Misoprostol 200mg 2 tabletas vía sublingual STAT. Luego del procedimiento pasa a área de hospitalización, se observan que no hayan interurrencias y es dada de alta con indicaciones de retornar por consultorio externo para evaluaciones posteriores. Se indica además que de sufrir algún otro aborto más adelante se requerirán estudios más avanzados.

**Resumen:**

Paciente mujer de 26 años con:

- Diagnóstico principal de ingreso: Aborto incompleto
- Diagnóstico principal de egreso: PO legrado uterino por aborto incompleto

**Caso clínico N° 2 CMNCMST**

**Nombre:** CRK

**Edad:** 34 años

**Procedencia:** Lima

**Fecha de ingreso:** 21/06/2022

**Antecedentes Gineco Obstétricos:** Menarquia a los 13 años; RC irregular; FUR 01/12/21; FPP 11/09/22; MAC: preservativo; G2P0010 (aborto 2012)

**Síntomas y signos principales:** Sangrado vaginal, contracciones uterinas

**Relato** (Anamnesis directa): Gestante de 34 años acude con un tiempo de enfermedad de 3 días aproximadamente, de inicio insidioso, acude por referir contracciones uterinas y sangrado vaginal, referida del Hospital Cayetano

Heredia, niega náuseas, vómitos.

**Funciones vitales:** PA: 130/70 FC: 83 x' FR: 18 x' SpO2: 96% T° 36.6°C

**Examen físico dirigido:**

- Mamas: Blandas, depresibles, simétricas, no dolorosas, no secretoras
- Especuloscopia: Rastros de sangrado vaginal con algunos coágulos.
- Abdomen: Grávido
- Resto de examen físico sin alteraciones

**Impresión diagnóstica:**

1. Gestación única activa de 28 semanas 1/7 días por FUR
2. Hemorragia por placenta previa total posterior
3. Amenaza de parto pretérmino

**Plan de trabajo:**

1. SS Ecografía transvaginal
2. SS Exámenes de laboratorios basales
3. Se hospitaliza

**Evolución:** Se realiza ecografía al ingreso de la paciente donde se observa gestación única de 28 semanas 4/7 días, placenta previa total, mioma mural que cubre el orificio cervical interno. En los exámenes de laboratorio se halló anemia leve con un valor de Hb 10.5 g/dL. Durante la hospitalización la paciente cursa persiste con las contracciones, sangrado fue disminuyendo. Se mantiene con indicaciones de reposo, es evaluada por hematología para manejar la anemia, se envía riesgo quirúrgico cardiológico para proceder ante la alternativa de cesárea y es evaluada por neonatología para valorar medidas de maduración pulmonar del feto. La paciente continuó hospitalizada hasta la realización de la cesárea con indicaciones farmacológicas de hierro sacarato, betametasona, nifedipino sin cursar interurrencias recibiendo monitoreo continuo y observando signos de alarma por parte del servicio de ginecología.

**Resumen:**

Paciente mujer de 34 años con:

- Diagnóstico principal de ingreso: Gestación única activa de 28 semanas 1/7 días por FUR + Hemorragia por placenta previa total posterior
- Diagnóstico principal de egreso: PO cesárea por antecedente de placenta previa total + miomectomía mural

### **Caso clínico N° 3 HNAL**

**Nombre:** ACE

**Edad:** 28 años

**Procedencia:** Cercado de Lima

**Fecha y hora de ingreso:** 01/03/2023 15:00 horas

**Síntomas y signos principales:** Sangrado vaginal, debilidad generalizada

**Relato** (Anamnesis directa): Paciente mujer refiere desde hace aproximadamente 6 meses presenta hipermenorrea, llegando a usar hasta 5 toallas higiénicas por día, asociado a debilidad generalizada. Acude por Consultorio externo de Ginecología en el cual evidencian mediante una Ecografía transvaginal un útero AVF de 73x35x41 mm, bordes irregulares, miometrio heterogéneo, endometrio de 16 mm con mioma en cara posterior de 54 x 66 mm, solicitan exámenes prequirúrgicos y evaluación por el servicio de Cardiología y Neumología, brindan pase para hospitalización.

**Antecedentes personales y familiares:** PVVS diagnosticado el 2018 en tratamiento TARV

**Antecedentes Gineco Obstétricos:** menarquia 11 años, FUR 18/03/2023, RC 8-10 días/30 días, 1ra Relación sexual 18 años, N° parejas sexuales 2, Última relación sexual hace 5 meses, Último PAP en enero 2023 con resultado negativo, G0P0

**Funciones vitales:** PA: 100/70 FC: 82x' FR: 16 x' SpO2: 99% T° 36.6°C

**Examen físico dirigido:**

- P y F: T/H/E, llenado capilar <2'', palidez en piel y mucosas ++/+++
- Especuloscopia: vagina amplia, elástica, profunda, no se evidencia



sangrado vaginal

- Resto de examen físico sin alteraciones

**Impresión diagnóstica:**

1. HUA: Miomatosis uterina
2. PVVS en TARV

**Plan de trabajo:**

1. Completar exámenes prequirúrgicos
2. SS riesgos quirúrgicos
3. Evaluación por Infectología para pase a SOP
4. Se solicita hemoglobina control
5. Se solicita Ecografía pélvica transvaginal

**Evolución:**

Paciente cuenta con exámenes prequirúrgicos completos solicitados previamente en Consultorio Externo, con resultados de Hemoglobina 12.9 g/dL., leucocitos  $8\ 672 \times 10^3 \text{ mm}^3$ , abastados 0%, resto dentro de los parámetros normales. Se solicitan riesgos quirúrgicos Cardiológico, Neumológico con clasificación de II y I, respectivamente. Se toma hemoglobina control con resultado de 12.4 g/dL. Al tener como antecedente VIH positivo se realiza interconsulta al servicio de Infectología para que nos brinden indicaciones prequirúrgico y pase para SOP, quienes mencionan que la paciente se encuentra en estado de supresión virológica y que su actual diagnóstico no contraindica el procedimiento quirúrgico. En la evaluación por anestesiología sugieren NPO >8 horas, pase por Infectología, 1 paquete globular con prueba cruzada mayor. Se solicita Ecografía pélvica transvaginal en donde impresiona un útero AVF de 69x78 mm, bordes irregulares, miometrio heterogéneo, endometrio de 9.6 mm con imágenes hiperecogénicas de 10mm y 11mm, mioma en cara posterior de 59 x 47mm intramural a 5mm del endometrio

La paciente es operada en el tercer día de hospitalización, con un tiempo operatorio de 1 hora con 10 minutos. Cirugía realizada "Miomectomía

abdominal". Dentro de los hallazgos operatorios se evidencia un útero de 8 cm en cara posterior se palpa mioma de 8 x 7 cm que no bordea con línea endometrial, anexos sin alteraciones. Perdida sanguínea durante la operación 100cc. Se envía pieza quirúrgica al servicio de Anatomía patológica.

Diagnósticos:

1. POI Miomectomía abdominal por Miomatosis uterina
2. PVVS en TARV

Plan de trabajo:

1. Control de funciones vitales
2. Hidratación
3. Analgesia
4. Hemoglobina control a las 6 horas post operatorias

En el post operatorio inmediato paciente cursa hemodinámicamente estable, afebril, con dolor leve a nivel de herida operatoria que cede con analgésicos, con herida operatoria transversa a nivel de hipogastrio de aproximadamente 10 cm, cubierta con gasas limpias secas, hemoglobina control en 11.8 g/dL. A las 24 horas se retiran las gasas, se evidencia una herida operatoria con bordes afrontados con puntos de sutura intradérmica, sin signos de flogosis. Días posteriores la paciente no presenta interurrencias, con evolución favorable. Es dada de alta del servicio de Ginecología al tercer día post operatorio con indicaciones y cita por Consultorio externo.

**Resumen:**

Paciente mujer de 28 años con:

- Diagnóstico principal de ingreso: HUA: Miomatosis uterina + PVVS en TARV
- Diagnóstico principal de egreso: PO Miomectomía abdominal por Miomatosis uterina + PVVS en TARV

## Caso clínico N° 2 HNAL

**Nombre:** TIK

**Edad:** 25 años

**Procedencia:** Breña

**Estado civil:** Conviviente

**Fecha y hora de ingreso:** 28/03/2023 16:00 horas

**Signos y síntomas principales:** dolor tipo contracciones uterinas

**Relato** (Anamnesis directa): Primigesta refiere que hace 10 horas presenta dolor abdominal tipo contracciones uterinas de forma progresiva de intensidad leve a moderada, de manera intermitente, 2 horas posteriores presenta pérdida de líquido claro vía vaginal con “olor a lejía”, en escasa cantidad, razón por el cual acude por EMG.

**Antecedentes personales y familiares:** Niega

**Antecedentes Gineco Obstétricos:** menarquia 11 años, FUR 19/06/2022 no confiable, RC 3-5 días/28 días, MAC niega, 1ra Relación sexual 23 años, N° parejas sexuales 2, Última relación sexual hace 1 meses, G0P0, CPN 9 en el HNAL. Ecografía del 1er trimestre (16/09/22): Gesta única activa de 12,4 ss

**Funciones vitales:** PA: 113/77 mmHg FC: 80 X´ FR: 18 X´ T: 36.8° C SATO2:99%

**Examen físico:**

- Abdomen: AU 35cm, SPP: LCD, DU 3/20', MF ++/+++, FCF 153 lpm
- TV: Dilatación 2 cm, borramiento 50%, estación -4, cérvix anterior blando, orificio cervical abierto, membranas blandas, pelvis ginecoide.
- Resto de examen físico sin alteraciones

**Impresión diagnóstica:**

- Primigesta de 40.1 ss por Ecografía 1er trimestre
- Fase latente de labor de parto

**Plan de trabajo:**

1. Control de funciones vitales
2. Control obstétrico
3. Monitoreo de movimientos fetales
4. Vigilancia de curva de labor de parto
5. Vigilar signos de alarma
6. Se solicita Hemograma completo, examen de orina, urocultivo, prueba antigénica COVID-19, exámenes prequirúrgicos, ecografía obstétrica y test no estresante (NST), Test de Fern.
7. Pase a Hospitalización

**Conducta:** Término de gestación vía vaginal con pase a Sala de partos, en caso de presentar signos de Sufrimiento fetal agudo y/o inestabilidad hemodinámica materno fetal, se procederá con una cesárea segmentaria transversa de emergencia.

### **Evolución:**

Paciente en monitoreo materno fetal continuo, hemodinámicamente estable con funciones vitales dentro de los parámetros normales. Se realiza la toma de exámenes de laboratorio, se realiza ecografía obstétrica y NST.

En la ecografía obstétrica se observa Gesta única activa de 40.1 ss, SPP: LCI, PPF de 3847 gramos, MF (+), FCF de 142x', ILA 10 cm. NST reactivo. Se recepciona resultados de laboratorio con Hemoglobina de 12.4 mg/dL, leucocitos 6450 mm<sup>3</sup>, abastionados 0%, resto de resultados negativos, Test de Fern positivo.

00:00 horas: Paciente entra en fase activa de labor de parto evolucionando de manera favorable.

06:20 horas: Paciente en periodo expulsivo, pasa a Sala de partos. La paciente se encuentra hemodinámicamente estable, el producto mantiene FCF dentro de los parámetros normales y hay una adecuada evolución del trabajo de parto. Al final del periodo expulsivo se realiza una episiotomía medio lateral derecha,

06:37 horas: Se recibe un producto en presentación cefálica de 40 ss por

Capurro, sexo femenino, con 3825 gramos, APGAR 6' 7', con líquido amniótico claro sin mal olor. Se realiza la atención inmediata al RN sobre el vientre de la madre, favoreciendo el contacto piel a piel, seguido el clampaje y corte tardío del cordón umbilical evidenciando 2 arterias y 1 vena.

06:40 horas: De inmediato se realiza el alumbramiento dirigido de placenta, tras lo cual se obtiene una placenta tipo Schulze con membranas y cotiledones íntegros. Se evidencia sangrado vaginal en moderada cantidad, se realiza control de hemostasia, evidenciando desgarro vaginal de I grado a horas 8 de radio, razón por el cual se realiza episiorrafia, se coloca tapón de gasas, se palpa útero contraído a nivel de cicatriz umbilical. Sangrado vaginal 400cc aproximadamente durante todo el trabajo de parto.

07:00 horas Paciente es monitorizada en las siguientes 2 horas de la labor de parto con los siguientes diagnósticos:

1. Puérpera inmediata por parto vaginal + episiorrafia por desgarro vaginal de I grado.

09:00 horas Paciente en alojamiento conjunto con su recién nacido con funciones vitales conservados, afebril, con leve dolor a nivel de hemiabdomen inferior y región perineal. Con evolución lenta favorable al puerperio inmediato.

Plan de trabajo:

1. Control de funciones vitales
2. Control de sangrado vaginal (conteo de pañales)
3. Hematínicos
4. Analgesia
5. Hemoglobina control a las 6 horas post parto
6. Pase a puerperio

Durante el puerperio se encuentra en alojamiento conjunto con su producto, hemodinámicamente estable, afebril, con útero en proceso de involución, con dolor en región perineal que cede con analgésicos. Se recepciona Hemoglobina control de 10,2 g/dL. Con evolución favorable. A los 2 días posparto es dada de alta con indicaciones médicas y cita por consultorio

externo dentro de 7 días. Se informa a la paciente sobre su evolución y se brinda información sobre los signos de alarma.

### **Resumen:**

Paciente mujer de 25 años con:

- Diagnóstico principal de ingreso: Primigesta de 40.1 ss por Ecografía 1er trimestre + fase latente de labor de parto
- Diagnóstico principal de egreso: Puérpera mediata por parto eutócico + episiorrafia por desgarro vaginal de I grado

## **1.4 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA**

### **Caso clínico N° 1 CMNCMST**

**Nombre:** SFL

**Edad y sexo:** 2 años, varón

**Procedencia:** Pachacamac

**Fecha de ingreso:** 02/04/2023

**Antecedentes personales y familiares:** Convulsión febril (al 1 año y 1 día) - Nebulización (al 1 año y 6 meses) por Bronquiolitis aguda

**Síntomas y signos principales:** Convulsión tónico - clónica, fiebre, diarrea

**Relato** (Anamnesis indirecta): Madre refiere que paciente presentó rinorrea desde hace 12 horas, posteriormente presenta fiebre de 40°C acompañada de 3 episodios convulsivos durante la tarde (12pm, 2pm y 6pm) caracterizados por movimientos tónico-clónicos, retroversión ocular y relajación de esfínteres, no especifica tiempo de duración, presentó deposiciones líquidas en 3 oportunidades. Madre refiere haber dado 2 cucharadas de repriman.

**Funciones vitales:** FC: 111 x' FR: 36 x' SpO2: 96% T° 36.8°C

**Examen físico dirigido:** Paciente despierto, ventila sin distrés respiratorio.

- T y P: MV audible en ambos hemitórax, no rales.
- Abdomen: Globuloso, RHA (+), no doloroso a palpación.
- SNC: Despierto, no signos de focalización.

- Resto de examen físico sin alteraciones

**Impresión diagnóstica:** 1) Convulsión febril recurrente 2) Enfermedad diarreica aguda

**Plan de trabajo:**

1. Pasa a observación
2. SS Exámenes de laboratorio

**Evolución:** Paciente permanece en observación sin cursar interurrencias, se decide su traslado a piso con indicaciones de antibioticoterapia EV y ácido valproico 150mg c/12h VO. En su primer día de hospitalización (03/04) no se haya dificultad para conciliar sueño, madre refiere sigue presentando 04 cámaras de deposiciones líquidas amarillentas con moco sin sangre, niega episodios convulsivos. Evaluación por Neurología (04/04) indica ampliar estudios con RMN cerebral y EEG (10/04) los cuales pueden ser realizados de manera ambulatoria y sugieren continuar con dosis de ácido valproico. Durante los días siguientes paciente permanece a la espera de dichos estudios, en observación, permanece afebril, sin pérdida de apetito deposiciones van retomando consistencia. Se le realizan ambos estudios el día 10/04, al notar mejoría clínica y no presentar interurrencias paciente es dado de alta al día siguiente con indicación de recoger informe de EEG por parte de neurología y asistir a controles por consultorio externo debido a antecedente previo de convulsión.

**Resumen:**

Paciente varón de 2 años con:

- Diagnóstico principal de ingreso: Convulsión febril recurrente + Enfermedad diarreica aguda
- Diagnóstico principal de egreso: Convulsión febril recurrente + Enfermedad diarreica aguda tratada

## Caso clínico N° 2 CMNCMST

**Nombre:** VAL

**Edad y sexo:** 1 año 5 meses, mujer

**Procedencia:** Lima

**Fecha de ingreso:** 10/04/2023

**Antecedentes personales y familiares:** Nebulización (6 meses)

### **Síntomas y signos principales:**

**Relato** (Anamnesis indirecta): Paciente en compañía de madre con un tiempo de enfermedad de 3 días quien refiere que cuadro empezó con tos y flema motivo por el cuál acude a EMG el 09/04 donde es dada de alta con diagnóstico de resfriado común en tratamiento con clorfenamina. Durante la madrugada se asocian vómitos y SAT lo que motiva su regreso a EMG.

**Funciones vitales:** FC: 158 x' FR: 50 x' SpO2: 96% T° 37.9°C

**Examen físico dirigido:** Paciente despierto, ventila sin distrés respiratorio.

- Orofaringe: Mucosas húmedas, leve eritema.
- T y P: MV pasa disminuido en ambos hemitórax, subcrepitantes en ambos hemitórax.
- Abdomen: RHA (+), no doloroso a palpación.
- SNC: Despierto, no signos de focalización.
- Resto de examen físico sin alteraciones

**Impresión diagnóstica:** 1) Neumonía viral 2) Hiperreactividad bronquial

### **Plan de trabajo:**

1. Se hospitaliza
2. SS Rx tórax
3. SS Hemograma, e-, Cr, U

**Evolución:** Paciente pasa a piso con indicaciones de Salbutamol 2 puffs c/2h, Bromuro de ipratropio 20 ug 4 puff c/6h, Azitromicina 200mg: 100mg VO c/24h en esquema de 3 días. Cursa la hospitalización sin presentar interurrencias,



no se reporta disminución de saturación, se mantiene afebril, es dado de alta con indicaciones de uso de aerocámara.

**Resumen:**

Paciente mujer de 1 año y 5 meses con:

- Diagnóstico principal de ingreso: Neumonía viral
- Diagnóstico principal de egreso: Neumonía viral tratada

**Caso clínico N° 3 HNAL**

RN nacido de madre de 29 años quien acude por emergencia al HNAL el día 30/01/2023 a las 10 am por dolor abdominal tipo contracción uterina 7/10, pérdida de líquido vaginal de aproximadamente 7 horas, no sangrado vaginal, percibe movimientos fetales.

**Diagnósticos de ingreso materno:**

- Primigesta de 40ss por Ecografía del 1er trimestre
- Pródromos de labor de parto
- Controles prenatales completos (6)

**Datos maternos durante la gestación:**

- G1P0000
- EG de 40ss por Ecografía del 1er trimestre
- 6 CPN
- Antecedente de Anemia leve (Hb de 10 mg/dl) diagnosticado en el 3er trimestre, en tratamiento con Sulfato ferroso 300mg cada 24 horas
- Exámenes auxiliares al ingreso por Emergencia:
- Grupo sanguíneo y factor Rh: O +
- Hemoglobina: 10.8
- Examen completo de orina: Leucocitos 10-20 x campo, gérmenes 2+
- VDRL, HIV, AgHB: Negativo

- Antigénica SARS-Cov2: Negativo
- Ecografía obstétrica: LCI, PF 2885 gramos, Oligohidramnios
- NST: Patrón fetal categoría II

**Antecedentes de labor y parto:** Estimulada con oxitócicos, al monitoreo fetal se evidenció Patrón fetal categoría II; por lo cual se realiza una Cesárea de Emergencia en Sala de operaciones, sin complicaciones, líquido amniótico claro. Fecha de nacimiento: 30/01/2023, 14:53.

**Evaluación inmediata dirigida al RN:**

- Sexo: Femenino
- Peso: 3065 gramos
- Talla: 47 cm
- Perímetro cefálico: 34 cm
- Perímetro torácico: 34.5 cm
- APGAR: 7' 9'
- EG por Capurro de 40ss (a término)

**Impresión diagnóstica:**

1. EG por Capurro de 40ss (a término)

**Plan de trabajo:**

- 1 Pase a alojamiento conjunto
- 2 Monitoreo diario de peso
- 3 Evaluación de la tolerancia oral
- 4 Evaluar grupo y factor sanguíneo
- 5 Tamizaje neonatal

**Evolución:**

Durante la 1ra y segunda hora de vida el paciente presenta funciones biológicas como succión (+), micción (+), deposición (-), funciones vitales dentro de los parámetros normales para la edad y al examen físico no

evidencian alteración.

A las 18 horas de vida el paciente ya presenta su primera deposición, presenta funciones vitales dentro de los parámetros normales para la edad, adecuado agarre, en el examen físico se evidencia un ligero clic al realizar la reducción de caderas por lo que impresiona signo de Ortolani (+), sin embargo, presenta Barlow (-), Galeazzi (-), asimetría de pliegues (-). Se solicita una ecografía bilateral de caderas para hacer un descarte de Displasia del desarrollo de caderas. Se receptionan resultados de grupo y factor O+.

Al 2do día de vida se realiza tamizaje neonatal: Cardiológico, Oftalmológico, Metabólico y Auditivo sin evidencia de alteraciones. En el 3er día de vida se evidencia pérdida acumulada de peso de 265g llegando a 2800 g, la madre refiere “sentirse preocupada por la pérdida de peso del paciente” por lo que se informa y educa a la madre sobre el proceso fisiológico por el que pasa en RN y se promueve la lactancia materna. En el 4to día de vida se realiza Ecografía bilateral de caderas en el cual se evidencia formación de concavidad del acetábulo. Cabeza cartilaginosa con núcleo de osificación presente, con impresión diagnóstica de Formación de caderas adecuadas para la edad. Horas posteriores el paciente es brindado de alta médica conjunto a la madre. Se brinda información sobre los beneficios de la lactancia materna e indicación de cómo proceder ante signos de alarma. El paciente continúa en seguimiento por consultorio externo dentro de 7 días y posteriores controles.

### **Resumen:**

Paciente RN mujer con 4 días de vida con:

- Diagnóstico principal de ingreso: RN de 40ss por Capurro (a término)
- Diagnóstico principal de egreso: RN a término de 40ss con D/C de Displasia congénita de caderas

## Caso clínico N° 4 HNAL

**Nombre:** MEG

**Edad:** 6 años

**Procedencia:** Cercado de Lima

**Antecedentes personales y familiares:** Padre con COVID-19 sin complicaciones hace aproximadamente 2 semana

**Síntomas y signos principales:** Tos, rinorrea, congestión nasal, SAT

**Relato:** (Anamnesis mixta): Paciente mujer es traída por la madre quien refiere que paciente presenta tos con expectoración blanquecina intermitente desde hace 2 días, asociado a SAT, dolor de garganta, rinorrea, congestión nasal intolerancia oral, náuseas. Hace aproximadamente 6 horas presenta fiebre de 38.5°C, por el cual brindan Paracetamol jarabe 1 cucharada y medios físicos. Fiebre cede parcialmente razón por el cual acuden por EMG.

**Funciones vitales:** FC: 115 x' FR: 19 x' SpO2: 98% T° 37.9 °C Peso: 20 kg

**Examen físico dirigido:**

- Orofaringe: eritematosa, levemente congestiva, amígdalas hipertróficas, no purulentas, no placas blanquecinas.
- T-P: Amplexación simétrica, MV pasa en ambos hemitórax, no ruidos agregados

**Impresión diagnóstica:**

- 1 Faringoamigdalitis aguda

**Plan de trabajo:**

- 1 Pase a Observación
- 2 Se indica Paracetamol jarabe 120mg/5mL 12cc y medios físicos para controlar la fiebre
- 3 Prueba antigénica COVID-19

**Evolución:**

La usuaria a las 2 horas presenta temperatura de 36.4°C posterior a la

administración de Paracetamol y uso de medios físicos (baño). Se realiza la prueba antigénica COVID-19 y se obtiene resultado negativo. Se brinda información y se educa a la madre sobre la enfermedad de la menor. Los familiares refieren que “es necesario el uso de antibióticos por la similitud del cuadro clínico con el hijo de uno de sus vecinos”. Se educa al familiar, se hace énfasis en el uso racional de antibióticos y se explica que no es necesario el uso de antibióticos ya que probablemente se trate de un proceso viral. Al no mostrar dudas por parte de la madre, la paciente es dada de alta con indicaciones de tratamiento ambulatorio con Paracetamol y Loratadina por 3 días, ingesta de líquidos a voluntad. Se brinda orientación de acudir por Emergencia en caso de presentar signos de alarma como fiebre que no cede a antipiréticos, náuseas y vómitos, cianosis, disnea, intolerancia oral a líquidos y/o alimentos.

**Resumen:**

Paciente mujer de 6 años con:

- Diagnóstico principal de ingreso: Faringoamigdalitis aguda
- Diagnóstico principal de egreso: Faringoamigdalitis aguda tratada

## **CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA**

### **HNAL**

El Hospital Nacional Arzobispo Loayza queda ubicado en la Av. Alfonso Ugarte N° 848 del distrito de Lima, establecimiento de salud categoría III-1, en el cual se desarrolla programas de atención integral para la familia comunidad y medio ambiente. Actualmente cuenta con 472 años de existencia como una institución que preserva los servicios de salud a la población brindando atención en Consulta externa, Hospitalización, Intervenciones quirúrgicas, Emergencia y Apoyo al diagnóstico en diferentes departamentos como Medicina interna, Especialidades Médicas, Cirugía General, Especialidades Quirúrgicas, Ginecología - Obstetricia, Pediatría, entre otros. El ambiente hospitalario cuenta disponibilidad con 537 camas, de los cuales predominan en los servicios de Medicina Interna y Cirugía General. Siendo uno de los hospitales de gran valor desde sus inicios, considerado un soporte fundamental durante la emergencia sanitaria COVID-19 y posterior a este. Así mismo, cuenta con un nivel de excelencia en docencia e investigación brindando servicios de atención de salud y educacional, ya que recepciona residentes, internos y externos de la carrera de Medicina Humana y de otras escuelas profesionales (2, 3).

### **CMNCMST**

El Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” se encuentra ubicado en la Avenida Venezuela s/n, en el límite del distrito San Miguel con Callao de la ciudad de Lima, de nivel de atención III-1, contando con más de 398 camas hospitalarias y 49 camas no hospitalarias, 8 quirófanos y 1 helipuerto destinados a la atención de la población naval y sus derechohabientes por diferentes patologías y algunas como efecto de la propia labor (4). Entre las especialidades presentes en el hospital se encuentra Medicina interna, Gineco – Obstetricia, Cirugía general, Cirugía cardiovascular, Cirugía de cabeza y cuello, Pediatría, Oncología, Anestesiología, Medicina física y rehabilitación, Geriatria, Psiquiatria, entre otras.

El servicio de Medicina Interna es uno de los servicios con mayor flujo de pacientes, dividiéndose en los ambientes de hospitalización, Unidad de emergencia y consultorio externo. El área de hospitalización se dividía en sectores: Medicina de varones y mujeres suboficiales, Clínica de familiares de subalternos, Clínica de familiares de oficiales y Clínica de oficiales, en los cuáles íbamos rotando grupos de 5 – 6 internos por sala. La sala de medicina de varones suboficiales cuenta con capacidad para 40 camas de hospitalización a cargo de 2 médicos asistentes, 1 médico residente de medicina interna, 1 médico residente de las diversas especialidades de medicina interna y 5 internos, dentro de la sala también había camas para pacientes en manejo conjunto con otras especialidades o de otros servicios como Neumología, Gastroenterología, Neurología, Cardiología, Traumatología y Cirugía general. El rol del interno de medicina en el área de piso es monitorizar a los pacientes ayudándose del personal de enfermería para reportar intercurrencias presentadas, realizar las evoluciones diarias del paciente, así como verificar que se cumpla el plan establecido en tratamiento y diagnóstico; pudiendo agilizar resultados de laboratorio llegando a tomar la muestra en algunos casos como gases arteriales o paracentesis, agilizar interconsultas a las diversas especialidades presentando a los pacientes previo a su evaluación, realizar curaciones y limpiezas de las diversas patologías de así requerirlo el paciente, así como acompañarlo en sus procedimientos, entre otros. Además de tener responsabilidades en las salas de hospitalización, se cumplía con un rol de guardias diurnas en las cuáles formaban parte 2 internos atendiendo cada uno en un tópico y guardias nocturnas de solo un interno en la Unidad de Emergencia, las guardias se acompañaban de 2 a 3 residentes donde uno siempre permanecía en el área de observación y un médico emergencista jefe de guardia que permanecía en el área de observación. Durante el turno en el área de emergencia el interno podía realizar desde el triaje del paciente hasta su atención en tópico consultando sobre la historia clínica, el examen físico, los cuáles una vez realizados presentaba a sus médicos residentes para plantear juntos los diagnósticos y el plan de trabajo. Una vez terminada la guardia nocturna, el interno retornaba a su sala de hospitalización para continuar con sus labores.

La rotación en la unidad de Cirugía General se dividió en 3 rotaciones, nos comentaron antes de la pandemia se rotaba por 4 los cuales eran Traumatología, Urología, Cirugía general y Anestesiología. Con motivo de la pandemia se tuvo que retirar Anestesiología de las rotaciones aptas para los internos. El servicio de Cirugía general cuenta con 4 áreas: Hospitalización, Unidad de emergencia, sala de operaciones y consultorio externo. El espacio de hospitalización se divide en 3 salas, especialidades quirúrgicas, cirugía varones y mujeres subalternos. La labor del interno consiste en la evolución diaria de los pacientes, así como acompañarlo en su preparación preoperatoria, el momento intraoperatorio y cuidados postoperatorios. De igual manera, en esta rotación los internos de medicina cumplen un rol de guardias de turnos diurnos y nocturnos conformados de dos internos, un residente de la especialidad de cirugía general, un residente de otra especialidad quirúrgica como Urología, Oftalmología u Otorrinolaringología y un médico asistente jefe de guardia. Luego de las guardias nocturnas, el interno médico se reincorpora para continuar sus labores en piso. En el área de consultorio externo se encuentra el tópico de cirugía menor para procedimientos menores dentro de los cuales el interno puede participar apoyando en los procedimientos como extracción de lipomas, retiro de verrugas, corrección de uñas encarnadas. Así como apoyar en facilitar las interconsultas para evaluaciones preoperatorias de procedimientos programados. El área de sala de operaciones cuenta con 8 quirófanos para las diversas cirugías programadas durante el día de diversas especialidades quirúrgicas, la función del interno es actuar como ayudante, siempre acompañado de un médico asistente y en ocasiones de un residente. Al finalizar la intervención se encarga de transcribir la nota operatoria y enviar interconsultas a anatomía patológica de así requerirlo. Saliendo de sala de operaciones, el interno se reintegra al trabajo en piso. Se brindó una oportunidad de rotar por el servicio de Anestesiología realizando las coordinaciones previas con las autoridades pertinentes, permitiéndonos observar la evaluación preoperatoria del paciente, participación activa en su preparación dentro de quirófano, realización de algunos procedimientos como intubaciones, colocación de anestesia epidural, asistencia en la inducción de la anestesia general, todo realizado



bajo el estricto control, guía y enseñanza de los médicos residentes y asistentes del servicio. Realizar monitoreo en el área de recuperación post anestésica a los pacientes.

La rotación en el servicio de Gineco Obstetricia se divide en Ginecología y Obstetricia. El servicio de Obstetricia cuenta con áreas de Emergencia obstétrica, Unidad de Cuidados Intermedios, Alto riesgo obstétrico, Alojamiento conjunto, Sala de operaciones Materno Infantil. En esta rotación se vieron casos de vital importancia en la población de gestantes, así como las patologías muy frecuentes. En esta rotación la función del interno consiste en elaborar la historia clínica de las gestantes, realizar monitoreos maternos fetales, evolución diaria de gestantes estables, apoyo en Sala de trabajo de parto, instrumentación en Sala de operaciones Materno Infantil en casos de cesáreas.

La rotación en el servicio de Ginecología cuenta con áreas de Emergencias ginecológicas, Hospitalización, Sala de Operaciones Planificación familiar, Fertilidad. En este servicio la función del interno consiste en la evaluación continua de la evolución del paciente asimismo en áreas de hospitalización incluye preparar a la paciente para ser programado ser programada a una intervención quirúrgica. En el área de ginecología se vieron las patologías más frecuentes como cáncer de cérvix y cáncer de mamá, con un enfoque de enseñanza orientado en la prevención. En ambos servicios se realizaron guardias de 24 horas en Emergencia, en los cuales se tuvo más contacto con las pacientes y sus diversas patologías.

La rotación en Pediatría se divide en Pediatría y Neonatología. Pediatría cuenta con el las áreas de Hospitalización, Unidad de monitoreo pediátrico y Emergencias Pediátricas. Durante el tiempo de rotación acudieron múltiples pacientes pediátricos con diversas patologías, dentro de las cuales las principales fueron Enfermedades respiratorias superiores, Celulitis, Enfermedades diarreicas agudas, Infecciones del tracto urinario, Intoxicaciones. El servicio no cuenta con UCI pediátrico, por el cual el aprendizaje es limitado en algunos casos de Emergencia, en varias oportunidades se brindó orientación rápida y certera a los familiares sobre casos especiales y se brindó una referencia oportuna a establecimientos de

salud que cuentan con UCI pediátrico en varias oportunidades. Así mismo, se realizaron actividades académicas como exposiciones y análisis de casos clínicos, los cuales fueron provechosos.

En Neonatología, el servicio cuenta con Atención inmediata, Alojamiento Conjunto, Unidad de Cuidados Intermedios, UCI neonatal. Durante mi estancia aprendí sobre la Atención inmediata, RCP neonatal, profilaxis neonatal, manejo de hipoglucemia neonatal, evaluación del RN, tamizaje neonatal (cardiológico, oftalmológico, metabólico y auditivo), evaluación de técnica de lactancia materna, entre otros. En general, la rotación de Neonatología fue enriquecedora por la diversidad de casos, resaltando la importancia del tamizaje neonatal contribuyendo con el diagnóstico y tratamiento oportuno de diversas patologías.

## CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

### 3.1 ROTACIÓN MEDICINA INTERNA

#### Caso clínico N° 1 CMNCMST: Neumonía intrahospitalaria

La neumonía intrahospitalaria (NIH) es la segunda infección en frecuencia del total de infecciones nosocomiales, aproximadamente se presenta en un 18% de pacientes hospitalizados. La condición para que una Neumonía sea considerada como nosocomial (NIH) es que se presente después de las 48 horas de haber sido admitido y sin indicios de haberse estado desarrollando desde antes del ingreso. Se considera un subtipo Neumonía asociada a ventilador en aquellos pacientes con ventilación mecánica que desarrollan neumonía en las 48 – 72 horas siguientes a la intubación endotraqueal, este tipo es más frecuente en la unidad de cuidados intensivos (5). Los patógenos responsables de este cuadro difieren de aquellos de una típica NAC, en el ambiente hospitalario son más comunes los patógenos gram negativos como *Pseudomonas aeruginosa*, *enterobacteriaceae*, *acinetobacter spp*; así como también *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pneumoniae*. Entre los factores de riesgo se encuentra que el paciente tenga edad avanzada, estado de postración, enfermedad crónica, compromiso inmunológico (DM2, infección por VIH, malnutrición, alcoholismo), compromiso de la vía aérea que pueda generar aspiración (alteración en nivel de conciencia, disfagia), entre otros. La clínica se puede manifestar con malestar general, fiebre y escalofríos, tos productiva con expectoración amarillenta-verdosa, taquipnea, disnea, dolor torácico, al examen físico se pueden hallar crépitos, disminución en el murmullo vesicular y matidez a la percusión (6). El diagnóstico de la NIH se realiza basándose en el examen físico, historia clínica del paciente cumpliendo con los criterios antes mencionados, nos ayudamos de hallazgos en los exámenes de laboratorio y los de imagen (radiografía y/o tomografía). Como método de pronóstico se usa el PSI (Pneumonia Severity Index) tomando en consideración valores como la edad, comorbilidades y resultados de laboratorio. Para el tratamiento hay que valorar según:

- Si el paciente no tiene alto riesgo de mortalidad ni de infección por MRSA: Se suele aplicar la monoterapia con antineumocócicos, b-

lactámico antipseudomona; Imipenem, Meropenem, Cefepime, Piperacilina-Tazobactam o Quinolonas como el Levofloxacino en caso de alergia a penicilinas

- Si el paciente no presenta alto riesgo de mortalidad, pero sí de infección por MRSA: Se debe agregar Linezolid o Vancomicina
- Si el paciente presenta alto riesgo de mortalidad o presenta alguna condición estructural en pulmones: Se mantiene un antibiótico con actividad contra MRSA + 2 de los siguientes grupos; antineumocócicos, b-lactámico antipseudomona, quinolonas, aminoglucósidos, aztreonam.

El esquema de tratamiento antibiótico se suele mantener por 7 días. Es importante añadir medidas terapéuticas adicionales como fluidoterapia, oxigenoterapia, antipiréticos, expectorantes y terapia física de ser necesario (7).

### **Caso clínico N° 2 CMNCMST: Síndrome hemofagocítico**

El Síndrome hemofagocítico, también conocido como Linfohistiocitosis hemofagocítica (LHH) es una enfermedad grave que pone en riesgo la vida si no se diagnostica y trata a tiempo, representando así un reto médico. Existe un severo estado inflamatorio debido a la actividad incrementada de macrófagos y linfocitos T citotóxicos del sistema inmunológico. Generando una marcada proliferación no maligna de histiocitos con actividad hemofagocítica inapropiada, manifestándose así en médula ósea, hígado, bazo y ganglios linfáticos (8). No se tiene una amplia base estadística de esta enfermedad por ser considerada rara, sin embargo, se calcula que existen 1.2 reportes de caso por cada millón de habitantes a nivel mundial, esto se traduciría en 1:50 000 nacimientos pudiendo incluso llegar a ser un poco más debido a las dificultades que se presentan para llegar al diagnóstico.

Esta patología se presenta generalmente con fiebre, baja de peso, alteración en el estado de consciencia, esplenomegalia, hepatopatía, ictericia y citopenias (9). Se hallan las causas primarias donde ocurre por errores innatos de la inmunidad y las causas secundarias donde se observa a la enfermedad como parte del cuadro de neoplasias, infecciones o enfermedades

autoinmunes Su diagnóstico se estandarizó en el año 2004 basándose en confirmación genética para la forma primaria de la enfermedad o en base a criterios para la forma secundaria o activada:

- Identificar los genes asociados a LHH: PFR1, UNCI3D, STX11, STXBP2
- Cumplir con 5 de los siguientes 8 criterios: 1. Fiebre 2. Esplenomegalia 3. Citopenia (Bicitopenia o pancitopenia) 4. Hiperferritinemia 5. Hipofibrinogenemia 6. hipertrigliceridemia 7. CD25 soluble 8. Hemofagocitosis en médula ósea, bazo o ganglios linfáticos observable a través de aspirado de médula ósea o mielocultivo (8).

El tratamiento consiste en inmunosupresión, se quiere evitar la producción de citocinas inflamatorias. Durante la primera fase de terapia, llamada terapia de inducción la cuál dura 8 semanas nos servimos de esteroides como Dexametasona 10 mg/m<sup>2</sup> aplicado durante 2 semanas, al culminar se realiza una disminución de la dosis en un 50% cada 2 semana hasta llegar a 0 al final de la semana 8. Esto junto al Etopósido 150 mg/m<sup>2</sup> 2 veces/semana durante las primeras 2 semanas de tratamiento, pasando a 1 vez/semana hasta llegar a la semana 8 (10).

Resulta crucial dar seguimiento de la respuesta al tratamiento en estos pacientes mediante la evolución clínica y los valores laboratoriales. Se concluye que la LHH es una patología poco sospechada de inicio en el diagnóstico clínico por la sintomatología inespecífica que presenta, generando demoras en el diagnóstico y consiguiente tratamiento. Resulta importante tomarlo en consideración en aquellos pacientes con episodios febriles y citopenias en ausencia de otras etiologías, para empezar una pronta terapéutica disminuyendo así las complicaciones y mortalidad.

### **Caso clínico N° 3 HNAL: Tumoración cervical: Bocio multinodular**

Un aumento anormal del volumen a nivel cervical nos da indicios de patologías sumamente variadas como tumoraciones congénitas, patologías inflamatorias, procesos infecciosos, tuberculosis ganglionar, formación de abscesos, adenopatía infiltrada con metástasis, metástasis, tumoraciones malignas, neoplasias. La edad del paciente, una adecuada historia clínica, el examen

físico y las características de la tumoración y qué pieza anatómica compromete van a ser datos esenciales para un diagnóstico precoz y certero (11).

De tratarse de un crecimiento de la glándula tiroides y su afección de manera difusa uninodular o multinodular será definido como bocio. Siendo el más común el bocio simple con una evolución con aumento del tamaño de manera difusa y formación de nódulos tiroideos con mayor prevalencia en zonas con déficit de aporte de yodo, está una de las causas primordiales del bocio endémico. Por otro lado, ante un bocio no endémico se debe realizar la sospecha de un proceso autoinmune como la tiroiditis de Hashimoto. Se hace énfasis en el reconocimiento de signos de malignidad en busca de descarte de neoplasias, como el carcinoma papilar de tiroides una de las patologías más comunes observadas en la glándula tiroides (11,12). Dentro de los factores de riesgo de malignidad tenemos: antecedente familiar de cáncer tiroideo o neoplasia endocrina, edad menos de 20 años o más de 60 años, antecedentes de irradiación cervical durante la infancia o adolescencia y signos y síntomas como: nódulo tiroideo mayor de 4 cm de diámetro, crecimiento rápido, presencia de adenopatías cervicales, de compresión como disfagia, disnea, disfonía, invasión a otras estructuras cervicales, entre otros (13, 14).

Como ayuda diagnóstica se encuentran las Ecografías de tiroides, BAAF con guía ecográfica, TEM cuello, Radiografía de tórax, entre otros.

El tratamiento es variable según el tipo de bocio y presencia de complicaciones que se presenta llegando desde una conducta expectante hasta una tiroidectomía subtotal o total (11).

#### **Caso clínico N° 4 HNAL: Pielonefritis**

La pielonefritis es una infección del tracto urinario superior, debido a una colonización de patógenos que ascienden por los uréteres hasta llegar a los riñones, causando sobrecrecimiento bacteriano al mismo nivel. Siendo la *Echerichia coli* el causal más frecuente, seguida de Enterobacterias, Pseudomonas, Enterococos, entre otros. Es una patología muy frecuente en la población en general, siendo los más predispuestos a padecerlo los

neonatos, gestantes, adultos mayores, inmunocomprometidos y pacientes con antecedentes de cistitis, cálculos renales, reflujo vésico ureteral, uropatía obstructiva, inmunodepresión (15, 16).

Dentro de las características clínicas encontramos a la fiebre, escalofríos, dolor lumbar que se irradia a flanco ipsilateral, náuseas, vómitos, malestar general. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica mediante la anamnesis y evaluación del paciente, que presenta sintomatología urinaria (disuria, polaquiuria, poliuria, retención urinaria, urgencia miccional), asociado a fiebre y dolor lumbar, usualmente vienen acompañados los signos de puño percusión lumbar y puntos renoureterales positivos. El diagnóstico se apoyará en exámenes complementarios como el hemograma completo en donde se evidencia la presencia de leucocitos, examen completo de orina con la presencia de bacterias, piuria, nitritos, urocultivo con antibiograma. Dentro de las complicaciones, en algunos casos puede llegar a bacteriemia, sepsis, shock e insuficiencia renal aguda (15, 17).

El tratamiento implica el uso de antibióticos, inicialmente empíricos, posteriormente será administrado según el resultado del urocultivo y el antibiograma.

### **3.2 ROTACIÓN CIRUGÍA**

#### **Caso clínico N° 1 CMNCMST: Vólvulo sigmoides**

Se define como vólvulo sigmoides a la rotación de la porción distal del colon sobre su eje con su mesenterio, siendo la tercera causa de obstrucción intestinal a nivel mundial. Se presenta mayormente en hombres y en aquellos de edad avanzada, generalmente alrededor de los 70 años (18). Entre los factores de riesgo encontramos segmentos colónicos largos y mesenterio largo favorecido por constipación crónica, megacolon, bandas o adherencias intestinales, espacio pélvico reducido, antecedente de vólvulo, entre otros (19). El paciente presenta sintomatología de obstrucción intestinal caracterizada por náuseas, constipación, distensión - dolor abdominal y ruidos hidroaéreos disminuidos. De presentar complicaciones de tipo isquémicas habrá compromiso hemodinámico en el paciente: taquicardia, hipotensión, peritonitis, en algunos casos se puede encontrar hematoquecia. Si ocurre

perforación de asa se perderá la matidez hepática a la percusión, se mantienen los signos de peritonitis pudiendo llegar a shock (20). Para el diagnóstico, el recurso más accesible son las radiografías abdominales completas de pie y decúbito. Se observa el signo clásico de grano de café, niveles hidroaéreos y ausencia de aire en recto. En tomografía se observa el signo de remolino, este estudio de imagen es muy útil para detectar isquemia o perforación de asa (21). Es primordial la fluidoterapia EV, restringir la vía oral ya que de haber complicaciones del vólvulo se agravaría el cuadro, colocación de sonda nasogástrica. Si el paciente se presenta hemodinámicamente estable y sin complicaciones la cirugía de elección será la colectomía de sigmoides con anastomosis primaria. De presentarse complicaciones como isquemia o perforación se procederá al procedimiento de Hartmann dejando una colostomía funcional con posibilidad de restitución de tránsito intestinal a futuro según compromiso de asa (22).

### **Caso clínico N° 2 CMNCMST: Obesidad**

Nos referimos a Obesidad como una condición crónica con excesiva acumulación de tejido adiposo que conlleva incremento en riesgos para la salud. Es más común en mujeres y es bimodal, según edad se presenta frecuentemente en adolescentes de 12 a 19 años y en adultos alrededor de los 40 años (23). Hay compromiso de la calidad de vida por fatiga, baja tolerancia al ejercicio, dolores musculoesqueléticos, condiciones asociadas como depresión, ansiedad, desórdenes alimenticios. Si hay aumento de perímetro abdominal en hombres >102 cm o mujeres >88 cm por predominio de obesidad de distribución central, formaría parte del síndrome metabólico. Acompañándose de al menos 2 de las siguientes: hiperglicemia, aumento de la presión arterial y/o dislipidemias (24). El IMC (índice de masa corporal) se ha desarrollado como una fórmula sencilla para el screening de obesidad tomando como valores el peso y talla actual ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ), un valor de 18.5–24.9  $\text{kg}/\text{m}^2$  señala un peso normal. Tiene ciertas limitaciones en poblaciones pediátricas y geriátricas, en esos casos debería ser complementado con el perímetro abdominal. Usando la fórmula tenemos una interpretación de los resultados:

- Bajo peso:  $< 18.5 \text{ kg}/\text{m}^2$



- Peso adecuado: 18.5 – 24.9 kg/m<sup>2</sup>
- Sobrepeso: ≥ 25 – 29.9 kg/m<sup>2</sup>
- Obesidad grado I: 30 – 34.9 kg/m<sup>2</sup>
- Obesidad grado II: 35 – 39.9 kg/m<sup>2</sup>
- Obesidad grado III: ≥ 40 kg/m<sup>2</sup>

De primera instancia se quiere promover el manejo no farmacológico con cambios en el estilo de vida a través de la dieta; restricción de calorías, bajo consumo de carbohidratos, sodio, colesterol, grasas saturadas, favorecer el consumo de frutas, vegetales, pescado y cereales. La actividad física moderada está recomendada al menos 30 minutos en frecuencia de 5 – 7 veces por semana, además de medidas como moderación en consumo de alcohol y cigarrillos. Todas estas medidas ayudan a reducir el peso corporal en un 5 – 10%, sin embargo, sigue siendo la cirugía bariátrica el procedimiento con mayores resultados de mantenimiento de dicha pérdida a largo plazo (25). Indicada mayormente en estadio de Obesidad grado III, la manga gástrica genera el 80% de reducción del volumen gástrico, reduciendo así la capacidad gástrica. Si se logra una disminución del 50% o más del exceso de peso corporal durante el primer año posquirúrgico sin recuperarlo se estaría hablando de una cirugía bariátrica exitosa (26).

En la cirugía bariátrica se habla de procedimientos restrictivos y malabsortivos para lograr el fin de reducir el peso corporal en el paciente:

- Procedimientos restrictivos: Reducen el volumen gástrico con la capacidad oral limitada; manga gástrica y banda gástrica ajustables.
- Procedimientos malabsortivos: Evitan la completa absorción de macronutrientes con bypass de zonas del intestino delgado; Bypass gástrico en Y de roux

### **Caso clínico N° 3 HNAL: Hernia inguinal**

Las hernias son protrusiones temporales o permanentes de algún órgano intraabdominal a través de un punto o anillo anatómico débil, ya sea este congénito o adquirido, de la pared abdominal o pelviana. Pueden aparecer en cualquier grupo etario, tiene ligera predominancia en el sexo masculino, se

considera a la obesidad, embarazo, asma, tos crónica, estreñimiento crónico como factores que predisponen esta patología por generar un aumento de la presión intraabdominal. El cuadro clínico se caracteriza por la presencia de una tumoración o bulto en la pared abdominal o pélvica, puede estar acompañada de dolor. Se clasifica según la presentación clínica en (27):

- Hernia primaria: paciente presenta cuadro clínico por primera vez
- Hernia recidivante: aquella hernia que ha sido tratada y se ha vuelto a producir.
- Hernia reductible: Se puede reintroducir en el abdomen. Dentro de ellas encontramos a la Hernia coercible, la cual al ser reducida no vuelve a protruir y la Hernia incoercible que por lo contrario vuelve a protruir inmediatamente tras reducirla.
- Hernia irreductible: No se puede volver reducir.
- Hernia incarcerada: Hernia irreductible, blando, sin compromiso vascular.
- Hernia estrangulada: Hernia irreductible con compromiso vascular del contenido herniado (isquemia).
- Hernia deslizada o por deslizamiento: Aquella en la que una porción del saco herniario está formada por una pared de víscera (generalmente ciego o colon sigmoide) o vejiga.

En la clasificación según ubicación anatómica encontramos a las hernias inguinales, crurales, epigástricas, entre otros. Dentro de estas las más frecuentes son las Hernias inguinales, siendo clasificadas en directas e indirectas. Las hernias inguinales directas pasan a través del triángulo de Hesselbach, medial a los vasos epigástricos.

La clasificación Nyhus, se basa en la descripción las hernias (27):

Tipo I	Hernia indirecta, anillo abdominal interno normal, típica en lactantes, niños, adultos pequeños.
Tipo II	Hernia indirecta; anillo interno crecido sin impacto en el piso del conducto inguinal, no se extiende al escroto.
Tipo IIIA	Hernia directa; no se considera el tamaño.
Tipo IIIB	Hernia indirecta crecida lo bastante para incluir la pared inguinal posterior, en esta categoría se incluyen las hernias indirectas por deslizamiento o escrotal porque se acompañan de extensión del espacio directo; incluye así mismo hernias en pantalón.
Tipo IIIC	Hernia femoral
Tipo IV	Hernia recurrente; algunas veces se añaden modificadores A-D, que corresponden a indirecta, directa, femoral y mixta, respectivamente.

El tratamiento incluye un procedimiento quirúrgico de reparación de la pared, Hernioplastia, con o sin el uso de malla, abierta o laparoscópica, dependiendo del caso y la técnica quirúrgica del cirujano (28).

#### **Caso clínico N° 4 HNAL: Apendicitis aguda**

La apendicitis aguda es la inflamación aguda de una estructura anatómica: el apéndice vermiforme. Es la causa más común de abdomen agudo siendo su manejo de elección quirúrgico tanto en población adulta como pediátrica. Se suele presentar con más frecuencia en hombres, en un rango de edad de 10-20 años, pero pudiendo presentarse a cualquier edad (29). Se habla de 2 tipos de apendicitis según las características que presenten:

- Apendicitis no complicada: No se observan fecalitos ni tumores apendiculares o complicaciones: perforaciones, gangrena, abscesos o masa
- Apendicitis complicada: Aquella en la que se evidencia fecalitos o tumores apendiculares, se asocia a complicaciones de perforación, gangrena, absceso o masa (30).

El cuadro se desarrolla cuando se obstruye el lumen del apéndice, generando estasis de la secreción mucosa creando un medio ideal para la colonización por bacterias; y presión intraluminal elevada que obstruye las venas, esto edematiza las paredes del apéndice obstruyendo los capilares, favoreciendo la isquemia y por consiguiente gangrena del apéndice pudiendo llevar a perforación. En los niños, la obstrucción se da más frecuentemente por la hiperplasia de tejido linfóide que presentan, se ha visto que ocurre en un 65%.

La segunda causa de obstrucción más frecuente es el fecalito apendicular y la consiguiente estasis fecal que genera, esta causa se presenta más en adultos (31). En la población adulto mayor es poco común que se presente, se ha visto asociada a neoplasias y obstrucción por tumores apendiculares (adenocarcinomas). Otra causa posible pero infrecuente es la infestación parasitaria.

El paciente acude refiriendo la típica cronología del dolor, que empieza en epigastrio y se va localizando en cuadrante inferior derecho (CID) con el transcurso de las horas (aproximadamente 12-24h), se asocian signos inespecíficos como náuseas, vómitos, hiporexia, fiebre, diarrea o constipación. Al examen físico hay signos que ayudan a localizar el dolor: dolor a la palpación en la base del apéndice, el punto de McBurney (+); dolor a la descompresión brusca, Signo de Blumberg (+); dolor en CID al realizar palpación profunda en el cuadrante contralateral por aumento de presión intraluminal retrógrado, Signo de Rovsing (+). La localización dolor puede variar según la localización del apéndice, esto es más relevante en el grupo gestante. De ser el apéndice retrocecal se hace uso del Signo del Psoas (+), se presenta dolor al flexionar el miembro inferior derecho (32).

El diagnóstico es básicamente clínico, se debe realizar una amplia historia clínica y examen físico. Nos ayudamos de estudios de laboratorio basales; hemograma, PCR, urea creatinina, electrolitos, sedimento urinario, si la paciente es mujer en edad reproductiva se debería dosar b-HCG para descartar embarazo ectópico. De ser dudoso el diagnóstico se recomienda estudios de imagen, siendo la ecografía el más accesible y reservando la tomografía para casos donde no se pueda precisar (32). Se han desarrollado Scores que valoran la posibilidad de apendicitis aguda en el paciente:

Score Alvarado (MANTRELS): Un sistema de 10 puntos que se sirve de 8 parámetros para calcular la probabilidad. Según el puntaje obtenido: <4 baja probabilidad, 5 – 6 moderada probabilidad, >7 alta probabilidad.

- Síntomas: Migración del dolor a cuadrante inferior derecho (1 punto) - Anorexia (1 punto) - Náuseas y/o vómitos (1 punto)
- Examen físico: Dolor en cuadrante inferior derecho (2) - Blumberg (+)

(1) - Fiebre (1)

- Hallazgos laboratorio: Leucocitosis (2) - Desviación izquierda (1)

El manejo inicial debe ser estabilizar al paciente si presenta alteración hemodinámica. Una vez hecho el diagnóstico se debe restringir la vía oral, administrar fluidoterapia y profilaxis preoperatoria. La cirugía a realizar es apendicectomía vía laparoscopia o laparotomía. Se debe proceder dentro de las 24 horas de haber hecho el diagnóstico (32).

### **3.3 ROTACIÓN GINECO OBSTETRICIA**

#### **Caso clínico N° 1 CMNCMST: Aborto incompleto**

El aborto hace referencia a la interrupción provocada o espontánea del embarazo antes de las 20 semanas y/o con un peso del feto menor a 500 gramos. Se suele presentar en un 10 – 15% de gestantes, y más del 80% se presenta antes de cumplir las 12 semanas. La causa más común de abortos espontáneos es por alteraciones genéticas como aneuploidías en el feto, luego siguen patologías que afecten a la gestante o traumas (33). En un aborto incompleto hay expulsión parcial de los productos de la gestación (restos placentarios, tejido fetal o líquido amniótico) a través del cuello que se encuentra dilatado (34). En el algoritmo para el diagnóstico se debe realizar una buena evaluación pélvica, se debe visualizar el cérvix para confirmar que el origen de sangrado es uterino. Una ecografía transvaginal permitirá confirmar la ausencia de actividad cardíaca y/o anomalías en el saco gestacional. Así como una disminución en el valor de b-HCG se traduce en un embarazo fallido.

El tratamiento es la evacuación total de los productos de la gestación, se puede ayudar de evacuación médica administrando Misoprostol para la expulsión y maduración cervical, también se hace uso de la evacuación quirúrgica mediante la dilatación y curetaje, este método se prefiere en el caso de abortos sépticos o de presentar sangrado intenso. Se pueden presentar complicaciones como perforación uterina, hemorragia, endometritis o adhesiones intrauterinas (35). Por ello es fundamental que este procedimiento sea realizado por un profesional de la salud que tiene la debida preparación.

## **Caso clínico N° 2 CMNCMST: Placenta previa**

Cuando la placenta se instala cerca o sobre el orificio cervical interno (OCI) es que nos referimos a una placenta previa, esto genera una obstrucción parcial o completa, teniendo alto riesgo de hemorragia por la ruptura de vasos y pudiendo traer complicaciones al parto. Se reporta que se presenta en aproximadamente el 0.5% del total de embarazos, traduciéndose en una incidencia de 5/1000 nacimientos (36). Se han aislado ciertos factores de riesgo para desarrollar placenta previa, entre ellos tener una edad materna avanzada (>35 años), multiparidad, tabaquismo, alteraciones uterinas que inhiban la implantación normal, tiempo corto intergestacional, antecedente de cesárea, abortos o curetaje e historia de placenta previa.

Se clasifica a la placenta previa según la porción que cubre del orificio cervical interno:

- Placenta previa marginal: Alcanza el borde del OCI
- Placenta previa parcial: Cubre parcialmente el OCI
- Placenta previa total: Cubre de manera total el OCI

Adicionalmente se usa el concepto de Placenta de implantación baja para describir a aquella placenta que se encuentra a 2 cm o menos del OCI (37).

Sobre la clínica, la paciente suele acudir con un cuadro de inicio súbito con sangrado vaginal generalmente sin dolor. Se presenta con más frecuencia durante el 3er trimestre, al inicio no se suele evidenciar signos de sufrimiento fetal debido a que la sangre perdida de una hemorragia por placenta previa es maternal. Sin embargo, de persistir el sangrado por tiempo prolongado se pueden presentar hipotensión o signos de shock en la gestante generando hipoxemia en el feto. Para el diagnóstico se debe realizar ecografías transvaginales o abdominales que permitan localizar la placenta en el útero. En la mayoría de las pacientes con placenta previa detectada en ecografías precoces hay retorno de la placenta a su posición normal conforme el segmento uterino inferior se va elongando (38). Si todavía persiste a la semana 32 se deberá repetir el ultrasonido en la semana 36. Si a la semana 36 no hay cambios de ubicación y la gestante no presenta signos de alarma, se deberá programar una cesárea entre las semanas 36 y 37. De presentarse

con sangrado profuso y/o compromiso de bienestar fetal se deberá culminar el embarazo con una cesárea de emergencia (39). Un parto eutócico no se debe intentar en estos pacientes, así mismo evitar el tacto vaginal en pacientes con hemorragia anteparto y que se haya confirmado la placenta previa.

### **Caso clínico N° 3 HNAL: HUA: Miomatosis uterina**

La hemorragia uterina anormal se define como un sangrado de origen uterino con diferencia en periodicidad, cantidad, duración en comparación a una menstruación normal. Esta está clasificada según tiempo de evolución en aguda y crónica, con un corte de 6 meses. Así mismo, según su etiología se divide en orgánica y disfuncional con los acrónimos PALM-COEIN, dentro de las orgánicas encontramos a patologías anatómicas como miomas, pólipos, adenomiosis, hiperplasias endometriales, neoplasias, entre otros. Por otro lado, dentro de los disfuncionales, los cuales no son causados por alteraciones anatómicas se encuentran principalmente los trastornos hormonales, coagulopatías, trastornos ovulatorios (40, 41). La hemorragia uterina anormal es considerada una de las primeras causas más frecuentes de consultas en el servicio de Ginecología. Su diagnóstico se basa en una buena historia clínica según grupo etario, que enfatice las características del sangrado, tiempo de evolución, asociación con otros síntomas, historia menstrual previa, historia ginecobstetrica, en el examen físico se debe buscar signos de alteraciones sistémicas u hormonales como por ejemplo obesidad, hiperandrogenismo, hirsutismo, se debe realizar un examen pélvico y de mamas con los cuales nos darán una sospecha de etiología orgánica, el diagnóstico de hemorragia uterina disfuncional es de exclusión solo puede ser establecido cuando se ha descartado causas estructurales de sangrado (40, 42). Dentro de los exámenes complementarios se debe cuantificar la magnitud del sangrado mediante la medición de la hemoglobina y el hematocrito y establecer la presencia de anemia, se debe descartar embarazo en mujeres con edad reproductiva por un posible caso de embarazo, se debe realizar una ecografía preferentemente transvaginal para evaluar el grosor del endometrio. detectar pólipos, miomas y masas pélvicas, incluidas gestaciones. El tratamiento es según la causa que hay originado el trastorno (41).

### **Caso clínico N° 4 HNAL: Hemorragia postparto: desgarro vaginal**

Es considerada una de las complicaciones del trabajo del parto, siendo la hemorragia posparto una de las causas principales de morbilidad materna a nivel mundial. Se clasifica según tiempo de aparición considerándose temprana si se produce durante las primeras 24 horas posparto y tardía si transcurre más de 24 horas hasta las 6 semanas posparto, es caracterizada por una pérdida sanguínea mayor a 500 cc, se considera grave si supera los 1000 cc. Dentro de las causas de hemorragia posparto podemos encontrar las ya conocidas 4T: tono, trauma, tejido y trombina. La atonía uterina es una de las causas con mayor frecuencia, el trauma que implica lesiones a nivel cervical y vaginal. Por otro lado, en menos porcentaje de frecuencia se encuentran las alteraciones en el tejido por anomalías placentarias o retención de éstos y por último tenemos a las alteraciones hematológicas (43).

Siendo la atonía uterina una de las principales causas, una estrategia que se realiza para evitar esta complicación es el alumbramiento dirigido, el cual consiste en la administración de útero tónicos como es la oxitocina poco después del nacimiento para ayudar a fortalecer el tono uterino. Asimismo, se debe realizar un examen físico exhaustivo posterior al trabajo de parto con la palpación de la consistencia del útero, exploración del canal vaginal y del cérvix, identificación de la placenta la cual debe encontrarse íntegra. Posterior a esto, durante el puerperio se debe monitorizar signos clínicos de alarma como alteración en el estado de conciencia, toma de presión arterial, frecuencia cardíaca, gasto urinario y perfusión como medidas de prevención (44).

### **3.4 ROTACIÓN PEDIATRÍA**

#### **Caso clínico N° 1 CMNCMST: Convulsiones febriles**

Las convulsiones febriles se clasifican como una de las más comunes emergencias pediátricas, suele ser más común durante la edad de 6 meses hasta los 5 años de edad siendo el pico de aparición a los 2 años. Definimos una convulsión febril como convulsiones asociadas a episodios febriles en ausencia de infecciones en SNC, anomalías metabólicas o antecedente



de convulsiones no asociados a fiebre. Su fisiopatología no está del todo definida, sin embargo, encontramos factores de riesgo como la predisposición genética, fiebre  $>40^{\circ}\text{C}$ , infecciones de tipo viral o algunas inmunizaciones recientes como la de Difteria-Tétano. La clínica se presenta según la convulsión sea simple o compleja (45).

- Las convulsiones febriles simples son:
  - Convulsiones generalizadas usualmente tónico-clónicas
  - Simétricas
  - No cursan con otras aparentes alteraciones neurológicas
  - Duración menor a 15 minutos
  - Una convulsión en 24 horas
- De presentarse una de las siguientes ya se estaría hablando de una convulsión febril compleja:
  - De inicio focalizado
  - Se acentúan hacia un lado del cuerpo
  - Puede continuar con hemiparesia transitoria o compromiso del habla
  - Duración mayor a 15 minutos
  - Más de un episodio convulsivo en 24 horas

En las convulsiones febriles complejas siempre se requiere ampliación de estudios mediante EEG o estudios de imagen (46). En la mayoría de las veces las convulsiones simples suelen resolver espontáneamente, de ser compleja se debería iniciar terapia abortiva con Diazepam a dosis corregida de 0.1 mg/kg. Es importante poder hallar el foco de fiebre y manejar la fiebre en estadios tempranos ( $38^{\circ}\text{C}$ ) con antipiréticos, de esta forma se restaura el centro termorregulador reduciendo la síntesis de prostaglandina E2. Resulta importante brindar información amplia y completa a los cuidadores, señalar que el pronóstico suele ser bueno y hay muy baja posibilidad para el niño de desarrollar epilepsia (47).

### **Caso clínico N° 2 CMNCMST: Neumonía viral**

La neumonía viral es la principal causa de neumonía adquirida en la comunidad en niños menores de 5 años. La neumonía es una de las principales enfermedades respiratorias que más afectan a la población pediátrica. Caracterizada por inflamación del espacio alveolar y tejido intersticial de los pulmones, siendo la etiología viral la más común en este grupo. El Virus sincitial es el más común en aquellos menores de 2 años, encontramos también al coronavirus, rinovirus, influenza y parainfluenza. La sintomatología es similar a los adultos, se presenta con tos productiva, taquipnea, disnea, distrés respiratorio, fiebre, dolor torácico, crépitos y/o letargo, en los niños se puede asociar disminución del apetito y/o dolor abdominal (48). Muchas veces puede ser precedido por síntomas de infección de vías respiratorias altas. Para el diagnóstico uno se suele ayudar de estudios de laboratorio como hemograma, estudios de imagen, como radiografía de tórax en incidencia anteroposterior y lateral. Para el manejo se debe brindar oxigenoterapia según compromiso de función pulmonar, evitar la coinfección con una neumonía bacteriana, se suele dar amoxicilina como tratamiento de elección en la neumonía típica, se tiene como alternativa el uso de macrólidos como azitromicina de manera profiláctica (49). Resulta de vital importancia la inmunización anual contra la influenza, el COVID-19 y neumococo.

### **Caso clínico N° 3 HNAL: Displasia del desarrollo de caderas**

La displasia del desarrollo de la cadera es un trastorno congénito de la articulación de la cadera, dado por la cabeza femoral y el acetábulo. Tiene como factores de riesgo ser mujer, tener antecedentes familiares de esta patología, ser el primogénito, tener un nacimiento de tipo podálico, presencia de oligohidramnios, macrosomía fetal, entre otros. El diagnóstico oportuno se realiza durante el examen físico del recién nacido en donde se puede evidenciar (51):

- Acortamiento de uno de los miembros inferiores en comparación al otro.
- Asimetría de pliegues a nivel de los muslos y glúteos.
- Signo de Ortolani en donde se busca centrar o reducir la cabeza femoral desde una posición luxada con la cual se siente como la cabeza se acomoda y produce un chasquido o clic.

- Test de Barlow que busca luxación o inestabilidad al presionar la cabeza femoral hacia atrás produciéndose un chasquido o clic de salida.

En esta patología se resalta un diagnóstico oportuno permitiendo un tratamiento precoz logrando un pronóstico favorable. El diagnóstico será principalmente clínico durante la atención al recién nacido y sus posteriores evaluaciones. Así mismo, se puede hacer uso de ecografía de caderas en casos de recién nacidos menores a 6 meses en donde aún no se ha formado el acetábulo, permitiendo diferenciar componentes de la articulación de la cadera. a partir de los tres a cuatro meses se puede realizar una radiografía simple que nos darán información de la situación de la cabeza femoral en relación al acetábulo (50, 51).

El tratamiento depende de cuán precoz fue el diagnóstico y se busca la reducción de la cadera con la presión de la cabeza femoral con el acetábulo generando la osificación de esta. Si el diagnóstico se realizó hasta los 6 meses de vida se puede hacer uso del arnés de Pavlik o la colocación del triple pañal los cuales buscan la reducción de la articulación de la cadera, permitiendo el desarrollo del acetábulo y la cabeza femoral.

Sí existe un fracaso del tratamiento o la ausencia de un diagnóstico precoz se procederá reducciones cerradas, colocación de yeso pelvipédico, por consiguiente, si estos fracasan se realizará una reducción abierta (50, 52).

#### **Caso clínico N° 4 HNAL: Faringitis aguda**

La faringitis aguda es un proceso inflamatorio de la mucosa y estructuras que forman parte de la faringe (vías respiratorias altas). Dentro de su etiología la mayor parte de faringitis son procesos infecciosos siendo las víricas hasta en un 80% y en menor porcentaje es de las bacteriana. Las faringitis no infecciosas son producidas por alergias consumo de sustancias irritantes traumatismos entre otros (53).

La clínica varía según etiología, las de origen virales se caracterizan por presentar coriza, conjuntivitis, tos, ronquera, congestión nasal, rinorrea, diarrea y tienen predominio estacional. Los virus identificados más frecuentes son el rinovirus, coronavirus, adenovirus, influenza, parainfluenza, coxsackie

virus, citomegalovirus, entre otros (53). Generalmente se tratan de procesos leves que se autolimita y que solo requieren tratamiento sintomático.

Las faringitis bacterianas son producidas en cualquier época del año se caracterizan por tener una forma de inicio brusco que inicia con fiebre, dolor intenso que limita la deglución y que puede irradiarse al oído, malestar general, náuseas, vómitos, intolerancia oral, a nivel de faringe se puede observar placas blanco-amarillentas en pared posterior con presencia de adenopatías. En este proceso infeccioso encontramos principalmente al *Estreptococos* grupo A (betahemolíticos). Al ser un proceso bacteriano se debe dar uso de antibióticos para evitar complicaciones como otitis media, sinusitis, formación de abscesos faríngeos, fiebre reumática, entre otros (54).

Al presentar una clínica muy florida y en algunos casos síntomas similares en ambos grupos causales, se puede recurrir a exámenes complementarios como son los cultivos faríngeos, siendo el Gold standar para la identificación de procesos bacterianos (53).

## **CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

2020, un año en el que se dieron muchos cambios por la pandemia del COVID-19, alterando a la población en diversos ámbitos como social, sanitario, económico, académico. A nivel académico, en miras de la contención de la pandemia y seguridad de los estudiantes se optó por la virtualidad, Los estudiantes de Medicina Humana vieron comprometido la educación integral no solo por la dificultad para adquirir recursos tecnológicos en medio de una crisis mundial, si no por la ausencia de contacto con el paciente y prácticas clínicas en establecimientos de salud, siendo estas insustituibles por softwares o simulaciones virtuales.

Los internos del año 2022-2023 enfrentaron nuevos retos ante el regreso a la presencialidad, después de 2 años de cursos virtuales, siendo los más importantes Cirugía General, Gineco Obstetricia, Pediatría, entre otros. Debido a esto el primer acercamiento a los ambientes hospitalarios fue novedoso nos vimos ante una gran limitante, persuadiendo a los internos a acoplarse rápidamente al funcionamiento.

Durante el Internado Médico se desempeñaron diversas tareas con la finalidad de asegurar el bienestar del paciente, entre ellas realizar el seguimiento diario de la evolución del paciente, interpretar resultados de laboratorio, proponer un plan de trabajo y corroborar que este se lleve a cabo.

Nos sentimos orgullosas de tener la oportunidad de realizar las rotaciones en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza y Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara, sedes hospitalarias de larga trayectoria y prestigio con un papel fundamental en la prestación de servicios aclamados y recocidos por gran parte de la población peruana por mantener un alto nivel en el manejo clínico, educación e investigación. Así mismo, se destaca su labor asistencial y de soporte durante el contexto de la pandemia COVID-19.

## **CONCLUSIONES**

El último año de la carrera de Medicina Humana es el Internado médico, en el cual aplicamos los conocimientos adquiridos previamente en nuestra casa de estudios y consolidamos las bases de nuestra formación como futuros médicos.

En el contexto de la etapa post pandemia COVID-19 se dieron los primeros pasos para retomar la presencialidad en los ambientes sanitarios, siendo un reto para los internos médicos acudir a establecimientos de salud de diferentes niveles de atención. Con el fin del Estado de Emergencia por la pandemia COVID-19 y la publicación de una nueva Resolución Ministerial en donde se sientan las bases del desarrollo de las actividades del Internado médico en los centros de salud, observan diversas limitaciones en el aprendizaje de los internos de medicina.

Durante el internado nos enfrentamos a patologías poco comunes que representaron retos por la variabilidad de la forma de presentación clínica, dificultad para llegar a un diagnóstico certero y oportuno para brindar un adecuado tratamiento médico. Así como patologías muy frecuentes en la práctica clínica, las cuales son de vital importancia en el primer nivel de atención siendo importante aprender el manejo clínico.

## RECOMENDACIONES

- Se debe brindar una adecuada introducción al internado enfocado en el manejo administrativo, asistencial y educacional intrahospitalario.
- Favorecer la retroalimentación sobre las rotaciones en los diversos servicios a favor de remendar ciertas falencias en el sistema sanitario que repercuten en el paciente.
- Entender que algunos métodos correctivos no favorecen un adecuado aprendizaje, por el contrario, generan un impacto negativo en el desempeño laboral y salud mental del interno, por lo que se debe reformar algunos métodos de enseñanza.
- Las instituciones educativas deben brindar apoyo al interno durante todo el proceso del internado médico en situaciones que comprometan tanto el desempeño académico como la salud física y mental.
- Educar a los usuarios de la salud es parte fundamental en la atención médica, se debe garantizar la atención correspondiente sin admitir violencia física o verbal.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. MINSA. Resolución Ministerial N°351-2022. Directiva Administrativa N° 331 MINSA/DIGEP 2022. Directiva Administrativa para el desarrollo de actividades del Internado en Ciencias de la Salud [Internet]. 16 de mayo del 2022 [citado el 13 de abril del 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/2987398-351-2022-minsa>
2. MINSA. Resolución directoral N° 054-2020. Manual de procesos y procedimientos de la oficina de apoyo a la docencia e investigación del Hospital Nacional Arzobispo Loayza [Internet]. 12 de febrero del 2020 (citado el 12 de abril del 2023). Disponible en: [https://www2.hospitalloayza.gob.pe/pte/files/TRAS\\_5247980c1a577f6](https://www2.hospitalloayza.gob.pe/pte/files/TRAS_5247980c1a577f6)
3. MINSA. Resolución directoral N° 326-2020. Plan Operativo Institucional (POI) 2022 del Hospital Nacional Arzobispo Loayza [Internet]. 30 de diciembre del 2022 [citado el 12 de abril del 2023] Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4056121/RD-326-DG-HNAL-2022.pdf.pdf?v=1677087905>
4. DISAMAR. Resolución Directoral. PLAN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD PERIODO 2022 [Internet]. 31a ed. 2021 dic [citado el 12 de abril del 2023]. Disponible en: <https://www.disamar.mil.pe/wp-content/uploads/2022/08/R.D.-N%C2%B0-079-DISAMAR-2021-PLANES-DICEMENA-2022.pdf>
5. American Thoracic Society Documents. Management of Adults with Hospital-acquired, Ventilator-associated, associate Pneumonia. Am J Respir Crit Care Med Vol . 16 de diciembre del 2022 (Citado el 18 de abril del 2023). Disponible en: <https://www.guidelinecentral.com/guideline/22020/>
6. Jameson J, Fauci A, Kasper D, Hauser S Longo D, Loscalzo J. Harrison's Principles of Internal Medicine, Twentieth Edition (Vol.1 & Vol.2). McGraw-Hill Education / Medical; 2018



7. Kalil A, Metersky M, Klompas M, et al. Management of Adults With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society. *Clin Infect Dis*. 2016; 63(5): p.e61-e111. QxMD
8. Mishra S, Singh A, Singh L, Mandal A, Jain R. Hemophagocytic lymphohistiocytosis in an infant with multiple triggers!! *Asian J Transfus Sci*. 2018 Jan-Jun;12(1):85-88.
9. Kim YR, Kim DY. Current status of the diagnosis and treatment of hemophagocytic lymphohistiocytosis in adults. *Blood Res*. 2021 Apr 30;56(S1):S17-S25.
10. La Rosee P, Horne A, Hines M, et al. Recommendations for the management of hemophagocytic lymphohistiocytosis in adults. *The American Society of Hematology* [Internet]. 2019 Jun 4;133(23):2465–77. Available from: [https://www.thebloodproject.com/wp-content/uploads/2022/06/HLH\\_BLOOD.pdf](https://www.thebloodproject.com/wp-content/uploads/2022/06/HLH_BLOOD.pdf)
11. Baraquiso M, Solano J. Abordaje de un paciente adulto con una masa en cuello. *Rev.méd.sinerg* [Internet]. 1 de marzo de 2021 [citado 18 de abril de 2023]; 6(3):e652. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/652>
12. Echegaray H, Del Bosque J, Soto O, Gómez C, Ramírez A. Abordaje diagnóstico de la masa en el cuello para el adulto. *Rev Hosp Jua Mex* [Internet]. 2019;86 (3):130-139. [citado 18 de abril de 2023]; 6(3):e652. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=89508>
13. Michael R. Papillary thyroid cancer: Clinical features and prognosis. *UpToDate* [Internet]. Marzo del 2023 [citado el 18 de abril de 2023]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/papillary-thyroid-cancer-clinical-features-and-prognosis?search=Papillary%20thyroid%20cancer&source=search\\_result&selectedTitle=1~62&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/papillary-thyroid-cancer-clinical-features-and-prognosis?search=Papillary%20thyroid%20cancer&source=search_result&selectedTitle=1~62&usage_type=default&display_rank=1)

14. Sanz C, Collings D, Pérez L, Cazorla O. Masa cervical gigante y carcinoma papilar de tiroides [Internet]. 2022 [citado el 12 de abril 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-practica-5-avance-resumen-masa-cervical-gigante-carcinoma-papilar-S2603924922000064>
15. Guzmán N, García H. Novedades en el diagnóstico y tratamiento de la infección de tracto urinario en adultos. Rev. mex. urol. [Internet]. Febrero 2020 [citado el 18 de abril del 2023]; 80(1): e06. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-40852020000100301&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-40852020000100301&lng=es). Epub 17-Ene-202
16. UpToDate. Acute complicated urinary tract infection (including pyelonephritis) in adults [Internet]. Marzo 2023 [citado el 12 de abril 2023]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/acute-complicated-urinary-tract-infection-including-pyelonephritis-in-adults?search=pyelonephritis&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/acute-complicated-urinary-tract-infection-including-pyelonephritis-in-adults?search=pyelonephritis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
17. Pinar U, Champy C, Rouprêt M. Litiasis urinaria: tratamiento en urología. EMC - Tratado de Medicina [Internet]. 30 de marzo 2023 [citado el 18 de abril 2023]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1636541023476945>
18. Beyuma H, Labastida D, Vera J, Murguía L, Guevara O. “Sigma Volvere” acerca del vólvulo de sigmoides, diagnóstico y manejo quirúrgico, reporte de serie de casos. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM [Internet]. Noviembre 2021 [citado el 11 de abril 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2022/un222f.pdf>
19. Corman M. Colon and Rectal Surgery. 8va ed. 2018; 6(10): pg 560-567.
20. Rami Reddy S, Cappell M. A Systematic Review of the Clinical Presentation, Diagnosis, and Treatment of Small Bowel Obstruction. Curr Gastroenterol Rep. 2017. 19(6)
21. Stanton M, Shew S, Abdullah F, Karim O. Intestinal malrotation

- [Internet]. BMJ Best practice. 2022 [cited 2023 Apr 10]. Available from: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/753>
22. Alavi K, Poylin V, Davids J, Patel S, Felder S, Valente M, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Colonic Volvulus and Acute Colonic Pseudo-Obstruction. DISEASES OF THE COLON & RECTUM: Clinical Practice Guidelines Committee of the American Society of Colon and Rectal Surgeons [Internet]. 2021 Sep 22;64(9):1046–57. Available from: <https://fascrs.org/getattachment/Healthcare-Providers/Education/Clinical-Practice-Guidelines/2021-Colonic-Volvulus-CPG.pdf?lang=en-US>
23. Virani SS, Alonso A, Aparicio HJ, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2021 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2021.
24. Alberti KGMM, Eckel RH, Grundy SM, et al. Harmonizing the Metabolic Syndrome. *Circulation*. 2019; 120(16): pg1640-1645.
25. The Management of Adult Overweight and Obesity Work Group. VA/DoD CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE MANAGEMENT OF ADULT OVERWEIGHT AND OBESITY. In: The Office of Quality and Patient Safety, VA, Washington, DC, Office of Evidence Based Practice, U.S. Army Medical Command, editors. Management of Adult Overweight and Obesity (OBE) (2020) [Internet]. 2020. p. 147. Available from: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/obesity/VADoDObesityCPGFinal5087242020.pdf>.
26. Frigolet M, Dong-Hoon K, Canizales-Quinteros S, Gutiérrez-Aguilar R. Obesidad, tejido adiposo y cirugía bariátrica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México* [Internet]. 17 de febrero de 2020 [Citado el 11 de abril del 2023]; 77(1): 3–14. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v77n1/1665-1146-bmhim-77-1-3.pdf>
27. Carrera N, Camacho M. Tipo de hernia inguinal encontrado en la

- población general, según la clasificación de Nyhus. Revista de Cirugía general [Internet]. 2018 diciembre [Citado el 13 de abril del 2023] 40 (4); pg 250-254. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-00992018000400250&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992018000400250&lng=es).
28. Vigil R, Del Castillo M. Resultados clínicos del tratamiento de pacientes con hernia inguinal unilateral mediante cirugía ambulatoria. Revista Medicina Herediana [Internet]. Julio 2021 [citado el 11 de abril de 2023]; 32 (4); pg 201-206. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2021000400201&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2021000400201&lng=es).
29. AMBOSS. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis [Internet]. AMBOSS. 2023 [cited 2023 Apr 10]. Available from: [https://www-amboss-com.db.rsu.lv/us/knowledge/Acute\\_appendicitis](https://www-amboss-com.db.rsu.lv/us/knowledge/Acute_appendicitis)
30. The CODA Collaborative. A Randomized Trial Comparing Antibiotics with Appendectomy for Appendicitis. The New England journal of medicine [Internet]. 2020 Nov 12;37(6):150. Available from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2014320>
31. Feldman M, Friedman L, Brandt L. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management 2 Volume Set. Philadelphia, PA, USA. Elsevier Saunders; 11th ed; 2020
32. Snyder MJ, Guthrie M, Cagle S. Acute Appendicitis: Efficient Diagnosis and Management. Am Fam Physician. 2018; 98(1): p.25-33
33. ESHRE Special Interest Group, Early Pregnancy, Kolte AM, Bernardi LA, Christiansen OB, Quenby S, Farquharson RG, et al. Terminology for pregnancy loss prior to viability: a consensus statement from the ESHRE early pregnancy special interest group. Human Reproduction. 2018 Oct 17;30(3):495–8.
34. Dutta DC, Konar H. Textbook of Obstetrics Including Perinatology & Contraception. Jaypee Brothers Medical Publishers. 10th ed. 2023;

6(10): pg 560-567

35. American College of Obstetricians and Gynecologists. Dilation and Curettage. Updated: February 28, 2019 [Citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Dilation-and-Curettage>
36. Cresswell JA, Ronsmans C, Calvert C, Filippi V: Prevalence of placenta previa by world region: A systematic review and meta-analysis. *Research Gate* 18 (6):712–724, 2022
37. Buteva, Zornitsa & Stamenov, Georgy & Totev, Tihomir. (2023). A RETROSPECTIVE STUDY OF OUR NINE YEARS OF EXPERIENCE WITH ABNORMAL PLACENTATION — RISK FACTORS AND PREGNANCY OUTCOMES. *Journal of IMAB - Annual Proceeding (Scientific Papers)*. 29. 4832-4838. 2023
38. Booker W, Moroz L. Abnormal placentation. *Seminars in Perinatology* [Internet]. 2019;43(1):51–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014600051830129>
39. Guleria K, Priya B, Chaudhary A. *Vaginal Bleeding in Late Trimester*. Springer Singapore; 2019: p. 163-172
40. Chacón Campos N, Pizarro Madrigal M, Guerrero Hines C. Sangrado uterino anormal en etapa reproductiva. *Rev.méd.sinerg.* [Internet]. 1 de mayo de 2022 [citado 13 de abril de 2023]; 7(5). Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/808>
41. Sepúlveda J, Sepúlveda A. Sangrado uterino anormal y PALM COEIN. *Revista de ginecología y obstetricia México*, 88(1); pg 59-67. [Internet]. 2020 [Citado 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2020/gom201j.pdf>
42. Parra J, Álvarez C, Martínez S. Actualización sobre el sangrado menstrual abundante. *Revista oficial de la sociedad española de ginecología y obstetricia.* ;63(2):68-80. 2020 [Citado 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n2/RC-sangrado-menstrual-abundante.pdf>

43. Madar H, Lansac J, Sentilhes L. Hémorragie du post-partum. Pratique de L'accouchement. (7ma ed). 2022. 4(25), pg 281 - 302
44. Castiblanco-Montañez Ruth Alexandra, Coronado-Veloza Cyndi Mileni, Morales-Ballesteros Laura Valentina, Polo-González Tatiana Valentina, Saavedra-Leyva Angie Julieth. Hemorragia postparto: intervenciones y tratamiento del profesional de enfermería para prevenir shock hipovolémico. Revista Cuidarte. 2022;13(1): pg 2075
45. Baumann RJ. Pediatric Febrile Seizures. In: Kao A Pediatric Febrile Seizures. New York, NY. Junio del 2017 [Citado 09 de abril de 2023]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1176205>.
46. Millichap J. Clinical Features and Evaluation of Febrile Seizures. In: Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: 2017 [Citado 14 de abril de 2023] Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-evaluation-of-febrile-seizures>.
47. Smith DK, Sadler KP, Benedum M. Febrile Seizures: Risks, Evaluation, and Prognosis. Am Fam Physician. 2019 Apr 1;99(7):445-450.
48. Smith DK, Kuckel DP, Recidoro AM. Community-Acquired Pneumonia in Children: Rapid Evidence Review.. Am Fam Physician. 2021; 104(6): p.618-625.
49. Guía de uso de antimicrobianos en niños con tratamiento ambulatorio v1. Madrid: Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud; enero 2019 [Citado 12 de abril de 2023]; pg 13-14. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020261.pdf>
50. Sarmiento A, Muñoz S, Quevedo S. Incidencia de displasia del desarrollo de cadera. Estandarizando la radiografía con un dispositivo anti rotatorio «Orthohip». Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología. 2022. 36 (3); pg 40-146
51. Stanford Medicine Children's Health. Displasia del desarrollo de la cadera (DDC) [Internet]. 2022. [Citado el 11 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=developmentaldy>

splasiaofthehipddh-90-P05866

52. Aimann R, Aguirre D, Displasia del desarrollo de la cadera: tamizaje y manejo en el lactante. Revista Médica Clínica Las Condes. 2021. 32(3); pg 263-265. 2021
53. Couloigner V. Las faringoamigdalitis y sus complicaciones. EMC - Otorrinolaringología. 2022. 51(1) pg 10-14
54. Fernández-Cuesta M, Kirchschräger N. Faringitis aguda. Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [Internet]. 2019 [Citado 14 de abril de 2023]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>