

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD 2022-2023

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR
GUIDO ALONSO MÁLAGA FARFAN
JULISSA MARÍA VALIENTE VÁSQUEZ

ASESOR

SOLIS CONDOR RISOF

LIMA - PERÚ

2023



**Reconocimiento
CC BY**

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL
DANIEL ALCIDES CARRIÓN
SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

**GUIDO ALONSO MÁLAGA FARFAN
JULISSA MARÍA VALIENTE VÁSQUEZ**

**ASESOR
DR. SOLIS CONDOR RISOF**

LIMA, PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Quispe Delgado

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

A nuestra familia, porque gracias a su esfuerzo y apoyo incondicional durante todo nuestro proceso formativo logramos culminar el sueño de convertirnos en médicos.

A nuestros amigos y hermanos, por ser el apoyo emocional y sostén; por sus palabras de aliento para seguir luchando por nuestras metas

ÍNDICE

CARÁTULA	1
JURADO.....	5
DEDICATORIA.....	6
.....	8
RESUMEN.....	9
ABSTRACT	11
INTRODUCCIÓN.....	i
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL.....	1
I.1. Rotación en Medicina Interna	1
I.2. Rotación en Ginecología y Obstetricia	7
I.3. Rotación en Pediatría	12
I.4. Rotación en Cirugía	17
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	24
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	25
III.1. Rotación en Medicina	25
III.2. Rotación en Ginecología y Obstetricia	28
III.3. Rotación en Pediatría	32
III.4. Rotación en Cirugía	37
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	42
CONCLUSIONES.....	43
RECOMENDACIONES	44
FUENTES DE INFORMACIÓN	45
ANEXOS	1
ANEXO 1	2
ANEXO 2	3

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL AL
CIDES CARRIÓN SERVICIOS BÁSICOS D**

AUTOR

GUIDO ALONSO MÁLAGA FARFAN

RECuento DE PALABRAS

14252 Words

RECuento DE CARACTERES

81857 Characters

RECuento DE PÁGINAS

62 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

753.4KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 20, 2023 9:55 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 20, 2023 9:58 AM GMT-5

● **19% de similitud general**

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

- 18% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 16% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Cross

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)



ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9770-8085>

RESUMEN

El internado médico corresponde el último Año de la carrera de Medicina Humana, es el último escalafón, para los estudiantes de medicina, en el que el interno, con supervisión de profesionales de la salud, utiliza todos los conocimientos adquiridos de los 6 años previos. En el cual el interno arma una historia clínica, da diagnósticos presuntivos y en base a ello refuerzan su análisis y razonamiento con la posterior terapéutica y pronóstico de su paciente. Asimismo, da seguimiento a sus pacientes hospitalizados; pero no solo se trata de la parte académica; sino también social y de aprender sobre el vínculo “médico-paciente” porque ser este profesional va más allá que solo tratar enfermedades, sino también tratar con los pacientes, muchos presentan dificultades socioculturales las cuales repercuten en su salud y en la misma administración hospitalaria. Las competencias no solo se ciñen a la parte clínica, sino práctica, en el ámbito de procedimientos menores a mayores según el desempeño de cada estudiante. También se conoce el manejo del sistema de salud y las deficiencias que este presenta; tanto en de recursos humanos como materiales. Constó de ocho (8) meses en una institución de nivel III y 2 en una de nivel I. El presente trabajo se centra en este lapso de tiempo; que se subdividió en las cuatro (4) grandes especialidades: Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Medicina Interna y Pediatría.

En cada rotación, se conoció el manejo práctico comentado. Aquí se recopilan diversos casos complejos o llamativos por su poca frecuencia, también se hace una retrospectiva de estos y se analiza en qué se pudo mejorar para que el pronóstico sea el más favorable.

Objetivo: Describir la importancia del internado en la formación de cada futuro médico.

Materiales y métodos: La población de estudio fueron pacientes que acudían al, Hospital Daniel Alcides Carrión. Los casos clínicos fueron cuatro por cada rotación realizada en el internado 2022-2023.

Resultados: Paciente femenina, 62 años, fiebre, náuseas y vómitos, síndrome febril por brucelosis. Paciente varón. 55 años, dolor abdominal, hiperglucemia, Cetoacidosis diabética. Paciente femenino, 62 años, edema de miembros inferiores, Trombosis venosa profunda. Paciente varón, 65 años, hematemesis, Hemorragia digestiva alta. Paciente mujer, 32 años, plaquetopenia, hipertensión arterial, síndrome de HELLP. Paciente mujer, 32 años, pérdida de líquido, mal olor, coriamnionitis. Paciente mujer, 36 años, dolor epigastralgico, escaso sangrado, embarazo ectópico roto. Paciente mujer, 68 años, sensación de bulto, molestias urinarias, distopia genital. Paciente masculino, 40 horas de

vida, ictericia neonatal por incompatibilidad del grupo. Paciente masculino, 2 años y 5 meses, diarrea, deshidratación leve por diarrea aguda infecciosa. Paciente femenina, 10 años, disnea, tos persistente, crisis asmática. Recién nacido a término, masculino, taquipnea, Taquipnea transitoria del recién nacido. Paciente varón, 68 años, masa, dolor, tumoración en región inguinal derecha. Paciente mujer, 20 años, dolor abdominal, hiperoxia, fiebre, náuseas y vómitos, apendicitis aguda complicada. Paciente varón 32 años, hematemesis, hemorragia digestiva alta activa. Paciente varón, 25 años, trauma abdominal, poli traumatizado por proyectil de arma de fuego, shock hipovolémico.

Conclusiones: El internado es considerado como una etapa crucial de la carrera de medicina humana, cada rotación fue clave para reforzar los conocimientos teóricos.

Palabras clave: Internado médico, Cirugía general, Medicina, Gineco obstétrica, Pediatría.

ABSTRACT

The medical internship corresponds to the last rank of medical studies; in which the inmate, with the supervision of health professionals, takes relevant data from the patient; He sets up a medical history, gives syndromic diagnoses and based on this, reinforces his analysis and medical reasoning with the subsequent treatment and prognosis of his patient. Likewise, it monitors its hospitalized patients and goes beyond the academic part; but also social because many of the patients present socio-cultural difficulties which affect their health and the hospital administration itself. The competencies are not only limited to the clinical part, but also practical, in the field of minor to major procedures according to the performance of each student. The management of the hospital and the deficiencies that it presents are also known; both in terms of human and material resources. The internship consisted of 8 months in a level III institution and 2 months in a level I institution. This present work focuses on the 8 months; which were subdivided into the 4 major specialties: Gynecology-obstetrics, General Surgery, Internal Medicine and Pediatrics. In each rotation, the previously mentioned practical management was known. Here complex or striking cases are compiled due to their infrequency or management, a retrospective of these is also made and it is analyzed in which it could be improved so that the prognosis is the most favorable.

Objective: Describe the importance of the internship in the training of each future doctor.

Materials and methods: The study population consisted of patients attending the Hospital, Daniel Alcides Carrión Hospital. The clinical cases were four for each rotation carried out in the 2022-2023 internship.

Results Female patient, 62 years old, fever, nausea and vomiting, febrile syndrome due to brucellosis. Male patient. 55 years old, abdominal pain, hyperglycemia, diabetic ketoacidosis. Female patient, 62 years old, lower limb edema, deep vein thrombosis. Male patient, 65 years old, hematemesis, upper gastrointestinal bleeding. Female patient, 32 years old, thrombocytopenia, arterial hypertension, HELLP syndrome. Female patient, 32 years old, fluid loss, bad odor, choriamnionitis.

Female patient, 36 years old, epigastric pain, scant bleeding, ruptured ectopic pregnancy. Female patient, 68 years old, sensation of a lump, urinary discomfort, genital dystopia. Male patient, 40 hours old, neonatal jaundice due to group incompatibility. Male patient, 2 years and 5 months, diarrhea, mild dehydration due to acute infectious diarrhea. Female patient, 10 years old, dyspnea, persistent cough, asthmatic crisis. Term newborn, male, tachypnea, Transient tachypnea of the newborn. Male patient, 68 years old, mass, pain, tumor in the right inguinal region. Female patient, 20 years old, abdominal pain, hyperoxia, fever, nausea and vomiting, complicated acute appendicitis. 32-year-old male patient, hematemesis, active upper gastrointestinal bleeding. Male patient, 25 years old, abdominal trauma, polytraumatized by firearm projectile, hypovolemic shock

Conclusions: The internship is considered a crucial stage in the human medicine career, each rotation was key to reinforce theoretical knowledge.

Keywords: Medical internship, General surgery, Medicine, Obstetric gynecology, Pediatr

INTRODUCCIÓN

El hospital nacional Daniel Alcides Carrión es una Institución de Salud de gran complejidad en la Provincia Constitucional del Callao, cumple un rol como sede docente de pregrado y posgrado de diversas universidades públicas y privadas, La construcción de esta importante institución estuvo a cargo de la Beneficencia Pública del Callao. Actualmente, muchos alumnos de medicina en su último año eligen a este honorable hospital como sede para realizar su internado médico (1).

El internado médico forma parte del plan de estudios de la carrera de Medicina Humana y es indispensable para integrar y consolidar los conocimientos que se adquirieron durante los ciclos previos de la carrera universitaria (2). Durante este año, se tiene la oportunidad de estar en contacto permanente con los pacientes, lo cual permite un desarrollo integral en el estudiante en su último año, ya que se desarrollan aspectos humanistas, éticos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos (3). En el Perú, se divide en rotaciones por las cuatro (4) grandes especialidades médicas, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Cirugía y Medicina Interna.

El hospital Carrión, como sede hospitalaria de internado médico, brinda 2 meses de rotación en cada gran especialidad, en donde el interno desarrolla capacidades y habilidades tanto prácticas como teóricas con las actividades académicas que programan los diferentes servicios para el alumnado, cada especialidad tiene una modalidad distinta de distribuir a los alumnos y subrotaciones diferentes dentro de la especialidad, así como la programación de guardias diurnas y nocturnas.

En el hospital nacional Daniel Alcides Carrión cada servicio tiene sus particularidades. El servicio de Medicina Interna posee un pase de visita y esta se inicia a las 8 a. m., posteriormente, se realizan las curaciones y una vez a la semana hay actividad académica por parte de los residentes. El servicio de Ginecología y Obstetricia tiene diversas áreas como consultorio, emergencia y en piso se subdivide en 3 ambientes: Santa Rosa, San Jorge y UEPA en donde se ven pacientes postcesárea, postparto vaginal y patologías de la gestación, respectivamente. El servicio de Pediatría está dividido en tres segmentos: Pediatría 1, Pediatría 2 y Neonatología en donde los internos rotamos en grupos supervisados siempre por la presencia de los residentes, dos veces a la semana se programan guardias día y noche, la emergencia se encuentra dividida en respiratoria y general. Finalmente, el servicio de Cirugía tiene una organización distinta ya que se divide en dos (2) pabellones Cirugía A y Cirugía B cada uno con un jefe de servicio, una vez a la semana hay una guardia de día y una de noche y, previamente, a iniciar la guardia, los

residentes realizan una ronda académica para discutir de algún tema en particular según los casos de la emergencia.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

A continuación, se presentarán 16 casos clínicos que aprendimos a manejar durante las 4 rotaciones, y forman parte de la experiencia vivida durante nuestro internado en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

I.1. Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º 1

Paciente, femenina de 62 años procedente del Callao llegó a emergencia con un tiempo de enfermedad de 7 días, presentó fiebre cuantificada de 39 °C y malestar general. No refiere otros síntomas, niega náuseas y vómitos y dolor articular.

Durante la semana acude a consultorio por persistencia de fiebre, donde le indican exámenes de laboratorio entre ellos rosa bengala positivo. Adicionalmente, presentaba prurito y ardor vulvar.

Antecedentes de importancia

- Consumidor de productos lácteos
- Crianza de animales: 4 perros, contacto con animales de corral, cerdos y pollos.
- Familiares: niega
- Patológicos: Leucemia linfoblástica aguda (gen filadelfia) el 8/03/2021 – recibe tratamiento desde 22/03/2021 → Control cada 3 meses: Mercaptopurina 50 mg 1 1/2 tableta intercaladas, Imatinib 400 mg cada 24 horas, Metotrexate 30 mg intramuscular 1 vez/semana.
- Quirúrgicos: Apendicetomía abierta, en el año 2021

Examen físico

Abdomen: Blando, depresible. Ruidos hidroaéreos presentes y conservados en tono y frecuencia. No doloroso a la palpación superficial ni profunda. No se evidencia visceromegalia.

Musculo esquelético: No deformación articular, movimientos activos y posición sin alteración.

Neurológico: Lucido, orientado en tiempo espacio y persona. No signos meníngeos. No

signos de focalización.

Funciones vitales: FC: 72 por minuto FR: 19 por minuto SatO2: 98 % T: 36.8 °C

Tabla1. Exámenes de laboratorio

	Aglutinaciones	Hemograma
• LDH: 2938.3	• Tífico H: negativo	• Leucocitos: 25.34
• Rosa bengala: positivo	• Tífico O: 1/40	• Linfocitos: 62 %
• Calcio sérico: 9	• Paratífico A: negativo	• VCM: 102.1
• T4: 0.71	• Paratífico B: negativo	• HCM: 34
• TSH: 0.35	• Brucella: 100 UI	• CHCM: 33.3
	Hemocultivo	• Plaquetas: 162.000
	• Staphylococcus hominis positivo (1ro)	• Hemoglobina: 14
	• Staphylococcus hominis positivo (2do)	• Hematocrito: 42 %
		Glucosa: 102
		Urea: 30
		Creatinina: 0.87
		Bilirrubina total: 0.64
		Bilirrubina directa: 0.22
		Bilirrubina indirecta: 0.42
		Fosfatasa alcalina: 433
		PCR: 1.56

Historia clínica HNDAC

Se plantea el diagnóstico de Síndrome febril por brucelosis probable en tratamiento y leucemia linfoblástica aguda. Paciente contaba con exámenes de laboratorio: rosa bengala, aglutinaciones, hemocultivo, hemograma, glucosa urea y creatinina. Se decide hospitalizar para manejo inicial y antibioticoterapia, donde se inicia doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas y gentamicina 240 mg EV cada 24 horas por 6 semanas, además de hidratación con suero fisiológico y omeprazol.

Desde el primer día de hospitalización, recibe hidratación endovenosa con suero fisiológico, además se le pide una radiografía de miembros inferiores y columna vertebral donde no se evidencia sacraletitis; ecocardiograma donde no se evidencia endocarditis. Se continua con tratamiento médico, con el objetivo de acortar periodo sintomático, reducir

complicaciones y prevenir recidivas.

Durante los días de hospitalización, presenta mejoría clínica por ello se le indica alta. Se le informa la cantidad de tabletas que se debe tomar por día y el horario más adecuado, además se le explica que el tratamiento dura más de un mes por lo que debe acudir por consultorio externo para seguimiento.

Caso clínico n.º 2

Paciente, varón de 55 años acude por emergencia por presentar dolor abdominal de intensidad moderada de aparición súbita, acompañado de cefalea, náuseas y vómitos.

Antecedentes:

- Patológicos: Diabetes Mellitus hace 15 años con tratamiento no continuo
- Quirúrgicos: niega
- Medicamentos: Metformina
- Familiares: Madre (diabetes mellitus)
- Alergias: Niega
- Hábitos nocivos: alcohol ocasional

Funciones vitales: FC: 104lpm FR: 21rpm PA: 130/80 SatO2:98 %

Examen físico:

Piel y TCSC: fría, deshidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos

Tórax y pulmones: Tórax simétrico, sin tirajes, ni deformidades. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad. No soplos

Abdomen: Blando, depresible, plano. Doloroso a la palpación profunda en abdomen de manera difusa. Ruidos hidroaéreos conservados.

Tabla 2. Exámenes de laboratorio

Leucocitos: 8.5	AST: 29 U/L
Hemoglobina: 13.2 gr/dL	PCR: 0.3
Hematocrito: 41%	Glucosa: 360
Plaquetas: 380.000	LDH: 128
ALT: 35 U/L	

Genito-urinario: No se palpa globo vesical. PPL (-)

- Sistema nervioso central: Despierto, somnoliento, orientado en tiempo, espacio y

persona. Glasgow 15/15.

Tabla.3 Análisis de gases arteriales (AGA)

PH: 7.2

PO2: 80 mmHg

PCO2: 35 mmHg

HCO3: 13

K+: 4 mEq/L

Na+: 140 mEq/L

Historia clínica del HNDAC

Historia clínica del HNDAC

Examen de orina:

Leucocitos: 2 x campo

Nitritos: negativo

Gérmenes: negativo

Cetonas: ++

Células epiteliales: 1 x campo

Se plantea el diagnóstico de cetoacidosis diabética y el tratamiento se inició con la estabilización y reposición de líquidos y electrolitos, manejo de glucemia. Paciente es reevaluado, se nota mejoría clínica por ello es dado de alta con indicaciones médicas.

Caso clínico n.º 3

Paciente, mujer de 62 años, acude por emergencia presentando desde hace una semana inicio con edema de miembros inferiores y doloroso al reposo.

Antecedentes:

- Patológicos: niega
- Quirúrgicos: niega
- Familiares: Padre (*diabetes mellitus*)
- Alergias: Niega
- Hábitos nocivos: alcohol ocasional

Funciones vitales: FC: 80lpm FR: 22rpm PA: 120/80 SatO2:98 %

Peso: 72 Kg Talla: 1.55 m IMC: 30

Examen físico:

Piel y TCSC: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos. Edemas de miembros inferiores + fóvea positiva. Signo de Homans positivo.

Tórax y pulmones: Tórax simétrico, sin tirajes, ni deformidades. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos

Abdomen: Blando, depresible, plano. Ruidos hidroaereos conservados.

Genito-urinario: No se palpa globo vesical. PPL (-)

Sistema nervioso central: Despierto, somnoliento, orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15.

Tabla 4. Exámenes de laboratorio

Leucocitos: 8.94

Ecografía doppler: +

Hemoglobina: 12.5 gr7DI

PCR: 0.25

Dimero D: 600

Historia clínica del HNDAC

Se plantea diagnóstico de sospecha trombosis venosa profunda con la puntuación de Wells de 5 puntos, sin disnea ni dificultad respiratoria. Se le solicita ecografía doppler positivo donde se confirma el diagnóstico; se inicia anticoagulación con enoxaparina 1mg/kg SC cada 12 horas.

Paciente con evolución favorable, disminución de edemas es dado de alta con indicaciones médicas se le explica tratamiento anticoagulante enoxaparina 1mg/kg SC cada 24 horas por 6 semanas y se le indica control por cardiología para seguimiento.

Caso clínico n.º 4

Paciente, varón de 65 años acompañado por familiar con un tiempo de enfermedad de 4 días donde refiere hematemesis en 3 ocasiones, malestar general y dolor abdominal.

Antecedentes:

- Patológicos: HTA diagnosticado hace 12 años en tratamiento con losartan 50 mg
- Quirúrgicos: niega

- Familiares: niega
- Alergias: niega

Funciones vitales: FC: 98 lpm FR: 22 rpm PA: 100/60 SatO2:98 %

Examen físico:

Piel y TCSC: frio, poco hidratada, llenado capilar menor de 2 segundos, palidez +++

Tórax y pulmones: Tórax simétrico, sin tirajes, ni deformidades. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No soplos

Abdomen: Globuloso, depresible. Ruidos hidroaereos conservados. Doloroso a la palpación profunda.

Genito-urinario: No se palpa globo vesical. PPL (-) PRU (-)

Tacto rectal: dedo en guante con presencia de heces oscuras

Sistema nervioso central: Despierto, somnoliento, orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15.

Tabla5. Exámenes de laboratorio

Leucocitos: 8.900

Urea: 12 mmol/L

Hemoglobina: 6.8 mg/dL

Creatinina: 0.6 mg/dL

Plaquetas: 200.000

PCR: 1.5

Historia clínica del HNDAC

Se plantea diagnóstico de hemorragia digestiva alta, como tratamiento se mantiene en NPO, colocación de una vía periférica para colocación de cristaloides e inhibidor de bombas de protones endovenoso y otra vía periférica para transfundir paquetes globulares, con el objetivo inicial de estabilizar la volemia. Paciente es evaluado con el score de Blatchford obteniendo una puntuación de 13. Se le solicita hematocrito control postransfusión el cual evidencia resultado de 7.3 mg/dl. Es hospitalizado para programación de endoscopia dentro de las primeras 24 horas. Durante hospitalización, paciente es evaluado por Gastroenterología para realizar la endoscopia la cual no fue dentro de las 24 horas. Se le solicita hematocrito control postendoscopia el resultado fue de 7.8 mg/dL es dado de alta luego de 48 horas notándose mejoría clínica.

I.2. Rotación en Ginecología y Obstetricia

La primera rotación del internado dio inicio el 1 de junio de 2022 y se llevó a cabo con normalidad hasta el 1 de abril de 2023. La rotación de ginecología y obstetricia se situó al final de la malla del internado.

Caso clínico n.º 1

Paciente, mujer de 32 años, procedente de consultorio externo de obstetricia, que fue referida a emergencia por presentar presión arterial de 150/90 mmHG y con resultados de proteinuria, de hace 4 días con un valor de 2000 mg /24h. Niega signos de irritación cortical y otras molestias.

Sin antecedentes ginecológicos de importancia.

Dentro de los antecedentes obstétricos:

- G3P1011- FUR: xx/xx/xx(no confiable)
- Ecografía del 1.º CPN: gestación de 8 ss y 3 días (xx/xx/xx)

Al examen físico:

Paciente en aparente regular estado general, regular estado de hidratación y nutrición:

PA:180/110 mmhg, FC: 86 lpm , FR: 14 rpm , SatO2: 98%

AU: 35 cm / SPP: LCI / MF: ++/ DU: esporádico / LCF: 146 lpm

Cérvix: Dehiscente 1 dedo, incorporación de 70%, posición central, consistencia blanda, AP: -2 (ESCALA DE BISHOP: 7 PUNTOS)

SNC: Lucida, orientada en tiempo, espacio y persona. ROT +++

Impresión diagnóstica:

- Multigesta de 38 semanas y 0 días por ecografía de 1.º trimestre.
- PTP
- Enfermedad hipertensiva del embarazo: Preeclamsia con criterios de severidad

Plan:

- Paciente es catalogada en "Código azul"
- Pruebas de bienestar fetal

- Exámenes de laboratorio: Hemograma, perfil hepático, glucosa, urea, creatinina, LDH.

A la reevaluación con resultados:

- Dentro de los exámenes de laboratorio, se encuentran plaquetas en 96000 y LDH en 569 u/l. El resto de los exámenes materno-fetales dentro de la normalidad.
- Se programa como cesárea de emergencia:

Cesárea

Se interviene quirúrgicamente con la técnica estándar y se deja un dren tubular en la región del ligamento ancho del útero.

Pasa a sala de recuperación de emergencia;

Aquí la paciente muestra clínica de dolor epigástrico intenso cursando con presiones > 150/90 mmhg, con flujo urinario en 12 horas de 0.5 ml/min/sc y salida del dren tubular de 1175 cc de contenido serohemático. Es evaluada por UCIN en conjunto GyO. Se pide exámenes de laboratorio de preeclamsia junto a Aga y electrolitos. Continúa con código azul y se añade ceftriaxona 2gr/24h EV. Se envía interconsulta a cirugía de emergencia donde especifican que no es tributario de manejo quirúrgico por su servicio y dejan orden de TAC con contraste. Se reenvía otra interconsulta a cirugía y ellos plantean descartar lesión de uréter derecho con la posibilidad de dosar creatinina de la muestra. No se discute más de este punto en la historia clínica. Se envía interconsulta a cardiología donde prescriben alfametil dopa 500 mg cada 8 horas y nifedipino de 10 mg condicional a PA>160/110 mmhg. Es reevaluada otra vez y dejan a 1 gramo cada 8h.

Junto a la reevaluación de exámenes de laboratorio se encuentra

- Plaquetas en 32000 y LDH: 2560
- TGO/TGP: 899 UL

Diagnóstico

Se plantea como diagnóstico síndrome de HELLP parcial; pasa al servicio de UCIN para estabilización. Tiene una estancia en UCIN de tres días donde se va corrigiendo los marcadores y clínica del paciente, pero comienza a descender los valores de hemoglobina a 9.9 gr/dl junto a una elevación de bilirrubina indirecta de 1.5 mg/dl. Y se plantea el diagnóstico de "síndrome de HELLP total"

Ante la mejoría de la paciente, pasa a pabellón donde no se presentan mayores interurrencias. Es dada de alta luego de 3 días con las indicaciones correspondientes.

Caso clínico n.º 2

Paciente, mujer de 32 años llega a emergencia, por presentar una ecografía particular con los diagnósticos de gestación de 25 semanas y 2 días con anhidramnios. Al interrogatorio, la paciente refiere presentar desde hace ocho (8) días pérdida de líquido claro con olor “fuerte” sin otras especificaciones.

Antecedentes obstétricos:

- Diabetes gestacional previa requiriendo insulino terapia, cuya culminación de esta fue hace 1 mes.
- Cesárea previa 1 vez
- G3P2002 -FUR: xx/xx/xx(no confiable)
- Ecografía del 1° CPN: gestación de 7 semanas 4 días (xx/xx/xx)

Al examen físico:

- Paciente en aparente regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado de nutrición
- PA:110/60mmh, FC: 77 lpm, FR: 13 rpm, SatO2: 99 %
- IMC: 40
- AU: 23cm
- DU: ausente
- LCF: 148lpm
- SPP: LPI MF: ++
- Especuloscopia: Se evidencia presencia de líquido claro escaso (al no contar con test de confirmación de presencia de LA, no se discuten)
- cérvix: cerrado, largo posterior
- SNC: Luida en espacio persona y tiempo

Impresión diagnóstica:

- Multigesta de 25 semanas y 4 días
- No trabajo de parto
- RPM prolongado
- Feto podálico

- Cesárea previa 1 vez
- Obesidad tipo 3

Plan:

- Exámenes de laboratorio: Hemograma, PCR, Glucosa, urea, creatinina, examen de orina.
- Antibióticoprofilaxis (ampicilina 1gr c/6 h + eritromicina 500 mg c/8h) EV
- Corticoterapia: dexametasona 6mg c/12 h) – 4 dosis
- Prueba de bienestar fetal- ecografía obstétrica
- Pase a servicio de hospitalización de unidad de alto riesgo obstétrico (ARO)

Dentro del servicio de hospitalización se encuentra lo siguiente:

- Hemograma en valores normales y PCR con 3,14 mg/dl. Glucosa en 134 mg/dl.
- Se confirma el diagnóstico de anhidramnios y se calcula el peso de 598 grs.
- Se envía interconsulta a endocrinología y neonatología: Los cuales sugieren realizar la prueba glucosa en ayunas; y prolongar la gestación por alto riesgo de morbimortalidad en el recién nacido. La paciente permanece hospitalizada por 11 días afebril y como único marcador inflamatorio positivo un segunda PCR en 4,59 mg/dl. Se añade como segundo diagnóstico de diabetes gestacional con la administración de insulina glardina u-100 en D/A/C.
- En el último día de hospitalización; la paciente refiere dolor tipo contracción en región de hipogastrio desde la noche cuya intensidad y frecuencia fue en aumento con las horas. Percibía movimientos fetales. Al examen físico; funciones vitales dentro del rango. A nivel de abdomen, dolor a la palpación profunda en región ocupada por el útero.

Se le reevalúa con TNS donde se constata irritabilidad uterina. Se programa para cesárea de emergencia con el temor de amenaza de parto pretérmino, a descartar corioamnionitis y con una edad gestación de 26 semanas y 6 días con un ponderado fetal de 894grs.

En la operación se evidencia, tras la histerotomía, salida de material purulento de mal olor con una placenta friable junto al tejido uterino, también friable.

El peso real del recién nacido fue de 1008grs y un Apgar de 4-7

Se envió a anatomía patológica la placenta

La madre continua en pabellón con terapia antibiótica de clindamicina + gentamicina + ceftriaxona.

Caso Clínico n.º 3

Paciente, mujer de 36 años, acude a emergencia, caminando y en compañía de familiar, por presentar dolor en hipogastrio de moderada intensidad de característica tipo cólico asociado a sangrado escaso. Cuenta con ecografía particular que evidencia hemoperitoneo, endometrio engrosado e imagen paranexial derecha; sugerente de embarazo ectópico roto.

Sin antecedentes médicos, ginecológicos ni obstétricos (paciente sin hijos y con deseo genésico)

Al examen físico:

- PA: 110/70 mmhg FC: 114 lpm FR: 14 rpm SatO2: 99 %
- En aparente regular estado general, regular estado de hidratación y nutrición
- Abdomen: Ligera resistencia a la palpación profunda, dolor a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha
- SNC: Lucida, orientada en tiempo espacio y persona.

Impresión diagnóstica:

- Shock hipovolémico estadio 2
- Embarazo ectópico roto

Plan:

- Completar prequirúrgicos
- Se programa para laparotomía exploratoria como prioridad I

En la operación se realiza incisión tipo pfannensteiln; se corta por planos hasta encontrar hallazgo; se evidencia hemoperitoneo de aproximadamente 600cc con coágulos en fondo de saco de Douglas, Se explora trompa de Falopio afectada para evidenciar porción comprometida y se determinó que todo fue expulsado a través de las fimbrias. Se procede

a realizar salpingostomia según técnica descrita. Se logra recoger embrión para posterior estudio. Se introduce una sonda nelaton para explorar trompa de Falopio edematizada. Al no encontrar porciones afectadas, se procede a cerrar la ostomía con catgut crómico 2/0 con sutura surget simple en dos planos. Se realiza control de hemostasia y cavidades. se procede a cerrar planos.

Paciente pasa a recuperación sin interurrencias y posteriormente a piso de hospitalización con revaloración de los niveles de beta HCG. Es dada de alta al tercer día sin interurrencias.

Caso clínico n.º 4:

Paciente, mujer de 68 años, hospitalizada desde consultorio externo para realizar intervención quirúrgica.

Dentro del relato cronológico se menciona que desde hace un año refiere sensación de bulto me “sale por su vagina “cuando realiza esfuerzos y cada vez el tamaño aumenta asociado a molestias urinarias y dolor. La evolución es progresiva e inicio insidioso. Acude a consultorio externo y es diagnosticada de distopia genital.

Examen físico:

- Funciones vitales estables, aparente regular estado general;

Genitales: POP-Q

Impresión diagnóstica:

- Distopia genital total

Plan:

- Programar para SOP: Histerotomía vaginal más colporrafia anterior

Se realizó procedimiento según técnica descrita, sin interrecuencias.

I.3. Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º 1

Paciente de sexo masculino RN a término de 38 semanas por parto eutócico después de 15 horas de vida presenta coloración amarillenta en piel hasta las rodillas, madre refiere

pobre succión durante el día. A las 40 horas de vida, persiste succión débil y se cuantifica pérdida de peso - 15% del peso al nacimiento. Se le decide tomar exámenes de laboratorio: Bilirrubinas totales y funcionales, Hemograma y PCR.

Antecedentes perinatales

- Peso al nacer: 3,055 gr
- Talla al nacer: 50 cm
- Apgar: 9-9
- Obstétricos: G1 P1001
- Grupo sanguíneo: materno: 0+ RN: A+
- Controles prenatales: 9

Examen físico:

- Estado general: succión débil y mucosa oral deshidratada
- Piel: Ictérica hasta los tobillos, tibia, hidratada, llenado capilar menor de 2 segundos.
- Cabeza: normocéfalo, fontanela anterior normotensa
- Cara: Ojos: sin secreciones en ojos Nariz: fosas nasales permeables Orejas: normoinserdas
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- Aparato Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles. Pulsos periféricos presentes.
- Abdomen: Blando, depresible, RHA presentes. No visceromegalia. Cordón umbilical clampado
- Caderas: ortolani (-), bartlow (-)
- Sistema nervioso central: Despierto, somnoliento, reactivo a estímulos, buen tono muscular.

Tabla 6. Exámenes de laboratorio

Leucocitos: 8.55	GGT: 60 U/L
Hemoglobina: 16.6 gr/dL	Bilirrubina total: 16.54 mg/dL
Hematocrito: 46.7%	Bilirrubina directa: 0.50 mg/dL
Plaquetas: 225.000	Bilirrubina indirecta: 16.04 mg/dL
Fosfatasa alcalina: 50 U/L	PCR: 0.56

Historia clínica de HNDAC

Se plantea los diagnósticos de Recién nacido a término de 38 semanas e Hiperbilirrubinemia indirecta, se decide hospitalizar debido a que se encuentra dentro del rango para fototerapia de las curvas de NICE.

Caso clínico n.º 2

Paciente de sexo masculino de 2 años y 5 meses, es traído a la emergencia por su madre con un tiempo de enfermedad de 3 días, en el cual refiere que menor presentó deposiciones líquidas sin moco y sin sangre en más de cuatro ocasiones al día. Madre refiere que durante el primer día de enfermedad es llevado a un centro de salud cerca a su casa, donde le indican suero de rehidratación oral, al no haber mejoría y persistencia de síntomas es traído por emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Antecedentes:

Patológicos: niega

Reacción alérgica a medicamentos: niega

Antecedentes quirúrgicos: niega

Contacto COVID: niega

Nebulizaciones: niega

Hospitalizaciones: niega

Examen físico:

Piel: Tibia. Poco hidratada. Llenado capilar < 2 segundos, no cianosis, mucosa oral semi húmeda

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos. No soplos

Abdomen: Plano, RHA de intensidad aumentada, blando, poco depresible, no doloroso a la palpación superficial, dolorosa a la palpación profunda.

SNC: despierta, alerta, responde a estímulos táctiles y verbales

Funciones vitales: FC: 145 lpm FR: 30 rpm Saturación: 99 % Temperatura: 37.2 °C

Tabla 7. Exámenes de laboratorio

Leucocitos: 6.35

Creatinina: 0.30

Hemoglobina: 13.8 gr/dL

Na sérico: 128

Plaquetas: 320.000

K sérico: 3.9

Glucosa: 75

Reacción inflamatoria: negativo

Historia clínica del HNDAC

Se plantea el diagnóstico de enfermedad diarreica aguda, por ello se le indica una hidratación con SRO y observación.

Se reevalúa paciente, tiene adecuada tolerancia oral, se mantiene tranquila. Examen físico no contribuyente y exámenes de laboratorio normales, por ello se le da de alta con indicaciones médicas a la madre para continuación de tratamiento en casa.

Caso clínico n.º 3

Paciente, femenina de 10 años, acude con su madre la cual refiere que 2 días antes del ingreso inició con tos productiva, rinorrea durante el día y la noche. Tos se torna persistente durante la noche interfiriendo con el sueño, 4 horas antes del ingreso madre nota respiración acelerada y con dificultad respiratoria por ello decide traerlo por emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Antecedentes:

- Familiares: Padre asmático desde los 6 años de edad y madre con rinitis alérgica.
- Reacción alérgica a medicamentos: niega
- Antecedentes quirúrgicos: niega
- Contacto COVID: niega
- Nebulizaciones: Si, muchas.
- En los últimos 5 meses presentó 3 episodios de tos productiva de predominio nocturno con presencia de sibilancias y dificultad respiratoria. Ha acudido al servicio de urgencias en múltiples ocasiones para nebulización, la última vez requirió dos días de hospitalización.

Funciones vitales: FC: 120 lpm FR: 30 rpm Saturación: 94 % Temperatura: 36.5 °C

Examen físico:

Piel: Tibia. Poco Hidratada. Llenado capilar < 2 segundos, no cianosis, mucosa oral semi húmeda

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. Se auscultan sibilantes difusos, leve tiraje intercostal.

Cardiovascular: Ruidos cardiaco rítmicos. No soplos

Abdomen: Plano, RHA de intensidad aumentada, blando, poco depresible, no doloroso a la palpación superficial, dolorosa a la palpación profunda.

SNC: despierta, alerta, responde a estímulos táctiles y verbales

Tabla8. Exámenes de laboratorio

Leucocitos: 6.8	PCR: 0.8
Hemoglobina: 13	Glucosa: 82
Plaquetas: 360.000	Creatinina: 0.5

Historia clínica del HNDAC

Se plantea el diagnóstico de crisis asmática, se le indica nebulización con salbutamol. Paciente es reevaluado, donde se nota mejoría clínica, sin dificultad respiratoria, al examen físico ya no se observa tiraje y saturación de 98%.

Se decide dar de alta con indicaciones médicas explicándole el uso apropiado del inhalador son salbutamol por 14 días y prednisona por 5 días.

Caso clínico n.º 4

Recién nacido de sexo masculino a término de 39 semanas de gestación por Capurro, una hora de vida. Producto único por cesárea, presenta signos vitales: FR: 72 por minuto SaO₂: 90 % y score de Silverman-Anderson: 3 puntos.

Factores maternos

Parto: Cesárea por cesárea previa 2 veces

Grupo sanguíneo: 0+

Sufrimiento fetal agudo: No

Líquido amniótico: Normal

Antecedentes perinatales

Peso al nacer: 3,110 gr

Talla al nacer: 50 cm

Apgar: 9-9

Obstétricos: G3 P2002

Grupo sanguíneo: materno: 0+ RN: 0+

Controles prenatales: 9

Examen físico:

Piel: Tibia. Hidratada. Llenado capilar < 2 segundos, no cianosis

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. Leve tiraje intercostal. Taquipnea.

Cardiovascular: Ruidos cardíaco rítmicos. No soplos. Pulsos permeables presentes
Abdomen: Plano, RHA de intensidad aumentada, blando, poco depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

SNC: Activo, reactivo a estímulos. No signos de focalización

Se plantea el diagnóstico de Taquipnea transitoria del recién nacido, por ello se le decide observar y manejo oxigenatoria. Además, se le solicita radiografía de tórax.

Paciente es evaluado con radiografía el cual indica patrón de atrapamiento aéreo y aumento de la trama bronco vascular, se observa que paciente responde a oxigenoterapia y durante examen físico sin dificultad respiratoria.

I.4. Rotación en Cirugía

La rotación de cirugía fue la tercera en la malla curricular del internado. Esta fue eminentemente de casos de cirugía digestiva.

Caso clínico n.º 1

Paciente varón de 68 años, acude a la emergencia porque presenta hace 5 días masa en región inguinal derecha asociada a dolor tras levantamiento de objeto pesado de intensidad moderada y que no cede a analgesia.

Antecedentes:

- Tumoración en región inguinal derecha hace 8 meses

Al examen físico:

- PA:120/70mmhg, FC:76lpm, FR: 12 rpm SatO2:98%
- Abdomen: globuloso, ruidos hidroaéreos conservados, blando depresible, dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, no signos peritoneales sonoridad conservada
- Región inguinal: Se palpa masa de 3x3cm de consistencia dura en zona inguinal derecha, no reductible, sin cambios de coloración en la piel circundante, sin palpar anillo.

Impresión diagnóstica:

- Tumoración en región inguinal derecha

- A descartar hernia inguinocrural incarcerada vs masa EAD

Plan

- Exámenes de laboratorio: Hemograma, glucosa, urea, creatinina, Aga y electrolitos.
- Radiografía de abdomen de pie
- Ecografía de partes blandas en región inguinal

A la reevaluación

- Paciente persiste con clínica de dolor, examen físico sin cambios, los exámenes no muestran signos de obstrucción intestinal y la ecografía indica que se trata de una hernia inguinal lateral a los vasos epigástricos.
- Se plantea el diagnóstico de hernia inguinal indirecta derecha por ecografía y se programa para SOP. Se realiza incisión transversa en fosa iliaca derecha y al cortar planos, se evidencia masa que no tiene comunicación directa con canal inguinal, de consistencia dura, de bordes circunscritos y adherido firmemente al ligamento inguinal. Se disecciona y la muestra se envía a anatomía patológica. Para reforzar la zona se ejecuta la técnica de Bassini. Se cierran planos.

Pasa a recuperación y posteriormente a piso de hospitalización, por temas burocráticos, la muestra se pierde no pudiendo dar un diagnóstico definitivo. En la hospitalización, paciente refiere una disminución progresiva en cantidad de heces, asociado a dolor abdominal progresivo y fiebre en picos. Al décimo día de hospitalización, paciente no realiza deposiciones, presenta náuseas y vómitos y presenta pico febril. Al examen físico; lo positivo es en región abdominal; distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos. Se toma radiografía de abdomen e pie donde se evidencia niveles hidroaéreos, sin gas en la ampolla rectal. Se programa como cirugía de emergencia con el diagnóstico de obstrucción intestinal- absceso intrabdominal. Se realiza laparotomía exploratoria y se secciona por planos hasta ingresar a cavidad, se evidencian adherencias laxas y firmes entero entéricas, entero parietales y epiploparietales que fueron seccionadas con electrobisturí. Se evidencio contenido purulento de 500 cc en toda la cavidad. Con la revisión sistémica de asas, se encuentran 2 perforaciones a 5 y 10 centímetros de la válvula ileocecal, con secreción de contenido alimentario. Se aprecia a nivel de fosa iliaca derecha, estructura tubular firme que se dirige a la región inguinal derecha. Al termino se evidencia lesión inadvertida de 2 cm en asa ileal. Se procede a liberar las adherencias, se realiza corte de región ileal afectada; posteriormente se realiza

ileostomía. Por último, se rafia lesión inadvertida. Se coloca drenes tubulares en espacio recto vesical y parietocolico derecho. Se hace control de hemostasia y cierre por planos.

Paciente permanece en hospitalización con control de drenaje e ileostomía; al noveno día de hospitalización se aprecia una reducción marcada a través de la ileostomía y un aumento de más de 500cc a través de los drenes, de contenido alimentario. Sumado a empeoramiento clínico.

Se realiza nuevamente cirugía de emergencia, indicando relaparotomía como tenor de perforación intestinal. Dentro de los hallazgos se evidencia abdomen agudo congelado, múltiples colecciones intraabdominales, dehiscencia de la rafia y perforaciones ileales. Se procede a la adherenciólisis con tijeras metzhembaun, rafia de asas con perforaciones y lavado de cavidad.

Paciente aún permanece en sala de hospitalización; con evaluaciones con oncología médica, infectología y gastroenterología.

Caso clínico n.º 2

Paciente mujer de 20 años, traído por familiar a la emergencia, refiere que desde hace dos días refiere dolor abdominal que inicio en mesogastrio que posteriormente fue localizándose a la región de la fosa iliaca derecha concomitante a hiporexia. Un día antes del ingreso refiere náuseas y vómitos de contenido alimentario en 3 oportunidades, el día de ingreso ya no tolera vía oral y se añade fiebre de 38,3°C. Acide a otro recinto hospitalario, donde prescriben analgésicos y antibióticos, síntomas mejoran parcialmente; sin embargo, con las horas el dolor se hace intenso, motivo por el cual acide al HNDAC.

Sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de importancia

Al examen físico

Paciente en aparente mal estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación;

Funciones vitales estables; T: 38 °C

Abdomen: Distendido; ruidos hidroaéreos disminuidos; Resistencia a la palpación superficial, dolor en los cuatro cuadrantes. Signo de Mcburney positivo, signo de Rovsing positivo, signo de mussy positivo. Timpanismo conservado

Impresión diagnóstica

Apendicitis aguda complicada

Plan

- Hidratación-analgésia-antibioticoterapia
- Colocación de sonda nasogástrica a gravedad y sonda Foley
- Exámenes de laboratorio: Hemograma-PCR-G/U/Cr- AGA y electrolitos
- Programar para SOP

Se programó como laparotomía exploratoria:

Se evidencia líquido purulento de 400cc en toda la cavidad, se encuentra apéndice de ubicación retro cecal, gangrenado en toda su extensión y perforado en su tercio distal a nivel del borde anti mesentérico, de base friable y meso ancho.

Se procede a realizar apendicetomía según técnica descrita con cierre de la base con jareta invaginante. Se revisa asas intestinales, sin evidenciar necrosis de la pared.

Se efectúa control de hemostasia y se cierra por planos.

Pasa a recuperación y posteriormente a servicio de hospitalización.

Permanece sin interurrencias y es dado de alta.

Caso Clínico n.º 3

Paciente, varón de 32 años, traído por efectivos policiales, refiere presentar un día antes del ingreso, un episodio de deposiciones negras asociado a dolor abdominal tipo urente de moderada intensidad concomitante a sensación de alza térmica y malestar general. 10 horas antes del ingreso presenta episodio de hematemesis.

Al examen físico:

Paciente en aparente regular estado general, regular estado de nutrición regular estado de hidratación

PA: 120/80 mmhg FC: 98lpm FR: 11 rpm SatO2:99%

Abdomen: Plano, simétrico, ruidos hidroaéreos conservados, dolor a la palpación profunda a nivel de epigastrio.

Resto de examen sin alteraciones

Impresión diagnóstica

- Hemorragia digestiva alta activa sin cambios hemodinámicos

Plan

- Exámenes de laboratorio: Hemograma- Glucosa/Urea/Creatinina – AGA y electrolitos
- Interconsulta a Gastroenterología para pase para EDA

A. EDA 1:

Posteriormente, se realiza endoscopia digestiva alta y se observa mucosa gástrica del fondo gástrico, conglomerado venoso tortuoso y erosionado cubierto por fibrina. Es hospitalizado en el servicio de medicina y posteriormente pasa al de Gastroenterología.

B. EDA 2:

Se efectúa segunda endoscopia para la aplicación de Ciano acrilato en las zonas afectadas junto a ecografía Doppler portal. Se diagnóstica hipertensión portal no cirrótica. Hemorragia digestiva alta no activa secundaria a varices gástricas IGV-1. Paciente presenta síntomas de mareos y se muestran valores de hemoglobina de 5 gr/dl por lo que se transfunden 2 paquetes globulares.

C. EDA3:

Se efectúa nuevamente EDA con aplicación de Ciano acrilato, pero paciente presenta inestabilidad hemodinámica asociada a activación del cuadro de fondo; por lo que se traslada a UST para su estabilización con posterior evaluación por cirugía general.

Es programado como laparotomía exploratoria

Se realiza gastrostomía, exploración de mucosa gástrica, se observa solución de continuidad de 3mm en mucosa de fondo gástrico la cual se procede a rafiarse. Se hace control de hemostasia y se cierra planos. Paciente pasa al servicio de cirugía general para recuperación.

En hospitalización, paciente persiste con cuadros de melena y presenta 1 episodio de hematemesis. Por lo que se administra octriotide a 5cc en infusión continua y omeprazol IV en infusión. Se administran paquetes globulares y se añade hierro sacarato.

Paciente permanece estable en hospitalización sin interurrencias. Se efectiviza angiograma aortoabdominal donde muestran conglomerado vascular en fondo gástrico, aumento del calibre de la vena portal y esplenomegalia.

Se envía interconsulta a radiología intervencionista con posibilidad de TIPS y a cirugía cardiovascular con posibilidad de derivación portosistémica selectiva. Ante problemas se realiza junta médica con los diferentes servicios para tomar conducta; sin llegar a una conclusión resolutive.

Pasa al servicio de Medicina Interna para estudio del cuadro de hipertensión portal no cirrótica.

Caso clínico n.º 4

Paciente, varón de 25 años; traído por familiares a la emergencia, por presentar hace 45 minutos agresión por terceros por PAF en región abdominopélvica y en extremidades superior izquierda. Pasando inmediatamente a UST para su estabilización

Antecedente: agresión por PAF hace 3 años

Al examen físico

PA:90/50 mmhg FC: 120 lpm FR: 18rpm SatO2: 99 %

Paciente en mal estado general, regular estado de nutrición e hidratación.

Piel: hidratada, elástica, turgente, llenado capilar 3 segundos

Extremidades: Se observa solución de continuidad circular, de bordes delimitados a nivel del tercio medio y cara anterior del brazo con punto de salida equidistante al punto de entrada, junto a deformidad del brazo y dolor intenso

Abdomen: Distendido, soluciones de continuidad circular de bordes definidos a nivel de flanco derecho y mesogastrio con punto de salida equidistante al de entrada. Ruidos hidroaéreos presentes. Doloroso a la palpación profunda, irritación peritoneal. Timpanismo conservado

región pélvica: Solución de continuidad circular a nivel de las crestas iliacas derechas con punto de salida tangencial al de entrada.

Neurológico: Lucido, orientado en tiempo, espacio y persona.

Impresión diagnóstica

- Shock hipovolémico grado 3
- Politraumatizado por PAF
- Trauma abdominal abierto
- A descartar lesión de víscera sólida vs hueca
- A descartar lesión vascular
- Fractura de humero derecho
- A descartar lesión vascular

Plan

- Pase de paquetes globulares-fluidoterapia-antibioticoterapia
- Monitorio de funciones vitales
- Toma de exámenes de laboratorio
- Exámenes de imagen: ECO-FAST

– Programar a SOP

Se realiza intervención quirúrgica; laparotomía exploratoria;

Se efectúa exploración inicialmente de vísceras huecas, con los siguientes hallazgos;

Hemoperitoneo de 600 cc, solución de continuidad a nivel del íleon que compromete el 30% de su circunferencia, solución de continuidad en ángulo hepático del colon que compromete el 50 %, lesión de 1cm de diámetro y 3 cm de profundidad en segmento 6 del hígado.

Se realiza maniobra de Cattell Branch y se observa avulsión del riñón derecho. Se realiza maniobra de Kocher y se evidencia 2 soluciones de continuidad en espejo en la segunda porción del duodeno que compromete el 60% de su circunferencia.

Se procede a realizar la reparación de tales hallazgos con rafia y nefrectomía.

El diagnóstico postoperatorio queda como: trauma hepático grado II, Trauma renal derecho grado V, trauma duodenal grado III, trauma colónico grado III, trauma ileal grado II y hemoperitoneo.

Tras los exámenes posteriores a la estabilización del paciente; se pone de manifiesto fractura de las láminas de la vértebra L2 y fractura en conminuta del humero derecho.

Se evalúa por CX cardiovascular, donde no encuentran alteración vascular y por neurocirugía donde indican pronóstico reservado.

Paciente pasa a servicio de hospitalización y permanece 5 días con mejoría por parte de cirugía general. Pasa al servicio de traumatología para corrección de la fractura en humero y control por consultorio externo de neurocirugía con poca esperanza de recuperación motriz.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Como se mencionó e, realizamos el internado médico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, este se inauguró el 30 de diciembre de 1941 en la Provincia Institucional del Callao el Hospital de Varones “Daniel Alcides Carrión”, siendo el presidente de la Republica el Mariscal Oscar R. Benavides (1).

El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión está categorizado como un establecimiento de salud de nivel III-1, este brinda atención y resuelve problemas de mayor complejidad de la región del Callao, donde desempeñan especialistas para la atención de patologías complejas que implementan equipos e instalaciones de alta calidad para diagnóstico y tratamiento (1).

El interno de medicina tiene como función observar la atención del paciente por parte de los médicos asistentes, elaboración de las historias clínicas y evolución diaria de los pacientes hospitalizados. Además, se realizan otras tareas como toma de muestra para AGA (análisis de gases arteriales), sutura, colocación y retiro de sonda vesical, retiro de punto, desbridamiento de úlceras, curaciones de pie diabético entre otros; teniendo un previo entrenamiento y enseñanza adecuada.

Los internos también contribuyen con el proceso administrativo llenando las hojas FUA, las referencias o contrarreferencias, llenando las solicitudes de exámenes de laboratorio o de imágenes, las recetas y otros formatos. Además, efectivizan procedimientos radiográficos que contribuyen para el diagnóstico y el oportuno tratamiento.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1. Rotación en Medicina

Caso clínico n.º 1

La brucelosis es una zoonosis, es decir es una enfermedad infecciosa que se transmite a través de animales. También se le conoce como fiebre de malta, enfermedad de bang o fiebre de mediterráneo. (4)

Es ocasionado por bacterias del género de *brucella*, dichas especies patógenas afectan a los animales entre ellas tenemos: *B. melitensis*, *B. abortus*, *B. suis*, *B. canis*, *B. ovis* afecta, principalmente, a vacas, cabras, cerdos, perros y ovinos. ²

En el hombre se encuentra asociada al consumo de leche, queso fresco y otros derivados de origen caprino, los cuales se encuentran contaminados y no pasteurizados. También, por contacto con desechos o excretas de animales enfermos o inhalación del polvo de corrales o mataderos (4).

Los signos y síntomas son inespecíficos; sin embargo, se presentan en diversas localizaciones siendo las más frecuentes las osteoarticulares como la *sacroileitis*; localización ocular como la uveítis; hematológicas como pancitopenia por mieloinfección o hiperesplenismo; cardiovascular como la endocarditis (4).

Para el diagnóstico tenemos a pruebas serológicas como: Rosa de bengala, la cual es una prueba rápida que detecta anticuerpos de tipo IgG1 contra *brucella* y la aglutinación en placa, detecta anticuerpos IgG e IgM, reacciona al inicio de la enfermedad y permanece durante mucho tiempo; sin embargo, reacciona a otras especies (4).

Cuando las pruebas de tamizaje son positivas se realizará las pruebas complementarias las cuales son: Prueba de aglutinación en tubo y prueba del 2-mercaptoetanol, estas complementan el diagnóstico y permiten el seguimiento de los pacientes en tratamiento (4).

Los tratamientos se consideran antibióticos combinados: doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por 6 semanas y rifampicina 300 mg VO cada 12 horas por 6 semanas, siendo considerada por la OMS. Como alternativa, doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 6 semana y gentamicina 240 mg cada 12 horas por 2 semanas. (5)

En el caso del paciente se encuentra rosa bengala positivo, aglutinaciones positivas, hemocultivo positivo por ello se decide iniciar con antibiótico en el hospital de considera la

alternativa, teniendo una evolución favorable sin evidencias radiográficas y ecocardiograma sin alteraciones. Por ello, se decide dar de alta explicándole sobre la duración del tratamiento y acudir por consultorio para seguimiento del tratamiento.

Caso clínico n.º 2

La cetoacidosis diabética es una complicación aguda, la cual se caracteriza por una cetoacidosis e hiperglicemia.

En el caso clínico encontramos un paciente con diagnóstico de diabetes el cual no cumple con su tratamiento, llega a emergencia con síntomas de náuseas, vómitos y dolor abdominal. Para abordarlos es importante descartar las complicaciones de la enfermedad, tales como cetoacidosis diabética y estado hiperglucémico hiperosmolar. Además, se debe realizar un adecuado examen físico y solicitar exámenes de laboratorio para realizar un buen manejo (6).

Paciente con antecedente de diabetes que no recibe un tratamiento estricto, la cual está teniendo una sintomatología por una descompensación propia de la enfermedad. Se solicitan exámenes de laboratorio para confirmar una cetoacidosis, durante la emergencia le realizan un hemoglucotest obteniendo niveles altos de glucosa, en el examen de gases arteriales se evidencia una disminución de ph y bicarbonato con electrolitos dentro del rango normal, examen de orina patológico donde se encontraron cuerpos cetónicos.

Para el tratamiento, es la estabilización y reposición de líquidos y electrolitos si se encuentran alterados, mediante la infusión con solución salina isotónica NaCl 0.9 %. Se debe corregir los niveles de potasio si es que es <3.3 mEq/L, lo cual se añade entre 20-40 mEq/h hasta que aumente y luego iniciar con insulino terapia. (6)

Para el manejo de glucemia el tratamiento es insulina en dosis bajas por vía endovenosa a los pacientes con cetoacidosis leve a moderada con valores de potasio dentro del rango normal. Cuando la glucosa se encuentra <200 mg/dL junto a la infusión con insulina. (6)

El manejo del hospital en el caso del paciente fue el adecuado, se llegó al diagnóstico y se realizó un manejo oportuno por ello el paciente tuvo una evolución favorable y se le dio de alta.

Caso clínico n.º 3

La trombosis venosa profunda es definida como una injuria endotelial, flujo sanguíneo anormal e hipercoagulabilidad, la cual es conocida como la triada de Virchow. Dentro de los factores de riesgo tenemos a la edad >60 años, obesidad, tabaquismo activo, reposo prolongado en las de >4 días ya se por cirugías ortopédicas o viajes (7).

El índice de Wells es usado para determinar una probabilidad para trombosis venosa profunda, donde encontramos: inmovilización de miembros inferiores, edema en toda la extremidad, edema con fóvea, cáncer activo, pantorrilla con aumento >3 cm de la extremidad afectada, circulación venosa colateral superficial. Obteniendo un puntaje de 0 puntos para una baja probabilidad de TVP <10 %, puntaje de 1-2 para una intermedia probabilidad de TVP <25 % y puntaje ≥ 3 para una alta probabilidad >50% (7).

En el caso clínico, tenemos una paciente mayor de 60 años, con obesidad durante el examen físico se observa edema de miembros inferiores más fóvea positiva, signo de Homans positivo, es decir dolor en pantorrilla a la dorsiflexión del tobillo. Ante un índice de Wells con ≥ 3 , ecografía doppler positiva, dímero D positivo y un cuadro clínico se plantea el diagnóstico de trombosis venosa profunda.

La trombosis venosa profunda puede comprometer función respiratoria en un 50%; sin embargo, en el caso clínico paciente no presenta disnea ni dificultad respiratoria por ello se decide iniciar anticoagulación con enoxaparina 1mg/kg SC cada 12 horas, se llegó a un diagnóstico y manejo oportuno por ello paciente muestra mejoría clínica y es dado de alta con indicaciones médicas.

Caso clínico n.Nº 4

La hemorragia digestiva alta es un sangrado intestinal que ocurre por encima del ángulo de Treitz, es importante descartar el perioral no digestivo como epistaxis, sangrado faríngeo, hemoptisis y pseudomelena.

Las causas en su gran mayoría son no varicosas en un 80-90 %, siendo la más frecuente por ulcera péptica la cual se encuentra asociada a infección por *Helicobacter pylori* o ingesta de AINES. (8)

La clínica se manifiesta como una hematemesis y/o melena la cual puede estar asociada a hipotensión, taquicardia la cual depende de la pérdida sanguínea asociada a palidez, debilidad y mareos. (8)

Todo paciente con HDA debe ser hospitalizado, si el paciente se encuentra hemodinámicamente inestable se le debe colocar dos catéteres venosos periféricos o catéter venoso central para administración de cristaloides y la otra para administración de paquetes globulares. Por ello, si paciente es de alto riesgo debe recibir transfusión de paquete globular para hematocrito >30 %, si paciente se encuentra con sangrado activo y Coagulopatias debe ser transfundido con plasma fresco congelado y plaquetas. (8)

Es importante realizar la estratificación de la valoración de riesgo según la escala de Blatchford la cual nos ayuda a tomar decisiones valorando el tiempo para la realización de

endoscopia, tiempo de alta y cuidados. Se recomienda realizar endoscopia alta dentro de las primeras 24 horas en todo paciente con Blatchford ≥ 1 para poder determinar la lesión que está causando el sangrado.

El tratamiento médico está dado por inhibidores de bomba de protones por vía endovenosa antes de realizar la endoscopia, luego de la endoscopia terapéutica adecuado este disminuye el riesgo de re sangrado en casos de úlceras con sangrado activo, vaso visible o coagulo adherido (8).

El alta hospitalaria se realizará luego de una hemostasia exitosa sin resangrado durante el periodo de hospitalización de 72 horas e inicio de la vía oral es casos de paciente con alto riesgo que se les realizo el tratamiento endoscópico.

En el caso clínico, paciente fue transfundido con paquetes globulares debido a que se evidencia anemia severa, luego se le solicita hematocrito control el cual presenta resultado de 7.3 mg/dl.

Durante hospitalización, paciente es evaluado por gastroenterología el cual le realiza la endoscopia dos días después del ingreso el cual no está dentro de las primeras 24 horas como indican las guías. Luego de procedimiento, se le solicita hematocrito control el cual aumenta y es dado de alta luego de dos días post endoscopia ante mejoría clínica.

III.2. Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º 1

El síndrome de HELLP corresponde a un acrónimo que determina las manifestaciones y diagnóstico de esta patología que son hemólisis microangiopática, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia, considerado un trastorno trombo inflamatorio multisistémico (14) Se considera como una forma de preeclamsia con criterios de severidad, pero no hay relación clara (14); ya que el 20 % de los cuadros de HELLP van normo presión o sin proteinuria (14).

Dentro de la etiopatogenia, esta es similar a la preeclamsia en cuanto a la mala invasión trofoblástica, hablando de su fisiopatología, en el HELLP, se aprecia una mayor actividad del sistema de coagulación en comparación a la preeclamsia la cual exhibe mayor vasoconstricción periférica (14). Así mismo el diagnóstico se basa en verifica la anemia hemolítica microangiopática (esquistocitos, bilirrubina indirecta $> 1,2$ mg/dl, LDH >600 U/L haptoglobina <25 mg/dl) elevación de enzimas hepáticas(TGO y TGP > 70 U/L) y plaquetopenia($< 100\ 000$ cel. mm³), todo esto durante las 27 a 37 semanas de gestación.

La clasificación se puede dar según los criterios de tenerse o los de Mississipi; estos últimos la subdividen en 3 grados según los valores de plaquetas (14)

Grado 1: plaquetas < 50 000

Grado 2 : plaquetas; 50 000 y 100 000

Grado 3: plaquetas; 100 000 y 150 000

El manejo se basa en antihipertensivo en caso de presiones altas, neuro protección con sulfato de magnesio y culminar con el embarazo; sumado a las medidas generales de estabilización hemodinámica y laboratoriales del paciente. En el presente caso, los niveles de plaquetas llegaron a valores de 32 000 cel. x mm³ pudiendo clasificar el síndrome de HELLP en grado 1; así mismo se administró plaquetas, se realizó fluidoterapia y se dio medicación con nifedipina 10mg EV c/8h, se relajó la infusión de sulfato de magnesio tanto en dosis de ataque como de mantenimiento y se culminó con la gestación. Es importante mencionar que una complicación de este cuadro es el hematoma subcapsular o roto a nivel hepático y todas las secuelas que puedan generar, no presentándose en este caso

Caso clínico n.º 2

La corioamnionitis corresponde a un cuadro infeccioso-inflamatorio de las membranas, corion fondo y cordón umbilical; que inicialmente se da en el líquido amniótico para posteriormente diseminarse a dichas estructuras (15)

Dentro de la etiología, cabe destacar los agentes infecciosos, siendo los más frecuentes ureaplasma spp, micoplasma, estreptococos y *e. coli* (15).

Yace principalmente en la ruptura prematura de membranas con diseminación ascendente del microbiota bacteriana a las estructuras materno-fetales uterinas. Dicho cuadro es complejo y se da una serie de factores que se entrelazan entre sí para provocar el cuadro como son la disbiosis, incompetencia cervical o cérvix corto (15).

Se da una infección intraamniótica que posteriormente se extiende a los órganos y puede dejar diversos escenarios clínicos. La clínica y diagnóstico se da con los criterios de Gibbs:
Fiebre 39 °

Taquicardia fetal

Taquicardia materna

Irritabilidad uterina (clínica o por TNS)

Estudio de LA (Glucosa < 15mg/dl o leucocitos > 50 cel. x mm³ o Gram positivo)

2 o más de estos criterios dan el diagnóstico de corioamnionitis clínica

Pero es diagnóstico definitivo es con cultivo o biopsia de la placenta

El manejo se da principalmente con antibioticoterapia; ampicilina 2gr EV c/6 has más gentamicina (5mg/kg) c/24 hora

En el presente caso, la paciente tenía una gestación de 26 semanas y ruptura prematura de membranas de más de 11 días. A pesar de esto, nunca cumplió con los criterios de Gibbs; pues el cuadro anterior a la corionanminitis clínica es la subclínica (15). Solo en la sala de operaciones se pudo ver macroscópicamente la placenta con signos evidentes de infección.

Caso clínico n.º 3

El embarazo ectópico corresponde a una de las causas de hemorragia de la primera mitad del embarazo, clásicamente se define como gestación que se da fuera de la cavidad uterina.

La etiopatogenia es desconocida, pero hay asociación de diversos factores; se menciona que la infección tubárica, embarazo ectópico previo, cicatriz por cesárea previa, nuliparidad entre otras causas (16). Pero a modo practica la implantación se da fuera e la cavidad uterina siendo los lugares de mayor a menor frecuencia;

- Tubárico
- Cicatriz quirúrgica previa
- Abdominal
- Cervical

En el tubárico, su localización más frecuente es a nivel de la región de la ampolla; si se da en la región intersticial, se asocia a ruptura precoz de la trompa y si se da en la región cornual, se asocia a ruptura tardía, pero de mayor sangrado (16).

El diagnóstico se basa en la clínica ecografía transvaginal y niveles cuantitativos de beta HCG, esta última determina la conducta terapéutica, pues valores por encima de 5000 mIU/L7ml se asocian a manejo quirúrgico

En el presente caso, se contaba con ecografía particular que indicaba hemoperitoneo, se corroboro con una segunda ecografía hospitalaria. Aquí no fue tan prioritario medir los niveles de beta HCG pues ya se trataba de un embarazo ectópico roto. Las opciones eran salpingectomia o salpingostomia. En sala se determinó que no existía ruptura de la trompa y se procedió a la salpingostomia; además que la paciente tena deseo genésico y no tenía hijos.

Caso Clínico n.º 4

El prolapso genital viene a ser la protrusión de estructuras vecinas al sistema urogenital. Para conocer el diagnóstico y manejo es importante conocer la anatomía del piso pélvico el cual da sostén a las estructuras implicadas en el prolapso genital.

El piso pélvico consta de un sostén óseo; dado por los huesos coxales, un sostén muscular dado por el musculo elevador del ano; este está formado por tres fascículos que son el musculo pubococcigeo, ileococigeo y puborrectal; y un sostén ligamentariofascial dado por ligamentos y la fascia Endo pélvica; este último a su vez va a dar la orientación anatómica y sostén de las estructuras en tres zonas dadas por los planos de delancey (17).

Zona 1 o superior: Corresponde al ligamento de mackenroth y los ligamentos uterosacros, que por delante sostienen el cérvix y se dirigen a las estructuras óseas de la pelvis. Esta sostiene al útero y porción superior de la vagina

Zona 2 o media: Corresponde al ligamento blanco; es la constitución de la fascia Endo pélvica que nace de los músculos del elevador del ano y se distribuyen por la porción delantera del canal vaginal a las diferentes estructuras pélvicas.

Zona 3 o inferior: Corresponde al diafragma urogenital; este es una membrana que sostiene a las estructuras uretrales entre otras

Los factores de riesgo para desarrollar prolapso son (17):

- Edad avanzada
- Menopausia
- Multiparidad o trabajo de parto traumático
- Aumento de la presión intrabdominal

Dentro del diagnóstico se aplican diversos scores clínicos; el más conocido es el POP-Q, el cual con ciertos puntos de referencia del canal vaginal va a determinar el tipo de prolapso (17):

- Cistocele
- Recto cele
- Uterocele

La paciente tenía diagnóstico de prolapso genital total; se realizó histerectomía vaginal y se reforzó el primer plano con colporrafia anterior.

III.3. Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º 1

Enfermedad hemolítica del recién nacido es causada por la destrucción de glóbulos rojos del feto por los anticuerpos de inmunoglobulina G materna. Ante la sospecha, se debe descartar incompatibilidad de grupo como de factor.

En el caso del paciente una vez confirmado el grupo sanguíneo se constata la incompatibilidad del grupo. Las guías indican que una vez confirmada la incompatibilidad, se deben realizar exámenes de laboratorio como hemograma completo, prueba de coombs y bilirrubinas totales y funcionales.

Durante evaluación el recién nacido de 38 semanas presenta ictericia hasta las rodillas, disminución de peso y somnolencia. Al recibir los exámenes de laboratorio se obtuvieron resultados normales a excepción de las bilirrubinas que se encontraban elevadas (9)

El tratamiento de una hiperbilirrubinemia en lactantes con enfermedad hemolítica del recién nacido es la observación de bilirrubina, hidratación y fototerapia. Si a pesar de ello, paciente no responde a tratamiento se debe colocar hidratación endovenosa o exanguineotransfusión en caso se encuentren signos de encefalopatía por bilirrubina (9).

El paciente presenta bilirrubina total de 16.54 mg/dL lo cual para la edad gestacional del recién nacido esta elevado y para el tiempo de vida de 40 horas, según las curvas de NICE es tributario para recibir tratamiento con fototerapia con el objetivo de disminuir la hiperbilirrubinemia.

Se realizó un manejo adecuado y oportuno, por ello es hospitalizado y es tratado mediante la fototerapia. Como se mencionó, es necesaria la monitorización de bilirrubinas una vez iniciada la fototerapia para evidenciar la reducción de bilirrubinas y poder suspender la fototerapia (9).

Caso clínico n.º 2

Gastroenteritis aguda es una infección del tracto digestivo, la cual se caracteriza presencia de diarrea con o sin vómito. Las diarreas se deben a la disminución de consistencia y el aumento de frecuencia de las deposiciones en más de 3 en un periodo de 24 horas de duración debido al incremento de la motilidad intestinal la cual desencadena aumento en la frecuencia, siendo la característica más frecuente la disminución en la consistencia (10).

El manejo según Guías del Minsa tiene como objetivo reponer y mantener el equilibrio hidroelectrolítico del paciente, además del estado nutricional (10).

Tipos de diarrea

Tabla 8. Clasificación de diarrea

	Acuoso	Disentérico
Características	Diarreas sin sangre, se puede asociar a vómitos, fiebre y disminución de apetito	Diarrea con sangre se acompaña de fiebre elevada, mal estado general, tenesmo, cólicos convulsiones.
Frecuencia	80-90%	15-20 %
Evolución	En una semana espontáneamente remiten	Derivado al centro de salud
Etiología	Rotavirus E. coli enterotoxigénica V. cholerae	Shigella sp. Campylobacter jejuni E. coli enteroinvasiva

Guía práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño

El tratamiento depende del estado de hidratación del paciente:

Tabla 9. Evaluación de deshidratación

	PLAN A	PLAN B	PLAN C
Estado de conciencia	Alerta	Intranquilo e irritable	Hipotónico*, comatoso*
Ojos	Normales	Hundidos	Muy hundidos
Lagrimas	Presentes	Escasos o ausentes	Ausentes
Boca	Húmeda	Seca	Muy secas
Sed	Normal	Sediento, bebe con rapidez	Bebe en mal estado general, incapaz de beber
Signo del pliegue	Desaparece inmediatamente	Desaparece lentamente	Desaparece muy lentamente (mayor a 2 segundos)
Decida	No signos de	Si 2 o más: Tiene	Si 2 o más

deshidratación	algún grado de	incluyendo un
	deshidratación	*signo clave* tiene
		deshidratación
		grave

Guía práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño

Plan A: Aumentar ingesta de líquidos, continuar con alimentación

Plan B: Reposición de pérdidas con SRO a libre demanda en vaso o en cucharaditas. Si niño desea mayor ingesta de líquido de lo calculado, dárselo. Si el niño vomita se suspende durante 10 minutos y se reinicia dando en menor volumen, pero con mayor frecuencia.

Si los vómitos persisten se administra por vía sonda nasogástrica de 5 a 10 gotas/kg/minuto. Si persisten los vómitos y se agrega una distensión abdominal se reduce la dosis a la mitad. Si tolera se aumenta el goteo; sin embargo, sino se aplica el plan C.

Plan C: Reposición por vía endovenosa

Administrar 100 ml/kg/ de peso de solución poli electrolítica, lactato ringer o solución salina normal. Se debe considerar:

Primera hora: 50 ml/kg/ de peso

Segunda hora: 25 ml/kg/ de peso

Tercera hora: 25 ml/kg/ de peso

En el caso del paciente presento una deshidratación leve, por lo cual se siguió el tratamiento oportuno durante la emergencia de acuerdo con la guía del Minsa, durante la reevaluación paciente presenta buena tolerancia oral y fue dado de alta hospitalaria ante la mejoría clínica. Además, se le explican los signos de alarma y la importancia de lavado de manos para prevenir la propagación de microbios.

Caso clínico n.º 3

Paciente, ingresa a la emergencia con sospecha clínica de crisis asmática, la cual es definida como exacerbación, sintomática y rápidamente progresiva que se caracteriza por tos, disnea, sibilancias, tirajes o combinación de los síntomas. El signo más común es la dificultad respiratoria.

El manejo que se le da durante la emergencia es la Guía Práctica Clínica de Asma Bronquial en Pacientes Pediátricos del HNDAC.

Se debe estratificar la severidad de la crisis asmática según la escala de Bierman y Pearson, para manejar adecuadamente al paciente (11).

Tabla10. Clasificación de Bierman y Pearson

Puntuación	Puntuación FR por edad		Sibilantes	Cianosis	Tirajes	
	< 6 meses	>6 meses				
0	<40	<30	No	No	No	
1	41-55	31-45	Espiratorios con estetoscopio	Perioral llanto	al Leve (1 paquete muscular)	
2	56-70	46-60	Espiratorios e inspiratorios con estetoscopio	Perioral en reposo	Moderado (2 paquetes musculares)	
3	>70	>60	Espiratorios e inspiratorios sin estetoscopio o tórax silente	Generalizada en reposo	Severo (>2 paquetes musculares)	

Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes

Leve: 1 a 5 puntos moderado: 6 a 9 puntos Severo: 10 a 12 puntos

En el caso del paciente es una Crisis asmática leve, se obtuvo un puntaje de 5 puntos y se siguió manejo según la Guía, las cuales indican hidratación por vía oral o endovenosa según necesidad, oxigenoterapia. En crisis asmática leve se recomienda inhalar salbutamol 100 ug/puff con aerocámara, 4-6 puff cada 20 minutos por 5 veces, luego continuar cada 60 minutos por 1 a 3 horas y evaluar respuesta (11).

Caso clínico n.º 4

Taquipnea transitoria del recién nacido es un trastorno pulmonar también llamado síndrome de pulmón húmedo, caracterizado por edema pulmonar debido a la reabsorción y eliminación tardía del líquido alveolar fetal. ⁹ Es la causa más frecuente de dificultad respiratoria en recién nacidos prematuros tardíos y a término, siendo esta una condición benigna y autolimitada (12).

La gran cantidad de líquido pulmonar disminuye la distensibilidad pulmonar, la taquipnea se desarrolla para compensar la reducida distensibilidad. Además, la acumulación de

líquido en los linfáticos e intersticio provoca un colapso parcial de los bronquiolos originando atrapamiento aéreo (12).

La dificultad respiratoria es evaluada con la prueba de Silverman-Anderson, al minuto y a los cinco minutos. Teniendo como resultado la valoración respiratoria, pudiendo ser esta apropiada, con una dificultad moderada o severa. La puntuación menor de tres puntos es considerada una dificultad respiratoria leve y mayor a 3 puntos es necesaria una hospitalización (13).

Tabla 11. Clasificación de Silverman-Anderson

	0 puntos	1 punto	2 puntos
Movimientos tóraco-abdominales	Rítmicos regulares	y Tórax inmóvil, abdomen movimiento	Disociación en tóraco-abdominal
Tiraje intercostal	No	Leve	Intenso y constante
Retracción xifoidea	No	Leve	Intenso
Aleteo nasal	No	Leve	Intenso
Quejido respiratorio	No	Audible con estetoscopio	Audible sin estetoscopio

Guías de práctica clínica para la atención del recién nacido

0 puntos: Sin dificultad respiratoria. 1 a 3 puntos: Dificultad respiratoria leve. 4 a 6 puntos: Dificultad respiratoria moderada. 7 a 10 puntos: Dificultad respiratoria severa.

La manifestación clínica más característica es la taquipnea con una frecuencia respiratoria mayor a 60, generalmente ocurre entre en nacimiento y dos horas después del parto. En la radiografía de tórax incluye aumento de volumen pulmonar, diafragma plano, leve cardiomegalia y marcas vasculares prominentes con un patrón de rayo de sol que se originan en el hilio. El diagnóstico se confirma con la resolución de síntomas dentro de las 12 a 24 horas, siendo un manejo expectante u oxigenatoria si lo requiere (12).

En el paciente su manejo fue el adecuado se solicitó una radiografía de tórax el cual confirmo el diagnóstico, se decidió la observación y colocación de oxígeno la cual paciente respondió favorablemente.

Paciente es reevaluado y se nota resolución de síntomas lo cual es dado de alta con indicaciones médicas.

III.4. Rotacion en Cirugía

Caso clínico n.º 1

Este caso de gran complejidad en el que se abocan muchos temas quirúrgicos se ahondara en la obstrucción intestinal y especificara en bridas y adherencias.

La obstrucción intestinal se da, con su nombre indica, cuando existe una limitación parcial o total del pasaje del bolo alimenticio a través de las asas intestinales. La etiología se puede dividir en dos grandes grupos; mecánica, siendo la más común y la funcional, con una prevalencia del 20 % (18).

El abdomen agudo quirúrgico de tipo obstructivo se centra en las causas mecánicas;

A nivel mundial las causas más frecuentes radican en bridas y adherencias, seguido de hernias y procesos neoplásicos, entre otros (18).

En el Perú, no es la excepción la prevalencia de estas etiologías, siendo en la sierra, una de las causas más frecuentes, el vólvulo del sigmoides, por el dolicomegacolon andino (19).

La fisiopatología ocurre inicialmente por un agente extrínseco, intrínseco o endoluminal que dificulta total o parcialmente el paso del bolo alimentario, posteriormente ocurre a nivel de las asas pre obstruidas un aumento del peristaltismo, con la consiguiente dilatación; mientras que, en las asas post obstruidas, una descompresión. A nivel del bolo, ocurre fermentación por bacterias, sobre crecimiento con formación de gas de estas, paso de líquido del intravascular al bolo hiperosmolar sumado a un cuadro inflamatorio que afecta las asas circundantes (18).

La clínica del paciente es la de deshidratación sumado a los signos que la caracterizan. Adicionalmente se acompaña náuseas y vómitos, estos últimos pueden ser precoces o tardíos, biliares o fecaloide, dependiendo de la localización de la obstrucción. Dolo abdominal tipo cólico a nivel del mesogastrio; este último es intermitente; ya que, si se hace continuo y focalizado, puede indicar ya alguna complicación. distensión abdominal y en mayor o menor medida, disminución o ausencia de flatos o deposiciones; estas últimas cesan 12-24 horas después de la obstrucción (18).

El diagnóstico se basa en los signos y síntomas sumado a los factores de riesgo para identificar la etiología probable. Es por ello que la historia clínica es pilar para definir el cuadro; dentro del examen físico dirigido abdominal, se encuentra que a la inspección se ve distensión abdominal; a auscultación, se puede percibir timbre metálico; a la

percusión hay un aumento de la hipersonoridad y a la palpación destaca el dolor; aquí se puede poner de evidencia hallazgos de complicaciones; ya que signos peritoneales indican perforación. (18)

El primer estudio para definir el cuadro es la radiografía de abdomen decúbito y de pie, con incidencia en tórax.

Si tenemos un paciente estable hemo dinámicamente y sin complicación, se puede realizar exámenes de imagen como TAC abdominal para definir la etiología, severidad y naturaleza de la obstrucción; por el contrario, si tenemos un paciente inestable y con hallazgos clínicos-radiográficos de complicaciones, se pasa inmediatamente a laparotomía exploratoria (18).

El manejo inicial es de hidratación y sonda nasogástrica a gravedad. Se puede observar dentro de las 72 horas y si no hay mejoría clínica, se procede a intervenir quirúrgicamente (20).

En el presente caso, se tiene un paciente con aparente etiología oscura que inicialmente se presentó como tumoración en región inguinocrural que posteriormente mostro manifestaciones de obstrucción intestinal. En un paciente sin antecedentes quirúrgicos, adulto mayor. Se pudo ahondar en las otras etiologías como antecedentes familiares de neoplasia o de enfermedades digestivas, así como antecedentes de haber padecido tuberculosis.

Se apreciaron múltiples bridas y adherencias sin etiología clara, que posteriormente reaparecieron por dehiscencia de rafias. Se pone de manifiesto que el síndrome adherencia es un subtema extenso que este sujeto a clasificaciones tanto en localización, etiología como en el tipo de estas que no serán discutidos.

Caso clínico n.º 2

Una patología común, vista en los servicios de emergencia de cirugía es la apendicitis aguda.

Como su nombre indica, se define como un cuadro inflamatorio-infeccioso del apéndice cecal.

La etiologíopatogenia yace en la obstrucción de la base apendicular, la cual en un inicio generara un aumento del peristaltismo de esta estructura, el acumulo de secreción con el posterior aumento de la presión intraluminal; esto ocurre en un primer momento el flujo linfático después el flujo venoso y finalmente el fujo arterial.

Las bacterias crecen de una forma tal que al ya existe compromiso vascular, hay un

aumento de bacteroides (21). Así mismo, el apéndice pasa por cambios que se estratifican en 4 tipos; catarral o congestivo, flemonoso o supurado, gangrenado o necrosado y finalmente perforado. La clínica también se va a correlacionar con estas fases; pues el dolor, que inicialmente es en mesogastrio, se debe a que se estimulan las fibras tipo C del peritoneo visceral, con el posterior compromiso se afectan las fibras A delta del peritoneo parietal dando manifestaciones de dolor as localizadas (21); así pues, existe una correlación entre las manifestaciones clínicas, patogenia, crecimiento bacteriano y fases de la apendicitis.

Dentro de las manifestaciones clínicas, el síntoma más común es el dolor localizado en zona periumbilical el cual migra a la fosa iliaca derecha; sin embargo, este solo está presente en el 50 % de casos (21); el signo más sensible e inicial es la anorexia, finalmente se acompañan náuseas y vómitos. Con un tiempo de enfermedad de 24 horas a más, puede aparecer fiebre (21).

El diagnóstico se basa en la historia clínica, en el que además de las manifestaciones clínicas, se evidencian signos clínicos. Existe una gran variedad de estos con grados de especificidad y sensibilidad diferentes; El signo de mc burney, Rovsing, Blumberg , el signo del psoas y del obturador son los más comunes.

Se pueden relazar estudios de imagen; donde una pared >2mm de grosor o un diámetro de la base obstruida al ápice >6mm junto a edema perilesional dan mayor certeza diagnóstica en caso de dudas (21).

Exámenes de laboratorio también son de ayuda

Con los datos clínicos y de laboratorio se plantean diversos scores para estratificar pronostico y orientar a una conducta, siendo el más conocido el score de Alvarado (21)

El manejo es principalmente quirúrgico, sin mayores complicaciones se puede optar por la apendicetomía laparoscópica (22).

Caso clínico n.º 3

Este caso al tener mucha relación con gastroenterología, nos centraremos en el manejo quirúrgico de la hipertensión portal y procedimientos actuales en su manejo.

Se define a la hipertensión portal como un aumento de la gradiente venoso-hepática >10mmhg (23). Existen muchas patologías que la generan, siendo la cirrosis la más común (23). Las causas no cirróticas se engloban en las de origen pre hepático, post hepático o hepático; específicamente, la postsinusoidal y presinusoidal (11).

Dentro de las complicaciones se van a deber al grado de presión porto hepática. abocándose al caso, el paciente presentaba esplenomegalia y varices gástricas cuya

clasificación de sarín se ubicaba en IGV-1; es decir en fondo gástrico (24).

Su manejo es médico, con calcio antagonistas y con endoscopia mediante inyección de Ciano acrilato (23). En caso de sangrado, se puede contener esta mediante el balón de sengstaken. En el caso se tuvo que intervenir de emergencia al paciente para rafiarse la mucosa lesionada, debido al gran compromiso hemodinámico del paciente (24).

Para la reducción de la presión; se puede optar por derivaciones portosistémicas; sin embargo, en la literatura colocan como primera opción a las derivaciones intrahepáticas; siendo entre ellas, la derivación transyugular intrahepática portosistémica (23)

Caso clínico n.º4

La definición del paciente politraumatizado a fines prácticos es la que compromete 2 sistemas a más capaces de afectar la vitalidad del paciente, mientras que el policontuso es lo opuesto. Sin embargo, pueden existir lesiones en un mismo sistema que pueden potencialmente comprometer la vida. Es por ello que una lesión a más, con un score de severidad ante injuria de >17 y con capacidad de generar SIRS ya entra en el concepto de paciente politraumatizado (25).

Se puede realizar una evaluación inicialmente fisiológica en la que se toman los parámetros de la PA, score de Glasgow y frecuencia respiratoria para determinar una decisión en cuanto al manejo. Posteriormente se plantea una puntuación de compromiso anatómico en base a scores. Lo importante de esto es determinar las características anatómicas de la lesión y el mecanismo de esta (25)

Se realizaron medidas ya estandarizadas, iniciando con la revisión primaria y resucitación. Aquí se evaluará y corregirá factores que afecten el "ABCDE", tanto un examen físico dirigido como exámenes dirigidos nos brindaran información para efectuar correcciones iniciales para la estabilización del paciente (13). Una vez estabilizado, se procederá a una revisión secundaria por sistemas para apreciar lesiones potencialmente mortales y ya contar con un manejo más resolutivo. (25)

Describiendo brevemente la fisiopatología del paciente politraumatizado se entiende la importancia de un manejo rápido y en la mayoría de los casos se optará por una cirugía de control de daños.

Ante la agresión, se produce un primer impacto a los sistemas; aquí puede fallecer inmediatamente por lesiones a órganos vitales o en otro caso, se genera hemorragia, que conlleva a hipoxia tisular, metabolismo anaerobio, producción de lactato, menor demanda metabólica, pérdida de plaquetas y factores de coagulación que en resumen convellan a

la triada letal de acidosis, hipotermia y coagulopatías; que son causa prevenible de mortalidad precoz. Si no es el caso del paciente, los tejidos dañados pueden generar respuesta inflamatoria; la cual, si no es controlada, puede ocurrir riesgo de falla multiorgánica iniciada por un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica postraumática (25)

Es importante mencionar que las intervenciones mayores o de estabilización son el segundo impacto; ya que, a pesar de tener fines curativos, no dejan de ser una noxa para el organismo (25) es por ello que es crucial contener el evento gatillo ocasionado por la primera noxa.

Desde el punto de vista abdominal; si tenemos un paciente inestable, con signos peritoneales o de perforación, lo que debe plantearse es la laparotomía exploratoria; pues con esta además de dar el diagnóstico definitivo, se dará un control de daños según la naturaleza del trauma de los órganos afectados o ya se brindará una atención resolutive.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico inició con los internos acudiendo a los hospitales todos los días de 6:00 a. m. a 6:00 p. m., con excepción de los domingos donde la salida era a la 2:00 pm concluyendo con los pendientes del día.

La primera rotación asignada fue la de medicina interna, es una especialidad se encarga de una atención integral que permite una detección temprana de las enfermedades las cuales corresponden a las subespecialidades como infectología, cardiología, endocrinología, neumología, nefrología, gastroenterología, entre otras.

La segunda fue la de ginecología y obstetricia, por lo que se pudo ampliar el proceso de aprendizaje teórico y práctico, por lo que durante esa rotación se pudo realizar atención médica especializada de pacientes ginecológicas y obstétricas.

Una de las principales dificultades fue el corto tiempo de duración del internado, siendo solo 10 meses los cuales dos meses se daría en centro de salud y el resto en el hospital asignado.

La tercera fue la de pediatría, la cual se encarga de la atención medica de niños desde el nacimiento hasta la adolescencia. Es importante examinar adecuadamente y preguntar sobre sus antecedentes para que podamos llegar al diagnóstico, además de pesar al paciente ya que el tratamiento depende del cálculo de dosis para un paciente pediátrico.

Finalmente, la última rotación fue la de cirugía general, especialidad que abarca operaciones del aparato digestivo. Durante estas nos prepararon y orientaron para un adecuado lavado de manos, lavado quirúrgico, desinfección preoperatoria, adecuada colocación de guantes con el objetivo de evitar infecciones durante operación quirúrgica.

Otra de las dificultades experimentadas fue el poco interés de los residentes para orientar el proceso de enseñanza durante las rotaciones, pese a las dificultades los internos estudiaban por su cuenta y potenciaban conocimientos teóricos.

CONCLUSIONES

El internado medico es una práctica imprescindible y fundamental para todo estudiante de medicina, que sirve para la consolidación de los conocimientos teóricos obtenidos durante los primeros años, además de la obtención de nuevos conocimientos prácticos. Esta experiencia pre-profesional no solo es educativa en la ampliación de los conocimientos en cuanto a competencias a nivel teórico y práctico de los médicos, sino que además ayuda a adquirir y mejorar la comunicación con el paciente, teniendo de esta manera una visión diferente de lo que engloba el paciente.

Dentro de las metas planteadas como estudiantes de medicina, se pudo lograr el adquirir estos conocimientos teorico-practicos, pudiendo así culminar con éxito esta etapa.

RECOMENDACIONES

Una recomendación importante para el desarrollo integral y completo de los futuros internos es que la duración del internado vuelva a ser de 12 meses, de los cuales 10 meses deberían ser netamente hospitalarios y 2 meses en centros de salud

Se recomienda a los internos de los años siguientes tener iniciativa para realizar los procedimientos que el médico residente o asistente les permita hacer, para así consolidar ciertas habilidades y destrezas.

También sería prudente que en los hospitales haya más ambientes donde el personal de salud incluidos los internos puedan descansar o estudiar, para poder mantener la distancia social si es necesario.

Otra recomendación que se debe tener en cuenta es que en los centros de salud los tutores deberían mediar un día de la semana para realizar actividades teórico prácticas centrada en los internos ya que esto los ayudaría a integrarse mucho mas , a reforzar conceptos teóricos y aplicar en la practica

Por otro lado, Sería muy provechoso para los internos que en esta rotación en centros de salud se vieran las 4 especialidades de manera mucho mas integral y se realizaran actividades de medicina preventiva así mismo, como la creación de un programa estratégico para evaluar problemas de salud al culminar dicha rotación

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. <https://www.hndac.gob.pe/>
2. Nieto-Gutierrez W, Taype-Rondan A, Bastidas F, Casiano-Celestino R, Inga-Berrosipi F. Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014. Acta Médica Peruana. abril de 2016;33(2):105-10.
3. Chinchay Ruesta SA, Burga AG, Peña-Sánchez ER. Internado médico: una difícil elección. Investigación en Educación Médica. enero de 2017;6(21):65-6.
4. Brucellosis: Epidemiology, microbiology, clinical manifestations, and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/brucellosis-epidemiology-microbiology-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=brucellosis%20&source=search_result&selectedTitle=1~87&usage_type=default&display_rank=1
5. Brucellosis: Treatment and prevention - UpToDate [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/brucellosis-treatment-and-prevention?search=brucellosis%20&source=search_result&selectedTitle=2~87&usage_type=default&display_rank=2
6. Diabetic ketoacidosis and hyperosmolar hyperglycemic state in adults: Treatment - UpToDate [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/diabetic-ketoacidosis-and-hyperosmolar-hyperglycemic-state-in-adults-treatment?search=cetoacidosis%20diab%C3%A9tica&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
7. Overview of the treatment of proximal and distal lower extremity deep vein thrombosis (DVT) - UpToDate [Internet]. [citado 2 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-treatment-of-proximal-and-distal-lower-extremity-deep-vein-thrombosis-dvt?search=trombosis%20venosa%20profunda%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

8. Approach to acute upper gastrointestinal bleeding in adults - UpToDate [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-acute-upper-gastrointestinal-bleeding-in-adults?search=hemorragia%20digestiva%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
9. Enfermedad hemolítica aloinmune del recién nacido: diagnóstico y manejo posnatal - UpToDate [Internet]. [citado 1 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/alloimmune-hemolytic-disease-of-the-newborn-postnatal-diagnosis-and-management?search=incompatibilidad%20grupo%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
10. Cdn.gob.pe. 2023. [Internet] Disponible en: < https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666_RM_N_C2_B0_75_5-2017-MINSA.pdf20180823-24725-llg4ky.pdf >. [Accessed 1 April 2023].
11. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes 2023 [Internet] Disponible en: <<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1507-1.pdf>>. [Accessed 1 April 2023].
12. Transient tachypnea of the newborn - UpToDate [Internet]. [citado 1 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/transient-tachypnea-of-the-newborn?search=taquipnea%20transitoria%20del%20reci%C3%A9n%20nacido&source=search_result&selectedTitle=1~39&usage_type=default&display_rank=1
13. Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica de Atención del Recién Nacido. 2023. [Internet] Disponible en: < http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1027_DGSP198.pdf >. [Accessed 1 April 2023].
14. HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets) - UpToDate [Internet]. [citado 4 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/hellp-syndrome-hemolysis-elevated-liver-enzymes-and-low-platelets?search=hellp%20syndrom&source=search_result&selectedTitle=1~80&usage_type=default&display_rank=1
15. Intraamniotic infection (clinical chorioamnionitis) - UpToDate [Internet]. [citado 4 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/intraamniotic-infection-clinical-chorioamnionitis?search=chorioamnionitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

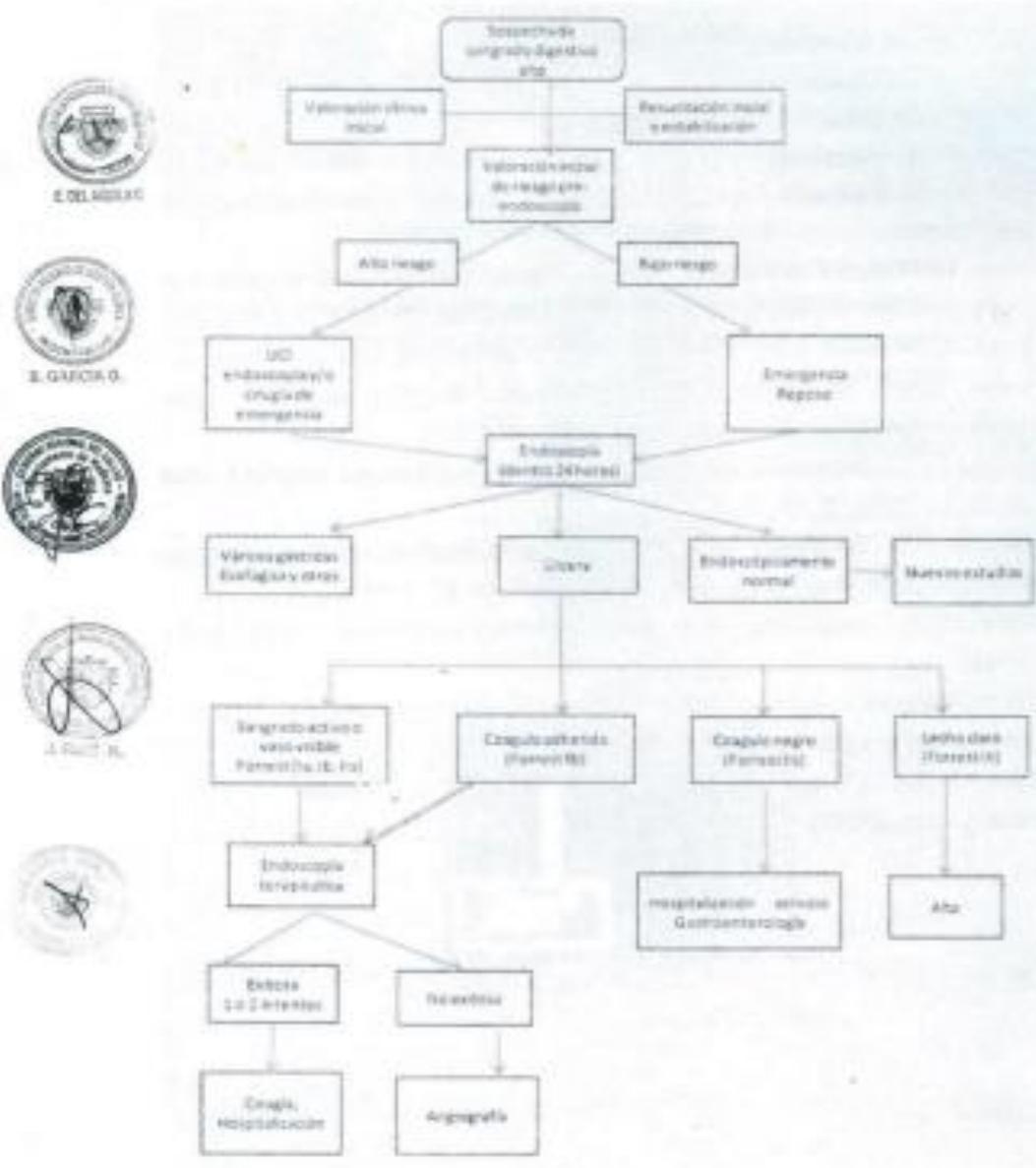
16. Ectopic pregnancy: Clinical manifestations and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 4 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=ectopic%20pregnancy&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
17. Pelvic organ prolapse in females: Epidemiology, risk factors, clinical manifestations, and management - UpToDate [Internet]. [citado 4 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pelvic-organ-prolapse-in-females-epidemiology-risk-factors-clinical-manifestations-and-management?search=genital%20prolapse&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1%7D
18. Etiologies, clinical manifestations, and diagnosis of mechanical small bowel obstruction in adults - UpToDate [Internet]. [citado 4 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/etiologies-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-mechanical-small-bowel-obstruction-in-adults?search=intestinal%20obstruction&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
19. Ten Broek RPG, Krielen P, Di Saverio S, Coccolini F, Biffi WL, Ansaloni L, et al. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group. *World J Emerg Surg.* 2018;13:24.
20. Frisancho V. O. Dolicomegacolon andino y vólvulos intestinales de altura. *Revista de Gastroenterología del Perú.* julio de 2008;28(3):248-57.
21. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 4 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=appendicitis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
22. Cirugía laparoscópica comparada con cirugía abierta para la sospecha de apendicitis [Internet]. [citado 4 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD001546/COLOCA_cirugia-laparoscopica-comparada-con-cirugia-abierta-para-la-sospecha-de-apendicitis
23. Narváez-Rivera RM, Cortez-Hernández CA, González-González JA, Tamayo-de la Cuesta JL, Zamarripa-Dorsey F, Torre-Delgadillo A, et al. Consenso Mexicano de Hipertensión Portal. *Rev Gastroenterol Mex.* 1 de abril de 2013;78(2):92-113.

24. Senosiain Lalastra C, Foruny Olcina JR. Varices gástricas. Revista Española de Enfermedades Digestivas. enero de 2015;107(1):48-48.
25. Capítulo 49 - El Manejo del Paciente Politraumatizado. 2023. [internet] disponible en: < https://unitia.secot.es/web/manual_residente/capitulo%2049.pdf >. [accessed 4 april 2023].

ANEXOS

ANEXO 1

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	GPC- DM- SG-003
	Hemorragia Digestiva Alta No Varicial Departamento de Medicina Servicio de Gastroenterología Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"	Edición N.º 001
		Página 14 de 15



ANEXO 2

