



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA MÉDICA DURANTE EL INTERNADO EN EL  
CENTRO DE SALUD LA MOLINA Y EL HOSPITAL ATE  
VITARTE DURANTE EL AÑO 2022 – 2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR  
JOSSELYN CARLA DE LA VEGA TAIPE**

**ASESOR  
ERICSON GUTIERREZ INGUNZA**

**LIMA - PERÚ  
2023**



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

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

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



**USMP**  
UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTÍN DE PORRES

Facultad de  
Medicina  
Humana

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA MÉDICA DURANTE EL INTERNADO EN EL  
CENTRO DE SALUD LA MOLINA Y EL HOSPITAL ATE  
VITARTE DURANTE EL AÑO**

**2022 – 2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**JOSSELYN CARLA DE LA VEGA TAIPE**

**ASESOR**

**DR. ERICSON GUTIERREZ INGUNZA**

**LIMA, PERÚ**

**2023**

## **JURADO**

- Dr. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA
- Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE
- Dr. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a mis amados padres, Jorge De la Vega e Ignacia Taipe y a mi querida hermana Fiorella, quienes me han permitido lograr esta gran meta profesional.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por permitirme llegar hasta aquí y cumplir una de mis más grandes metas.

A mis padres y mi hermana por todo su amor y apoyo incondicional.

A la universidad San Martín de Porres, mi alma máter, por brindarme formación académica, profesional y humanística.

A todo el personal de salud del Centro de Salud La Molina y al Hospital Ate Vitarte por su enseñanzas y recomendaciones que hoy lograron formarme como médico.

A mis compañeros de internado, con quienes viví muchas experiencias inolvidables.

## ÍNDICE

PORTADA.....	i
JURADO.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE.....	1
RESUMEN.....	2
ABSTRACT .....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL .....	8
1.1. CASOS CLINICOS DE MEDICINA INTERNA .....	3
1.2. CASOS CLINICOS DE PEDIATRIA.....	7
1.3. CASOS CLINICOS DE CIRUGIA.....	11
1.4. CASOS CLINICOS DE GINECO-OBSTETRICIA .....	16
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE DESARROLLO LA EXPERIENCIA .....	21
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL.....	21
CAPITULO IV. REFLEXION CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA .....	36
CONCLUSIONES .....	38
RECOMENDACIONES: .....	39
FUENTES DE INFORMACION: .....	40
ANEXOS: .....	44

## RESUMEN

**Introducción.** El internado médico es el periodo donde el interno de medicina busca poner en práctica sus conocimientos teóricos y prácticos obtenidos durante toda la carrera en beneficio del paciente. Esta etapa tuvo una duración de 10 meses y se dio en el Centro de salud La Molina y el Hospital Ate Vitarte durante el año 2022 – 2023.

**Objetivo.** Describir la experiencia obtenida durante todo el internado médico. Revisar, comentar y comparar con artículos de revisión y guías acerca de la presentación clínica, etiología, diagnóstico y manejo de cada paciente.

**Materiales y métodos.** Se seleccionaron, describieron, analizaron y comentaron 8 casos de las patologías más relevantes revisadas durante el internado médico. Se relaciona cada caso clínico con guías o artículos de revisión nacionales e internaciones para el manejo de estas enfermedades. Se comentan los procedimientos y habilidades que se adquirieron durante esta etapa.

**Resultados.** Se revisó el caso de 8 pacientes. En el primer caso clínico se presenta una paciente femenina de 63 años que ingresa con los diagnósticos de hipoxemia, neumonía, alteraciones del trastorno hidroelectrolítico e hipoalbuminemia. El segundo caso es un varón de 63 años quien ingresa con diagnóstico de síndrome doloroso abdominal, posteriormente se descubre que la causa se debe a una pancreatitis de etiología biliar a descartar coledocolitiasis como complicación. El tercer caso se trata de una preescolar con previo diagnóstico de hipertiroidismo mal tratada, tras realizar la teleconsulta con un subespecialista la menor es dada de alta con un tratamiento adecuado. El cuarto caso se trata de un lactante menor que ingresa con diagnóstico de enfermedad diarreica aguda posteriormente el coprocultivo revela que la causa es *Campylobacter* tras lo cual el tratamiento se modifica. El quinto se trata de una mujer de 50 años que ingresa con diagnóstico de apendicitis aguda complicada probable, en el acto operatorio se descubre perforación y formación de plastrón periapendicular. El sexto caso trata de una mujer de 55 años quien presenta de forma recurrente cólicos



en hipocondrio derecho, mediante estudios de imagen se diagnostica litiasis vesicular no complicada. El séptimo caso trata de una gestante añosa que ingresa con diagnóstico de diabetes gestacional, polihidramnios, feto transverso y obesidad. El octavo caso trata de una gestante nulípara de 21 años que manifiesta un episodio de convulsión tónica clónica e hipertensión arterial por lo que se hizo el diagnóstico de eclampsia al ingreso.

**Conclusiones.** El internado médico es una etapa única donde el estudiante de medicina forma parte del sistema de salud y demuestra conocimientos adquiridos. El análisis de los casos clínicos permite encontrar la mejor terapéutica para los pacientes. Esta etapa es una gran oportunidad para obtener destrezas y habilidades que forman la base para el desempeño de la carrera.

**Palabras Clave.** Medicina, internado médico, centros de salud, informes de casos, neumonía, pancreatitis, Campylobacter, apendicitis, cólicos, diabetes gestacional, eclampsia.

## ABSTRACT

**Introduction.** The medical internship is the period where the medical intern seeks to put into practice his theoretical and practical knowledge obtained throughout the career for the benefit of the patient. This stage lasted 10 months and took place at La Molina Health Center and Ate Vitarte Hospital during the year 2022 - 2023.

**Objective.** To describe the experience obtained during the entire medical internship. To review, comment and compare with review articles and guidelines about the clinical presentation, etiology, diagnosis and management of each patient.

**Materials and methods.** Eight cases of the most relevant pathologies reviewed during the medical internship were selected, described, analyzed and commented. Each clinical case is related to national and international guidelines or review articles for the management of these diseases. The procedures and skills acquired during this stage are commented.

**Results.** The cases of 8 patients were reviewed. The first clinical case is a 63-year-old female patient admitted with the diagnoses of hypoxemia, pneumonia, alterations of the hydroelectrolytic disorder and hypoalbuminemia. The second case is a 63-year-old male who is admitted with a diagnosis of painful abdominal syndrome, later it is discovered that the cause is due to a pancreatitis of biliary etiology to rule out choledocholithiasis as a complication. The third case reports the case of an older infant with a previous diagnosis of hyperthyroidism poorly treated, after a teleconsultation with a subspecialist the child is discharged with adequate treatment. The fourth case is a minor infant who is admitted with a diagnosis of acute diarrheal disease, later the stool culture reveals that the cause is *Campylobacter*, after which the treatment is modified. The fifth case is a 50 year old woman admitted with a diagnosis of probable complicated acute appendicitis, perforation and periappendicular plastron formation were discovered during surgery. The sixth case is a 55 year old woman who presented recurrent colic in the right hypochondrium, and imaging studies diagnosed uncomplicated vesicular lithiasis. The seventh case is a pregnant woman who was admitted with a diagnosis of gestational

diabetes, polyhydramnios, transverse fetus and obesity. The eighth case is a 21-year-old nulliparous pregnant woman who manifests an episode of tonic clonic seizure and arterial hypertension, for which a diagnosis of eclampsia was made on admission.

**Conclusions.** The medical internship is a unique stage where the medical student is part of the health system and demonstrates acquired knowledge. The analysis of clinical cases allows finding the best therapy for patients. This stage is a great opportunity to obtain skills and abilities that form the basis for career performance.

**Keywords.** Medicine, medical internship, health centers, case reports, pneumonia, pancreatitis, Campylobacter, appendicitis, colic, gestational diabetes, eclampsia.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA MÉDICA DURANTE EL INTERNADO EN EL CENTRO DE SALUD LA MOLINA Y EL HOSPITAL ATE VITARTE DU**

AUTOR

**JOSELYN CARLA DE LA VEGA TAIP**

RECuento DE PALABRAS

**12921 Words**

RECuento DE CARACTERES

**72669 Characters**

RECuento DE PÁGINAS

**58 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**2.5MB**

FECHA DE ENTREGA

**Apr 20, 2023 7:35 PM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Apr 20, 2023 7:36 PM GMT-5****● 12% de similitud general**

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

- 11% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

**● Excluir del Reporte de Similitud**

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



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

**ASESOR: DR ERICSON LEONARDO GUTIERREZ INGUNZA****DNI: 42160697****ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4725-6284>**

## INTRODUCCION

El internado médico forma parte del plan de estudio de la carrera de medicina humana. En esta última etapa, el interno pone en práctica los conocimientos aprendidos a lo largo de la carrera bajo la supervisión de sus asistentes y residentes, asimismo se consolidan tanto aspectos académicos como ético-morales. El contexto de pandemia por COVID19 generó modificaciones en la forma de realizar el internado médico, disponiéndose actualmente de una duración de 10 meses y 2 escenarios: Centros de salud y Hospitales.

En el presente documento se describe la experiencia durante el internado realizado en el Centro de Salud La Molina y el Hospital Ate Vitarte durante el año 2022 - 2023. La nueva disposición de un internado médico durante un contexto de pandemia permitió tener una visión más amplia y concreta del rol del médico general en el primer nivel de atención, así como la identificación de fortalezas y debilidades, las cuales finalmente se detallarán. Se describen los logros y metas obtenidos durante este periodo, los cuales se aplicarán en el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS).

Se presentan 8 casos clínicos sobre patologías con mayor relevancia observadas durante este periodo. Se relaciona cada caso clínico con guías o artículos de revisión nacionales e internacionales para el manejo de estas enfermedades. Así mismo, se comentan habilidades y destrezas adquiridas. Se analiza las ventajas y desventajas identificadas durante el internado en el primer y segundo nivel de atención del MINSA con el fin de mejorar ciertos aspectos en beneficio del interno.

## CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

La carrera de Medicina Humana tiene una duración de 7 años. La malla curricular de la Facultad de Medicina Humana USMP incluyen en los primeros 3 años cursos de ciencias básicas, los siguientes 3 años de cursos de clínica y el último año el internado médico.

Durante el interno médico en el Centro de Salud La Molina y el Hospital Ate Vitarte se realizaron actividades académicas organizadas por los médicos asistentes a cargo del área académica en cada una de las cuatro especialidades. De esta forma se reforzaban los conocimientos teóricos y prácticos.

El área de Medicina en el Centro de Salud La Molina permitió al interno diagnosticar, tratar y prevenir patologías frecuentes tales como migraña, dispepsia, diabetes, hipertensión arterial, escabiosis, artrosis, herpes zóster, rosácea, dermatitis de contacto, entre otras muchas enfermedades. Incluso se nos permitió la atención a pacientes COVID positivos siempre bajo la supervisión del médico. El mayor número de casos COVID positivos se dio entre los meses de Junio-Julio, los pacientes se atendían en un espacio creado a las afueras del establecimiento de salud para evitar el contagio del virus y evitar la exposición del médico a cargo de la atención de estos pacientes. Se daba tratamiento y se promocionaba formas de evitar el contagio en casa. Por otro lado, el área de hospitalización de Medicina en el Hospital Vitarte, el interno estaba a cargo de 4 camas, algunos de ellos eran pacientes crónicos y en abandono. En cada paciente, se realizaron diferentes procedimientos como por ejemplo la toma de AGA, cambio y retiro de sonda, curación de pie diabético y paracentesis. Debido al sistema del hospital, el proceso administrativo consumía la mayor parte del tiempo del interno haciendo referencias para la efectivización de estudios de imagen y procedimientos. El interno rotó 4 veces al mes en el área de emergencia de medicina interna, los casos más relevantes que se observaron fueron loxocelismo, ICC, cetoacidosis diabética, accidente cerebrovascular, entre otras patologías.

La rotación de Pediatría en el Centro de Salud La Molina permitió al interno reconocer y tratar las patologías frecuentes como otitis externa y media, enfermedades diarreicas agudas, urticaria, parasitosis intestinal. Así mismo, previa a la colocación de la vacuna correspondiente, el infante pasaba por un examen físico a cargo del médico general. Se permitió al interno asistir en la vacunación y control del niño sano. Pediatría en área de hospitalización permitió reconocer y diagnosticar patologías frecuentes y raras. Al no haber R1, el interno estaba a cargo de 18-20 camas. No se contaba con subespecialidades de pediatría por lo que se hacían teleconsultas sobre todo al INSN Breña. También se rotó por el área de neonatología lo cual permitió al interno participar en la atención inmediata del recién nacido. Asimismo, un interno estaba programado para pasar visita a los neonatos en alojamiento conjunto, esto consistía en examinar a cada paciente, revisar su hemoglucotest, electrolitos, glucosa sérica, grupo sanguíneo, etc. En ocasiones, algunos bebés se hospitalizaban debido a incompetencia ABO, niveles muy altos de bilirrubina, hipoglicemia, defectos cardíacos o sepsis neonatal.

El área de emergencias de cirugía en el Hospital Vitarte permitió al interno participar en la anamnesis y exploración física de las patologías más frecuentes tales como apendicitis y colecistitis aguda complicada y no complicada, hernias inguinales estranguladas o incarceradas. Se le permitió al interno realizar suturas, cambio y retiro de sondas, atención del quemado, taponamiento anterior en caso de epistaxis y drenaje de abscesos. En el área de hospitalización de cirugía el interno estaba a cargo de 4-5 pacientes en donde se realizaba el examen físico todos los días, se revisaba la cantidad de drenaje y el balance hidroelectrolítico. En cada pase de visita el interno curaba heridas, movilizaba del dren y cambiaba la bolsa de ostomías. Por otro lado, en el Centro de salud La Molina también se participó en actividades como sutura de heridas, retiro de puntos, curación de heridas, extracción de uñas, drenaje de abscesos, lavado de oído, entre otros procedimientos.

La rotación de Gineco-Obstetricia en el Centro de Salud La Molina, es categorizado como un centro nivel I-3 en el que no se contaba con atención de partos ni internamiento como sí se haría en un nivel I-4. El servicio de

Obstetricia era atendido por 1 obstetra por turno. La función principal del interno fue evaluar a las gestantes, medir la altura uterina, determinar la frecuencia cardiaca fetal utilizando el estetoscopio de Pinard. Se realizaron otras funciones que normalmente el interno no realiza como por ejemplo la colocación y retiro de implantes subdérmicos, especuloscopia, realización de IVAA, colocación de ampolla trimestral y mensual. De igual manera se vieron enfermedades de transmisión sexual donde las pacientes con sus respectivas parejas recibían tratamiento y consejería por parte del medico y la obstetra. En el Hospital Ate Vitarte Gineco-Obstetricia se divide en 4 áreas: a) Tópico de emergencia de Ginecoobstetricia, en donde se recibe a la gestante o mujer con patología ginecológica quien previamente es evaluada en el área de triaje por una obstetra. Esto sirve como herramienta para priorizar la atención según nivel de complejidad. Por ejemplo, se prioriza la atención a la gestante que está en fase activa o pródromos de trabajo de parto; ya en tópico, el interno realiza la historia clínica lo cual incluye indagar sobre anamnesis, en el examen físico, es importante medir la altura uterina, realizar las maniobras de Leopold para saber la situación, posición, presentación y grado de encajamiento del bebe, de igual forma, el tacto vaginal nos permite reconocer el grado de dilatación, borramiento cervical, consistencia y posición del cuello. También se cuenta con una ecografía Doppler que permite determinar la frecuencia cardiaca fetal. Otro beneficio es que en ambos tópicos se tiene la disponibilidad de 2 ecografías. Se realizan los exámenes pertinentes, y si el caso lo amerita se programará a la gestante para cesárea de emergencia. Mientras la gestante se prepara para entrar a Centro Obstétrico, es monitorizada en Observación de Ginecoobstetricia. b) Centro Obstétrico: incluye 2 salas de partos adecuadamente implementadas para partos vaginales u otros procedimientos tales como Legrado o AMEU. Asimismo, cuenta con un área de puerperio donde se encuentran las puérperas inmediatas de parto vaginal, pasadas las 2 horas se examina a las pacientes antes de que sean enviadas a hospitalización. En la evolución se hace principal hincapié en funciones vitales, secreción de calostro, involución uterina y descripción del aspecto de loquios c) Hospitalización: cuenta con un pabellón de 40 camas de las cuales 8 son ginecológicas. Las funciones del interno son evolucionar aproximadamente 10 camas y hacer seguimiento de



la paciente designada estando al pendiente de sus funciones vitales, resultados de laboratorio y evolución clínica. El área de Alto riesgo Obstétrico es de especial cuidado ya que se encuentran los casos que requieren monitoreo constante de funciones vitales y monitoreo de bienestar fetal, lo más frecuente es encontrar patologías como preeclampsia severa, diabetes gestacionales y gestantes con algún factor de riesgo importante. El área de lactario, en donde las madres se extraen la leche materna para posteriormente conservarla.

### **CASOS CLINICOS:**

Durante mi formación académica-profesional dentro de los cuatro grandes servicios se describen a continuación 8 casos vivenciados durante los meses de internado los cuales han sido seleccionados por ser educativos y provechosos para el ejercicio de la medicina en establecimientos de primer y segundo nivel de atención.

#### **1.1. CASOS CLINICOS DE MEDICINA INTERNA**

##### **CASO CLINICO N°1:**

Paciente femenina de 63 años de edad acude al tópico de emergencias de medicina en compañía de su familiar. Familiar mal informante, refiere que 2 días antes del ingreso nota que la paciente presentaba malestar general y decaimiento. La paciente refiere que además presentaba odinofagia, disfonía, sensación de alza térmica no cuantificada e hiporexia. 1 día antes del ingreso se agregan mareos, cefalea holocraneana, náuseas y 5 episodios de vómitos de aspecto líquido en regular cantidad, tendencia al sueño y confusión, tos productiva de aspecto amarillento, dolor dorsal y astenia progresiva, motivo por el cual acude a su centro de salud donde le recomiendan acudir al hospital.

##### **ANTECEDENTES:**

- Artritis reumatoide (diagnóstico hace 20 años) con tratamiento sintomático condicional con AINES.
- Osteoporosis (diagnóstico hace 20 años) en tratamiento regular, no recuerda el nombre del medicamento.

- RAMS. Niega
- Hospitalizaciones anteriores: Niega
- Cirugías previas: Niega
- Hábitos nocivos: Niega

### **EXAMEN FISICO AL INGRESO**

PA: 109/57 mmHg    FC: 82 x'    FR: 21 X'    T: 38.1°C    SATO2: 93%  
FIO2: 21%

- REG, REH, REN, ventila espontáneamente sin dificultad, tranquila, colaboradora, febril.
- Piel: T/H/E, palidez leve. Llenado capilar menor de 2 segundos.
- TCSC: No edemas
- CV: RCR de regular intensidad, no soplos audibles.
- TyP: No tirajes, no retracciones. MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no retracciones, roncales difusos escasos a predominio de hemitórax izquierdo.
- Abdomen: RHA +, no doloroso a la palpación superficial ni profunda
- GU: PPL y PRU negativos
- SNC: Despierta, LOTEP, no signos focalización

### **EXAMENES DE LABORATORIO E IMAGEN:**

Leucocitos: 14.920 (Seg 82.9%, Linf 6.6%), Hb: 11.6 g/dl, Hto: 35.2%, VCM: 84.1, HCM: 27.7, PCR: 254 mg/dl, Plaquetas: 193.000, Urea 43 mg/dl, Creatinina 0.89 mg/dl. Na: 130.8, K 2.68, Cl 103, proteínas totales: 5.9 g/dl, Albumina: 3.1 g/dl, globulina 2.8 g/dl, glucosa: 83 mg/dl.

Radiografía de tórax evidencia radiopacidad con patrón consolidativo en base de hemitórax izquierdo. Ángulos costofrénicos libres.

### **IMPRESIÓN DIAGNOSTICA AL INGRESO:**

1. Hipoxemia
2. D/C Neumonía bacteriana
3. THE: Hiponatremia leve e Hipokalemia moderada
4. Hipoalbuminemia

**PLAN:**

1. Dieta blanda y líquido a voluntad
2. NaCl 0.9% 1000 cc, KCl 20% 1 Amp }15 gts/min
3. Ceftriaxona 2 gr EV c/ 24h
4. Bromuro de Ipatropio 2 puff c/6h
5. Metamizol EV PRN a T° >38.5°C
6. Acetilcisteína 600 mg c/12h VO
7. Metoclopramida 10mg EV PRN a náuseas y vómitos
8. Control de funciones vitales
9. BHE

**CASO CLINICO 2:**

Acude a tópico de emergencia de medicina interna paciente varón de 63 años quien refiere que 4 días antes de su ingreso presenta dolor abdominal leve (EVA 3/10) tipo opresivo localizado en epigastrio que cedía con la ingesta de analgésico, 2 días antes de su ingreso la intensidad del dolor aumenta (EVA 7/10) motivo por el cual acude a su centro de salud cercano donde se le administra escopolamina y metamizol, pero no presentaba mejoría. Un día antes del ingreso el dolor se intensifica (EVA 8/10) y se irradia a espalda, además se asocia a náuseas y vómitos post-pandriales que posteriormente se hacen biliosos, se agrega también hiporexia y malestar general.

**ANTECEDENTES:**

- Diagnóstico de litiasis vesicular desde hace 6 meses, con tratamiento analgésico condicional al dolor.
- Niega otras comorbilidades
- Niega cirugías
- Niega RAM
- Niega medicación

## EXAMEN FISICO AL INGRESO

PA: 130/60mmHg FC: 85 lpm FR: 18 rpm T: 37° C SATO2: 98%  
FIO2: 21%

- REG, REH, REN, ventila espontáneamente sin dificultad, afebril, colaborador.
- Piel: T/H/E . Mucosa oral húmeda, llenado capilar menor de 2 segundos, leve ictericia +/-+++
- TCSC: No edemas
- CV: RCR de regular intensidad, no soplos audibles.
- TyP: No tirajes. MV pasa bien en ambos hemitórax.
- Abdomen: Globuloso, poco distendido, RHA +, B/D, dolor a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio izquierdo, no signos peritoneales. Murphy (-), Blumberg (-). Timpanismo.
- GU: PRU y PRU negativos
- SNC: LOTEPE, no focalización.

## EXAMENES AUXILIARES:

- **Laboratorio:** Leucocitos: 13.840 (Seg 86.4) Hb: 15.8 g/dl, Hto:46.7 %, PCR: 2 mg/l, Plaquetas: 231.000, Urea 0.8 mg/dl, amilasa 3832 U/L, lipasa 2385, BT 7.59; BD 4.61, TGO 601 U/L, TGP 924 U/L , GGT 1097, fosfatasa alcalina 576, glucosa 92 mg/dl, colesterol total 1.75
- **Ecografía de abdomen superior:** Se evidencia hepatopatía difusa en relación a esteatosis hepática moderada y litiasis múltiple asociado a barro biliar abundante.
- **TEM abdominal:** Se evidencia colédoco dilatado de 10 -11 mm, no impresiona calculo, páncreas con cambios inflamatorios en cabeza. No necrosis.

## IMPRESIÓN DIAGNOSTICA AL INGRESO:

1. Síndrome doloroso abdominal
2. Pancreatitis aguda d/c etiología biliar (BISAP1)
3. Litiasis vesicular

4. D/C Coledocolitiasis
5. Esteatosis hepática moderada

**PLAN:**

1. NPO
2. NaCl 0.9% 1000 cc IV STAT Lento (PRN a dolor)
3. Tramadol 100 mg IV (PRN a dolor)
4. Metoclopramida 10 mg IV (PRN a dolor)

**1.2. CASOS CLINICOS DE PEDIATRIA**

**CASO CLINICO N° 3:**

Paciente de 2 años y 11 meses de procedencia venezolana acude a tópicos de emergencia de pediatría en compañía de su madre quien refiere que 6 meses antes del ingreso presentó baja de peso considerable, taquicardia y palpitaciones. 4 meses antes del ingreso se agrega taquicardia y fiebre, motivo por el cual es llevada a endocrinólogo particular quien le diagnosticó hipertiroidismo, debido a la pobre condición socioeconómica de la familia no se logró realizar ecografía de tiroides, solo le indicaron tiamazol a dosis de 5mg 1 tableta a las 8:00 am por 20 días, pero no continuó el tratamiento por falta de recursos. Acude por emergencia a nuestro nosocomio por presentar desde hace 7 días fiebre alta (39°C), diaforesis, deposiciones líquidas en aumentada cantidad (5 cámaras) sin rastros de moco o sangre, y temblor en manos. Motivo por el cual es hospitalizada.

**ANTECEDENTES:**

- Parto por cesárea por placenta previa
- Lactancia materna exclusiva
- Vacunas completas para su edad
- Niega antecedentes familiares

- Antecedentes personales: Hipertiroidismo en tratamiento irregular con metimazol de 5 mg vía oral cada 24 horas.
- Niega RAM

### **EXAMEN FISICO:**

PA: 121/ 97 mmHg    FC: 198 x'    FR: 32 x'    T: 39.1°C    SATO2: 97%  
 Peso 12 kg

- AREG, ventilación espontanea, febril, adelgazada.
- PIEL: Piel tibia, humeda LLC < 2 segundos, no palidez, no cianosis, no ictericia. Signo de pliegue negativo. Mucosa oral humeda.
- Ojos: Exoftalmos
- Cuello: Bocio palpable
- TyP: No tirajes, MV pasa bien en ACP, no rales
- CV: RCR intensos y taquicárdicos, no impresiona soplos
- Abdomen: RHA presentes, B/D, no impresiona dolor a la palpación superficial ni profunda.
- Locomotor: Moviliza 4 extremidades
- SNC: Conectada con el entorno

### **EXAMENES DE LABORATORIO:**

- Hemograma: Leucocitos 15.540 (S: 51.3% L:37.1% ) , Hto 36%, Hb 12, plaquetas 387.000, PCR: 15.4, TSH: 0.68 , T4L: 3.40, T3L: 8.24.
- Reacción inflamatorio en heces: Leucocitos > 100 x campo, 4-6 hematíes x campo, PMN 90% , MN 10%
- Examen completo de orina: No patológico

### **EXAMENES DE IMAGEN:**

- Ecografía de tiroides: Volumen tiroideo incrementado de forma difusa en relación con bocio, formación heterogénea paratraqueal izquierda a considerar timo ectópico.

### **DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS:**

1. Hipertiroidismo
2. Bocio

3. Orbitopatía tiroidea activa leve
4. D/C Enfermedad de graves
5. D/C Diarrea aguda infecciosa

**PLAN:** Se decide hospitalizar

1. Dieta blanda + LAV - Hiperproteica
2. Ceftriaxona 620 mg EV c/ 12h
3. Metimazol 5 mg VO c/24 h
4. Propranolol 5 mg VO c/8h
5. Simeticona 80mg/dl 24 gts PRN a distensión abdominal
6. CFV + OSA

#### **CASO CLINICO N°4:**

Acude a tópico de emergencia de pediatría lactante menor de 2 meses en compañía de su madre quien refiere un tiempo de enfermedad de 1 día, percibe sensación de alza térmica, deposiciones líquidas de aspecto amarillento sin rastros de moco o sangre en 3 cámaras por día. Irritabilidad e hiporexia. Niega náuseas y vómitos.

#### **ANTECEDENTES:**

- Inmunizaciones completas para su edad VHB y BCG
- Lactancia materna mixta
- Antecedentes personales: Niega
- RAM: Niega
- Animales en casa: Niega contacto con animales.

#### **EXAMEN FISICO:**

PA: 100/68 mmHg FC: 170 x' FR: 32 x' T: 38.7°C SATO2: 99%  
Peso 6.8 kg

- Piel: T/H/E, LLC < 2 segundos, palidez +/+++ , no cianosis, no ictericia. Signo de pliegue negativo. Mucosa oral seca
- TSCS: No edemas, no ojos hundidos

- Sistema linfático: No adenopatías
- Cabeza y cuello: normocéfalo, cuello cilíndrico y móvil. Orofaringe no irritada, no se palpan adenopatías.
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos audibles.
- TyP: No se evidencian tirajes, no retracciones intercostales. MV pasa bien en ACP, no se auscultan estertores.
- Abdomen: Globuloso, ligeramente distendido, presencia de hernia umbilical. RHA presentes, Blando y depresible, no impresiona dolor a la palpación ni superficial ni profunda en cualquiera de los 4 cuadrantes, no se palpan visceromegalias, timpanismo.
- Urogenital: En región perineal se evidencia extenso eritema. Aumento de volumen en ambos testículos, no signos de flogosis.
- Locomotor: Moviliza 4 extremidades, no deformidades.

#### **EXAMENES DE LABORATORIO:**

- Hemograma: Leucocitos: 16.4; abastionados 0%, segmentados 59%, Hb: 12, Hto: 46.2%, PCR: 19.9
- Reacción Inflamatoria en heces positiva con presencia de leucocitos > 100 x campo, PMN 90%, MN 10% 30- 40 hematíes x campo.
- Hemocultivo negativo a las 48 horas

#### **DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS:**

1. Enfermedad diarreica aguda de probable origen infeccioso
2. D/C Sepsis punto de partida abdominal
3. Dermatitis del pañal
4. Hidrocele bilateral
5. Anemia leve

#### **PLAN:** Se decide hospitalizar

1. LME
2. Dextrosa 5% (1000 cc), ClNa 20%( 30 cc), Clk 20% (10cc) } 22 cc/h
3. Ampicilina 260 mg EV c/ 6h
4. Cefotaxima 260 mg EV c/6h
5. Paracetamol 12 gotas VO PRN T° >38.0°C + Medios físicos.



6. Reponer volumen a volumen con CNa 0.9%
7. Saccharomyces boulardii: diluir 1 sobre y en 30 cc de agua mañana y noche.
8. Óxido de Zinc: Aplicar en región de escaldadura previa higiene después de cada cambio de pañal
9. Simeticona 80 mg/dl 13 gotas PRN a cólicos
10. CFV +OSA +BHE
11. Se solicita Hemocultivo y coprocultivo

### **1.3. CASOS CLINICOS DE CIRUGIA**

#### **CASO CLINICO N°5:**

Acude a emergencia mujer de 50 años quien refiere que 28 horas antes del ingreso presenta dolor localizado en fosa iliaca derecha tipo cólico (EVA: 5/10) acompañado de hiporexia, niega nauseas, vómitos de aspecto bilioso y sensación de alza térmica. 24 horas antes del ingreso refiere que el dolor se intensifica y que no le permitía caminar (EVA 10/10), motivo por el cual acude a policlínico particular donde la medican con ketorolaco, simeticona y ceftriaxona, el dolor cede parcialmente. 6 horas antes del ingreso el dolor reaparece y acude al nosocomio.

#### **EXAMEN FISICO:**

PA: 100/70mmHg FC: 81 x' FR: 17 x' T: 37 °C SATO2: 99%

Peso 68 kg

- PIEL: T/H/E, LLC < 2 segundos, no palidez, no cianosis, no ictericia.
- TSCS: No edemas
- Sistema linfático: No adenopatías
- Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello cilíndrico y móvil. Orofaringe no irritada, no se palpan adenopatías.
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos audibles.

- TyP: No se evidencian tirajes, no retracciones intercostales. MV pasa bien en ACP, no se auscultan estertores.
- Abdomen: No distendido, no se evidencian cicatrices, RHA disminuidos en tono y frecuencia, blando depresible, dolor a la palpación profunda a predominio en fosa iliaca derecha. Mc Burney (+), Rovsing (+), Blumberg (+) en FID, no reacción peritoneal en el resto de cuadrantes. Sonoridad conservada a la percusión.
- Genitourinario: PRU (-) PPL (-)
- Locomotor: Rango articular conservado
- Neurológico: LOTEP. Glasgow 15

#### **EXAMENES DE LABORATORIO E IMAGEN:**

- Hemograma: Hb: 11.8 g/dl, Hto: 34.9%, plaquetas 181.000, glucosa 107, urea 15, creatinina 0.69, Leucocitos: 9,150, S: 61.3%, PCR: 137 mg/dl, lipasa 20, amilasa 48 U/L.
- Ecografía abdominal inferior: Se evidencia asas intestinales delgadas y gruesas hasta colon transversal distendidas sugerentes de oclusión intestinal, meteorismo y peristaltismo intestinal incrementado. No se evidencia líquido libre en cavidad abdominal inferior.

#### **DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS:**

1. Abdomen agudo quirúrgico
2. D/C Apendicitis aguda complicada
3. Sobrepeso

#### **PLAN:**

1. NPO
2. NaCl 0.9% 1000 cc } 30 gotas/min
3. Ceftriaxona 2 gr EV c/24 horas: 30 minutos antes de entrar a SOP
4. Metamizol 1 gr EV c/8h
5. Omeprazol 40 mg EV c/24h
6. CFV + BHE
7. Pasa a SOP

**Reporte operatorio:**

No se evidencia líquido libre, plastrón apendicular conformado por epiplón, ciego y asas delgadas con contenido purulento de aproximadamente 30 cc y fecalito libre contenido en plastrón. Apéndice cecal de 10 x 1.5 cm en posición retrocecal perforado en 1/3 medio Y 1/3 proximal subseroso. Base y ciego edematosos. Durante la divulsión de plastrón apendicular se secciona el apéndice en el 1/3 medio y se realiza apendicectomía completa. Finalmente, el paciente sale estable de la operación.

**Procedimientos:**

- Asepsia y antisepsia
- Incisión transversa en FID
- Disección por planos hasta llegar a cavidad abdominal
- Identificación de hallazgos descritos
- Liberación roma de plastrón apendicular
- Aspiración de secreción
- Apertura de fascia de Told
- Apendicectomía a muñón libre con seda negra 1/0
- Ligadura del meso escalonado con senda negra 2/0
- Revisión de hemostasia
- Secado con gasas húmedas en fondo de saco de Douglas y parietocólico derecho
- Conteo de gasas completas
- Cierre de pared abdominal por planos hasta la piel
- Tolera acto quirúrgico y pasa a sala de recuperación.

**CASO CLINICO N°6:**

Paciente femenino de 55 años quien refiere un tiempo de enfermedad de 6 meses caracterizado por dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio derecho irradiado a epigastrio y región dorsal de moderada intensidad (EVA 5/10), asociado a diaforesis, no refiere nauseas ni vómitos, no sensación de alza térmica. Refiere sintomatología similar en 6 oportunidades. Refiere que su

último episodio fue 15 días antes del ingreso a hospitalización, relata que en esa oportunidad el dolor se hizo más intenso (EVA 8/10), no refiere otra sintomatología. El dolor cede con antiespasmódicos. No refiere ingresos por emergencia ni hospitalizaciones por pancreatitis. Motivo por el cual, acude a nuestro nosocomio por consulta externa donde se diagnostica litiasis vesicular múltiple y se programa para colecistectomía laparoscópica.

### **EXAMEN FISICO:**

PA: 110/80mmHg FC: 85 x' FR: 18 x' T: 37 °C SATO2: 99%

Peso 77 kg Talla: 1.55 cm IMC: 30.4 kg/m<sup>2</sup>

- AREG, AREN , AREH , colaboradora al examen
- PIEL: T/H/E, LLC < 2 segundos, no palidez, no cianosis, no ictericia.
- TSCS: No edemas
- Sistema linfático: No adenopatías
- Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello cilíndrico y móvil. Orofaringe no irritada, no se palpan adenopatías.
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos audibles.
- TyP: No se evidencian tirajes, no retracciones intercostales. MV pasa bien en ACP, no se auscultan estertores.
- Abdomen: Simétrico, abundante panículo adiposo, no se observan cicatrices, abdomen no distendido, RHA presentes ( 5 por minuto), no resistencia abdominal, blando , depresible, doloroso a la palpación profunda en HCD, Murphy (-), Mc Burney (-), Blumberg (-), timpanismo conservado
- Genitourinario: PRU (-) PPL (-)
- Locomotor: Rango articular conservado
- Neurológico: LOTEPE. Glasgow 15. No signos de focalización.

### **EXAMENES DE LABORATORIO E IMAGEN:**

- Hemograma: Hb: 13 g/dl, Hto: 39.5, plaquetas 300 000 , glucosa 87, urea 20, creatinina 0.88, Leucocitos: 6130, S: 63%, TGO 22 U/L. TGP 23 U/L, Bilirrubina total 0.59 mg/dL, bilirrubina directa 0.25 mg/dL,

bilirrubina indirecta 0.35 mg/dL, fosfatasa alcalina 218 U/L, GGTP 79, albumina 4.24, globulina 4,

- Examen de orina: No patológico
- Ecografía de abdomen superior evidencia vesícula biliar de forma y tamaño normal, paredes lisas (3 mm), se observan varios focos lineales, hiperecogénicos, la mayor mide 10 mm de diámetro. Colédoco de 3 mm de espesor. Hígado evidencia una estructura homogénea y ligeramente aumentada. Se concluye esteatosis hepática leve y colelitiasis múltiple. Se adjunta el estudio de imagen en el anexo 5.

### **DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS:**

1. Litiasis vesicular
2. Esteatosis hepática leve
3. Obesidad tipo I

### **REPORTE OPERATORIO:**

Se realizó una colecistectomía laparoscópica, se encontró una vesícula biliar de +/- 6 x 3 cm de paredes delgadas con múltiples litos en su interior de +/-7 mm, arteria cística única y conducto cístico delgado, colédoco no evaluado.

### **PROCEDIMIENTOS:**

- Asepsia y antisepsia
- Neumoperitoneo abierto por cicatriz umbilical
- Colocación de T1 (10 mm)
- Laparoscopia exploratoria, identificación de hallazgos descritos
- Colocación de trocares en posición americana
- Disección de bacinete hasta identificación de VCS
- Clipaje y sección de arteria cística y conducto cístico
- Revisión y control de hemostasia
- Aspiración de secreciones
- Ectomía de vesícula biliar en bolsa de látex a través de T1.
- Retiro de trocares bajo visión directa
- Cierre de pared por planos, aponeurosis con Vycril 1/0 y piel con Nylon 3/0

- Paciente tolera el acto quirúrgico y pasa a sala de recuperación con funciones vitales estables.

**PLAN:**

1. NPO
2. NaCl 0.9 1000cc }30 gotas/min
3. Ceftriaxona 2 gr EV c/24h: 30 min antes de SOP
4. Metamizol 1 gr EV c/8h
5. Omeprazol 40 mg EV c/24h
6. CFV + BHE

**1.4. CASOS CLINICOS DE GINECO-OBSTETRICIA**

**CASO CLINICO N° 7**

Paciente mujer de 41 años acude derivada de consultorio por ecografía alterada el 05/12. Refiere presentar contracciones de forma esporádica, percibe latidos cardiacos fetales, niega pérdida de líquido, niega pérdida de sangre. Niega síntomas premonitorios de preeclampsia, no sangrado vaginal, no pérdida de liquido amniótico, percibe movimientos fetales.

**ANTECEDENTES:**

- Niega antecedentes patológicos
- Menarquia: 12 años; FUR: 03/04/2022 (duda); Régimen catamenial: 5/30 días; MAC: Niega; Fórmula Obstétrica: G5 P1031
- Numero de controles prenatales: 4

**EXAMEN FISICO:**

- ABEG ABEH ABEN
- PA: 110/70 mmHg    FC: 68 lpm    FR: 18 rpm    T: 36.4°C  
Talla: 1.64    Peso: 115 kg    IMC: 42.8
  - Piel y mucosas: Tibia, hidrata, turgente, llenado capilar <2 segundos
  - TCSC: No edemas

- Sistema linfático: No adenopatías
- TyP: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: Útero grávido. AU: 36 cm
  - SPP: Longitudinal Cefálico Derecho, Latidos cardiacos fetales: 125 lpm
- GU: PPL (-) PRU (-)
- Tacto vaginal: I: 0%, D: 0 cm, Ap: Fuera de pelvis, DU: Ausente, M: Integras, pelvis ginecoide.
- Extremidades: Lesión ulcerada en región tibial 1/3 inferior de aproximadamente 1.5 x 1 cm.
- SNC: Despierta, LOTEPE
- En tóxico de emergencia se solicita ecografía (05/12): Feto único, en posición transverso polo cefálico en flanco derecho dorso superior. DBP: 88 mm, LF: 70 mm, CA: 319 mm, PF: 2838, ILA:220 mm, FCF: 141 lpm, pozo mayor 96 mm placenta fúndica anterior.
- NST: 7/10 Activo no reactivo. Dinámica uterina esporádica

#### **EXAMENES DE LABORATORIO:**

- Perfil lipídico: Colesterol total (195 mg/dL), HDL (56 mg/dL), LDL (114 mg/dL) , Triglicéridos (162 mg/dL)
- Perfil hepático: TGO (24U/L), TGP (20 U/L)
- Glucosa basal: 196 mg/dL
- Prueba Covid: Negativo
- Examen de orina: Células en regular cantidad, proteína +1, cuerpos cetónicos, leucocitos 1-2.

#### **DIAGNOSTICO AL INGRESO:**

1. Gestante (G5P1031) 35 ss 2/7 por ecografía del III trimestre
2. Diabetes Gestacional
3. Polihidramnios
4. Feto Transverso Dorso Superior
5. Obesidad Mórbida (IMC 43.7 kg/m<sup>2</sup>)





Un día antes de realizarle cesárea (17/12) se realiza otra ecografía Doppler que demuestra un feto único en posición LCI, con movimientos fetales y 143 latidos cardiacos por minuto presentes con un peso de 9018 gr. Se concluye

1. Gestación única activa de 37 semanas 3 días por BF
2. Ecografía Doppler normal
3. Polihidramnios moderado.

Se programa para cesárea al día siguiente. Se obtiene un producto de sexo masculino de 3373 gramos, EG de 36 semanas, Apgar 3 al minuto y 5 a los cinco minutos.

### **CASO CLINICO N°8**

Se presenta el caso de una gestante de 21 años sin antecedentes de importancia. Ingresa por tóxico de emergencia de Gineco-Obstetricia por presentar el día del ingreso cefalea tipo holocraneana de gran intensidad (EVA 8/10), asociado a nauseas y vómitos. Familiar acompañante refiere que mientras venían camino al hospital, la paciente tuvo en una oportunidad movimientos involuntarios en miembros superiores e inferiores con una duración de 3 min aproximadamente, visión borrosa, nauseas y vómitos en 2 ocasiones. En emergencia, se evidencia un episodio de convulsión tónica clónica que tuvo una duración de 8 minutos. Se decide programar a la paciente para cesárea de emergencia. Posteriormente es trasladada a UCI para monitoreo y tratamiento.

### **ANTECEDENTES:**

- Niega antecedentes personales y familiares de importancia
- Número de controles prenatales: 8
- Fórmula Obstétrica: G1 P1001
- Niega medicación
- Niega RAM

## **EXAMEN FISICO:**

PA: 142/103 MMHG FC: 80 LPM FR:20 RPM T°: 37 °C SATO2: 96%

- AREG, AREN, AREH
- Piel: Tibia, hidratada, elástica. No cianosis, no ictericia
- TyP: MV pasa bien en ACP  
CV: RCR de buena intensidad, no soplos
- Abdomen: Útero grávido. AU: 34 CM LCF: 134 SPP: LCD
- Tacto Vaginal: D: 0 I: 0% AP:-3 PELVIS: LIMITE M: Integra Pelvis: Ginecoide
- Reflejos: Hiporreflexia en ambos miembros inferiores
- GU: PPL (-) PRU (-)
- SNC: LOTEPE, no signos de focalización, no signos de meningismo.

## **EXAMENES AUXILIARES:**

Hemograma: Hb: 12.4 g/dL, Hto: 36.4%, Leucocitos 8.400 (A: 0%, S:75%), glucosa: 97 mg/dL, fosfatasa alcalina: 232, Lipasa sérica: 13.6, Creatinina sérica: 0.54 mg/dL, ALT: 10.8, AST: 22.5, PCR: 2.2

## **DIAGNOSTICO INICIAL:**

1. GESTANTE DE 36 4/7 POR ECO I TRIMESTRE
2. THE: ECLAMPSIA

Por la complejidad del caso se realiza cesárea de emergencia, tras lo cual nace un producto de sexo masculino con peso de 3.140 gr, Apgar 9-9 , líquido amniótico claro. Posteriormente la puérpera se hospitaliza y se solicita el pase a UCI para control y manejo del caso.

## **INDICACIONES AL ALTA:**

1. Nifedipino 30 mg VO cada 12 horas por 5 días
2. Metildopa 25 mg cada 8 horas por 7 días
3. Hidroclorotiazida 12 mg cada 12 horas por 5 días.

## **CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE DESARROLLO LA EXPERIENCIA**

El Centro de salud La Molina se ubica en Calle El Haras cuadra 4. Av. Prado Ugarteche Rinconada Baja, en el distrito de La Molina en el departamento de Lima. Es un centro de categoría I-3 que pertenece a la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este. Cuentan con médicos que ofrecen atención asistencial, así como promoción, prevención, tratamiento y seguimiento de las enfermedades de afectan a la comunidad. Los casos complejos se derivan a un hospital de mayor capacidad resolutive mediante el sistema de referencia REFCON. La cartera de servicios que ofrece este establecimiento incluyen atención en el área de medicina general, obstetricia, odontología, nutrición y psicología. Se cuenta con laboratorio dependiendo de la disponibilidad de insumos.

El hospital Ate Vitarte se encuentra ubicado en la Av. Nicolas Ayllón 5660 en el distrito de Ate Vitarte. Es una institución que pertenece al Ministerio de Salud y es de categoría II-1. Antes del 31 de marzo estaba regida por dos unidades ejecutaras 148 y la 050. Sin embargo, el 31 de Marzo se creó la nueva Unidad Ejecutora 150 - "Hospital de Lima Este - Vitarte" que se detalla en el Oficio N° 0073-2023- EF/50.05.

## **CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

### **CASO CLINICO 1: NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD**

Según lo expuesto en el caso, se trata de una paciente femenina de 63 años con un proceso infeccioso con foco respiratorio a descartar como etiología NAC. Dicha enfermedad es un importante problema de salud en el mundo debido a su gran incidencia en adultos mayores en quienes se ha demostrado que la edad avanzada es un factor pronóstico independiente asociado a mayor mortalidad, mayor estancia hospitalaria y mayor tiempo de recuperación (1).

Generalmente, la NAC en la población adulta es causada por *S. pneumoniae* y virus respiratorios, cuya forma de contagio se da a través de gotitas o por inhalación de aerosoles. Fisiopatológicamente, después de la inhalación, el agente patógeno coloniza la nasofaringe y llega a los alveolos pulmonares mediante micro aspiración. La aparición de una neumonía empieza cuando el sistema de defensa pulmonar es excedido por microorganismos patógenos que se depositan en la superficie alveolar. Por ello, es importante identificar factores de riesgo en el paciente que deterioren el sistema inmunitario del huésped y faciliten la aparición de esta enfermedad tales como ciertas comorbilidades (EPOC, asma, ICC, ACV, DM, desnutrición, inmunocomprometidos), alcoholismo o tabaquismo. En este caso la paciente negaba tener estos hábitos nocivos, sin embargo se identifica cierto grado de desnutrición por los valores bajos de albúmina que presentaba (2).

La presentación de síntomas en los diferentes grupos etarios es variable. Al tratarse de una NAC de etiología bacteriana el inicio de los síntomas es abrupto, precedido de síntomas respiratorios superiores, asimismo se puede encontrar síntomas generales como fiebre, astenia, aparición de fiebre con tos productiva, fiebre alta, dolor torácico pleurítico y compromiso pulmonar localizado. Se debe tener en consideración que, los pacientes de edad avanzada pueden presentar síntomas sutiles como alteraciones del estado mental pero sin fiebre ni leucocitosis. No obstante, nuestra paciente presentaba síntomas sistémicos y respiratorios así como trastorno del sensorio (3).

Al ingreso, usando la escala CURB-65 la paciente obtiene un puntaje de 1 debido a la confusión que refería presentar. Teóricamente, se consideraría una paciente de bajo riesgo y el tratamiento sería ambulatorio. Sin embargo, esta escala solo es una herramienta de índice de gravedad que consta en 5 variables que no considera otros hallazgos laboratoriales de importancia como los trastornos hidroelectrolíticos señalados o la hipoalbuminemia que presentaba esta paciente (4).

Algunos artículos de revisión de Uptodate recomiendan usar la escala PSI para adultos (PORT) ya que es más preciso y seguro. Nuestra paciente

obtiene un puntaje de 73 puntos clasificándola como mortalidad clase III. En este caso se recomienda el ingreso hospitalario a aquellos pacientes con saturación de oxígeno <92%, puntaje PSI  $\geq$ III y puntajes CURB-65  $\geq$ 1 (3).

A propósito, según algunos estudios se ha demostrado relación entre la desnutrición con bajos valores de albumina y trastornos del medio interno como hiponatremia, hipokalemia y alcalosis metabólica (5).

Es así que, se decide hospitalizar a la paciente con los diagnósticos de hipoxemia moderada, neumonía adquirida en la comunidad, hiponatremia leve e hipokalemia moderada e hipoalbuminemia.

Se inicia tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona a dosis de 2 gr endovenoso cada 24 horas por 7 días y azitromicina 500 mg cada 24 horas por 5 días, durante su estancia hospitalaria la paciente evidencia mejoría clínica y se da de alta con indicaciones médicas (7). La elección de este esquema terapéutico se establecen según la clasificación PSI o la CURB65, es importante administrar el antibiótico precozmente para reducir la estancia hospitalaria y la mortalidad.

Para evitar que la población geriátrica contraiga esta enfermedad, es importante fomentar la aplicación de la vacunación antineumocócica para disminuir la incidencia y lograr la inmunidad colectiva en la población.

## **CASO CLINICO 2: PANCREATITIS**

Este es el caso de un paciente varón adulto mayor con diagnóstico previo de litiasis vesicular 6 meses antes de su ingreso por emergencia. A su ingreso al nosocomio se sospecha de pancreatitis aguda como causa del síndrome doloroso abdominal que presenta. Esta enfermedad tiene una alta prevalencia y es importante reconocerla a tiempo para evitar posibles complicaciones tales como la colangitis o fallo orgánico. La etiología de la pancreatitis es diversa, sin embargo se atribuye como principal causa a la presencia de cálculos que migran desde la vesícula biliar hasta obstruir el conducto biliar común, el conducto pancreático o ambos. Aunque existen otras etiologías frecuentes como consumo de alcohol, hipertrigliceridemia, fármacos, post

procedimientos CEPRE. Por todo ello, es importante indagar respecto a los antecedentes del paciente (8).

Dentro de las características clínicas de pancreatitis aguda y que se encuentran en este paciente, destacan el dolor abdominal agudo intenso que persiste en el cuadrante superior izquierdo y epigastrio. Sobre todo en pacientes con colelitiasis el dolor es agudo y esta bien localizado, la irradiación del dolor hacia la espalda se ve en el 50% de los casos, mientras que en casi el 90% se acompaña también de náuseas y vómitos (9).

El examen físico también nos otorga importante información que favorece el diagnóstico, dolor a la palpación en epigastrio y ligera distensión abdominal. La ictericia puede deberse a un edema en cabeza de páncreas o ser una ictericia obstructiva por coledocolitiasis. Aunque no es el caso, también existen signos clínicos que se asocian con pancreatitis grave y de mal pronóstico, como la equimosis en región periumbilical (Signo de Cullen) o en los flancos (Signo de Grey Turner) aunque estos hallazgos son inespecíficos y se presentan solo en un 3% de los casos pueden sugerir la presencia de hemorragia retroperitoneal debido a una necrosis pancreática.

Sus exámenes de laboratorio salen alterados siguiendo un patrón colestásico ya que debido a los cálculos en vesícula estos pudieron migrar e impactarse en el colédoco provocando la ictericia y elevación de enzimas colestásicas como la bilirrubina sérica total, fosfatasa alcalina y GGT. Por otro lado, se observa elevación marcada de lipasa y amilasa. El diagnóstico de pancreatitis aguda se basa en 2/3 criterios como mínimo los cuales incluyen 1) Inicio agudo de dolor en epigastrio 2) Elevación de lipasa o amilasa sérica 3 veces más que el límite superior, hallazgos característicos de pancreatitis aguda en imágenes en la TEM abdominal con contraste o ecografía abdominal. Vemos que el paciente cumple con todos los criterios señalados (10).

Como primera herramienta se usó la escala BISAP (Anexo 1) la cual, permite predecir la mortalidad en pancreatitis aguda en el servicio de urgencias, se considera de bajo riesgo (0-2) y alto riesgo (3-5). En el paciente se obtiene un 1 punto debido a la edad > 60 años, no presenta criterios de SIRS por lo que se clasifica de bajo riesgo. Usando los criterios de Ranson (Anexo 2), el

paciente presenta un puntaje de 2 clasificándolo como pancreatitis leve ( edad > 55 años y AST > 250 UI). Adicionalmente, la escala de ASGE (Anexo 3) es un conjunto de parámetros clínicos predictores útiles para evaluar riesgo de coledocolitiasis. De acuerdo a esta escala, la paciente presentaba un alto riesgo de coledocolitiasis ya que presenta 1 criterio muy fuerte (bilirrubina > 4 mg/dL), 1 criterio fuerte (colédoco > 6 mm), 3 criterios moderados (edad > 55 años, exámenes bioquímicos hepáticos alterados, clínica de pancreatitis biliar).

Por ello se plantea como diagnóstico pancreatitis aguda biliar leve a descartar coledocolitiasis. En estas situaciones se debe manejar el dolor y evitar la deshidratación. Por ello, en un primer momento se da fluidoterapia con cristaloides. En cuanto al manejo del dolor se recomiendan medicamentos opioides como el tramadol y como última opción recomiendan opioides de mayor duración. Otros artículos recomiendan fentanilo, meperidina o morfina desde el inicio en casos de dolor muy intenso. Con respecto a la nutrición, se recomienda que los pacientes se mantengan en NPO en las primeras 48 a 72 horas y solo comenzar dieta si el dolor ha bajado. En cuanto al uso de antibióticos estos no son recomendados como profilaxis independientemente de la gravedad del caso (11). El paciente fue hospitalizado para manejo médico y mayores estudios.

### **CASO CLINICO 3: HIPERTIROIDISMO**

Se relata el caso de una preescolar con diagnóstico previo de hipertiroidismo en tratamiento irregular con metimazol debido a la falta de posibilidad económica de la familia. El hipertiroidismo se define como el aumento de hormonas tiroideas, es rara durante la infancia (5% de los casos totales), de esto el 95% de los casos se debe a la enfermedad tiroidea autoinmune hiperfuncionante (enfermedad de Graves), otras causas menos comunes son los nódulos tiroideos autónomos hiperfuncionantes (bocio polinodular hiperfuncional), adenoma tiroideo tóxico, mutaciones de activadores del receptor de TSH, adenoma tiroideo secretor de TSH, entre otras (12).

Clínicamente, es característico que la enfermedad de Graves se presente con oftalmopatía infiltrativa y bocio difuso. Debido al aumento del gasto cardiaco, aumenta la demanda de oxígeno y con ello la frecuencia cardiaca se eleva. Entre otras manifestaciones clínicas destacan la pérdida de peso, aumento de apetito, temblor, reflejos osteotendinosos aumentados, aumento de la motilidad gastrointestinal. A nivel neurológico, se ha demostrado que el hipertiroidismo puede causar disfunción cognitiva, retraso del habla, cambios de humor, alteración del comportamiento, baja capacidad de atención e hiperactividad. Asimismo, el aumento de la resorción ósea conlleva a la aparición de la osteoporosis y mayor riesgo de fracturas debido al aumento de las concentraciones séricas de calcio ocurre la inhibición de la hormona paratiroidea y la no conversión de calcidiol en calcitriol (13). Por lo expuesto, la primera impresión diagnóstica en la paciente es hipertiroidismo por enfermedades de Graves.

Los exámenes de laboratorio del paciente evidencian hipertiroidismo. El TSH se encontraba bajo 0.68 uUI /ml (VN para su edad 0.7 – 5.97), mientras que el T4 libre tenía un valor elevado 3.4 ng/ml (VN para su edad 0.8- 2.1). Se sugiere tomar estudios más específicos para la enfermedad tales como el Anticuerpo-TSH-R, TSHI, TBII, Anti-TPO, Anti Tg. De estos dos últimos, en pacientes con enfermedad de Graves, el 75% obtiene Anti-TPO positivo, mientras que el 25 % Anti-Tg positivo. Aunque estos anticuerpos también se encuentran en la Tiroiditis de Hashimoto se complementa otros estudios de laboratorio (12). En esta paciente también se detecta una enfermedad diarreica aguda debido a la frecuencia de número de deposiciones al día y a la reacción inflamatoria en heces positivo es sugestivo que sea de origen infecciosa.

Para la evaluación de niño con sospecha de hipertiroidismo usamos el siguiente algoritmo (Anexo 4) que nos permite discernir sobre las distintas etiologías de esta enfermedad. Sin embargo, en nuestro nosocomio no se contaban con dichos exámenes por lo cual, se recomendó que sea referida a un centro de mayor complejidad para la efectivizar los estudios.



Durante su estancia hospitalaria se hace la teleconsulta al INSN- Breña, el medico endocrinólogo pediatra recomienda aumentar la dosis de tiamazol a 10 mg cada día y administrarlo por las mañanas, aumentar dosis de propanolol a 10 mg VO c/12 h. Por otro lado, debido a la diarrea aguda infecciosa que presentaba la paciente, se decide iniciar empíricamente con ceftriaxona a 620 mg EV cada 12 horas. Cabe mencionar que el coprocultivo dio como resultado negativo por lo que se continuó con el mismo antibiótico hasta el alta.

El tratamiento para enfermedad de Graves se basa en disminuir el exceso de producción de hormona tiroidea y llevarlo a valores normales. La gran mayoría de endocrinólogos pediatras recomiendan el tratamiento médico como primera opción terapéutica a seguir. El uso de  $\beta$ -bloqueantes como propanolol, disminuyen la duración de síntomas, se usa en dosis de 0.5 – 2 mg/kg/día cada 8 horas, luego se retira progresivamente en 2 semanas. El metimazol es el principal y más usado fármaco antitiroideo su utilidad se atribuye a la inhibición de la síntesis de hormonas tiroideas y la conversión periférica de T4 a T3. La dosis recomendada es 0,5-1 mg/kg/ día (máximo 30 mg/día) cada 24 horas (12).

Tras modificar la dosis de metimazol y culminar el tratamiento antibiótico, la paciente evoluciona favorablemente y se da de alta con referencia a endocrinólogo pediatría del INSN Breña para ampliar estudios y continuar tratamiento.

#### **CASO CLINICO 4: ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA INFECCIOSA POR CAMPYLOBACTER**

La enfermedad diarreica aguda infecciosa (DAI) es uno de los principales problemas de salud pública sobre todo en países en vías de desarrollo como el nuestro llevando a aumento de la tasa de morbilidad y mortalidad, desnutrición y hospitalizaciones. Son muchos los factores de riesgo asociados a DAI, en este paciente destaca el hecho de que vive en un ambiente socioeconómico bajo, ambiente familiar con inadecuada higiene, lactancia materna no exclusiva en menor de 6 meses, uso de biberón y fórmula, menor de 2 años, algún grado de desnutrición o anemia.

Este caso trata de un lactante menor que ingresa por un cuadro de diarrea infecciosa aguda sin signos de hipoperfusión. En este grupo etario, debemos considerar a la etiología viral como principal causa de diarrea la cual es responsable del 70% de los casos y cuyo agente causal principal es el rotavirus seguido de norovirus y adenovirus; el 10-20% de casos se debe a bacterias como Shiguella, Salmonella, Campylobacter y E. coli enterotoxigénica y solo el 5% se debe a parásitos principalmente Giardia y E. histolytica. Por otro lado, las manifestaciones clínicas en los lactantes menores se caracterizan por vómitos y heces sanguinolentas en más de la mitad de los casos; la fiebre y el dolor abdominal se da en niños mayores con más frecuencia (14).

En este paciente se pensó en que la causa de la DAI era bacteriana, este diagnóstico se apoya por la presencia de leucocitosis sin desviación a la izquierda y PCR elevado, reacción inflamatoria en heces positivo con presencia de leucocitos y hematíes. Por lo que, antes de iniciar el tratamiento antibiótico empírico se le solicitó un hemocultivo y coprocultivo para determinar la real causa.

Una vez hecho el diagnóstico clínico, se debe determinar el grado de deshidratación para elegir un plan de tratamiento. Según la guía de práctica clínica del MINSA se plantea en este paciente una deshidratación moderada (pérdida de 5-10% peso) ya que se observó irritabilidad, mucosas secas, ojos normales, lagrimas presentes, signo del pliegue negativo (<2 seg) por lo que se decide aplicar plan B. En cuanto a la cobertura antibiótica empírica, se decide iniciar con ampicilina y cefotaxima, los cuales están indicados por que cubren bacterias gram positivas y negativas. Durante su estancia hospitalaria el menor solo presentó un episodio de deposiciones con moco y sangre, al segundo día de hospitalización cursaba afebril, toleraba vía oral, mejoró el apetito, disminuyó la frecuencia de deposiciones, pero persiste el aspecto semilíquido amarillento, aumenta de la distensión abdominal. Asimismo, se decide usar el probiótico Saccharomyces boulardii el cual ha demostrado reducir la duración de los síntomas y el tiempo de hospitalización.

Al tercer día de hospitalización el resultado de coprocultivo fue positivo para *Campylobacter* por lo que se decide agregar azitromicina a dosis de 68 mg vía oral cada 24 horas. Con el tratamiento indicado, el paciente presentó mejoría de los síntomas en los siguientes días.

Las complicaciones precoces de las enteritis por *Campylobacter* incluyen colecistitis con o sin diarrea previa, erupciones (urticaria, eritema nodoso, celulitis), pericarditis y miocarditis. Entre las complicaciones de inicio tardío destacan la artritis reactiva y el Síndrome de Guillain- Barré (15). El paciente no tuvo ninguna complicación durante su estancia hospitalaria, completó su dosis de azitromicina vía oral y fue dado de alta.

#### **CASO CLINICO N°5: APENDICITIS AGUDA PERFORADA Y PLASTRONADA**

La apendicitis aguda es una patología quirúrgica abdominal de emergencia, afecta mayormente a niños y adultos entre la segunda y tercera década de la vida. Es relativamente rara en grupos de edad extrema, aunque más complicada. Aunque la mortalidad en los casos no complicados es baja, se incrementa notablemente en casos de perforación. En este caso, la paciente tenía 50 años y no presentaba síntomas típicos del cuadro apendicular tales como náuseas, vómitos biliosos, fiebre, migración del dolor desde epigastrio a FID (cronología apendicular de Murphy) alejando clínicamente la posibilidad diagnóstica de apendicitis en un principio, en su lugar se pensaban en otras causas comunes de dolor abdominal quirúrgico. En adultos con cuadros de apendicitis aguda perforada se atribuye como principal causa a la formación de fecalitos. Al preguntar sobre su alimentación, la paciente refirió que su dieta era pobre en fibra y rica en azúcares y carnes, este es un factor predisponente para este tipo de complicación. La escala de Alvarado puede sugerirnos el diagnóstico de apendicitis, en este caso la paciente tiene un puntaje de 7 ya que no presentaba migración del dolor, náuseas, vómitos, fiebre o leucocitosis.

La perforación se da en el 20% de los pacientes que presentan apendicitis aguda y se da cuando los síntomas duran más de 24 horas, generalmente en

estos pacientes el dolor se localiza en cuadrante inferior derecho sobre todo si la perforación ha sido tapada por estructuras intrabdominales circundantes como el epiplón. Solo en aproximadamente el 10% de pacientes con apendicitis aguda aparece como complicación un plastrón o absceso periapendicular y que pueden manifestarse como masas palpables. En estos casos el dolor se mantiene localizado y persiste por 1-2 días, inicialmente se asocia a fiebre, pero luego remite y se camufla por la administración de antibióticos y analgésicos como en el caso de la paciente (16).

El plastrón o también llamado flemón es una masa inflamatoria conformado por apéndice cecal inflamado, vísceras adyacentes y epiplón mayor. El manejo no quirúrgico tiene una gran tasa de éxito en el 90% de los pacientes estables. Se ha demostrado que la cirugía inmediata en casos de plastrón o absceso periapendicular se asocia a mayor mortalidad y mayor riesgo de resección intestinal innecesaria. En contraste, se ha demostrado que la apendicectomía laparoscópica de urgencia puede ser más segura y rentable (16). De solo tratarse de un plastrón apendicular, el intervalo para una apendicetomía posterior varía entre las 6 a 8 semanas y se usa ceftriaxona 1-2 g cada 24h IV asociado a metronidazol 500 mg cada 8 h intravenoso como cobertura antibiótica (17).

Sin embargo, desde antes de entrar a sala de operaciones se sospecha de una probable perforación por medio de la anamnesis y clínica (Blumberg positivo). En el acto operatorio, se evidencia perforación del apéndice en el 1/3 medio y 1/3 proximal subseroso, motivo por el cual, el manejo cambia y se decide realizar una apendicetomía inmediata. Actualmente está en boga la aplicación de apendicetomía inmediata o manejo no quirúrgico inicial porque hay baja calidad de evidencia en los estudios revisados, la decisión depende de la elección del cirujano (16). La paciente evoluciona favorablemente con el paso de los días y es dada de alta.

## **CASO CLINICO N°6: LITIASIS VESICULAR**

La litiasis vesicular también llamado colelitiasis se define como la presencia de cálculos dentro de la vesícula biliar. Su importancia radica en las

complicaciones que podría traer por sí misma ya que en muchos casos los pacientes son asintomáticos y solo un cierto de estos pacientes hace cólicos biliares, colecistitis aguda, colangitis y pancreatitis aguda.

Los tipos de cálculos pueden clasificarse como pigmentarios, de colesterol (más frecuentes) y mixtos. Incluso en algunas ocasiones el término de barro biliar se usa para referirse a partículas con diámetro inferior a 2 mm (18).

Diversos factores de riesgo se identifican en la litiasis vesicular los cuales incluyen sexo femenino, sobrepeso u obesidad, deficiente actividad física, fármacos, embarazo (los estrógenos aumentan la secreción de colesterol y reducen la secreción de ácidos biliares), hipomotilidad de vesícula biliar, entre otras. Clínicamente el dolor del cólico biliar es intenso y sordo y se localiza en el cuadrante superior derecho o en epigastrio, asociado a náuseas y vómitos con una duración de 30 a 60 minutos. Otros síntomas atípicos incluyen dispepsia, no dolor abdominal en cuadrante superior derecho, dolor en tórax y distensión abdominal (18).

Los exámenes de laboratorio en el paciente salen normales excepto por la elevación ligera de GGTP. El diagnóstico se basa en el relato clínico y por el hallazgo en la ecografía abdominal superior que detecta los múltiples cálculos en la vesícula ya que en muchas ocasiones el examen físico y los valores de laboratorio pueden resultar normales (19).

El manejo de los pacientes con cólico biliar y cálculos biliares se enfoca en el control del dolor que se puede lograr mediante el uso de analgésicos de la familia de los AINE, se reserva el uso de opioides para aquellos pacientes en los que esta contraindicado el uso de AINE o no logran un adecuado alivio del dolor. Se recomienda el uso de ketorolaco que logra aliviar el dolor en los próximos 30 minutos. Posteriormente, se opta por el uso de AINES orales como ibuprofeno, diclofenaco o ketoprofeno. Los AINE tienen la propiedad de inhibir las prostaglandinas y el desarrollo de la colecistitis aguda por lo que su uso esta ampliamente recomendado.

Aunque en muchos casos se opta por el manejo expectante, se recomienda la colecistectomía electiva en aquellos pacientes que cumplen con alguno de los siguientes criterios (20) (21):

- Complicaciones relacionadas tales como colecistitis, colangitis, pancreatitis, coledocolitiasis.
- Cólicos recurrentes
- Microlitiasis: Permiten mayor movilidad de cálculos hacia colédoco, con riesgo de impactación u posterior pancreatitis.
- Cálculos mayores de 2.5 cm de diámetro
- Vesícula en porcelana por su alto riesgo a denegación neoplásica.
- Vesícula excluido o no funcionante.

En la ecografía de abdomen superior de la paciente, se identificaron múltiples litos en el interior de la vesícula biliar (Anexo 5) por lo que, siguiendo el algoritmo recomendado por Uptodate (Anexo 6) y los criterios anteriormente señalados, se programa a la paciente para colecistectomía laparoscópica. Con el paso de los días, la paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta por el servicio de cirugía.

## **CASO CLINICO N°7: DIABETES GESTACIONAL**

La diabetes mellitus gestacional es una afección en la que se desarrolla intolerancia a los carbohidratos durante el embarazo. Tiene una prevalencia del 2-5% en los embarazos (22). Los factores de riesgo relacionados a esta patología son: diabetes mellitus gestacional anterior, antecedente familiar de DM, IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>, aumento de peso gestacional excesivo entre las primeras semanas 18 a 24 semanas de embarazo, madre añosa > 35 años, hispanoamericanos, asiáticos, SOP, recién nacido de ≥ 4000 g. En esta paciente añosa con obesidad mórbida la probabilidad de sufrir diabetes gestacional aumenta. Tan solo la edad materna avanzada por sí sola es un factor de riesgo importante para desarrollar anomalías cromosómicas, malformaciones congénitas, diabetes gestacional o trastornos hipertensivos del embarazo.

Tras realizar diversos estudios de laboratorio e imágenes alterados, se decide hospitalizar a la paciente para monitorizar y continuar el seguimiento de la madre y el feto. El día en que es hospitalizada (05/12) se realiza una ecografía

la cual determina un feto único en posición transverso polo cefálico en flanco derecho dorso superior, movimientos fetales presentes, LCF 141 lpm, ponderado fetal 2838 gr. Se concluye gestación única 36.1 semanas por biometría fetal, polihidramnios, feto en transverso ponderado fetal en Percentil 76. Se procede a administrar betametasona para maduración pulmonar del feto.

Se sospecha de Diabetes gestacional ya que se encontraron valores muy elevados de glucosa, además la paciente negaba como antecedente diabetes mellitus. Este diagnóstico se determina cuando la gestante presenta una glicemia en ayunas > 92 mg/dl pero <126 mg/dl en cualquier momento de la gestación (23).

Durante los siguientes días de hospitalización la paciente no volvió a presentar dinámica uterina, percibía movimientos fetales, negaba pérdida de líquido y sangrado. Sus valores de glucosa permanecían elevados, por lo que se hizo una interconsulta a endocrinología quien recomendó modificar dieta a hipoglúcida e hipograsa, control con hemoglucotest 3 veces al día y mantener glucosa en < 95 mg en ayunas y < 120 mg 2 horas postprandial. Si no se llegaron a lograr los objetivos se recomendó usar NPH a 10 U SC.

El tratamiento inicial recomendado se basa en una terapia nutricional adecuada y actividad física. Se recomienda el uso de insulina ya que el uso de otros antidiabéticos como la glibenclamida se relacionan a mayor riesgo de macrosomía e hipoglicemia.

La ADA y la ACOG recomiendan los siguientes objetivos glucémicos (24):

- Concentración de glucosa en sangre en ayunas: <95 mg/dL
- Concentración de glucosa en sangre posprandial de una hora: <140 mg/dL
- Concentración de glucosa posprandial a las dos horas: <120 mg/dl

Tras seguir las indicaciones, los valores de glucosa de la paciente fueron disminuyendo considerablemente con el paso de los días hasta alcanzar 83.6 mg/dL en su último control antes de la cesárea (16/12). Se realiza una ecografía Doppler que demuestra una gestación única activa de 37 semanas

y 3 días por BF, polihidramnios moderado y ecografía Doppler normal. Y un ponderado fetal aproximado de 3018 gr.

Posteriormente se hizo una junta médica donde tras discutir el caso, se determinó como manejo cumplir las 37 semanas de gestación y programar cesárea para la finalización del embarazo, solicitar interconsulta con endocrinología, monitoreo fetal constante, solicitar ecografía obstétrica Doppler para evaluar maduración fetal. Con respecto a esta conducta tomada, cabe decir que existe evidencia del abordaje de las gestantes entre las 36 a 39 semanas basado en el ponderado fetal aproximado (Anexo 7). Se recomienda que, si el feto pesa más de 4500 gr se cumplan las 39 semanas de gestación y se programe a cesárea. Mientras que si presenta <4500 gr se podría discutir el trabajo de parto vaginal con manejo expectante hasta las 29 o 41 semanas (25).

Al día siguiente se hizo la cesárea y se obtuvo un producto de sexo masculino con una edad gestacional de 36 semanas por Capurro, pesó 3.373, Apgar 3 (al minuto) y 5 (a los 5 minutos). No se presentaron complicaciones y fueron dados de alta juntos.

### **CASO CLINICO N°8: ECLAMPSIA**

El presente caso se trata de un caso de una gestante de 21 años que presenta eclampsia. Esta enfermedad, aunque es rara e impredecible, es una importante causa de morbimortalidad en todo el mundo. Es una complicación letal del embarazo, casi todos los casos son derivados a UCI para control y monitoreo permanente (26).

Se define eclampsia como la aparición de convulsiones tipo tónica-clónicas en una paciente que cursa preeclampsia, aunque también se ha visto que no es requisito necesario presentar hipertensión o aparición de síntomas premonitorios del trastorno hipertensivo del embarazo. Se identifican factores de riesgo asociados a eclampsia los cuales son primigesta, madre adolescente o con edad materna avanzada, antecedentes de hipertensión arterial (27).



El episodio convulsivo suele aparecer antes, durante o 48-72 horas post parto. Estas convulsiones por lo general duran de 1 a 2 minutos, durante este tiempo puede aparecer bradicardia fetal. Una característica clínica importante es la aparición de la cefalea intensa a predominio occipital que persiste y no cede con analgésicos tal como sucedió con la paciente (26).

El manejo se basa principalmente en:

1. Realizar un soporte vital (asegurar la vía aérea y vías periféricas)
2. Tratamiento de la hipertensión, se recomienda labetalol a dosis de 20 mg IC durante 2 min, posteriormente a intervalos de 10 min por dosis de 20 a 80 mg hasta una dosis acumulada total máxima de 300 mg. Este fármaco tiene un inicio de acción rápido menor a 5 minutos; mientras que el Nifedipino se recomienda en casos de hipertensión grave ( $\geq 160/110$  mmHg) y sintomática que requieren una administración inmediata (en menos de 30 min).
3. Tratamiento anticonvulsivante con  $SO_4Mg$  (4-6 gr EV durante 15-20 min, y de mantenimiento en dosis de 1-2gr en infusión continua cada hora para prevenir nuevas convulsiones). También, es necesario controlar los reflejos para evitar el exceso de dosis y culminación de gestación cuando la gestante mantenga sus funciones estables. En caso la duración sea mayor a 5 minutos se recomienda usar Lorazepam en dosis de 4mg IV a una velocidad de 2 mg /min y repetirse 2-5 minutos si la convulsión persiste. En caso de intoxicación se usa el gluconato de calcio a dosis de 1gr EV (28).

Finalmente, la paciente es dada de alta y no se volvieron a presentar nuevas convulsiones tónico clónicas. El bebe nació con un Apgar adecuado y tampoco presentó ninguna complicación.

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

Durante la primera etapa del internado se comprendió la importancia del primer nivel de atención ya que es el primer contacto entre el médico y el paciente, asimismo se identifican pacientes con enfermedades que requieren de un mayor nivel de resolución por lo que son referidos a establecimientos de segundo nivel mediante el sistema REFCON (por lo general al Hospital Hipólito Unanue).

Las primeras necesidades básicas de la población pueden ser resueltas por actividades como promoción de salud, prevención de enfermedades, manejo y procedimientos. Sin embargo, muchas veces la carencia de insumos o herramientas no permiten un diagnóstico precoz, causando mucho discomfort para el paciente sobre todo al asegurado con SIS ya que se debe hacer una referencia al hospital para que se puedan efectivizar los exámenes auxiliares necesarios para el diagnóstico. También se ha visto que el paciente en el afán de tener un diagnóstico pronto, busca de forma particular un laboratorio o centro de imágenes generando así un gasto de bolsillo a pesar de estar asegurado. Otra limitación que se encuentra en este centro de salud es que no se cuenta con estudios de imagen como radiografías a pesar de contar con el negatoscopio.

Nuestra universidad ofreció la oportunidad de rotar por las 4 grandes especialidades en el Hospital Vitarte, aunque una limitación fue el hecho que cada rotación duro 1 mes y 1 semana aproximadamente. Aunque en otros hospitales solo se llevaron Cirugía y Ginecología durante más de 2 meses, esto no fue una desventaja para los internos que llevamos nuestro internado en el Hospital vitarte ya que se aprovechó cada oportunidad presentada ya sea para realizar un procedimiento como para discutir sobre el manejo de cada paciente durante los pase de visitas. Adicionalmente, el Hospital Vitarte organizaba cada miércoles por la mañana una discusión de caso clínico presentada por residentes de cada especialidad, lo cual fue muy enriquecedor para el interno.

El equipo de protección siempre estuvo a disponibilidad del interno en ambas instituciones de salud, por lo que no fue una limitante para poder desempeñar nuestra labor.

La rotación en el área de medicina en el hospital se basó sobre todo en el seguimiento del paciente hospitalizado y en la realización de ciertos procedimientos señalados anteriormente. La rotación por el área de emergencia de medicina permitió identificar y diagnosticar la patología y brindar un tratamiento para amortiguar las dolencias del paciente.

La rotación en el área de Neonatología permitió identificar los signos clínicos muchas veces sutiles que manifiestan los neonatos ya sea por hipoglicemia o por el exceso de bilirrubinas en sangre. La atención inmediata del recién nacido nos permite en primera instancia, detectar y evaluar oportunamente situaciones de emergencia vital para el recién nacido para así, aplicar las maniobras que amerite. Los siguientes procedimientos forman parte de la atención inmediata del recién nacido: contacto precoz, evaluación del recién nacido por antropometría, examen físico y calculo de la EG mediante Capurro y profilaxis ocular antibiótica. Asimismo, la rotación de pediatría permitió evaluar y reconocer las patologías mas frecuentes en los menores.

La rotación de Cirugía en el Hospital permitió al interno realizar practicas en el tópico de emergencias, hospitalización y sala de operaciones. El mayor reto fue identificar clínicamente si el cuadro doloroso abdominal que manifestaba el paciente era quirúrgico o no quirúrgico por lo que en ocasiones se realiza la interconsulta con medicina interna o pediatría y se solicitaban exámenes de imagen pertinentes. De igual forma, en el centro de salud llegaban casos de heridas superficiales o mordeduras caninas, en las cuales el interno realizaba los procedimientos necesarios, así como el manejo médico siempre supervisado por nuestros tutores.

La rotación de Ginecología y Obstetricia fue muy enriquecedora porque se nos permitió atender partos y participar en cesáreas, así mismo, en hospitalización pudimos identificar algunas complicaciones del parto vaginal y de las cesáreas. Por otro lado, en nuestro centro de salud se realizaron actividades preventivo promocionales para el cáncer de cérvix o mama así como atención

de controles prenatales, planificación familiar, diagnóstico y manejo de ITS, colocación de ampollas mensuales y trimestrales, retiro de implantes, entre otros procedimientos.

Durante el mes de Septiembre se realizó la Campaña de Vacunación Antirrábica Canina (VanCan) 2022 la cual buscaba evitar el contagio del virus de la rabia en los perros y evitar su propagación al hombre y a otros animales. El interno participó en dicho evento vacunando alrededor de 250 animales entre perros y gatos.

## **CONCLUSIONES**

- El internado médico es la etapa final del estudiante de medicina, es la etapa donde se consolida como médico y pone a disposición su trabajo con la experiencia obtenida durante toda su carrera no solo a nivel académico sino también ético-moral.
- El interno es parte del sistema de salud, tiene una responsabilidad con el paciente por lo que debe aplicar todos los conocimientos teóricos y prácticos obtenidos siempre bajo la supervisión de su médico asistente.
- El internado busca adquirir habilidades clínico-prácticas que forma la base de todo médico. Asimismo, la promoción y prevención de salud es una actividad de gran importancia para reducir la incidencia de las enfermedades.
- Se realizó todo procedimiento posible en cada una de las especialidades tanto en el ambiente hospitalario (atención de partos, colocación y extracción de sondas, toma de AGA, asistencia en cesáreas, sutura de heridas) y en el primer nivel de atención (lavado de oído, extracción de uñas, etc.).
- Se aprendió sobre el manejo de las patologías más frecuentes que aquejan a nuestra población tanto en el primer nivel como en el ambiente hospitalario.

## RECOMENDACIONES:

- Se debe tener un internado con una duración de 12 meses, en donde el primer nivel de atención forme parte de la estructura del internado ya que en este periodo el interno tiene una idea general del trabajo que desempeñará durante su SERUMS.
- Es necesario permitir que los internos puedan involucrarse en los procedimientos para adquirir habilidades y destrezas que pondrán desempeñar en el futuro.
- En algunas ocasiones, debido a la gran cantidad de internos del área de salud, la oportunidad para hacer un procedimiento no es equitativa entre todos.
- El tiempo que el interno le dedica a realizar los tramites administrativos debe reducirse.
- Los horarios de trabajo del interno deben ser respetados desde un principio
- El interno siempre debe estar bajo supervisión de un medico asistente o residente para realizar cualquier procedimiento o indicación medica.

## FUENTES DE INFORMACION:

1. Santos Pérez LA, Hernández Cabeza D, Milián Hernández CG, Santos Milián KR, Santos Pérez LA, Hernández Cabeza D, et al. Neumonías en el paciente anciano. Factores de riesgo y mal pronóstico. Acta Médica del Centro. septiembre de 2021;15(3):350-65. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2709-79272021000300350&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272021000300350&lng=es)
2. Overview of community-acquired pneumonia in adults - UpToDate [Internet]. [citado 14 de abril de 2023]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-community-acquired-pneumonia-in-adults?search=neumonia&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H1473949351](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-community-acquired-pneumonia-in-adults?search=neumonia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1473949351)
3. Recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la neumonía adquirida en la comunidad en adultos inmunocompetentes. Rev Infectio. 1 de marzo de 2013;17:1-38. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-infectio-351-articulo-recomendaciones-el-diagnostico-tratamiento-prevencion-S0123939213700195>
4. Galeano Ugarte DF. Valor predictivo de escalas de gravedad en neumonía adquirida de la comunidad. Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna. septiembre de 2016;3(2):85-94.
5. Cieza JA, Casillas A, Da Fieno AM, Berenice Urtecho S. Asociación del nivel de albúmina sérica y alteraciones de los electrolitos, gases sanguíneos y compuestos nitrogenados en pacientes adultos incidentes del servicio de emergencia de un hospital general. Revista Medica Herediana. octubre de 2016;27(4):223-9.
6. Cieza JA, Casillas A, Da Fieno AM, Berenice Urtecho S. Asociación del nivel de albúmina sérica y alteraciones de los electrolitos, gases sanguíneos y compuestos nitrogenados en pacientes adultos incidentes del servicio de emergencia de un hospital general. Revista Medica Herediana. octubre de 2016;27(4):223-9.

7. Del Castillo JG, Jiménez AJ, Candel FJ. Neumonía comunitaria: selección del tratamiento empírico y terapia secuencial. Implicaciones del SARS-CoV-2. Rev Esp Quimioter. 2021;34(6):599-609.
8. Calvo MV, Román MM. Generalidades de la pancreatitis aguda. Revista Medica Sinergia. 1 de mayo de 2022;7(5):e809-e809.
9. Clinical manifestations and diagnosis of acute pancreatitis - UpToDate [Internet]. [citado 14 de abril de 2023]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H26225963](https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H26225963)
10. Predicting the severity of acute pancreatitis - UpToDate [Internet]. [citado 14 de abril de 2023]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/predicting-the-severity-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis%20escala%20bisap&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H1313](https://www.uptodate.com/contents/predicting-the-severity-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis%20escala%20bisap&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1313)
11. Guidi M, Curvale C, Pasqua A, Hwang HJ, Pires H, Basso S, et al. Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda.
12. Fernández MS. Hipertiroidismo en infancia y adolescencia. Rev Endocrinología Pediátrica. 2019;1:157-69. Disponible en [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10\\_hipertiroidismo.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10_hipertiroidismo.pdf)
13. Clinical manifestations and diagnosis of Graves disease in children and adolescents - UpToDate [Internet]. [citado 14 de abril de 2023]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-graves-disease-in-children-and-adolescents?search=hipertiroidismo%20infancia&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H1950892606](https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-graves-disease-in-children-and-adolescents?search=hipertiroidismo%20infancia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1950892606)
14. Clinical manifestations, diagnosis, and treatment of Campylobacter infection - UpToDate [Internet]. [citado 14 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-treatment-of-campylobacter->

[infection?search=manejo%20de%20diarrea%20por%20campylobacter%20pediatra&source=search\\_result&selectedTitle=3~150&usage\\_type=default&display\\_rank=3](https://www.elsevier.com/locate/S0034-7493(2019)000100010)

15. Alonso-Pérez C, Alcántara-Salinas A, Escobar-Rojas V, Ramírez-Sandoval MP, Reyes-Hernández MU, Guerrero-Becerra M, et al. Gastroenteritis por Campylobacter en niños. Conceptos Actuales.
16. Management of acute appendicitis in adults. - UpToDate [Internet]. [citado 14 de abril de 2023]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H18](https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H18)
17. Rodríguez Fernández Z. Tratamiento de la apendicitis aguda. Revista Cubana de Cirugía [Internet]. marzo de 2019 [citado 14 de abril de 2023];58(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-74932019000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74932019000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
18. Gómez Ayala AE. Litiasis biliar. Actualización. Farmacia Profesional. 2007;21(10):48-54.
19. Overview of gallstone disease in adults - UpToDate [Internet]. [citado 14 de abril de 2023]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-gallstone-disease-in-adults?search=colelitiasis&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H671920711](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-gallstone-disease-in-adults?search=colelitiasis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H671920711)
20. Sebastián JJ. Litiasis biliar. Abordaje global. Farmacia Profesional. 1 de enero de 2003;17(1):62-5. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-litiasis-biliar-abordaje-global-13042396>
21. Approach to the management of gallstones - UpToDate [Internet]. [citado 14 de abril de 2023]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-management-of-gallstones?search=colelitiasis&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H12](https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-management-of-gallstones?search=colelitiasis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H12)





## ANEXOS:

### ANEXO 1:

**Tabla 2. Índice de severidad de pancreatitis aguda: BISAP**

Score BISAP

1.	BUN > 25 mg/dl
2.	Deterioro del estado mental (escala de Glasgow < 15)
3.	SIRS: definido como 2 o más de los siguientes:
a.	Temperatura < 36 °C o > 38 °C
b.	Frecuencia respiratoria > 20 x minuto o PaCO <sub>2</sub> < 32 mmHg
c.	Frecuencia cardíaca > 90 x minute
d.	Leucocitos < 4.000 o >12.000 cel/mm <sup>3</sup> o reticulocitos > 10%
4.	Edad > 60 años
5.	Derrame pleural

### ANEXO 2:

© 2023 UpToDate, Inc. y/o sus afiliados. Reservados todos los derechos.

#### Criterios de Ranson para predecir la gravedad de la pancreatitis aguda

0 horas	
Edad	>55
recuento de glóbulos blancos	>16.000/mm <sup>3</sup>
glucosa en sangre	>200 mg/dl (11,1 mmol/l)
Lactato deshidrogenasa	>350U/L
Aspartato aminotransferasa (AST)	>250U/L
48 horas	
hematocrito	Caída en ≥10 por ciento
Nitrógeno ureico en sangre	Aumento de ≥5 mg/dl (1,8 mmol/l) a pesar de los líquidos
Calcio sérico	<8 mg/dL (2 mmol/L)
pO <sub>2</sub>	<60 mmHg
Déficit de base	>4 MEq/L
Secuestro de fluidos	>6000 ml

La presencia de 1 a 3 criterios representa pancreatitis leve; la tasa de mortalidad aumenta significativamente con cuatro o más criterios.

### ANEXO 3:

Tabla 1. Predictores clínicos de coledocolitiasis según ASGE.

#### Muy fuertes

- Cálculo en el colédoco evidenciado por ecografía
- Clínica de colangitis ascendente
- Bilirrubina >4 mg/dL

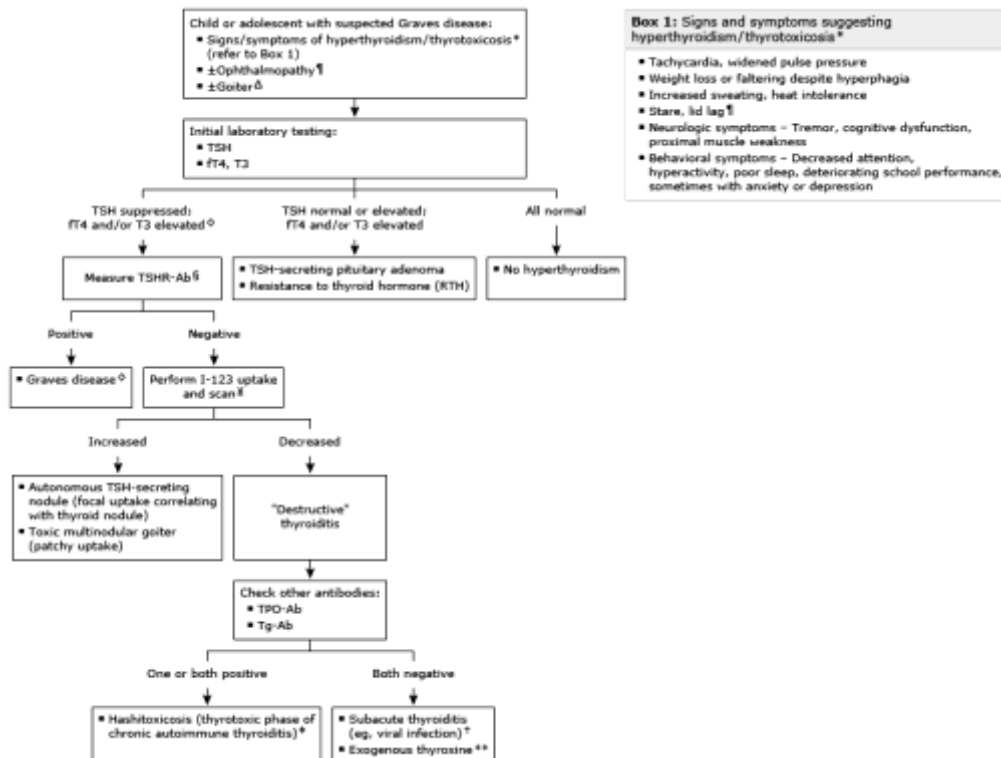
#### Fuertes

- Dilatación del conducto biliar común en ecografía (>6 mm con la vesícula in situ)
- Nivel de bilirrubina 1,8-4 mg/Dl

#### Moderados

- Exámenes bioquímicos hepáticos anormales diferentes a la bilirrubina
- Clínica de pancreatitis biliar
- Edad >55 años

### ANEXO 4:



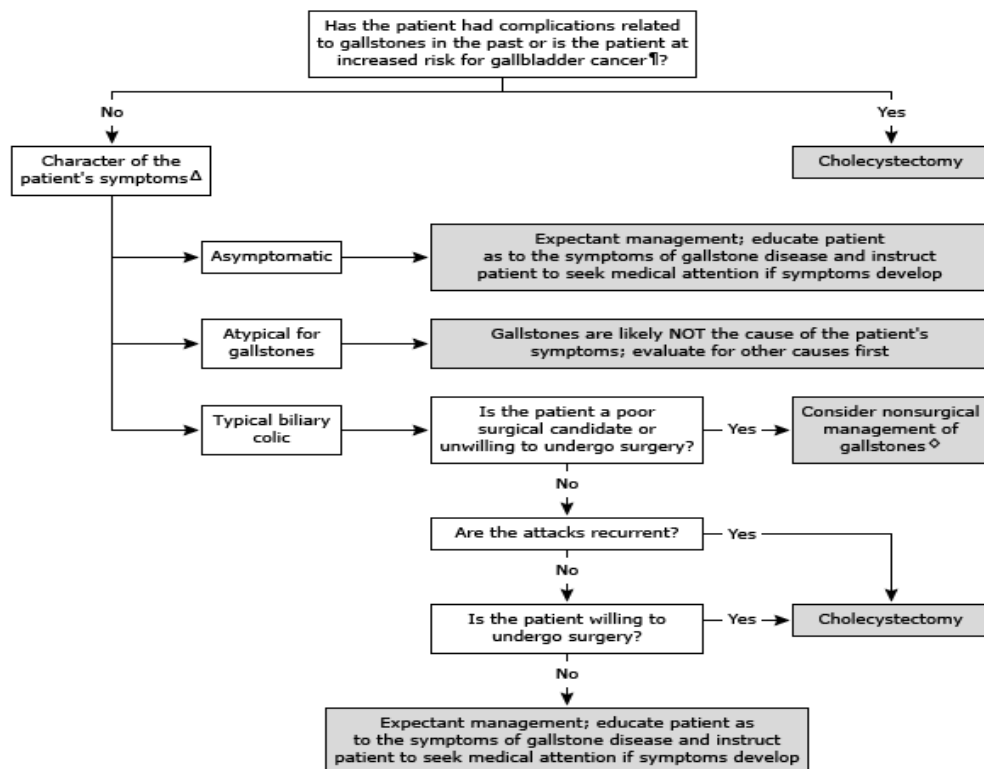
**Box 1: Signs and symptoms suggesting hyperthyroidism/thyrotoxicosis\***

- Tachycardia, widened pulse pressure
- Weight loss or faltering despite hyperphagia
- Increased sweating, heat intolerance
- Stare, lid lag†
- Neurologic symptoms – Tremor, cognitive dysfunction, proximal muscle weakness
- Behavioral symptoms – Decreased attention, hyperactivity, poor sleep, deteriorating school performance, sometimes with anxiety or depression

**ANEXO 5:**



**ANEXO 6:**



## ANEXO 7

