

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO – HOSPITAL SERGIO E.  
BERNALES 2023 - 2024**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**FRANCO DE NIRO JAIMES JARAMILLO  
CARMEN BETSABET LÓPEZ ALBORNOZ**

**ASESOR**

**CESAR AUGUSTO BALTAZAR MATEO**

**LIMA - PERÚ**

**2024**



**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/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO – HOSPITAL SERGIO E.  
BERNALES 2023 - 2024**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**FRANCO DE NIRO JAIMES JARAMILLO  
CARMEN BETSABET LÓPEZ ALBORNOZ**

**ASESOR**

**DR. CESAR AUGUSTO BALTAZAR MATEO**

**LIMA - PERÚ**

**2024**

## **JURADO**

**PRESIDENTE: FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA**

**MIEMBRO: CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA**

**MIEMBRO: JOHANDI DELGADO QUISPE**

## **DEDICATORIA**

A Dios y a nuestras familias por el apoyo incondicional brindado a lo largo de estos años, siendo este sumado a su confianza parte fundamental para la culminación de nuestras carreras universitarias.

## ÍNDICE

JURADO .....	ii
DEDICATORIA .....	iii
ÍNDICE .....	iv
RESUMEN .....	v
ABSTRACT .....	vii
INTRODUCCIÓN .....	x
<b>CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL</b> .....	1
I.1. Rotación de Medicina Interna: .....	2
I.2. Rotación de Cirugía General: .....	11
I.3. Rotación de Ginecología y Obstetricia: .....	20
I.4 Rotación De Pediatría: .....	28
<b>CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b> .....	37
<b>CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL</b> .....	38
I.1 Rotación Medicina .....	38
I.2 Rotación de Cirugía .....	44
I.3 Rotación de Ginecología y Obstetricia .....	49
1.4 Rotación De Pediatría .....	53
<b>CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b> .....	58
<b>CONCLUSIONES</b> .....	60
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	61
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b> .....	62

## RESUMEN

**Metodología:** El presente estudio consta de la recopilación casos clínicos de los servicios de medicina interna, cirugía general, ginecología y pediatría con un total de 16 casos clínicos.

**Resultados:** Dentro de la especialidad de Medicina Interna se revisaron los siguientes casos: Caso N°1: paciente femenina de 34 años que acudió con dolor en epigastrio irradiado a ambos hipocondrios asociado a náuseas, vómitos, resultado de amilasa pancreática elevada, con diagnóstico definitivo de pancreatitis aguda; Caso N°2: paciente varón 52 años diabético mal controlado, acudió por presentar lesión con cambios de coloración en dedo pie derecho desde hace 40 días sin mejoría, con diagnóstico definitivo de pie diabético Wagner IV; Caso N°3: paciente masculino de 37 años trabajador de un matadero de cerdos, que acudió con historia de convulsiones desde hace 4 meses, diagnosticado de neurocisticercosis; Caso N°4: paciente femenino de 50 años acudió con trastorno del sensorio asociado a 3 vómitos alimenticios, resultado de glucosa capilar de 330 mg/dL y cetonas en orina positivo, diagnosticado de cetoacidosis diabética. En la especialidad de Cirugía General se describieron los siguientes casos: Caso N°1: varón de 30 años acudió por presentar dolor en fosa iliaca derecha, asociado a fiebre, hiporexia, náuseas y vómitos, presentó diagnóstico definitivo de apendicitis aguda; Caso N°2: femenina de 28 años acudió por presentar de masa en epigastrio asociado a dolor abdominal, siendo diagnosticada de quiste hidatídico hepático con el apoyo de estudio imagenológico; Caso N°3: varón de 43 años acudió por presentar dolor perianal asociado a expulsión de secreción en área afectada, con diagnóstico definitivo de fistula perianal; Caso N°4: varón de 81 años, acudió por presentar tumoración en región inguinal izquierda asociado a dolor, siendo diagnosticado de hernia inguinal. En la especialidad de Ginecología y Obstetricia se describieron los siguientes casos: Caso N°1: paciente femenina de 20 años, gestante de 41 semanas ingresó por ruptura de membranas post parto presentó útero hipotónico y pérdida sanguíneas de aproximadamente 3 litros, con diagnóstico de hemorragia posparto y atonía uterina; Caso N°2: paciente femenina de 20 años, acudió con dolor pélvico tipo cólico, sangrado vaginal con coágulos y retraso menstrual, diagnosticándose un aborto espontáneo; Caso N°3: paciente

femenina de 30 años, gestante de 38 semanas acude presentaba edema en miembros inferiores, cefalea intensa y presión arterial de 165/120 mmHg, siendo diagnosticada de preeclampsia con signos de severidad; Caso N°4: paciente femenina de 25 años presentaba sangrado vaginal anormal, asociado a astenia y sensación de masa en abdomen inferior, siendo diagnosticada de miomatosis uterina. En la especialidad de Pediatría se describieron los siguientes casos: Caso N°1: niño de 9 años consultó por dificultad para respirar, tos persistente, sibilancias y fiebre, diagnosticándose una crisis asmática. Caso N°2: niño de 10 años presentó dolor persistente en la zona lumbar izquierda, fiebre y hallazgos patológicos en el examen de orina, siendo diagnosticado con Infección de vías urinarias. Caso N°3: Un niño de 13 años consultó por prurito, calor, dolor y cambio de color en el dorso del pie izquierdo, diagnosticándose una celulitis en el pie. Caso N°4: Recién nacido de 6 horas, macrosómico y nacido de madre diabética, mostró letargo y somnolencia, con un nivel de glucosa en sangre de 40 mg/dL, siendo diagnosticado con Hipoglucemia neonatal.

**Conclusiones:** Durante el presente marco del internado médico 2023 – 2024, se realizaron 4 rotaciones por los siguientes servicios: Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Pediatría, respectivamente. Estas actividades formativas fueron ejecutadas en las instalaciones del Hospital Sergio E. Bernales

**Palabras clave:** Internado Médico, Medicina Interna, Ginecología-Obstetricia, Cirugía General, Pediatría.



## ABSTRACT

**Objective:** This study aims to analyze the medical internship process and describe the clinical experiences gained by two medical interns from the Universidad San Martín de Porres from May 2023 to January 2024 at the Sergio E. Bernales Hospital.

**Methodology:** The study involves compiling clinical cases from internal medicine, general surgery, gynecology, and pediatrics, totaling 16 clinical cases.

**Results:** Within the Internal Medicine specialty, the following cases were reviewed: Case N° 1: A 34-year-old female patient presented with epigastric pain radiating to both hypochondria, associated with nausea, vomiting, and elevated pancreatic amylase levels, with a definitive diagnosis of acute pancreatitis; Case N° 2: A 52-year-old male patient with poorly controlled diabetes presented with a lesion on the right foot finger with changes in coloration persisting for 40 days without improvement, with a definitive diagnosis of Wagner IV diabetic foot; Case N° 3: A 37-year-old male worker in a pig slaughterhouse presented with a history of seizures for the past 4 months, diagnosed with neurocysticercosis; Case N° 4: A 50-year-old female patient presented with altered sensorium associated with 3 alimentary vomits, a capillary glucose result of 330 mg/dL, and positive urinary ketones, diagnosed with diabetic ketoacidosis. In the General Surgery specialty, the following cases were described: Case N° 1: A 30-year-old male presented with right iliac fossa pain, associated with fever, anorexia, nausea, and vomiting, with a definitive diagnosis of acute appendicitis; Case N° 2: A 28-year-old female presented with a mass in the epigastrium associated with abdominal pain, diagnosed with hepatic hydatid cyst with the support of imaging studies; Case N° 3: A 43-year-old male presented with perianal pain associated with secretion expulsion in the affected area, diagnosed with perianal fistula; Case N° 4: An 81-year-old male presented with a tumor in the left inguinal region associated with pain, diagnosed with inguinal hernia. In the Obstetrics and Gynecology specialty, the following cases were described: Case N° 1: A 20-year-old female patient, 41 weeks pregnant, was admitted for postpartum membrane rupture, presenting hypotonic uterus and approximately 3 liters of blood loss, diagnosed with postpartum hemorrhage and uterine atony; Case N° 2: A 20-year-old female patient presented with colicky pelvic pain, vaginal bleeding with clots, and

menstrual delay, diagnosed with spontaneous abortion; Case N° 3: A 30-year-old female patient, 38 weeks pregnant, presented with edema in lower limbs, intense headache, and blood pressure of 165/120 mmHg, diagnosed with severe preeclampsia; Case N° 4: A 25-year-old female patient presented with abnormal vaginal bleeding, associated with asthenia and a sensation of mass in the lower abdomen, diagnosed with uterine fibroids. In the Pediatrics specialty, the following cases were described: Case N° 1: A 9-year-old boy consulted for difficulty breathing, persistent cough, wheezing, and fever, diagnosed with an asthma crisis. Case N° 2: A 10-year-old boy presented with persistent pain in the left lumbar area, fever, and pathological findings in the urine test, diagnosed with urinary tract infection. Case N° 3: A 13-year-old boy consulted for itching, heat, pain, and color change on the left foot dorsum, diagnosed with cellulitis on the foot. Case N° 4: A newborn of 6 hours, macrosomic and born from a diabetic mother, showed lethargy and drowsiness, with a blood glucose level of 40 mg/dL, diagnosed with neonatal hypoglycemia.

**Conclusions:** In the current framework of the 2023-2024 medical internship, four rotations were conducted in the following services: Internal Medicine, General Surgery, Gynecology, and Pediatrics, respectively. These educational activities were carried out at the facilities of the Sergio E. Bernales Hospital.

**Keywords:** Medical internship, General surgery, Internal medicine, Gynecology-obstetrics, Pediatrics.

NOMBRE DEL TRABAJO  
 EXPERIENCIA DEL INTERNADO  
 MÉDICO  
 – HOSPITAL SERGIO E. BERNALES  
 2023  
 - 2024

AUTOR  
 FRANCO DE NIRO JAIMES JARAMIL

RECuento DE  
 PALABRAS  
 18349 Words

RECuento DE CARACTERES  
 106223 Characters

RECuento DE  
 PÁGINAS  
 79 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO  
 253.0KB

FECHA DE ENTREGA  
 Mar 11, 2024 10:41 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME  
 Mar 11, 2024 10:43 AM GMT-5

● 13% de similitud general

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

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

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

  
 César A. Baltazar M.  
 MÉDICO CIRUJANO  
 CMP 19608 - RNE 11352

DNI 08447730

CODIG ORD:

0009-0008-6876-7490

## INTRODUCCIÓN

La carrera de medicina humana tiene siete años de estudio, en el que el último año, internado médico, permite plasmar los conocimientos y habilidades adquiridas durante los años de ciencias básicas y clínica.

El internado médico, consta tanto de actividades académicas y asistenciales, asociada a cuatro rotaciones que se desarrollan en el ambiente hospitalario, alrededor de dos meses por cada área, las cuáles son medicina interna, ginecología y obstetricia, cirugía y pediatría; además de hacer una rotación de dos meses en el primer nivel de atención. Constando así de diez meses de internado médico.

De acuerdo con las prácticas asistenciales se desarrollaron en cada área especializada, tanto en pabellón de hospitalización y emergencia.

El ámbito académico se formaba mediante exposiciones programadas, clases impartidas por la universidad y desarrollo de conocimientos teóricos asociados al cuadro clínico del paciente durante el pase de visita respectivamente.

El modo de elección de sede se dio de referencia el distrito donde viven los autores, agrupados posteriormente según la división realizada por la Dirección de Redes Integradas de Salud. El orden de elección de sede hospitalaria y centro médico de primer nivel fue por orden de ponderado.

Los autores de este trabajo decidieron iniciar con la sede hospitalaria siendo esta, Hospital Nacional Sergio E. Bernales, de tercer nivel en sus 8 primeros meses, y así la última rotación la de primer nivel de atención en distintos centros de salud por los dos últimos meses.

El internado de los autores comenzó en abril de 2023, tras cumplir con los requisitos necesarios, que incluyen certificados de salud física y mental, vacunaciones completas y presentar antecedentes penales y judiciales, además de contar con un seguro de salud activo.

En la sede hospitalaria de tercer nivel ya anteriormente mencionada se realizó el internado médico de aproximadamente 100 alumnos de universidades diversas, tanto particulares como nacionales, de la capital y del resto del país.

Se realizó una inducción días previos al inicio del internado médico, recibiendo esta de distintas áreas del hospital.

Se impartió por parte del área de epidemiología. Se capacito sobre el correcto lavado de manos, uso del equipo de protección personal, además de orientar los riesgos laborales en el ámbito hospitalario y cuál sería la conducta para seguir si hubiera accidente laboral.

Los ingenieros médicos encargados del programa de “segregación adecuada de residuos hospitalarios” indicaron e hicieron hincapié en el uso de los depósitos de basura de manera adecuada basados en sus respectivos colores.

El área de docencia explicó el uso del sistema SIS\_GALEN para poder realizar las evoluciones diarias de los pacientes, órdenes tanto de farmacia como de los servicios de imágenes, así como las altas. Se explicó el desarrollo de actividades y funciones de acuerdo con cada servicio. Se brindo el cronograma de rotaciones por cada servicio.

El 01 de abril del 2023, los autores iniciaron sus funciones como internos de medicina, ambos en el servicio de medicina interna. Se brindó una bienvenida por parte del jefe de residentes, y se explicaron nuevamente las funciones respectivas.

Dentro del servicio de medicina ambos autores realizaron rotaciones en hospitalización mujeres, hospitalización varones, además de áreas especializadas como gastroenterología, neumología, infectología y emergencia. Finalizando la rotación de medicina interna el 31 de mayo, transcurrido los dos meses estipulados.

Los autores prosiguieron el primero de junio, con su rotación de cirugía general, donde rotaron por hospitalización de cirugía general pabellón mujeres y varones, además de emergencia. Y en los servicios de urología, cirugía pediátrica y traumatología, hospitalización, sala de operaciones y emergencias respectivamente. Culminando la mencionada rotación el 31 de julio.

Iniciando el 01 de agosto ambos autores la rotación de ginecología y obstetricia. En la cual rotaron servicios individuales de Obstetricia en áreas de centro obstétrico, puerperio, unidad de hospitalización en alto riesgo obstétrico, unidad

de vigilancia materna, legrados, y emergencia. En el servicio de ginecología áreas de hospitalización y emergencia. Asistiendo además a los actos quirúrgicos de cada servicio. Siendo el 30 de setiembre el último día de rotación.

El servicio de pediatría consistió en una rotación en los servicios de neonatología y pediatría, cada uno durante un mes. Los autores iniciaron su rotación en neonatología el 01 de octubre en áreas como unidad de cuidados intermedios, alojamiento conjunto, recepción y emergencia, finalizando la rotación el 31 de octubre, iniciando así su pase en pediatría el primero de noviembre en hospitalización y emergencia. Finalizado con esta rotación los cuatro servicios respectivos, dos meses en cada uno, en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

Para el mes de diciembre ambos autores iniciaron sus rotaciones en sus respectivos centros de salud de primer nivel de atención, culminando su internado médico el 31 de enero del 2024.

En el presente informe, ambos autores desarrollarán sus experiencias como internos en un hospital de gran demanda y referente del norte de la ciudad metropolitana de Lima.

## **CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL**

Durante el internado médico, el método de aprendizaje es poder identificar la patología que aqueja a cada paciente para poder darle un manejo adecuado y oportuno.

Poniendo así en práctica los conocimientos adquiridos a nivel práctico y teórico durante el desarrollo de nuestra carrera profesional. Abordando al paciente, valorando sus signos y síntomas con la evaluación debida en el examen físico, y acotando datos con los antecedentes familiares, personales, y epidemiológicos, orientados al diagnóstico presuntivo. Que posteriormente podríamos confirmarlo con exámenes auxiliares apropiados para confirmar nuestro planteamiento.

Como personal de salud, tratamos con pacientes no solo con patologías, por lo que debemos abordar nuestro paciente tomando en cuenta sus miedos e inquietudes, brindando nuestro soporte de manera emocional.

Por otro lado, como interno de medicina, se debe trabajar en nuestras herramientas personales para poder lidiar además con un contexto laboral de presión.

Además de aprender a delegar actividades y orientar a otro personal, que tenemos otras carreras de salud con la que desarrollamos el internado médico, que se apoyan en nosotros para la toma de decisiones.

De acuerdo con la objetividad de este informe, los autores presentaran cuatro casos clínicos por cada área que rotaron en el sistema hospitalario del Hospital nacional Sergio E. Bernales.

Que pasarán a ser estudiados, de manera minuciosa en el tercer capítulo de este escrito.

## **I.1. Rotación de Medicina Interna:**

### **Caso Clínico N°1: Pancreatitis Aguda**

Paciente CBGV, femenina de 34 años, proveniente de Comas, Lima.

#### **Antecedentes:**

- Médicos: niega
- Quirúrgicos: cesárea hace 1 mes
- Hospitalizaciones: 4 días por cesárea (Hace 1 mes)
- RAM: niega

#### **Relato:**

Paciente con tiempo de enfermedad de dos días, es traído a emergencia refiriendo dolor en epigastrio en banda hacia región lumbar, asociado a náuseas, vómitos en 3 oportunidades de contenido alimenticio y malestar general.

#### **Examen físico:**

- Piel: tibia, semihúmeda, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no cianosis, no palidez.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, regulares, buena intensidad, no soplos audibles.
- Tórax y pulmones: simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Abdomen: Blando, depresible, RHA (+), dolor leve a la palpación profunda en epigastrio irradiado a ambos hipocondrios, McBurney (-), Murphy (-), Blumberg
- Genitourinario: No globo vesical, PPL (-), PRU (-).
- SNC: LOTEPE, Escala de Glasgow: 15/15, pupilas isocóricas, fotoreactivas.

#### **Impresión diagnóstica:**

1. Síndrome doloroso abdominal.
  - 1.1. D/C Pancreatitis aguda.

#### **Exámenes auxiliares:**

Se obtiene resultados de los siguientes exámenes:



- Hemograma
  - o Hemoglobina: 11.00 gr/dL
  - o Hematocrito: 33%
  - o Plaquetas: 292.000
  - o Leucocitos: 8.30
  - o Segmentados: 76
- Amilasa pancreática: 549 U/Lt
- Glucosa: 80 mg/dL
- Urea: 14 mg/dL
- Creatinina: 0.74 mg/dL
- Bilirrubina total: 1.90 mg/dL
- TGO: 350 U/L
- TGP: 450
- Ecografía Abdominal
  - o Páncreas: Cuerpo de 26mm, hipoecogénico, incrementado de tamaño
  - o Vesícula biliar 70x45mm, pared de 3mm, varias imágenes litiásicas que impiden visualizar pared posterior, la mayor de 4mm.

**Plan de trabajo:**

Se decide hospitalizar al paciente.

1. NPO
2. CINA 0.9% 1000 ml a 30 gotas x min EV
3. Dextrosa al 5% 1Lt + 2 amp de NaCl 20% + 1 amp de KCl 20% a 20gts x min EV
4. Omeprazol 40mg EV c/24 h
5. Tramadol 100mg + dimenhidrinato 50mg EV c/8 h
6. Ketoprofeno 100mg EV c/8 h
7. CFV + BHE

A los 4 días de su ingreso, sintomatología cede y se plantea inicio de tolerancia oral al paciente. Dada de alta en su sexto día de hospitalización con programaciones a consultorio de cirugía general para posibilidad de

colecistectomía debido a los hallazgos ecográficos y seguimiento por consultorio externo de servicio de gastroenterología.

### **Caso Clínico N°2: Pie Diabético**

Paciente TGCF varón de 53 años. Proveniente de Comas, Lima

#### **Antecedentes:**

- Médicos: *Diabetes mellitus tipo 2* desde hace 1 año, tratado con metformina 850 mg diario cada 12 horas.
- Quirúrgicos: niega
- Hospitalizaciones: niega
- RAM: niega

#### **Relato:**

Paciente varón que acude a emergencia por presentar cambio de coloración en el tercer dedo de pie derecho. Refiriendo que hace 40 días presenta lesión eritematosa en el dedo mencionado, lesión cambió de color con las semanas. Siete días antes de su ingreso, acude a policlínico donde le aplican tratamiento antibiótico endovenoso con ampicilina por 7 días y curaciones diarias; pero, la lesión no tiene mejoría motivo por el que acude a la emergencia.

#### **Examen físico:**

- Piel: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no cianosis, no palidez.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, regulares, buena intensidad, no soplos audibles.
- Tórax y pulmones: simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Abdomen: globuloso, blando, depresible, RHA (+), no doloroso a la palpación, McBurney (-), Murphy (-), Blumberg (-).
- Genitourinario: No globo vesical, PPL (-), PRU (-).
- SNC: LOTEPE, Escala de Glasgow: 15/15, pupilas isocóricas, fotoreactivas.
- Extremidades: en pie derecho se evidencia necrosis en tercer dedo, con presencia de secreción purulenta saliendo por base del dedo. Sensibilidad

comprometida hasta el talón. Pulso pedio, tibial posterior presente, pulso tibial anterior disminuido.

### **Impresión diagnóstica:**

1. *Diabetes mellitus* con complicaciones múltiples
  - 1.1. Pie diabético WAGNER IV / TEXAS 3D.

### **Exámenes auxiliares:**

Hemograma:

- Hemoglobina: 11 gr/dL
- Hematocrito: 32 %
- Plaquetas: 352.00
- Leucocitos: 11.20
- Segmentados: 77%

Bioquímica:

- Glucosa: 286 mg/dL
- Urea: 29 mg/dL
- Creatinina: 0.91 mg/dL

Hallazgos de ecografía Doppler arterial:

- Aterosclerosis en miembro inferior derecho a predominio tibial anterior.
- Insuficiencia arterial de segmento distal, predominio de tibial anterior.

### **Plan de trabajo:**

1. Pase a hospitalización.
2. Dieta blanda hipoglúcida + líquidos a voluntad.
3. NaCl 0.9% 1000cc --> 20 gotas por minuto
4. Omeprazol 40mg EV c/24 h
5. Meropenem 1g EV c/8 h
6. Vancomicina 1g EV c/12 h
7. Ketoprofeno 100mg EV condicional a dolor
8. Insulina a escala móvil.
  - a. 180 – 220 2 UI subcutáneo

- b. 221 – 260 3 UI subcutáneo
- c. 261 – 300 4 UI subcutáneo
- d. >301 5 UI subcutáneo

9. I/C endocrinología.

10. I/C cirugía tórax y cardiovascular.

### **Evolución:**

Paciente es evaluado por servicio de endocrinología realizando las correcciones de insulina correspondientes y un monitoreo estricto de sus glucemias diarias. Evaluado por cirugía de tórax y cardiovascular, que lo catalogaron como paciente candidato a revascularización de miembro inferior izquierdo y posteriormente trasladado a su servicio para realizar la operación.

### **Caso Clínico N°3: Neurocisticercosis**

Paciente masculino de 37 años, siglas JGMC proveniente de Huaral. Ingres a la emergencia acompañado por padre y hermano refiriendo que llegando a casa paciente presentar episodio convulsivo tónico clónico asociado a sialorrea profusa y liberación de esfínteres, episodio duró 5 minutos. Niegan traumatismo antes del cuadro. Tiempo de enfermedad 3 horas. Paciente refirió presentar náuseas y vómitos en 3 oportunidades posterior al cuadro.

### **Antecedentes:**

- Médicos: una convulsión aislada hace 4 meses, no realizó estudios.
- Quirúrgicos: Niega
- RAM: niega
- Oficio: trabajador en un matadero de cerdos.

### **Examen físico: AREG, AREH, AREN**

- Signos vitales: PA: 120/80; FC: 98; FR: 16; T°: 36.5 °C. SatO2: 98%. Peso actual: 80kg
- Piel: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no cianosis, no palidez, se evidencian excoriaciones en dorso de ambos brazos no mayores de 2x3 cm.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, regulares, buena intensidad, no soplos audibles.

- Tórax y pulmones: simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Abdomen: globuloso, blando, depresible, RHA (+), no doloroso a la palpación, McBurney (-), Murphy (-), Blumberg (-).
- Genitourinario: no globo vesical, PPL (-), PRU (-).
- SNC: alerta, LOTEP, escala de Glasgow: 15/15, pupilas isocóricas, fotoreactivas, reflejos conservados no signos meníngeos ni de focalización.

**Plan de trabajo:**

1. NPO
2. NaCl 0.9% 1000 cc + NaCl 20% 20 cc + KCl 20% 10 cc --> Pasar a 35 gotas
3. Omeprazol 40mg EV c/24 h
4. Dimenhidrinato 50mg EV c/24 h
5. Se solicita TEM cerebral sin contraste
6. Se solicita glucosa, AGA, hemograma completo, urea, creatinina, perfil hepático, perfil de coagulación.
7. Control de funciones vitales
8. Reevaluación con resultados.

**Exámenes auxiliares:**

Hemograma:

- Hemoglobina: 13.5 gr/dL
- Hematocrito: 43 %
- Plaquetas: 278.00
- Leucocitos: 10.80
- Segmentados: 80%
- Abastoados: 0%

Bioquímica:

- Glucosa: 81 mg/dL
- Urea: 17 mg/dL
- Creatinina: 0.71 mg/dL

- TGO: 25 U/L
- TGP: 39 U/L
- BT: 0.6 mg/dL
- BI: 0.2 mg/dL

### **Evolución:**

Durante su permanencia en el servicio de emergencias, el paciente experimentó otra convulsión generalizada de tipo tónico-clónico, que fue tratada con fenitoína intravenosa y posteriormente fue trasladado a hospitalización para una evaluación más detallada. Los resultados de la tomografía cerebral mostraron la presencia de 5 lesiones quísticas intraparenquimatosas, consistentes con neurocisticercosis. La lesión más grande tenía aproximadamente 1x1 cm de tamaño, 3 lesiones se encontraban calcificadas mientras que otras estaban en una etapa vesicular. Se decide iniciar tratamiento el primer día con dexametasona endovenosa para evitar el edema cerebral generado por la acción del antihelmíntico. Posterior al corticoide se inicia albendazol 1200 mg dividido en dos tomas diarias por 10 días. Se mantuvo el uso de drogas anticonvulsivas como fenitoína endovenosa de manera profiláctica. Durante su estadía en el hospital, el paciente no experimentó más episodios convulsivos y mostró una evolución favorable. Se le dio de alta tras una semana de tratamiento y se le recomendó un seguimiento cercano del servicio de infectología de forma ambulatoria cuando finalizara su tratamiento con albendazol.

### **Caso Clínico N° 4: Cetoacidosis Diabética**

#### **Relato**

Paciente mujer de 50 años de siglas AMJP, ingresa a la emergencia acompañada de hermano refiriendo que la encontró desorientada, no respondía órdenes y solo balbuceaba con tiempo de enfermedad de 30 minutos, motivo por cual la trae de emergencia al nosocomio. Familiar también refiere que camino al hospital paciente presentó 3 vómitos alimenticios. Niega caídas.

#### **Antecedentes:**

- Médicos: HTA crónica desde hace 10 años
- Quirúrgicos: histerectomizada hace 5 años por miomatosis uterina.

- RAM: niega
- Familiares: madre y padre con DM2, fallecidos

**Examen físico: AMEG, AMEH, AREN**

- Signos vitales: TA 150/90 mmHg, FC 110 lpm, FR 22 rpm, T° 37.3°C, SatO2: 96%
- Piel: tibia, deshidratada, semielastica, mucosas secas, llenado capilar <2", no cianosis, palidez +/-, no ictericia.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, taquicárdicos, no soplos audibles.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, taquipnea, espiración prolongada, no estertores.
- Abdomen: globuloso, blando, depresible, RHA (+), no doloroso a la palpación, McBurney (-), Murphy (-), Blumberg (-).
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-), no globo vesical.
- SNC: Escala de Glasgow: 13/15 (O:4 / V:4 / M:5), no signos meníngeos ni de focalización.

Se le solicitó al personal de triaje un hemoglucotest de emergencia con resultado de 330 mg/dL.

**Impresión diagnóstica:**

- I. *Diabetes mellitus tipo 2* descompensada: Crisis hiperglucémica
  - a. D/C Cetoacidosis Diabética vs. Estado Hiperosmolar Hiperglucémico
- II. Hipertensión arterial
- III. Trastorno de la conciencia

**Exámenes auxiliares:**

Hemograma:

- Hemoglobina: 13 gr/dL
- Hematocrito: 40 %
- Plaquetas: 320.000 /mL
- Leucocitos: 10.000

#### Bioquímica:

- Glucemia capilar: 430 mg/dL
- Potasio sérico: 5.0 mEq/L.
- Urea: 15 mg/dL
- Creatinina: 1.2 mg/dL.

#### Examen de orina:

- Leucocitos 2-3 x campo
- Hematíes: Ausentes
- Cetonas en orina: ++

Electrocardiograma: taquicardia sinusal.

#### Gasometría arterial:

- pH: 7.20
- pCO<sub>2</sub>: 20 mmHg
- HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> : 10 mEq/L.

#### Plan de trabajo:

1. NPO.
2. NaCl 0.9% 1000 cc -> pasar a chorro I y II.
3. Insulina R 100 UI/ml -> Pasar 10 UI EV después del segundo frasco de NaCl.
4. Captopril 25 mg sublingual STAT.
5. Monitoreo estricto de glucosa capilar cada 1 hora.
6. Control de funciones vitales.
7. Balance hidroelectrolítico.
8. Pasa a área de observación

#### Evolución:

El paciente es trasladado al área de observación para recibir atención médica. Inicialmente, se le administra fluidoterapia e insulina de acción rápida como parte del tratamiento. Posteriormente, es trasladado a la unidad de cuidados intermedios, donde se le mantiene en tratamiento con insulina en perfusión continua y fluidoterapia. Se le realiza seguimiento mediante gasometrías



arteriales y controles periódicos de glucemia para monitorear su evolución. A lo largo de las siguientes 24 horas de hospitalización, el cuadro inicial del paciente se resuelve progresivamente. Se le realizan nuevos exámenes de laboratorio de control donde no se evidencian mayores alteraciones hidroelectrolíticas, y se registra un nuevo valor de glucosa capilar a las 24 horas de 127 mg/dL. Paciente evolucionó favorablemente durante su estancia hospitalaria, no presentó interurrencias. Es dado de alta a las 36 horas del cuadro con las indicaciones correspondientes y control por el servicio de endocrinología.

## **I.2. Rotación de Cirugía General:**

### **Caso Clínico N°1: Apendicitis Aguda**

Paciente EHMJ varón de 30 años

#### **Antecedentes:**

- Médicos: tuberculosis a los 20 años, tratado por 6 meses con esquema sensible.
- Quirúrgicos: Niega
- Hospitalizaciones: Niega
- RAM: Niega

#### **Relato:**

Paciente refiere presentar dolor abdominal tipo cólico de inicio súbito de moderada intensidad desde hace 10 horas aproximadamente, refiere hiporexia, además presentó náuseas y vómitos alimenticios en 4 oportunidades. Refiere SAT no cuantificada, dolor no cede al reposo ni con analgésicos, dolor incrementó de intensidad progresivamente motivo por el cual paciente acude a la emergencia.

**Examen físico:** paciente en posición antálgica, AREG, AREH, AREN.

- Piel: tibia, elástica, mucosas semihidratadas, llenado capilar menor a 2 segundos, no cianosis, no palidez.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, regulares, buena intensidad, no soplos audibles.
- Tórax y pulmones: simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

- Abdomen: globuloso, poco blando, depresible, RHA disminuidos, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha de moderada intensidad, McBurney (+), Blumberg (-), Rovsing (-), Murphy (-).
- Genitourinario: no globo vesical, PPL (-), PRU (-).
- SNC: LOTEP, Escala de Glasgow: 15/15, pupilas isocóricas, fotoreactivas.

**Impresión diagnóstica:**

1. Abdomen agudo quirúrgico
  - 1.1. D/C Apendicitis aguda complicada.

**Exámenes auxiliares:**

Hemograma:

- Hemoglobina: 11 gr/dL
- Hematocrito: 43 %
- Plaquetas: 204.00
- Leucocitos: 14.18
- Segmentados: 80%

Bioquímica:

- Glucosa: 109 mg/dL
- Urea: 42 mg/dL
- Creatinina: 1.07 mg/dL

**Plan de trabajo:**

1. NPO
2. NaCl 0.9% 1000cc 35 gotas x min
3. Metronidazol 500 mg EV c/8 h
4. Ceftriaxona 2gr EV c/24 h
5. Ketoprofeno 100mg EV c/8 h
6. CFV
7. Pasa a sala de operaciones de emergencia.

### **Evolución:**

Paciente entró programado de emergencia a sala de operaciones. Se le realizó una incisión transversa en fosa iliaca derecha (Rocky-Davis), disección por planos hasta llegar a cavidad donde se identifica apéndice cecal de 10x1.5 cm aproximadamente, necrosada en tercio distal, base indemne, posición retrocecal. Se realizó ligadura y sección de base apendicular con seda negra 2/0 a muñón libre y posterior cierre por planos. Paciente tolera acto quirúrgico, evoluciona favorablemente con tratamiento antibiótico y es dado de alta a las 72h de postoperado.

### **Caso Clínico N°2: Quiste Hepático**

Paciente LCPA, femenina de 28 años. Procedente de Huánuco.

### **Antecedentes:**

- Médicos: niega
- Quirúrgicos: Exéresis de Lipoma (2015)
- Hospitalizaciones: Exéresis de Lipoma (2015)
- RAM: niega

### **Relato:**

Paciente cursa con un tiempo de enfermedad de 11 años de inicio insidioso y curso progresivo caracterizado por presencia de masa en zona epigástrica que se asocia a dolor abdominal en las últimas semanas por lo que acude por consultorio externo para estudio.

### **Examen físico:**

- Signos vitales: PA: 110/70 mmHg; T°:36.5°C; FR:17x'; FC:72x'; SAT:97%.
- Piel: tibia, elástica, mucosas hidratadas, llenado capilar menor a 2 segundos, no cianosis, no palidez, no ictericia.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, regulares, buena intensidad, no soplos audibles.
- Tórax y pulmones: simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

- Abdomen: globuloso, blando, depresible, RHA presentes, masa palpable en región epigástrica de 6x6 cm, móvil, de bordes irregulares, levemente dolorosa a la palpación en epigastrio que irradia a hipocondrio derecho. McBurney (-), Blumberg (-), Rovsing (-), Murphy (-).
- Genitourinario: no globo vesical, PPL (-), PRU (-).
- SNC: LOTEPE, Escala de Glasgow: 15/15, pupilas isocóricas, fotoreactivas, no signos meníngeos.

**Impresión diagnóstica:**

1. Tumor abdominal: D/C Quiste hepático

**EXAMENES AUXILIARES:**

Hemograma:

- Hemoglobina: 13 gr/dL
- Hematocrito: 37.8%
- Plaquetas: 253.00
- Leucocitos: 6.60
- Eosinófilos: 3.0%
- Grupo y factor: O+

Hallazgos TEM abdominal:

- Se evidencio quiste en III y IV segmento del hígado, medida de 82x63x78, volumen: 213 cc, tabiques gruesos.
- Quiste en VIII segmento del hígado, medida de 51x48x50, volumen de 66 cc, calcificado.

Hallazgos ecografía abdominal:

- Quiste hidatídico hepático izquierdo tipo Garby III
- Quiste hidatídico hepático derecho tipo Garby V

**Diagnóstico:**

1. Quiste hepático múltiple

**Plan de trabajo:**

1. NPO

2. Ceftriaxona 2 gr endovenoso pre SOP
3. Paracetamol 1 gr PRN dolor
4. Pase a hospitalización para programar a SOP

### **Evolución:**

Paciente es intervenido en acto quirúrgico de laparoscopia diagnóstica, se realiza punción aspiración instalación y reaspiración con solución hipertónica al 20% más destachamiento y extracción de vesículas hijas y colocación de dren a presión negativa. Paciente tolera acto quirúrgico, muestras histopatológicas positivas para quiste hidatídico. El dren tipo Penrose fue retirado en el tercer día después de la cirugía, ya que la cantidad de líquido drenado era mínima. Paciente cumplió esquema antibiótico con albendazol 400 gr diario por un mes. Cursó con evolución favorable por lo que es dada de alta a los 4 días postoperatorio con control para seguimiento por consultorio externo.

### **Caso Clínico N°3: Fistula Perianal**

Paciente JAMF, masculino de 43 años. Procedente de Ancash.

### **Antecedentes:**

Médicos: niega

Quirúrgicos: niega

Hospitalizaciones: niega

RAM: niega

### **Relato:**

Paciente cursa con un tiempo de enfermedad de 1 mes de inicio insidioso y curso progresivo. Caracterizado por dolor en región perianal derecha asociado a masa, tras 6 meses paciente evidencia salida de líquido por región asociado, síntomas persisten por lo que acude a consultorio externo para evaluación.

### **Examen físico:**

- Signos vitales: PA: 100/60 mmHg; T°:36.8°C; FR:18x'; FC:80x'; SAT:96%
- Piel: tibia, elástica, mucosas hidratadas, llenado capilar menor a 2 segundos, no cianosis, no palidez, no ictericia.

- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, regulares, buena intensidad, no soplos audibles.
- Tórax y pulmones: simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Abdomen: globuloso, blando, depresible, RHA presentes, McBurney (-), Blumberg (-), Rovsing (-), Murphy (-).
- Genitourinario: no globo vesical, PPL (-), PRU (-). En posición genupectoral se evidencia a las horas 3 paquete hemorroidal azulado grande. A la maniobra de Valsalva se observa protrusión de paquetes hemorroidales que luego remiten. En región perianal orificio fistuloso con secreción serohemática.
- SNC: LOTEPE, Escala de Glasgow: 15/15, pupilas isocóricas, fotoreactivas, no signos meníngeos.

### **Impresión diagnóstica:**

1. Fístula perianal

### **Exámenes auxiliares:**

#### Hemograma:

- Hemoglobina: 13.5 gr/dL
- Hematocrito: 38.7%
- Plaquetas: 234.00
- Leucocitos: 6.00
- Grupo y factor: O+

#### Hallazgos fistulografía perianal:

- Se evidencio trayecto fistuloso de bordes irregulares sinuosos, se observa colección de contraste en trayecto, con una longitud vertical de 8.6 cm y longitud oblicua que se extiende 11.7 cm. Siendo en esta última incidencia el ingreso hacia la cavidad del recto que logra ser visible en incidencia lateral.

Hallazgos en proctoscopia:

- Se progresa hasta 20 cm del margen anal, se evidencia mucosa y patrón vascular submucoso conservado. A la salida paquetes hemorroidales violáceos en corona.

**Diagnóstico:**

1. Fístula perianal
2. Hemorroides internas grado II
3. Hemorroide externa grande

**Plan de trabajo:**

- NPO
- Ceftriaxona 2 gr endovenoso pre SOP
- Paracetamol 1 gr PRN dolor
- Pase a hospitalización para programar a SOP

**Evolución:**

Se llevó a cabo una fistulectomía y hemorroidectomía simultánea bajo anestesia general en el paciente colocado en posición de litotomía. Se realizó una incisión perineal para exponer la región perianal afectada y se identificó la fístula perianal rectosigmoidea. Se procedió a la fistulectomía, con la extirpación completa del trayecto fistuloso hasta el recto, utilizando técnica de corte por plano y preservando los esfínteres tanto como fuera posible. Posteriormente, se realizó la hemorroidectomía, con la identificación y extirpación de las hemorroides internas grado II prolapsadas. Se llevaron a cabo ligaduras de las arterias hemorroidales con el objetivo de reducir el flujo sanguíneo a las hemorroides y se realizó la mucopexia para fijar el tejido hemorroidal prolapsado. Se realizó revisión de hemostasia. Paciente salió del acto quirúrgico sin complicaciones, es dado de alta al 3er día postoperatorio con las indicaciones correspondientes y con una cita a los 3 días del alta para control por consultorio de cirugía general.

## **Caso Clínico N°4: Hernia Inguinal**

Paciente BAR, masculino de 81 años. Procedente de Ancash.

### **Antecedentes:**

- Médicos: Hipertensión arterial diagnosticado hace 5 años en tratamiento con losartan de 50 mg todas las mañanas.
- Quirúrgicos: niega
- Hospitalizaciones: niega
- RAM: niega

### **Relato:**

Paciente varón de 81 años cursa con un tiempo de enfermedad de 9 meses de inicio insidioso y curso progresivo. Caracterizado por tumoración en región inguinal izquierda asociado a dolor. Además, paciente manifiesta limitación funcional de miembro inferior izquierdo al leve movimiento de tumoración, asociado a incremento de dolor.

### **Examen físico:**

- Signos vitales: PA: 120/70 mmHg T°:36°C FR:19x' FC:75x' SAT:97%
- Piel: tibia, elástica, mucosas hidratadas, llenado capilar menor a 2 segundos, no cianosis, no palidez, no ictericia.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, regulares, buena intensidad, no soplos audibles.
- Tórax y pulmones: simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Abdomen: globuloso, blando, depresible, RHA presentes, McBurney (-), Blumberg (-), Rovsing (-), Murphy (-).
- Genitourinario: no globo vesical, PPL (-), PRU (-)
- Región inguinal: se evidencia protrusión de masa palpable reductible en región inguinal izquierda, de aproximadamente 7x5 cm, asociado a dolor al movimiento.
- SNC: LOTEPE, Escala de Glasgow: 15/15, pupilas isocóricas, fotoreactivas, no signos meníngeos.



**Impresión diagnóstica:**

1. Hernia inguinal
2. Hipertensión arterial por historia clínica

**Exámenes auxiliares:**

Hemograma:

- Hemoglobina: 15.3 gr/dL
- Hematocrito: 45.3%
- Plaquetas: 246.00
- Leucocitos: 7.00
- Grupo y factor: A+

Hallazgos de ecografía de partes blandas de región inguinal izquierda:

- Tejido celular subcutáneo y plano muscular: en la región inguinal se ve a Valsalva una imagen relacionable a hernia contenido graso mesentérico e intestinal de 11 mm y una extensión caudal de 46 mm aproximadamente, se reduce a la eco presión. Se ubica lateralmente a la arteria epigástrica superficial.

**Diagnóstico:**

1. Hernia inguinal izquierda de aspecto indirecto
2. Hipertensión arterial por historia clínica

**Plan de trabajo:**

- NPO
- Losartan 50 mg c/ 24 h
- Paracetamol 1 gr condicional a dolor
- Pase a hospitalización para programar a SOP

**Evolución:**

Paciente es sometido a hernioplastia por hernia inguinal indirecta, en los hallazgos se encontró defecto herniario de 3.5 cm, saco de 2 cm longitud de contenido graso. Se colocó malla con técnica Lichtenstein. Paciente toleró acto quirúrgico, evoluciona favorablemente, siendo dado de alta al segundo día post

operatorio con las indicaciones correspondientes y control en un mes por consultorio externo de cirugía general.

### **I.3. Rotación de Ginecología y Obstetricia:**

#### **Caso Clínico N°1: Hemorragia Posparto y Atonía Uterina**

Paciente ACAL de 20 años, gestante de 41 semanas 4/7, proveniente de Comas, Lima.

#### **Antecedentes**

Médicos: niega

Quirúrgicos: niega

Hospitalizaciones: niega

RAM: niega

Obstétricos: menarquia a 13 años; régimen catamenial de 5/28 días; G0 P000; PAP nunca realizada; N° de parejas sexuales: 3; N° de controles prenatales: 7

#### **Relato:**

Paciente acude a emergencia con una gestación de 41 semanas 4/7, refiriendo sentir que “se caía agua de su vientre” desde hace 90 minutos aproximadamente, por lo que acude de emergencia a este nosocomio.

#### **Examen físico:**

- Funciones vitales madre: PA: 128/72 mmHg FC: 83x' FR: 18x' T:35.7°C
- Funciones vitales feto: +/- 150 latidos por minuto, NST reactivo.

Madre:

- Piel: tibia, elástica, mucosas semihidratadas, llenado capilar menor a 2 segundos, no cianosis, no palidez.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, regulares, buena intensidad, no soplos audibles.
- Tórax y pulmones: simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

- Abdomen: grávido, blando, depresible, RHA conservados, feto en posición longitudinal cefálica izquierda.
- Genitourinario: no globo vesical, PPL (-), PRU (-).
- Tacto vaginal: cérvix en centralización, blando, 40% borramiento, permeable 1 dedo, además se evidencia pérdida de líquido. Dinámica uterina: regular.
- SNC: LOTEPE, escala de Glasgow: 15/15, pupilas isocóricas, fotoreactivas.

### **Impresión diagnóstica:**

1. Primigesta de 41 semanas 4/7
2. Rotura prematura de membranas

### **Plan de trabajo:**

1. Ingreso a Centro Obstétrico
2. Vía salinizada
3. Se solicita hemograma completo programado a las 6 horas del ingreso, grupo y factor y exámenes serológicos.

### **Evolución:**

Se monitorea a gestante cada 15 minutos para evaluar dilatación y progreso de la dinámica uterina. A las 2 horas del ingreso el patrón se muestra poco reactivo por lo que se le administra suero glicosilado al 5%.

A las 7 horas del ingreso, tacto vaginal persiste con las mismas condiciones por lo que se diagnosticó parto estacionado, se decide iniciar maduración cervical con el uso de prostaglandinas. 2 horas después de iniciada la maduración, tacto vaginal no varía además caen latidos fetales a 93x', se sospecha de desproporción céfalo pélvica y sufrimiento fetal, programando la paciente para culminar gestación vía alta de emergencia.

Paciente es ingresada a sala de operaciones, cesárea segmentaria transversal mediante incisión de Pfannenstiel, mediante anestesia intradural. Se extrae feto, se realiza evaluación y extracción manual de placenta y membranas. Se evidencia una severidad de atonía uterina.

**Plan de trabajo:**

1. Administrar 40 UI de oxitocina
2. Metilergometrina 0,4 mg
3. Dos dosis de misoprostol vía vaginal

**Evolución:**

Se evidencia mejoría de tono uterino en cara posterior sin embargo en cara anterior persiste el cuadro.

**Plan de trabajo:**

1. Colocar balón de Bakri con 400 cc

**Evolución:**

Se reevalúa paciente. Se evidencia hemostasia. Se realiza cálculo de pérdidas, aproximadamente 3 litros de sangre por lo que se realiza reposición de líquidos con 2 litros de cristaloides, más 1 litro de coloides. Además, se administra un paquete de plasma fresco congelado y 1 paquete de plaquetas, consiguiendo tras la administración de 20mg de furosemida, 300 ml de diuresis. Pasa unidad de recuperación, hemodinámicamente estable con PA 120/70 mmHg, saturando 98%. Tras 24 horas postcesárea, no se evidencia sangrado presente. A las 48 horas se retira de manera parcial el balón, quedando el útero contraído a nivel de +1, paciente mantiene hemodinamia estable, 6 horas después se reevalúa paciente, retirándole por completo el balón de Bakri, administrándole 20 UI de oxitocina en 400 ml de suero fisiológico. No se evidencia sangrado, útero se presenta contraído en su totalidad.

Al quinto día post cesárea, paciente tolera dieta oral. Tolerancia sedestación, diuresis espontánea, orina clara. Dada la buena evolución de la paciente, se da de alta con tratamiento de hierro y antibiótico.

**Caso Clínico N° 2: Aborto Espontáneo****Relato:**

Paciente femenino de 20 años es llevada a emergencia refiriendo que desde hace 5 horas dolor en región pélvica de intensidad moderada de tipo cólico, asociado a sangrado vaginal de moderada cantidad con evidencia de coágulos.

Motivo por el cual acude a la emergencia de nuestro nosocomio Refiere FUR hace 11 semanas.

**Antecedentes:**

Médicos: niega

Quirúrgicos: apendicectomizada desde hace 4 años

RAM: niega

Obstétricos: G1P0000; FUR hace 11 semanas; Menarquia a los 12 años; sexualmente activa.

**Examen físico:**

- Signos vitales: PA: 100/70 mmHg; T°:36°C; FR:22x'; FC:100x'; SAT:99%.
- Piel: tibia, elástica, mucosas semihidratadas, llenado capilar menor a 2 segundos, no cianosis, palidez +/-, no ictericia.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, regulares, buena intensidad, no soplos audibles, taquicárdicos
- Tórax y pulmones: simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Abdomen: globuloso, blando, depresible, RHA presentes, McBurney (-), Blumberg (-), Rovsing (-), Murphy (-), dolor a la palpación profunda en región pélvica.
- Genitourinario: no globo vesical, PPL (-), PRU (-)
- Tacto vaginal: se palpa orificio cervical externo e interno abiertos, punta de dedo con mancha de sangres y coágulos.
- SNC: LOTEPE, escala de Glasgow: 15/15, pupilas isocóricas, fotoreactivas, no signos meníngeos.

**Impresión diagnóstica:**

- I. D/C Aborto espontaneo

**Exámenes auxiliares:**

- BHCG cualitativa: positiva

- Ecografía transvaginal: cuerpo uterino de aproximadamente 10x5 cm. Se aprecian áreas hiperecogénicas dentro del endometrio, indicativas de tejido fetal y/o placentario remanente. El cuello uterino muestra dilatación y los tejidos fetales están parcialmente expulsados.

### **Diagnóstico:**

- I. Aborto incompleto

### **Plan de trabajo:**

1. Pasa a hospitalización para AMEU
2. NaCl 0.9% 1000 cc -> 40 gotas por minuto
3. Misoprostol 400mcg vía oral 3 horas antes del AMEU.
4. Control funciones vitales
5. Vigilar signos de alarma

### **Evolución:**

Paciente es llevada a sala de operaciones para realización de AMEU. Se procedió a administrar anestesia general a la paciente en posición ginecológica. Se procedió a realizar el AMEU, se aspiró un contenido aproximado de 50 cc, se realizó una revisión final para verificar la hemostasia. Finalmente, la paciente fue movilizada a su habitación para su reposo. Es dada de alta el mismo día con antibioticoterapia combinada (doxiciclina + metronidazol), analgesia por 7 días y una cita en consultorio de ginecología-obstetricia en 7 días.

### **Caso Clínico N°3: Preeclampsia**

#### **Relato:**

Paciente EHGJ gestante de 30 años, en su semana 38 de gestación por ecografía de primer trimestre, acude a emergencia por presentar edema de miembros inferiores y cefalea intensa. Como antecedentes principales G3P1011, primer embarazo a los 16 años donde se le realizó cesárea por trabajo de parto disfuncional. Gestante negó pérdida de líquido o sangrado vaginal, refirió percibir movimientos fetales y contracciones espontáneas.

#### **Antecedentes:**

Médicos: Cesárea previa por trabajo de parto disfuncional.

Quirúrgicos: Cesárea hace 14 años.

RAM: Niega.

Obstétricos: G3P1011, controles prenatales 5

**Examen físico:**

- Signos vitales: FC: 95 por minuto; FR: 20 por minuto; PA: 165/120 mmHg; SatO<sub>2</sub>: 98%.
- Piel: tibia, elástica, mucosas semihidratadas, llenado capilar menor a 2 segundos, no cianosis, palidez +/-, no ictericia.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, regulares, buena intensidad, no soplos audibles, taquicárdicos
- Tórax y pulmones: simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Abdomen: Altura uterina 34 cm. A las maniobras de Leopold se palpa feto en presentación cefálica, posición longitudinal, de lado izquierdo. Latidos cardiacos fetales de 143 a 162 por minuto.
- Genitourinario: No globo vesical, PPL (-), PRU (-)
- Tacto Vaginal: Cérvix posterior, blando, permeable 1 dedo, membranas ovulares integras, altura de presentación -4, pelvis ginecoide.
- SNC: LOTEPE, Escala de Glasgow: 15/15, pupilas isocóricas, fotoreactivas. No signos meníngeos. Reflejos osteotendinosos aumentados +++.

**Impresión diagnóstica:**

- I. Preeclampsia con criterios de severidad.

**Plan de trabajo:**

- NPO
- Vía salinizada
- Nifedipino a 10 mg vía oral STAT
- Cefalexina 1 gr EV 1 hora antes de entrar a SOP
- Control de funciones vitales
- Balance hidroelectrolítico
- Solicitar exámenes prequirúrgicos para cesárea de emergencia.

**Exámenes auxiliares:**

- Hb: 11.6 g/dL.
- Leucocitos: 10.50
- Plaquetas: 48,000/mm<sup>3</sup>.
- TGO: 83 U/L.
- TGP: 99 U/L.
- LDH: 756 U/L.
- Creatinina: 1.5 mg/dL.
- Proteinuria en orina: +++

**Evolución:**

Paciente fue llevada a sala de operaciones para cesárea de emergencia por preclamsia con criterios de severidad. Se procede a extraer al recién nacido sin complicaciones. Posteriormente de la operación las funciones vitales de la puérpera se reestablecieron a valores normales (PA post cesárea: 130/85), no se asoció ningún síntoma/signo de preeclampsia en su estadía post cesárea, los valores de laboratorio se reestablecieron y la madre fue trasladada a alojamiento conjunto para la estancia con su RN. Siendo dada de alta al 5to día de hospitalización con las indicaciones correspondientes y con la indicación de pasar por consultorio externo al 3er día de su alta hospitalaria.

**Caso Clínico N°4: Miomatosis Uterina****Relato:**

Paciente femenina de 25 años de siglas ACRC acude a la emergencia por sangrado vaginal anormal, refiere presentar metrorragias desde hace 5 meses. Adicionalmente refiere presentar astenia y sensación de masa en hemiabdomen inferior. Sangrado ha aumentado por lo que acude a la emergencia del nosocomio. Paciente también mencionó que tuvo dificultades para quedar embarazada desde hace 1 año.

**Antecedentes:**

Médicos: Síndrome de Ovario Poliquístico desde hace 5 años, Obesidad grado 2 (IMC:36).



Ginecológicos: menarquia a los 11 años, régimen catamenial irregular; primera relación sexual a los 12 años; sexualmente activa.

Quirúrgicos: apendicectomizada hace 10 años.

RAM: penicilinas.

**Examen físico:**

- Signos Vitales: FC: 80 por minuto; FR: 18 por minuto; PA: 110/80 mmHg; SatO2: 99%.
- Piel: tibia, elástica, mucosas hidratadas, llenado capilar <2 segundos, no cianosis, palidez ++/+++, no ictericia.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, regulares, buena intensidad, no soplos audibles.
- Tórax y pulmones: simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Abdomen: blando, RHA presentes, depresible, no doloroso, se palpa útero agrandado de tamaño aproximadamente de 12x8cm de consistencia blanda, superficie lisa.
- Genitourinario: no globo vesical, PPL (-), PRU (-)
- Especuloscopía: no se evidencia sangrado vaginal activo.
- SNC: LOTEPE, escala de Glasgow: 15/15, pupilas isocóricas, fotoreactivas, no signos meníngeos ni de focalización.

**Impresión diagnóstica:**

- I. D/C Masa intrapélvica.

**Plan de trabajo:**

- Se solicita ecografía transvaginal: se evidenció útero de 12x4x3 cm, con masa en su interior compatible con mioma submucoso pedunculado de 3 cm de largo con base pediculada de 0,5 cm de largo en fondo del útero.

**Diagnóstico:**

- Mioma submucoso

**Plan de trabajo:**

- DB + LAV
- Vía salinizada
- Preparar prequirúrgicos para SOP
- En espera de programación para histeroscopia terapéutica.
- Pasa a pabellón de hospitalización

**Evolución:**

Paciente entra a sala de operaciones para una histeroscopia terapéutica, se le administró anestesia regional y se procedió a realizar el procedimiento. Dentro de los hallazgos operatorios se encontró un mioma submucoso pediculado saliendo del fondo del útero de 3 cm de longitud, el cual fue ligado y seccionado desde su base pedunculada. La paciente salió de sala de operaciones sin complicaciones y fue dada de alta al segundo día postoperatorio con las respectivas indicaciones.

**I.4 Rotación De Pediatría:****Caso Clínico N° 1: Crisis Asmática**

Paciente varón HVAB masculino de 9 años.

**Relato:**

Madre de paciente acude refiriendo que menor 12 horas antes de su ingreso presentó rinorrea, tos seca persistente, vómitos en 5 oportunidades precedidos por tos, niega SAT. Madre refiere que 2 horas antes de su ingreso percibió en su menor dificultad para conciliar el sueño, aumento en la frecuencia respiratoria y hundimiento de parrilla costal. Motivo por el cual acude a la emergencia del nosocomio.

**Antecedentes:**

- Médicos: Asma desde hace 1 año no controlado. Tres crisis asmáticas en los últimos 9 meses.
- Quirúrgicos: Niega
- Hospitalizaciones: Niega
- RAM: Niega

**Examen físico:**

- Signos vitales: T 36.7 °C; FR: 32x'; FC: 110x'; SAT: 92%; Peso: 29kg.
- Piel: tibia, elástica, mucosas semihidratadas, llenado capilar menor a 2 segundos, no cianosis, no palidez, no ictericia.
- Orofaringe: leve congestión, leve eritema, sin exudado.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, regulares, buena intensidad, no soplos audibles.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa disminuido en ambos campos pulmonares, se auscultan sibilancias durante la espiración e inspiración. Se evidencian tirajes subcostales e intercostales.
- Abdomen: globuloso, blando, depresible, RHA presentes, McBurney (-), Blumberg (-), Rovsing (-), Murphy (-).
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-), no globo vesical.
- SNC: LOTEPE, escala de Glasgow: 15/15, pupilas isocóricas, fotoreactivas, moviliza las cuatro extremidades.

**Impresión diagnóstica:**

1. Crisis asmática moderada

**Exámenes auxiliares:**

## Hemograma:

- Hemoglobina: 12.30 g/dl
- Hematocrito: 35.60
- Plaquetas: 256.00
- Leucocitos: 11.60
- Segmentados: 82%
- Abastionados: 0%

**Plan de trabajo:**

1. NPO
2. NaCl 0.9% 1000cc -> 580cc EV STAT
3. Dextrosa 5% + NaCl 20% 40cc + KCl 20% 10cc -> 55 gotas por minuto en 8 horas.

4. Dexametasona 8 mg EV STAT, luego 2,9 mg EV c/6 h.
5. Nebulización con Salbutamol 17 gotas + suero fisiológico 4cc c/3 h.
6. Budesónida inhalatorio -> 1 puff c/12 h
7. O2 húmedo condicional a Sat<94%
8. CFV + OSA
9. Pase a Observación

### **Evolución:**

Paciente entró a sala de observación con soporte de oxígeno y medidas ya descritas, distrés respiratorio incrementó y paciente lucía agitado, motivo por el cual se colocó máscara de reservorio a 10L asociado a administración de 1 gr de sulfato de magnesio EV. Se le realizó una placa de tórax para descartar posibilidad de Neumonía Adquirida en la Comunidad, donde solo se evidenció descenso del diafragma, horizontalización de espacios intercostales, sin signos de consolidación. Funciones vitales del paciente se estabilizaron a las 12 horas de tratamiento, siendo trasladado a servicio de hospitalización pediátrica saturando 98% con cánula binasal a 2 litros de oxígeno. A la reevaluación al 4to día de hospitalización paciente ya no era tributario de soporte oxigenatorio, saturando 99% a un FiO2 del 21% y con gran mejoría clínica, siendo dado de alta el mismo día con las indicaciones terapéuticas respectivas.

### **Caso Clínico N° 2: Infección Vías Urinarias**

Paciente varón DMLJ de 10 años, procedente de Carabayllo.

#### **Relato:**

Madre de menor refiere que hace 5 días inicia cuadro con dolor en zona lumbar izquierda, llevado a emergencia donde se le indicó analgésicos y dado de alta con el diagnóstico de "contractura muscular", dolor cedió por 1 día. Posteriormente, dolor lumbar reapareció asociado con sensación de alza térmica (T°: 38°C). Síntomas no calmaban con analgésicos, motivo por el cual madre del menor acude a la emergencia pediátrica del nosocomio.

#### **Antecedentes:**

Médicos: niega

Quirúrgicos: orquidopexia unilateral a los 8 meses de nacimiento.

Hospitalizaciones: niega

RAM: niega

**Examen físico:**

- Signos vitales: T° 38.2 °C; FR: 20x'; FC: 78x'; SAT: 97%; Peso: 33kg.
- Piel: tibia, elástica, mucosas hidratadas, llenado capilar menor a 2 segundos, no cianosis, no ictericia., palidez ++/+++.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, regulares, buena intensidad, no soplos audibles.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no se auscultan estertores.
- Abdomen: globuloso, blando, depresible, RHA presentes, McBurney (-), Blumberg (-), Rovsing (-), Murphy (-).
- Genitourinario: PPL izquierdo (+), PRU (-), no globo vesical.
- SNC: LOTEPE, escala de Glasgow: 15/15, pupilas isocóricas, fotoreactivas, alerta, no signos meníngeos.

**Impresión diagnóstica:**

1. Infección del tracto urinario.

**Plan de trabajo:**

1. Se solicita hemograma, urea, creatinina, examen de orina
2. Reevaluación con resultados.

**Exámenes auxiliares:**

Hemograma:

- Hemoglobina: 12.70 g/dl
- Hematocrito: 37.50
- Plaquetas: 328.00
- Leucocitos: 7.90
- Segmentados: 73%
- Abastionados: 0%

Examen de orina:

- Leucocitos aislados: >50 x campo
- Hematíes 0 – 3 x campo
- Cilindros: ausentes
- Cristales: ausentes
- Gérmenes: ++

**Plan de trabajo:**

1. Dieta Blanda + Líquidos a voluntad
2. Vía salinizada
3. Ceftriaxona 1.3 gr EV c/12h
4. Amikacina 240 mg EV c/12h
5. Metamizol 660 mg EV condicional T°>38°C
6. Control funciones vitales
7. Balance hidroelectrolítico
8. Pase a hospitalización

**Evolución:**

Paciente es llevado a hospitalización donde recibió antibioticoterapia endovenosa. Solo presentar un pico febril de 38.2°C el primer día de hospitalización, tratado con medios físicos. Dolor lumbar cedió al segundo día de tratamiento. Menor no presentó intercurencias hasta el séptimo día de su tratamiento endovenoso, siendo dado de alta con las indicaciones médicas correspondientes y con posterior control en 7 días por consultorio externo de pediatría.

**Caso Clínico N°3: Celulitis**

Paciente ABLJ de 13 años, proveniente de Puente Piedra.

**Relato:**

Paciente femenina de 13 años acompañada de madre acude a la emergencia pediátrica del nosocomio. Madre refiere que desde hace 3 días menor presentaba prurito en región dorsal de pie izquierdo debido a una pequeña picadura de “mosquito”. Madre refiere que dos días antes de su ingreso menor

presentó aumento de volumen y cambio de coloración en zona afectada. Cuatro horas antes de su ingreso paciente presentó pico febril de 38.5 °C, que no cedía con medios físicos, motivo por el la trae a la emergencia del nosocomio.

**Antecedentes:**

Médicos: niega

Quirúrgicos: niega

Hospitalizaciones: niega

RAM: niega

**Examen físico:**

- Signos vitales: T° 38.4 °C; FR: 24x'; FC: 130x'; SAT: 99%; Peso: 40kg.
- Piel: tibia, elástica, mucosas semihidratadas, llenado capilar menor a 2 segundos, no cianosis, no palidez, no ictericia. Se evidencia eritema de bordes irregulares y edema en dos tercios proximales de pie izquierdo, punto de entrada en tercio medio dorsal de pie izquierdo con secreción serosa; caliente al tacto y doloroso a la digitopresión.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, regulares, buena intensidad, no soplos audibles.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan estertores
- Abdomen: globuloso, blando, depresible, RHA presentes, McBurney (-), Blumberg (-), Rovsing (-), Murphy (-).
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-), no globo vesical.
- SNC: LOTEPE, escala de Glasgow: 15/15, pupilas isocóricas, fotoreactivas.

**Impresión diagnóstica:**

- I. Celulitis en pie

**Exámenes auxiliares:**

Hemograma:

- Hemoglobina: 11.60 gr/dL
- Hematocrito: 34.50%

- Plaquetas: 328.00
- Leucocitos: 13.70
- Segmentados: 80%
- Abastionados: 0%

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

1. Dieta Blanda + Líquidos a voluntad
2. Vía salinizada
3. Oxacilina 1 gr EV c/12 h
4. Clindamicina 400 mg c/ 6 h
5. Metamizol 660 mg EV condicional  $T^{\circ} > 38^{\circ}C$
6. Control funciones vitales
7. Balance hidroelectrolítico
8. Pase a hospitalización

#### **Evolución:**

Paciente evoluciona favorablemente con el tratamiento antibiótico endovenoso. Edema y dolor redujeron significativamente para el segundo día de hospitalización. Al no haber interurrencias y con una significativa mejoría clínica, se decide dar de alta a paciente al quinto día de hospitalización. Continuando su tratamiento antibiótico por vía oral de forma ambulatoria y con su cita por consultorio de pediatría en 7 días.

#### **Caso Clínico N°4: Hipoglicemia Neonatal**

Paciente recién nacido iniciales JCLP

#### **Relato:**

La madre y el recién nacido se encontraban en alojamiento conjunto a las 6 horas del nacimiento. Madre del RN llamó a la enfermera de turno para referir que su recién nacido dormía mucho y quería lactar.

#### **Antecedentes:**

Nacido por cesárea debido a feto macrosómico (4300gr), APGAR: 9/10 en 1min y 10/10 a los 5 min. Clampaje tardío de cordón umbilical (3 min). Capurro: 39 semanas.



Madre: 35 años con DM2 desde hace 5 años no controlado.

Padre: no refiere antecedentes.

Grupo sanguíneo: Madre (A+) y RN (A+).

### **Examen físico:**

- Signos vitales: T°: 37.5 °C FR: 50x' FC: 140x'
- Piel: tibia, elástica, mucosas hidratadas, llenado capilar <2", piel sonrosada.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, regulares, buena intensidad, no soplos audibles.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.
- Abdomen: globuloso, blando, depresible, RHA presentes.
- Cordón umbilical: central, cubierto por gasa estéril seca, no signos de flogosis.
- Genitourinario: diuresis (+), ambos testículos descendidos en bolsas escrotales.
- SNC: inactivo, con tendencia al sueño, responde al estímulo, fontanela normotensa, moviliza extremidades.

Motivo por el cual se solicita un hemoglucotest. Siendo el resultado 40 mg/dL.

### **Plan de trabajo:**

1. Pasa a observación.
2. Administrar 8ml de Dextrosa 10% en bolo EV.
3. Luego 20mg de Dex10% x min.
4. CFV
5. Control de glucemias cada 30 min hasta >45 mg/dL.

### **Evolución:**

Recién nacido es trasladado a sala de observación y tras 30 minutos de la administración primer bolo dextrosa al 10% y la infusión continua, recién nacido demostró mayor movilidad e interacción con su madre y presentó un resultado de glucosa capilar de 75 mg/dL. Razón por la cual fue llevado a una habitación

junto a su madre, donde se le proporcionaron orientaciones sobre la lactancia materna y se le informaron los indicadores de alerta en caso de que los síntomas regresaran.

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

Como se relató al inicio de este informe, ambos autores iniciaron su internado en abril del 2023, el primer internado luego de levantarse las medidas por pandemia, aunque se realizó de igual forma con los cuidados adecuados ya que durante el desarrollo de esta, en distintos momentos se habló de un alza en cantidad de casos COVID 19.

Ambos autores, iniciaron el internado en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Sede hospitalaria que se creó en un inicio como un anexo del Hospital Nacional del Niño, en el año 1939, en los inicios del mes de diciembre mediante; mediante la resolución ministerial N° 1870.

El 15 de agosto de 1940, se inauguró la sede, siendo llamado “Preventorio N°1”, con capacidad para 100 camas hospitalarias adecuadas para recibir pacientes pediátricos de ambos géneros con diagnóstico de tuberculosis, que recibirían en su segundo día a 28 pacientes provenientes del Hospital Nacional del Niño.

Posteriormente llamado Hospital Collique por la ubicación de esta. Actualmente el Hospital se denomina Hospital de apoyo Sergio E. Bernales, mediante la resolución ministerial N° 214-84-SA. Ubicado en Av. Túpac Amaru N°8000, distrito de Comas, departamento de Lima, Perú. El cual brinda atención asistencial quirúrgica y clínica integral del paciente, en urgencias y emergencias, prestando servicios de consultorio externo y hospitalización.

La misión de la mencionada unidad hospitalaria “Brindar y garantizar atención de salud integral y especializada en forma oportuna y segura logrando la satisfacción del usuario”; y la visión “Consolidarnos como hospital de alta complejidad, brindando una atención inclusiva con calidad y calidez que genere reconocimiento y satisfacción en nuestros usuarios, con liderazgo técnico, científico y docente en una adecuada infraestructura”.

## **CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL**

Los autores en esta sección del informe pasarán a dar el enfoque teórico de los casos clínicos presentados, tanto del desarrollo de la patología de fondo, así como además del tratamiento planteado versus lo recomendado por las guías clínicas.

### **I.1 Rotación Medicina**

#### **Caso Clínico N° 1: Pancreatitis Aguda**

La pancreatitis aguda es una patología generada por la inflamación del páncreas, que puede desencadenar como peor pronóstico la necrosis del páncreas evolucionando a fallo orgánico y muerte.

En cuanto a la fisiopatología de la pancreatitis, como principal causa se encuentra la litiasis biliar, que representa un 40 a 70% siendo esta la causa más frecuente, teniendo como factores tres opciones: el reflujo biliar que se da a nivel del ducto pancreático, por la obstrucción de un lito a altura de la ampolla de Váter; el edema que se da por el paso de litos; y por último en el esfínter de Oddi se da incompetencia por el paso constante de litos. Tenemos como segunda causa más frecuente de reagudización del páncreas, la ingesta de alcohol, formando parte de un 25 a 35%, cuando ya se tiene pancreatitis crónica de antecedente. En este caso porque se da una síntesis de enzimas en la unidad pancreática o podría producir una gran sensibilización a la función de la colecistoquinina. (1)

Sin embargo, tenemos otras razones etiológicas para pancreatitis biliar, tales como hipertrigliceridemia, traumatismo abdominal de tipo cerrado mayoritariamente, además del uso de medicamentos como algunos antibióticos, antirretrovirales y diuréticos.

La manifestación clínica del cuadro suele tener un inicio insidioso progresivo caracterizado por dolor epigástrico, siendo este el síntoma cardinal, que evoluciona en cuanto a severidad y que se mantiene persistentemente con el paso de las horas llegando a instaurarse por días. El dolor suele ser característicamente urente e irradiado en banda hacia la pared posterior del tórax que presenta mejoría a la posición de inclinación hacia adelante, sin embargo, cabe resaltar que la severidad del dolor o la presencia o no de irradiación no nos

condiciona la gravedad del cuadro clínico. Se asocia al cuadro clínico además en más de un 80% la presencia de náuseas y vómitos. (2)

Durante el examen físico abdominal, en la inspección se visualizará un abdomen globuloso, con distensión abdominal. A la palpación superficial o profunda a nivel del epigastrio existirá presencia de dolor que podría ser difuso cuando estamos frente a cuadro clínico de severidad. A nivel de auscultación puede haber disminución de ruidos hidroaéreos, que suele ser frecuente en más de un 50% que se da a consecuencia de íleo por inflamación. Otra manifestación clínica en piel y escleras podría darse la evidencia de un tinte amarillento sobre todo cuando la causa de la pancreatitis es por cálculos a nivel de colédoco. También tenemos en casos de necrosis pancreática signo de Cullen o de Grey Turner, que no son patognomónicos, pero suelen manifestarse como una mácula equimótica a causa de un sangrado que se da en la región retroperitoneal que evidencia la severidad de este cuadro. (2)

Para su diagnóstico se plantean tres criterios: el ya mencionado síntoma cardinal, el dolor abdominal; a nivel de exámenes auxiliares la elevación de amilasa y/o lipasa sérica en un valor que debe triplicar su rango superior. Y por último considerar los resultados de estudios imagenológicos, para no sólo confirmar su diagnóstico sino además hacer la pesquisa adecuada para la etiología. (1)

Sin embargo, para predecir la magnitud de severidad y mortalidad generada por la patología debe usarse otros instrumentos, como los postulados de Atlanta o basándonos en los resultados de imagen brindadas por una tomografía computarizada.

El manejo adecuado lo decidiremos según la gravedad del cuadro, pero la fluidoterapia será el pilar fundamental para la mejoría de nuestro paciente. Ya que no sólo evita la hipovolemia, sino que trata la hipoperfusión que se da a nivel tisular. Así, nos datan los estudios que la administración de fluidoterapia de manera precoz, en las 24 horas iniciales, disminuye la tasa de morbimortalidad. Igual cabe recalcar, que esto debe ser bajo estricta vigilancia, en pacientes geriátricos o aquellos que tienen afecciones cardíacas o renales, porque podría

ser contraproducente la sobrecarga de volumen en estos pacientes. Incluso generando síndrome de compartimiento abdominal o edema pulmonar. (3)

El síntoma cardinal, como se mencionó, también tiene que ser nuestro objetivo manejarlo, por lo que algunos estudios prefieren usar opioides, dejando de lado a los AINES. Aunque no hay método ni analgésico de elección.

Debemos también priorizar la nutrición en nuestro paciente, a lo que el manejo más conocido es el denominado reposo intestinal. Sin embargo, los últimos estudios realizados indican que manejar a nuestro paciente con una dieta enteral, mantiene protegida la mucosa del intestino, muy por demás de reducir la traslocación bacteriana lo que impide exponer a una sobreinfección. Por lo que actualmente se recomienda la alimentación temprana. (3)

En caso estemos frente a un caso de pancreatitis sobreinfectada, que puede ser evidenciada por un cuadro clínico severo asociado a imagenología sugerente de necrosis pancreática, en ese sentido se da un tratamiento antibiótico empírico. Entre los más indicados piperacilina/tazobactam, carbapenémicos, o metronidazol. (4)

El manejo mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, suele ser de elección en pacientes en los cuáles la etiología es biliar, a causa de cálculos. Asociado a una evidente mejoría clínica y a una reducción de complicaciones. (4)

En el caso de nuestro paciente, se evidencia el cuadro clínico característico de la pancreatitis, se pudo hallar además la causa etiológica en ese caso de origen litiásico. Se hace un adecuado manejo de fluidoterapia y tratamiento analgésico. Se evidencia que no hay compromiso sugerente de necrosis por lo que no se decide iniciar antibioticoterapia. Sin embargo, no se inició una temprana nutrición, lo cual quizá hubiese podido disminuir la estancia hospitalaria. De igual forma se da una positiva evolución clínica del paciente, quién deberá estrictamente seguir las indicaciones médicas y programar su intervención quirúrgica para remitir la razón principal de fondo en su cuadro clínico, los cálculos.

## **Caso Clínico N° 2: Pie Diabético**

El pie diabético es la complicación más frecuente de *diabetes mellitus tipo 2*, debido a la cronicidad de esta, es una patología que compromete al paciente, que lamentablemente puede desencadenar en una evolución desfavorable, llegando incluso a incapacitar al paciente.

Dentro de la etiología, esta se da como consecuencia de los daños a nivel periférico en el sistema neurológico. Además, conlleva además un compromiso vascular. Esto generado por los niveles elevados de glucosa en sangre que no son controlados.

Las manifestaciones clínicas pueden diferenciarse de acuerdo con la etapa en la que se presente nuestro paciente. Tenemos pacientes asintomáticos en pacientes diagnosticados con DM1 o DM2. Y también, los pacientes con síntomas como hormigueo, adormecimiento, además pudieran manifestar un dolor de tipo quemante, o claudicación. (5)

El diagnóstico se hace con el examen físico, cumpliendo un protocolo, es decir: retirando el calzado y todo lo que cubra el pie del paciente. Se examina cada pie, detenidamente evaluando los factores de riesgo como puntos de presión, callos o infecciones, entre otros. Aprovechamos además para evaluar el pulso arterial de la extremidad, el femoral, tibial, y demás. La guía técnica de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control recomienda usar el monofilamento de 10g para poder poner a prueba la sensibilidad que presente nuestro paciente en sus miembros inferiores. De acuerdo con esa pesquisa estratificamos a nuestro paciente si posee o no factores de riesgo, en riesgo bajo, moderado o alto. Además, podemos usar la escala de Wagner para clasificar la úlcera del paciente. (6)

Si nuestro paciente ya tiene una úlcera, la guía nos indica una serie de pasos para limpiar la zona afectada. Se necesita un ambiente aséptico, y materiales como los guantes descartables. La limpieza de la úlcera debe darse sólo y únicamente con suero fisiológico. No se recomienda el uso de antisépticos de forma tópica, ya que no permitirán o retrasarán la cicatrización. Si tenemos una úlcera seca o no existe evidencia de sobreinfección, se debe indicar el uso de

apósitos humedecidos en suero fisiológico para que la úlcera permanezca en un ambiente húmedo. (7)

El paciente del caso expuesto tiene ya manifestaciones clínicas claras y evidentes de pie diabético que incluso ha llegado a necrosis del tercer dedo del pie derecho. Al estar comprometido ya sistémicamente, se le cubre al paciente con un esquema antibiótico de amplio espectro como la medida terapéutica decidida, favorablemente el paciente logró controlar sus glicemias con una escala móvil y se solicitó consultar sobre cirugía cardiovascular que tuvo una respuesta positiva para una intervención quirúrgica por lo que se pasó a su servicio. El paciente tuvo una evolución beneficiosa y fue dado de alta.

### **Caso Clínico N° 3: Neurocisticercosis**

La cisticercosis es una enfermedad parasitaria causada por quistes de la *Taenia solium*, que pueden desarrollarse en distintas partes del cuerpo, llegando incluso al cerebro en algunos casos, donde provocan la neurocisticercosis, una forma grave que puede desencadenar convulsiones e incluso resultar mortal. Afecta a personas de todas las edades, pero es más frecuente en adultos entre los 20 y 50 años, especialmente en áreas con bajos recursos socioeconómicos, donde hay crianza de cerdos al aire libre o consumo de carne de cerdo contaminada. Los humanos son los huéspedes definitivos de la *Taenia solium*. La infección ocurre al consumir carne de cerdo poco cocida que contiene huevos embrionados de *T. solium*, las oncosferas penetran la mucosa intestinal y migran a través del torrente sanguíneo. Principalmente se alojan en los tejidos musculares, aunque algunas pueden atravesar la barrera hematoencefálica y establecerse como cisticercos en el cerebro, ya sea en áreas intraparenquimatosas o extraparenquimatosas. Los síntomas varían según el tamaño y la ubicación del parásito, pudiendo manifestarse de manera asintomática, con cefalea, convulsiones o hidrocefalia. En las formas parenquimatosas, la epilepsia es la manifestación clínica más común, presente en el 60-90% de los casos, mientras que en las formas extraparenquimatosas, la hidrocefalia es la manifestación principal en aproximadamente el 70% de los pacientes. (8)

El diagnóstico definitivo se realiza a través de estudios de neuroimagen. La tomografía axial computarizada (TAC) es generalmente la primera opción, ya que permite visualizar eficazmente la presencia de cisticercos intraparenquimales.



Sin embargo, si se sospecha la existencia de quistes en compartimientos extraparenquimales, se justifica el uso de resonancia magnética (RM), ya que esta técnica es superior para visualizar los cisticercos dentro de estos espacios. El tratamiento principal consiste en el uso de antihelmínticos como el albendazol y/o praziquantel, administrados durante 10 días. Además, se añade el uso de corticoesteroides antes de iniciar el efecto antihelmíntico. Esto se debe a que la muerte del cisticerco puede desencadenar una respuesta inflamatoria exagerada en el huésped, lo que puede empeorar los síntomas iniciales. Por lo tanto, los corticoesteroides están indicados en casos de neurocisticercosis para mitigar esta reacción inflamatoria. (9)

Asimismo, se suele administrar profilaxis antiepiléptica a los pacientes que han presentado convulsiones. Los fármacos más comúnmente utilizados son la carbamazepina, fenitoína y fenobarbital, entre otros. No existe evidencia que sugiera un manejo diferente en comparación con otros tipos de epilepsia; la elección del fármaco dependerá de su disponibilidad y costo en el momento del tratamiento. Existen otras alternativas quirúrgicas, pero están reservadas a casos extraparenquimales. (10)

En el caso clínico mencionado, se describe a un paciente con síntomas indicativos de neurocisticercosis. La pronta realización de estudios de neuroimagen permitió un diagnóstico temprano, lo que posibilitó iniciar un tratamiento oportuno con albendazol para prevenir posibles complicaciones a futuro. El paciente evolucionó favorablemente y pudo ser dado de alta a los 7 días de su ingreso.

#### **Caso Clínico N° 4: Cetoacidosis Diabética**

La cetoacidosis diabética es una de las complicaciones más serias de la *diabetes mellitus*, caracterizada por acidosis metabólica, presencia de cetonas en la orina y niveles elevados de glucosa en sangre. Su origen puede estar relacionado con diversos factores desencadenantes, como el incumplimiento del tratamiento con insulina, el debut de la diabetes, infecciones, entre otros. Se manifiesta clínicamente de forma rápida, generalmente en menos de 24 horas desde su inicio, con síntomas como vómitos, dolor abdominal, aumento de la micción y sed excesiva. La respiración de Kussmaul, una hiperventilación compensatoria, es un signo muy frecuente en estos pacientes. (11)

Los criterios diagnósticos de cetoacidosis diabética según la Asociación Americana de Diabetes incluyen niveles de glucosa superiores a 250 mg/dL, pH por debajo de 7.30, bicarbonato plasmático menor a 18 mEq/L y presencia de cetonas en la orina y/o en el plasma. La gravedad de la condición se determina según el pH y los niveles de bicarbonato plasmático. (11)

El tratamiento consiste en la corrección de trastornos hidroelectrolíticos presentes junto con la administración correcta de insulina. El primer paso consiste en una buena fluidoterapia para poder expandir el volumen extracelular, esto incrementa la respuesta de la insulina para reducir la osmolalidad plasmática. Se prefiere la utilización de insulina regular debido su disponibilidad y reducido costo. La insulina regular puede usarse primero en bolo intravenoso a dosis de 0,1 UI/kg, seguido a los 5 minutos de una infusión continua de insulina a 0,1 UI/kg por hora. El seguimiento de estos pacientes es crucial, y se recomienda realizar mediciones de glucosa sérica cada hora hasta su estabilización. Además, dependiendo de la gravedad del caso, se pueden controlar los niveles de electrolitos séricos y el pH cada 2 a 4 horas. (12)

En el caso presentado, se identificó a un paciente que debutaba con un cuadro de *diabetes mellitus* acompañado de cetoacidosis diabética. La presencia de signos clásicos como la respiración de Kussmaul, el dolor abdominal y los vómitos, respaldaron la sospecha diagnóstica. Gracias a una pronta respuesta por parte del personal de salud, que evaluó rápidamente los niveles de glucemia, se pudo intervenir de inmediato con una adecuada reposición de fluidos y administración de insulina, lo que permitió normalizar los valores de glucemia del paciente en las primeras 24 horas.

## **I.2 Rotación de Cirugía**

### **Caso Clínico N°1: Apendicitis Aguda**

Esta es una patología común que se engloba dentro de lo denominado abdomen agudo del tipo quirúrgico. Consiste en la inflamación del apéndice cecal, que puede generar una serie de complicaciones e incluso llevar al paciente a la muerte. Por lo que es considerada una urgencia quirúrgica.

Tenemos en esta patología signos y síntomas ya ampliamente estudiados. Por ejemplo, el dolor abdominal es de tipo cólico que suele instaurarse las primeras

horas en epigastrio o a nivel umbilical para posteriormente migrar a la fosa ilíaca derecha, que se acompaña de náuseas o vómitos, y anorexia. Posteriormente se ve asociada de fiebre de hasta 38°C, para luego hacerse evidente la inflamación con una elevación de los leucocitos en un examen sanguíneo. (13)

Para el diagnóstico, es netamente clínico teniendo en cuenta los signos como el Mc Burney positivo, entre otros signos positivos a abdomen quirúrgico. Se puede usar exámenes complementarios como tomografía axial computarizada, que una sensibilidad mayor al 97%, pero implica un costo mucho más elevado en un sistema precario como el de nuestro país. (13) En caso de pacientes femeninas debemos tener en cuenta también patologías anexiales como un quiste a pedículo torcido o embarazo ectópico, como diagnóstico diferencial.

El tratamiento es quirúrgico y puede ser con abordaje vía laparoscópica o abierta, sin embargo, puede darse una conversión de abordaje de acuerdo con el panorama que se encuentre el cirujano al ingresar a la intervención. Es importante recalcar, que también se debe cubrir a nuestro paciente con antibioticoterapia. quirúrgico y puede ser con abordaje vía laparoscópica o abierta, también puede darse una conversión de abordaje de acuerdo con el panorama que se encuentre el cirujano al ingresar a la intervención. Es importante recalcar, que también se debe cubrir a nuestro paciente con antibioticoterapia. (13,14)

En el caso del paciente presentado, tenemos un paciente que cumple los criterios de la cronología de Murphy. Por lo que, sin necesidad de un examen imagenológico, se cumple el protocolo de antibioticoterapia y abordaje quirúrgico de manera oportuna, evitando de esa manera una complicación mortal. El paciente evoluciona favorablemente, siendo dado de alta.

### **Caso Clínico N°2: Quiste Hepático**

El quiste hepático, esta patología es una lesión poco frecuente. Pueden ser benignas o malignas, y pueden conllevar a nuestro paciente a la muerte.

La etiología se clasifica si es infeccioso o no infeccioso. Los quistes hepáticos pueden ser asintomáticos, sólo presentan síntomas de un 10 a 15 %, lo que engloba dolor abdominal, náuseas o dolor torácico. El paciente también podría evidenciar ictericia o manifestar ascitis. Suele tener un predominio mayor en

mujeres que en varones, a una razón de 4 a 1. Sin embargo, es importante recalcar que en gran parte se presenta esta patología de manera congénita. (15)

Su hallazgo suele ser incidental, cuando una paciente está realizándose evaluaciones generales o acude por síntomas inespecíficos, por lo que para apoyo diagnóstico necesitamos definitivamente imágenes no sólo ecográficas, sino de ser posible imágenes tomográficas.

El manejo terapéutico puede ser no quirúrgico, como por ejemplo la punción-aspiración o quirúrgicas como ablación con radiofrecuencia usando laparoscopia o laparotomía, y se complementa con medicamentos de acuerdo con la etiología que estemos abordando. (15)

Para nuestra paciente se da un abordaje no quirúrgico que compete a la punción aspiración, con una solución hipertónica adecuada para el procedimiento. El resultado patológico es positivo para quiste hidatídico por lo que recibe un esquema de un mes completo con Albendazol de 400ug, evolucionando favorablemente.

### **Caso Clínico N°3: Fístula Perianal**

Las fístulas anorrectales surgen como resultado crónico de una fase aguda perirrectal que conduce a la formación de un absceso anal. Este absceso, al romperse o drenarse, puede generar un canal epitelizado que conecta el absceso en el ano o el recto con la piel perirrectal. En este contexto, abordaremos las manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento asociados con las fístulas anorrectales. (16)

En su mayoría, estas fístulas tienen su origen en glándulas criptoglandulares infectadas en la cripta anal. No obstante, también pueden tener su origen en otras condiciones como la enfermedad de Crohn, lesiones durante el parto, proctitis inducida por radiación, presencia de cuerpos extraños en el recto, enfermedades infecciosas y malignidades. (16)

La verdadera prevalencia de las fístulas anales sigue siendo incierta debido a la frecuente confusión con síntomas de hemorroides. No obstante, se estima que la incidencia de fístulas anales originadas a partir de un absceso anal oscila entre

15 - 38%, siendo más común en hombres adultos y con una edad media de presentación alrededor de los 40 años. (16)

Desde el punto de vista clínico, estas fístulas se manifiestan con dolor, drenaje purulento y lesiones cutáneas perirrectales. El diagnóstico se basa en la identificación de los orificios interno y externo, y el trayecto que los conecta, generalmente confirmado durante un examen bajo anestesia. En casos de fístulas complejas o recurrentes, se pueden emplear estudios de imágenes como la resonancia magnética y la endosonografía. (17)

El tratamiento principal es quirúrgico, para eliminar la fístula y preservar la función continental del paciente. El enfoque quirúrgico varía según el tipo de fístula y puede implicar diferentes procedimientos para fístulas simples y complejas. (17)

En el caso presentado, se relata el caso de un paciente masculino de 43 años que presenta una fístula perianal junto con la presencia de hemorroides internas y externas, cuya confirmación se realizó mediante una proctoscopia. Para abordar esta condición, se llevó a cabo una intervención quirúrgica que incluyó una hemorroidectomía combinada con una fistulectomía. Durante el procedimiento, el paciente mostró una buena tolerancia sin la aparición de complicaciones significativas, lo que permitió su alta hospitalaria al tercer día del postoperatorio.

#### **Caso Clínico N°4: Hernia Inguinal**

Las hernias inguinales son protrusiones viscerales de la pared abdominal en la región inguinal. Esta debilidad puede ser el resultado de diversos factores, como predisposición genética, deterioro de los tejidos conectivos y aumento de la presión abdominal, ya sea por razones congénitas o adquiridas. Conforman aproximadamente 60% de las hernias de la pared abdominal son hernias inguinales. (18)

En términos de su desarrollo, las hernias inguinales se forman cuando hay debilidad en la región inguinal, permitiendo que el tejido abdominal sobresalga a través de esta área vulnerable. Esto puede ocurrir debido a diversos factores, como el género masculino (relación 3:1 con respecto a las mujeres),

envejecimiento, el embarazo, la obesidad o actividades que ejercen presión sobre la pared abdominal. (18)

El desarrollo de hernias inguinales es multifactorial, estos incluyen: historia familiar de primer grado con hernias inguinales, edad avanzada, embarazo, tos crónica, estreñimiento y actividades que implican un esfuerzo físico intenso, ya que todos estos pueden aumentar la presión intraabdominal y debilitar la pared abdominal, predisponiendo a la formación de hernias. (18)

En cuanto a su clasificación, las hernias inguinales se dividen en dos tipos principales: directas e indirectas. Las primeras ocurren cuando el tejido abdominal protruye a través de una debilidad en la fascia transversalis, parte fundamental de la pared posterior del conducto inguinal, mientras que las segundas se forman cuando el tejido abdominal sobresale a través del canal inguinal, un defecto congénito en la pared abdominal. Otra agrupación de mucha utilidad es la Clasificación de Nyhus (1991) que divide a las hernias inguinales en 4 subtipos. (18)

Clínicamente, los pacientes suelen expresar pesadez o malestar en la región inguinal con o sin presencia de masa visible, este aumenta especialmente cuando realizan excesivo esfuerzo físico o a la Valsalva. En estadios avanzados, cuando el defecto herniario es más pequeño que el saco, los pacientes expresan dolor intenso en el área afectada. Este dolor es producto de la constricción del saco herniario con el defecto. En casos más graves, pueden desarrollar complicaciones como obstrucción intestinal o estrangulamiento. (19)

El tratamiento principal para las hernias inguinales sintomáticas o complicadas es la intervención quirúrgica, que busca reparar la debilidad en la pared abdominal y devolver el tejido abdominal a su posición habitual. Dentro de las cirugías abiertas la más conocida es la técnica de Lichtenstein. Existen otras técnicas no protésicas como la de McBay, Bassini, Shouldice usadas a criterio del cirujano a cargo de la cirugía. Cada una con diferentes puntos de reparo anatómicos diferentes, ventajas y desventajas ante la reparación de defectos herniarios. (20)

El caso presentado describe a un paciente de edad avanzada con una hernia inguinal indirecta reducible. El diagnóstico fue confirmado mediante ecografía de

partes blandas. Para su tratamiento quirúrgico, se empleó una malla protésica utilizando la técnica de Lichtenstein con un abordaje anterior. El paciente toleró la intervención quirúrgica y fue dado de alta sin complicaciones al segundo día postoperatorio.

### **I.3 Rotación de Ginecología y Obstetricia**

#### **Caso Clínico N°1: Hemorragia Posparto y Atonía Uterina**

La hemorragia posparto es responsable de más de un tercio de mortalidad materna, siendo su principal razón la atonía uterina. Situación que pudimos evidenciar en el caso expuesto.

La hemorragia se define como pérdida de sangre de más de 500 ml en un parto eutócico o más de 1000ml en un parto por cesárea. En ese sentido la atonía uterina cuenta como factor importante ya que se da una incapacidad muscular para contraerse luego del parto. Sin embargo, en un 50% no se puede evidenciar algún factor de riesgo asociado.

De acuerdo con el protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), se recomienda para la estabilidad hemodinámica una monitorización constante de las funciones vitales además de canalizar periféricamente y administrar fluidoterapia. Manejo que se dio de manera adecuada en el caso relatado, ya que se evidenció una hemorragia de unos 3 litros, por lo que se le trató con coloides y cristaloides. La SEGO también recomienda el uso de expansores y de ser necesario trasfundir paquetes de plasma fresco congelado. Posteriormente evaluar a la paciente con exámenes analíticos seriados en hemoglobina y hematocrito. (22)

En cuanto al manejo adecuado para atonía uterina, la SEGO nos orienta como primera decisión realizar un masaje uterino adecuado, asociado además la administración de uterotónicos, como oxitocina en 40UI diluido en 500 de suero fisiológico u otros medicamentos como la metilergometrina o el misoprostol. De persistir el sangrado se nos brinda 3 opciones sin recomendar una por encima de otra, como por ejemplo compresión uterina con el balón de Bakri, compresión externa u otros. La segunda opción mencionada, el uso de suturas compresivas como B-lynch y ya como una opción más radical, pero en vista de salvaguardar la vida de la paciente se considera la histerectomía parcial o total. (22)

En el caso de nuestra paciente, la hemorragia no cede con los uterotónicos, sino se incluye además el uso de balón de Bakri, ya que nos ayuda a limitar la causa de la hemorragia que era la atonía uterina. La evolución se dio de manera favorable con el paso de los días, pero notoriamente se tuvo que realizar un adecuado monitoreo para evitar riesgos.

### **Caso Clínico N° 2: Aborto Incompleto**

En el segundo caso se presentó un aborto incompleto, definido como la pérdida espontánea del embarazo antes de las 20 semanas de gestación con la subsecuente expulsión parcial del producto por medio de la apertura del cuello uterino, quedando dentro de la cavidad uterina, rezagos ovulares o de membranas. Las pacientes que llegan a presentar este cuadro llegan a la emergencia refiriendo dolor en hemiabdomen inferior tipo cólico, súbito, asociado a metrorragia persistente. (23)

El tratamiento definitivo es el legrado uterino del contenido endouterino restante. Según las recomendaciones de la ACOG en 2017, se utiliza 400 µg de misoprostol vía vaginal 3 a 4 horas antes del procedimiento, esto para poder permeabilizar al cuello cervical para la posterior extracción de restos endouterinos. La extracción puede ser forma manual utilizando una pinza tirabala para sujetar la parte anterior del cuello uterino y retirar los restos mediante una pinza Foester adosada a una gasa estéril. Otra opción es emplear el dispositivo de Aspiración Manual Endouterina (AMEU), el cual se utiliza específicamente para interrumpir gestaciones hasta las 14 semanas de duración, tal como se aplicó en el caso mencionado. (24, 25)

En el caso presentado, una paciente de 20 años ingresó a urgencias con dolor pélvico tipo cólico y sangrado anormal, sintomatología altamente indicativa de un aborto espontáneo. El diagnóstico se sustentó en un resultado positivo de la hormona gonadotropina coriónica humana (beta-hCG) y la identificación de restos ovulares en la ecografía transvaginal, confirmando así la presencia de un aborto incompleto. Dado que la edad gestacional concordaba con las 11 semanas, se optó por realizar un Aspirado Manual Endouterino (AMEU) para la extracción de los restos de tejido intrauterino. La paciente no presentó complicaciones durante su hospitalización y toleró el procedimiento quirúrgico



sin interurrencias. Su evolución fue favorable, lo que resalta la importancia de una atención médica oportuna para prevenir complicaciones potencialmente graves como la de un aborto séptico.

### **Caso Clínico N° 3: Preeclampsia**

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo asociado a la gestación que afecta del 2 – 8% de embarazos. Su definición se describe como el inicio de hipertensión arterial de nueva aparición ( $>140$  mmHg sistólica o  $>90$  mmHg diastólica) junto con o sin proteinuria y/o daño de algún órgano blanco posterior a la semana 20 de gestación o postparto. Su patogénesis implica tanto factores placentarios como maternos. El problema fundamental radica en la anormalidad en el desarrollo de la vasculatura placentaria durante las primeras etapas del embarazo, lo que conduce a una relativa falta de irrigación, hipoxia, isquemia y estrés oxidativo en la placenta. Esto desencadena la liberación de factores antiangiogénicos en la circulación materna, provocando disfunción endotelial sistémica. La mayoría de los casos se presentan en el periodo prematuro tardío (entre la semana 34 y 37 de gestación). La preeclampsia tiene varios factores de riesgo importantes, entre ellos se incluyen antecedentes de preeclampsia, diabetes pregestacional, nuliparidad, hipertensión crónica, obesidad pregestacional, edad materna avanzada y antecedentes familiares de preeclampsia en primer grado. (26)

Su presentación clínica se puede dividir en si presenta o no signos de severidad. La preeclampsia con signos de severidad se puede presentar con hipertensión grave (aquella que presenta presión sistólica  $\geq 160$  mmHg y/o presión diastólica  $\geq 110$  mmHg) o signos de cefalea intensa holocraneana, visualización de escotomas, epigastralgia intensa o eclampsia. Estos signos son indicadores de alarma para la evaluación médica urgente y la inmediata inducción al parto y/o cesárea. (26)

El uso de aspirina a dosis bajas a partir de la semana 16 de gestación puede disminuir la incidencia de preeclampsia en mujeres con alto riesgo de desarrollarla. En casos de preeclampsia severa en gestaciones mayores a 34 semanas, se indica la finalización del embarazo. Se considera que el parto es el

tratamiento definitivo para la preeclampsia, ya que reduce significativamente el riesgo de complicaciones graves tanto para la madre como para el feto. (27)

El tratamiento de la hipertensión grave, definida por una presión sistólica  $\geq 160$  mmHg y/o presión diastólica  $\geq 110$  mmHg, requiere terapia antihipertensiva. Entre los fármacos utilizados se encuentran el labetalol, la hidralazina y el nifedipino, siendo este último el más comúnmente empleado en nuestra región. Además, en casos de preeclampsia con criterios de severidad, se recomienda la administración de sulfato de magnesio para prevenir convulsiones maternas (eclampsia). Por otro lado, en pacientes sin signos de gravedad, se adopta un enfoque expectante hasta alcanzar las 37 semanas de gestación. (27, 28)

En el caso presentado, tenemos una paciente de 38 semanas de gestación. La cual desarrolla un cuadro clínico de preeclampsia que además es confirmada con la analítica laboratorial. De acuerdo con lo ya expuesto, es de medida terapéutica culminar la gestación si está ya lleva más de 34 semanas. Por lo que a nuestra paciente la llevaron a cesárea por emergencia. Evolucionando favorablemente y sin presentar otro pico de presión arterial elevada. De igual forma se le dio la consejería adecuada para que vuelva asistir a su control por consultorio externo.

#### **Caso Clínico N° 4: Miomatosis Uterina**

La miomatosis uterina es la neoplasia benigna de músculo liso más frecuente en las mujeres. Su incidencia y prevalencia aumentan según los años reproductivos. (29)

La presentación clínica suele manifestarse en 3 grandes grupos: por sangrado uterino anormal, sensación de masa y disfunción reproductiva. Su diagnóstico es clínico y se apoya en la visualización del leiomioma en una ecografía pélvica. Otros métodos diagnósticos, como la histerosonografía, son útiles para visualizar los leiomiomas dentro de la cavidad uterina, como los miomas submucosos, que pueden ser difíciles de evaluar mediante ecografía pélvica convencional. (29)

Existen diferentes tipos de leiomiomas uterinos que pueden distinguirse según su tamaño y ubicación. Estos tipos se clasifican según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) del 2017, que identifica ocho categorías diferentes. (29)

El enfoque terapéutico puede variar según el deseo de preservar la fertilidad de los pacientes. Para aquellos que deseen preservarla, se puede contemplar la extirpación del leiomioma con un enfoque histeroscópico, si su ubicación lo permite, tal como se ilustró en el caso mencionado. Otras opciones que preservan la fertilidad incluyen medidas farmacológicas, como el empleo de anticonceptivos combinados de estrógeno y progestina, dispositivos intrauterinos que liberan progestina, análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), entre otros. (29,30)

Para aquellas pacientes que no deseen fertilidad futura y presenten síntomas persistentes debido al leiomioma, se puede optar por una cirugía abierta o laparoscópica con una histerectomía parcial o total, según el tamaño y sitio del mioma. (30)

En el caso expuesto, se optó por retirar el mioma por histeroscopia debido a la ubicación del mioma y al deseo de la paciente de aún mantener su fertilidad deseada. Esta intervención no solo permitió resolver los síntomas clínicos de la paciente, sino que también se consideró beneficiosa para mejorar su fertilidad.

#### **1.4 Rotación De Pediatría**

##### **Caso Clínico N°1: Crisis Asmática**

El asma engloba una de las principales patologías crónicas en un paciente pediátrico. Y su importancia radica en que lamentablemente es una afección que deteriora la calidad de vida de los pacientes.

Esta se define como una obstrucción crónica en vías aéreas inferiores, que generalmente su causa es inflamatoria. (31)

Su cuadro clínico característico, como tos exigente, uso de musculatura accesoria o disnea suelen bastar para hacer un diagnóstico, pero se sugiere realizar una espirometría para corroborar el diagnóstico. (31)

En el caso de nuestro paciente, ya se le diagnosticó con asma y no estaba controlado y se le veía en 3 crisis en los últimos 9 meses. Por lo que el manejo en esta situación fue estabilizarlo en primera instancia.

Por lo que se siguió un manejo de acuerdo con la gravedad de la crisis. Que según el score pulmonary que sería la escala que se usa en estas situaciones.

Nuestro paciente se ubicó en una crisis asmática grave, la cual se tiene recomendada dar el soporte oxigenatorio necesario para una saturación por encima de 92%, administración de un corticoide sistémico y la nebulización cada 20 minutos por una hora. Para luego ser reevaluado al término de esta.

Nuestro paciente evoluciona favorablemente luego de ser hospitalizado y presentar mejoría clínica. Sin embargo, es imperioso en esta situación abordar a nuestro paciente con un enfoque familiar, ya que los apoderados del menor deberían hacerle seguimiento a su cuadro, buscando un medicamento de mantenimiento para sus crisis y además evaluar si el menor está siendo afectado por otros factores de riesgo, como familiares fumadores dentro del hogar, jardines o alérgenos que pudieran incrementar la sensibilidad de nuestro paciente.

### **Caso Clínico N°2: Infección de Vías Urinarias**

Esta patología es de las más frecuentes presentadas en el área de pediatría, lógicamente por todos los factores que conlleva este grupo etario. Hasta los 6 meses de vida, suele ser más frecuente en varones. Por encima de los 12 meses, las niñas son más afectadas por esta patología, en una relación amplia de 1 a 10. (32)

Se caracteriza como una entidad clínica que se manifiesta con síntomas de origen urinario, acompañados de inflamación y bacteriuria. Por otro lado, se define como bacteriuria asintomática a sólo la presencia de bacteriuria sin leucocituria o verse asociada a síntomas. (32)

El enfoque terapéutico se orienta según la localización de la infección, clasificándola en alta o baja según la anatomía correspondiente. Sin embargo, la identificación precisa de la ubicación puede ser desafiante desde el punto de vista clínico, especialmente en niños, quienes tienden a no colaborar durante el examen físico.

Nuestro manejo debe de ser adecuado y oportuno, para evitar consecuencias o secuelas como daño renal y primar el alivio de los síntomas.

En ese sentido, debemos iniciar con la muestra de orina para cultivo, para iniciar con el tratamiento. El cuál será empírico, y variará en administración y duración

de acuerdo con la mejoría clínica de nuestro paciente, pero el margen de mínimo 7 días y como máximo 10 días, por ejemplo, en casos como pielonefritis. Para luego ser confirmado con el resultado de urocultivo tomado, para saber si el tratamiento administrado fue el preciso para el microorganismo invasor. (32, 33)

En el caso de nuestro paciente, presento clínica característica, que lamentablemente en una primera instancia no se supo identificar. Alargando y complicando el cuadro de nuestro paciente. Posteriormente, ya con el diagnóstico correcto, nuestro paciente tuvo un tratamiento adecuado y evolucionó favorablemente. Igual es sugerente en ese caso presentado al no ser tan común una infección urinaria en un varón, llevarlo a controles ecográficos y descartar alguna patología de fondo.

### **Caso Clínico N°3: Celulitis**

Tenemos conocimiento de distintas patologías que afectan el sistema tegumentario. Estás van a tomar una presentación clínica y manejo de acuerdo con la capa de la piel que se presente.

En el caso expuesto, estamos ante un cuadro típico de celulitis. Por definición esta se circunscribe a la dermis y tejido celular subcutáneo. Se manifestará con una placa, de aspecto eritematoso, al tacto se manifestará dolor y se evidenciará aumento de temperatura y volumen. De bordes indefinidos y puede conllevar clínica sistémica, asociada además a presencia de inflamación de ganglios linfáticos adyacentes. Generalmente el *S. aureus* o *S. pyogenes* suelen ser los agentes más frecuentes. Sin embargo, los factores de riesgo que van a predisponer a desarrollar este cuadro son las heridas por picaduras de insecto o inclusive otras infecciones en la piel previamente que debilitan la capa protectora. (34)

El diagnóstico es clínico, como analizamos en el caso presentado. Sin embargo, siempre debemos considerar otros diagnósticos diferenciales como erisipela o inclusive fascitis necrotizante, en esos casos se debería realizar una ecografía para descartar esa duda diagnóstica. (34)

El tratamiento debe prioritariamente cubrir los agentes más frecuentes. Este puede iniciarse de forma oral siempre y cuando no haya compromiso sistémico en nuestro paciente. En el caso presentado nuestro paciente si presentaba

síntomas sistémicos, por lo que se decidió hospitalizarlo e iniciar el tratamiento vía endovenosa. Por lo que nuestro paciente recibió tratamiento con oxacilina y clindamicina, que está dentro del esquema recomendado. En este caso también influye la posición del miembro afectado y el reposo absoluto para poder ayudar a disminuir la edematización que suele acompañar el cuadro. El paciente terminó su tratamiento endovenoso dando pase al tratamiento vía oral para que sea culminado en casa, siendo dado de alta por su notoria mejoría clínica.

#### **Caso Clínico N°4: Hipoglicemia Neonatal**

La hipoglucemia neonatal es uno de desórdenes metabólicos neonatales más frecuentes. Su prevalencia es aproximadamente 5 – 15% en neonatos saludables y 54% en recién nacidos pretérmino. Su definición concreta aún no está bien descrita, pero según distintas guías internacionales se puede definir como el descenso de niveles de glucosa por debajo de 45 mg/dL posterior a las 2 horas de vida. (35)

Las causas subyacentes que pueden provocar hipoglucemia neonatal se pueden clasificar en tres categorías principales: deficiencia de reservas de glucógeno, hiperinsulinismo y aumento del consumo de glucosa. Los bebés prematuros, pequeños para la edad gestacional y aquellos con retraso del crecimiento intrauterino suelen presentar reservas de glucógeno inadecuadas, lo que los hace más propensos a desarrollar hipoglucemia.

Por otro lado, el hiperinsulinismo se observa en hijos de madres diabéticas y bebés macrosómicos. Además, situaciones de estrés como la hipoxia, la sepsis y la hipotermia pueden aumentar la demanda y el consumo de glucosa, contribuyendo así al desarrollo de hipoglucemia en recién nacidos. (35,36)

Los síntomas de la hipoglucemia neonatal pueden variar y son inespecíficos, pudiendo manifestarse como irritabilidad, succión deficiente, temblores, apatía, convulsiones e incluso coma. El diagnóstico se realiza mediante pruebas de laboratorio que revelan niveles de glucosa capilar inferiores a 45 mg/dL, ya sea en presencia o ausencia de síntomas. (36)

En el caso de recién nacidos asintomáticos con hipoglucemia, se recomienda la administración de leche materna de manera manual, con un monitoreo minucioso de los niveles de glucosa pre y post prandiales. En recién nacidos con

hipoglucemia sintomática se inicia con un bolo de dextrosa al 10% a dosis de 2ml/kg (4ml/kg si presenta convulsiones). (36)

Posterior al primer bolo de dextrosa se continúa con una infusión continua de glucosa de 5 a 8 mg/kg/min. Los controles de glucemia después de cada bolo son a los 30 minutos y luego cada 1 a 2 horas. Si la glucemia es estable por 12 a 24 horas y permite la vía oral, se recomienda reducir la infusión de glucosa en 10 a 20% hasta su retiro. (36, 37)

En el caso del neonato, nacido a 39 semanas de gestación según Capurro, con un peso macrosómico de 4300 gramos y de madre diabética no controlada, se observa un mayor riesgo de desarrollar hipoglucemia neonatal. Este riesgo se atribuye a la exposición del feto a niveles elevados de glucosa en la madre, que se transportan al feto por placenta mediante un mecanismo de difusión facilitada. Este exceso de glucosa en el feto puede inducir una respuesta de hiperinsulinismo, predisponiendo así al neonato a episodios de hipoglucemia después del nacimiento. Gracias a la intervención oportuna del equipo de salud, se logró corregir rápidamente los niveles de glucosa sanguínea, lo que resultó en un alivio de los síntomas y permitió que la madre continuara nutriendo a su recién nacido por vía oral. Esta medida no solo proporciona los nutrientes esenciales para el recién nacido, sino que también contribuye a reducir los riesgos de un nuevo episodio de hipoglucemia.

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

Los autores realizaron el internado en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, hospital III-1 del MINSA parte de DIRIS LIMA NORTE, en una etapa posterior a la pandemia de la COVID-19, con una preparación distinta con respecto a las anteriores promociones; ya que, se enfrentaron al internado llevando la unidad clínica de la carrera virtualmente. Sólo con rotaciones de manera presencial en el penúltimo año de carrera, bajo estrictos reglamentos, en especialidades como emergencia y desastres o ginecología.

Como internos post pandemia, teniendo escasas prácticas clínicas presenciales previamente, los autores confrontaron distintos obstáculos, que con la práctica hospitalaria diaria fueron superados ampliamente de la mano guiada de sus maestros. Quiénes a pesar de laborar en un hospital con gran demanda de pacientes y referente de Lima norte, tuvieron no sólo la paciencia sino la dedicación para discernir las dudas académicas que se presentaron a lo largo del internado, sino de compartir con los autores su vasta experiencia, dando además carta abierta a cualquier consulta.

Con respecto a la sede hospitalaria, los autores reconocen la capacidad resolutive del hospital, de contar con profesionales competentes, material e instalaciones adecuadas para el manejo oportuno del paciente, tales como salas de operaciones tanto para cirugías programadas como de emergencia, así como además específicas para las distintas especialidades tales como neurocirugía, traumatología o ginecología.

Sin embargo, reconocen que durante períodos del año se presentaron situaciones de escases de medicamentos específicos e insumos como reactivos de laboratorio, que muchas veces tuvieron que ser cubiertos monetariamente por todo el personal de salud quienes manifestaron que jamás dejarían de lado el lado humano de la profesión.

Los autores concuerdan que la sede mencionada no solo cumplió expectativas, sino que las supero, pudiendo visualizar y abordar casos clínicos interesantes y desarrollar sus habilidades procedimentales, bajo la supervisión de médicos especialistas y calificados.



Por la gran demanda de atención del nosocomio, los autores pudieron plasmar y aumentar sus conocimientos con respecto a la relación médico paciente. Llevando de primera mano las emociones e inquietudes de pacientes y sus familiares, aclarando así sus dudas y brindando seguridad con respecto al adecuado manejo de la patología implicada. Además, refieren haber podido palpar la pobreza que se vive en esta parte de la ciudad, que a menudo agravaba las patologías de los pacientes, como anemia, tuberculosis y desnutrición.

Lo cual implicó para los autores, realizar un manejo integral del paciente, no ver solo la patología sino dar soporte emocional; además de aprender a aprovechar los recursos mínimos y suficientes para llegar a un diagnóstico claro y así tratar de manera certera al paciente. Por consiguiente, disminuyendo la estancia hospitalaria y poder ser más eficientes, mensaje que se llevan de lo impartido por tutores y asistentes, así como residentes con quienes trabajaron mano a mano por un bien común, el bienestar del paciente.

Otro punto más destacado es el ambiente laboral de los autores, que visualizaron jerarquías marcadas en profesionales de medicina humana y en especialidades que trabajan en conjunto como enfermería, técnicos de enfermería, nutrición y demás.

Reconocen la importancia de respetar las jerarquías, ya que conllevan a un mejor manejo, el trabajo siempre fue supervisado por el médico de mayor experiencia según la patología analizada. Mencionan además un trato amable hacia los autores, pero siempre con exigencia para obtener lo mejor de cada uno, lo que evidencia una adecuada subordinación del interno hacia el médico tutor. Siempre siendo incluidos como parte del equipo que lleva a cargo la evolución del paciente, asumiendo ese rol con mucha responsabilidad, agradeciendo así la confianza de sus maestros.

La sede hospitalaria brindó a los autores, una experiencia vasta y completa. Con su casuística hospitalaria, profesionales pedagógicos, instalaciones completas y la calidad de atención que se impartía en la sede ya mencionada.

## **CONCLUSIONES**

1. El presente trabajo se basa en las experiencias en el internado médico en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales.
2. Los autores, teniendo escasas prácticas clínicas presenciales en el pregrado, confrontaron obstáculos en la práctica hospitalaria de su internado.
3. La sede hospitalaria donde se efectuó el internado, contaba con instalaciones adecuadas, profesionales competentes, pero existían deficiencias de medicamentos e insumos de laboratorio.
4. Los autores destacan que el nosocomio superó sus expectativas, permitiéndoles el abordaje de casos clínicos interesantes; teniendo en cuenta la situación de pobreza que agravaba sus patologías.
5. Los internos, realizaron una atención integral, optimizando recursos para un eficiente y centrado manejo del paciente.
6. El presente trabajo destaca la importancia del respeto a las jerarquías médicas y la subordinación del interno hacia el tutor, para una mejor atención.
7. El desarrollo satisfactorio del internado médico no hubiera sido posible sin el apoyo brindado por parte de los distintos médicos especialistas del Hospital Nacional Sergio E Bernales.

## RECOMENDACIONES

1. Ampliar la duración del internado médico, además de basarlo netamente a hospitales del tercer nivel de atención.
2. Acoplar una guía de práctica con temas clave para el desarrollo en conjunto con el tutor de cada servicio.
3. Incluir el conteo de procedimientos quirúrgicos obligatorios mínimos para cada interno y por servicio para así garantizar la oportunidad de participación para todos.
4. Aperturar un canal de difusión en redes sociales para compartir la experiencia hospitalaria en distintos hospitales con respecto a una patología en particular, conservando el anonimato del paciente para no vulnerar sus derechos.
5. Realizar conferencias gratuitas con médicos especialistas sobre las actualizaciones de las guías prácticas.
6. Brindar asesorías psicológicas sobre manejo de emociones y cómo lidiar con el estrés y situaciones bajo presión.
7. Incluir a los padres de familia en charlas para que guiados por la universidad tengan orientación sobre las funciones de sus hijos y conozcan la importancia del último año de carrera.
8. Realizar capacitaciones pedagógicas para tutores a cargo en cada servicio.
9. Garantizar el equipo de protección adecuado para cada área hospitalaria.
10. Trabajar en la prevención y cuidado de salud mental. Además de garantizar el respeto hacia los derechos del interno de medicina.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Muñoz D, Medina R, Botache WF, Arrieta RE. Pancreatitis aguda: Puntos clave. Revisión argumentativa de la literatura. Rev Colomb Cir. 2023;38:339-51. <https://doi.org/10.30944/20117582.2206>
2. Hernández-Cortez J, León-Rendón JLD, Martínez-Luna MS, Guzmán-Ortiz JD, Palomeque-López A, Cruz-López N, et al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura Acute appendicitis: literature review. Cirujano General.
3. Vargas Calvo M, Mesén Román M. Generalidades de la pancreatitis aguda. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de mayo de 2022 [citado 27 de febrero de 2024];7(5):e809. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/809>
4. Guzmán-Calderón E, Suárez-Ale WH, Chávez-Rimache L, et al. Guía de práctica clínica para el manejo de la pancreatitis aguda en el seguro social del Perú (Essalud). Rev Gastroenterol Peru. 2023;43(2):166-78. doi: 10.47892/rgp.2023.432.1523
5. Díaz R, Luna D, Lezana-Fernández MÁ, Meneses-González F. Pie diabético en el primer nivel de atención, recomendaciones y algoritmo de tamizaje. Reporte de caso. Rev CONAMED. 2022; 27(4): 185-192. <https://dx.doi.org/10.35366/108485>.
6. Díaz-Rodríguez JJ. Aspectos clínicos y fisiopatológicos del pie diabético. Med Int Méx. 2021; 37 (4): 540-550.
7. Arias-Rodríguez Fabián Darío, Jiménez-Valdiviezo Milton Andrés, del Cisne-Ríos-Criollo Katherine, Murillo-Araujo Gabriela Patricia, Toapanta-Allauca David Santiago, Rubio-Laverde Katherin Andrea et al . Pie diabético. Actualización en diagnóstico y tratamiento. Revisión bibliográfica. Angiología [Internet]. 2023 Ago [citado 2024 Feb 27]; 75(4 ): 242-258. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0003-31702023000400006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0003-31702023000400006&lng=es). Epub 27-Nov-2023. <https://dx.doi.org/10.20960/angiologia.00474>.

8. Hamamoto Filho PT, Rodríguez-Rivas R, Fleury A. Neurocysticercosis: A Review into Treatment Options, Indications, and Their Efficacy. *Res Rep Trop Med*. 2022 Dec 29;13:67-79. [citado 2024 Feb 27] doi: 10.2147
9. Campos Duarte K, Vargas Mena R, Hidalgo Azofeifa S. Neurocysticercosis. *Revista Médica Sinergia*. 2021;6:11 Noviembre. [citado 2024 Feb 27]
10. López-Barrionuevo Carlos Gustavo, Salazar-Pullutacsi Karen Daniela, Villacis-Paredes Gabriela Alexandra. Apuntes actualizados sobre la neurocysticercosis. *Rev. inf. cient.* [Internet]. 2022 Dic [citado 2024 Feb 27] ; 101( 6 ): e4055. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-99332022000600013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332022000600013&lng=es). Epub 16-Dic-2022.
11. Diabetic ketoacidosis and hyperosmolar hyperglycemic state in adults: Clinical features, evaluation, and diagnosis – UpToDate [Internet]. [citado el 27 de febrero de 2024]: Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/diabetic-ketoacidosis-and-hyperosmolar-hyperglycemic-state-in-adults-clinical-features-evaluation-and-diagnosis?search=cetoacidosis%20diabetica&source=search\\_result&selectedTitle=2%7E150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/diabetic-ketoacidosis-and-hyperosmolar-hyperglycemic-state-in-adults-clinical-features-evaluation-and-diagnosis?search=cetoacidosis%20diabetica&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2)
12. Diabetic ketoacidosis and hyperosmolar hyperglycemic state in adults: Treatment. – UpToDate [Internet]. [citado el 27 de febrero de 2024]: Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/diabetic-ketoacidosis-and-hyperosmolar-hyperglycemic-state-in-adults-treatment?search=cetoacidosis+diabetica&source=search\\_result&selectedTitle=1%7E150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/diabetic-ketoacidosis-and-hyperosmolar-hyperglycemic-state-in-adults-treatment?search=cetoacidosis+diabetica&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1)
13. Mayo IMP, Quincosa MM, Vargas LAN. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE APENDICITIS AGUDA EN EL 2022. *I A*. 2023; [citado el 27 de febrero de 2024]: Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/homeostasis/hom-2023/hom231c.pdf>
14. Cespedes Carla, costa Andrea, Ibáñez Adriana E., Huamanñahui Joel a.. Características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas de la apendicitis aguda en un hospital de Lima. *Rev. Fac. Med. Hum.* [Internet]. 2023 Abr [citado 2024 Feb 27] ; 23( 2 ): 180-182. Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2308-05312023000200180&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312023000200180&lng=es). Epub 18-Abr-2023. <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v23i2.5799>.

15. Navarro Coto JF, Pacheco Muñoz M, Ramírez Arguedas RA. Manejo laparoscópico de un quiste hepático gigante: reporte de caso clínico. Rev.méd.sinerg. 1 de mayo de 2022;7(5):e786. [citado el 27 de febrero de 2024]: Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2022/rms225b.pdf>
16. Anorectal fistula: Clinical manifestations and diagnosis. . – UpToDate [Internet]. [citado el 27 de febrero de 2024]: Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/anorectal-fistula-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=fistulas%20perineales&source=search\\_result&selectedTitle=1%7E150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/anorectal-fistula-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=fistulas%20perineales&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1)
17. Operative management of anorectal fistulas. – UpToDate [Internet]. [citado el 27 de febrero de 2024]: Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/operative-management-of-anorectal-fistulas?search=fistulas%20perineales&source=search\\_result&selectedTitle=4%7E150&usage\\_type=default&display\\_rank=4](https://www.uptodate.com/contents/operative-management-of-anorectal-fistulas?search=fistulas%20perineales&source=search_result&selectedTitle=4%7E150&usage_type=default&display_rank=4)
18. Cisneros Muñoz HA, Mayagoitia JA. Guía de práctica clínica y manejo de la hernia inguinal. Rev Hispanoam Hernia. 2021;9(2):61-70; [citado el 27 de febrero de 2024]: Disponible en: <https://hernia.grupoaran.com/filesPortalWeb/636/MA-00441-01.pdf>
19. Clasificación, características clínicas y diagnóstico de hernias inguinales y femorales en adultos – UpToDate [Internet]. [citado el 27 de febrero de 2024]: Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/classification-clinical-features-and-diagnosis-of-inguinal-and-femoral-hernias-in-adults?search=hernia%20inguinal&source=search\\_result&selectedTitle=2%7E125&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/classification-clinical-features-and-diagnosis-of-inguinal-and-femoral-hernias-in-adults?search=hernia%20inguinal&source=search_result&selectedTitle=2%7E125&usage_type=default&display_rank=2)
20. Descripción general del tratamiento de la hernia inguinal y femoral en adultos – UpToDate [Internet]. [citado el 27 de febrero de 2024]: Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-treatment-for-inguinal-and-femoral-hernia-in->

- [adults?search=hernia+inguinal&source=search\\_result&selectedTitle=1%7E125&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage?search=hernia+inguinal&source=search_result&selectedTitle=1%7E125&usage_type=default&display_rank=1)
21. Descripción general de la hemorragia posparto - UpToDate [Internet]. [citado el 27 de febrero de 2024]: Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage?search=hemoorragia%20post%20parto&source=search\\_result&selectedTitle=1%7E150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage?search=hemoorragia%20post%20parto&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1)
  22. Escobar MF, Nassar AH, Theron G, Barnea ER, Nicholson W, Ramasauskaite D, et al. FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. *Intl J Gynecology & Obste.* marzo de 2022;157(S1):3-50. [citado el 27 de febrero de 2024]: Disponible en: <https://doi.org/10.1002/ijgo.14165>
  23. Larroca Cecilia, Chaquiriand Virginia. Manejo inicial del aborto. *Rev. Urug. Med. Int.* [Internet]. 2021 Jul [citado 2024 Mar 01] ; 6( 2 ): 22-26. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2393-67972021000200022&lng=es.Epub 01-Jul-2021](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-67972021000200022&lng=es.Epub 01-Jul-2021). <https://doi.org/10.26445/06.02.2>.
  24. Las nuevas directrices de la Organización Mundial de la Salud para la atención del aborto. (2022). *Revista Peruana De Investigación Materno Perinatal*, 11(3), 7-8. <https://doi.org/10.33421/inmp.2022303> (Original work published 2022).
  25. Tablas de dosificación FIGO de mifepristona y misoprostol y solo misoprostol 2023. [Internet]. [citado el 27 de febrero de 2024]: Disponible en: [https://www.figo.org/sites/default/files/2024-01/FIGO-MifeMiso-Chart-11-2023-SLW%20FINAL\\_ES%20LA%20%281%29%20%281%29%20%281%29.pdf](https://www.figo.org/sites/default/files/2024-01/FIGO-MifeMiso-Chart-11-2023-SLW%20FINAL_ES%20LA%20%281%29%20%281%29%20%281%29.pdf)
  26. Velumani Varsha, Durán Cárdenas Cassandra, Hernández Gutiérrez Laura Silvia. Preeclampsia: una mirada a una enfermedad mortal. *Rev. Fac. Med. (Méx.)* [revista en la Internet]. 2021 Oct [citado 2024 Mar 01] ; 64( 5 ): 7-18. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-)

- [17422021000500007&lng=es.](https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.5.02) Epub 03-Feb-2022. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.5.02>
27. Pereira Calvo J, Pereira Rodríguez Y, Quirós Figueroa L. Actualización en preeclampsia. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de enero de 2020 [citado 1 de marzo de 2024];5(1):e340. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/340>
28. Preeclampsia: manejo anteparto y momento del parto - UpToDate [Internet]. [citado el 27 de febrero de 2024]: Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-antepartum-management-and-timing-of-delivery?search=preeclampsia&source=search\\_result&selectedTitle=2%7E150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-antepartum-management-and-timing-of-delivery?search=preeclampsia&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2)
29. Miomas uterinos (leiomiomas): descripción general del tratamiento - UpToDate [Internet]. [citado el 27 de febrero de 2024]: Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-treatment-overview?search=miomatosis%20uterina&source=search\\_result&selectedTitle=1%7E150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H1841728749](https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-treatment-overview?search=miomatosis%20uterina&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H1841728749)
30. Calderón León MF, Hidalgo Acosta JA, Baquerizo Godoy MF, Benítez Ormazza YC, Mendoza Granda RI, Valencia Escobar MN. Miomatosis uterina, un desafío terapéutico en ginecología y fertilidad. Artículo de revisión de la literatura. MedicinasUTA [Internet]. 1 de abril de 2022 [citado 1 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/article/view/1626>
31. Comité Nacional de Neumonología, Comité Nacional de Alergia, Comité Nacional de Emergencia y Cuidados Críticos, Comité Nacional de Familia y Salud Mental. Guía de diagnóstico y tratamiento: asma bronquial en niños  $\geq$  6 años. Actualización 2021. Arch Argent Pediatr 2021;119(4):S123-S158. [citado 1 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos\\_guia-de-diagnostico-y-tratamiento-asma-bronquial-en-ninos-menores-de-6-anos-actualizacion-2021-118.pdf](https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_guia-de-diagnostico-y-tratamiento-asma-bronquial-en-ninos-menores-de-6-anos-actualizacion-2021-118.pdf)
32. Domènech Marsal E, Rodrigo Gonzalo de Liria C, Méndez Hernández M. Infección urinaria. Protoc diagn ter pediatr. 2023;2:259-269. [citado 1 de



- marzo de 2024]. Disponible en:  
[https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16\\_infeccion\\_urinaria.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_infeccion_urinaria.pdf)
33. Ramírez F, Exeni A, Alconcher L, Coccia P, et al. Guía para el diagnóstico, estudio y tratamiento de la infección urinaria: actualización 2022. Arch Argent Pediatr 2022;120(5):S69-S87. . [citado 1 de marzo de 2024]. Disponible en:  
<https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2022/v120n5a25s.pdf>
34. Marín Cruz I, Carrasco Colom J. Infecciones de piel y partes blandas. Protoc diagn ter pediatr. 2023;2:271-283. [citado 1 de marzo de 2024]. Disponible en:  
[https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/17\\_infecciones\\_piel.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/17_infecciones_piel.pdf)
35. Giouleka S, Gkiouleka M, Tsakiridis I, et al. Diagnosis and Management of Neonatal Hypoglycemia: A Comprehensive Review of Guidelines. *Children (Basel)*. 2023;10(7):1220. Published 2023 Jul 14. [citado 1 de marzo de 2024]. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10378472/pdf/children-10-01220.pdf>
36. Instituto Nacional de Salud del Niño. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la hipoglicemia neonatal. 2019. [citado 1 de marzo de 2024]. Disponible en:  
<http://sieval.sanbartolome.gob.pe/transparencia/Publicacion2020/Direccion/RD%20175%20SB%202020.pdf>
37. Queensland Clinical Guidelines. Hypoglycaemia-newborn. Guideline No. MN23.8-V13-R28. Queensland Health. 2023. [citado 1 de marzo de 2024]. Disponible en:  
[https://www.health.qld.gov.au/data/assets/pdf\\_file/0043/881899/g-hypogly.pdf](https://www.health.qld.gov.au/data/assets/pdf_file/0043/881899/g-hypogly.pdf)