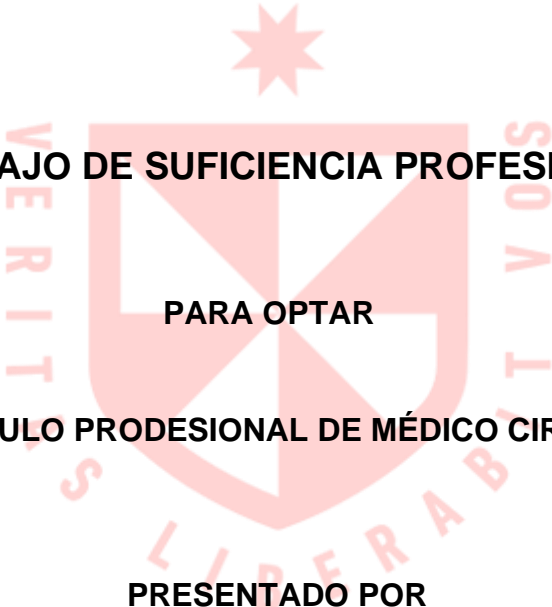


**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL CENTRO  
MÉDICO NAVAL CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA 2023-  
2024**



**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL  
PARA OPTAR  
EL TÍTULO PRODESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO  
PRESENTADO POR**

**FRANCIS ARIANA FIGUEROA BUSTAMANTE  
JUAN CARLOS SOTELO SOLSOL**

**ASESORA  
EMMA MERCEDES HUAMANÍ DE LA CRUZ**

**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 EN  
EL CENTRO MÉDICO NAVAL  
CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA 2023-2024**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR**

**FRANCIS ARIANA FIGUEROA BUSTAMANTE  
JUAN CARLOS SOTELO SOLSOL**

**ASESORA**

**MC EMMA MERCEDES HUAMANÍ DE LA CRUZ**

**LIMA-PERÚ**

**2024**

## **JURADO**

PRESIDENTE: HECTOR MIGUEL LAMILLA VALDEZ

MIEMBRO: GIOVANNA ITALA AGUILAR OLIVA

MIEMBRO: LINCOLN FLORENCIO BLACIDO TRUJILLO

## **DEDICATORIA**

A nuestros padres ya que sin ellos esta meta sería imposible de cumplirla, a nuestros hermanos por la paciencia, apoyo y motivación que nos brindaron en estos 7 años de carrera. También agradecer a los grandes maestros con los que compartimos largas horas de clases.

## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA</b>	ii
<b>RESUMEN</b>	v
<b>ABSTRACT</b>	vi
<b>INTRODUCCIÓN</b>	viii
<b>CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	1
I.1 Rotación en Cirugía	1
I.2 Rotación en Medicina Interna	13
I.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia	22
I.4 Rotación en Pediatría	22
<b>CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b>	40
<b>CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	41
III.1 Rotación en Cirugía	41
III.2 Rotación en Medicina	44
III.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia	47
III.4 Rotación en Pediatría	50
<b>CONCLUSIONES</b>	54
<b>RECOMENDACIONES</b>	55
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	56

## RESUMEN

**Objetivos:** Explicar los saberes y vivencias obtenidas a través de la descripción de casos clínicos con un adecuado análisis y plan de acción el cual se realizó durante el período de internado médico. **Métodos:** El presente trabajo consta de la exposición de 12 casos clínicos, distribuidos en 3 por cada servicio médico que se rotó, mostrando las patologías más frecuentes e interesantes que se presentan por cada especialidad. **Resultados:** El presente trabajo de suficiencia se llevó a cabo durante el programa de internado médico del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” entre el 1 de abril del 2023 y 31 de enero de 2024. **Conclusiones:** Se concluyó el internado médico logrando adquirir conocimientos y habilidades necesarias que servirán como ejemplo para un adecuado desempeño como médico cirujano.

**Palabras clave:** Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”, internado médico, casos clínicos

## ABSTRACT

**Objectives:** To explain the knowledge and experiences gained through the description of clinical cases and an adequate analysis and action plan carried out during the medical internship. **Methods:** The present work consists in presenting 12 clinical cases, distributed in 3 for each medical service we rotated, showing the most common and interesting pathologies of each speciality. **Results:** The present work of sufficiency was carried out during the medical internship program of the Naval Medical Centre “Cirujano Mayor Santiago Távora” between 01 April 2023 and 31 January 2024. **Conclusions:** The medical internship has been completed with the achievement of the necessary knowledge and skills that will serve as an example for an adequate performance as a surgeon doctor.

**Keywords:** Naval Medical Centre “Cirujano Mayor Santiago Távora”, medical internship, clinical cases



NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO  
EN EL CENTRO MÉDICO NAVAL CIRUJA  
NO MAYOR SANTIAGO TÁVARA 2023-20  
2**

AUTOR

**FRANCIS ARIANA FIGUEROA BUSTAM**

RECuento DE PALABRAS

**13113 Words**

RECuento DE CARACTERES

**73005 Characters**

RECuento DE PÁGINAS

**64 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**106.0KB**

FECHA DE ENTREGA

**Mar 12, 2024 9:37 AM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Mar 12, 2024 9:38 AM GMT-5**

● **16% de similitud general**

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

- 16% 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
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado



Asesora

**Emma Mercedes Huamani De la Cruz**

**DNI: 09860153**

**ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6594-4294>**

## INTRODUCCIÓN

El internado médico viene a ser el último año de la carrera de Medicina Humana, el cual es obligatorio para poder culminar con satisfacción nuestros estudios. En esta etapa de la carrera se pondrá en práctica los conocimientos adquiridos durante los seis años previos a este periodo.

En estos diez meses de internado se rotó por las especialidades de Cirugía General, Urología, Traumatología, Medicina Interna, Geriátrica, Ginecología, Obstetricia, Pediatría y Neonatología.

Se realizó el internado médico en el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” el cual está ubicado en el distrito de Bellavista, Callao.

En la actualidad, el internado médico tiene una duración de 10 meses debido a la pandemia por COVID-19, el cual inició el 1 de abril de 2023 y culminando el 31 de enero de 2024. Previo al inicio se realizaron sesiones de inducción que duraron aproximadamente una semana donde se adquirieron conocimientos básicos sobre el hospital y el internado.

Este trabajo muestra las experiencias vividas en el día a día de este proceso y muestra algunos de los casos más comunes e interesantes.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

### **I.1 Rotación en Cirugía**

#### **Caso clínico n.º 1**

Paciente varón de 82 años con iniciales CSS, programado para cirugía electiva, quien refiere que hace 18 meses presenta episodios de dolor abdominal localizado en epigastrio e hipocondrio derecho, que inicia tras ingesta de comida copiosa, de intensidad 3/10. Hace cuatro meses se realiza ecografía en policlínico de San Borja que evidencia litiasis vesicular, por lo que acude a CEMENA para intervención quirúrgica.

#### **Antecedentes**

##### **Personales**

- Enfermedades: DM2 y HBP en tratamiento
- RAMS: Niega
- Medicación habitual: Metformina 850 mg VO cada 12h, enalapril 20 mg VO cada 12h y tamsulosina 0.4 mg VO cada 24h

Familiares: Padre con DM2 (fallecido).

Quirúrgicos: Hernioplastia inguinal izquierda convencional en el 2017, quistectomía renal izquierda convencional en el 2020 y cirugía de meniscos bilateral en dos oportunidades.

#### **Funciones vitales**

- Frecuencia cardiaca: 75x'
- Frecuencia respiratoria: 16x'
- Presión arterial: 110/80 mmHg
- Temperatura: 36.4 °C
- Saturación: 98%
- FiO2: 0.21

#### **Examen físico**

- Piel: Tibia, húmeda, elástica. Llenado capilar <2"

- Tórax y pulmones: MV audible en ACP. No ruidos agregados. Amplexación conservada
- Cardiovascular: RCR, de buena intensidad. No soplos audibles, pulsos periféricos palpables.
- Abdomen Móvil a la respiración, globuloso a expensas de panículo adiposo. Cicatriz transversa en FII de aprox 8 cm de longitud, RHA presentes, propulsivos, de buen tono, frecuencia e intensidad, doloroso a palpación superficial y profunda en cuadrante superior derecho 3/10. Murphy (-), timpanismo
- Genitourinario: PPL negativo. PRU negativos
- Sistema nervioso central: Glasgow 15, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, no signos meníngeos, no signos de focalización

### **Exámenes auxiliares**

#### Imagenológico

#### Ecografía abdominal

- Vesícula biliar paredes engrosadas de 6mm, con presencia de imagen litiásica en su interior a nivel del bacinete que mide 9 mm. Medidas 54x28 mm. Colédoco 6mm, V. Porta 10mm
- Impresión Diagnóstica
  - Hepatopatía crónica difusa leve
  - Colecistitis crónica calculosa

#### Laboratorios

- Hemograma
  - Leucocitos: 7.10mil (ab 0%)
  - Plaquetas: 255mil
  - Hb: 13.4 g/dl
  - Hct: 40.7
- Serología
  - Hep B: 0.20 (NR)
  - HIV 1-2: 0.06
  - Hep C: 0.03
  - RPR: NR
- Prueba COVID-19 molecular: Negativo

- P. Coagulación
  - TC: 8 min
  - TS: 3 min
- Grupo y factor: A +
- Bioquímica
  - Amilasa: 86
  - Lipasa: 34.2
  - Urea: 48.8
  - Glucosa: 112
  - Creatinina: 0.96
  - Hb1Ac: 5.62
  - PT: 7.6
  - Albúmina: 4.81
  - Globulina: 2.8
  - BT: 1.61
  - BD: 0.40
  - BI: 1.21
  - GGTP: 22
  - TGO: 13.8
  - TGP: 9.8
  - B12: 249
  - T4: 6.84
  - T3: 0.86
  - TSH: 3.33
  - AFP: 0.91
- Examen de orina: Sin alteraciones
- Riesgo quirúrgico cardiológico: RQ I

### **Impresión diagnóstica**

1. Colecistitis crónica calculosa                      K81.1
2. Diabetes Mellitus tipo 2                                E11
3. Hiperplasia benigna de próstata                    N40

## Plan

1. Se hospitaliza en Sala 6-4 para procedimiento quirúrgico el 31/03/2023:  
colecistectomía laparoscópica y/o convencional
2. Evaluación por servicio de anestesiología
3. Interconsulta a servicio de Neumología para riesgo quirúrgico.

## Indicaciones Presop

30/03/2023

1. Dieta completa con líquidos a voluntad, luego NPO a partir de las 22:00 horas
2. Vía salinizada
3. Cefazolina 2g EV 30 minutos pre SOP
4. Vendaje muslo pedio pre SOP
5. Control de funciones vitales

## Informe operatorio

- Cirugía programada: Colecistectomía laparoscópica y/o convencional
- Cirugía efectuada: Colecistectomía laparoscópica
- Diagnóstico preoperatorio: Colecistitis crónica calculosa
- Diagnóstico postoperatorio: Colecistitis crónica calculosa
- Hallazgos operatorios
  - Vesícula biliar de pared engrosada de dimensiones aproximadas de 5 x 6.5 cm
  - Cálculo único en bacinete de aproximadamente 1,5 cm de diámetro
  - Resto de órganos sin alteraciones

## Indicaciones POSTSOP

1. NPO por 6 horas, luego tolerancia oral
2. Ketoprofeno 100 mg EV cada 12h
3. Tramadol 100 mg SC PRN dolor intenso
4. Metamizol IM PRN T > 38,5 °C
5. Retiro de parche y curación de herida
6. Control de funciones vitales y observación de signos de alarma

Paciente con evolución favorable, fue dado de alta a las 48 horas sin complicaciones postquirúrgicas. Se indica control a los siete días por consultorio externo.

### **Caso clínico n.º 2**

Paciente varón de 53 años, quien refiere que desde hace cuatro meses cursa con sensación de masa inguinal izquierda que se presenta tras actividad física intensa que reduce espontáneamente. Con el transcurso del tiempo, la masa aumenta de tamaño. Hace aproximadamente 15 días se agrega episodio de dolor de tipo opresivo y molestias para sentarse por lo que acude a emergencias de este nosocomio, donde se le indica ecografía de partes blandas que evidencia hernia inguinal, es evaluado por Cirugía General para programación quirúrgica.

### **Antecedentes**

Personales

- Enfermedades: Hepatitis B (2008)
- Hospitalizaciones: Lesión tendinosa
- RAMS: Solución yodada
- Medicación habitual: Niega

Familiares: Niega

Quirúrgicos: Septoplastía nasal (2007) y exégesis de pterigión (2022)

### **Funciones vitales**

- Frecuencia cardíaca: 70x´
- Frecuencia respiratoria: 18x´
- Presión arterial: 130/70 mmHg
- Temperatura: 36.5 °C
- Saturación: 97%
- FiO2: 0.21

### **Examen físico**

- Piel: Tibia, húmeda, elástica. Llenado capilar <2”

- Tórax y pulmones: MV audible en ACP. No ruidos agregados. Amplexación conservada
- Cardiovascular: RCR, de buena intensidad. No soplos audibles, pulsos periféricos palpables.
- Abdomen: Móvil a la respiración, globuloso a expensas de panículo adiposo, RHA presentes, propulsivos, de buen tono, frecuencia e intensidad, no doloroso a palpación superficial ni profunda.
- Región inguinal izquierda: En la bipedestación se palpa y aprecia masa que protruye por canal inguinal de aproximadamente 3 x 2.5 cm de diámetro, reductible, incoercible, doloroso a la reducción. Al decúbito dorsal Landivar (+)
- Genitourinario: PPL negativo. PRU negativos
- Sistema nervioso central: Glasgow 15, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, no signos meníngeos, no signos de focalización

### **Exámenes auxiliares**

#### Imagenológico

#### Ecografía abdominal

- En región inguinal izquierda se evidencia hernia de 8mm de cuello herniario, por donde protruye grasa mesentérica, reductible, sin alteraciones vasculares
- Impresión Diagnóstica
  - Hernia inguinal izquierda no complicada

#### Laboratorios

- Hemograma
  - Leucocitos: 5.23 mil (ab 0%)
  - Plaquetas: 200 mil
  - Hb: 14.4 g/dl
  - Hct: 42.9
- Serología
  - Hep B: 1.62 (NR)
  - HIV 1-2: 0.03
  - Hep C: 0.17
  - RPR: NR



- Prueba COVID-19 molecular: Negativo
- P. Coagulación
  - TC: 6 min
  - TS: 1 min
- Grupo y factor: AB +
- Bioquímica
  - Urea: 20.8
  - Glucosa: 99
  - Creatinina: 0.90
  - PT: 6.8
  - BT: 1
  - BD: 0.5
  - BI: 0.5
  - GGTP: 15
  - TGO: 28
  - TGP: 29
  - B12: 305
  - Resto de exámenes sin alteración
- Examen de orina: Sin alteraciones

Riesgo quirúrgico cardiológico: RQ I

### **Impresión diagnóstica**

1. Hernia inguinal izquierda      K40.9

### **Plan**

1. Se hospitaliza en Sala 4-3 para procedimiento quirúrgico el 17/05/2023:  
Hernioplastía inguinal convencional tipo Liechtenstein
2. Evaluación por servicio de anestesiología

### **Indicaciones Presop**

1. NPO
2. Vía salinizada
3. Cefazolina 2g EV 30 minutos pre SOP

4. Vendaje muslo pedio pre SOP
5. Control de funciones vitales

### **Informe operatorio**

- Cirugía programada: Hernioplastía inguinal convencional tipo Liechtenstein
- Cirugía efectuada: Hernioplastía inguinal convencional tipo Liechtenstein
- Diagnóstico preoperatorio: Hernia inguinal izquierda
- Diagnóstico postoperatorio: Hernia inguinal izquierda NYHUS IIIA
- Hallazgos operatorios
  - Saco herniario directo izquierdo de aproximadamente 2 x 2 cm con anillo herniario de 1 cm de diámetro

### **Indicaciones Postsop**

1. NPO por 6 horas, luego tolerancia oral
2. Ketoprofeno 100 mg EV cada 12h
3. Tramadol 100 mg SC PRN dolor intenso
4. Metamizol IM PRN T > 38,5 °C
5. Retiro de parche y curación de herida
6. Control de funciones vitales y observación de signos de alarma

Paciente con evolución favorable, fue dado de alta a las 48 horas con indicaciones y sin complicaciones postquirúrgicas. Se indica control a los siete días por consultorio externo.

### **Caso clínico n.º 3**

Paciente varón 73 años, refiere que desde hace tres años aproximadamente presenta episodios de rectorragia que se presentan tras la defecación, refiere que cuando inicio el cuadro no sentía mucho dolor, además niega cambios en sus deposiciones. Hace tres meses se agrega sensación de masa en canal anal que ha incrementado de tamaño progresivamente y se asocia a dolor pélvico tipo punzada de intensidad 6/10, este dolor ocurre de manera episódica y sobre todo cuando se sienta, refiere que no ha intentado tomar alguna medicación por su cuenta y se colocaba una bolsa de hielo para calmar

el dolor. Cuenta con colonoscopia de hace dos meses que concluye enfermedad hemorroidal.

### **Antecedentes**

#### Personales

- Enfermedades: HBP grado III
- Hospitalizaciones: Quiste de epidídimo
- RAMS: Niega
- Medicina habitual: Tamsulosina 0.4 mg cada 24 horas

Familiares: No refiere

Quirúrgicos: Cura quirúrgica de quiste de epidídimo

### **Funciones vitales**

- Frecuencia cardiaca: 60x'
- Frecuencia respiratoria: 16x'
- Presión arterial: 135/75 mmHg
- Temperatura: 36.2°C
- Saturación: 97%
- FiO2: 0.21

### **Examen físico**

- Piel: Tibia, húmeda, elástica. Llenado capilar <2", no ictericia, edema ni cianosis
- Tórax y pulmones: MV audible en ACP. No ruidos agregados. Amplexación conservada
- Cardiovascular: RCR, de buena intensidad. No soplos audibles, pulsos periféricos palpables.
- Abdomen: Móvil a la respiración, globuloso a expensas de panículo adiposo, RHA presentes, propulsivos, de buen tono, frecuencia e intensidad, blando, depresible, no doloroso a palpación superficial ni profunda, timpanismo
- Genitourinario: PPL negativo. PRU negativos

- Proctológico: Paciente en posición de litotomía se aprecia repliegue cutáneo en radio 9, paquete hemorroidal en radio 6 que protruye con Valsalva y reduce parcialmente a la digitopresión
- Tacto rectal: Esfínter normotónico, dedo de guante sin restos hemáticos, no masas
- Sistema nervioso central: Glasgow 15, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, no signos meníngeos, no signos de focalización

### **Exámenes auxiliares**

#### Imagenológicos

#### Colonoscopia

- Inspección: Se evidencia repliegue cutáneo de mediano tamaño a las seis horas y pequeño paquete hemorroidal a las siete horas, a la Valsalva se observa protrusión de paquete hemorroidal que se reduce a la digitopresión.
- Tacto rectal: Esfínter normotenso, paredes blandas, lisas, no masas, no dolor, ampolla vacua dedo de guante limpio.
- Instrumentación: Se ingresa con equipo hasta región ileocecal. Evidenciando mucosa de aspecto conservado, válvula ileocecal y agujero apendicular de aspecto conservado. Mucosa de colon ascendente, transversa, descendente, sigmoides y recto de aspecto conservado. Canal anal: Se evidencia paquetes hemorroidales en corona que sobrepasan la línea pectínea.
- Diagnósticos
  - Mucosa colorrectal de aspecto conservado
  - Enfermedad hemorroidal:
    - Hemorroides internas GIII
    - Hemorroides externas
    - Plicoma perianal.

#### Laboratorios

- Hemograma
  - Leucocitos: 5.53 mil (ab 0%)
  - Plaquetas: 166 mil
  - Hb: 16.3 g/dl

- Hct: 49.3
- Serología
  - Hep B: 0.13 (NR)
  - HIV 1-2: 0.02
  - Hep C: 0.05
  - RPR: NR
- Prueba COVID-19 molecular: Negativo
- P. Coagulación
  - TC: 7 min
  - TS: 2 min
- Grupo y factor: O +
- Bioquímica
  - Urea: 40.5
  - Glucosa: 96
  - Creatinina: 0.87
  - PT: 6.5
  - BT: 1
  - BD: 0.5
  - BI: 0.5
  - GGTP: 17
  - TGO: 24
  - TGP: 27
  - B12: 309
  - Resto de exámenes sin alteración
- Examen de orina: Sin alteraciones

#### Riesgos quirúrgicos

- Cardiológico: RQ II
- Neumológico: RQ II

#### Impresión diagnóstica

- |                                   |       |
|-----------------------------------|-------|
| 1. Hemorroides internas grado III | I84.2 |
| 2. Plicoma anal                   | K62   |
| 3. HBP por HC                     | N40   |

## Plan

1. Se hospitaliza en Sala 4-3 para procedimiento quirúrgico: Hemorroidectomía Milligan-Morgan
2. Evaluación por servicio de anestesiología

## Indicaciones Presop

1. NPO
2. Vía salinizada
3. Cefazolina 2g EV 30 minutos pre SOP
4. Vendaje muslo pedio pre SOP
5. Control de funciones vitales

## Informe operatorio

- Cirugía programada: Hemorroidectomía Milligan Morgan
- Cirugía efectuada: Hemorroidectomía Milligan Morgan
- Diagnóstico preoperatorio: Hemorroides internas grado III
- Diagnóstico postoperatorio: Hemorroides internas grado III
- Hallazgos operatorios
  - Paquete hemorroidal en radio seis

## Indicaciones Postsop

1. NPO por seis horas, luego tolerancia oral
2. Ketoprofeno 100 mg EV cada 12h
3. Tramadol 100 mg SC PRN dolor intenso
4. Metamizol IM PRN T > 38,5 °C
5. Control de funciones vitales y observación de signos de alarma

Paciente con evolución favorable, fue dado de alta a las 72 horas con indicaciones de realizar baños de asiento y sin complicaciones postquirúrgicas. Se indica control a los siete días por consultorio externo.

## **I.2 Rotación en Medicina Interna**

### **Caso clínico n.º 1**

Paciente varón de 43 años con iniciales E.F.G, acude a emergencia refiriendo inicio de síntomas hace cuatro días caracterizado por dolor abdominal localizado en epigastrio tipo cólico de intensidad 7/10 que se irradiaba a hemiabdomen izquierdo luego de la ingesta de comida copiosa, el cual cedió tras la administración de simeticona e hioscina. Paciente refiere que al día siguiente presenta náuseas y vómitos de contenido alimentario que remiten espontáneamente. Dolor persiste durante el día por lo que decide ir al policlínico y le colocan hioscina EV, le alivian el dolor, pero persistía la sensación de gases durante la noche. Al día siguiente, el paciente vuelve a su dependencia dónde el médico le inicia analgésicos VO. Paciente refiere leve mejoría. El día del ingreso paciente refiere persistencia de gases, dolor abdominal en HCD de intensidad 8/10 por lo que le colocan analgésicos EV y le toman ecografía abdominal, donde se evidencia coledocolitiasis, por lo que se decide su hospitalización.

### **Antecedentes**

#### Personales

- Enfermedades: Litiasis vesicular
- Hospitalizaciones: Colangitis aguda hace dos meses
- RAMS: Niega
- Medicación habitual: Niega

Familiares: Niega

Quirúrgicos: Varicocele (2011) y vasectomía (2020)

### **Funciones vitales**

- Frecuencia cardiaca: 89x'
- Frecuencia respiratoria: 18x'
- Presión arterial: 130/80 mmHg
- Temperatura: 37.5°C
- Saturación: 98%
- FiO2: 0.21

## **Examen físico**

- Piel: Tibia, húmeda, elástica. Llenado capilar <2”, escleras ictéricas ++/+++
- Tórax y pulmones: MV audible en ACP. No ruidos agregados. Amplexación conservada
- Cardiovascular: RCR, de buena intensidad. No soplos audibles, pulsos periféricos palpables.
- Abdomen: Móvil a la respiración, globuloso a expensas de panículo adiposo, RHA presentes, propulsivos, de buen tono, frecuencia e intensidad. doloroso a palpación profunda en hipocondrio derecho. Murphy (+), timpanismo
- Genitourinario: PPL negativo. PRU negativos
- Sistema nervioso central: Glasgow 15, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, no signos meníngeos, no signos de focalización

## **Exámenes auxiliares**

### Imagenológico

#### Ecografía abdominal

- Impresión diagnóstica
- Hepatoesplenomegalia
- Colecistopatía crónica calculosa
- Coledocolitiasis y
- Leve dilatación de vía biliar intrahepática izquierda

### Laboratorios

- Bioquímica
  - Amilasa: 33
  - Lipasa: 17
  - Glucosa: 136
  - PCR: 189
  - Albúmina: 4.2
  - FA: 242.4
  - BT: 8.05
  - BD: 5.65
  - BI: 2.4



- GGTP: 777
- TGO: 176
- TGP: 653
- Resto de exámenes sin alteración

### **Diagnóstico de ingreso**

- |                       |       |
|-----------------------|-------|
| 1. Colangitis aguda   | K83.0 |
| 2. Coledocolitiasis   | K80.5 |
| 3. Litiasis vesicular | K80.2 |

### **Plan al ingreso**

1. Se hospitaliza en Sala 6-3
2. Antibioticoterapia EV
3. Analgesia EV
4. Se solicita colangiografía
4. Interconsulta a servicio de Gastroenterología

Respuesta interconsulta de gastroenterología: Refieren que paciente era conocido por su servicio debido al antecedente de colangitis aguda presentado hace dos meses, cuando realizaron el examen físico preferencial encontraron: ictericia ++/+++ y a nivel abdominal no se encontró alteraciones.

Plantearon los siguientes diagnósticos:

1. Colestasis extrahepática por coledocolitiasis
2. Colangitis aguda leve
3. Colecistitis con signos de agudeza

Indicaciones

1. Dieta líquida clara
2. Hidratación EV
3. Continuar antibioticoterapia
4. Analgesia
5. Coordinar CEPRE
6. Paciente pasa a cargo del servicio de gastroenterología

Cinco días después del ingreso se realizan exámenes de laboratorio control con valores:

- Urea: 14.6
- Glucosa: 118
- PCR: 68.36
- Na: 133
- Fosfatasa alcalina: 554.2
- GGTP: 1234
- TGO: 94.6
- TGP: 209.2

Se observa un aumento de patrón colestásico con marcadores inflamatorios dentro de rangos normales.

Se realiza CPRE donde se concluye:

1. Coledocolitiasis única impactada en colédoco distal más disociación lito coledociana.
2. Intento frustrado de movilización con balón
3. Colocación de stent plástico de 10fr x 7cm

#### **Indicaciones post CPRE**

1. Tolerancia oral
2. Vigilar signos de alarma

Paciente evoluciona favorablemente post CPRE por lo que se realiza interconsulta a cirugía general teniendo como plan programación de cirugía electiva dentro de seis semanas. Paciente es dado de alta con indicaciones.

#### **Caso clínico n.º2**

Paciente mujer de 63 años acude a urgencias con tiempo de enfermedad de aproximadamente cuatro días, caracterizado por SAT que posteriormente fue cuantificada en 39.5 grados centígrados que cede parcialmente ante paracetamol, cefalea intensa, frontal de tipo opresivo, sin fotopsias, se asocia

malestar general, mialgias, artralgias. Refiere que consumió ibuprofeno mejorando parcialmente el dolor muscular. Un día previo al ingreso se agrega dolor abdominal difuso tipo cólico, no irradiado. Niega náuseas o vómitos.

### **Antecedentes**

#### Personales

- Enfermedades: HTA (hace 18 años)
- Ginecológicos: Cesáreas (Haces 23 y 25 años)
- Hospitalizaciones: Cesáreas
- RAMS: Niega
- Medicación habitual: Enalapril
- Viajes recientes: Piura hace 10 días.

#### Familiares

- Padre: DM2
- Madre: Hipotiroidea

Quirúrgicos: Cesáreas 1998 y 2000

### **Funciones vitales**

- Frecuencia cardiaca: 92x'
- Frecuencia respiratoria: 16x'
- Presión arterial: 110/80 mmHg
- Temperatura: 38.3°C
- Saturación: 98%
- FiO<sub>2</sub>: 0.21

### **Examen físico**

- Piel: Caliente, poco hidratada, poco elástica. palidez leve, mucosas secas, llenado capilar <2 segundos, diaforesis. Eritema dorsal que se torna blanco ante la digitopresión
- Tórax y pulmones: MV audible en ACP. No ruidos agregados.
- Cardiovascular: RCR, de buena intensidad. No soplos audibles, pulsos periféricos palpables.

- Abdomen: Móvil a la respiración, globuloso a expensas de panículo adiposo, RHA presentes, propulsivos, de buen tono, frecuencia e intensidad, doloroso a la palpación de manera difusa a predominio de mesogastrio.
- Genitourinario: PPL negativo. PRU negativos
- Sistema nervioso central: Glasgow 15, lúcido orientado en tiempo, espacio y persona, no signos meníngeos, no signos de focalización

### **Exámenes auxiliares**

#### Laboratorios

- Hemograma
  - Leucocitos: 6 mil
    - Abastoadados: 0%
  - Plaquetas: 145 mil
  - Hb:13.5
  - Hct: 39%
- Bioquímica
  - Urea: 39
  - Creatinina: 1.1
  - Glucosa: 78
  - Albúmina: 3.5
  - TGO: 81
  - TGP: 49
  - PCR: 12
- Electrolitos
  - Cloro: 102
  - Potasio: 3.8
  - Sodio: 139
- Sedimento urinario
  - Leucocitos: 0-2 x campo
  - Hematites: 0-2 x campo
  - Gérmenes: escasos
  - Células epiteliales: escasas
- Dosaje de antígeno NS1 dengue: Positivo

## **Diagnóstico**

1. Dengue con signos de alarma           A90
2. Deshidratación                           E86

## **Plan**

1. Se hospitaliza por signos de alarma
2. Dieta blanda + líquidos a voluntad
3. NaCl 9% 1000cc EV 80 cc hora
4. Solución polielectrolítica ante pérdidas digestivas
5. Paracetamol 1 gr c/8h
6. Control de funciones vitales + balance hidroelectrolítico

La paciente presenta una evolución favorable. Siendo dada de alta a los cuatro días con indicaciones y medidas preventivas para evitar el contagio y propagación de esta enfermedad, además se le indica control por consultorios externos para seguimiento de la paciente por la presencia de signos de alarma.

## **Caso clínico n.º3**

Paciente mujer de 67 años con tiempo de enfermedad de cinco días caracterizado por malestar general, disnea, tos y una sensación de aumento de temperatura. Cuando camina cuatro cuerdas, experimenta un leve caso de disnea. La tos continua y esporádica no tiene ningún efecto perceptible. También afirma que la sensación de alza térmica no cuantificada, que persistió durante seis días de manera esporádica y remitió espontáneamente sin ninguna intervención médica. El cuadro clínico se deteriora en los días siguientes, y calcula que a partir del día tres la tos empezó a ser más frecuente y se transformó en una tos productiva con flema de color amarillo sin signos de sangre. Paciente refiere tener odinofagia, cefalea, rinorrea, náuseas, disuria y diarrea; niega el uso de medicamentos.

## **Antecedentes**

## Personales

- Fisiológicos: G2P2002
- Enfermedades: HTA (desde los 13 años)
- Hospitalizaciones: Niega
- RAMS: Niega
- Medicación habitual: Losartán 100 mg cada 24 horas

## Familiares

- Madre: Cáncer gástrico

Quirúrgicos: Niega

## Funciones vitales

- Frecuencia cardiaca: 102x'
- Frecuencia respiratoria: 30x'
- Presión arterial: 140/90 mmHg
- Temperatura: 37.9°C
- Saturación: 91%
- FiO2: 0.21

## Examen físico

- Piel: Tibia/húmeda/elástica. Llenado capilar <2".
- Orofaringe: Placa dentaria desgastada, orofaringe eritematosa
- Tórax y pulmones: Respiración abdominotorácica, MV disminuido en hemitórax derecho, se auscultan crépitos en los 2/3 inferiores del hemitórax derecho. A la auscultación de la voz: vibraciones vocales aumentadas.
- Cardiovascular: RCR, de buena intensidad, taquicárdicos. No soplos audibles, pulsos periféricos palpables.
- Abdomen: Móvil a la respiración, RHA presentes, propulsivos, de buen tono, frecuencia e intensidad, no doloroso a la palpación superficial ni profunda
- Genitourinario: PPL negativo. PRU negativos
- Sistema nervioso central: Glasgow 15, lúcido orientado en tiempo espacio y persona, no signos meníngeos, no signos de focalización

## **Exámenes auxiliares**

### Imagenológicos

- Radiografía de tórax: Se observa consolidación en  $\frac{2}{3}$  inferiores del lóbulo derecho

### Laboratorios

- Hemograma
  - Leucocitos: 15 mil
  - Plaquetas: 172
  - Hb: 13.4 g/dl
  - Hct: 47%
- Bioquímica
  - Urea: 45
  - Creatinina: 1.03
  - Glucosa: 98
  - Resto de exámenes sin alteraciones
- Sedimento urinario
  - Leucocitos: 0 - 2 x campo
  - Hematites: 0 - 2 x campo
  - Gérmenes: escasos
  - Células epiteliales: escasas

## **Diagnóstico**

1. Neumonía adquirida en la comunidad J18.9
2. HTA por HC I10

## **Plan**

1. Dieta completa + líquidos a voluntad
2. Vía salinizada
3. Ceftriaxona 2g EV c/24 x 10 días
4. Paracetamol 500 mg PRN T° 37.5
5. Oxigenoterapia con CBN 2L si SatO<sub>2</sub> < 92%
6. Cabecera en 40°
7. Control funciones vitales y observación de signos de alarma

Paciente evoluciona favorablemente post antibioticoterapia por lo que se realiza nuevos exámenes de laboratorio encontrando a los resultados dentro de los parámetros normales. Paciente es dada de alta con indicaciones y control por consultorio externo de medicina interna y cardiología en siete días.

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

#### **Caso clínico n.º 1**

Paciente gestante de 38 semanas por ecografía del 1er trimestre refiere presentar desde hace cuatro días presenta presión arterial elevada de manera variable que había controlado desde casa. Niega dolor abdominal, cefalea, náuseas, vómitos y otras molestias. Acude a emergencias y en triaje se observa presión arterial de 165/97. Se hospitaliza para culminación de la gestación.

#### **Antecedentes**

##### Fisiológicos

- Menarquia 11 años
- FUR: 07/01/23
- G3 P1011
- G1 (2015): Legrado uterino por aborto incompleto
- G2 (2016): RNAT sexo femenino por cesare, peso 2900g
- G3 Actual
- Enfermedades: Niega
- RAMS: Niega
- Medicación habitual: Niega

Familiares: Padre con HTA, madre con HTA y DM2.

Quirúrgicos: Legrado uterino en 2015 y cesárea en 2016

#### **Funciones vitales**

- Frecuencia cardiaca: 68x'
- Frecuencia respiratoria: 20x'
- Presión arterial: 140/80 mmHg



- Temperatura: 36.5 °C
- Saturación: 98%
- FiO2: 0.21

### **Examen físico**

- Piel: Tibia/húmeda/elástica. Llenado capilar <2". No cianosis, no ictericia, no edemas
- Mamas: Simétricas, blandas, depresibles. No dolorosas. No secretoras.
- Cuello: Cilíndrico, simétrico. Tiroides bilobulada de bordes regulares. No se palpan masas.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No se auscultan ruidos agregados
- Cardiovascular: RCR, de buena intensidad. No soplos audibles, pulsos periféricos palpables. IY (-) RHY (-)
- Abdomen: Móvil con la respiración. RHA propulsivos de buen tono, frecuencia e intensidad. Útero grávido (AU: 34 cm). No doloroso a palpación superficial ni profunda.
- Genitourinario: PPL negativo. PRU negativos. AU: 34, LCF: 156 X', Tacto vaginal: diferido, SPP: LCD
- Sistema nervioso central: Despierta, LOTEP. Glasgow 15/15. Articula frases completas, obedece órdenes. Colaboradora.

### **Exámenes auxiliares**

#### Imagenológico

- Ecografía obstétrica (04/04/2023)
  - Gestación única activa de 12 semanas, 5 días por biometría
  - Marcadores ecográficos con bajo riesgo para aneuploidías
- Ecografía obstétrica (23/08/2023)
  - Gestación única activa de 32 semanas 4 días por FUR
  - No circular de cordón
  - Crecimiento fetal adecuado
  - Bienestar fetal adecuado
  - Volumen de líquido amniótico y estudio Doppler fetal normales
  - Incremento de resistencia de arterias uterinas

## Laboratorios

28/09/2023

- Hb: 12.4
- Hct: 36.5
- Plaquetas: 149
- Leucocitos: 7.56
- Abastionados: 0.0
- Bilirrubina total: 0.44
- Bilirrubina directa: 0.13
- Bilirrubina indirecta: 0.31
- Urea: 23.8
- Creatinina: 0.56
- Glucosa basal: 79
- Deshidrogenasa láctica: 240
- Hepatitis B ag australiano: 0.38
- Hepatitis C: 0.03
- VIH: 0.23
- GGTP: 34.0
- TGO: 37.2
- TGP: 25.1
- RPR: No reactivo
- Fibrinógeno: 418
- Examen de orina completo: Densidad: 1.010, leucocitos: 0-2, hematíes: 0-2

## Diagnóstico

- |   |       |
|---|-------|
| 1. Gestante de 38 semanas por ecografía del 1er trimestre | Z33   |
| 2. Preeclampsia severa                                    | O14.1 |
| 3. Cesareada anterior                                     | O82.8 |

## Plan

1. Se hospitaliza en Sala 1-5.

2. Se decide terminar la gestación debido a que en repetidas oportunidades se encuentra la presión arterial en valores mayores a 160/100 a pesar de tratamiento antihipertensivo con Nifedipino.
3. Evaluación por servicio de Cardiología para riesgo quirúrgico y recomendaciones.
4. Evaluación por servicio de Anestesiología.

Riesgo cardiológico: RQ I

Indicaciones Presop

1. NPO
2. Vía salinizada
3. Cefazolina 2g EV 30 minutos pre SOP
4. Vendaje muslo pedio pre SOP

Se realiza una cesárea segmentaria transversa iterativa con bloqueo tubárico bilateral donde los hallazgos operatorios fueron:

- Útero grávido segmento formado
- Recién nacido vivo sexo masculino, peso: 2344 gr, APGAR: 9`9`, talla 46 cm, PC: 35 cm, PT: 31 cm, pabdominal:29 cm
- Placenta corporal normoinserta
- Cordón umbilical 2 arterias, 1 vena
- SIO: 500cc
- Líquido amniótico claro, de regular cantidad sin ningún dolor
- Control preeclampsia laboratorio: Mañana 29/09/2023 a las siete am
- Pendiente resultado de índice proteína/ creatinina en orina

Posterior a la cirugía el diagnóstico de la paciente es PO1 por CSTI + BTB por CA1V + Preeclampsia severa

Se realiza control de laboratorios de preeclampsia

29/09/23

- BT: 0.52
- BI: 0.34

- BD: 0.18
- DHL: 347
- TGO: 44
- TGP: 28
- Hb: 14.3
- Plq: 188
- Leu: 18.32
- Fib: 453
- PT: 12.4
- INR: 0.93
- Índice proteína/creatinina en orina: 0.6

La paciente tiene una evolución quirúrgica favorable, al día siguiente refiere dolor de intensidad 7/10 en hemiabdomen inferior que reduce con analgésicos, además tolera alimentos sólidos vía oral, deambula y elimina flatos. El servicio de neonatología se encarga de brindar educación sobre lactancia materna y la paciente refiere no tener dificultades para dar de lactar. Debido a ello es dada de alta a las 72 horas.

### **Caso clínico n.º 2**

Paciente mujer de 34 años, ingresa a emergencia por dolor localizado en fosa iliaca derecha de intensidad 9/10 de inicio súbito que ha ido incrementando con el tiempo y actualmente generaliza a todo el abdomen y no calma con analgésicos. Además, sangrado vaginal profuso, se cambió cinco veces de toalla higiénica en un día y hace nueve semanas no regla.

### **Antecedentes**

#### Fisiológicos

- Menarquia: 14 años
- FUR: 16/08/2023 (hace nueve semanas)
- G2 P2002: tres partos vaginales, sin complicaciones
- Métodos anticonceptivos: DIU (actual)
- Último PAP: Hace dos años, resultado negativo
- Enfermedades: Niega

- RAMS: Niega
- Medicación habitual: Niega

Familiares: Padre con HTA y DM2.

Quirúrgicos: Niega

### **Funciones vitales**

- Frecuencia cardiaca: 117x'
- Frecuencia respiratoria: 25x'
- Presión arterial: 82/55 mmHg
- Temperatura: 37.4 °C
- Saturación: 96%
- FiO2: 0.21

### **Examen físico**

- Piel: Palidez en piel y mucosas. Mucosa oral poco hidratada. Llenado capilar 3". Extremidades íntegras y frías.
- Cuello: Cilíndrico, simétrico. No se palpan masas.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No se auscultan ruidos agregados. Patrón respiratorio normal.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos taquicárdicos, no se auscultan soplos.
- Abdomen: Móvil con la respiración. Distensión abdominal, doloroso a la palpación, no visceromegalias. Blumberg (+).
- Examen ginecológico: OCE cerrado, por encima tumoración que ocupa fondo de saco anterior. Sangrado escaso. Al tacto vaginal se aprecia tumoración blanda de aproximadamente 10 cm.
- Sistema nervioso central: LOTEP. Glasgow 13/15.

### **Plan de trabajo**

1. Soporte hemodinámico: dos vías EV periféricas + poligelina o NaCl 0.9% a chorro + paracetamol 1g EV STAT.
2. NPO y preparación de paciente para laparotomía exploratoria de emergencia.

3. Se solicita prueba de laboratorio: hemograma completo, Grupo sanguíneo, factor Rh, B-HCG cuantitativa, AGA, electrolitos séricos (sodio, cloro, potasio), glucosa, creatinina, urea.
4. Se solicita ecografía transvaginal

Hasta el momento se tienen los siguientes diagnósticos diferenciales:

1. Shock hipovolémico a descartar abdomen agudo quirúrgico de patología obstétrica (ruptura embarazo ectópico, ruptura de quiste ovárico, quiste ovárico a pedículo torcido)
2. Amenorrea secundaria
  - a. Embarazo
  - b. Enfermedad trofoblástica

### **Exámenes auxiliares**

#### Laboratorios

- Hb: 8.4
- Plaquetas: 215.000
- Leucocitos: 13.36
- Abastionados: 0.0
- Grupo y factor RH: O positivo
- Na: 140
- Cl: 101
- K: 4.2
- Urea: 20
- Creatinina: 0.33
- Glucosa basal: 90
- B-HCG: 2200

#### Imágenes

- Ecografía transvaginal

Se observa cavidad endometrial vacía, embarazo extrauterino cervical con embrión único sin actividad cardíaca, el OCI cerrado y en la parte inferior, implantación del saco gestacional en la mucosa cervical.

## **Diagnóstico**

- Embarazo ectópico roto O00.9

La paciente fue sometida a una intervención quirúrgica de laparotomía exploratoria. Debido a que se habían cumplido sus deseos de reproducción y se consideraba que existía un riesgo significativo de sangrado debido a la ubicación y el tamaño del tumor, se decidió llevar a cabo la ligadura de las arterias hipogástricas, seguida de una histerectomía total mediante cirugía abdominal. Se mandó muestra para estudio anatomopatológico.

No se presentaron complicaciones durante el procedimiento quirúrgico ni en el período de recuperación posterior. La terapia intravenosa se suspendió, y la paciente mostró una mejora evidente en su estado general. Paciente es dada de alta con indicaciones médicas y control a los 15 días por servicio de Ginecología con resultados de anatomía patológica.

## **Caso clínico n.º 3**

Paciente femenina de 32 años, previamente sana, quien consulta por prurito vulvar intenso y flujo vaginal blanco y espeso de dos semanas de evolución, refiere que no es maloliente, y de tipo "requesón". Refiere incremento de los síntomas después de mantener relaciones sexuales sin protección y refiere haber cambiado de pareja recientemente. Además, refiere dispareunia. Niega SAT, náuseas o vómitos.

## **Antecedentes**

Fisiológicos

- FUR: 04/11/23
- G2P2002
- Último PAP: negativo (enero 2023)
- Métodos anticonceptivos: niega
- Parejas sexuales: Cuatro
- Fecha última relación sexual: hace cuatro días

- Niega enfermedades de transmisión sexual
- Medicación habitual: Anticonceptivos orales de estrógeno y progesterona, metformina 850 1 tab c/24h

#### Patológicos

- SOP en tratamiento hace 12 años
- DM2 en tratamiento

#### Quirúrgicos

- Liposucción abdominal hace cinco años
- Niega cirugías ginecológicas

Familiares: Padre con DM2 y madre con HTA

#### **Funciones vitales**

- Frecuencia cardiaca: 65x'
- Frecuencia respiratoria: 16x'
- Presión arterial: 118/77 mmHg
- Temperatura: 36.0 °C
- Saturación: 98%
- FiO2: 0.21

#### **Examen físico**

- Piel: Tibia, hidratada, elástica, mucosas hidratadas, llenado capilar <2 segundos
- Tejido celular subcutáneo: Simétrico, no edemas
- Tórax y pulmones: Tórax simétrico, amplexación conservada, MV pasa bien por ambos campos pulmonares.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buen tono, no soplos
- Abdomen: Blando, depresible, RHA presentes, propulsivos, de buen tono y frecuencia, niega dolor a la palpación.
- Genitourinario y examen ginecológico: Se aprecia eritema vulvar, edema y flujo blanquecino en vagina y labios mayores y menores. No hay lesiones ulcerativas ni masas palpables. Cuello uterino sin alteraciones. PPL (-) PRU (-).



- Sistema nervioso central: LOTEP, escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos

### **Exámenes auxiliares**

#### Laboratorios

- Hb: 12.5
- Hct: 48%
- Leucocitos: 9.4
- Plaquetas: 201 mil
- Glucosa: 95
- Urea: 28
- Creatinina: 0.8
- Frotis vaginal: Presencia de hifas de Candida.
- PCR: Negativa para clamidia y gonorrea.

### **Diagnóstico**

1. Vulvovaginitis por cándida      N77.1

### **Plan de trabajo**

- Un óvulo de nistatina cada noche por siete días
- Antimicótico oral: Fluconazol 150 mg, dosis única
- Crema antifúngica: Clotrimazol aplicado localmente durante siete días
- Educación sobre higiene íntima y prevención de recurrencias
- Cita de seguimiento en dos semanas para evaluar respuesta al tratamiento.

### **I.4 Rotación en Pediatría**

#### **Caso clínico n.º 1**

Paciente varón de cuatro años se presenta en el servicio de Emergencia acompañado por su madre debido a la presencia de tos seca un día antes de su llegada (15/06). Durante la madrugada del día de ingreso (16/06), el niño experimentó episodios recurrentes de dificultad respiratoria, y la madre

informó que su saturación variaba entre 92% y 94%. Ante esta situación, decidieron buscar atención en Emergencias. En dicho servicio, se administraron nebulizaciones con salbutamol y sulfato de magnesio, pero a pesar de estos tratamientos, la saturación se mantuvo en un 92%, llevando a la decisión de trasladar al paciente para hospitalización bajo la supervisión del servicio de Pediatría.

### **Antecedentes**

Fisiológicos: Aparente inmunizaciones completas. Peso al nacer 3705 g. Talla al nacer: 51 cm. Perímetro cefálico no recuerda

Patológicos: Niega

Familiares

- Padre: Asma (niñez)
- Madre: Aparentemente sana

### **Funciones vitales**

- Frecuencia cardiaca: 100 x'
- Frecuencia respiratoria: 49 x'
- Temperatura: 36.6 °C
- Saturación: 93%

### **Examen físico**

- Piel y mucosas: Piel hidratada, turgente y elástica. llenado capilar < 2 segundos. No presenta ictericia, palidez ni cianosis.
- Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello centrado, no se evidencian adenopatías.
- Tórax y pulmones: Murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares, sibilantes difusos en ambos campos pulmonares a la inspiración y espiración. Tirajes retroesternales y subcostales.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad. No soplos audibles.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos positivos (RHA +), blando, depresible, no dolor a la palpación superficial, no dolor a la palpación profunda, no visceromegalia

- Genitourinario: Puño percusión lumbar negativa (PPL -), puntos renoureterales negativos (PRU -), no globo vesical
- Neurológico: Despierto, activo, Glasgow 15/15
- Musculoesquelético: Rangos articulares conservados. Sin alteración evidente.

### **Exámenes auxiliares**

#### Laboratorios

- Hemograma
  - Leucocitos: 8.5 mil (ab 0%)
  - Plaquetas: 280 mil
  - Hb: 12.3 g/dl
  - Hct: 36%
- PCR: 2.31

### **Diagnóstico**

1. Crisis asmática moderada J45.9

### **Plan**

1. Dieta completa hipoalergénica + LAV
2. Vía salinizada
3. Metilprednisolona 5 mg EV cada seis horas
4. Nebulización con salbutamol 11 gotas + NaCl 0.9% 5 cc cada dos horas
5. Bromuro de Ipratropio 20 ug 6 puff cada dos horas por aerocámara
6. Metamizol 480 mg EV PRN T° >38°C
7. Oxígeno suplementario por cánula binasal para saturación >92%
8. Control de funciones vitales + OSA

El paciente tuvo una evolución clínica favorable con el tratamiento, luego de dos días en hospitalización fue dado de alta con saturación 98-99%. Se aconsejó a los padres que se abstengan de fumar y que eviten exponer al niño al humo de tabaco ambiental, dado que esto incrementa la probabilidad de que el niño desarrolle asma y experimente empeoramiento en su condición respiratoria. Se les informó que, de acuerdo con investigaciones, los niños con

hiperreactividad bronquial y padres fumadores tienen una mayor frecuencia de ataques de asma. Además, se les recomendó prevenir la exposición a alérgenos de insectos y reducir al mínimo la presencia de moho y humedad, ya que esto duplica el riesgo de desarrollar asma en el niño.

### **Caso clínico n.º2**

Paciente femenina de ocho años se presenta en el servicio de Emergencia en compañía de su tía, quien informa que el menor experimentó tos seca durante los últimos cinco días, intensificando progresivamente desde hace cuatro días. Dos días antes del ingreso, se sumó la presencia de fiebre, alcanzando 38.6°C, y se administró paracetamol, lo que temporalmente alivió la fiebre durante algunas horas. El día anterior al ingreso, la tos y la dificultad respiratoria impidieron que el paciente conciliara el sueño, motivo por el cual lo llevaron a Emergencias.

### **Antecedentes**

Generales: Actividad física moderada, dieta mixta

Fisiológicos

- Aparentemente inmunizaciones completas.
- Peso, talla y perímetro cefálico al nacer no recuerda

Patológicos

- Niega enfermedades previas, niega cirugías, niega hospitalizaciones previas, niega transfusiones. Niega alergias.

Familiares

- Madre: aparentemente sana.
- Padre: aparentemente sano.

### **Funciones vitales**

- Frecuencia cardíaca: 108
- Frecuencia respiratoria: 36
- T°: 37.6°
- Saturación de O<sub>2</sub>: 92%
- FiO<sub>2</sub>: 0.21

## **Examen físico**

- Piel y mucosas: Piel hidratada, turgente y elástica. Llenado capilar < 2 segundos. No presenta ictericia, ni palidez o cianosis.
- Cabeza y cuello: Normocéfalo, cuello centrado, no se evidencian adenopatías.
- Tórax y pulmones: Amplexación conservada, murmullo vesicular disminuido en ACP, subcrépitos difusos en ambos campos pulmonares. Se evidencian tirajes subcostales.
- Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad. No soplos audibles.
- Abdomen: Ruidos hidroaéreos positivos (RHA +), blando, depresible, no dolor a la palpación superficial, no dolor a la palpación profunda, no visceromegalia
- Genitourinario: Puño percusión lumbar negativa (PPL -), puntos renoureterales negativos (PRU -)
- Neurológico: Despierto, activo, Glasgow 15/15
- Musculoesquelético: Rangos articulares conservados. Sin alteración evidente.

## **Exámenes auxiliares**

### Laboratorio

- Hb: 12.0
- Leucocitos: 16,5 (Ab: 2.00)
- Plaquetas: 302
- PCR:198

### Imágenes

#### Radiografía de tórax

- Se detectan opacidades intersticiales en la región cercana al corazón en el lado derecho.
- Los senos costodiafragmáticos están despejados.
- La red vascular pulmonar mantiene su distribución.
- La silueta del corazón tiene dimensiones y forma habituales.
- No se observan alteraciones en las estructuras óseas visibles.

## Diagnóstico

1. Neumonía adquirida en la comunidad J18.9

## Plan

1. Dextrosa 5% 1000 cc + NaCl 20% 40 cc + KCl 20% 10 cc → 55cc por hora
2. Ceftriaxona 720 mg EV cada 12 horas
3. Metilprednisolona 18 mg EV cada 12 horas, lento y diluido
4. Nebulización con salbutamol 11 gotas + NaCl 0.9% 5 cc cada dos horas
5. Metamizol 340 mg EV PRN T° <38°C
6. Oxígeno suplementario por cánula binasal si saturación <92%
7. Se hospitaliza en sala 5-1
8. Control de funciones vitales + OSA

## Seguimiento

La evolución clínica de la paciente fue positiva. En el hemograma para el control del alta, se evidencia un recuento de leucocitos dentro del rango normal, sin desviación a la izquierda, indicando que el tratamiento ha sido exitoso y el proceso infeccioso está en remisión. Además, los resultados del examen de laboratorio se correlacionaron con la mejoría clínica de la paciente, quien comenzó a saturar entre 98% y 99% en los días siguientes. El murmullo vesicular mejoró en ambos campos pulmonares, y la paciente mostró mayor actividad.

Se aconsejó a la paciente y a sus familiares adoptar prácticas de higiene efectivas y fortalecer el sistema inmunológico mediante una alimentación saludable y ejercicio moderado. En caso de que algún miembro de la familia presente enfermedad, se sugirió tomar precauciones como cubrir la boca y la nariz al toser o estornudar con un pañuelo desechable o la parte interna del codo, con el fin de prevenir la transmisión de enfermedades a otros. Asimismo, se recomendó que todos los miembros de la familia se vacunen contra el COVID-19, neumococo e influenza para reducir el riesgo de complicaciones graves. Se enfatizó la importancia de mantener actualizado el calendario de

vacunación para garantizar una protección efectiva contra diversas enfermedades.

### **Caso clínico n.º 3**

Paciente masculino preescolar de dos años y cuatro meses que inicialmente acudió a consulta debido a fiebre de tres días de evolución, sin manifestar otros síntomas notables. Durante la evaluación física, se observó una orofaringe enrojecida, siendo el resto de la exploración sin hallazgos anormales. Se indicó la observación domiciliaria con el uso de antipiréticos.

A las 24 horas, el paciente regresó debido a la persistencia de la fiebre y la aparición de un exantema maculopapuloso en el tronco. En esta instancia, se mantuvo la hiperemia en la orofaringe, y como nuevo hallazgo, se identificó una adenopatía laterocervical derecha, de aproximadamente 2 cm de diámetro, dolorosa a la palpación. Se realizó una detección rápida del antígeno estreptocócico, con resultado negativo. El tratamiento antipirético continuó, recomendándole la observación en el hogar con un nuevo control si persistía la fiebre o surgían nuevos síntomas.

En el octavo día desde el inicio de la fiebre, el paciente regresó debido a la persistencia de la fiebre y el exantema, y se observó además eritema conjuntival y descamación de las manos.

### **Antecedentes**

#### Fisiológicos

- Inmunizaciones completas.
- Peso al nacer: 3450, talla al nacer: 51 cm

#### Patológicos

- Niega enfermedades previas.
- Niega hospitalizaciones y cirugías previas.
- Niega alergias.

#### Familiares

- Madre: Niega enfermedades
- Padre: Niega enfermedades

### **Funciones vitales**

- Frecuencia cardiaca: 97x'
- Frecuencia respiratoria: 20x'
- T°: 37.9°C
- Saturación de O2: 98%
- FiO2: 0.21

### **Examen físico**

- Inspección general: REG, AREN, AREH
- Piel, mucosas y TCSC: T/H/E, exantema maculopapuloso en tronco con descamación de manos y plantas. No palidez o ictericia. Llenado capilar <2 seg.
- Ojos: Inyección conjuntival sin secreciones.
- Orofaringe y cavidad oral: Hiperémica con labios fisurados y queilitis angular.
- Cuello: Adenopatía cervical derecha dolorosa a la palpación de aprox. 2 cm
- Tórax: MV pasa bien en ambos hemitórax. No hay ruidos agregados. Buena amplexación
- Cardiovascular: RCR de buena intensidad. No soplos audibles. Pulso periféricos palpables
- Abdomen: RHA (+) de buena intensidad, B/D, no doloroso a la palpación.
- GU: PPL (-) PRU (+)
- Locomotor: Moviliza las 4 extremidades sin limitación. No hay dolor al movimiento pasivo o activo
- Neurológico: LOTEP, Glasgow 15/15. Fuerza muscular conservada en 4 extremidades. Sensibilidad conservada.

### **Plan de trabajo**

- Hemograma completo
- Bioquímica sanguínea: glucosa, urea, creatinina
- Enzimas hepáticas: TGO, TGP, FA
- PCR
- IC cardiología pediátrica



## **Exámenes auxiliares**

### Laboratorio

- Leucocitos: 9,010
- Plaquetas: 457,000
- Hemoglobina: 14.5
- Hematocrito: 42%
- Otros parámetros eritrocíticos: Valores dentro del rango normal
- TGO: 26 UI/L
- TGP: 32 UI/L
- Fosfatasa Alcalina: 89 UI/L
- Glucosa: 82 mg/dL
- Urea: 28 mg/dL
- Creatinina: 0.78 mg/dL
- PCR: <0.3 mg/dL

## **Diagnóstico**

1. Enfermedad de Kawasaki                      M30.3

## **Seguimiento**

Con el diagnóstico clínico de Enfermedad de Kawasaki es valorada por Cardiología Infantil que confirma el diagnóstico. Inicia tratamiento con IG IV 2g/Kg en infusión de 12h y AAS a 80 mg/Kg/día. Se realiza ECG y Ecocardiografía que son normales.

La evolución fue favorable, evidenciando la resolución de la fiebre en el séptimo día y la mejoría completa de los síntomas iniciales al completar dos semanas. Se redujo la dosis de AAS a 5 mg/kg/día. En el seguimiento a las seis semanas, los análisis mostraron una normalización del recuento de plaquetas a 324,000 y la ecocardiografía continuó siendo normal. Dado que no se observaron anomalías coronarias, se programó un nuevo control para el año siguiente y se otorgó el alta después de confirmar resultados normales en los estudios.

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

El Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” forma parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Ipress) de la Dirección de Salud de la Marina (Disamar), ubicado en el distrito de Bellavista, provincia constitucional del Callao, teniendo un nivel de complejidad III-1. Fue inaugurado un 4 de julio de 1956 durante la gestión ministerial del Vicealmirante Roque A. Saldías Maninat (1). Es reconocido por ser pionero en los trasplantes renales en el Perú (1969) siendo un antes y después de la cirugía peruana (2).

En la actualidad, el director del Centro Médico Naval es el contraalmirante SN (MC) Manuel Laca Barrera, quien estuvo a cargo de la Dirección del Instituto de Trasplantes de Órganos y Tejidos de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional y en el 2021, se desempeñó como Director del Policlínico Naval San Borja (3).

Esta institución cuenta con los cuatro servicios básicos los cuales son Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Medicina Interna, así como centro especializados como Centro quirúrgico, centro geriátrico, Servicio de Cirugía Plástica y Quemados, Servicio de Farmacia, Unidades de Cuidados Intensivos (médicos, quirúrgicos, pediátricos y neonatológicos), Servicio de Laboratorio (a cargo de SUIZA LAB), entre otros; además de contar con Centro de Imágenes, el cual consta de resonancia magnética, tomografía, radiografía, ecografía, entre otros (2).

Nuestra función como internos de medicina es la realización de historias clínicas, evaluación diaria de los pacientes hospitalizados, realización de procedimientos bajo supervisión, atención de pacientes en tópico de emergencia, teniendo un incentivo por el trabajo realizado que consta de 400 soles siendo este estipulado por el Minsa.

## **CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

### **III.1 Rotación en Cirugía**

#### **Caso clínico n.º 1**

En este caso se presenta a un paciente varón de 82 años con el diagnóstico de colecistitis crónica calculosa la cual se define por la presencia de inflamación prolongada de la vesícula biliar, estando localizada por debajo del hígado y se encarga de almacenar la bilis, esta participa en la digestión de las grasas a nivel del intestino delgado. Dentro de las causas más comunes se encuentran los ataques repetitivos de la colecistitis aguda que son causados por cálculos biliares. Esta patología es más frecuente después de los 40 años y predominando en el sexo femenino, dentro de los factores que incrementan el riesgo son el embarazo y el uso de pastillas anticonceptivas. La sintomatología característica viene a ser los relacionados a la colecistitis aguda como presencia de dolor a nivel de hipocondrio derecho que se irradia a la espalda o debajo del omóplato derecho, fiebre, náuseas, vómitos, heces color arcilla, etc. El diagnóstico se realiza mediante el examen físico y exámenes auxiliares, como es la ecografía; en el presente caso clínicamente hay presencia de dolor a la palpación en hipocondrio derecho de intensidad 3/10 y, en la ecografía abdominal, se observa las paredes engrosadas (en 6mm) y la presencia de un lito en su interior a nivel de bacinete (de 9mm). El tratamiento para este tipo de patologías viene a ser mediante una intervención quirúrgica denominada colecistectomía laparoscópica y/o convencional. En este caso se optó por una colecistectomía laparoscópica ya que tiene como ventajas que el paciente presenta menos dolor postoperatorio, requiere menor uso de analgesia y un tiempo de recuperación más corto comparado a la colecistectomía convencional (abierta). El paciente fue dado de alta a las 48 horas con una evolución favorable, indicaciones en cuanto a la dieta y pasar por consultorio externo de cirugía general a los siete días para el retiro de puntos y evaluación (4).

## **Caso clínico n.º2**

Como ya se mencionó anteriormente este caso se trata de una hernia inguinal la cual se define como la presencia de un abultamiento a nivel abdominal que se da a través de un punto de debilidad en la parte inferior de la pared. Este tipo de hernias se presenta con mayor frecuencia en personas del sexo masculino. Dentro de la sintomatología característica se tiene la presencia de una masa entre la parte inferior del abdomen y los muslos, sensación de malestar y dolor que empeora a la hora de realizar esfuerzo. Los síntomas que presentaba el paciente fueron la presencia de masa, dolor tipo opresivo que se intensifica al realizar esfuerzo. Para diagnosticar este tipo de patologías nos apoyamos con el examen físico el cual indica si se está ante una hernia inguinal tipo directa (Landivar positivo) o indirecta (Landivar negativo), reductible o irreductible y si es coercible o incoercible, además de los exámenes de imagen como una ecografía, por ejemplos, en el caso de este paciente, se observa la presencia de una hernia con cuello herniario de 8mm por donde protruye grasa mesentérica la cual es reductible y sin presencia de compromiso vascular. El diagnóstico de este caso es una hernia inguinal izquierda directa, reductible, incoercible (no complicada) y el tratamiento de esta patología vendría a ser la reparación del defecto mediante una cirugía que puede ser convencional (abierta) o laparoscópica, es por ello que en este paciente se optó por una hernioplastia inguinal convencional tipo Liechtenstein la cual se basa en la colocación de una malla que dentro de sus ventajas encontramos que es una técnica sin tensión que mejora el dolor y disminuye el riesgo de recidiva, por lo que los pacientes son dados de alta de manera pronta sin presentar complicaciones postoperatorias (5) (6).

## **Caso clínico n.º3**

En este caso se presenta a un paciente varón de 73 años con una patología frecuente en este nosocomio la cual es la enfermedad hemorroidal. A las hemorroides las podríamos definir como la presencia de almohadillas que están formadas por vasos sanguíneos que rodean el canal anal. En cuanto a la epidemiología, se encuentra con la misma frecuencia en ambos sexos, siendo más frecuente en personas que sufren de estreñimiento. Hablando de

la sintomatología, aproximadamente el 40% de las personas son asintomáticas, seguido de la presencia de sangrado en las deposiciones, sensación de masa y dolor que está asociado a las hemorroides trombosadas. En el caso clínico el paciente presentó sangrado post defecación, sensación de masa en canal anal. El diagnóstico de esta enfermedad se da mediante la exploración física y colonoscopia las cuales nuestro paciente cuenta. En la exploración física (proctológico) se evidencia un repliegue cutáneo en radio nueve, paquete hemorroidal en radio seis que protruye a Valsalva y reduce parcialmente a la digitopresión y en la colonoscopia se concluye presencia de hemorroides internas grado III, hemorroides externas y plicoma anal. Para poder hacer el diagnóstico primero se debe clasificar a las hemorroides las cuales se dividen en internas y externas, las internas se dividen en cuatro grados, las de primer grado que son completamente internas, las de segundo grado sobresalen al momento de defecar, pero reducen inmediatamente, las de tercer grado son visibles desde el exterior, pero reducen manualmente y las de cuarto grado se visualizan en el exterior, pero no reducen a las maniobras manuales. En cuanto al tratamiento se describe que las hemorroides de primer y segundo grado son candidatas a tratamiento conservador (médico), mientras que en las de tercer y cuarto grado se deben realizar procedimientos quirúrgicos como las hemorroidectomías. En este caso el paciente presenta unas hemorroides internas de tercer grado por lo que se realiza una hemorroidectomía a lo Milligan Morgan que se trata de un procedimiento en el cual se extirpan las almohadillas hemorroidales dejándolas abiertas para que cicatricen solas. Un punto negativo en cuanto a esta técnica es que puede causar molestias al paciente en el postoperatorio como es el dolor intenso, sin embargo, hay que tener en cuenta que estas complicaciones no son frecuentes. El paciente fue dado de alta a las 72 horas sin presentar complicaciones, teniendo como indicación realizar baños de asiento y mantener una dieta rica en fibra, los cuales son efectivos en este tipo de casos (7) (8).

## III.2 Rotación en Medicina

### Caso clínico n.º 1

Este caso se trata de un paciente varón de 43 años con antecedente de litiasis vesicular y colangitis. En esta oportunidad el paciente acude con un cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal a nivel de hipocondrio derecho, el cual podría orientar a una colangitis aguda. La colangitis aguda es un síndrome caracterizado por dolor, fiebre e ictericia (triada de Charcot) que se desarrolla como resultado de la estasis en el tracto biliar. Se ha visto que la causa más frecuente de esta patología viene a ser la presencia de cálculos en la vesícula representando el 70%, seguida de la estenosis biliar benigna. Como se menciona previamente, el paciente tenía el antecedente de litiasis vesicular. Para hacer el diagnóstico de esta patología se realiza el examen físico, los estudios de imagen y laboratoriales. A nivel de examen físico el paciente presentó dolor en hipocondrio derecho e ictericia en escleras ++/+++, a nivel de laboratorios encontramos elevación de bilirrubinas a predominio directo, fosfatasa alcalina, gamma glutamil transpeptidasa, TGO, TGP, glucosa y PCR, y en los estudios de imagen, se realizó una ecografía abdominal la cual evidenció la presencia de un lito a nivel del colédoco (coledocolitiasis). Todo paciente que ingresa por emergencia es evaluado por el médico emergencista el cual decide realizar los exámenes mencionados anteriormente e indicar el inicio de antibioticoterapia, analgesia y una interconsulta al servicio de gastroenterología. Al día siguiente los especialistas responden la interconsulta dejando como nuevo plan una CPRE, seguir con el antibiótico EV y manejar el dolor. El tratamiento para una colangitis aguda viene a ser el inicio de medidas generales las cuales abarcan la hidratación, antibióticos, manejo del dolor y corrección de los trastornos hidroelectrolíticos. Medidas más específicas vendría a ser la realización de una CPRE ya que es útil cuando los conductos biliares o pancreáticos están obstruidos o estrechados como es el caso de este paciente. En el transcurso de los días se realizó estudios de laboratorio de control, los cuales estaban dentro del rango normal y una interconsulta al servicio de cirugía general para la

realización de una colecistectomía laparoscópica vs convencional para así poder evitar a futuro esta patología (9) (10).

### **Caso clínico n.º2**

Este caso se trata de una paciente mujer de 63 años que es hospitalizada por presentar una enfermedad metaxénica que viene a ser el dengue. El dengue es una enfermedad que se transmite a través de la picadura de un mosquito infectado (*Aedes Aegypti*) teniendo cuatro serotipos. En cuanto a la epidemiología se presenta con mayor frecuencia en la primera mitad del año (hemisferio sur); en este caso la paciente, tuvo un viaje reciente hace 10 días a Piura, siendo esta una región endémica. Puede ser asintomática, pero dentro de los síntomas más característicos encontramos a la presencia de fiebre moderada - alta, cefalea intensa, dolor retroocular, dolor muscular, articular y sarpullido. La paciente presentó una temperatura de 39.5, cefalea intensa, mialgias, artralgias. Para el diagnóstico definitivo se realiza una prueba ELISA que es una muestra en suero la cual debe ser tomada dentro de los primeros 10 días, en este caso se usó el ELISA NS1 dando este positivo al cuarto día de iniciado los síntomas. Existen criterios de gravedad para poder saber si los pacientes necesitan hospitalización o si pueden ser manejados ambulatoriamente. Dentro de los criterios para signos de alarma se encuentran el dolor abdominal intenso, vómitos persistentes, sangrado de mucosas, alteración del estado de conciencia, cefalea intensa, hepatomegalia, aumento progresivo del hematocrito asociado a la disminución de plaquetas, entre otros. La paciente presentó dolor abdominal y plaquetopenia, que representan criterios de gravedad, por lo que se decide su hospitalización. La paciente responde bien al tratamiento el cual se basa en la administración de paracetamol e hidratación, tuvo una evolución favorable por lo que es dada de alta a los cuatro días con recomendaciones para prevenir el contagio y propagación del dengue (11) (12).

### **Caso clínico n.º3**

Este caso se trata de una paciente mujer de 65 años a la que se le diagnosticó neumonía adquirida en la comunidad. Esta patología es una infección aguda

del parénquima pulmonar que puede ser producida por virus, bacterias (*Streptococcus pneumoniae*), hongos y parásitos los cuales son adquiridos fuera del ámbito hospitalario. Dentro de los factores de riesgo que predisponen esta patología se tiene a las personas  $\geq$  a 65 años, tabaquismo, alcoholismo, pacientes cardiopatas, inmunodeprimidos, trastornos de la deglución, de todos estos, la paciente cumple con los factores de riesgo que son la edad (65 años) e HTA. La sintomatología característica de esta enfermedad viene a ser de evolución aguda con presencia de malestar general, fiebre, tos, expectoración mucopurulenta y dificultad respiratoria, la cual esta paciente refiere presentar casi todos estos síntomas. El diagnóstico se realiza con el examen físico y exámenes auxiliares, donde se encuentra a nivel de tórax y pulmones una respiración abdomino torácico con un murmullo vesicular disminuido en hemitórax derecho, se auscultan crépitos en los 2/3 inferiores del hemitórax derecho y vibraciones vocales aumentadas. Como se mencionan en las literaturas, el diagnóstico no puede dar solo con el examen físico por lo que se solicita una radiografía de tórax donde se evidencia una consolidación en  $\frac{2}{3}$  inferiores del lóbulo derecho. Para ser más específicos se podría realizar pruebas microbiológicas ya que ayuda a conocer el agente causal y el patrón de sensibilidad a los antibióticos. Para conocer la gravedad de la enfermedad se usa la escala CURB-65 que tiene como parámetros la presencia de confusión, un valor de urea  $> 44$  mg/dl, una frecuencia respiratoria  $\geq 30$  rpm, presión arterial  $< 90/60$  mmHg y una edad  $\geq 65$  años. El puntaje irá del 0 al 5 siendo los valores de 0-1 (manejo ambulatorio), 2 - 3 (hospitalización) y de  $\geq 4$  (UCI). La paciente cumple con los parámetros de edad  $\geq 65$  años (1 punto), frecuencia respiratoria  $\geq 30$  rpm (1 punto), urea: 45 mg/dl (1 punto), teniendo un total de tres puntos por ende el manejo vendría a ser la hospitalización. El tratamiento para este tipo de patologías viene a ser mediante la administración de antibióticos y el que se uso fue ceftriaxona de manera EV con dosis de 2 gr al día por 10 días donde se vio una mejoría notable de la paciente (exámenes de laboratorios dentro de rangos normales) por lo que es dada de alta con indicaciones y control por consultorio de medicina interna y cardiología en siete días (13) (14).



### III.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia

#### Caso clínico n.º1

Se presenta una paciente gestante de 38 semanas por ecografía de primer trimestre con picos altos de presión arterial según refiere por controles en casa. En triaje se le toma la presión y se obtiene un valor de 165/97, es atendida en tópico de obstetricia, donde se vuelven a obtener valores mayores a 160/100, los cuales son indicativos de una preeclampsia severa, motivo por el cual se decide su hospitalización para culminación de la gestación. Para ello, hay que tener en cuenta la definición de preeclampsia, la cual es un síndrome multisistémico que se caracteriza por presentar presiones arteriales con valores por encima de 140/90 mmHg en gestaciones mayores a las 20 semanas y asociada a proteinuria. Existen criterios que nos van a ayudar a llegar al diagnóstico de esta patología, estos son:

- Presión arterial  $\geq$  140/90 o una toma de presión arterial  $\geq$  160/110, asociándose:
  - Proteinuria  $\geq$  300 mg en 24h, o
  - índice de proteína/creatinina  $\geq$  0.3 o
  - Lapstick > 1+
- Los mismos criterios de hipertensión asociados a:
  - Trombocitopenia: plaquetas < 150 000/uL
  - Insuficiencia renal: Cr sérica > 1.1 mg/dL o el doble de valor normal
  - Transaminasas elevadas el doble de su concentración normal
  - Edema pulmonar
  - Presencia de escotomas, tinnitus, cefalea

El tratamiento se basa en control de la presión arterial con antihipertensivos como metildopa o nifedipino, así como el uso de anticonvulsivantes como es el sulfato de magnesio, teniendo cuidado que este fármaco pueda llevar a alteración de los reflejos osteotendinosos, los cuales se presentan cuando hay sobredosis en su uso, en estos casos se suspende el sulfato y se inicia gluconato de calcio para revertir el efecto. El tratamiento definitivo es el término de la gestación en casos de preeclampsia severa. Es por ello que, en

el caso presentado, tras el uso de antihipertensivos, anticonvulsivantes, y a pesar que la paciente no tuvo sintomatología agregada, el hecho de tener una presión > 160/90, se catalogó como una preeclampsia severa, la cual se confirmó al tener un índice de proteína/creatinina > 0.3 posteriormente, y al ser una gestante con 38 semanas de gestación, se decide realizar una cesárea iterativa por el antecedente de cesárea anterior, lo que permite disminuir la morbilidad materna y fetal. Posterior a la cirugía, la paciente presenta una evolución favorable, por lo que es dada de alta a las 72 horas junto a su hija (15) (16).

### **Caso clínico n.º 2**

En este caso acude una paciente de 34 años con dolor intenso a nivel de fosa iliaca derecha de inicio súbito, se irradia a todo el abdomen y no calma con analgésicos asociado a sangrado vaginal profuso. Refiere que su fecha de última regla fue hace nueve semanas. Al examen físico se encuentra taquipneica, taquicárdica, hipotensa, pálida, poco hidratada, con llenado capilar de tres segundos y extremidades frías, el abdomen doloroso a la palpación, hay signo de Blumberg positivo y en el examen ginecológico, se palpa tumoración ocupando fondo de saco anterior, sangrado escaso y al tacto vaginal, se aprecia tumoración blanda de 10 cm. La paciente se encuentra hemodinámicamente inestable, por lo que se le realiza soporte hemodinámico y se le prepara para laparotomía exploratoria de emergencia. Los exámenes de laboratorio arrojaron una anemia moderada y un B-HCG en 2200. En la ecografía se concluye la implantación del saco gestacional en la mucosa cervical, puesto que la cavidad endometrial se encuentra vacía. Con ello se diagnostica el embarazo ectópico, este se define como un embarazo extrauterino, en su mayoría suelen ser tubáricos, este se presenta con amenorrea, dolor abdominal y, en caso de una ruptura de la trompa, puede ocasionar síntomas de shock hemorrágico y una súbita inflamación del abdomen, por tanto, el presente caso se diagnosticó como un embarazo ectópico roto. Como se mencionó previamente, la paciente se encontraba hemodinámicamente inestable, lo cual es una indicación para realizar la cirugía de emergencia, así mismo, la paciente mencionó que ya había

cumplido sus deseos de paridad, por lo que se le realiza una histerectomía abdominal total. Durante y posterior a la cirugía no se presentaron complicaciones, la paciente tuvo una evolución favorable y se le indica control a los 15 días con resultado de anatomía patológica por consultorio de Ginecología (17) (18).

### **Caso clínico n.º 3**

Se presenta a una paciente de 32 años que acude con prurito vulvar y flujo vaginal de color blanquecino y espeso desde hace dos semanas, así mismo, refiere que los síntomas aumentan al tener relaciones sin protección asociado a dispareunia. Como antecedente de importancia, refiere tener DM2 en tratamiento y síndrome de ovario poliquístico en tratamiento con anticonceptivos orales de estrógenos y progesterona. Al examen físico se observa eritema vulvar, edema y flujo blanquecino a nivel de vagina y de labios mayores y menores. Por tal motivo, se llega al diagnóstico de vulvovaginitis candidiásica. Este trastorno se caracteriza por signos y síntomas de inflamación a nivel vulvovaginal, causados por el hongo *Cándida Albicans*. La enfermedad se asocia con un crecimiento excesivo del organismo, el cual penetra las células epiteliales y, por ende, causan la sintomatología. Hay enfermedades y medicamentos que predisponen a las infecciones por *cándida*, estos son: diabetes *mellitus*, uso de antibióticos, aumento de niveles de estrógeno o inmunosupresión. Clínicamente se presenta con ardor, dolor e irritación vulvar, pueden ir acompañados o no de disuria o dispareunia, y cuando se presenta la secreción, esta es característicamente blanca, espesa, grumosa (tipo requesón) con un olor mínimo o sin olor, hay que tener en cuenta que no hay alteración del cuello uterino. El tratamiento generalmente para casos no complicados consta en el uso de óvulos vaginales (nistatina o clotrimazol), antimicóticos orales (fluconazol o ketoconazol) y cremas antifúngicas (clotrimazol). En este caso, la paciente recibió el tratamiento mencionado previamente, tanto los óvulos como la crema por siete días, además se le dieron recomendaciones sobre higiene y prevención de recurrencias, y control en dos semanas para determinar la respuesta al tratamiento (19) (20).

### III.4 Rotación en Pediatría

#### Caso clínico n.º 1

Este caso se presenta un paciente de cuatro años con tos seca previa llegada a emergencia, además de dificultad respiratoria y con una saturación entre 92 a 94%. Al indagar sobre antecedentes familiares, su padre es asmático mientras que su madre refiere no tener ninguna enfermedad. Al examen físico el murmullo vesicular se encuentra disminuido en ambos hemitórax, se auscultan sibilantes difusos a la inspiración y espiración, así como tirajes retroesternales y subcostales, y tiene una saturación en 93%. Con todo esto, se diagnostica crisis asmática moderada. El asma es una enfermedad pulmonar crónica obstructiva reversible, ya sea de manera médica o espontánea, esta enfermedad se presenta en el paciente atópico. Por tanto, al presentarse en paciente atópicos, esta patología se exagera al presentarse alérgenos como son el polvo o humo de tabaco y predispone a una crisis asmática. Clínicamente el paciente llega con sibilancias en los campos pulmonares, taquipnea, uso de musculatura accesorio, desaturación e incluso cianosis. Para el tratamiento de una crisis asmática, se debe realizar una diferenciación entre las crisis leves (<3 puntos y SO<sub>2</sub> >94%), moderadas (4-6 puntos y SO<sub>2</sub> 91-94%) y severas (>6 y SO<sub>2</sub> <91%), para ello se usa el Pulmonary Score, que tiene tres parámetros que ayudan a realizar esta diferenciación. En este caso, se muestra una crisis asmática moderada, debido a que se encuentra con un puntaje de seis en el Pulmonary Score y con una saturación de 93%, por ello que se inicia el tratamiento con corticoides, oxigenoterapia para mantener la saturación >92%, nebulizaciones con salbutamol y puffs de bromuro de ipratropio. La paciente tuvo una evolución favorable, no tuvo complicaciones, se le da de alta a los dos días al presentar mejoría clínica evidente y con una saturación en 98 – 99% sin oxígeno suplementario, se le deja indicaciones de uso de salbutamol en inhalador y control a los tres días, así como recomendaciones para evitar el contacto con alérgenos como el humo de tabaco, que generan hiperreactividad bronquial (21) (22).

## **Caso clínico n.º 2**

Este caso trata de una paciente de ocho años que presenta tos seca y se intensifica al transcurrir los días. Además de ello, presenta fiebre dos días antes de acudir a emergencia que cede parcialmente con paracetamol, todo ello asociado a dificultad respiratoria que interrumpe el sueño. Al examen físico se encontró una saturación en 92%, murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares, subcrépitos y tirajes subcostales. Junto con los exámenes auxiliares, donde se aprecia leucocitosis sin desviación izquierda, PCR aumentado y, en la radiografía, muestra opacidades intersticiales, con lo cual se llega al diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad. Esta enfermedad se define como una infección e inflamación del parénquima pulmonar, tiene la característica de que el paciente no ha estado hospitalizado previamente a la presencia de síntomas. La etiología es variada, sin embargo, una forma práctica de determinar la posible etiología de la enfermedad es diferenciando según edades, siendo más probable la etiología viral en menores de cinco años y bacteriana en mayores de cinco años. La clínica típica de esta patología se caracteriza por presentar taquipnea, tos y fiebre que, junto a la auscultación de ruidos anormales en los campos pulmonares, nos haría sospechar de neumonía, sin embargo, una radiografía de tórax anormal confirma el diagnóstico. Las pruebas de laboratorio no contribuyen para llegar al diagnóstico o para el tratamiento inicial de esta enfermedad. En cuanto al tratamiento antibiótico, se debe tener en cuenta si el paciente llevará un tratamiento ambulatorio u hospitalario, en caso sea ambulatorio, el tratamiento de primera línea es amoxicilina o cloranfenicol; en caso del hospitalario, se divide según edades, en menores de dos meses se administra ampicilina junto con gentamicina, amikacina o cefotaxima, y en mayores de dos meses, se tienen las opciones de ampicilina, cloranfenicol, penicilina G sódica, ceftriaxona o cefotaxima. En este caso, a la paciente se le administró ceftriaxona como tratamiento antibiótico, la evolución fue positiva, se obtuvo un hemograma control en rangos normales, lo que indicaría que el tratamiento que se le dio a la paciente fue el correcto, además de ello, la mejoría clínica evidente ayudó para decidir el alta de la paciente, disminuyendo así los ruidos anormales a la auscultación, aumentando la saturación sin oxígeno

suplementario y mostrándose más activa. Como se detalló en el caso clínico, se dieron recomendaciones a los padres para evitar un nuevo cuadro de neumonía, por tal motivo, en este caso se enfatiza la necesidad de una atención médica que vaya más allá del tratamiento de la enfermedad actual, incorporando estrategias preventivas que promuevan la salud a largo plazo. La colaboración activa entre los profesionales de la salud y los pacientes, enfocada en la prevención, puede contribuir significativamente a la reducción de la carga de enfermedades y al bienestar general de la comunidad (23) (24).

### **Caso clínico n.º 3**

En el caso se presenta a un paciente con fiebre de tres días de evolución asociado a orofaringe eritematosa. Al siguiente día, la fiebre y la orofaringe hiperémica no ceden, además se asocian la presencia de exantema maculopapuloso en tronco y adenopatía cervical derecha. Días después, el paciente persiste febril y con exantema, además se añade inyección conjuntival y descamación en manos. Ante ello, se plantea el diagnóstico de enfermedad de Kawasaki. Esta enfermedad es una vasculitis sistémica que es aguda y se autolimita, teniendo en cuenta que afecta vasos de pequeño y mediano calibre. Clínicamente se caracteriza por la presencia de fiebre (suele ser alta, responde parcialmente a antipiréticos, dura un tiempo medio de 10 días), inyección conjuntival no supurativa, lengua aframbuesada, labios secos y agrietados, descamación en manos y pies, exantema maculopapular que comienza en miembros y se extiende hasta tronco, linfadenopatías cervicales unilaterales dolorosas y duras e incluso puede cursar con afectación cardíaca, lo que puede agravar el proceso de la enfermedad. Para el diagnóstico, se tiene criterios que tienen que estar asociados obligatoriamente a fiebre de más de cinco días y con al menos cuatro de las siguientes características: inyección conjuntival bilateral, alteraciones en mucosas labiales o faríngeas, cambios periféricos en extremidades, rash o exantema polimorfo y/o linfadenopatía cervical de más de 1,5 cm. Asimismo, hay que valorar la gravedad de la enfermedad, identificando a los pacientes que presenten alto riesgo de desarrollar aneurisma coronario, es suficiente la presencia de un criterio para considerarlo de alto riesgo: < 12 meses, hematocrito <35% o que

disminuya progresivamente desde el diagnóstico, plaquetas < 300 mil, sodio <133, TGO > 100, PCR >200, albúmina < 35, neutrófilos >80%, administración de IgIV después del 10mo día de fiebre, presencia de afectación coronaria evidente en ecocardiografía, recurrencia de la misma enfermedad, y presencia de síndrome de activación macrofágica o shock. El tratamiento, como se mencionó previamente, se basa en la valoración del riesgo, por tanto, en pacientes con bajo riesgo, el tratamiento es inmunoglobulina endovenosa, AINES (ibuprofeno o AAS) y omeprazol; en el caso de pacientes con alto riesgo, se basa en inmunoglobulinas endovenosas, AAS, corticoides y omeprazol. De manera que, en el caso clínico, el paciente es evaluado por cardiología pediátrica, donde no se encuentran criterios de gravedad, por lo que se le inicia el tratamiento con IgIV y AAS. El paciente presenta resolución de la fiebre a los siete días y de los síntomas a las dos semanas de iniciado el tratamiento. Al ser la evolución favorable, el paciente fue dado de alta con indicaciones de un nuevo control (25).

## CONCLUSIONES

1. El internado médico es una etapa obligatoria y de gran importancia para la formación de futuros médicos, mediante la aplicación de lo aprendido durante su formación académica universitaria. De la misma forma, permite afianzar dichos conocimientos para ponerlo en práctica en la actualidad y en situaciones futuras.
2. El Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”, al ser una institución perteneciente a la Marina de Guerra del Perú, tiene como limitación el recibir pacientes pertenecientes a esta y a sus familiares, teniendo un menor número de población atendida a diferencia de los hospitales pertenecientes al Minsa. Sin embargo, a diferencia de estos, tiene como ventaja el acceso a recursos materiales que otros hospitales carecen, como son los equipos de ayuda diagnóstica (tomografía o resonancia) y laboratorio dentro de la institución.
3. Dentro del programa de internado del hospital, contamos con actividades académicas obligatorias, como son exposiciones, exámenes o debate de casos clínicos, donde no solo participan los internos de medicina, sino también los residentes y asistentes de las diversas especialidades, todo ello nos permite adquirir nuevos conocimientos y consolidar los ya aprendidos.



## RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a los futuros internos de medicina aprovechar todo lo que el establecimiento de salud les brinde, sean en mayor o menor cantidad ya que estos ayudan a consolidar y adquirir nuevos conocimientos, de tal forma, esto contribuirá en la formación de futuros médicos.
2. Por otro lado, si bien ya existen actividades académicas dentro del programa de internado de cada institución, se recomienda que estas se incrementen, de manera que el interno de medicina estará en constante actualización sobre los diversos temas o patologías que se presenten en su establecimiento de salud. Para ello, se podría proporcionar al estudiante acceso a diversas plataformas de contenido médico como son UpToDate, ClinicalKey, AMBOSS, entre otros.
3. Por último, futuros colegas, recordar siempre la vocación de servicio que tuvieron en un principio, así como confiar en sus conocimientos y habilidades que fueron forjando a lo largo de la carrera.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Centro médico naval «CMST» | Disamar [Internet]. [citado 2 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.disamar.mil.pe/dicemena/>
2. Nosotros | Disamar [Internet]. [citado 2 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.disamar.mil.pe/nosotros/>
3. Presentación del director del centro médico naval “CMST” | Disamar [Internet]. [citado 2 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.disamar.mil.pe/2023/01/13/presentacion-del-director-del-centro-medico-naval-cmst/>
4. Enríquez-Sánchez LB, García-Salas JD, Carrillo-Gorena J, Enríquez-Sánchez LB, García-Salas JD, Carrillo-Gorena J. Colecistitis crónica y aguda, revisión y situación actual en nuestro entorno. Cirujano general. septiembre de 2018;40(3):175-8.
5. Turiño-Luque JD, Mirón-Fernández I, Rivas-Becerra J, Cabello-Burgos AJ, Rodríguez-Silva C, Martínez-Ferriz A, et al. Hernioplastia inguinal abierta: técnica de Lichtenstein. 2018;
6. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases [Internet]. [citado 2 de febrero de 2024]. Hernia inguinal - NIDDK. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/hernia-inguinal>
7. Hemorroides | ASCRS [Internet]. [citado 2 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://fascrs.org/patients/diseases-and-conditions/a-z/hemorroides>
8. Hemorrhoids: Clinical manifestations and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 2 de febrero de 2024]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/hemorrhoids-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=hemorroides&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/hemorrhoids-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=hemorroides&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)
9. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases [Internet]. [citado 2 de febrero de 2024]. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) - NIDDK. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/pruebas-diagnosticas/colangiopancreatografia-retrograda-endoscopica>
10. Acute cholangitis: Clinical manifestations, diagnosis, and management - UpToDate [Internet]. [citado 2 de febrero de 2024]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/acute-cholangitis-clinical-manifestations-diagnosis-and-management?search=colangitis&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H3586017564](https://www.uptodate.com/contents/acute-cholangitis-clinical-manifestations-diagnosis-and-management?search=colangitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H3586017564)
11. Dengue - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 2 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/dengue>

12. CDC. Centers for Disease Control and Prevention. 2021 [citado 2 de febrero de 2024]. Síntomas y tratamiento del Dengue | CDC. Disponible en: <https://www.cdc.gov/dengue/es/symptoms/index.html>
13. Fernando Saldías P, Orlando Díaz P. Evaluación y manejo de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad. *Rev Med Clin Condes*. 1 de mayo de 2014;25(3):553-64.
14. Treatment of community-acquired pneumonia in adults in the outpatient setting - UpToDate [Internet]. [citado 2 de febrero de 2024]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-community-acquired-pneumonia-in-adults-in-the-outpatient-setting?search=neumonia%20adquirida%20en%20el%20comunidad&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-community-acquired-pneumonia-in-adults-in-the-outpatient-setting?search=neumonia%20adquirida%20en%20el%20comunidad&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
15. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 2 de febrero de 2024]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis?search=preeclampsia&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H14938176](https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis?search=preeclampsia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H14938176)
16. Preeclampsia: Antepartum management and timing of delivery - UpToDate [Internet]. [citado 2 de febrero de 2024]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-antepartum-management-and-timing-of-delivery?search=preeclampsia&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-antepartum-management-and-timing-of-delivery?search=preeclampsia&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)
17. Embarazo ectópico. *Prog Obstet Ginecol*. 1 de junio de 2007;50(6):377-85.
18. Rivera C, Pomés C, Díaz V, Espinoza P. Artículos de Revisión Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico tubario. Update of the confrontation and management of tubal ectopic pregnancy. *Rev chil obstet ginecol*.
19. Cararach Tur M, Comino Delgado R, Davi Armengol E, Marimon García E, Martínez Escoriza JC, Palacios Gil-Antuñano S, et al. La vulvovaginitis candidiásica recurrente. *Prog Obstet Ginecol*. 1 de febrero de 2013;56(2):108-16.
20. Candida vulvovaginitis in adults: Treatment of acute infection - UpToDate [Internet]. [citado 2 de febrero de 2024]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis-in-adults-treatment-of-acute-infection?search=vulvovaginitis%20por%20c%C3%A1ndida&topicRef=5452&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/candida-vulvovaginitis-in-adults-treatment-of-acute-infection?search=vulvovaginitis%20por%20c%C3%A1ndida&topicRef=5452&source=see_link)
21. Calzón NP, Fernández JB. Diagnóstico y tratamiento de la crisis asmática en Urgencias.
22. Asma en pediatría: consenso REGAP | *Anales de Pediatría* [Internet]. [citado 2 de febrero de 2024]. Disponible en:

<https://www.analesdepediatria.org/es-asma-pediatria-consenso-regap-articulo-S1695403321001417>

23. Neumonía y neumonía recurrente | Pediatría integral [Internet]. [citado 2 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2021-01/neumonia-y-neumonia-recurrente-2/>
24. Karla Moëne B. Neumonías adquiridas en la comunidad en niños: diagnóstico por imágenes. Revista Médica Clínica Las Condes. enero de 2013;24(1):27-35.
25. Barrios Tascón A, Centeno Malfaz F, Rojo Sombrero H, Fernández-Cooke E, Sánchez-Manubens J, Pérez-Lescure Picarzo J. Consenso nacional sobre diagnóstico, tratamiento y seguimiento cardiológico de la enfermedad de Kawasaki. An Pediatr (Barc). 1 de septiembre de 2018;89(3):188.e1-188.e22.