

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DEL HOSPITAL  
CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL AÑO 2024

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR  
EL TITULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA

PRESENTADO POR  
MARCIA CAROLINA CARRIÓN LUGO

ASESORA

SHIRLEY ROSSEMARY QUISPE PANTA

LIMA – PERÚ

2025



**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**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DEL HOSPITAL  
CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL AÑO 2024**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR  
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICA CIRUJANA**

**PRESENTADO POR  
MARCIA CAROLINA CARRIÓN LUGO**

**ASESORA  
M.E SHIRLEY ROSSEMARY QUISPE PANTA**

**LIMA – PERÚ**

**2025**

## **JURADO EVALUADOR**

### **Presidente**

Dra. Huamani De La Cruz, Emma Mercedes

### **Miembros**

Dr. Tovar Roca, Jeffree

Dr. Cano Gamarra, Sandro Yanick

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mis padres, por apoyarme con mi carrera. Agradecer a los médicos que les apasiona la docencia y hacen de las visitas importantes momentos académicos, aunque no sea su responsabilidad. Estoy agradecida de haber tenido una muy grata experiencia en mi internado, haber entendido lo que es el trabajo en equipo, lo importante y también divertido que puede ser gracias a la compañía de mis compañeros internos, y algunos residentes de 1er año, que todavía recuerdan que en algún momento ellos también fueron internos.

## ÍNDICE

AGRADECIMIENTO.....	ii
ÍNDICE.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	ix
CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL.....	1
CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA .....	11
CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL.....	13
CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA.....	29
V. CONCLUSIONES.....	32
VI. RECOMENDACIONES.....	33
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	34
ANEXOS	

## RESUMEN

Este trabajo de suficiencia profesional es una recopilación de 2 casos clínicos por cada una de las 4 grandes rotaciones; en orden cronológico, acuerdo a la distribución de estas durante el año de internado de la autora.

Se explica en cada caso el estado en el que los pacientes llegaron a los diferentes tópicos de emergencias del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, lo más resaltante del examen clínico y de los exámenes auxiliares. El manejo que se le brindó al paciente, la evolución de este con el paso de los días en hospitalización hasta el alta, además de: la explicación de la fisiopatología de su enfermedad principal y la razón de la toma de decisiones.

Como recurso se tomaron datos de historias clínicas del hospital, obviando los datos de filiación para respetar el anonimato de los pacientes. Todo con el objetivo de hacer un énfasis en el aprendizaje que se obtuvo y se afianzó durante el internado médico 2024.

Palabras Clave: Trabajo de Suficiencia, Internado Médico, Puente Piedra, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Medicina Humana.

## **ABSTRACT**

This professional sufficiency work is a compilation of 2 clinical cases for each of the 4 major rotations; in chronological order, according to their distribution during the author's year of internship.

In each case, the state in which the patients arrived at the different emergency topics of the Carlos Lanfranco La Hoz Hospital is explained, the most outstanding aspects of the clinical examination and the auxiliary examinations. The management that was given to the patient, the evolution of this patient over the days in hospitalization until discharge, in addition to: the explanation of the pathophysiology of his main disease and the reason for the decision-making.


As a resource, data from the hospital's medical records were taken, ignoring the affiliation data to respect the anonymity of the patients. All with the aim of emphasizing the learning that was obtained and strengthened during the 2024 medical internship.

**Keywords:** Sufficiency Work, Medical Internship, Puente Piedra, Carlos Lanfranco La Hoz Hospital, Human Medicine.



# MARCIA CAROLINA CARRIÓN LUGO

## TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DEL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ EN EL AÑO 2024

 Universidad de San Martín de Porres

---

### Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::29427:422860771

Fecha de entrega

23 ene 2025, 9:43 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

23 ene 2025, 9:48 a.m. GMT-5

Nombre de archivo

2025 TSP\_CARRION MARCIA CAROLINA 22-1- 2025.docx

Tamaño de archivo

2.3 MB

51 Páginas

11,359 Palabras

61,066 Caracteres




## 5% Similitud general

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

### Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)
- ▶ Trabajos entregados

### Fuentes principales

- 5%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

### Marcas de integridad

#### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



SHIRLEY ROSSMARY QUISPE PANTA  
MEDICINA INTERNA  
CMP 60860 RNE 38577  
CODIGO ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-6620-2487>

## INTRODUCCIÓN

El año del internado médico es de gran importancia puesto que es la demostración final a las largas horas de estudio y prácticas de estos últimos años de la carrera, donde finalmente confluye la teoría y la práctica en arduas horas de labores como interno de medicina en las que uno observa de cerca el manejo y los cuidados que se les brindan a los pacientes y se esmera en mejorar la atención de cada uno de aquellos que quedaron a nuestro cargo.

La autora hizo su internado en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en Puente Piedra entre los meses de Febrero a Diciembre del año 2024. Este trabajo de suficiencia profesional es la recopilación de 2 casos clínicos por cada una de las 4 grandes rotaciones; Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía General. El orden escogido es acuerdo al pase por los diferentes servicios a lo largo del año de internado de la autora. Los casos se escogieron con la intención de mostrar la diversidad de casos que llegan al hospital de Puente Piedra y también por el impacto que tuvieron en la creadora de este trabajo quien tuvo la oportunidad de ser parte de la atención de estas emergencias.

Se explica en cada caso el estado en el que los pacientes llegaron a los diferentes tópicos de emergencias del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, que fue lo más resaltante del examen clínico y de los exámenes auxiliares. Se va narrando el manejo inicial que se le brindó al paciente y la evolución de este con el paso de los días de hospitalización hasta el alta. Para más adelante dar una explicación de las patologías principales de cada caso y entender mejor por qué se tomaron ciertas decisiones. Todo con el objetivo mostrar parte del aprendizaje obtenido y afianzo durante estos últimos 10 meses como interna.

## CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

### 1.1 Rotación de Ginecología y Obstetricia

#### 1.1.1 Caso n°1: Miomatosis Uterina

El primer caso de este trabajo es una paciente femenina de 42 años con antecedente de Miomatosis Uterina, que acude por el servicio de emergencias refiriendo sangrado vaginal de moderada cantidad asociado a dolor pélvico desde hace 7 días. Negaba otras molestias. Traía en mano una ecografía institucional que reportaba un útero de  $\pm 15$ cm con un mioma de  $\pm 146$ mm x 89 mm en pared anterior de útero. Al examen físico se encontraba con funciones vitales estables; tenía un abdomen, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda de hipogastrio donde se podía palpar una masa de bordes irregulares de aproximadamente 15 x 10 cm. No se observaba sangrado vaginal activo al momento y al tacto vaginal se encontró un cérvix fibromuscular posterior cerrado con un útero de  $\pm 15$ cm. Debido al sangrado se solicitó un hemograma en donde se evidenciaba una hemoglobina de 8.9/dL.

La paciente fue hospitalizada con los diagnósticos de: Sangrado Uterino Anormal, Anemia leve y Miomatosis Uterina por antecedente. El plan de trabajo fue elevar la hemoglobina con la transfusión de 1 paquete globular para posteriormente ser programada en sala. Tras la transfusión se solicita un segundo hemograma donde mostraba una hemoglobina de 10.6 g/dL. y se le programa inmediatamente para una laparotomía exploratoria en SOP.

Al día siguiente entra en el primer turno y se le realiza una Histerectomía Abdominal Total + Salpingooforectomía derecha + Salpingectomía izquierda. En el reporte se describe el hallazgo de un útero de 20 cm de aspecto miomatoso con múltiples miomas, estando el más grande a nivel del cérvix midiendo 12 x 8 cm. La paciente se recupera exitosamente en URPA (Unidad de Recuperación Post Anestésica) y pasa a piso de hospitalización donde tras tener el resultado

de su examen de hemoglobina control con 9.9 g/dL y presentar una evolución favorable es dada de alta al pasar 48hrs con indicaciones médicas.

#### 1.1.2 Caso n°2: Hemorragia Post Parto por Atonía Uterina

En este caso tenemos una paciente femenina de 21 años G2P1011 que había tenido un parto extrahospitalario el día anterior; siendo una puérpera inmediata de 22 horas con hemorragia postparto y anemia moderada referida del CMI DEMA. La paciente refería dolor en región perineal, mareos, cansancio y sangrado vaginal. Al tomarle una hemoglobina control en el centro materno habría caído de 13.5 g/dL a 8.5g/dL.

Al llegar al área de emergencias se encontraba hipotensa, taquicárdica, con un llenado capilar lento y pálida. Al examen físico de abdomen se palpó un útero flácido por debajo de la cicatriz umbilical. En los genitales se visualizaron puntos de episiorrafia y sangrado vaginal activo. Por lo que se realizó en el tóxico una revisión de cavidad donde hallaron un útero de 18cm con desgarramiento cervical en horas 3 y 9 de  $\pm 2$ cm de longitud razón por la cual se retiran los puntos de traquelorrafia previamente realizados en su centro de salud y realiza una nueva traquelorrafia.

En este contexto se tenía una impresión diagnóstica de una Hemorragia Post Parto por una Atonía Uterina y un Desgarro Cervical, procediéndose a activar la clave roja por el mal estado hemodinámico de la paciente.

Se le colocan dos vías, administrando por una 1000cc de NaCl 0.9% más 30UI de oxitocina y un frasco de poligelina en la 2da vía endovenosa, debido a la hipotensión en lo que esperaban la llegada del 1er paquete globular y resultados de Hemograma y Perfil de Coagulación. También se le administra 1gr de ácido tranexámico, misoprostol, ergometrina y se le realizan masajes uterinos externos. A los 20 minutos la paciente continuo presentando sangrado por vía vaginal de  $\pm 350$ cc, y es trasladada a la unidad de shock trauma donde el monitor lee una PA de 120/68, FC: - y FR:18x' a pesar que se trataba de corregir la pérdida de volumen.

Debido al shock hipovolémico se le administra el 1er paquete globular, y pasa inmediatamente a sala de operaciones de emergencia para una Histerectomía abdominal subtotal. Cuyos hallazgos de la operación se describen en el reporte como un útero puerperal de aspecto mármoleo con ligero mal olor, tejidos friables, liquido en cavidad abdomino pélvica en escasa cantidad de aspecto inflamatorio.

Los resultados del hemograma tomado al ingreso revelaron una leucocitosis de 22000 con predominio de segmentados (79%), una hemoglobina de 4g/dL y 147000 de plaquetas. Por lo tanto, se inició cobertura antibiótica con Ceftriaxona, Clindamicina y Amikacina, se le transfundió 2 paquetes globulares más 2 paquetes de plasma fresco congelado en sala y se indicó 1 paquete más durante su estadía en URPA. La paciente paso a tener como diagnósticos: 1) PO 2hrs de Histerectomía Abdominal Subtotal por: puérpera Mediata/ Hemorragia Post Parto/ Shock Hipovolémico/ Anemia Severa/ Sepsis d/c Endometritis, 2) PO6hr de Revisión de Cavidad + Traquelorrafia por: Puérpera Mediata/ Hemorragia Post Parto: Desgarro Cervical/ Atonía Uterina, 3) Trombocitopenia, 4) THE: Hiperkalemia, Hiponatremia, Hipocalcemia, Hipercloremia, 5) Anemia Severa.

A las 2 horas de la operación se acude al llamado del personal de enfermería que reportaba la presencia de  $\pm 400$ cc de sangrado vía vaginal y la paciente refería dolor a la altura de la zona de herida operatoria. Al examinarla se extrajeron coágulos de cavidad vaginal color rojo rutilante, se indica transfundir 1 paquete globular y deciden colocarle un tapón vaginal. A la reevaluación a los 30 minutos después se evidencia nuevamente sangrado color rojo rutilante de  $\pm 30$ cc y se le programa para revisión de cavidad de emergencia, donde se evidencio una solución de continuidad de  $\pm 3$ cm a nivel del labio posterior del cérvix con sangrado activo en horas 4 hasta 7 y se le hace una segunda traquelorrafia.

Tras esta interurrencia la paciente no vuelve a presentar más, mantiene sus funciones vitales estables y tiene una evolución quirúrgica favorable. Continua con las indicaciones de antibioticoterapia para la sepsis con 2gr de Ceftriaxona cada 24 horas, 500mg de clindamicina cada 8 horas y 1 gr de amikacina cada

24 horas. En total se le transfundieron 6 paquetes globulares y 3 paquetes de plasma fresco congelado a lo largo de su hospitalización. Siendo dada de alta finalmente con 7.2 g/dL de hemoglobina y una evolución favorable tras transcurrir las 72 horas de post operada. Las indicaciones para su alta fueron continuar con la antibioticoterapia vía oral con 500mg de Cefuroxima cada 12 horas, 300mg de Clindamicina cada 8 horas y analgesia con 100mg de ketoprofeno via oral cada 8 horas, todos estos medicamentos por 5 días. Además de suplementación con 200mg de Hierro Sucroso en 200cc de NaCL al 0.9% EV antes del alta, y otra dosis 2 días después. Para luego continuar con 300mg de Hierro Ferroso via oral cada 12 horas por 1 mes.

## 1.2 Rotación de Pediatría

### 1.2.1 Caso n°3: Bronquiolitis

Los casos de bronquiolitis suelen ser más graves en menores de 6 meses como en este caso, que trata de un paciente masculino de 3 meses que llega al tópic de emergencia de pediatría en compañía de su madre quien relata que 4 días antes del ingreso empieza con síntomas respiratorios altos, rinorrea acuosa y tos esporádica, negó fiebre, pero si noto una disminución en la frecuencia de lactancia materna. 2 días antes del ingreso se agrega dificultad respiratoria, dificultad para conciliar el sueño y que el paciente se “ahogaba”. Razón por la cual finalmente acude al hospital.

Al examen físico se encontraba taquipnéico con una frecuencia respiratoria de 38-40 x'; tenía una SatO<sub>2</sub> de 96%, se encontraba ligeramente pálido, pero sin cianosis. Presentaba poltirajes, el murmullo vesicular pasaba disminuido en bases de ambos campos pulmonares, movilizaba secreciones y se auscultaban sibilantes inspiratorios y espiratorios en ambos campos pulmonares. Llegando a obtener una puntuación de 7 puntos en la escala de Bierman y Pierson. Diagnóstico de ingreso: Bronquiolitis moderada.

El manejo inicial fue 3 ciclos de nebulizaciones con 3cc de NaCL al 0.3% cada 20 minutos que luego pasarían a ser cada 2 horas hasta la reevaluación al día siguiente. NPO, hidratación vía endovenosa y oxigenoterapia para mantener la

SatO<sub>2</sub> ≥92%. Y luego quedo en observación de pediatría para ser monitoreado. Al día siguiente el paciente presentó mejoría, no dependía de apoyo oxigenatorio, bajo a 2 puntos en la escala de Bierman y Pearson siendo ahora una Bronquiolitis Leve, y se da el pase al piso de hospitalización con indicación de continuar las nebulizaciones con suero fisiológico cada 3 horas. Durante los dos días siguientes recibió también fisioterapia respiratoria, se reinició la lactancia materna; y se pidió un hemograma, PCR y Rx de Tórax, en donde se observaba un leve infiltrado que borraba el ángulo cardiofrénico derecho, razón por la que inician antibioticoterapia con Ceftriaxona en su reevaluación por la tarde, pensándose en una Neumonía.

En su 3er día hospitalizado, durante el pase de visita evoluciona desfavorablemente presentando mal patrón respiratorio, es llevado a Trauma Shock y le es colocado un CPAP artesanal. En adelante el paciente mejora progresivamente, pasando al área de observación por unos días hasta encontrarse estable y regresar a hospitalización con los Diagnósticos de Bronquiolitis Leve y Neumonía, para terminar antibioticoterapia, hacer el destete progresivo de oxígeno e irse de alta tras 10 días hospitalización.

#### 1.2.2 Caso n°4: Dengue Con Signos de Alarma

Durante los meses de verano se elevaron los casos de Dengue en Puente Piedra, no siendo ajeno el servicio de pediatría quienes debían hospitalizar a aquellos con signos de alarma, como la paciente de este caso. De sexo femenino de 10 años quien ingresa por emergencias al presentar un cuadro febril caracterizado por malestar general, fiebre cuantificada de 39°C, náuseas y vómitos en varias ocasiones y tras darle un tratamiento sintomático se le da el alta con indicaciones y se explican los signos de alarma de dengue, debido al alza de casos en la zona. 3 días después acude por prurito, persistencia del cuadro febril pese a uso de antipiréticos y dolor abdominal de 1 día de evolución que se intensifica y se asocia a náuseas y vómitos, en 7-8 ocasiones. En el examen físico, lo más resaltante fue una Presión Arterial Media de 49.5, por inferior a los límites normales para su edad según la OMS. Y un abdomen algo doloroso en epigastrio y mesogastrio. Con la impresión diagnóstica de Dengue,



se solicitan exámenes de laboratorio obteniendo un resultado positivo al Antígeno Ns1 para Dengue, Plaquetopenia con un recuento de 111000, Leucopenia de 3.40 y Hematocrito de 43.0%. Por lo tanto, se decide su hospitalización por el diagnóstico de: Dengue con Signos de Alarma.

Durante su internamiento se toma también una ecografía abdominal para descartar la presencia de líquido libre en cavidad abdominal por extravasación, el cual estaba ausente.

El manejo se basó en las guías del MINSA recién publicadas en marzo 2024. Se le brindó hidratación endovenosa, además antihistamínicos para el prurito, se eligió paracetamol como antipirético porque los aines como el metamizol están contraindicados. La paciente tenía un monitoreo estricto de funciones vitales, presión arterial media y observación de signos de alarma cada 4 horas. Una vez la paciente supera los días más críticos de la enfermedad, los días del 3 al 7, observarse elevación de las plaquetas y caída del hematocrito, signo de encontrarse en la etapa de recuperación fue dada de alta del servicio.

### 1.3 Rotación de Medicina Interna

#### 1.3.1 Caso n°5: Tormenta Tiroidea

En el área de observación de medicina se encontraba una paciente femenina de 31 años, con antecedente de hipertiroidismo y que había abandonado su tratamiento desde hace 2 meses por temas de viajes; y es traída por un familiar debido a que tras una discusión en casa presenta dolor torácico asociado a palpitations, dolor abdominal en epigastrio tipo cólico, y sensación de adormecimiento. Se suma a esto que llevaba semanas presentado cefalea, náuseas, vómitos y sensación de alza térmica no cuantificada.

Al ingreso la paciente presentaba una presión arterial de 130/64, frecuencia cardiaca de 138 y temperatura de 38°C. Al examen físico presentaba toda la clínica del hipertiroidismo, su piel se encontraba caliente al tacto, se podía palpar la glándula tiroides aumentada de tamaño y tenía un leve exoftalmos.

Se le solicitan un perfil tiroideo, hemograma, glucosa, urea, creatinina, examen completo de orina y un electrocardiograma. Y se comienza el manejo en la unidad de trauma shock con 1000cc de CNa al 0.9%, 300mg de Hidrocortisona EV STAT, 3 tabletas de Metimazol de 20mg VO STAT y luego continuándolo con 20mg cada 6 horas acompañado de propanolol de 40mg VO cada 4 horas.

Se encontró entonces, Taquicardia Sinusal en el EKG, una Anemia Leve de 9.3 g/dL y el perfil tiroideo se encontraba alterado (TSH: 0.10, T4 libre: 3.55 y T3 libre: 2.90) confirmando la impresión diagnóstica de Tormenta Tiroidea que era el problema principal de la paciente.

Debido al resultado de una glucosa de 145mg/dL y glucosuria, durante la hospitalización se sospechó de diabetes por lo que se solicitó una hemoglobina glicosilada con resultado de 5.7% descartando diabetes mellitus.

La paciente permaneció evolucionando favorablemente y al encontrarse estable a los 4 días de hospitalización fue dada de alta con indicación de tomar Metimazol de 20mg y Propanolol 40mg VO cada 8 horas x 15 días hasta su control por consultorio externo de endocrinología.

### 1.3.2 Caso n°6: IRA por EPID Exacerbado

El segundo caso de esta rotación es un paciente masculino de 76 años con antecedente de Fibrosis Pulmonar, Hipertensión Arterial y Pulmón Secuelear por COVID, quién fue traído a emergencias por un familiar refiriendo tos desde hace 3 días y que el día del ingreso se agrega Disnea. Es pasado del área de triaje al tópic de emergencia de medicina por disminución súbita de SatO<sub>2</sub>% de 95% a 71%. Además de ello se encontraba taquipnéico (FR: 32x'). El paciente se encontraba despierto con tendencia al sueño, tenía una marcada cianosis periférica y el murmullo vesicular se encontraba disminuido en los 2/3 inferiores de ambos campos pulmonares además de auscultarse crépitos al examen físico de tórax y pulmones. Y se le realiza un AGA de ingreso con una PaO<sub>2</sub> de 75.4 al FiO<sub>2</sub> 0.40 y PCO<sub>2</sub> de 57.3.

Sus diagnósticos de ingreso fueron: Insuficiencia Respiratoria Aguda, D/C Congestión Pulmonar x ICC y D/C EPID Exacerbado. Tenía un hemograma con 9100 Leucocitos, Hemoglobina de 16.1, 187000 de plaquetas, 0.0% de

abastoados y 74.9% de segmentados. PCR: 5.10mg/dL y una TEM de Tórax donde se aprecian tractos fibrosos asociados a bronquiectasias para cardiacas izquierda y escasa efusión pleural bilateral.

El manejo inicial es antibioticoterapia EV con 2gr de Ceftazidima cada 8 horas y 400mg de Ciprofloxacino cada 12 horas; uso de inhaladores con aerocámara: Salbutamol y Bromuro de Ipratropio, 100mg de Hidrocortisona endovenoso, 20 mg de Furosemida cada 8 horas y apoyo oxigenatorio con cánula binasal a 5 litros para mantener la saturación de oxígeno por encima de 92%.

En su 6to día de hospitalización el paciente hace una FARVA CHADS – VASC2 y se agrega Lanatósido C al Rp en caso la frecuencia cardiaca  $\geq 120x'$ . Al no ser suficiente para controlar la FC se indica pasar 150mg de Amiodarona en 100cc de Dextrosa al 5% en 30 minutos.

En el noveno día de hospitalización con 6 días de cobertura antibiótica al no presentar mejoría, la impresión diagnóstica cambia a 1) IRA tipo I – II, por congestión pulmonar, D/C NIH y EPID exacerbado. 2) Sepsis PP Respiratorio, 3) ICC 3) FARVC y 4) Hipokalemia. Por lo que se rota antibiótico y se indican 7 días de Piperacilina/Tazobactam, Fisioterapia Respiratoria, y corrección del medio interno con retos de K.

El paciente debido a la terapia inhalatoria con salbutamol y bromuro de ipratropio, presentaba recurrentemente hipokalemia y por ello recibía retos de potasio para corregirlo.

El paciente fue evolucionando favorablemente a partir de este punto, resolviéndose entonces la neumonía que era la causa de la exacerbación del EPID, sin embargo, al intentar retirarle el apoyo de oxígeno caía la SatO2 de 94 a 70% e incrementaba la frecuencia respiratoria por encima de los valores normales, por lo cual se manda una interconsulta a Neumología, quienes dieron la indicación que al alta vaya se le brinde oxígeno domiciliario por cánula binasal a 1 litro, debido al EPID.

## 1.4 Rotación de Cirugía General

### 1.4.1 Caso n°7: Hernia Inguinal Derecha

Una de las cirugías programadas más comunes en el servicio de cirugía eran las hernioplastias, un ejemplo de ello es el siguiente caso; un paciente masculino de 41 años comerciante, sin antecedentes de importancia que acude por consultorio refiriendo desde hace aproximadamente 4 meses con sensación de una tumoración en la región inguinal derecha que le causaba dolor e incomodidad durante sus actividades diarias. Al examen físico de abdomen no hubo ningún hallazgo anormal; pero en la región inguinal se palpaba una tumoración de  $\pm 2 \times 1$  cm con un defecto herniario de  $\pm 0.5$ cm, blando, sin cambios de coloración, no dolorosa a la palpación, reductible, maniobra de Valsalva positivo. Su diagnóstico es de una Hernia Inguinal Derecha, consecuentemente se le pide exámenes auxiliares, riesgo quirúrgico y evaluación por anestesiología, para ser programado para sala.

Durante la cirugía se escribe en el reporte el hallazgo de una debilidad de pared posterior de  $\pm 2 \times 2$  cm, siendo entonces el diagnóstico post operatorio una Hernia Inguinal Derecha Directa (NYHUS IIIA), se reduce el saco herniario y se le coloca una malla de polipropileno según técnica de Lichtenstein.

Su recuperación en URPA fue exitosa, y al pasar a piso de hospitalización deambulaba sin apoyo, tenía buena tolerancia oral y el manejo de dolor era adecuado por lo que, tras explicarle los cuidados, como el uso del calzoncillo suspensorio permanentemente y limpiar solo con agua y jabón los puntos fue dado de alta a las 24 horas de post operado.

### 1.4.2 Caso n°8: Colecistitis Crónica Calculosa

El último caso de este trabajo es uno de colecistitis crónica calculosa en una paciente mujer de 68 años, hipertensa en tratamiento con losartán, diabética en tratamiento con metformina, con antecedente de fibrosis pulmonar, y antecedentes quirúrgicos de haber sido histerectomizada hace 17 años, tuvo un bloqueo tubárico bilateral hace 27 años y también tuvo una apendicectomía hace

40 años. Acude por consultorio refiriendo presentar episodios de dolor abdominal tipo cólico desde hace 20 años, que aumentaron de intensidad este último año y que se presentan asociado a náuseas y vómitos tras la ingesta de comidas copiosas. A la inspección del abdomen se observa una cicatriz transversa suprapúbica, una cicatriz longitudinal en fosa iliaca derecha y una cicatriz transversa infraumbilical. A la palpación, estaba, blando, depresible, no doloroso y signo de Murphy (-) En sus exámenes de laboratorio todo se encontraba dentro de los valores normales. Tenía una ecografía que mostraba un hígado con Esteatosis Hepática leve y Hepatomegalia, pero con vías biliares de calibre conservado, con un colédoco de 3mm. Y una vesícula biliar de 64 x 32mm de morfología sacular y paredes conservadas en cuyo interior se visualiza una imagen litiásica de 12mm.

La paciente es programada para una Colectomía Laparoscópica en la que hallaron una vesícula biliar de 6 x 4cm de paredes delgadas, arteria cística anterior y posterior, un conducto cístico no dilatado. Bilis clara y múltiples litos de  $\pm 0.5$ cm. También encontraron adherencias colecistoepiploicas firmes y laxas y un hígado de aspecto fibrótico, y se hizo clipaje y sección del conducto cístico y la arteria cística.

La paciente evoluciono favorablemente tras la operación. Y se fue de alta al día siguiente a continuar reposo en su domicilio.

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

Los casos clínicos presentados en este trabajo se desarrollaron durante el año de Internado Médico 2024, entre los meses de febrero a diciembre en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, un establecimiento de salud de nivel II-2, ubicado en el distrito de Puente Piedra, a 1 cuadra de la masivamente transitada avenida Panamericana Norte. A este establecimiento llegan referidos múltiples pacientes de los Centro Maternos Infantiles y otras Postas del mismo distrito, tanto como de Ancón y Carabaylo, debido a ser el hospital más cercano y accesible por su ubicación estratégica. Aquellos policontusos o politraumatizados de accidentes tránsito en la Panamericana Norte son traídos con mucha frecuencia a emergencias de este centro de salud. Teniendo así una gran variedad de casos clínicos; con diferentes grados de dificultad en su manejo, en las áreas de hospitalización de Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía general.

Los internos de medicina pasan un aproximado de 2 meses por rotación y trabajan en tanto el área de hospitalización como de emergencias de cada servicio, obteniendo así una perspectiva amplia de todos los tipos de pacientes que llegan al hospital. Debido a que es un hospital II – 2, la cantidad de residentes es inferior a aquella de otros hospitales de mayor complejidad, encontrándose incluso ciertas áreas sin residentes, por lo que los internos muchas veces tienen mayor oportunidad de observar de cerca el ingreso, participando del manejo inicial en emergencias y luego en hospitalización, lo que evoca un mayor sentido de responsabilidad con sus pacientes.

Se suma a esta experiencia que, durante los meses de verano, aproximadamente entre marzo y junio, Puente Piedra fue un distrito muy afectado por el alza de casos de Dengue(1), llegando a tener que designar el piso de hospitalización B de medicina interna, enteramente a ser una UVICLIN. No siendo ajeno a esto otros servicios como Pediatría y Gineco-Obstetricia, quienes tuvieron que albergar sus casos más delicados en sus correspondientes servicios. La autora se encontraba cursando las rotaciones de ginecología y

pediatría, teniendo así la oportunidad de aprender mucho sobre esta enfermedad en pacientes que entran en el grupo B, y presencié incluso como compañeros también fueron afectados por este virus.

## CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

### 3.1 Rotación de Ginecología y Obstetricia

#### 3.1.1 Caso n°1: Miomatosis Uterina

Es un tumor de características benignas, conformado por fibras musculares lisas desordenadas formadas a partir de una célula madre miometrial alterada genéticamente por efecto de las hormonas gonadales, acompañadas de exceso de matriz extracelular. (2,3)

Pueden ser más de uno y variables en tamaño, pudiendo ser catalogados en su ubicación como subserosos; que son en su mayoría asintomáticos. Intramurales, por encontrarse en el miometrio, causando desde distensión abdominal y sangrado abundante hasta dificultades para la concepción. Submucosos, que son aquellos que sobresalen hacia la cavidad del endometrio; que en ciertos casos crecen pedículos. Causando cuadros de sangrado uterino anormal, infertilidad y en aquellas pacientes en edad fértil, abortos a repetición. O pueden ser cervicales, que son infrecuentes, y con una diferente sintomatología como infecciones y dispareunia. La FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) crea en el 2011 un sistema de clasificación de miomas por localización (Anexo 1), usado en ocasiones para poder plantear el manejo a realizarse, pues varía por tipo.

El diagnóstico empieza por hallazgos anormales del examen pélvico, como aumento del tamaño del útero y la palpación de una masa de bordes irregulares, asociado a presencia de sangrado menstrual abundante, o sangrado uterino anormal, dolor pélvico, la sensación de una presión en la región pélvica y en ciertos casos infertilidad. En los exámenes de laboratorio, resalta que son pacientes anémicas debido a la menometrorragia de sus episodios de SUA, como en el caso presentado. Y también se solicita imágenes de apoyo diagnóstico que nos ayuda a la clasificación, como ecografía pélvica, que suele ser preferida por ser rápida y accesible, TAC (Tomografía Axial Computarizada),



resonancia magnética o histeroscopia, siendo la última útil para el diagnóstico del tipo submucoso.(2,3)

Puede usarse tratamiento médico para disminuir el volumen del tumor y la intensidad de los síntomas, como; progestágenos, mifepristona, agonistas de la GnRH (hormona liberadora de gonadotropina), y moduladores o antagonistas de los receptores de estrógenos.(4) Siendo esto elección para aquellas pacientes que aún se encuentran en edad fértil, no desean la intervención quirúrgica y planean gestar más adelante. El tratamiento quirúrgico es igual de variado, pudiendo hacerse una miomectomía, histerectomía, oclusión laparoscópica de los vasos uterinos y ablación endometrial.

En el caso presentado, la paciente era postmenopáusica, el tumor principal era de gran tamaño y según el informe de patología del útero existían más de un tipo de mioma siendo incluso estos de tamaños y ubicaciones varias (Anexo 2) dándonos por lo tanto un FIGO . El síntoma que más le afectaba eran los sangrados abundantes, que concluían en hospitalizaciones constantes por anemia severa. Tanto así que el tratamiento indicado para ella fue la histerectomía abdominal total.

### 3.1.2 Caso n°2: Hemorragia Post Parto por Atonía Uterina

Según la Guía de Práctica Clínica y Procedimientos en Obstetricia, es aquella pérdida de sangre que ocurre tras un parto; sea este vaginal o cesárea, de 500ml o más, que cruza con cambios hemodinámicos en la paciente, requiriendo transfusión sanguínea. Se puede definir también como una disminución del hematocrito  $>10\%$  y/o 2,9g de la hemoglobina; o una pérdida de sangre mayor al 1% del peso corporal. Como se describió en el caso número 2, presentado en el capítulo 1. Puede ser primaria o precoz, si aparece en las primeras 24 horas post parto; o secundaria o tardía si aparece después de las 24 horas hasta la finalización del puerperio que dura 40 días, siendo posible en este periodo una etiología infecciosa como la endometritis. (5)

La etiología más común es la Atonía Uterina que abarca un 70% de los casos de HPP, siguiendo con 19% lesiones en el canal del parto, encontrándose aquí los

desgarros de cérvix; como se presenta en el caso presentado número 2, continuando con retención de restos placentarios con el 10% e infrecuentemente con un 1% trastornos de la coagulación. Si bien existen factores de riesgo como la placenta previa o el acretismo placentario, en el 60% de los casos las pacientes que presentan una HPP no tienen factores de riesgo conocido.(5)

La fisiopatología de la Atonía uterina se explica como la sobre distensión de las fibras musculares por embarazo múltiple, macrosomía, etc.; agotamiento de la actividad muscular por un trabajo de parto muy prolongado o efecto de fármacos; o tal vez la exposición prolongada de los receptores a la acción de la oxitocina, que es administrada durante las inducciones o acentuaciones de trabajo de parto, desensibilizando los receptores.(5)

Esta patología entra en una de las causas principales de muertes maternas en países de ingresos bajos y según la FIGO la tasa de mortalidad la HPP puede ser desde 30 hasta más del 50% en diversidad de comunidades y países. (5)

Acorde a los datos de la Sala Situacional de Muertes Maternas del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de enfermedades, el año pasado hubo 251 muertes maternas (Anexo 3), de las cuales el 22.5% fue causado por una hemorragia obstétrica (Anexo 4).(6) Sabiendo estos datos se tiene claro la importancia de conocer el manejo, para seguir disminuyendo estas estadísticas, año por año.

El diagnóstico debe ser precoz y empieza por la cuantificación de la pérdida, preferiblemente evaluando el compromiso del estado hemodinámico, si la paciente se encuentra o no en shock, y de estarlo, que grado es, se puede usar el índice de choque, pacientes con índice de 0.7 a 0.89 no requerirán transfusión, aquellas con índice entre 0.9 y 1.2 es posible que requieran transfusión y finalmente pacientes con un índice de shock mayor o igual de 1.3 requerirán transfusión de paquetes globulares y otros hemoderivados. Pero, la guía de la maternidad también nos brinda una tabla de diagnóstico y clasificación de shock hipovolémico que originalmente se encuentra en la guía de atención de las principales emergencias obstétricas de la OMS (Anexo 5).(7)

Los exámenes auxiliares que vamos a solicitar en pacientes sin shock es Hemoglobina, Hematocrito, Grupos Sanguíneo Y Factor RH, Recuento De Plaquetas, Examen E Orina, Pruebas Cruzadas, Gasometría Arterial Y Perfil De Coagulación. Se presentar shock añadimos, Tromboelastografía, Perfil Renal (Urea, Creatinina, Depuración de Creatinina y Proteinuria de 24 horas), Perfil Hepático, Glucosa, Electrolitos como Cloro, Sodio y Potasio, Lactato y Troponina T. Y como imágenes auxiliares una Ecografía Pélvica o Transvaginal.

El plan de trabajo más efectivo para una HPP es la prevención, con manejo activo del tercer periodo del parto. Haciendo uso de uterotónicos como la Oxitocina en 10 UI IM en el hombro luego del parto como primera línea, Ergometrina o Misoprostol como segunda línea; o Carbetocina. El clampaje del cordón umbilical a los 2 minutos del parto y tracción controlada del cordón umbilical cuando se tiene personal entrenado. En contraste el masaje uterino no se recomienda en pacientes que hayan recibido oxitócicos profilácticos, muy diferente a lo que ocurrió en el caso presentado donde si se realizó. El manejo terapéutico de la Hemorragia Post Parto es según la causa; en pacientes sin signos de deterioro hemodinámico con Atonía Uterina, se les debe realizar compresión externa del útero, maniobras de compresión bimanual interna o externa o colocación de un Balón de Bakri, complementario a eso administrar por vía endovenosa 1000cc de NaCL al 0.9% con 40UI de Oxitocina a 40 gotas por minuto, también pasar 500ml de NaCL al 0.9% a chorro para posteriormente pasar otros 500ml a 40 gotas por minuto. Administrar 0.2mg de Ergometrina via IM que se puede repetir a los 20 minutos, adicional aplicar 800 a 1000µg de misoprostol vía intra rectal y repetir a los 10 minutos de no cesar el sangrado.

De persistir el sangrado se deberá evaluar una conducta quirúrgica. Como ocurrió en el caso presentado cuya hemorragia post parto no se pudo detener a pesar del tratamiento médico que se le brindo. En el caso de estar en un grado de shock mas alto, el manejo es mucho mas complejo, requiriendo un equipo multidisciplinario de médico ginecólogo, anestesiólogo, intensivista, obstetra, enfermera, técnicos de enfermería, y tecnólogo de laboratorio.

Los criterios de alta en pacientes que no requirieron ser intervenidas quirúrgicamente son; se dará de alta a las 48 horas de encontrarse con funciones vitales estables, con una hemoglobina mayor de 8g/dL y sin signos de infección clínica y humoral. En caso de haber tenido una histerectomía, el alta se evalúa acuerdo a la evolución clínica y que la puérpera; sumado a lo anterior, pueda realizar sus actividades diarias sin problema.

### 3.2 Rotación de Pediatría

#### 3.2.1 Caso n°3: Bronquiolitis

La Bronquiolitis es una infección viral de las vías respiratorias bajas, mejor definido como el primer episodio de tos, sibilancias y/ estertores en niños menores de 2 años antecedido por un cuadro de catarro o gripe 3 a 5 días antes. Su etiología es viral y en el 70% de los casos causado por el Virus Sincitial Respiratorio, seguido de otros virus como el rinovirus y para influenza, etc. Se contagia mediante el contacto directo o indirecto con las secreciones del lactante infectado. Aquí entra mucho a tallar los factores de riesgo como ausencia del lavado de manos, hacinamiento, asistencia a guarderías, ausencia de lactancia materna exclusiva, prematuridad, desnutrición, entre otros.

Pero sobre todo hay mayor incidencia de casos de bronquiolitis en los meses de invierno. Aquellos pacientes lactantes menores de 3 meses, con cardiopatías congénitas, enfermedades pulmonares crónicas, inmunodeficientes o prematuros, tienen mayor riesgo de hacer cuadros severos. Es más frecuente que los menores presenten este cuadro antes del año, siendo del 2 al 5 % hospitalizados y un 20% de ellos requerir incluso unidades de terapia intensiva pediátricas para su recuperación.(8) (9)

La fisiopatología de esta enfermedad es la siguiente: el virus al ingresar por la vía aérea superior infecta las células epiteliales de la nasofaringe donde tras replicarse entre 2 a 3 días se desplaza a la vía aérea inferior. Donde incita una infiltración mononuclear peri bronquial causando inflamación y edema de la submucosa. Que eventualmente daña y en casos necrosa el tejido, produciendo

una obstrucción parcial o total del pasaje de aire más atrapamiento aéreo distal, atelectasias y alteración del balance de la relación V/Q, que es el responsable final de la hipoxemia y distrés respiratorio del paciente.

El cuadro clínico si bien nos narra síntomas iniciales de rinorrea y fiebre bajas, que evolucionan a tos, dificultad respiratoria y sibilancias, en niños muy pequeños menores de 3 meses; como el paciente del caso presentado, la sintomatología se reduce a momentos de apnea y disminución de la lactancia. También durante el examen físico, quizá no hallemos sibilancias espiratorias como en niños un poco más grandes, si no auscultaremos crépitos finos inspiratorios. Pero en ambos se observa un aumento del trabajo respiratorio, con uso de músculos accesorios, polipnea y en casos severos compromiso del estado general y cianosis.(9)

Los exámenes auxiliares como hemograma y PCR no han demostrado tener un impacto relevante en el curso clínico de la enfermedad. Pero la identificación del virus si demostró reducir el tiempo de hospitalización y por lo tanto la incidencia de infecciones intrahospitalarias. (9)

El tratamiento según la guía de bronquiolitis del MINSA lanzado en el año 2019, se dividen acuerdo al nivel de complejidad del centro de salud y su capacidad resolutoria. Haciendo énfasis en las 6 acciones claves que se agrupan bajo el acrónimo "FALTAN" (Anexo 6). Siendo la F sobre el manejo de la fiebre con paracetamol en caso de manifestar temperaturas mayores a los 38°C y uso de medio físicos.

La A significa alimentación, aclarando que debe continuarse la alimentación del niño ya sea si está en alimentación complementaria al haber sobrepasado los 6 meses o la lactancia en caso todavía no la inicie. La L de líquidos recalca que debe mantenerse una buena hidratación pues habrá pérdidas insensibles por la fiebre muy aparte de las secreciones que ira eliminando. La sigla T resalta la contraindicación de antitusígenos, expectorantes, antihistamínicos y anticongestionantes. A de los signos de Alarma que son Dificultad para respirar, persistencia de la fiebre a pesar de tratamiento médico, dificultad para la lactancia, beber líquidos o vómitos recurrentes, compromiso del sensorio y por

ultimo la ausencia de mejoría a pesar del tratamiento recibido. Y por ultimo la sigla N que engloba la limpieza de las fosas nasales con 5 a 10 gotas de suero fisiológico en cada fosa para mantenerlas permeables.(10)

La terapéutica sugiere brindar apoyo oxigenatorio suficiente al paciente para mantener la saturación oxígeno por encima de 92% en zonas entre los 0 y 2500 msnm y por encima de 85% en zonas por encima de los 2500 msnm. Se puede, como en el caso anteriormente explicado, hacer nebulizaciones con solución salina al 0.9% con el objetivo de mantener permeables las vías aéreas. Ni los corticoides ni los broncodilatadores están indicados para el manejo de estos cuadros por la misma fisiopatología de la obstrucción, que es diferente a la de un broncoespasmo, y por lo tanto no sumarán ningún beneficio. El soporte ventilatorio por cánulas de alto flujo o por dispositivos de Presión Positiva Continua de Vía Aérea (CPAP) son elementos de los que solo hacen uso centros de salud de tercer nivel, donde se tratan los casos de Bronquiolitis Severa.

El Alta se da al paciente cuando no presente dificultad respiratoria, mantenga funciones vitales estables, tenga buena tolerancia oral y su saturación de oxígeno sea mayor de 92% en localidades entre los 0 y 2500 msnm y mayor a 85 en zonas mayor a los 2500 msnm. (9,10) En el caso de nuestro paciente se espero a que no necesitara el apoyo de oxígeno y se le envió a casa a culminar su tratamiento antibiótico, 3ml de Cefalexina en jarabe vía oral cada 8 horas por 2 días más tras el alta, puesto que su cuadro respiratorio tenía agregado Neumonía. Se indicó a la madre continuar con la limpieza de fosas nasales, usando gotas de suero fisiológico en cada fosa nasal cada 6 horas por 3 días y que en caso de presentar fiebre podría administrarle 26 gotas de Paracetamol vía oral.

### 3.2.2 Caso n°4: Dengue Con Signos de Alarma

El Dengue es una enfermedad infecciosa de curso agudo, cuyo agente etiológico es un virus de tipo ARN, género Flavivirus perteneciente a la familia Flaviviridae. Existiendo actualmente 4 serotipos. Este virus es transmitido por la picadura del zancudo hembra infectado perteneciente al género Aedes aegypti, la cual pobla

zonas tropicales y subtropicales.(11) Este Arbovirus tiene un tiempo de incubación de entre 3 y 14 días desde la picadura, siendo de 5 a 7 días el tiempo promedio de incubación. Luego de ello empiezan la sintomatología de la fase febril, con una duración de estos de entre 3 a 7 días, fiebre alta, cefalea, dolor retro ocular, artralgias, mialgias, anorexia y en algunos casos síntomas respiratorios de las vías respiratorias superiores o síntomas gastrointestinales como náuseas y vómitos.

Laboratorialmente veremos la disminución progresiva de los leucocitos. Tras caer la fiebre y presentar temperaturas de 37.5°C, comienza la fase crítica donde el paciente evoluciona favorablemente o se agrava, caracterizada por síntomas causados por el aumento de la extravasación del plasma en pacientes con gran afectación de la permeabilidad vascular, como líquido libre en cavidad abdominal, derrame pleural e hipoperfusión tisular que en los casos más graves conlleva al shock. Asociado a esto la aparición de epistaxis, gingivorragia y sangrado transvaginal en mujeres en edad fértil. En el hemograma encontraremos leucopenia, con neutropenia, linfocitosis y plaquetopenia. La intensidad de la extravasación se refleja en el aumento del hematocrito. Esta fase dura aproximadamente entre 48 a 72 horas.

Seguido de ello viene la fase de recuperación, en la que el paciente presenta una mejoría de los síntomas además de reabsorber el líquido extravasado entre 48 a 72 horas. En esta fase también puede presentar en la piel un eritema muy característico descrito como “islas blancas en un mar rojo” que se acompaña de prurito. Y vamos a notar como gradualmente se resuelve la leucopenia y plaquetopenia en el hemograma. Una complicación a la que estar atentos es la hipervolemia por sobrehidratación en aquellos pacientes con hidratación endovenosa.(12,13)

El manejo de la infección por Dengue esta dividida en 4 grupos según la norma técnica del MINSA: sin signos de alarma (grupo A), sin signos de alarma más factores asociados o de riesgo (grupo B1), con signos de alarma (grupo B2) y Dengue grave (grupo C). Los signos de alarma son: Dolor abdominal intenso y continuo o dolor a la palpación de abdomen, acumulación de líquidos, sangrado

de piel y/o mucosas, estado mental alterado, Lipotimia, aumento progresivo del hematocrito y hepatomegalia (Anexo 7)

Nos recalca que el diagnóstico es clínico, siendo suficiente un paciente con la sintomatología y un nexo epidemiológico para manejarlo como un caso de dengue sin tener que esperar resultados de laboratorio.(12) Esta información es útil cuando no tenemos esos recursos.

Los pacientes del grupo A no requieren ser hospitalizados, se manejan en casa si toleran líquidos por vía oral, siendo monitoreados cada 24 horas en su centro de salud. Los adultos deben ingerir mas de 2 litros de agua al día de ser un peso aproximado de 70kg, a los adultos con sobrepeso, obesos y niños se les debe calcular su dosis por Holliday Segar. Mientras que los lactantes deben continuar con lactancia materna, aumentando la frecuencia. La terapéutica para la fiebre es medio física de preferencia y en caso no ceder paracetamol de 500 a 1000mg cada 6 u 8 horas en adultos, y en caso de niños 10 a 15mg/kg/dosis, no sobrepasando los 75mg/kg/día para evitar hepatotoxicidad. Esta estrictamente contraindicado la automedicación con AINES, por el riesgo de sangrado gastrointestinal además de incremento de las enzimas hepáticas. Em presencia de signos de alarma en las evaluaciones diaria, debe ser referido a un centro de salud de mayor complejidad.

Como ocurrió con la paciente del caso de dengue con signos de alarma quien acudió a emergencias por los vómitos persistentes.

Los pacientes del grupo B1 se quedan en el establecimiento de salud para monitoreo estricto e hidratación endovenosa en caso de no tolerar la vía oral.(12) Los pacientes del grupo B2 son hospitalizados inmediatamente y se les hidrata por vía endovenosa para prevenir el choque. En niños como la paciente del presente caso se hidrata con cristaloides a razón de 5- 7ml/kg de peso en 1 a 2 horas más monitoreo clínico y de haber mejoría y una mejora en el flujo urinario se va disminuyendo el volumen como en la tabla a continuación: (Tabla n°1)



Tabla n°1: Esquema de hidratación endovenosa en niños/as con signos de alarma.

5-7 ml/kg/hora	1 hora
3-5 ml/kg/hora	2-4 horas
2-3 ml/kg/hora	2-4 horas
2-3ml/kg/hora	24 a 48 horas (mantenimiento)

Lo ideal es mantener una diuresis por encima de 0.5ml/kg/hora, y apenas el paciente tolere la vía oral, regresar a la hidratación por esa vía.

De no haber mejoría se puede volver a dar hasta por tercera vez una carga de 5- 7ml/kg de peso en 1 hora y de no mejorar pasa a tener un manejo del grupo C.(12)

En los pacientes con dengue grave o grupo C, tras ser estabilizados del choque hipovolémico deben ser referidos a una unidad de cuidados intensivos, donde el manejo será multidisciplinario.

Los criterios de alta para aquellos pacientes que han sido hospitalizados son: (tabla n°2)

Tabla n°2: Criterios de alta en pacientes hospitalizados

Clínicos	Laboratoriales
Ausencia de fiebre en 48 horas	Elevación progresiva del recuento de plaquetas
Mejoría del estado general	Hematocrito estable, sin necesidad de líquidos endovenosos
Aumento del apetito	
Buena tolerancia Oral	
Diuresis normal o aumentada o adecuada en caso de nefropatías	
Ausencia de disnea o insuficiencia respiratoria	
Resolución de episodios de sangrado y de disfunción orgánica	

Al levantarse los signos de alarma, entre otros criterios de alta es que el paciente puede ser enviado a su domicilio con indicaciones de mantener reposo, buena hidratación y uso de antihistamínicos en ciertos casos para el prurito como ocurrió en el paciente escogido

### 3.3 Rotación de Medicina Interna

#### 3.3.1 Caso n°5: Tormenta Tiroidea

En el año 1926 se describe por primera vez una de las complicaciones más graves del hipertiroidismo, la Tormenta Tiroidea, es una emergencia endocrinológica que se asocia a una alta mortalidad por causar un abrupto incremento del metabolismo, afectando múltiples órganos. Este cuadro suele presentarse en pacientes hipertiroides que cursan con infecciones o como en el caso escogido para este trabajo, por el abandono del tratamiento. Epidemiológicamente su incidencia es mayor en mujeres con enfermedad de Graves pudiéndose encontrar también en la enfermedad nodular autónoma y pacientes todavía no diagnosticados de hipertiroidismo. La mortalidad va entre el 10 y 30% de los casos debido a evolucionar a falla multiorgánica, ICC arritmias, CID, arritmias, perforación intestinal o sepsis.(14) En Estados Unidos, la tormenta tiroidea fue diagnosticada en 1 de 6 pacientes que egresaron por tirotoxicosis y estos mismo presentaron una mortalidad mayor que aquellas tirotoxicosis sin esta asociación. (15)

La fisiopatología de la tormenta tiroidea no se conoce con exactitud, pero variedad de mecanismos nos dan diferentes explicaciones del proceso; como el mecanismo del agente infeccioso que incita una respuesta inflamatoria; pudiendo ser ocasionada también por trauma o estrés post operatorio. Esto inicia la liberación del factor TNF $\alpha$  IL-1 e IL-6 que afectan la expresión de proteínas del metabolismo de las hormonas tiroideas T3 y T4. Que activan más vías de señalización inflamatoria con el NF $\kappa$ B y la proteína activadora – 1, gestando más inflamación y estimulando cambios en proteínas que se encargan de transportar las hormonas T3 y T4 incrementando su circulación.

Otra probable explicación es la desunión durante el proceso de fosforilación oxidativa en pacientes que padecen de un proceso infeccioso, hipoxemia o acidosis metabólica. Incitando la creación de trifosfato de adenosina, obligando al organismo al abuso de este sustrato, elevando el consumo de oxígeno y estropeando la termogénesis dando como resultado la hipertermia que vemos dentro de las manifestaciones clínicas.(15)

Las manifestaciones clínicas abarcan varios sistemas, presentando como en el caso, desde síntomas sistémicos como fiebre y diaforesis, cardiovasculares

como arritmias o insuficiencia cardiaca, gastrointestinales como náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal o daño hepático, hasta neurológicos con temblores, ansiedad, agitación labilidad emocional o inquietud. Y también podríamos observar bocio y exoftalmos. (14,15)

El diagnóstico puede ser complejo si no hay un antecedente de hipertiroidismo, pero desde el año 1993 existe la puntuación Burch y Wartofsky (Anexo 8)(16) y los criterios diagnósticos de la Asociación Japonesa de Tiroides. (Anexo 9).(17) A la paciente no se le coloco ninguna calificación durante su ingreso, sin embargo sus puntajes hubieran sido de 50 puntos en Burch y Wartofsky que indica que estas en frente de una tormenta tiroidea.

El tratamiento base de esta emergencia es el uso de fármacos antitiroideos como el Metimazol o en su defecto el Propiltiouracilo, el objetivo es disminuir la producción y secreción de hormonas tiroideas. También se debe asesar los efectos adrenérgicos de las hormonas tiroideas, haciendo uso de betabloqueadores como el propanolol, ya sea vía endovenosa u oral; como en el caso descrito donde disminuyó la frecuencia cardiaca de la paciente que presentaba una taquicardia sinusal de 138 latidos por minuto. Se puede indicar también corticoides porque al inhibir la transformación periférica de T4 a T3, favorece la recuperación. En la paciente se utilizó 300mg hidrocortisona precisamente por esta utilidad. Y cuando toda terapia medica falla, se debe considerar el manejo quirúrgico. (14)

### 3.3.2 Caso n°6: IRA por EPID Exacerbado

Es la incompetencia para completar satisfactoriamente el intercambio gaseoso de oxígeno y CO<sub>2</sub>. Definiéndose en términos prácticos como una PaO<sub>2</sub> menor de 60mmHg al FiO<sub>2</sub> 0.21 que puede o no estar asociado a una PaCO<sub>2</sub> mayor de 45mmHg. Su clasificación puede ser por el inicio, agudo, crónico o crónico reagudizado, por tipos; tipo 1 o hipoxémica, tipo 2 o hipercápnic, tipo 3 o perioperatoria y tipo IV o asociada a estados de shock. La fisiopatología de esta patología tiene 5 posibles orígenes, alteración de la relación ventilo perfusión o V/Q, Shunt, Hipoventilación Alveolar, alteración en la difusión o reducción de la FiO<sub>2</sub>. (Anexo 10)(18) cada uno de estos mecanismos responden a una causa,

siendo en el caso del paciente con EPID exacerbado la alteración de la difusión por el aumento de la membrana alveolo capilar que causa la Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa.

Las manifestaciones clínicas relacionadas con la hipercapnia suelen ser, cefalea, temblor, somnolencia, letargia, desorientación y coma, mientras que las que se asocian a la hipoxemia son taquicardia, diaforesis, disnea, cianosis, palpitaciones y hasta convulsiones y coma.

La sospecha clínica de IRA se confirma con el análisis de gases arteriales, pero también se puede usar la pulsioximetría, en especial en lugares donde no se tenga acceso a un laboratorio y para monitorear al paciente.

El plan de trabajo debe enfocarse en encontrar la etiología causante de la IRA y para ellos se ha de solicitar imágenes como radiografías de tórax; que se debe pedir en dos incidencias, postero anterior y lateral, o tomografía computarizada. En caso de sospechar que el origen sea en el sistema cardiovascular se puede solicitar un electrocardiograma.(18,19)

En el caso del EPID además es necesario una tomografía de tórax para el diagnóstico, razón por la que en lugar de solicitarse primero una placa de rayos x de tórax se priorizo la tomografía en el caso presentado.(20)

El tratamiento en este caso en específico empezó con darle resolución a la causa desencadenante de la IRA (19) que es la neumonía que exacerbo el cuadro respiratorio crónico del paciente, empezándose con Ceftazidima + Ciprofloxacino y al final rotando a una cobertura antibiótica más amplia por la neumonía intrahospitalaria, que fue Piperacilina Tazobactam de 4.5gr. Terapia Inhalatoria con broncodilatadores como el salbutamol y bromuro de ipratropio, el cuál el paciente recibía en el hospital y también termino siendo indicado al alta junto con su oxígeno domiciliario.

### 3.4 Rotación de Cirugía General

#### 3.4.1 Caso n°7: Hernia Inguinal Derecha

Su definición es la presencia de un defecto en la pared abdominal en la región inguinal, por el cual protruye contenido intraabdominal. Según su ubicación respecto al triángulo de Hesselbach, pueden ser directa, cuando los contenidos sobresalen a través de la pared posterior del canal inguinal y medial a los vasos epigástricos inferiores. Las indirectas, salen por el anillo inguinal interno, lateral a los vasos epigástricos inferiores y por último las hernias femorales, salen por debajo del ligamento inguinal, medial a los vasos femorales y de ahí el nombre.(21)

Según la AAFP, se diagnostican anualmente 1.6 millones de hernias inguinales y 700.000 de estas fueron solucionadas con cirugía. Hay factores de riesgo que predisponen a padecer de esto, ser de sexo masculino, edad avanzada, IMC bajo, tener enfermedades del tejido conectivo y el antecedente de prostatectomía radical o radioterapia. (22)

El diagnóstico es clínico, tenemos el relato clásico del paciente que refiere la sensación de un bulto o tumoración en la región inguinal que viene incrementando de tamaño con los años y le causa dolor e incomodidad. Pueden referir incluso la exacerbación de la sensación del bulto al hacer actividades que incrementen la presión intrabdominal, como levantar objetos pesados y podremos corroborarlo al pedirles la realización de la maniobra de Valsalva durante el examen físico.

Pero que la masa desaparece tras el cese de la actividad. El aumento del dolor exponencialmente podría hacernos sospechar que la hernia se ha complicado y podría encontrarse incarcerada, requiriendo el rápido reconocimiento del cuadro para su correcto manejo. Los exámenes auxiliares de imagen como ecografía o resonancia magnética se solicitan, en casos específicos, pacientes con recidiva tras tratamiento o cuando no son claros los hallazgos en el examen físico. El tratamiento puede ser conservador siempre y cuando los síntomas no sean molestos para el paciente ni perturben o dificulten sus actividades diarias.(23) El tratamiento definitivo es la cirugía, pueden ser abiertas, o laparoscópicas y puede usarse o no una malla de polipropileno. Si bien ya se usan técnicas quirúrgicas de reparación de hernias por vía laparoscópica, la técnica de Lichtenstein, la

hernioplastia con colocación de malla el gold estándar actual por tener menor recurrencia. (23)

#### 3.4.2 Caso n°8: Colecistitis Crónica Calculosa

Es la colecistitis crónica que se presenta en el contexto de la presencia de cálculos biliares. Se caracteriza por ataques repetidos de colecistitis aguda o irritación a causa de los cálculos biliares. Esto causa inflamación y por ende, el engrosamiento de la pared de la vesícula. Aproximadamente un 10 a 20% de la población mundial formará cálculos biliares y un 80% será asintomático (24) La incidencia de cálculos es mayor en mujeres que en hombres con una relación de 2:1 y pacientes pasados los 40 años, encontrándose en riesgo personas con antecedente de embarazo, horario inadecuado de alimentos, sedentarismo, y obesidad. Su tratamiento es quirúrgico y de no ser tratada, las complicaciones son, colangitis o pancreatitis de origen biliar. (25)

La fisiopatología se explica por la alternante oclusión de la luz del conducto cístico o incorrecto vaciamiento de la vesícula. Esto acarrea la aparición de inflamación y edema de la pared.(24) Los litos están formados en un gran porcentaje de colesterol, pero también existen aquellos hechos en su mayor porcentaje de sales de bilirrubinato de calcio y glucoproteínas. Teniendo entonces tres tipos de cálculos; de colesterol de color amarillo, pigmentarios de color negro y mixtos; que son color marrón. Para que se puedan crear estos litos, debe haber un metabolismo anormal del colesterol y una motilidad vesicular disminuida.(26)

Se llega al diagnóstico mediante la confirmación de la sospecha con una ecografía abdominal del cuadrante superior derecho, observándose la pared engrosada y los cálculos o barro biliar. Aunque la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética de vías biliares son útiles para diagnosticar cálculos biliares, no son la primera elección por su difícil acceso para ciertas demografías. Su tratamiento definitivo es la colecistectomía laparoscópica, una cirugía electiva, de baja mortalidad y por a su rápida recuperación, es ambulatoria

dándose las altas al día siguiente de evolucionar favorablemente, como la paciente del caso expuesto. Pero también se conoce sobre el uso del ácido ursodesoxicólico en pacientes sintomáticos, y si muestran disminución de la frecuencia de las exacerbaciones; pero no es el tratamiento absoluto a comparación del manejo quirúrgico. (24)

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

El internado médico es de suma relevancia en la formación de un médico general. Se nos da la oportunidad de rotar en Hospitales de 2do y 3er nivel, y desde hace unos años también en Centros de Salud del Primer Nivel. Con el objetivo de aplicar nuestros conocimientos. Además de terminar de pulir lo que quizá en prácticas clínicas no pudimos, por ser limitado de tiempo.

Todo claro, bajo la supervisión de médicos especialistas y médicos residentes que hacen de tutores de los internos en cada rotación, y crean espacios en sus apretadas agendas para poder darnos actividades académicas y hacer más enriquecedor nuestro paso por cada área.

Es una experiencia memorable para cualquier médico, como lo fue para quien redacta este trabajo.

La primera rotación, en el servicio de Gineco-Obstetricia, fue una de las demandantes del año, pues las emergencias obstétricas eran periódicamente referidas por los centros maternos infantiles desde ancón hasta zapallal. Esto forzando a los recién ingresados internos a perfeccionar su historia clínica, enfatizándola en hacer una entrevista dirigida a signos de alarma obstétricos y y superar la timidez de preguntar por los antecedentes ginecológicos y obstétricos de la paciente. El examen físico se fue perfeccionando con la practica y siempre respetando el pudor de la examinada. Siempre había por lo menos un interno designado a sala de partos, dedicado a monitorear a su gestante y obtener la experiencia de atender su parto. Pero también se les invitaba diariamente a entrar a observar y apoyar, en ciertos casos, a sala de operaciones en cesáreas. Aprendiendo en muchos casos como se debe mantener alerta sin entrar en pánico durante emergencias y claves rojas, por el bienestar de su paciente.

La rotación de pediatría fue, sobre todo, aprender a tratar con pacientes pediátricos y sus padres, quienes pueden estar más desesperados que el propio paciente; los niños muy pequeños o lactantes no pueden explicarte su motivo de consulta, hay que estar atento a sus funciones vitales, ser observador del trabajo respiratorio que presentan desde que ingresan por la puerta, y la anamnesis es



indirecta, y dependiendo del grado de cercanía del familiar inexactitud con la que te brindan los datos. Dificultando por momentos hacer las historias clínicas tan detalladas como nos las solicitaban nuestros superiores, y es en donde desarrollaron; o mejoraron, el grupo de rotación de la autora la habilidad de la paciencia y también a ser minuciosos. Acerca del pase por neonatología, fue muy exigente la sección de atención al recién nacido, siendo muy demandante por la cantidad de pacientes diarios. Algo que fue muy provechoso para nuestro aprendizaje.

En medicina interna, debido a la poca cantidad de residentes, muchos internos tomaron el rol de uno, permaneciendo voluntariamente más horas en piso, estudiando sus pacientes y encargándose que los exámenes auxiliares e imágenes sean tomados y que se corra el plan de trabajo del día. Esto creo un sentido; en todos los internos, de gran responsabilidad. Quienes, aunque no tuvieran supervisión llegaban temprano para poder tener todo listo para el pase de visita. Y en tópicos apoyaban con el manejo de casos no tan complicados como hiperglicemias. Aparte de ayudar en trauma shock cuando era necesario, aprendiendo así de cerca como situaciones en las que peligra la vida. Esta rotación fue en la que más notoria fue la escases de recursos del MINSA y nos restringía por momentos de dar lo que estaría indicado en primera línea y optar por alternativas de 2da línea.

Cirugía fue una rotación en la cual se realizaban muchos procedimientos en tópicos de emergencia, la ubicación del hospital daba el contexto para la llegada de múltiples policontusos y en algunos casos politraumatizados, y bajo la supervisión de los residentes de guardia se realizaban suturas en diversas partes del cuerpo, se colocaban sondas foley y realizaban curaciones de heridas causadas por heridas de perro. También era el lugar donde llegaban los cuadros de abdomen agudo y podíamos examinar pacientes con apendicitis, obstrucciones intestinales, colecistitis aguda, hernias complicadas entre otras patologías. Entrar a sala de operaciones a ver y participar por momentos de operaciones programadas y en algunos casos de emergencia. Y en las mañanas la labor como interno era de evolucionar y realizar curaciones para después

pasar visita médica, donde podíamos hablar y discutir las patologías que presentaban los pacientes.

Al rotar por el 1er nivel de salud, se aprende como se atiende en consultorio, algo que no te enseñan en el hospital, el llenado correcto de las fichas de única atención del SIS, además de ser parte de las campañas de promoción de la salud como campañas de vacunación. Es un enfoque muy diferente, pero que sirve de experiencia para el SERUMS.

## V. CONCLUSIONES

1. El internado medico es de gran provecho para todos los estudiantes de medicina próximos a graduarse de médicos. Se nos da la oportunidad de ser parte del personal de salud a cargo de la recuperación de la salud de los pacientes del hospital donde rotamos, pero todavía siendo guiados por médicos quienes nos dan retroalimentación constante para poder mejorar.
2. Aprendemos el manejo de pacientes simples y muy complejos como los que encontramos por ejemplo en medicina interna donde su énfasis es aprender a llegar correctamente al diagnóstico partiendo a raíz de un problema que podría tener varias causas e ir descartando las que no son, haciendo uso de nuestros conocimientos adquiridos con los años y juicio critico para evitar malgastar recursos del hospital y evitar sufrimiento innecesario a nuestros pacientes.
3. En las especialidades con procedimientos quirúrgicos como cirugía general o ginecología, no solo se trata de entrar a sala de operaciones, hay muchos manejos que son médicos y no debemos desmeritar. Debemos siempre buscar el mejor interés del paciente.
4. Aprender sobre el manejo del Dengue para quien rote por este hospital es prácticamente reglamentario porque lo encontraremos en por lo menos 3 de 4 de los servicios donde se rota.
5. No olvidar que no todo se basa en la preexistencia de conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera debemos seguir actualizándonos con nuevos conocimientos para beneficiar a quienes confíaran su salud en nosotros.

## VI. RECOMENDACIONES

1. Durante el pase por el hospital debes dedicar todas tus horas a aprender de tus pacientes, sus patologías, hablar con sus familiares para enriquecer aún más su historia clínica. Pues puedes obtener datos vitales que en casos cambian el rumbo de los diagnósticos planteados.
2. Ser empático con tus pacientes y recordar que, a pesar de la cantidad de vías que tienen conectadas en todo su cuerpo, no son solo órganos y sistemas, sienten dolor, sienten tristeza y anhelan su recuperación. Seamos amables y tratémoslos con el mismo cuidado que quisiéramos que tuvieran con nosotros.
3. Aprender a trabajar en equipo es esencial para tener una agradable experiencia durante esos duros meses. Siempre trata de llevarte bien con todos tus compañeros internos y residentes, nunca olvides los buenos modales y se respetuoso con el personal de salud como técnicos/as y enfermeros/as. Todos somos un equipo.
4. Finalmente, la rotación de primer nivel de atención te da un vistazo de como será estar en consultorio en tu SERUMS, y tener que resolver con los recursos limitados que ofrece el MINSA.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Salas Situacionales – Hospital Carlos Lanfranco La Hoz [Internet]. [citado 11 de enero de 2025]. Disponibles en: [https://www.hcllh.gob.pe/epi\\_salas\\_situacionales](https://www.hcllh.gob.pe/epi_salas_situacionales)
2. Hernández BAR, Murgueitio JDV, Cruz LAC, Nogales HAQ, Isacaz AGC, Alvarado MMM, et al. Miomas uterinos: epidemiología actual, diagnóstico y tratamiento – revisión de la literatura. Florence Interdiscip J Health Sustain. 10 de octubre de 2024;2(2):e24006-e24006.
3. Calaf J, Rams N, Delgado-Morell A, Mundó A. Diagnóstico de los miomas uterinos. Med Clínica. 1 de octubre de 2023;161:S8-14.
4. Goitia M, Andres M, Aquesolo L, Azkuenaga A, Cearsolo A, de los Bueis J, et al. Tratamiento médico de los miomas uterinos. Del presente al futuro. Clínica E Investig En Ginecol Obstet. 1 de abril de 2023;50(2):100845.
5. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología 2023 [Internet]. [citado 11 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inmp/informes-publicaciones/4624238-guias-de-practica-clinica-y-de-procedimientos-en-obstetricia-y-perinatologia-2023>
6. Sala Situacional de Muerte Materna y Morbilidad Materna Extrema [Internet]. [citado 11 de enero de 2025] Disponible en: [https://app7.dge.gob.pe/maps/muerte\\_materna](https://app7.dge.gob.pe/maps/muerte_materna)
7. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas 2da Edición - OPS [Internet]. [citado 11 de enero de 2025]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51029/9789275320884-spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
8. 4930.pdf [Internet]. [citado 11 de enero de 2025]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4930.pdf>
9. Vega-Briceño LE. Actualización de la bronquiolitis aguda. Neumol Pediatr En Línea. 2021;69-74.
10. “GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE BRONQUIOLITIS EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS” R.M. N° 556-2019/MINSA.pdf [Internet]. [citado 11 de enero de 2025]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4930.pdf>
11. Dengue infection: Global importance, immunopathology and management. Clin Med. 1 de enero de 2022;22(1):9-13.
12. Zoonosis PM de SDG de IE en SPD de P y C de EM y. Norma técnica de salud para la atención integral de pacientes con dengue en el Perú (D.S. N° 211 - MINS/DGIESP-2024, aprobada por R.M. N° 175-2024-MINSA). En: Norma técnica de salud para la atención integral de pacientes con dengue en el Perú (DS N° 211 - MINS/DGIESP-2024, aprobada por RM N° 175-2024-

MINSA) [Internet]. 2024 [citado 11 de enero de 2025]. p. 129-129. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/7487.pdf>

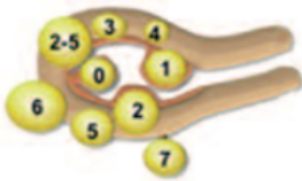
13. Dengue: guías para la atención de enfermos en la Región de las Américas. 2.ed. 2016. [Internet]. [citado 11 de enero de 2025]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28232/9789275318904\\_esp.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28232/9789275318904_esp.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
14. Crespo-Morfin PB, Guerrero-Gutiérrez MA, Damus-Ligonio SI, Guízar-Enríquez KO, Puente MEP, Pérez-Nieto OR. Tormenta tiroidea. *Med Crítica*. 2 de julio de 2024;38(2):120-9.
15. Correa-Guerrero J, Corrales Santander H, Yepes Caro J, Bello Simanca J, Rodríguez Arrieta L, Castellanos Pinedo A, et al. Tormenta tiroidea: abordaje diagnóstico y terapéutico. *Acta Colomb Cuid Intensivo* [Internet]. 26 de noviembre de 2024 [citado 12 de enero de 2025]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0122726224001083>
16. Olmedo Montijano AM, Reina Escobar D, Lozano Carnero Á. Crisis tirotóxica: manejo y diagnóstico en el servicio de urgencias. Reporte de un caso. *Aten Primaria Práctica*. 1 de abril de 2024;6(2):100195.
17. Mercado Cruz E, García Cubría CF, Arellano Tejeda A, Rodríguez Huerta A, Mercado Cruz E, García Cubría CF, et al. Tormenta tiroidea, una emergencia endócrina. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Fac Med México*. agosto de 2017;60(4):27-36.
18. Bachiller JME, Zamora E, Martínez-Besteiro E, Serrano DAR. Insuficiencia respiratoria aguda. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado*. 1 de octubre de 2022;13(63):3713-20.
19. Arguedas DQ, Wu EL, Salas AHQ, Alvarado MJN. Insuficiencia Respiratoria: tipos, fisiopatología y tratamiento: Acute Respiratory Failure: causes, pathophysiology and treatment. *LATAM Rev Latinoam Cienc Soc Humanidades*. 20 de julio de 2023;4(2):3526-36.
20. Margallo Iribarnegaray J, Churruca Arróspide M, Matesanz López C, Pérez Rojo R. Enfermedad pulmonar intersticial difusa. *Open Respir Arch*. 1 de abril de 2023;5(2):100248.
21. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases [Internet]. [citado 12 de enero de 2025]. Hernia inguinal - NIDDK. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/hernia-inguinal>
22. Shakil A, Aparicio K, Barta E, Munez K. Inguinal Hernias: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 15 de octubre de 2020;102(8):487-92.
23. Femoral and Inguinal Hernia - ClinicalKey [Internet]. [citado 12 de enero de 2025]. Disponible en: [https://www.clinicalkey.es/#!/content/clinical\\_overview/385a-4f19-8717-ec7d95b33373#treatment-heading-25](https://www.clinicalkey.es/#!/content/clinical_overview/385a-4f19-8717-ec7d95b33373#treatment-heading-25)

24. Jones MW, Gnanapandithan K, Panneerselvam D, Ferguson T. Chronic Cholecystitis. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 12 de enero de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470236/>
25. Villagómez MEH, Carrillo LAR, Reyes TA, Toledo NYG. Prevalencia de Colecistitis Crónica Litiásica y Factores Predisponentes en Mujeres de 40 a 50 Años de Edad. Cienc Lat Rev Científica Multidiscip. 5 de febrero de 2024;8(1):1132-48.
26. Litiasis biliar - ClinicalKey [Internet]. [citado 12 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/emc/51-s2.0-S1636541023487387?scrollTo=%23hl0000464>

## ANEXOS

### Anexo 1: CLASIFICACIÓN FIGO DE MIOMAS UTERINOS FIGO 2011

Sistema de subclasificación de leiomiomas




SM-Submucoso	0	Pedunculado intracavitario
	1	<50% Intramural
	2	≥50% Intramural
O-Otro	3	Contacta con el endometrio 100% intramural
	4	Intramural
	5	Subseroso ≥50% Intramural
	6	Subseroso <50% Intramural
	7	Subseroso pedunculado
	8	Otro (especifique, p. ej., cervical, parasitario)

Leiomiomas híbridos (afectan el endometrio y la serosa)	Se enlistan dos números separados por un guión. Por acuerdo, el primero se refiere a la relación con el endometrio, mientras que el segundo se refiere a las relaciones con la serosa. Se muestra un ejemplo abajo.	
	2-5	Submucoso y subseroso, cada uno con menos de la mitad de diámetro en las cavidades endometrial y peritoneal



# Anexo 2: INFORME DE ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DE CASO DE MIOMATOSIS UTERINA


"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

**HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ**  
 AV. SAENZ PEÑA CDRA 6- PUENTE PIEDRA  
 LIMA-PERU  
 TELEFONO: 648-3331 ANEXO 186

**INFORME DE ESTUDIO ANATOMO-PATOLÓGICO**
N° REGISTRO: **B24- 0566**

PACIENTE		HISTORIA CLÍNICA	203758
EDAD	42 AÑOS	CONDICIÓN - N° B L	SIS - 970153
PROCEDENCIA	HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ	PROC. EXTERNA	
SERVICIO	GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	LÁMINAS	
MED. SOLICITANTE	FERNANDO AZA SANTAMARIA	F. RECEPCIÓN	22/02/2024
F. DE PROCEDIMIENTO	21/02/2024	F. INFORME	20/04/2024

**ESPÉCIMEN RECIBIDO** : ÚTERO MIOMATOSO + ANEXO DERECHO.  
**INFORMACIÓN CLÍNICA RECIBIDA** : MOTIVO DE CONSULTA: SANGRADO VAGINAL.  
 CUADRO CLÍNICO: T.E.: ± 1 MES. PACIENTE REFIERE SANGRADO VAGINAL DE ± 7 DÍAS ASOCIADO A DOLOR PÉLVICO CON ABUNDANTES COÁGULOS.  
**HALLAZGOS OPERATORIOS** : ÚTERO DE ASPECTO MIOMATOSO.  
**DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO** : MIOMATOSIS UTERINA.

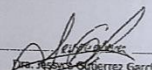
**EXAMEN MACROSCÓPICO**

SE RECIBE PRODUCTO DE HISTERECTOMÍA TOTAL, SALPINGOFORECTOMIA DERECHA Y SALPINGUECTOMIA IZQUIERDA QUE PESA 1264.0 GRAMOS, MIDE 20.0 x 12.0 x 10.5 cm, CUELLO UTERINO DE 6.0 x 7.0 x 2.0 cm, TROMPA UTERINA DERECHA DE 6.0 x 0.6 cm, OVARIO DERECHO DE 4.5 x 2.0 x 1.5 cm, TROMPA UTERINA IZQUIERDA DE 5.0 x 0.6 cm. CÉRVIX UTERINO CON MUCOSA EXOCERVICAL BLANQUECINA, LISA Y BRILLANTE, ORIFICIO EXOCERVICAL TRANSVERSO, CANAL ENDOCERVICAL PERMEABLE. CUERPO UTERINO DEFORMADO; A LA APERTURA POR CANAL ENDOCERVICAL SE APRECIA ENDOMETRIO PARDO CLARO DE 0.2 cm DE ESPESOR, MIOMETRIO ROSADO DE HASTA 12.0 cm DE ESPESOR CON FORMACIONES NODULARES BLANQUECINAS DE ASPECTO ARREMOLINADO DE LOCALIZACIÓN SUBMUCOSA, INTRAMURAL Y SUBSerosa, SIENDO EL NÓDULO DE MAYOR TAMAÑO DE 11.0 x 8.0 x 9.0 cm Y EL MENOR DE 1.5 x 0.8 x 1.0 cm. TROMPA UTERINA DERECHA CON FIMBRIAS COLOR PARDO ROSADO CON FORMACIÓN QUISTICA PARATUBÁRICA DE 0.8 cm; A LOS CORTES SERIADOS, LUMEN ESTRECHO. OVARIO DERECHO AMARILLENTO; AL CORTE, CUERPOS BLANCOS Y AMARILLENOS. TROMPA UTERINA IZQUIERDA CON FIMBRIAS DE COLOR PARDO ROSADO; A LOS CORTES SERIADOS, LUMEN ESTRECHO. SE INCLUYE MUESTRA REPRESENTATIVA.

**EXAMEN MICROSCÓPICO/ DIAGNÓSTICO**

"ÚTERO MIOMATOSO + ANEXO DERECHO":

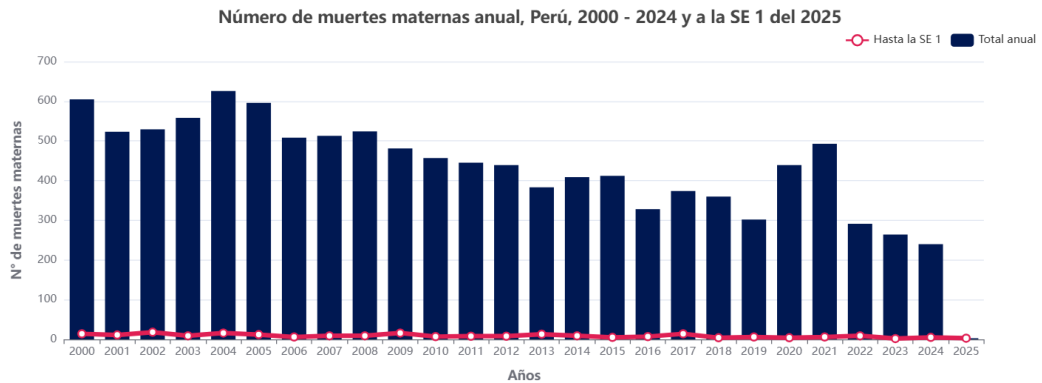
- CÉRVIX:
  - CERVICITIS AGUDA Y CRÓNICA.
  - QUISTE DE NABOTH.
  - SECRETOR.
  - LEIOMIOMAS.
- ENDOMETRIO:
- MIOMETRIO:
- ANEXO DERECHO:
  - TROMPA UTERINA: CONGESTIVA, QUISTE SEROSO SIMPLE.
  - OVARIO: CUERPOS ALBICANS.
- TROMPA UTERINA IZQUIERDA:
  - CONGESTIVA CON ÁREAS DE EXTRAVASACIÓN ERITROCITARIA.

  
 Dr. Rogelio Gutiérrez García  
 Servicio de Anatomía- Patológica  
 CMP: 57012- RNE: 41490

/JGG  
C.C.: Archivo

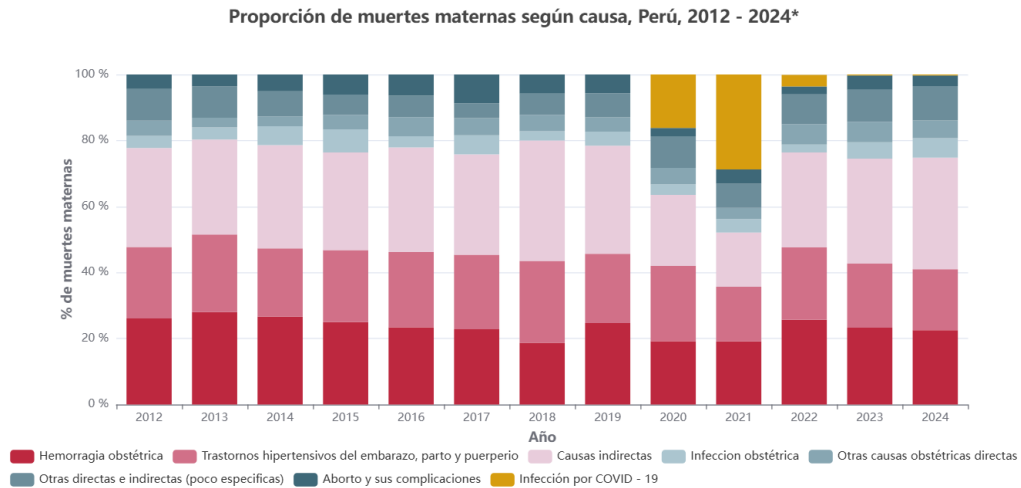
IMPRESIÓN  
 FECHA: 21/04/2024 - HORA: 21:38 Página 1 de 1

### Anexo 3: Número de muertes maternas anual, Perú, 2000-2024 y 1 SE del 2025



Se consideraron las muertes maternas de clasificación preliminar directa e indirecta ocurridas hasta los 42 días de culminada la gestación. No incluye muertes maternas tardías.  
Fuente : Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA.

### Anexo 4: Proporción de muertes maternas según causa, Perú, 2012-2024



\*Constituye información válida disponible de la notificación inmediata y/o investigación epidemiológica actualizada al 27 de diciembre de 2024. Esta información está sujeta a actualizaciones y al desarrollo de los procesos de investigación epidemiológica por lo que podría variar. Se consideraron las muertes maternas directa e indirecta ocurridas hasta los 42 días de culminada la gestación. No incluye muertes maternas tardías.  
Fuente : Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA.

## Anexo 5: Diagnóstico y Clasificación del Grado de Shock Hipovolémico

### Diagnóstico y clasificación del Grado de Shock Hipovolémico

PARAMETRO	GRADOS DEL SHOCK				
	Compensada (No shock)	Grado I (LEVE)	Grado II (MODERADO)	Grado III (SEVERO)	Grado IV Pérdida masiva de sangre
Pérdida de Volumen (% ) Mujer de 50 – 70 Kg	10 – 15%	16 -25%	26 – 35%	35 - 40%	>40%
Pérdida de Volumen (ml) Mujer de 50 – 70 Kg	500 – 1000 ml	1000 – 1500 ml	1500– 2000 ml	2000 - 2500	>2500
Frecuencia cardíaca x minuto	60 - 90	91 - 100	101 – 120	120 - 139	≥ 140
Presión arterial sistólica (mm Hg)	>90	80 - 90	70-79	60 - 79	< 60
Frecuencia Respiratoria X minuto	14 - 20	20 -29	30 - 39	>40	Irregular Apneica
Sensorio	Normal	Normal y/o agitada Ansiedad leve	Agitada Ansiedad moderada	Letárgica y/o Ansiedad intensa	Inconsciente
Perfusión (llenado capilar)	Normal 1 - 2 segundos	Palidez-Frialdad	Palidez - Frialdad más Sudoración 2 - 3 Segundos	Palidez - Frialdad Sudoración más >3 Segundos	Palidez - Frialdad Sudoración más >4 Segundos
Diuresis (ml x hora)	>30	20 - 30	10 - 15	5 - 15	< 5
Déficit de Bases En mmol/L	≤ 2 mmol/L	2 – 6 mmol/L	6 – 10 mmol/L	>10 mmol/L	> 10 mmol/L
Reposición del Volumen perdido	No requiere	Cristaloides	Cristaloides Probable Transfusión	Transfusión de PG y hemoderivados	Transfusión masiva

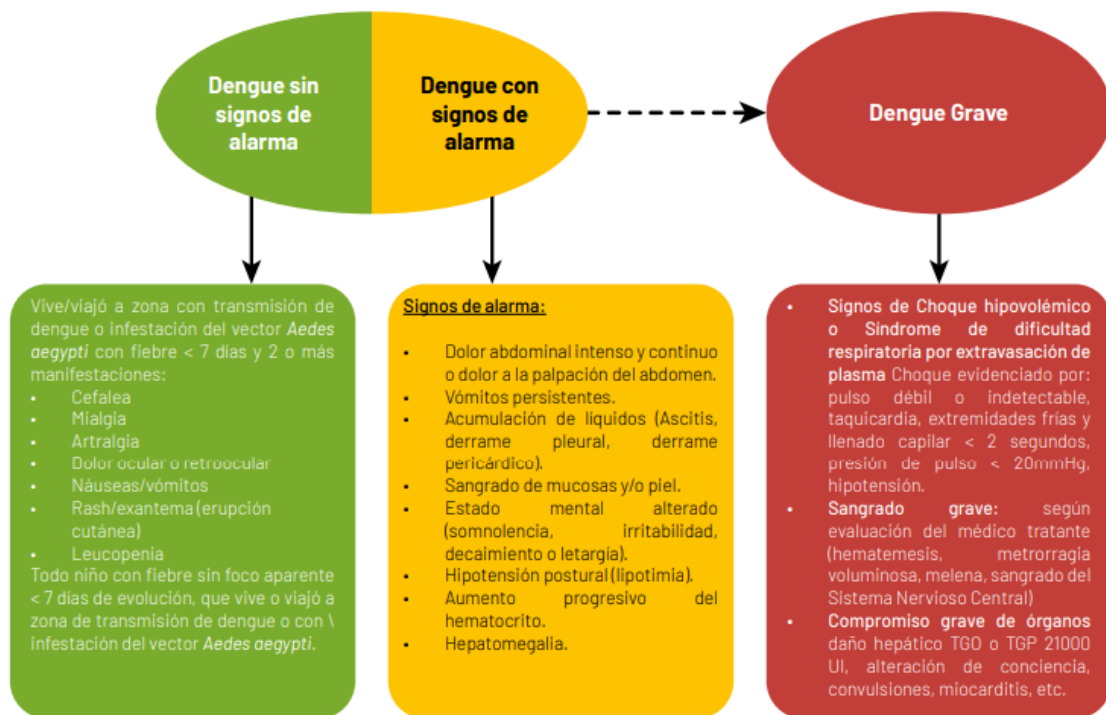
Modificado de: ATLS Advance Trauma Life Support. American College of Surgeons. 2018

Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas - 2a ed. Organización Panamericana de la Salud 2019.

## Anexo 6: acrónimo FALTAN

ACRÓNIMO "FALTAN"	
F	<b>Fiebre:</b> Administrar paracetamol condicional a temperatura mayor de 38°C axilar según grupo etario. Si la temperatura es menor de 38°C axilar y genera disconfort o si existiera antecedentes de convulsión asociada a fiebre, administrar paracetamol y medios físicos. (aligerar coberturas, baños de agua tibia, compresas húmedas tibias en la frente, abdomen, piernas, etc. Recordar que es importante la individualización de cada paciente y su entorno; no es necesario hacer uso de otras soluciones.
A	<b>Alimentación:</b> Si el niño es menor de 6 meses o aún no ha iniciado su alimentación complementaria, alentar a la madre a amamantarlo con frecuencia. Si ya inició alimentación complementaria se debe de continuar dándole sus alimentos habituales.
L	<b>Líquidos:</b> Incrementar el aporte para mantener una adecuada hidratación del organismo si consideramos las pérdidas a través de secreciones, pérdidas insensibles y especialmente si tiene fiebre.
T	<b>Tos:</b> Evitar el uso de antitusígenos, expectorantes, antihistamínicos, descongestionantes, etc.
A	<b>Alarma:</b> Acudir de inmediato al establecimiento de salud más cercano, si presenta alguno de los siguientes signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para respirar (taquipnea, tirajes, sibilancias, estridor, quejido, etc.).</li> <li>• Persistencia de Fiebre, a pesar de 48 horas de tratamiento.</li> <li>• Dificultad para beber o lactar o vómitos frecuentes.</li> <li>• Compromiso del sensorio (presenta irritabilidad o somnolencia, ausencia de sonrisa social, convulsiones).</li> <li>• Si el niño no mejora o empeora a pesar del tratamiento recibido.</li> </ul>
N	<b>Nariz:</b> Limpieza de las fosas nasales si la presencia de secreciones interfiere con la alimentación o el sueño, proceda a la limpieza de las fosas nasales con una solución casera de agua con sal (media cucharadita de sal en media taza de agua) o suero fisiológico al 0.9%, aplicando 5 a 10 gotas (0.25 - 0.5 ml) en cada fosa nasal con la frecuencia necesaria para mantener a los niños libre de obstrucción.

## Anexo 7: Clasificación del Dengue



Fuente: "Guía de práctica clínica para la atención de casos de Dengue en el Perú" MINSA 2017  
Adaptado: MINSA/DGIESP/DPCEM-JJCI

## Anexo 8: Escala de Burch y Wartofsky

Escala de Burch y Wartofsky		Puntos
Signos y síntomas		
Temperatura (°C)	37,2-37,7	5
	37,8-38,3	10
	38,4-38,8	15
	38,9-39,3	20
	39,4-39,9	25
	>39,9	30
Compromiso del sistema nervioso central	Ausente	0
	Agitación	10
	Delirium, psicosis o letargia	20
	Crisis convulsivas o coma	30
Disfunción gastrointestinal	Ausente	0
	Diarrea, náuseas, vómitos o dolor abdominal	10
	Ictericia	20
Historia de evento precipitante	Ausente	0
	Presente	10
Disfunción cardiovascular		Puntos
Taquicardia (lpm)	90-109	5
	110-119	10
	120-129	15
	130-139	20
	>140	25
	Ausente	0
IC congestiva	Leve (edema)	5
	Moderada (pinzamiento senos costofrénicos, edemas perihiliar)	10
	Severo (edema pulmonar)	15
	Ausente	0
Fibrilación auricular	Ausente	0
	Presente	10

Adaptada de Ylli D et al.<sup>3</sup>



## Anexo 9: Criterios Diagnósticos Para Tormenta Tiroidea De La Asociación Japonesa De Tiroides

<i>Prerrequisito para el diagnóstico:</i> Presencia de tirotoxicosis con niveles elevados de triyodotironina libre o tiroxina libre		
<b>Síntomas</b>		
1. Manifestaciones del sistema nervioso central: Inquietud, delirio, psicosis, somnolencia, letargo, coma ( $\geq 1$ en la escala de coma de Japón o $\leq 14$ en la escala de coma de Glasgow) 2. Fiebre: $\geq 38^\circ\text{C}$ 3. Taquicardia: $\geq 130$ latidos por minuto o frecuencia cardíaca $\geq 130$ en presencia de fibrilación auricular 4. Insuficiencia cardíaca congestiva: Edema agudo pulmonar, estertores húmedos en más de la mitad del campo pulmonar, choque cardiogénico o una clasificación de IV por la New York Heart Association o $\geq$ III en la clasificación de Killip-Kimball 5. Manifestaciones gastrointestinales/hepáticas: Náuseas, vómito, diarrea o bilirrubina total $\geq 3.0$ mg/dL		
<b>Diagnóstico</b>		
Grado de TS	Combinación de variables	Requisitos para el diagnóstico
TS 1	Primera combinación	Tirotoxicosis y al menos una manifestación del SNC acompañadas de fiebre, taquicardia, ICC o manifestaciones GI/hepáticas
TS 1	Combinación alternativa	Tirotoxicosis y una combinación de al menos tres de los siguientes síntomas: fiebre, taquicardia, ICC o manifestaciones GI/hepáticas
TS 2	Primera combinación	Tirotoxicosis y una combinación de al menos dos de los siguientes síntomas: fiebre, taquicardia, ICC o GI/manifestaciones hepáticas
TS 2	Combinación alternativa	Los pacientes que cumplen con el diagnóstico de TS1, pero la determinación de triyodotironina y tiroxina no está disponible
<b>Exclusiones</b>		
El diagnóstico se excluye si los síntomas son claramente explicados por otras enfermedades subyacentes: fiebre (neumonía e hipertermia maligna), deterioro de la conciencia (trastornos psiquiátricos y enfermedad cerebrovascular), insuficiencia cardíaca (infarto agudo de miocardio) y trastornos hepáticos (hepatitis viral e insuficiencia hepática aguda). Es difícil determinar si el síntoma es causado por TS o es simplemente una manifestación de otra enfermedad subyacente. El síntoma debe ser considerado como debido a la tormenta tiroidea y que ésta es causada por algún factor desencadenante. Se requiere un adecuado juicio clínico.		

## Anexo 10: Fisiopatología De La Insuficiencia Respiratoria

Mecanismo	PaO <sub>2</sub>	PaCO <sub>2</sub>	A-aO <sub>2</sub>	Respuesta a O <sub>2</sub>	Causas
Alteración V/Q	Baja	Baja, normal o alta	Alta	Sí	Exacerbación de EPOC, asma
<i>Shunt</i> (V/Q < 1)	Baja	Baja	Alta	No o escasa	SDRA, atelectasia, fistulas vasculares
Hipoventilación	Baja	Alta	Normal	Sí	Sobredosis de narcóticos, síndrome de hipoventilación alveolar
Difusión	Baja	Baja	Alta	Sí	EPID
Reducción de PAO <sub>2</sub>	Baja	Baja	Normal	Sí	Grandes altitudes

A-aO<sub>2</sub> : gradiente alvéolo-arterial de oxígeno; EPID: enfermedad pulmonar intersticial; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; PaO<sub>2</sub> : presión arterial de oxígeno; PaCO<sub>2</sub> : presión arterial de dióxido de carbono; SDRA: síndrome de distrés respiratorio agudo.