



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA LABORAL DE DOS INTERNOS EN EL HOSPITAL
NACIONAL PNP “LUIS N SÁENZ” Y DEL HOSPITAL MILITAR
CENTRAL “LUIS ARIAS SCHREIBER”**

PRESENTADO POR

FERNANDO NICOLAZ MERINO GARCIA

RICHARD ISIDRO MEGO VILLASÍS

ASESOR

EDILBERTO TEMOCHE ESPINOZA

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

LIMA- PERÚ

2022



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA LABORAL DE DOS INTERNOS EN EL
HOSPITAL NACIONAL PNP “LUIS N SÁENZ” Y DEL
HOSPITAL MILITAR CENTRAL “LUIS ARIAS SCHREIBER”**

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

PRESENTADO POR

MERINO GARCIA, FERNANDO NICOLAZ

MEGO VILLASÍS, RICHARD ISIDRO

ASESOR

Dr. TEMOCHE ESPINOZA EDILBERTO

LIMA, PERÚ

2022

JURADO

Presidente: Dr. José Antonio Sánchez Zapata

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Fernando Herrera Huaranga

DEDICATORIA

A mis padres, Dora y Luis, por sus consejos y su constante apoyo.

A mi abuela Dora, quien ha sido, junto con mis padres, un ejemplo de superación.

A mis tías Paty y Fanny, que, en cada momento de la carrera, me dieron su respaldo.

A mis mejores amigos, que durante la carrera fueron mi soporte emocional.

A mi enamorada por brindarme su apoyo incondicional y motivarme para realizar este trabajo.

Fernando Nicolaz Merino García

A mis padres Richard, Randy, y a mi hermana Rushdie, por todo el apoyo que me brindaron a través de estos 7 años.

A mis abuelos, sobre todo a mi abuela Licia Zegarra, que en paz descanse

A mis amigos y co-internos que se volvieron mis hermanos.

A todo el personal médico y asistencial con los que he trabajado durante estos 10 meses, llevándome una enseñanza y gran aprecio de todos.

Richard Isidro Mego Villasís

ÍNDICE

RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	vii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL.....	1
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA.....	25
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL.....	27
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA.....	46
CONCLUSIONES.....	48
RECOMENDACIONES.....	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50

RESUMEN

El trabajo presentado fue realizado por dos internos, uno del Hospital Militar Central CrI. Arias Schieber, y otro en el Hospital Central PNP Luis N Sáenz, en el cual se relata la experiencia de haber desarrollado el internado en hospitales de referencia nacional, el cual debió adaptarse a los nuevos lineamientos dispuestos por el MINSA que fueron aplicados en las FF. AA, y adecuarse a un ambiente militar/policial, el cual es un entorno laboral muy diferente a los hospitales del MINSA o ESSALUD, y al tiempo reducido para poner en práctica lo aprendido en los años anteriores.

El interno de medicina humana debe consolidar los conocimientos y habilidades adquiridas en años anteriores, tanto en la facultad de medicina como en prácticas hospitalarias sobre la prevención, identificación, diagnóstico y tratamiento de diversas patologías de cuatro principales rotaciones.

En el trabajo se presentan diferentes casos clínicos de diversas patologías comunes en nuestro medio, desde el ingreso del paciente a emergencia, su evolución clínica en el transcurso de la hospitalización, el tratamiento realizado, hasta su egreso.

ABSTRACT

The work presented was carried out by two interns, one from the Central Military Hospital Crl. Arias Schieber, and another at the PNP Luis N Sáenz Central Hospital, in which the experience in national reference hospitals is shown, which must be adapted to the new guidelines ordered by the MINSA that were applied in the Armed Forces. AA, to adapt to a military/police environment, which is a work environment very different from the MINSA or ESSALUD hospitals, and to the reduced internship time to put into practice what was learned in previous years

The human medicine intern must consolidate the knowledge and skills acquired in previous years, both in medical school and in hospital practices on the prevention, identification, diagnosis and treatment of various pathologies of four main rotations.

In the work, different clinical cases of various common pathologies in our environment are presented, from the patient's admission to the emergency room, his clinical evolution during hospitalization, the treatment carried out, until his discharge.

INTRODUCCIÓN

El internado es el último paso de la carrera de medicina humana. Ahí se aplica todo lo aprendido, y los conocimientos ganados durante los años anteriores. Es una etapa crucial para consolidar las bases y valores de nuestro futuro como médicos profesionales.

El proceso comenzó el 01 de julio del 2021, en el Hospital Nacional de la Policía Luis N. Saenz, categoría III-1, ubicado en la cuadra 26 de la Av. Brasil, en Jesús María, y el Hospital militar Central, un centro nivel III-1 donde se atiende al personal militar a nivel nacional, ubicado en Pasaje Quiñones 195, en el mismo distrito.

Cabe recalcar que antes de iniciarse se recibieron las dos primeras dosis de la vacuna contra el Covid-19, y que se recibieron clases de inducción en sus respectivas sedes y respectivas rotaciones iniciales, así como talleres de bioseguridad sobre lavado de manos y cómo utilizar los equipos de protección personal, lo cual nos permitió estar menos expuestos al riesgo de contagio.

Debido a la pandemia hubo limitaciones respecto al manejo en las distintas áreas de cada hospital, como reducción de aforo, uso de EPPs, la atención a través de tele consultas, así como habilitación de un área de emergencia no Covid y emergencia Covid, y otras medidas, como hospitalización, previo resultado de prueba antigénica o molecular covid-19 negativa.

También tuvimos la oportunidad de ver el ejemplo solidario y vocación de servicio por parte del personal asistencial, que continuó su trabajo de atención hacia los más vulnerables, sin dejar de lado los cuidados preventivos estipulados en los lineamientos para la vigilancia y control de la salud.

Dentro de estos diez meses se han realizado las prácticas de las cuatro especialidades básicas de la medicina humana. Así tenemos el área de pediatría dividida en neonatología, donde realizamos la atención inmediata del recién nacido, se cumple con el plan de vacunación neonatal, el tamizaje neonatal y los controles neonatales. Las patologías más atendidas en esta

especialidad son la ictericia neonatal, sepsis neonatal, y diversas patologías respiratorias como síndrome de distrés respiratorio, o gastrointestinales.

En relación a pediatría, evaluamos el crecimiento y desarrollo de los niños y atendemos las principales emergencias como cuadros de diarrea aguda infecciosa, síndromes febriles, síndrome obstrucción bronquial, asma, gastroenteritis o enfermedades exantemáticas como varicela o sarampión.

En la rotación de cirugía, se busca reconocer las patologías quirúrgicas más frecuentes en el área de emergencia como apendicitis aguda, colecistitis aguda, patología herniaria, etc., y poder asistir en sala de operaciones en cirugías como apendicectomías, colecistectomías, hernioplastias, hemicolectomías, resecciones intestinales, anastomosis o cirugías gástricas.

En el área de hospitalización, al interno se le asignan pacientes a los cuales se le deben hacer seguimiento pre y post operatorio hasta el alta, mediante una buena historia clínica, examen físico y exámenes auxiliares, incluso con la posibilidad de acceder a sala de operaciones como ayudante o instrumentista.

En Ginecología y Obstetricia, participamos en varias actividades: controles prenatales, atención en partos y/o la posibilidad de apoyar en sala de operaciones en procedimientos quirúrgicos como legrados uterinos, cesáreas de emergencia, histerectomías, mastectomías, ooforectomias, etc. En Ginecología se pueden encontrar patologías como EPI, ITS, cáncer de mama, o de cérvix.

En el área de Medicina Interna el interno aplica sus conocimientos en las diferentes subespecialidades como Neumología, Cardiología, Gastroenterología, Infectología, entre otras.

Durante toda la rotación en medicina, se analizaron una variedad de patologías como Síndrome Coronario Agudo, neumonías, infección del tracto urinario, y enfermedades metaxénicas de pacientes evacuados de zonas endémicas.

El interno deberá realizar atenciones en tópicos de medicina en emergencia, así como elaborar historias clínicas exhaustivas y detalladas en el piso de hospitalización para llegar a los diagnósticos correctos, así como plantear una terapéutica óptima para el paciente, desde su posterior recuperación hasta el alta médica.

A pesar de que este año el internado fue distinto al del año pasado, ambos logramos realizarlo en un hospital de referencia central, y no en un centro de salud básico, donde se pudo obtener una experiencia enriquecedora logrando aprender las nociones básicas de cada especialidad.

El internado constituye la mejor etapa de nuestra vida como estudiantes, teniendo presente los principios éticos y los valores que caracterizan a los profesionales de la salud en un contexto donde los sistemas de salud son deficientes, pero con muchas oportunidades para asimilar enseñanzas y alcanzar un óptimo desempeño.

CAPITULO 1. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El paso más importante de un estudiante de medicina humana durante su carrera es el internado médico, pues es el último año de su preparación profesional donde debe aplicar y demostrar la teoría aprendida en la facultad de medicina y la valiosa experiencia aprendida de las rotaciones hospitalarias durante la etapa práctica en diferentes nosocomios, con el objetivo de convertirse en un profesional, y tendrá que cumplir con metas y objetivos establecidos por los establecimientos de salud, ya sea en una sede hospitalaria o en una clínica privada.

Durante esta etapa, el interno tiene la oportunidad de laborar en las cuatro principales áreas del Hospital Militar Central y el Hospital Nacional de la Policía: Pediatría, Cirugía General, Gineco Obstetricia y Medicina General, fundamentales durante la vida profesional, y sobre todo que servirán de entrenamiento para afrontar el SERUMS.

En el Hospital Militar Central se tuvo la oportunidad de tener rotaciones en otras sedes especializadas como el Instituto Nacional Materno Perinatal para las áreas de ginecología y obstetricia, y neonatología, y en el Instituto Nacional de Salud del Niño (sede Breña), en el área de pediatría.

Estar en contacto con pacientes en todas las áreas de rotación permite al futuro profesional reconocer los factores de riesgos y desencadenantes asociados a las enfermedades, los síntomas y signos propios de las patologías encontradas, el tratamiento de estas, y su evolución clínica hasta el último día de su estancia hospitalaria.

Casos clínicos

PEDIATRÍA 1

Paciente varón de iniciales IJV de 4 años 11 meses de edad, procedente de Puente Piedra, acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 7 horas de inicio brusco y curso progresivo, caracterizado por presentar movimientos involuntarios tipo tonicoclónicos generalizados, asociados a retroversión ocular de +/- 2 minutos de duración sin sialorrea ni relajación de esfínteres,

sin pérdida de conciencia y asociado a fiebre cuantificada de 39°C. En el transcurso del camino al hospital de Puente Piedra, presentó dos episodios similares en una hora. Acude al hospital de Puente Piedra donde le recetan antipiréticos y es dado de alta. Cuatro horas antes del ingreso nuevamente presenta 2 episodios de movimientos involuntarios de menor duración (30 segundos), sin recuperar la conciencia durante esos episodios.

Una hora antes del ingreso presentó otro episodio de movimientos involuntarios por lo que decide llevarlo al INSN-Breña. Durante su ingreso a emergencia tiene un nuevo episodio de movimientos involuntarios, por lo cual se decide su hospitalización. Como se registra en la historia clínica de emergencia, la madre menciona que 12 horas antes del ingreso presentó dos deposiciones líquidas con moco sin sangre, asociado al SAT.

En cuanto a antecedentes de importancia, la madre refiere que desde los dos años el paciente presenta cuadros de vigilia con compromiso de conciencia (1 vez al mes), “como si estuviera ido” y luego desaparece. A su vez su hermano mayor de 17 años fue diagnosticado de epilepsia, pero no recibe tratamiento, el hermano de 14 años también presentó, según la madre, “convulsiones en la infancia” que fueron tratadas. Inmunizaciones completas hasta los 4 años.

Funciones vitales de emergencia: FC: 123x', FR: 33x' T°: 38.7 sato2: 100%
Peso: 18kg SC: 0.73. Al examen físico: Paciente inconsciente, ventila espontáneamente, no distrés respiratorio en estado post ictal. Piel y faneras: caliente, elásticas, llenado capilar menor a 2 segundos, Orofaringe: no congestiva no exudado, Tórax y pulmón: Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad no soplos, Abdomen: plano, blando, depresible, RHA aumentados en frecuencia, no visceromegalia, SNC: paciente en periodo post ictal no rigidez de nuca pupilas CIRLA.

Se le planteó el diagnóstico de Status epiléptico en resolución: Convulsión febril compleja a descartar Epilepsia genética, Diarrea infeccioso aguda y eutrófico. El paciente queda en observación de emergencia y se le administra

hidratación endovenosa (vt: 1440 cc/día), NPO, Fenitoína 360 mg EV en 20 minutos, y luego 40 mg EV cada 8 horas (6.6mg/kg/día), Metamizol 360 mg EV cada 8 horas, se le realizó una interconsulta con neurología y exámenes de laboratorio.

Durante el siguiente día en observación de emergencia no presentó nuevos episodios convulsivos, pero sí dos picos febriles por la noche anterior y cuatro horas después de su ingreso, inicia deposiciones líquidas con moco y sangre en 3 oportunidades previa a su hospitalización.

Posteriormente fue evaluado por el área de Neurología con los resultados siguientes de laboratorio: Hemograma: Hb: 10.9, hto: 31.4, Leucocitos: 2680 Segmentados: 21% linfocitos: 33%, plaquetas: 227000 PCR: 4.84, Tp: 14.82, TTPa: 38.24, tt:14.69 fibrinógeno: 382, Glucosa: 104, urea: 29, creatinina: 0.41, TGP: 15, TGO:27, GGT:11, Ca+: 11.8, P: 4.8, Na:136, K:3.7 Cl: 107 Mg: 1.9, Examen de orina: leucocitos: 0-1/ campo, nitritos:-, Reacción inflamatoria: leucocitos: 10-15/campo, no se observan gérmenes tipo Campylobacter, Quistes de Entamoeba Coli, Blastocystis hominis: 5/campo, quien sugiere seguir fenitoína por 96 horas y agregar carbamazepina vía oral, a su vez se solicita un electro encefalograma y TEM cerebral.

Con los resultados de laboratorio e interconsulta de neurología, el segundo día en emergencia se decide agregar al Rp Ceftriaxona 720 mg EV cada 12 horas (80mg/kg/día), Carbamazepina 90 mg VO cada 12 horas (10mg/kg/día), Simeticona 30 gotas vía oral cada 8 horas, y se decide su hospitalización en el servicio de Medicina C.

Al tercer día de hospitalización el paciente se encuentra afebril, no presenta movimientos involuntarios, realiza deposiciones líquidas sin moco ni sangre. En el último día en el que se le suministra fenitoína, se le traslada al servicio de neurología para la realización de un electroencefalograma, en el cual no se observan alteraciones en el trazado, y la TEM cerebral no muestra hallazgos anormales. Además, se le solicitó un hemograma para el día siguiente, y una interconsulta con el área de genética.

En su cuarto día de hospitalización, se recibe el resultado de hemograma, Hemograma: Hb: 10, hto: 31, Leucocitos: 6240 Segmentados: 40% linfocitos: 30%, plaquetas: 300000 PCR: 2.82, se suspende la Fenitoína y se continúa con Carbamazepina. El área de Genética responde interconsulta quien sugiere control por consultorio externo, por lo que se decide su alta con Carbamazepina por un mes, Carbamazepina 90 mg VO cada 12 horas (10mg/kg/día), sin tratamiento antibiótico, y un control por consultorios externos con genética y neurología en 1 mes.

PEDIATRÍA 2

Un paciente varón de 1 año 5 meses, procedente de San Juan de Lurigancho, sin antecedentes de importancia, ingresa a emergencia con un tiempo de enfermedad de 2 días de inicio brusco y curso progresivo, caracterizado por presentar deposiciones líquidas en 2 oportunidades, sin moco sin sangre y SAT, la madre lo automedica con Furazolidona. Un día antes del ingreso, aparecen lesiones tipo habones pruriginosas en tórax y cuello.

Es llevado al Hospital de Canto Grande donde le recetan antihistamínicos. El mismo día del ingreso madre nota que lesiones aumentan, y aparecen en miembros inferiores, superiores, y en el rostro asociado a edema de pies y dificultad a la deambulación, por lo que es llevado al servicio de emergencia del INSN-Breña.

Funciones vitales en emergencia: FC: 120x', FR: 30x', T: 36.2°C, Peso: 11.3, SatO₂: 99%. Al examen físico: paciente despierto ventilando espontáneamente, no distrés respiratorio, Piel: tibia, hidratada, elástica llenado capilar < 2 segundos, le evidencian lesiones habonosas confluyentes con centro violáceas, pruriginosas en tórax anterior y posterior, abdomen, 1/3 medio de ambos muslos, edema bi palpebral orofaringe: leve hipertrofia de amígdala, eritematosa, tórax y pulmón: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax no ruidos agregado, cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad no soplos, abdomen: habones distribuidos de manera difusa, ruidos hidroaéreos positivos, blando, depresible, no doloroso a la palpación, locomotor: rangos articulares conservados, aumento de

volumen bilateral de pies, fóvea ++/+++ y eritema plantar marcado, SNC: Despierto, reactivo, pupilas isocóricas foto reactivas.

Es diagnosticado de urticaria multiforme, angioedema y eutrofismo, decidiéndose su estancia en emergencia donde se le pide hemograma, electrolitos, glucosa, urea y creatinina, y se le administra hidratación EV y luego dieta blanda al siguiente día en Medicina, Dexametasona 3.5 mg EV cada 12 horas (0.6mg/kg/día), Clorfenamina 1 mg EV cada 6 horas (0.35 mg/kg/día), Metamizol condicional a temperatura mayor a 38.5°. Se reciben los resultados de laboratorio solicitados: Hemograma: Hb: 13.4, hto: 41.4, Leucocitos: 8000 Segmentados: 45% linfocitos: 30%, plaquetas: 250600 PCR: 2.54, Glucosa: 86, urea: 36, creatinina: 0.81, Ca+: 10.5, P: 4.8, Na:141, K:4.2 Cl: 110 Mg: 2.2. Se decide su hospitalización, en medicina C, cursando afebril, persisten las lesiones habonosas y la madre refiere que el niño se queja demasiado por la picazón que no lo dejaba dormir, el edema plantar disminuyó, pero persiste el eritema plantar. Se realiza Interconsulta con dermatología que el día siguiente sugiere suspender la Dexametasona, y añadir Levocetirizina vía oral 1.5 mg vía oral, cada 24 horas por 2 semanas (0.125 mg/kg/día).

El paciente cursó hemodinámicamente estable, el prurito disminuyó significativamente, las lesiones disminuyeron en número y en tamaño, desapareció el edema y el eritema plantar, por lo que se decidió su alta con antihistamínicos por vía oral por 2 semanas, y se programó un control por consultorio externo en 2 semanas.

PEDIATRÍA 3

Paciente escolar femenina de 10 años, procedente de Ate, con antecedente epidemiológico de haber estado en contacto con un gato, presenta un tiempo de enfermedad de 3 días de inicio insidioso, y curso progresivo, caracterizado por presentar tumoración con crecimiento progresivo en región inguinal derecha, dolorosa y con aumento de calor local, por lo que decide acudir a emergencia del hospital PNP LNS

Funciones vitales en emergencia: FC: 95x', FR: 22x', T: 36.6°C, Peso: 44, SatO2: 98%. Al examen físico AREG, AREH, AREN, Piel: tibia, hidratada, elástica llenado capilar < 2 segundos, no palidez, no cianosis, Linfáticos: adenomegalia de 5 x 5 cm en ingle derecha, con signos de flogosis local y doloroso a la palpación. Tórax y pulmón: simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax no ruidos agregado, cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad no soplos, abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos (++/+++), blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, SNC: Despierto, reactivo a estímulos.

Se hace una presunción diagnóstica de tumoración inguinal, a descartar enfermedad por arañazo de gato, se solicita Hemograma y PCR con los siguientes resultados WBC 12.99 HG 13.3 PLT 391 PCR 0.8, por lo que se decide su hospitalización con las siguientes indicaciones: dieta completa, Azitromicina 500 mg 1 tab VO c/24h, Oxacilina 1gr/10 cc (150 mg/kg/día) 16.5 ml EV c/8h, Clindamicina 600 mg/ 4 ml (30mg/kg/día) 2.9 ml EV c/8h.

En su primer día hospitalario se solicita hemocultivo, ecografía de partes blandas e interconsulta al servicio de epidemiología para toma de muestra sanguínea de Inmunofluorescencia indirecta IgG e IgM para descartar enfermedad por arañazo de gato. El mismo día se realiza ecografía y toma de muestra. En la ecografía se observan adenopatías en región inguinal derecha, con cambios inflamatorios y ganglios linfáticos de aspecto reactivo. Al quinto día hospitalario el paciente se encuentra afebril durante su internamiento, hemodinámicamente estable, y con disminución de tamaño de adenopatía.

Posteriormente, los resultados de Inmunofluorescencia indirecta revelan un resultado positivo de IgG e IgM para enfermedad por arañazo de gato, y se culmina tratamiento con cinco días de Azitromicina. En su séptimo día hospitalario se reciben resultados de hemocultivo negativo y exámenes de control WBC 6.5, HGB 13.2 PLT 323 PCR<0.4. Con todos los resultados se plantea su alta con las siguientes indicaciones dieta completa, Dicloxacilina 500 mg 1 tab VO c/6h x 5 días, e Ibuprofeno 400 mg 1 tab VO c/8h x 3 días, y control por consultorio en 7 días.

PEDIATRÍA 4

Paciente escolar varón de 6 años, con iniciales RAN, procedente de Pachacamac, acompañado de madre, con tiempo de enfermedad de 12 días de evolución caracterizado por prurito intenso en región axilar, muñecas y región lumbar a predominio nocturno que no mejora con la toma de antihistamínicos, hace tres días que la madre presenta misma sintomatología.

Funciones vitales FC: 90x', FR: 22x', T: 36°C, Peso: 20Kg, SatO₂: 98%. Al examen físico AREG, AREH, AREN, Piel: tibia, hidratada, elástica, se encuentran lesiones papulo eritematosas, surcos de aproximadamente 9 mm en muñecas y algunas lesiones costrosas de 2 mm llenado capilar < 2 segundos, tórax y pulmón: simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax no ruidos agregado, cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad no soplos, abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos (++/+++), blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, SNC: Despierto, reactivo a estímulos.

Con los hallazgos se hace un diagnóstico de escabiosis y se da de alta con las siguientes indicaciones: aplicar Permetrina 5% por la noche, desde el cuello hasta las plantas de los pies, exceptuando rostro y genitales, dejar por 8-14 h, enjuagar al día siguiente, y repetir el procedimiento a los 15 días. Se prescribe Clorfenamina 2mg/5ml (0.35 ml/kg/día) 6 ml c/8h x 3 días, se explican signos de alarma si el paciente presentara fiebre, eritema o secreción de las lesiones acudir nuevamente por emergencia y control por consultorio en 7 días.

CIRUGIA 1

Paciente con el grado de Capitán, con iniciales VRD de 35 años de edad, sin antecedentes de importancia, acude a emergencia con tiempo de enfermedad de 7 días de inicio insidioso de curso progresivo, caracterizado por distensión abdominal con eliminación de flatos, 7 D.A.I se agrega dolor abdominal difuso sin irradiación, 3 D.A.I. continua distensión abdominal, dolor abdominal punzante de intensidad 3/10 asociado a SAT, se auto medicó con Gaseovet y purgante, 2 D.A.I aumentó el dolor ahora irradiado a fosa iliaca derecha, 1

D.A.I se exacerbó el dolor punzante en fosa iliaca derecha de intensidad 9/10 impidiendo su marcha, hiporexia, ausencia de deposiciones y SAT no cuantificada.

El mismo día del ingreso persisten los síntomas, por lo que decide acudir a emergencia del Hospital Militar Central. Al examen físico de emergencia: FC: 90, FR:18, T:37.5 SAT:97%, PA: 110/70 Piel y TCSC: T/H/E llenado capilar <2 seg. no cianosis, no ictericia, no edemas, Tórax Y pulmones: MV audible en AHT, no Ruidos Agregados. No tirajes, Cardiovascular: RCR, buena intensidad, no soplos, Abdomen: globuloso, RHA(Disminuidos), timpánico a la percusión, doloroso en FID, Mc Burney Positivo, GU: PRU (-), PPL (-), SNC: LOTEP, no signos meníngeos, no focalización.

Al paciente se le diagnosticó como Síndrome Doloroso Abdominal, d/c Plastrón apendicular o Suboclusión intestinal, pasa a observación y se le prescribe Ceftriaxona 2g EV c/8h, Metronidazol 500mg EV, c/8h Ketoprofeno 100 mg EV c/8h, Esomeprazol 40 mg EV c/24h, Dextrosa 5% CNa 20% 1 amp KCl 20% 1amp Metamizol 1 g PRN fiebre. Luego se solicitó una ecografía abdominal, donde se encuentran un conglomerado de asas intestinales, doloroso a la eco presión, peristaltismo disminuido y presencia de líquido libre: imagen sugerente de plastrón apendicular asociado a proceso inflamatorio. A su vez, los exámenes pre quirúrgicos revelan HB 13.2 leucocitos 13.61 abastados 0% segmentados 85 linfocitos 10 PCR: 17.3, examen de orina sin alteraciones, Tp: 14 INR: 1.2 glucosa: 137, urea: 34 creatinina: 0.87. Una vez con los exámenes solicitados se decide su hospitalización.

Durante su estancia hospitalaria preoperatoria, presentó dos picos febriles asociados a incremento del dolor en FID. En el tercer día de hospitalización, se le realiza una tomografía: Apéndice cecal de 11 cm con 15mm de diámetro transversal, se observa una colección de forma irregular con nivel hidroaéreo localizado en base de apéndice cecal de 28 cc, asociado a perforación apendicular y asas intestinales rodean la zona inflamatoria, concluyendo que muestran signos de apendicitis aguda, perforada con presencia de absceso peri apendicular y signos de plastrón, por lo cual se le solicitó hemograma que

arrojó como resultados hb:11.6 leucocitos 15.5 abastados:0% segmentados: 78 y PCR: 259.11.

El cirujano asistente decide mantener al paciente en NPO para entrar a sala de operación el día siguiente para realizar una laparoscopia exploratoria, la cual duró 2 horas, con diagnóstico postoperatorio de Absceso apendicular más apendicitis aguda perforada, más plastrón apendicular y peritonitis generalizada. Dentro de los hallazgos operatorios se encontraron líquido purulento en cavidad abdominal de 100 cc, plastrón apendicular conformado por ciego, íleon terminal dentro del cual se encontró 100 cc de pus, apéndice gangrenado en toda su extensión, y se observa perforación en tercio proximal y base apendicular comprometida. Se aspira y lava el líquido purulento de la cavidad, se secciona el apéndice, y se deja un dren tubular en zona recto vesical.

El paciente pasa a URPA con tratamiento indicado por el médico asistente que incluye NPO, hidratación parenteral con NaCl 0.9% 1000cc (2 frascos), dextrosa 5% 1000 cc + KCl 20% (1 amp) + NaCl 20% (2 amp), Ketoprofeno 100 mg EV cada 8 horas, Metoclopramida 10 mg EV, cada 6 horas vía EV, Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas, Meropenem 1gr EV cada 8 horas, más Metronidazol 500mg EV cada 8 horas.

El paciente durante su estancia cursa hemodinámicamente estable, el dolor fue disminuyendo progresivamente con los analgésicos endovenosos, estuvo en reposos gástrico por dos días, y luego se aumentó paulatinamente la dieta hasta dieta completa. En el quinto día se le realizó curaciones diarias a dren tubular. En su séptimo día se le realizó un hemograma control: HB 12.2 leucocitos 10.61 abastados 0% segmentados 65 linfocitos 30 PCR: 4.3, por lo que es dado de alta al octavo día de su hospitalización con tratamiento analgésico por 7 días y tratamiento antibiótico por 1 semana más, programando su control en 7 días por emergencia de cirugía general.

CIRUGIA 2

Paciente varón de iniciales A.M.R de 60 años, procedente de Puente Piedra, con antecedente de cirugía laparoscópica por liberación de adherencia en

2017, y en el 2020 diagnosticado de Barro biliar por ecografía, con un tiempo de enfermedad de 3 días de inicio insidioso, de curso progresivo, refiere que 3 días antes de su ingreso posterior a ingesta de patita con maní, presenta náuseas y distensión abdominal, que ceden con enzimas digestivas y bicarbonato.

Al día siguiente consume pollo a la brasa en gran cantidad lo que le genera dolor abdominal 5/10 en epigastrio de tipo cólico que se irradia a región dorsal, y se acentúa con las horas, no toma ningún medicamento en casa, por lo que se dirige al centro de salud Geriátrico, donde es evaluado y medicado con analgésicos, lo cual mejora el cuadro clínico en el momento.

Sin embargo, los síntomas reaparecen y aumentan en intensidad, por lo que se decide transferirlo a la emergencia del HMC. Sus funciones vitales en emergencia: PA:120/80 T°: 37°C FC:66X' FR: 20X' Sato2: 99%. Al examen físico: Piel y mucosas: ictericia en conjuntivas y abdomen, tórax y pulmón: amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien por AHT. No ruidos agregados, cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles, abdomen: distendido, depresible. RHA (+) de baja intensidad, dolor en epigastrio. MURPHY (+), timpánico, genitourinario: PPL (-) PPR (-), SNC: LOTEPE, no signos meníngeos, no signos de focalización.

Se le diagnosticó como Síndrome doloroso abdominal a descartar colecistitis aguda, por lo que se le indica NPO, CNa 0,9% 1000 cc EV, 45 gts x', ceftriaxona 2gr EV cada 24h, Omeprazol 40 mg amp, 01 ampolla ev cada 24h, Metoclopramida 10 mg EV cada 8 h, Ketoprofeno 100 mg EV cada 8 horas, Dimenhidrinato 50 mg EV PRN náuseas y/o vómitos, se le solicita ecografía abdominal y exámenes prequirúrgicos.

En la ecografía se observa vesícula piriforme de 10.6x 35 mm de paredes engrosadas de 9mm con imágenes litiásica en su interior, siendo la mayor de 7mm, asociada a barro biliar y dolor a la eco presión en HCD, concluyendo signos ecográficos de colecistitis aguda. Luego de 6 horas en observación, el dolor disminuye en intensidad, pero al paciente se le nota adolorido. Los resultados de laboratorio muestran Hb:15.6 leucocitos 16000, abastados

1%, segmentados 80.7, linfocitos 12. %, plaquetas 170000 tp: 14.5, INR: 1.4 glucosa: 75 urea:45 creatinina:0.83, PCR de 100, examen de orina y serológicos negativos, por lo que se decide pase a sala de operaciones.

La operación realizada fue una colecistectomía laparoscópica, de 1 hora de duración, donde se encontró una vesícula biliar de +/- 10 cm x 4 cm con paredes de +/- 1 cm gangrenada en su fondo, se identifica triángulo de seguridad y posterior liberación de vesícula, clipaje de arteria y conductos cístico y exéresis apendicular, se nota la presencia de incontables cálculos, siendo el mayor de 8mm y barro biliar en su interior.

El diagnóstico postoperatorio fue colecistitis aguda gangrenosa, por lo cual se le indicó NPO, Dextrosa 5% 1000 cc, Nacl 20%, KCL 20%, Ceftriaxona 1 gr c/12 h EV, Metronidazol 500 mg EV c/8H, Esomeprazol 40 mg EV c/24 h, Ketoprofeno 100 mg EV c/ 8 h. El paciente en su post operatorio mediato, refiere leve dolor en sitio operatorio de intensidad 3/10, al cambio de posición y a la presión, sin interurrencias adicionales.

El paciente evoluciona, toleró dieta por vía oral hasta el tercer día postoperatorio, y es dado de alta con Ciprofloxacino 500 mg vía oral por 4 días más, y Metronidazol de 500 mg VO x 4 días, para completar 7 días de tratamiento antibiótico, se le receta Ibuprofeno de 400mg cada 8 horas por 4 días, y se le indica programar un control en 4 días por emergencia de cirugía general, para el retiro de puntos y revisión clínica.

CIRUGIA 3

Paciente varón de 55 años de iniciales PAJC, con antecedentes apendicectomizado y colecistectomizado, ambas cirugías abiertas, hace 20 y 15 años respectivamente, llega a emergencia con un tiempo de enfermedad de tres días, caracterizado por dolor abdominal difuso a predominio de epigastrio e HCD, distensión abdominal, no eliminación de flatos y no realiza deposiciones.

Hace unas horas se le agrega SAT náuseas y vómitos de contenido bilioso en 3 oportunidades, por lo que acude a emergencias del hospital nacional PNP

LNS, al examen físico de emergencia FC: 110, FR:19, T:38,5°C SAT:97%, PA: 110/70 Piel y TCSC: T/H/E llenado cap <2 seg. no cianosis, no ictericia, no edemas, Tórax Y pulmones: MV audible en AHT, no Ruidos Agregados, Cardiovascular: RCR, buena intensidad, no soplos, Abdomen: distendido, RHA (ausentes), poco depresible, doloroso a la palpación profunda a predominio de epigastrio e HCD, no signos de irritación peritoneal, timpánico a la percusión, GU: PRU (-), PPL (-), SNC: LOTEPE, no signos meníngeos, no focalización.

Se hace una impresión diagnóstica de obstrucción intestinal intermedia, a descartar bridas y adherencias, por lo que se le solicita una radiografía abdominal de pie y decúbito y exámenes auxiliares. La radiografía reveló niveles hidroaéreos y asas en pila de moneda, y los exámenes de laboratorio: WBC: 13,00, HGB: 12.9, PLT: 330 y PCR:30.3. Se decide preparar al paciente para sala de operaciones, y se le indica NPO, ClNa 0,9% 1000 cc EV, 30 gts x', Cefazolina 2gr EV pre SOP, Omeprazol 40 mg EV cada 24h, Ketoprofeno 100 mg EV cada 8 horas, Dimenhidrinato 50 mg EV PRN náuseas y/o vómitos, además se completan exámenes prequirúrgicos.

Se realiza laparotomía exploratoria, encontrándose múltiples adherencias firmes y laxas de asa delgada hacia pared abdominal, a 20 cm de válvula íleo cecal, se observa epiplón que genera hernia interna, con asas delgadas y estrangulación de íleon distal que generaba necrosis del asa. Se realiza una resección del área con necrosis y una anastomosis íleo - ileal término terminal, con el diagnóstico postoperatorio de obstrucción intestinal intermedia por bridas y adherencias.

EL paciente tolera el acto quirúrgico, y pasa a sala de recuperación con las siguientes indicaciones NPO, Dextrosa 5% 1000 cc, NaCl 20%, KCL 20%, Ciprofloxacino 400 mg EV c/12h, Metronidazol 500 mg EV c/8H, Omeprazol 40 mg EV c/24 h, Ketoprofeno 100 mg EV c/ 8 h. En su primer día postoperatorio afirma sentir leve dolor en la zona operatoria, se encuentra afebril.

En su tercer día postoperatorio se inicia tolerancia oral sin interurrencias a la evaluación, en su quinto día posoperatorio, paciente afebril con evolución favorable, herida operatoria con bordes afrontados, sin secreciones, y sin signos de flogosis además realizando deposiciones. El paciente es dado de alta al décimo día posoperatorio, con Ciprofloxacino 500 mg VO c/12h x 4 días, Metronidazol de 500 mg VO c/8h x 4 días, Paracetamol 1g VO condicional a dolor, y concurrencia por consultorio de cirugía a los 7 días.

CIRUGÍA 4

Paciente varón de 47 años de iniciales PARA, referido de la ciudad de Ayacucho, sin antecedentes de importancia, llega a consultorio de cirugía con un tiempo de enfermedad de cuatro años, caracterizado por sensación de masa en región inguinal derecha, blanda, que aumenta de tamaño al esfuerzo físico, lo cual le genera dolor leve y que cede al reposo.

La persona indica que la masa aumentó de tamaño en los últimos meses, y limita actividades diarias por lo que acude a centro de salud de la policía en Ayacucho, donde es referido al hospital central PNP LNS para manejo quirúrgico. El examen físico revela FC: 80, FR:19, T:36,5°C SAT:98%, PA: 100/70 Piel y TCSC: T/H/E llenado capilar <2 seg. no cianosis, no ictericia, no edemas, Tórax Y pulmones: MV audible en AHT, no Ruidos Agregados, Cardiovascular: RCR, buena intensidad, no soplos, Abdomen: RHA(+++/+++),blando, depresible, no dolor a la palpación, timpanismo conservado, GU: PRU (-), PPL (-), región inguinal derecha: se palpa masa de aproximadamente 7 x 6 cm, de consistencia blanda, reductible, incoercible, sin cambios de coloración que protruye a Valsalva, con un anillo de aproximadamente de 3 cm SNC: LOTEPE, no signos meníngeos, no focalización.

Se decide hospitalización con diagnóstico de hernia inguinal derecha, y se le solicitan exámenes prequirúrgicos sin alteración alguna, y se prepara para SOP programada, hasta el día de programación se indica dieta rica en fibra y paracetamol 1 g PRN a dolor. Doce horas previas a la cirugía, el paciente permanece en NPO, se le suministra Cefazolina 2g EV pre SOP, y se le indica

uso de medias antitrombóticas. Ingres a SOP realizándose una hernioplastia inguinal derecha técnica Liechtenstein, encontrándose una hernia inguinal Nyhus II, presentándose un defecto herniario derecho de aproximadamente 5 cm, con un saco herniario de 8 x 6 cm con contenido de epiplón, se realiza una reducción de saco herniario y la colocación de malla de 15 x 8 cm, la cual se fija al pubis y al ligamento inguinal derecho.

El paciente tolera acto quirúrgico pasa a la sala de recuperación, y retorna a hospitalización sin inconvenientes. En su primer día postoperatorio refiere dolor moderado en zona operatoria, se encuentra afebril y con funciones vitales estables, se le indica dieta rica en fibra, Ketoprofeno 100 mg EV c/8h, uso de suspensorio y evitar esfuerzos físicos intensos. En los días posteriores paciente evoluciona, presenta menor dolor, y una herida operatoria en óptimas condiciones, se le da de alta al tercer día postoperatorio, con dieta rica en fibra, se le receta Paracetamol 1 g c/12 h x 5 días, y se le recomienda uso de suspensorio, evitar realizar esfuerzos físicos intensos, y someterse a un control a la semana.

GINECO OBSTETRICIA 1

Paciente mujer de 18 años de iniciales IRK con un tiempo de enfermedad de inicio insidioso y curso progresivo, acude a emergencia del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) por presentar hace 2 días sangrado vaginal en regular cantidad (no especifica cantidad exacta), acompañado de dolor en hipogastrio tipo cólico de intensidad 7/10. Antecedentes: fecha de última regla hace 8 semanas, régimen catamenial: 6 días/ 30 días. Inicio de relaciones sexuales: 17 años, niega utilización de metodos anticonceptivos G1 P0000.

Al examen físico se reportó FC: 80, FR:18 PA:100/60 T: 36.8°, piel tibia hidratada elástica palidez +/+++, tórax y pulmón: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad no soplos, abdomen: ruidos hidroaéreos plano, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio, rebote (-), McBurney (-), Murphy (-), genitales externos: sin alteraciones, se observa sangrado vaginal

escaso, a la especulo copia: orificio cervical externo cerrado largo posterior con evidencia de sangrado trans orificial, al tacto vaginal: útero antroverso de 7 cm, orificio cervical externo cerrado. Genitourinario: puntos renoureterales (-) puño percusión lumbar (-). Neurológico: despierta, lúcida orientada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15.

A la paciente se le diagnostica como gestación de 8 semanas por ecografía precoz, y se busca descartar amenaza de aborto. Se le pide exámenes de laboratorio, b HCG y ecografía transvaginal y reevaluación. En la ecografía transvaginal se observa útero AVF de 92x48x51mm, endometrio con saco gestacional sin latidos cardíacos, con signos de desprendimiento, imagen isoecogénica de 15mm en cara posterior, hallazgos compatibles con aborto en curso. Se recibe resultados de hemograma Hb: 12.9 leucocitos 10100 abastados: 0% plaquetas 214000, serológicos negativos, bHCG: 48 012m Uml.

Se diagnostica el caso como Aborto retenido, y se le prepara para AMEU con misoprostol 3 tabletas de 200 ugrs via oral e hidratación endovenosa. En el procedimiento se observan restos uterinos en regular cantidad, histerometría de 8 cm. Después de cuatro horas posteriores afirma sentir un leve mareo y leve dolor en hipogastrio, presenta presión de 82/40 mmHg, FC:92, FR:16, T: 38°C, piel pálida ++/+++ llenado capilar < 2 segundos, no signos peritoneales a la evaluación abdominal, sangrado escaso en cérvix cerrado, y se le diagnostica como Post AMEU inmediato por aborto incompleto y sepsis, punto de partida ginecológico por probable aborto séptico. Se continúa con la hidratación de cloruro de sodio al 0.9% de chorro 500cc, y luego 30 gotas por minutos, Poligelina 300cc a chorro luego 30 gotas por minutos, Ceftriaxona 2 gr cada 24 horas, Clindamicina 600mg EV cada 8 horas, y Amikacina 1gr EV cada 24 horas, monitoreo de diuresis por sonda Foley.

Se solicitaron exámenes de laboratorio y ecografía transvaginal e Interconsulta con UCI materna. En la ecografía se encontró útero y ovario de aspecto normal. El hemograma con hb de 10.1, leucocitos de 13400, abastados 0%, segmentados 80%, PCR: 1.5, plaquetas 163000 Tp: 17.5, UCI-Materna responde interconsulta quien confirma el diagnostico de aborto

incompleto infectado, se sugiere mantener antibioticoterapia e hidratación, añadir hidrocortisona 100 mg cada 8 horas endovenoso por 24 horas y Noradrenalina 4 mg, dos dosis en Dextrosa 5% 100cc en servicio de Ginecología.

En su día 2 de postoperatorio, la paciente se encuentra hemodinámicamente estable, sin signos de hipoperfusión. Se le toma un hemograma de control en la tarde, cuyo resultado fue hb: 11.8, leucocitos de 7700, bastonados 0%, segmentados 90%, PCR: 10.6; UCI-M la evaluó en la tarde, quien da alta por su especialidad. En el día 3 de postoperatorio, la paciente cursa hemodinámicamente estable sin hipoperfusión, se le recetan antibióticos por vía oral: Cefuroxima de 500mg cada 12 horas por 7 días, Clindamicina 300 mg cada 12 horas por 7 días, y Paracetamol 500 mg vía oral, condicional al dolor y deambulación.

GINECO OBSTETRICIA 2

Paciente mujer de 26 años de edad, gestante de 38 semanas, acude a emergencia por presentar cefalea Holo craneana, asociado a tinnitus desde aproximadamente 6 horas, que se intensifican una hora antes del ingreso, niega pérdida de líquido, sangrado vaginal, náuseas y vómitos, sensación de alza térmica, percibe movimientos fetales.

Antecedentes: Fecha de ultima regla: 12|02|21, régimen catamenial:5\30, inicio de relaciones sexuales: 17 años, andria: 3, G4 P2O12, G1: 2011, parto eutócico, 39 semanas, peso: 3600, sin complicaciones, G2: AMEU 2013, aborto retenido de 7 semanas, sin complicaciones, G3: se programa cesárea por hipertensión gestacional, 37 semanas, peso: 3200, sin complicaciones. Niega TBC y diabetes, en antecedentes familiares, la madre de la paciente afirma que tuvo 2 cesáreas de emergencia por preeclampsia.

Al examen físico: FC: 96 lpm, FR: 18, Presión arterial: 170\110, saturación: 97%, piel tibia hidratada elástica, llenado capilar de segundos, edema palpebral y edema bilateral de tobillos fovea ++\+++, tórax y pulmón: amplexación adecuada, murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad no soplos,

abdomen: globuloso ocupado por útero grávido con feto único, altura uterina de 33 cm, en longitudinal, cefálico, izquierdo, movimientos fetales presentes. Tacto vaginal: cérvix cerrado central, largo posterior, incorporado: 0%, altura de presentación: -4, membranas ovulares íntegras, no dinámica uterina, genitales externos: sin alteraciones, ligero edema vulvar, genitourinario: puno percusión lumbar negativa, SNC: LOPEP, Glasgow 15/15, tinnitus, cefalea Holo craneana, no signos de focalización.

Se plantea el diagnóstico de preeclampsia con signos de severidad por lo que se le indicó cesárea de emergencia, NPO, hidratación a chorro y luego a 60 gotas, sulfato de magnesio 5 ampollas en 50cc de cloruro de sodio 0.9% 40 cc en 20 minutos y luego 100 cc por hora y monitoreo de reflejos osteotendinosos, frecuencia respiratoria, diuresis por sonda Foley, nifedipino 10 mg vía oral cada 20 minutos por 3 dosis, se le pidió set de preeclampsia: TGO, TGP, proteínas totales y fraccionadas, urea, creatinina, bilirrubinas, perfil hepático, hemoglobina y hematocrito. En observación se recibe resultados de laboratorio: TGO: 70, TGP: 100, proteínas totales: 7.4, albúmina: 5, urea: 26, creatinina: 0.7, plaquetas: 190000, tp: 13.2, fibrinógeno: 450, hb: 13 hto: 40, examen de orina: proteínas 3 cruces. La paciente sube a sala de operaciones sin complicaciones. El recién nacido pesa 3.500kg de peso, talla 50cm, perímetro cefálico 34 cm, Apgar 8 y 9 al 1 y 5 minuto, sexo masculino.

La paciente sale de sala de operaciones con el diagnóstico de post operada inmediata por cesárea de emergencia por preeclampsia, con signos de severidad. Se le prescriben analgésicos endovenosos, alfametildopa 1 gr vía oral cada 12 horas, nifedipino condicional a PA mayor de 160\110, monitoreo de la PA cada 4 horas en hoja aparte y set de preeclampsia diarios de controles. Durante su estancia hospitalaria, se controla adecuadamente su presión, presentando solo 2 picos, de 150\90, 140\80 nocturnos en los 2 primeros días, luego se le fue disminuyendo la dosis de Metildopa hasta suspenderlo, y empezar Losartan 12.5 mg cada 24 horas por 30 días por indicación de cardiología.

La paciente es dada de alta en su 4to día de hospitalización con analgésicos y antihipertensivos por vía oral, utilizando el implante como método anticonceptivo, y se le programa un control en una semana en su centro de salud más cercano, y por cardiología en el INMP en 1 mes.

GINECO OBSTETRICIA 3

Paciente de iniciales MNV, de 27 años primigesta nulípara de 9 semanas por FUR, con tiempo de enfermedad de 6 horas, caracterizado por sangrado vaginal en regular cantidad asociado a dolor de intensidad moderada tipo cólico, en región pélvica, por lo que acude a emergencia del HC PNP LNS

Antecedentes: Fecha de ultima regla: 14|08|21, régimen catamenial:3\28, inicio de relaciones sexuales: 19 años, andria: 2, G1 P0000, G1: actual, niega uso de MAC, niega otros antecedentes de importancia

Al examen físico: FC: 98 lpm, FR: 20, Presión arterial: 120\80, saturación: 98%, piel tibia hidratada elástica, llenado capilar 2< segundos, tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad no soplos, abdomen: no distendido, RHA (++/+++), blando, depresible, dolor a la palpación profunda en hemiabdomen inferior, sin signo de irritación peritoneal. Genitales externos: manchas de sangre en introito vaginal, especuloscopia: se evidencia restos sanguinolentos en canal vaginal, no se evidencian lesiones OCE cerrado, SNC: LOTEP, Glasgow 15/15

Se plantea diagnóstico de SDA, a descartar amenaza de aborto motivo por el cual se solicita ECO TV y exámenes auxiliares, mientras se esperan resultados y turno en el ecógrafo se le coloca diclofenaco 75 mg IM STAT, en los exámenes de laboratorio WBC: 7.0, HG: 11.9, PLT: 321, examen de orina no se observan leucocitos, BHCG: 205000 mUI/ml en la ECO TV se observan GUA de 8.4 ss por LCN con LCF presentes 150 LPM, se explica a la paciente el diagnóstico confirmándole la viabilidad del producto, se da de alta al paciente, explicándole los signos de alarma y con indicación de reposo absoluto, evitar relaciones sexuales, y se le prescribe hioscina 10 mg 1 tab vo c/8 h por 2 días, luego condicional a dolor, y control ambulatorio a las 72 horas

GINECO OBSTETRICIA 4

Paciente de iniciales CGG, de 25 años, con tiempo de enfermedad de 3 días caracterizado por dispareunia, aumento de flujo vaginal y dolor abdominal de intensidad moderada a nivel de región pélvica. El día que se presenta se agrega fiebre, náuseas y vómitos, por lo que acude a emergencia de Ginecología y Obstetricia del HC PNP LNS

Antecedentes: Fecha de última regla: 20/09/21, régimen catamenial: 5/30, inicio de relaciones sexuales: 16 años, andria: 5, G0 P0010, G1: legrado uterino por aborto incompleto, niega uso de MAC, URS: hace 4 días.

Al examen físico: FC: 115 lpm, FR: 20, Presión arterial: 110/90, T: 38,5°C saturación: 97%, piel tibia hidratada elástica, llenado capilar 2< segundos, tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad no soplos, abdomen: no distendido, RHA (++/+++), blando, depresible, dolor a la palpación superficial y profunda en región pélvica, signo de Blumberg dudoso en hipogastrio. genitales externos: no se observan lesiones en introito vaginal, especuloscopia: no sangrado en canal vaginal se evidencia flujo en regular cantidad, TV: dolor a la movilización del cérvix, SNC: LOTEP, Glasgow 15/15

Se plantea un diagnóstico presuntivo SDA: EPI, se solicitan exámenes auxiliares y una ECO TV, a la espera de resultados se indica Diclofenaco 75 mg IM STAT, y se reciben resultados encontrándose WBC: 14.3, HGB: 12.3, PLT: 342, VSG: 25 mm/h, en la ECO TV se observan útero y anexos de morfología normal, líquido libre en fondo de saco de Douglas 10 cc. Finalmente se hace el diagnóstico de EPI estadio II por lo que se decide su hospitalización. Para el tratamiento antibiótico se le indica dieta blanda, Clindamicina 900 mg EV c/8h, Gentamicina 100 mg EV a dosis inicial, luego Gentamicina 75 mg EV c/8h, Omeprazol 40 mg EV c/24 h, Ketoprofeno 100 mg EV c/8h y Metamizol 1g condicional a T>38°C. En su 3er día hospitalario presenta mejoría clínica, tolera vía oral, afebril y disminución de dolor pélvico por lo que se plantea el alta indicando dieta completa, Doxiciclina 100 mg 1

tab VO c/12h x 11 días, Clindamicina 300 mg 1 ½ tab VO c/6h x 11 días y Paracetamol 1g, condicional al dolor.

MEDICINA 1

Paciente de iniciales MAPL, de 36 años, procedente de Satipo-VRAEM, con antecedente de obesidad, dengue leve en el 2021, vacunado con tres dosis (Pfizer), con un tiempo de enfermedad de 11 días de inicio insidioso y curso progresivo, caracterizado por escalofríos, malestar general, cefalea, sensación de alza térmica, náuseas y vómitos, se automedica con Ceftriaxona y Dexametasona por 7 días.

Los síntomas no remiten, añadiendo disnea marcada ocho días después, por lo que es evacuado al Hospital Militar Central, donde se le realizó prueba antigénica y salió positiva. Los signos vitales en emergencia fueron FC:140 FR: 24 Sat:93%, T°: 38; al examen físico, AREG, AREN, AREH, piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, tórax y pulmón: amplexación adecuada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados, abdomen: RHA (+), blando depresible, no doloroso a la palpación, genitourinario: PRU (-) PPL (-), SNC: LOTEP, Glasgow 15/15.

Se le diagnostica de Infección de SARS-COV 2, obesidad, a descartar enfermedad metaxénica. Se le prescribe dieta completa a tolerancia, hidratación EV en 15 gotas por minuto, oxígeno libre en cánula binasal de 3 litros para mantener saturación mayor a 94%, Metamizol condicional a T°>38°C y N-acetilcisteína 600 mg vía oral cada 8 horas. Se le solicita hemograma, PCR, VSG, AGA, glucosa, urea, creatinina, electrolitos, dímero D perfil hepático y se solicita una TEM de tórax; y se decide su hospitalización.

Una vez en piso de hospitalización el paciente se encuentra estable, saturando 97% con cánula binasal a 3 litros, se recibe resultados de hemograma: 8060, abastados 2%, segmentados 76%, linfocitos 18%, plaquetas 33 000, VSG: 10, PCR: 184.36, en el recuento de hematíes se nota la presencia de hemoparásitos de plasmodium vivax spp, hb: 15.1, urea: 50.2, creatinina:1.10, glucosa: 93, dímero D: 1.10, AGA: fiO2: 0.21, ph: 7.34 PCO2: 46.5, po2: 90, Cl: 109, K; 3.1, Na: 139, TGO:119, TGP:218.7, GGT: 166 se

recibe informe de TEM de tórax, que informa pequeño patrón retículo nodular en base de hemitórax derecho que compromete el 5% del pulmón derecho, pulmón izquierdo sin alteraciones. Se inicia tratamiento con antieméticos, Dexametasona 6 gr endovenoso cada 24 horas por 3 días, Enoxaparina 40 mg subcutáneo cada 24 horas, y se solicitan nuevos exámenes de laboratorio, dentro de los cuales incluye gota gruesa e inmunoglobulinas para malaria, dengue, leptospira y rickettsia.

En el transcurso de la hospitalización COVID, el paciente mejora la saturación y se retira suplementación de oxígeno. Sin embargo, la cefalea, el dolor dorsal y las náuseas persisten, por lo que se decide realizar Interconsulta a infectología. Se recibe el resultado de gota gruesa e IgM de plasmodium vivax positivo, por lo que infectología responde a interconsulta, quien sugiere prescribir Cloroquina 250 mg, 4 tabletas por 2 días y 2 tabletas al tercer día, y Primaquina 15 mg 3 tabletas por 7 días, y se decide su transferencia a medicina interna una vez cumplidos los catorce días de inicio de síntomas.

Durante el transcurso de su hospitalización no Covid, el paciente menciona persistencia de cefalea de moderada intensidad, pero que remite con Paracetamol 1 gramos y disminución de sensación nauseosa, se normaliza el hemograma (sobre todo el recuento plaquetario), hubo disminución de TGO y TGP. Se le realizó gota gruesa post tratamiento, resultando negativo, por lo que se le indicó alta hospitalaria con antieméticos condicional y Paracetamol y control ambulatorio por el servicio de infectología en una semana.

MEDICINA 2

Paciente varón de 99 años de edad, procedente de Surco, con antecedente de ser dependiente total hace 1 año, tratada con Amlodipino 5 mg, Candesartán 16 mg, Hiperplasia Benigna de Próstata y 5 episodios de infección urinaria en el 2021, portador de Sonda Foley, acude a emergencia del Hospital Militar Central acompañado de su hijo, quien menciona que 10 horas se dio cuenta que la bolsa colectora presentaba hematuria y el volumen de la sonda no varió en horas, niega fiebre, malestar general, y desorientación.

Al examen físico FC: 59 FR:18 SatO₂: 97%, PA:130/80 T:37.5. AREG, AREH, AREN, piel pálida +/+++ , llenado capilar menor a 2 segundos, pupilas isocóricas foto reactivas, tórax y pulmón: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados, cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad no soplos, abdomen: RHA (+) blando, depresible no doloroso a la palpación masa palpable en hipogastrio de +- 4 cm móvil, genitourinario, portador de sonda Foley, se evidencia hematuria en sonda Foley y bolsa colectora. SNC: despierto, obedece órdenes simples, no signos meníngeos, no focalización, Glasgow 13/15. Paciente pasa a observación con el diagnóstico de D/C infección urinaria, HTA y HBP grado IV por historia clínica y se le solicita hemograma, examen de orina y urocultivo, creatinina, urea, electrolitos y ecografía reno vesical prostático.

Luego de 3 horas, el hemograma muestra leucocitos: 10100, abastionados: 0%, segmentados: 62% Hb: 10.9 plaquetas: 268000, creatinina: 0.93, urea: 32, Na: 128, K: 3.59, Cl: 94.5, PSA:2.35; en la ecografía concluye: crecimiento prostático grado IV y signos de ecográficos de nefropatía crónica. En el examen de orina se muestran escasas células epiteliales, 65-70 leucocitos/campo, más de 100 hematíes por campo, piocitos 2+. Se confirma el diagnóstico de infección urinaria complicada, por lo que se decide su hospitalización y se inicia el manejo antibiótico con Meropenem 1 gr EV cada 8 horas, hidratación endovenosa e interconsulta con Urología para manejo de HBP, quien sugiere iniciar tamsulosina 0.4 mg y dutasteride 0.5 mg cada 24 horas.

Durante la hospitalización el paciente se encontró hemodinámicamente estable, afebril, en la bolsa colectora fue disminuyendo la hematuria hacia una orina clara sin sedimento ni rasgos hemático, se recibió resultado de urocultivo donde se aisló *Proteus mirabilis* sensible a meropenem, por lo que continúa su tratamiento antibiótico por 10 días. En el último día de tratamiento antibiótico se le realiza un hemograma control, el cual muestra leucocitos: 8100, abastionados: 0%, segmentados: 65% Hb: 10.1 plaquetas: 220000, por lo que se decide su alta hospitalaria y control por tópico de medicina interna y urología en una semana.

MEDICINA 3

Paciente varón de 55 años de edad, procedente de VMT, con antecedente de hipertensión arterial desde hace 3 años tomando Amlodipino 5 mg 1 tab VO c/12 e hipotiroidismo en tratamiento con Levotiroxina 100 mcg c/24 h en ayunas desde hace 4 años, presenta tiempo de enfermedad de 3 días el cual refiere haber pisado una tachuela sin darle mayor importancia, al día siguiente nota en sitio de lesión, aumento de volumen y temperatura local, enrojecimiento y dolor al caminar. El día de su ingreso presenta SAT, cuantificada 37,7°C, por lo que decide acudir a emergencia.

Al examen físico de emergencia: FC: 115 FR: 19 SatO₂: 98%, PA:130/90 T:37.9°C. AREG, AREH, AREN, piel tibia, hidratada y elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, tórax y pulmón: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados, cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad no soplos, abdomen: RHA (+) blando, depresible no doloroso a la palpación, MMII: en talón de pie derecho se observa solución de continuidad de 1 cm de extensión y de 1 cm de profundidad, rodeado de zona eritematosa de 7 x 6 cm de diámetro, con aumento de volumen, dolorosa a la palpación (7/10). SNC: despierto, obedece órdenes simples, no signos meníngeos, no focalización, Glasgow 15/15. Se le diagnostica celulitis de talón derecho y se solicitan exámenes auxiliares.

Se reciben resultados encontrándose WBC: 15.4, HG: 12.6, PLT: 342, PCR: 11, G: 90, U:17.22, Cr: 0.8, por lo que se decide su hospitalización con las siguientes indicaciones: dieta hiposódica, Oxacilina 2 g EV c/6 h, Clindamicina 600 mg EV/c 8 h, Omeprazol 40 mg c/24h, Paracetamol 1g c/8 h, Amlodipino 5 mg c/12 h, Levotiroxina 100 mcg c/24 h en ayunas 6AM, Tramadol 50 mg SC PRN a dolor intenso, Metamizol 1G condicional a T mayor igual a 38°C, CFV + BHE, control de PA c/4h, curación de herida con agua y jabón.

En su hospitalización paciente está hemodinámicamente estable, afebril, con mejoría clínica de cuadro de celulitis, observándose disminución de volumen, y de dolor, logrando caminar sin dolor. Al séptimo día de tratamiento antibiótico, se solicita hemograma y PCR control, con los siguientes resultados

WBC: 7.8, HG: 12.4, PLT: 298, PCR <0.4, en su día 10 de tratamiento antibiótico se decide su alta hospitalaria con las siguientes indicaciones: dieta hiposódica, Amoxicilina + ac clavulánico 500 mg + 125 mg 1 tab VO c/8h x 5 días, Paracetamol 1g 1 tab VO condicional a dolor, y un control por consultorio de endocrinología y cardiología.

MEDICINA 4

Paciente varón de 68 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 desde hace 16 años, sin controles por consultorio desde hace tres meses en tratamiento actual con insulina NPH 30 UI 30' antes de desayuno, y 25 UI en la noche 10:00 PM, hipertenso desde hace 10 años con tratamiento con Losartán 50 mg c/24h, es traído a la emergencia por familiares que refieren que después de colocarle tratamiento de diabetes en la noche sin cenar a las dos horas posteriores, el paciente sufre un cuadro de sudoración, palpitaciones, sensación de debilidad y somnolencia, por lo que es traído a la emergencia del HC PNP LNS.

Al examen físico de emergencia se reporta: FC: 64 FR: 18 SatO₂: 98%, PA:110/90 T:36.4°C. AMEG, AREH, AREN, piel tibia, hidratada y elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, tórax y pulmón: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados, cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad no soplos, abdomen: RHA (+) blando, depresible no doloroso a la palpación. SNC: somnolencia, algo desorientado, reflejos osteotendinosos disminuidos, no signos meníngeos, no focalización, Glasgow 11/15 (RO:3, RV:4, RM:4), se realiza un Hemoglucotest con resultado de 45 mg/dL.

Se hace una presunción diagnóstica de hipoglucemia, se solicitan exámenes auxiliares (HMG, G, U, Cr) y se administra un bolo de Dextrosa al 33 % mientras se esperan resultados, a los 10 minutos paciente comienza a reaccionar, 1 hora después se reciben exámenes encontrándose WBC: 7.3 HGB: 11.2, PLT: 234, G:50 mg/dL, U: 22.14, Cr: 1.1, se indica hidratación con Dextrosa al 5% + ClNa 20% 20 ml + KCl 14.9% EV a XX gotas, a los 15 minutos paciente despierto y orientado EG: 15/15 se solicita nuevo control de

glucosa con valor de 95 mg/dL se suspende hidratación y es dado de alta con concurrencia por consultorio de endocrinología.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Instituto Nacional Materno Perinatal: Es un establecimiento de salud III-2, especializado en atención materno perinatal a nivel nacional, que se ubica en el distrito de Cercado de Lima, exactamente en Jr. Santa Rosa Nro 941. Dicho nosocomio tiene como misión brindar a la mujer una atención especializada en salud sexual y reproductiva, atención integral de partos y atender cesáreas de embarazo de alto riesgo, además de apoyo a neonatos en alto riesgo, convirtiéndose así en un centro de referencias de alta complejidad a nivel nacional.

En esta sede hospitalaria se realizaron rotaciones de las especialidades de gineco obstetricia y neonatología. En el área de emergencia se divide en centro obstétrico, donde el interno de medicina participa y realiza la evaluación y seguimiento del parto, y en el área de atención inmediata del recién nacido, primera evaluación, cálculo de la edad gestacional, somatometría y poder reconocer factores de riesgo en los recién nacidos, en el área de tóxico de emergencia, donde se realizaba evaluación a gestantes en riesgo, o aquellas que acudían por alguna complicación durante la gestación.

El Instituto Nacional de Salud del Niño es un centro de referencia de mayor complejidad, para la atención de pacientes niños y adolescentes a nivel nacional. Brinda servicios cuenta con especialidades médicas como cardiología, inmunología, medicina pediátrica, neurología, nefrología; especialidades quirúrgicas como cirugía pediátrica, cirugía plástica, traumatología, cirugía de cabeza y cuello, entre otras. Además, dispone de un departamento de Emergencia, hemodiálisis, nutrición, anatomía patológica, diagnóstico por imágenes, salud mental, odontología y biotecnología conformado por los servicios de cirugía experimental y el servicio de genética. Para el desarrollo de las actividades de internado médico, puso a disposición las áreas de medicina pediátrica y emergencias.

El Hospital Militar Central “coronel Luis Arias Schreiber” es un centro nivel III-1 de referencia para la atención del personal militar a nivel nacional de las diferentes unidades militares, comandos y centros de salud de las diferentes regiones. Se ubica en el pasaje Quiñones 195, distrito de Jesús María. Para el desarrollo de la rotación hospitalaria de medicina interna el hospital puso a disposición las unidades hospitalarias de Varones de denominación A31, Medicina Interna Mujeres con denominación A21, la clínica de Técnicos y Suboficiales, denominados C31A, y las diferentes especialidades para rotar en neumología, gastroenterología, neurología y oncología, y a su vez se nos permitió rotar en el área de emergencia de medicina interna, que se dividía en tópicos número 1 y 2. En cuanto a la rotación de cirugía, se pudo hacerlo en piso de hospitalización de Cirugía General - A33, piso de generales A32, y variadas especialidades quirúrgicas como Traumatología, Anestesiología, Cirugía cardiovascular y Cirugía de cabeza y cuello.

El Hospital Nacional PNP Luis N Sáenz es un centro categoría III-1, localizado en la cuadra 26 sin número de la Av. Brasil en el distrito de Jesús María, la población principal es el personal de policía y sus familiares (esposa, hijos y padres), y brinda los servicios de alergias, anatomía patológica, Cirugía de Cabeza y Cuello, Cardiología, Cirugía de Tórax, Cirugía General, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica, Dermatología, Emergencia, Endocrinología, Gastroenterología, Ginecología, Infectología, Medicina Interna, Nefrología, Neonatología, Neumología, Neurocirugía, Neurología, Obstetricia, Odontología, Oftalmología, Oncología/Hematología, Otorrinolaringología, Pediatría, Psicología, Radiología, Reumatología, Traumatología, Unidad de cuidados intensivos y Urología.

Lamentablemente, debido a la poca cantidad de internos, solo se pudo rotar en las cuatro principales especialidades: cirugía que consta de 3 áreas (cirugía varones, cirugía mujeres y cirugía críticos), emergencia que funciona las 24 horas, y un consultorio donde se reciben pacientes post operados o referidos.

En la rotación de ginecología y obstetricia se contaba con las áreas de Obstetricia hospitalizados, ginecología hospitalizados, un área de emergencia, un área de consultorio, un área de imágenes (ecografía) y un

área de planificación familiar. La zona de medicina interna se ubica en el primer piso, en el ala derecha de la clínica de oficiales. Va desde los cuartos 101 al 129, cuenta con 30 camas, y a su vez se divide en 3 sectores. Finalmente, el área de pediatría comprende neonatología, pediatría hospitalizados, cirugía pediatría hospitalizados, un área de emergencia, un área de aislados hospitalizados, y un consultorio de pediatría.

Capítulo III. APLICACIÓN PROFESIONAL

Pediatría 1

Paciente de 4 años 11 meses, con un cuadro caracterizado por episodios recurrentes de movimientos involuntarios tónicos-clónicos desde hace 7 horas de evolución, asociados a picos febriles de 39 grados por un cuadro diarreico, nos haría pensar en un cuadro de convulsión febril compleja, que ocurre en un 27% de los casos de convulsión febril, puesto que tuvo recurrencia dentro de las 24 horas (otros criterios para definirla, pero que no cumple el paciente son convulsión focal, duración mayor a 15 minutos, y son consecuencia postictal) (1). Además, se planteó el diagnóstico de estatus epiléptico, que es definida por ILAE como una condición que resulta del fallo de los mecanismos responsables de la terminación de las convulsiones, o el inicio de los mecanismos que conducen a convulsiones anormalmente prolongadas, y puede tener consecuencias a largo plazo, debido a muerte o lesión neuronal y alteración de las redes neuronales, dependiendo del tipo y duración de las convulsiones (2).

Se catalogó el caso como estatus epiléptico, porque presentaba dos o más episodios Inter crisis secuenciales sin recuperación de la conciencia, y para el manejo como se encontraba en periodo post ictal, se optó por recetar Fenitoína 360 mg endovenoso en 20 minutos, y luego 40 mg endovenoso cada 8 horas (a dosis de 6.6 mg/kg/día). Dicho fármaco se utiliza como segunda línea en el tratamiento de estatus epiléptico, si no cede ante la segunda dosis de benzodiazepinas, pero también se puede utilizar en caso de haber cedido las convulsiones han sido prolongadas, o hay mayor riesgo de recurrencia (3), como es el caso del paciente.

Pediatría 2

Paciente lactante mayor, al cual tras presentar cuadro de diarreas madre brinda furazolidona. al día siguiente presenta lesiones habonosas pruriginosas a nivel de tórax y cuello, por lo cual la madre lo lleva al centro hospitalario, donde se maneja con antihistamínicos. Las características morfológicas de las lesiones presentadas fueron compatibles con cuadro de urticaria, sobre todo al presentar prurito intenso. Al no estar acompañado de otros síntomas como dificultad respiratoria o estridor, dolor abdominal o diarreas se pudo descartar una reacción anafiláctica.

Asimismo, no hubo compromiso del TCSC, descartándose un cuadro asociado de angioedema. Por lo tanto, el manejo fue sintomático, por lo general, 2 / 3 de los casos son cuadros autolimitados, y se resuelven espontáneamente (6). Los antihistamínicos son la terapia de primera línea, se prefieren los antihistamínicos de segunda generación por ocasionar menos efectos de sedación y colinérgicos, y evitar los posibles agentes causales asociados (6).

Sin embargo, en el caso del paciente las lesiones aumentan de tamaño y se extienden a miembros superiores, inferiores y cara asociado a edema de pies, por lo cual es llevado nuevamente a un establecimiento de salud. Al llegar al tópico de emergencia presenta funciones vitales dentro de los valores normales, ventilando espontáneamente sin signos de dificultad respiratoria.

Al examen físico presentaba lesiones habonosas confluyentes con centro violáceas pruriginosas en tórax anterior, posterior, abdomen y $\frac{1}{3}$ medio de ambos muslos. Además, a nivel de TCSC se observó edema palpebral, edema de pies con fóvea ++., por lo cual fue diagnosticado con urticaria multiforme, angioedema y eutrofismo. Las lesiones de urticaria son habones de forma anular o circular que suelen desvanecerse antes de las 24 horas. En el caso del paciente, presentaban un centro violáceo y asociado a edema en extremidades, sin afectación laríngea ni dermatografismo, compatible con un cuadro de urticaria multiforme.

La urticaria multiforme es un cuadro benigno que se presenta en infantes entre 4 meses y 4 años, asociado a fiebre sin compromiso del estado general, se origina como habones confluyentes anulares que forman placas policíclicas con centros violáceos. El edema de manos, pies y cara se encuentra presente en 61% de los casos, además, el síntoma más evidente es el prurito (5). Las lesiones evolucionan espontáneamente sin dejar cicatrices. Las causas asociadas son desconocidas.

Sin embargo, se ha observado mayor asociación a medicamentos, Furazolidona y Amoxicilina;(4, 5) siendo el primero el fármaco administrado por madre 1 día antes por cuadro diarreico. El diagnóstico es clínico, en base a la anamnesis, buscando posibles agentes causales y descartando una causa infecciosa, y el examen físico, no se requieren exámenes complementarios. Dentro de los diagnósticos diferenciales se encuentra el eritema multiforme, entidad con la que se suele diagnosticar inicialmente a la mayoría de pacientes con estos cuadros. Sin embargo, las lesiones de urticaria multiforme suelen resolverse dentro las primeras 24 horas (5).

El tratamiento es sintomático a base de antihistamínicos H1; según UpToDate, se puede agregar antihistamínicos H2 si los síntomas son severos, reservando los corticoides para edema prominente o casos refractarios. (6) Al inicio el edema del paciente se presentó en párpados y pies, comprometiendo la deambulación que causaron bastantes molestias al paciente, por lo cual se optó por corticoterapia endovenosa y antihistamínicos.

Sin embargo, al día siguiente por sugerencias de dermatología se suspendieron, y se cambió por un antihistamínico de segunda generación, como la Levocetirizina. Posterior a ello, presentó una evolución, disminuyendo en tamaño significativamente, por lo que se optó por el alta con tratamiento por dos semanas más. Al ser la urticaria multiforme un cuadro autolimitado la literatura en su mayoría recomienda manejo a base de antihistamínicos, reservando los corticoides para casos refractarios (5). Si bien al inicio se utilizaron corticoides, finalmente el manejo definitivo del paciente fue de dos semanas de antihistamínicos.

Pediatría 3

Paciente escolar femenina de 10 años con tiempo de enfermedad de 3 días caracterizado por presencia de tumoración de crecimiento progresivo en región inguinal derecha, dolorosa y con aumento de calor local, como antecedente epidemiológico tenemos que tiene de mascota un gato. Con esta información nos guiamos a un diagnóstico de enfermedad por arañazo de gato, es una enfermedad infecciosa caracterizada por la aparición de una linfadenopatía regional limitada, aunque puede haber afectación visceral, neurológico y ocular.

El microorganismo que causa esta enfermedad es la *Bartonella henselae*, el gato es su reservorio natural causando una bacteriemia intra eritrocitaria pudiendo persistir por un año o más en las mascotas. El humano al ser inoculado por *B. henselae* desarrolla una infección local, la cual se manifiesta como una linfadenopatía regional, el *B. henselae* dentro del organismo invade las células del endotelio, provocando una reacción inflamatoria aguda, y otras manifestaciones cutáneas, oculares, fiebre, compromiso visceral, manifestaciones músculo esqueléticas y manifestaciones neurológicas, pero el signo clínico característico de esta enfermedad es la linfadenopatía regional (axilar, epitroclear, cervical, supraclaviculares y submandibulares), apareciendo dos semanas después de la inoculación. Estos ganglios pueden ser sensibles y eritematosos, con un tamaño de 1-5 cm, y pudiendo llegar a medir 8-10 cm.

Para el diagnóstico definitivo se pueden realizar distintas pruebas. En este caso, se decidió por una prueba serológica, específicamente el ensayo de fluorescencia indirecta (IFA), pero el Hospital Policía Nacional Luis N. Sáenz no cuenta con este examen, por lo que nos comunicamos con el área de epidemiología notificando el caso, y se solicitó una toma de muestra, a ser procesada por el Instituto Nacional de Salud. Otras pruebas son el cultivo, siendo la *Bartonella henselae* una bacteria de crecimiento lento y que requiere condiciones especiales y específicas para un crecimiento óptimo, las muestras deben recolectarse en tubos de aislamiento pediátrico, o tubos que

contengan ácido etilendiaminotetraacético (EDTA) para aumentar la probabilidad de aislar al patógeno (7).

Como tratamiento a la paciente con diagnóstico de tumoración inguinal, a descartar enfermedad por arañazo de gato, se inició el tratamiento antibiótico con Clindamicina, Oxacilina y Azitromicina. En este caso, al no tener un diagnóstico confirmado y presentar clínica de flogosis, se usó para cobertura antibiótica profiláctica.

En pacientes con enfermedad por arañazo de gato con manifestación de linfadenitis regional se sugiere un ciclo de 5 días de tratamiento con Azitromicina, la cual se usó, y generó una mejoría importante en los días posteriores. En casos de intolerancia hacia Azitromicina se puede emplear de siete a diez días de Claritromicina, Rifampicina o Trimetoprim-Tulfametoxazol, y cuando tres semanas después no responda a la terapia. Se puede repetir el esquema de Azitromicina agregando Rifampicina. Debemos que tener en cuenta que la primera línea de tratamiento es el manejo médico, y respecto al manejo quirúrgico tenemos la opción del drenaje quirúrgico, aunque no es recomendable se puede utilizar en pacientes que no responden al tratamiento, además de aliviar los síntomas que presenta el paciente. En este caso no fue necesario plantear esa opción, debido a que el paciente respondió de manera adecuada al tratamiento médico inicial. (8)

Pediatría 4

Paciente escolar masculino de 6 años con tiempo de enfermedad de 12 días caracterizado por prurito en zona axilar, muñecas y región lumbar a predominio nocturno, al examen logramos evidenciar lesiones papulo eritematosas y los característicos surcos acarinos, todo esto nos guía a un diagnóstico de escabiosis. La escabiosis es una infestación de la piel, causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei*, se representa como una erupción pruriginosa a predominio nocturno, y se manifiesta en la piel como múltiples pápulas eritematosas pequeñas que pueden estar excoriadas. Las madrigueras del ácaro pueden ser observadas como líneas serpiginosas, delgadas y rojas con una medida de entre 2-15mm, y son hallazgos característicos, pero no se

observan fácilmente. Las manifestaciones cutáneas se pueden presentar en distintas áreas del cuerpo como interdigitales de los dedos, flexores de la muñeca, extensores del codo, pliegues axilares, periumbilicalmente, genitales masculinos, glúteos y muslos.

La transmisión de la escabiosis es principalmente por contacto directo de piel a piel. En este caso, el menor probablemente haya contagiado a su madre, aunque es poco común, y también puede ser transmitida a través de fómites.

El diagnóstico de escabiosis se confirma detectando al ácaro de la sarna, sus huevos o heces a través del examen microscópico, aunque a veces no son detectados fácilmente, debido a la baja cantidad de ácaros en escabiosis clásicas. Se puede realizar un diagnóstico preliminar con una correcta historia clínica y un examen físico exhaustivo, así pues, debemos sospechar de escabiosis en pacientes con prurito generalizado, a predominio nocturno que respeta cabeza, lesiones papulares a predominio de flexuras y más personas cercanas con las mismas características. (9)

El tratamiento de elección para la escabiosis es la permetrina al 5% en crema, aplicándose desde el cuello hasta las plantas de los pies, y debajo de las uñas de las manos y los pies. Debe aplicarse por 8-14 horas de preferencia durante la noche y después eliminarse con lavado, a los 15 días debe realizarse una segunda aplicación. Otra alternativa es el uso de Ivermectina, aunque no se recomienda en embarazadas ni en niños que pesen menos de 15 kg, se da una dosis oral única de 200 mcg/kg, repitiendo la dosis después de 15 días, y la familia debe seguir el mismo tratamiento. El lavado de la ropa y sábanas debe hacerse a altas temperaturas, para evitar la contaminación por fómites. Se recomienda el uso de antihistamínicos para tratar el prurito intenso, como en este caso (10).

Cirugía general 1

Paciente con un tiempo de enfermedad de 7 días caracterizado por distensión abdominal, asociado a dolor abdominal difuso, que luego se añade hiporexia y el dolor se irradia a fosa iliaca derecha de moderada intensidad, que luego incrementa su intensidad asociado a SAT no cuantificada, que en el examen

físico en emergencia se corrobora doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, Mc Burney positivo.

Sin embargo, no se evidencia masa palpable, por lo que se tuvieron que solicitar exámenes auxiliares, siendo la tomografía la que confirmó el diagnóstico de plastrón apendicular abscedado. En este caso estamos hablando de una masa apendicular, que es una complicación de apendicitis aguda, que ocurre en menos del 10% de enfermos con apendicitis aguda, aunque puede llegar a un 14% si en el proceso diagnóstico se indican pruebas de imágenes como ecografía abdominal, tomografía computarizada (como fue el caso de este paciente), limitándose a una media de 5,1 % con un diagnóstico exclusivamente clínico. (11).

La apendicitis que cursa sin tratamiento oportuno puede agravarse y convertirse en una perforación apendicular, generando peritonitis, una entidad de mayor gravedad. Sin embargo, el organismo puede controlar parcialmente el proceso generando una masa apendicular (PA), una formación de tejidos adyacentes al apéndice perforado, delimitando el proceso infeccioso, el cual puede o no tener secreción purulenta, el que adicionalmente incrementa las morbilidades como prolongación del tratamiento, tiempo de hospitalización o reposo, y exámenes, entre otros (12). En el examen físico se mostrará una masa palpable a dicho nivel, como el principal signo clínico. Sin embargo, en el examen físico no se reveló eso, quizás por ser un proceso incipiente del proceso inflamatorio.

Se decidió hospitalizar al paciente con tratamiento antibiótico, mientras se esperaba la cita de la tomografía y los resultados de la misma, y una vez confirmado el diagnóstico de masa apendicular, el cirujano decidió realizar una apendicectomía de emergencia.

La evidencia sostiene que, de no haber un consenso sobre el tratamiento definitivo para la masa apendicular, se puede optar por un manejo quirúrgico inmediato versus un manejo médico inicial, y una posible apendicectomía diferida, o también la llamada apendicectomía de intervalo.

Un metaanálisis reciente sostiene que es mejor realizar un manejo conservador en lugar de una apendicectomía de intervalo, es decir un tratamiento hospitalario antibiótico por 7 a 10 días, y programar una apendicectomía luego de 6 a 8 semanas post tratamiento antibiótico, puesto que se ha demostrado que genera un menor tiempo de estancia hospitalaria, menores complicaciones y un menor dolor (11,13).

Sin embargo, dichos estudios reportaron tasas de recurrencia de apendicitis de 13-33% (13), por lo que se decidió realizar una apendicitis de intervalo, que es preferible a una de emergencia ya que se emplea menor tiempo operatorio, menores complicaciones postoperatorias, menor estancia hospitalaria, y menor tiempo de estar fuera de las actividades normales (13).

Cirugía general 2

De acuerdo con la historia clínica, el paciente acude a emergencia por presentar por un cuadro típico de colecistitis aguda, presentar dolor en epigastrio tipo cólico de moderada intensidad, asociado a una sensación de náuseas post ingesta de comida copiosa, que al inicio cedió con analgésicos (cólico biliar), y al siguiente día tras ingesta de comida copiosa grasosa, recrudeció el dolor, que no cedió al analgésico. El examen físico revela signo de Murphy positivo y en la ecografía, una vesícula de paredes engrosada e imágenes líticas múltiples y dolor a la compresión en HCD. Dicho paciente cumple con los criterios de Tokyo 2018, al presentar signo de Murphy positivo (signos de inflamación local), PCR y leucocitosis (signos de inflamación sistémica) e imágenes ecográficas características de colecistitis aguda (14).

Cabe mencionar que es importante para el diagnóstico de colecistitis aguda la combinación del signo de Murphy ultrasonográfico con PCR elevada (en el paciente fue de 100 mg/l), que tiene una sensibilidad de 95%, una especificidad de 76% y un valor predictivo positivo de 96% (15).

Según los criterios de severidad de Tokyo-18 (14), el paciente sufre un cuadro de colecistitis aguda moderada o grado 2, puesto que presentó una clínica de 72 de evolución, y en el reporte operatorio se encontró una vesícula gangrenada en el fondo, por lo que sí estaría indicada la colecistectomía

laparoscópica en estos casos, y si fuera necesario. Según hallazgos intraoperatorios, cambiar a colecistectomía abierta o colecistectomía subtotal (16). El tratamiento antibiótico administrado en el paciente estuvo de acuerdo a lo establecido en la guía de Tokio para el manejo de colecistitis y colangitis aguda (17), el cual sugiere Ceftriaxona +/- Metronidazol o piperacilina/tazobactam o Ciprofloxacino.

Cirugía general 3

Paciente varón de 55 años con tiempo de enfermedad de 3 días, caracterizado por dolor abdominal difuso, distensión abdominal, no eliminación de flatos y no presentar deposiciones. Hace unas horas se agrega SAT, náuseas y vómitos de contenido bilioso en 3 oportunidades. El examen físico revela un abdomen distendido, RHA ausentes, poco depresible, doloroso a la palpación a predominio de epigastrio e HCD y timpánico a la percusión, se hace una sospecha diagnóstica de una obstrucción intestinal, debido a la clínica. Esto, sumado al antecedente de haber tenido dos cirugías previas, por lo que se solicita una radiografía de abdomen de pie, observándose niveles hidroaéreos y asas en pila de monedas que confirman el diagnóstico.

La obstrucción intestinal ocurre al ser interrumpido el flujo normal del contenido intraluminal, puede ser funcional como mecánica. En este caso, estamos frente a una obstrucción mecánica, la cual es causada por una obstrucción luminal intrínseca, o una compresión extrínseca del intestino delgado a pared intestinal se vuelve edematosa, debido a la dilatación intestinal produciendo compromiso vascular, isquemia, necrosis del asa llegando a la perforación.

Las causas más comunes de obstrucción mecánica son las adherencias, tumores y las hernias, en el paciente debido a su antecedente quirúrgico se sospecha de una obstrucción debido a adherencias. La clínica de la obstrucción intestinal va a depender del nivel de la obstrucción y podemos encontrar dolor abdominal, náuseas, vómitos, constipación, distensión abdominal y siempre buscar el factor de riesgo que haya podido causar la obstrucción. Dentro del examen físico se va observar la distensión abdominal,

ruidos hidroaéreos en un principio presentes para luego estar disminuidos o ausentes, a la palpación podemos encontrar masas que condicionen la obstrucción, el timpanismo en todo el abdomen es otro signo de obstrucción.

De presentarse fiebre, se puede asociar a complicaciones como isquemia o necrosis intestinal, dentro de los exámenes de laboratorio se puede encontrar una leucocitosis, lo que nos hace sospechar de alguna complicación, también podemos hallar alteración en el AGA y electrolitos. Por lo tanto, se puede tener una sospecha clínica de obstrucción intestinal, pero generalmente se requieren exámenes de imágenes para confirmar el diagnóstico. Al paciente se le realizó una radiografía abdominal encontrándose múltiples niveles hidroaéreos y asas en pila de monedas, las cuales constituyen imágenes sugestivas de obstrucción intestinal. (18)

El tratamiento quirúrgico de la obstrucción intestinal va a depender de la sospecha de compromiso intestinal (perforación o necrosis). Se puede suponer compromiso en pacientes que presenten fiebre, leucocitosis, taquicardia, dolor abdominal continuo o que empeora, acidosis metabólica, taquipnea, signos peritoneales o SIRS.

Otras indicaciones son las de NPO para limitar la distensión intestinal, la fluidoterapia es importante, debido a que los pacientes pueden cursar con hipovolemia, acidosis o alcalosis metabólica y alteraciones electrolíticas, descompresión gastrointestinal, aunque esta indicación puede variar, dependiendo del paciente y antibiótico terapia. En casos de obstrucción no complicada se sugiere no usar antibióticos de manera profiláctica, y están indicados en obstrucciones con sospecha de compromiso intestinal y de manera profiláctica, incluyendo Gram negativos y anaerobios. (19).

Cirugía general 4

Paciente varón de 47 años, con tiempo de enfermedad de 4 años caracterizado por sensación de masa en región inguinal derecha, blanda, que aumenta de tamaño al esfuerzo físico, lo que le genera leve dolor, y cede al reposo, pero que en los últimos meses la masa aumentó de tamaño, por lo que actualmente limita sus actividades diarias.

En el examen pudimos encontrar una masa de 7 x 6 cm, sin cambios de coloración, blanda, reductible, incoercible, que protruye a maniobra de Valsalva, se hace finalmente un diagnóstico clínico de hernia inguinal derecha y se opta por realizar una hernioplastia inguinal derecha técnica Lichtenstein. Las hernias son una protuberancia del intestino a través de la pared abdominal debido a una debilidad de la misma. Las inguinales las podemos clasificar según la ubicación del defecto anatómico, la indirecta es el tipo de hernia más común protruyen a través del anillo inguinal profundo, y se encuentran lateral a la arteria epigástrica inferior, en cambio, la directa protruye medialmente a los vasos epigástricos y pasan por el triángulo de Hesselbach.

El principal síntoma es la sensación de incomodidad que se produce al realizar esfuerzos y que mejora cuando este cesa, si la hernia se encontrara encarcelada o estrangulada podemos encontrar presencia de náuseas, vómitos y dolor abdominal. Al examen físico se observa la presencia de masa, que aumenta de tamaño a la maniobra de Valsalva, y va a ser palpable por encima del ligamento inguinal. El diagnóstico de una hernia inguinal es clínico. Se usan las imágenes para identificar una hernia oculta o una hernia complicada. (20)

El tratamiento de las hernias es quirúrgico, en este caso de hernia no complicada, el tratamiento está destinado a aliviar los síntomas y prevenir complicaciones. Dentro de las técnicas quirúrgicas para tratar una hernia, tenemos técnicas abiertas que abordan el defecto en la parte anterior. La herniorrafia que es una técnica basada en la aproximación de tejidos, como ejemplos tenemos Shouldice, Bassini y McVay, que logran la aproximación primaria del tejido sin el uso de malla, pero no es la más usada. Otra es la hernioplastia, que consiste en la colocación de una malla para corregir el defecto herniario, como ejemplos tenemos Lichtenstein, plug and patch y Kugel se ha demostrado que estas reducen el dolor postoperatorio en la ingle, aceleran la recuperación, y tienen una baja tasa de recurrencia.

Por tales motivos, las técnicas con uso de malla son las más recomendadas, además se puede emplear la laparoscópica. Entre las de abordaje posterior se encuentran la totalmente extraperitoneal (TEP) y la transabdominal

preperitoneal (TAPP). Se les considera sin tensión, debido a que usan malla también con una baja tasa de recurrencias, finalmente la técnica a usar debe ser con la que el cirujano se sienta más cómodo (21).

Ginecología 1

Paciente con 8 de semanas de gestación acude a emergencia por presentar sangrado vaginal en regular cantidad, asociado a dolor tipo cólico, intensidad 7/10, cuya última regla fue hace 8 semanas, y a su vez en emergencia se encuentra su beta HCG elevada. Se puede presumir de un aborto, que se define como la pérdida del producto de la concepción antes de la viabilidad fetal, o antes de las 22 semanas de gestación, o con un peso menor a 500 gramos (22,23). El aborto es la complicación más frecuente del embarazo con una incidencia entre el 10 al 15%, y una frecuencia inversamente proporcional a la edad gestacional (22).

Para definir el tipo de aborto, en el examen físico se encontró un orificio cervical cerrado, con evidencia de sangrado transorifical y en la ecografía se revela el endometrio con saco gestacional sin latidos cardiacos, con signos de desprendimiento, imagen isoecogénica de 15 mm en cara posterior, por lo que estaríamos ante un cuadro de aborto retenido de 8 semanas.

Se le realizó un AMEU a la paciente, pues cumplía con los criterios establecidos en la maternidad de Lima (23) como ser menor de 12 semanas de gestación y hemodinámicamente estable, puesto que se asocia con menor tasa de eficacia y seguridad. Se le preparó a la paciente, utilizando 3 pastillas de 200 ug de Misoprostol como maduración cervical. Sin embargo, la FIGO (24) y la guía de la maternidad (23) sugieren Misoprostol de 400 mcg sublingual una hora antes del procedimiento, o incluso la misma dosis 3 a 4 horas antes del AMEU vía vaginal.

La paciente en el post AMEU sufrió hipotensión, asociado a mareo, y leve dolor del hipogastrio, al examen físico presentó una temperatura de 38°C, piel pálida ++/+++, se le diagnosticó de sepsis punto de partido ginecológico por probable aborto séptico. Según el INMP en el 2017, la segunda patología más frecuente asociada a sepsis fue por aborto séptico en un 10% (25), por lo que

es una causa importante de sepsis materna a considerar dentro de nuestros diagnósticos diferenciales. Se siguió los protocolos terapéuticos del INMP sobre aborto séptico: antibioticoterapia vía parenteral con Amikacina 1 g EV c/24 horas, Clindamicina 600 mg EV c/6 h, y Ceftriaxona 2 g EV c/24 h, asociado a hidratación a chorro y expansores plasmáticos (23).

Ginecología 2

Paciente gestante de 38 semanas, embarazo a término, acude con cefalea Holo craneana asociado a tinnitus desde hace 6 horas, que se intensifican por lo que se decide a venir a emergencia del INMP, donde se le encuentra en el examen físico una presión de 170/110, edema bipalpebral y bilateral de tobillo, no cambios cervicales ni contracciones uterinas.

Según la guía del INMP, estaríamos ante un caso de preeclampsia, que es un trastorno de la gestación que se presenta después de las 20 semanas, caracterizado por la aparición de hipertensión arterial asociada a proteinuria (26,27), y se subclasifican como preeclampsia con signos de severidad porque está asociada a PA sistólica ≥ 160 mmHg y/o diastólica ≥ 110 mmHg y/o con evidencia de daño de órgano blanco (26,27), que se evidencia en la clínica como daño neurológico (cefalea, escotomas, visión borrosa, diplopía), dolor persistente en cuadrante superior derecho o epigastrio, que no responde a la medicación y que no se explica por otro diagnóstico, edema pulmonar; y alteraciones laboratoriales como creatinina sérica > 1.1 mg/dl, recuento de plaquetas $< 100,000/mm$, elevación de enzimas hepáticas: el doble de los valores normales (≥ 70 UI/L) (26,28)

Uno de los principales factores de riesgo de la paciente es que presenta un trastorno hipertensivo anterior (tercera gestación: hipertensión gestacional) y el antecedente familiar de preeclampsia (madre con dos gestaciones que terminaron en cesárea por trastornos hipertensivos del embarazo) (26,28), por lo que se clasificaría como una gestante de alto riesgo. Como se plantea en la guía de la maternidad (27), se inició la clave azul de inmediato, y se programó la cesárea de emergencia. Dentro de la clave azul, se utiliza el sulfato de magnesio para la prevención de convulsiones, sin embargo se debe

monitorizar la diuresis, reflejos osteotendinosos, frecuencia respiratorio y el estado de conciencia, porque si hay depresión del estado de conciencia, tendencia a la ventilación superficial o lenta (FR < 14 por minuto) o arreflexia tendinosa, se debe suspender el medicamento y debe administrarse Gluconato de Calcio al 10 %, una ampolla de 10 ml endovenoso en un periodo de 10 minutos (29)

Ginecología 3

Paciente de 27 años, primigesta nulípara de 9 semanas por FUR con tiempo de enfermedad de 6 horas, caracterizado por sangrado vaginal asociado a dolor tipo cólico en región pélvica. El examen físico encuentra muestra OCE cerrado y restos de sangre en canal vaginal. La guía del Instituto Materno Infantil define a la amenaza de aborto como la presencia de metrorragias y/o dolor tipo contracción antes de las 22 semanas, y sin modificaciones cervicales.

En este caso, la paciente presentaba la clínica ya mencionada y al examen físico se constata la presencia de sangrado, y se observan los orificios cervicales sin cambios. El paso a seguir es solicitar una ecografía transvaginal donde se confirma la viabilidad del producto, y el diagnóstico. Al mismo tiempo, se solicitó B-HCG, la guía menciona que, si la ecografía confirma la viabilidad del producto, el valor de B-HCG se encuentra en valores normales y no hay sangrado activo se recomienda tranquilizar a la paciente, un manejo de forma ambulatoria, programar un control en tres días, recomendar el reposo absoluto, y evitar relaciones sexuales. (30).

Aunque la presunción clínica y el diagnóstico de la amenaza de aborto sean sencillas, esta es una patología a tener en cuenta, debido a las complicaciones que se pueden presentar más adelante como aborto, RCIU, parto pre término, RPM, desprendimiento de placenta o bajo peso al nacer. El pronóstico va a depender del grado de desprendimiento. Si es pequeño, desaparece el sangrado y la gestación continua normalmente, y el pronóstico es bueno. Pero también puede agravarse y transformarse en un aborto ya sea retenido, completo o incompleto, cada uno con sus respectivos manejos (31).

Ginecología 4:

Paciente mujer de 25 años de edad con tiempo de enfermedad de 3 días caracterizado por dispareunia, aumento de flujo vaginal, y dolor abdominal en región pélvica, a lo que se agrega en las últimas horas fiebre, náuseas y vómitos. El examen revela un abdomen doloroso en región pélvica, y con signo de Blumberg dudoso, al tacto vaginal hay dolor a la movilización del cérvix, se hace un diagnóstico clínico de EPI y se realiza una ecografía, encontrándose líquido libre en fondo de saco de Douglas. La enfermedad pélvica inflamatoria es una infección del tracto genital femenino superior, pudiendo afectar el cuello uterino, el útero, las trompas de Falopio y ovarios, es una patología de transmisión sexual en un 85% de los casos, y puede traer consecuencias a largo plazo como infertilidad, embarazos ectópicos y dolor pélvico crónico (32)

La clínica de la EPI puede ser no específica, pudiéndose encontrar dolor abdominal, dolor pélvico agudo, y aumento de flujo vaginal. En el examen físico podemos encontrar dolor a la movilización cervical, sensibilidad uterina o anexial. Estas son características que nos hacen inclinarnos hacia pensar en un diagnóstico de EPI, los laboratorios no son muy específicos, pero podríamos encontrar en casos de EPI leucocitosis, VSG elevada y PCR elevada. (33).

El diagnóstico de EPI es clínico, y se debe tener en cuenta criterios diagnósticos y grados de severidad, siguiendo los criterios de Hager. Nuestra paciente cumple con los criterios diagnóstico de EPI, y según la escala de MONIF estamos frente a una EPI grado II, por lo que se indicó su hospitalización con el siguiente régimen antibiótico: (34)

Clindamicina 900 mg cada 8 horas EV + Gentamicina 3 a 5 mg/kg EV o 2 mg/kg, seguido de 1,5 mg/kg cada 8 horas.

Finalmente, la paciente presentó mejoría a las 72 horas de tratamiento por lo que se decidió rotar la medicación:

Doxiciclina 100 mg 1 tab VO c/12h x 11 días, Clindamicina 300 mg 1 ½ tab VO c/6h x 11 días.

Medicina 1

Paciente proveniente de la selva acude a emergencia, específicamente del VRAEM, con un tiempo de enfermedad de 11 días, escalofríos, malestar general, cefalea, SAT, náuseas y vómitos, donde fue atendido en centro de salud, y se le prescribió Ceftriaxona y Dexametasona no cediendo el cuadro, añadiendo disnea, por lo que es trasladado al Hospital Militar Central, donde se encuentra taquicárdico taquipneico, disneico, y saturando 93%, por lo que se realiza prueba antigénica, resultando positivo y se hospitaliza en piso COVID, como infección por SARS-COV 2, a descartar enfermedad exantemática.

A pesar de que el paciente contaba con 3 dosis de vacunación, el paciente presentó un cuadro moderado (35), con una saturación menor a 94%, y esto podría deberse a que la obesidad es un factor de riesgo para presentar manifestaciones clínicas de severidad como distrés respiratorio agudo, necesidad de ventilación mecánica, ingreso a UCI y en mortalidad (36).

Una vez en hospitalización COVID, dentro de los exámenes solicitados se detectó en el recuento de hematíes presencia de hemoparásitos de plasmodium vivax sspp, por lo que se solicita gota gruesa e inmunoglobulinas para malaria y otras enfermedades metaxenicas, resultando positivo en ambos exámenes de laboratorio para malaria, por lo que es evaluado por el servicio Infectología del hospital, que decide prescribir Cloroquina 250 mg, 4 tabletas por 2 días, y 2 tabletas al tercer día, y Primaquina 15 mg 3 tabletas por 7 días.

Dicho tratamiento coincide con lo establecido por la guía del MINSA para el manejo de malaria no complicada por plasmodium vivax (37). Durante la administración del tratamiento antimalárico presenta una evolución clínica, disminuyendo los síntomas, y al final del tratamiento se tomó una muestra de gota gruesa de control, resultando negativo, por lo que es dado de alta al siguiente día del término del tratamiento.

Medicina 2

Paciente adulto mayor que se presenta a emergencia del Hospital Militar Central, acompañado de su hijo, quien menciona que 10 horas antes del ingreso observó que la bolsa colectora conectada a la sonda foley presentaba hematuria, y el volumen de la misma no varió en horas, sin presentar fiebre, ni malestar general, ni desorientación, ni molestias urinarias.

Como bien se sabe, en el adulto mayor no es frecuente la clínica clásica de fiebre, disuria polaquiuria, dolor lumbar o leucocitosis, pero sí se puede presentar de forma atípica con delirium, caídas, anorexia, náuseas, disminución del volumen de diuresis o incontinencia urinaria, alteraciones del nivel de conciencia, ausencia de fiebre o letargia (38,39). Asociado a eso, si tiene como antecedente ser portador de una sonda vesical, el índice de sospecha clínica debe ser todavía mucho más elevado (38). Es importante reconocer dicha patología en adultos mayores, porque es la patología bacteriana más común, la segunda más frecuente en los servicios de urgencias, y una de las causas más reiteradas de hospitalización (40)

El diagnóstico se confirmó mediante un examen de orina tomado de la bolsa colectora, donde se encontró escasas células epiteliales, 65-70 leucocitos/campo, más de 100 hematíes por campo, piocitos 2+, a su vez de un cultivo positivo para *Proteus mirabilis*.

Para el diagnóstico de la infección urinaria se debe considerar solamente el sedimento urinario al detectar piuria aislada presenta 40-50% de sensibilidad y 90% de especificidad, y un bajo valor predictivo positivo, menor del 40% (40-41). Para el tratamiento, se utilizó Meropenem, puesto que en la sospecha clínica de la presencia de una bacteria resistente por el antecedente de cinco episodios de infección urinaria en el 2021, se optó por utilizar el esquema contra bacterias BLEE positivas, como son los carbapenems (Imipenem, Meropenem), ya que en un estudio en un hospital peruano se demostró que el uso de sonda Foley la incrementa en 2,51 veces (IC 95% 1,00 – 6,27) de ITU BLEE+, y la antibioticoterapia previa aumenta 5,59 veces la posibilidad del desarrollo de la misma (IC 95% 3,14 -9,94) (39).

Medicina 3

Estamos frente a un paciente de 55 años de edad, con el antecedente de ser hipertenso e hipotiroideo ambos en tratamiento, con tiempo de enfermedad de 2 días, que pisa una tachuela, y luego nota aumento de volumen y temperatura alrededor de la lesión, y un dolor al caminar. El día que acude a emergencia presenta fiebre. Al examen físico en talón se muestra solución de continuidad de 1 cm y de 1 cm de profundidad, con zona eritematosa alrededor de 7 x 6 cm, con aumento de volumen y dolorosa a la palpación.

Ante esto hacemos un diagnóstico de celulitis, que es una de las infecciones más comunes de la piel y tejidos blandos. La causa más común es la presencia del *Estreptococo beta-hemolítico* (*estreptococos del grupo A* o *Streptococcus pyogenes*), siendo el *S. aureus* una causa notable pero poco común.

La celulitis se manifiesta como un eritema, edema y calor, debido a la entrada de un patógeno a través de la piel. Esta patología ha sido observada con más frecuencia en adultos de edad media, y adultos mayores, siendo los factores de riesgo haber tenido un traumatismo en la piel, inflamación en la piel (eccema, psoriasis), edema por alteración en el drenaje linfático o insuficiencia venosa, obesidad, inmunodepresión, etc.

El diagnóstico de celulitis es clínico. En el laboratorio se puede encontrar leucocitosis, VSG elevada, PCR elevada. Los hemocultivos están justificados en casos de infección local grave, signos sistémicos de infección, fracaso de terapia inicial, etc, aunque menos del 10% de los hemocultivos son positivos. (42-43)

El tratamiento empírico de la celulitis debe ser frente a la sospecha de *estreptococos beta-hemolíticos* y *Staphylococcus aureus* sensible a la Metilina, y se debe tener en cuenta las circunstancias clínicas de cada paciente. En infecciones leves pueden ser tratados con antibióticos orales y la indicación de tratamiento endovenoso es en situaciones que presentan signos sistémicos (fiebre, hipotensión, taquicardia sostenida), progresión rápida del

eritema, progresión después de 48 horas de tratamiento antibiótico, intolerancia oral, y proximidad de lesión a un dispositivo médico permanente.

En este caso se decidió su hospitalización para recibir tratamiento antibiótico endovenoso, indicándose finalmente Oxacilina 2 g EV c/6h, Clindamicina 600 mg EV/c 8 h teniendo una buena mejoría clínica. Debemos tener en cuenta que la duración del tratamiento debe individualizarse, y analizar la respuesta clínica de la lesión respecto al tiempo de tratamiento, esta puede ir desde 5-6 días o hasta completar los 14 días. (44)

Medicina 4

Tenemos un paciente adulto mayor con antecedente de hipertensión arterial en tratamiento hace 10 años, con diabetes mellitus desde hace 16 años, pero sin controles en consultorio externo de endocrinología, por lo que no tenemos un registro que cumpla un tratamiento regular y controlado de sus antidiabéticos orales y en tratamiento con insulina. La persona acude a emergencia por presentar sudoración, palpitaciones, sensación de debilidad, y tendencia al sueño dos horas después de la administración de insulina sin cenar, por lo que se le indica hemoglucotest con resultado 45 mg/dL. Se le diagnostica hipoglucemia, y se le administra un bolo de Dextrosa al 33% con respuesta adecuada, e hidratación continua con Dextrosa al 5%, con un resultado control de 95 mg/DI, y es dado de alta.

La hipoglucemia es definida por la Asociación Americana de Diabetes (ADA) como la condición clínica que se caracteriza por concentraciones bajas de glucosa en sangre, usualmente menores a 70 mg/dL (45). Debemos tener en cuenta que para considerar hipoglucemia en pacientes no diabéticos el punto de corte del valor de la glucosa debe ser menor a 55 mg/dL y en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 o 2 para hablar de hipoglucemia el punto de corte del valor de la glucosa debe ser menor a 70 mg/DI (46).

En este caso, el paciente cumplía con los criterios de la triada de Whipple (47), los cuales son la baja concentración de glucosa en sangre (en el hemoglucotest se reveló un índice de 45 mg/dL y en el de glucosa sérica en

50 mg/dL), síntomas de hipoglucemia, y mejoría de los síntomas, una vez se normaliza la glucemia.

Por estar somnoliento y glucosa menos de 55 mg/dL se le sometió a un tratamiento endovenoso para el manejo de hipoglicemia severa con 25 g (4 ampollas de Dextrosa al 33%), el cual es una recomendación de una guía de práctica clínica peruana (48).

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

La Dirección de Sanidad Policial (DIRSAPOL), es un órgano de apoyo del más alto nivel de atención de salud que tiene por misión, desarrollar actividades de Atención Integral de Salud, con énfasis en la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud del personal policial y familia.

Durante estos años, DIRSAPOL ha crecido con la visión del cumplimiento de sus funciones, gracias al respaldo de las diferentes unidades, como los Hospitales, Policlínicos y Postas Médicas en todo el Perú. El Hospital Militar “Coronel Luis Arias Schreiber” es un hospital de referencia bajo el cargo del Ministerio de Defensa, a cargo de la Comando de Salud del Ejército. Se enfoca en la prevención, atención, tratamiento y rehabilitación de los pacientes provenientes de las diferentes unidades y comandos desde todo el Perú, de Lima y de las diferentes regiones del país, para una correcta atención de sus dolencias, para que puedan regresar a sus bases militares.

Realizar el internado en el Hospital Nacional PNP “Luis Nicasio Sáenz” y el Hospital Militar Coronel Luis Arias Schreiber por las diversas especialidades fue una experiencia fructífera, que brinda conocimientos, habilidades y valores para el futuro médico, los cuales va poniendo en práctica cada día-tomados de los médicos residentes y asistentes- con quienes como va pasando el tiempo, y hace que se sienta seguro de sus capacidades resolutivas.

En ese sentido, la sanidad militar y policial, han sido protagonistas en la lucha contra la pandemia, debiendo atender al personal de las fuerzas militares y policiales entre titulares y familiares, a quienes se les atendió las 24 horas del día. Los internos atendieron en emergencia no COVID, con turnos de día, y

gran número de pacientes con enfermedades crónicas o continuadores de otras patologías, siempre cumpliendo con los cuidados para evitar los contagios, pero no es posible ser ajenos a la sensibilidad de los médicos, y no se puede ignorar la responsabilidad como profesionales de la salud.

Por lo expuesto, se puede concluir que ambos nosocomios fueron adecuándose a las necesidades, ampliando ambientes cada día y durante las diferentes olas de la pandemia, demostrando la sensibilidad y capacidad laboral de un profesional, cuyo objetivo es salvar vidas. La pandemia en sus diferentes variantes aún sigue generando dolor en el país, pero hizo posible que los residentes y asistentes muestren mayor responsabilidad en el tratamiento de los pacientes no COVID, adquiriendo mayor capacidad para el diagnóstico, tratamiento y recuperación de la salud de los pacientes, sobre todo en los diferentes servicios de hospitalización y emergencia, aprendiendo a tratar las patologías más frecuentes, con los exámenes del servicio de apoyo diagnóstico ofrecidos por cada centro.

CONCLUSIONES

A pesar de los cambios por la pandemia en el internado 2021 -2022, se puede concluir que se ha cumplido los objetivos teóricos, prácticos y personales.

Esta etapa permitió acercarse a los pacientes, no sólo atendiendo sus patologías, sino también fortaleciendo la sensibilización y la relación médico - paciente, de mucha necesidad hoy en día. Las atenciones en consultorios externos, permitieron dirigir una entrevista, a través de la consulta, de forma más directa y con los exámenes auxiliares brindados por cada institución, y se orientaba al diagnóstico más acertado para el tratamiento de los pacientes.

Estas unidades hospitalarias desde marzo 2020 a la fecha vienen haciendo esfuerzos denodados ante esta pandemia, lo que ha generado el desgaste del personal asistencial. Sin embargo, los internos de medicina están más comprometidos en la recuperación de la salud de los pacientes hospitalizados, poniendo en práctica los conocimientos adquiridos desde el inicio del Internado Médico, apoyando así, en la prevención, tratamiento y atención de los enfermos.

El Hospital Nacional PNP “Luis Nicasio Sáenz” existe desde hace 92 años, teniendo como población de atención al personal policial a su vez que se puede asimilar a padres, esposa e hijos del titular, lo que genera un aumento en el número de atenciones en los distintos servicios. Este factor, sumado a la disminución del aforo debido a los lineamientos por COVID-19 generó que los casos de emergencia con indicación de hospitalización aumentaran, pero debido a no contar con camas en el área de hospitalización, los pacientes tenían que estar en los pasadizos de emergencia, ya sea en camillas o sillas de ruedas.

Por ello, se hace de vital importancia la construcción, equipamiento y funcionamiento del nuevo hospital de alta complejidad que por las especialidades que contará permitirá continuar formando mejores profesionales, y al mismo tiempo, un lugar donde forjar conocimientos teóricos y prácticos para los futuros estudiantes de las ciencias de la salud.

RECOMENDACIONES

Es cierto que la pandemia generó que las atenciones a los pacientes sean muy carentes de sensibilización por parte del personal asistencial, sobre todo para los pacientes con enfermedades crónicas. La institución debería estar más comprometida en difundir medidas de prevención contra contagios, y promover programas de fortalecimiento de atención del personal asistencial.

En cuanto a la atención de consultorios externos que en un principio se había retomado, pero que en la actualidad siguen prevaleciendo las consultas en línea, se deberían ampliar más ambientes para las consultas externas y poder realizar un correcto examen físico.

En estos momentos en que se han presentado un incremento de los nuevos casos de COVID, además de la carencia de recursos humanos, el interno de medicina ha pasado a ser un recurso muy importante, teniendo que tanto residentes y asistentes depositar su confianza en él, así como su apoyo para poder cumplir con el correcto manejo del paciente. Estas situaciones deberían ser consideradas en otros centros hospitalarios para poder consolidar conocimientos y experiencias.

Una gran limitación constituye la adquisición de medicamentos y reactivos de laboratorio, que, aunque estando en petitorio se encuentran sin stock, teniendo muchos familiares que afrontar gastos, pese a no encontrarse siempre en las mejores situaciones económicas. Por esto, se recomienda solicitar el apoyo a otros centros de salud para poder adquirir tan valiosos implementos, o ser más exigentes con el personal encargado del abastecimiento de medicinas y reactivos de cada hospital.

En cuanto a la gran demanda de pacientes y la creación de nuevas especialidades, la Dirección de Sanidad Policial, cuenta con el mejor Centro de Alta Complejidad en Latinoamérica, el que se encuentra construido desde el año 2020, aún no se puede hacer uso de estos ambientes, los cuales serán por un proceso gradual de habilitación y equipamiento, así como el requerimiento de recursos. Este hospital es la gran esperanza de brindar una mejor atención a los pacientes y a la familia policial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jhon, J. Millichap, MD. Febrile seizure in children. Uptodate Feb 29, 2016
2. Trinka E, Cock H, Hesdorffer D, Rossetti AO, Scheffer IE, Shinnar S, et al. A definition and classification of status epilepticus Report of the ILAE Task Force on Classification of Status Epilepticus. *Epilepsia*. 2015 Oct;56(10):1515-23.
3. Glauser T, Shinnar S, Gloss D, Alldredge B, Arya R, Bainbridge J, Bare M, Bleck T, Dodson WE, Garrity L, Jagoda A, Lowenstein D, Pellock J, Riviello J, Sloan E, Treiman DM. Evidence-Based Guideline: Treatment of Convulsive Status Epilepticus in Children and Adults: Report of the Guideline Committee of the American Epilepsy Society. *Epilepsy Curr*. 2016 Jan-Feb;16(1):48-61. doi: 10.5698/1535-7597-16.1.48. PMID: 26900382; PMCID: PMC4749120
4. Urticaria and Erythema Multiforme. Kara N. Shah. *Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases*, 72, 455-460.e1
5. Urticaria multiforme: a case report in an infant. Maria Claudia Alves Luce. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 2019-09-01, Volumen 94, Número 5, Páginas 628-630. Sociedade Brasileira de Dermatologia
6. New-onset urticaria. Riccardo Asero, MD. UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/new-onset-urticaria?search=urticaria&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H10819016
7. Microbiology, epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of cat scratch disease - UpToDate [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/microbiologyepidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-cat-scratchdisease?search=bartonella%20henselae&source=search_result&selectedTitle=1~50&usage_type=default&display_rank=1#H1
8. Treatment of cat scratch disease - UpToDate [Internet]. [citado 18 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-cat-scratch-58>

- disease?search=bartonella%20henselae&topicRef=5532&source=see_link
9. Goldstein B. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. 2021 [citado 18 febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/scabies-epidemiologyclinical-features-and-diagnosis?search=escabiosis&source=search_result&selectedTitle=1~92&usage_type=default&display_rank=1
 10. Goldstein B. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. 2021 [citado 18 febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/scabiesmanagement?search=escabiosis&topicRef=4038&source=see_link
 11. Rodríguez Fernández Zenén. Consideraciones actuales concernientes al tratamiento del plastrón apendicular. Rev cubana Cir [Internet]. 2021 Sep [citado 2022 Feb 16]; 60(3): e1117. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932021000300010&lng=es. Epub 01-Sep-2021.
 12. Humes D J, Simpson J. Acute appendicitis BMJ 2006; 333 :530 doi:10.1136/bmj.38940.664363.AE
 13. Panahi P, Ibrahim R, Veeralakshmanan P, Ackah J, Coleman M. Appendiceal phlegmon in adults: Do we know how to manage it yet? Ann Med Surg (Lond). 2020 Aug 31; 59:274-277. doi: 10.1016/j.amsu.2020.08.033. PMID: 33133580; PMCID: PMC7588325.
 14. Yokoe M, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018 Jan;25(1):41-54. doi: 10.1002/jhbp.515. Epub 2018 Jan 9. PMID: 29032636.
 15. Ambe PC, Christ H, Wassenberg D. Does the Tokyo guidelines predict the extent of gallbladder inflammation in patients with acute cholecystitis? A single center retrospective analysis. BMC Gastroenterology. 2015; 15:142.
 16. Okamoto K, et al. Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018

- Jan;25(1):55-72. doi: 10.1002/jhbp.516. Epub 2017 Dec 20. Erratum in: J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2019 Nov;26(11):534. PMID: 29045062.
17. Gomi H, et al. Tokyo Guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018 Jan;25(1):3-16. doi: 10.1002/jhbp.518. Epub 2018 Jan 9. PMID: 29090866.
 18. Bordeianou L, Dante D. Etiologies, clinical manifestations, and diagnosis of mechanical small bowel obstruction in adults [Internet] [citado 19 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://n9.cl/52sf>
 19. Management of small bowel obstruction in adults. - UpToDate [Internet] [citado 19 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-small-bowelobstruction-inadults?search=obstrucci%C3%B3n%20intestinal&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
 20. Brooks D, Hawn M. Classification, clinical features, and diagnosis of inguinal and femoral hernias in adults [Internet]. UpToDate 2022 [citado 20 de febrero 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/classification-clinical-features-and-diagnosis-of-inguinal-and-femoral-hernias-in-adults?search=hernia%20inguinal&source=search_result&selectedTitle=2~122&usage_type=default&display_rank=2
 21. Brooks D. Overview of treatment for inguinal and femoral hernia in adults [Internet]. UpToDate 2022 [citado 20 de febrero 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-treatment-for-inguinal-and-femoral-hernia-in-adults?search=hernia%20inguinal&source=search_result&selectedTitle=1~122&usage_type=default&display_rank=1#H1405881718
 22. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2012, 2nd. Edition. Hallado en: www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/.

23. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y DE PROCEDIMIENTOS EN OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA. INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. 2ª. Edición - Setiembre 2018. Disponible en: Instituto Nacional Materno Perinatal (inmp.gob.pe)
24. Bombin M, Mercado J, Zúñiga J, Encalada D, Ávila J. Aspiración manual endouterina (AMEU): Revisión de la literatura y estudio de serie de casos. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2019 dic [citado 2022 Feb 16]; 84(6): 460-468. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000600460&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000600460>.
25. Instituto Nacional Materno Perinatal. Boletín Epidemiológico diciembre 2017. Disponible en: <http://www.inmp.gob.pe/institucional/boletin-epidemiologico/1421335605>
26. Merviel P, Carbillon L, Challierb JC, Rabreaud M, Beaufilse M, Uzan S. Pathophysiology of preeclampsia: links with implantation disorders. Review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2004.
27. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y DE PROCEDIMIENTOS EN OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA. INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. 2ª. Edición - Setiembre 2018. Disponible en: Instituto Nacional Materno Perinatal (inmp.gob.pe)
28. Federación Latinoamericana de Sociedad de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) Módulo de capacitación en Pre-Eclampsia/Eclampsia. Noviembre 2012.
29. Cifuentes R. Obstetricia de alto riesgo. Sexta edición. 2007
30. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y DE PROCEDIMIENTOS EN OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA. INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. 2ª. Edición - Setiembre 2018. Disponible en: Instituto Nacional Materno Perinatal (inmp.gob.pe)
31. Lopez Viridiana, Vega Ana. Amenaza de aborto. España. Hospital Beneficencia Española de Puebla. 2016. Disponible en: https://www.beneficenciaespanola.com.mx/wpcontent/uploads/2016/07/Articulo_amenaza_de_aborto_pdf.pdf

- 32.. Ortiz, M. Actualización sobre enfermedad pélvica inflamatoria. Rev Clin Esc Med. 2020;10(3):19-25
33. Pelvic inflammatory disease: Treatment in adults and adolescents - UpToDate [Internet]. [citado 20 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=enfermedad%20pelvica%20inflamatoria&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
34. Loaiza J, Romero Y, Albornoz R. PELVIC INFLAMMATORY DISEASE: DIAGNOSIS AND TIMELY TREATMENT. LITERATURE REVIEW. uct [Internet]. 2020Jun.4 [cited 2022Feb.20];1(1):19-7. Available from: <https://www.uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/view/311>
35. Guía de práctica clínica Manejo de covid19 (Adultos). EESSALUD. Jesus maria, Lima versión 3. DICIEMBRE 2021.
36. Tenorio-Mucha J, Hurtado-Roca Y. Revisión sobre obesidad como factor de riesgo para mortalidad por COVID-19. Acta méd. Perú [Internet]. 2020 Jul [citado 2022 Feb 17]; 37(3): 324-329. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000300324&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.373.119>.
37. RM N° 116-2015/MINSA. NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE LA MALARIA Y MALARIA GRAVE EN EL PERÚ. DIGESA 2015. LIMA. 1ra Edición, diciembre 2015
38. Artero, E. Álvarez, et al. "Infección urinaria en el anciano." Revista Clínica Española 219.4 (2019): 189-193.
39. Alós J. Epidemiología y etiología de la infección urinaria en el anciano. Guía de buena práctica clínica en Geriátría, infecciones urinarias. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología .2005. p.9-11
40. Gutiérrez Córdova, MS. FACTORES CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO POR AGENTES BLEE EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL ANGAMOS. NOVIEMBRE 2018 - OCTUBRE 2019 [tesis para médico

- cirujano]. Surco, Lima. Repositorio Universidad Ricardo Palma. 2020. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/browse?type=subject&value=ITU+BLEE>
41. Verdejo C. Infección urinaria asociada al catéter vesical. Guía de buena práctica clínica en Geriátría, infecciones urinarias. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología .2005. p.49-62
42. Flores R, Villarroel JL, Valenzuela F. Enfrentamiento de las infecciones de piel en el adulto. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2021 [citado el 22 de febrero de 2022];32(4):429-41. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-enfrentamiento-infecciones-piel-el-adulto-S0716864021000754>
43. Denis Spelman. Cellulitis and skin abscess: epidemiology, microbiology, 60 clinical manifestations and diagnosis. UpToDate [Internet]. Franklin D Lowy. 2021 [citado 21 de febrero del 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/cellulitis-and-skin-abscess-epidemiology-microbiology-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=celulitis&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=2
44. Denis Spelman. Cellulitis and skin abscess in adults: treatment.UpToDate [Internet]. Franklin D Lowy. 2021 [citado 21 de febrero del 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/cellulitis-and-skin-abscess-in-adults-treatment?search=celulitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
45. Seaquist ER, Anderson J, Childs B, Cryer P, Dagogo-Jack S, Fish L, et al. Hypoglycemia and diabetes: a report of a workgroup of the American Diabetes Association and the Endocrine Society. J Clin Endocrinol Metab 2013; 98:1845-59.
46. Nares-Torices MA, González-Martínez A, Martínez-Ayuso FA, Morales-Fernández MO. Hipoglucemia: el tiempo es cerebro. ¿Qué estamos haciendo mal? Med. interna Méx. [revista en la Internet]. 2018 dic [citado 2022 Feb 21]; 34(6): 881-895. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662018000600008&lng=es.

<https://doi.org/10.24245/mim.v34i6.2040>.

47. Ottone C, Tallarico. Hipoglucemia. Academia Edu 2017.

48. Manrique Hurtado HA, et al. Manejo de las crisis glucémicas en pacientes adultos con diabetes mellitus: Guía de práctica clínica basada en evidencias. Rev. Fac. Med. Hum. Enero 2021;21(1):50-64.